



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

***QUELS SONT LES FREINS ET LES MOTIVATIONS AU SEVRAGE TABAGIQUE
CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE II ?
RECRUTEMENT EN MEDECINE GENERALE DANS LE NORD-PAS DE CALAIS***

Présentée et soutenue publiquement le 26 mai 2014 à 18h au Pôle Recherche de la
Faculté De Médecine Henri Warembourg à Lille

Par Amandine BRUIET

Jury

| | |
|----------------------|---|
| Président : | Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE |
| Assesseurs : | Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI |
| Directeur de Thèse : | Monsieur le Docteur Gabriel HOCEDEZ |

LISTE DES ABREVIATIONS

ADO : Antidiabétiques oraux

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

FLM : Faculté Libre de Médecine

FRCV : Facteur de risque cardiovasculaire

IC : Indice de confiance

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

PA : Paquets-années

RCV : Risque cardiovasculaire

RHD : Règles hygiéno-diététiques

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| I. RESUME..... | 1 |
| II. INTRODUCTION..... | 2 |
| A. Le connu..... | 2 |
| 1. La maladie cardiovasculaire | 2 |
| 2. Diabète de type II | 2 |
| 3. Tabac | 3 |
| 4. Diabète de type II et tabac..... | 3 |
| 5. Rôle de la Médecine Générale | 3 |
| B. L'inconnu | 4 |
| C. La question | 4 |
| III. METHODE..... | 5 |
| A. Le choix de la méthode..... | 5 |
| B. L'organisation des entretiens | 5 |
| 1. La sélection des patients | 5 |
| 2. Le guide d'entretien | 6 |
| 3. Les entretiens..... | 6 |
| C. L'analyse des données | 7 |
| IV. RESULTATS..... | 8 |
| A. Les patients interrogés | 8 |
| B. Analyse qualitative des résultats..... | 9 |
| 1. Connaissances des complications du tabagisme | 10 |
| 2. Freins au sevrage tabagique chez les patients diabétiques | 11 |
| 3. Motivations au sevrage tabagique chez les patients diabétiques | 17 |
| V. DISCUSSION..... | 23 |
| A. La méthode..... | 23 |
| B. Les patients | 23 |
| C. Forces et faiblesses de la méthode | 24 |
| 1. Limites | 24 |
| 2. Forces | 24 |

| | |
|--|----|
| D. Critères de validité scientifique | 24 |
| E. Résultat principal et son implication majeure..... | 25 |
| 1. Freins | 25 |
| 2. Arguments qui reviennent à la fois dans les freins et motivations au sevrage | 29 |
| 3. Motivations | 30 |
| VI. CONCLUSION..... | 33 |
| VII. BIBLIOGRAPHIE | 34 |
| VIII. ANNEXES..... | 37 |

I. RESUME

QUELS SONT LES FREINS ET LES MOTIVATIONS AU SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE II ? RECRUTEMENT EN MEDECINE GENERALE DANS LE NORD-PAS DE CALAIS

Contexte : Les diabétiques fumeurs ont un risque de mortalité multiplié par 2 par rapport aux diabétiques non-fumeurs. Le cumul de ces 2 facteurs de risque cardiovasculaire, diabète de type 2 et tabagisme, entraîne 14 fois plus de complications chez ces patients que chez les personnes fumeuses ou diabétiques.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative utilisant la technique des entretiens individuels semi-dirigés. Nous avons interrogé des patients diabétiques fumeurs, ou anciens fumeurs ayant vécu un sevrage tabagique alors qu'ils étaient diabétiques.

Résultats : Sur les 18 entretiens réalisés, un seul patient nous a expliqué que son diabète était la cause principale de son sevrage tabagique. Tous les autres patients diabétiques de type 2 avaient des connaissances plus ou moins importantes concernant les complications du tabagisme. Malgré ces connaissances, les raisons de leur sevrage, pour ceux qui avaient arrêté de fumer, étaient des motivations personnelles.

Beaucoup nous expliquaient que leur médecin généraliste les informait de ces complications mais le message que les patients retenaient n'était que très partiel.

Quant aux patients qui poursuivaient leur tabagisme, ils nous détaillaient les freins à leur sevrage avec notamment, une importante minimisation des méfaits du tabagisme actif.

Conclusion : Malgré les informations données par les médecins généralistes et les autres spécialistes, le message de l'importance du sevrage tabagique chez les patients diabétiques semble difficilement passer. Il est cependant essentiel de poursuivre et répéter le conseil minimal d'arrêt du tabac à ces patients particulièrement exposés au risque cardiovasculaire.

II. INTRODUCTION

A. *Le connu*

1. La maladie cardiovasculaire

La maladie cardiovasculaire est la deuxième cause de mortalité après les cancers (27,5% des décès en 2008 en France) [1]. Elle est la première cause de mortalité avec 17 millions de décès par an dans les pays développés [2].

En matière de mortalité, une différence existe en France entre les deux sexes : la première cause de décès chez l'homme est le cancer et chez la femme, la maladie cardiovasculaire [1].

L'association de plusieurs des cinq facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) majeurs représente un effet multiplicateur de ce risque et non pas additionnel. Les cinq FRCV majeurs sont : l'âge, l'hypertension artérielle, les dyslipémies, le tabagisme, le diabète [3].

Notre étude va s'intéresser à l'association de deux FRCV majeurs : le tabac et le diabète de type 2.

2. Diabète de type II

Sur les 2,9 millions de personnes diabétiques en France en 2009, 92% étaient des diabétiques de type 2. Ce chiffre était normalement attendu en 2016 [4].

La prévalence est passée de 2,6% à 4,4% entre 2000 et 2009 [5].

En 2006, 32% des décès de patients diabétiques (en cause initiale) sont attribués aux maladies cardiovasculaires [6].

Le risque de mortalité est multiplié par 2 chez les patients diabétiques par rapport aux personnes non-diabétiques [7]. Leur risque cardiovasculaire (RCV) est lui aussi multiplié par 2 [8].

3. Tabac

En France, il existait 13,5 millions de fumeurs soit 29,1% des 15-75 ans en 2010 [9]. En 2004, le tabac était responsable de 73 000 décès, représentant 14% de la mortalité totale [10].

Chez les fumeurs, le taux de mortalité globale est 2 à 3 fois plus élevé que chez les non-fumeurs [11]. On retrouve les mêmes chiffres en termes de mortalité cardiovasculaire [12].

4. Diabète de type II et tabac

Il n'y a proportionnellement pas plus de fumeurs dans la population diabétique que dans la population générale [12].

Le risque de mortalité est multiplié par 2 chez les diabétiques fumeurs par rapport aux diabétiques non-fumeurs [13].

Les fumeurs de plus de 15 cigarettes par jour ont un risque relatif d'infarctus du myocarde de 2,68 IC 95% [2,07 – 3,48] [14].

Le risque de complications est 14 fois plus élevé chez les patients diabétiques fumeurs que chez les personnes fumeuses ou diabétiques [15].

5. Rôle de la Médecine Générale

La Médecine Générale est au cœur des soins primaires [16].

Le rapport de l'ANAES de 1999 place le médecin généraliste au centre des soins donnés aux patients diabétiques [17].

L'éducation du patient diabétique de type 2 par le médecin généraliste inclut notamment les règles hygiéno-diététiques (RHD) et en particulier le sevrage tabagique [17].

B. L'inconnu

Au regard des chiffres présentés et de l'importance du sevrage tabagique chez les patients diabétiques de type 2, il est important de savoir quels sont les freins et les motivations de ces patients concernant le sevrage tabagique. L'objectif est de les accompagner au mieux à arrêter de fumer.

Le but est de connaître au mieux les patients diabétiques de type 2 et leur vécu du sevrage tabagique, afin de les aider encore plus dans leur prise en charge des FRCV.

C. La question

La question de recherche est la suivante :

Quels sont les freins et les motivations des patients diabétiques de type 2 à arrêter de fumer ?

L'objectif est de connaître les éléments qui peuvent aider un patient diabétique à cesser toute intoxication tabagique.

Pour quelles raisons les patients diabétiques et anciens fumeurs ont-ils entrepris leur sevrage tabagique ? Comment ont-ils réussi ? Quelles aides au sevrage ont-ils utilisées ?

A contrario, pourquoi les patients diabétiques et fumeurs poursuivent-ils leur tabagisme ? Pourquoi n'ont-ils jamais envisagé un sevrage ? Pour quelles raisons ont-ils déjà échoué ?

III. METHODE

A. *Le choix de la méthode*

Nous avons décidé de réaliser notre étude en utilisant une méthode qualitative [18], [19].

Cette dernière permettait aux patients d'exprimer au mieux leurs idées.

Le but était d'analyser et de comprendre quels pouvaient être les freins et les motivations au sevrage tabagique chez les patients diabétiques de type 2 en Médecine Générale.

L'étude était menée sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés, réalisés auprès de patients diabétiques dans le Nord-Pas de Calais.

Cette technique d'entretien était réalisée à l'aide d'un guide de questions ouvertes. Cela nous permettait de collecter des informations sur le sujet cible. Ce guide d'entretien représentait un « fil conducteur » permettant de recentrer l'interview si les patients s'éloignaient du contexte. Il restait suffisamment souple pour leur permettre d'expliquer leur vécu et leurs choix.

La discussion restait libre mais orientée sur le sujet étudié.

B. *L'organisation des entretiens*

1. *La sélection des patients*

Une partie des patients était recrutée lors de nos propres consultations de Médecine Générale. Nous avons sollicité des médecins généralistes lors de notre recherche de patients cibles pour constituer l'autre partie de notre échantillon.

Après avoir obtenu l'accord des patients, leur médecin généraliste nous envoyait leurs coordonnées téléphoniques. Nous les avons ensuite contactés afin de convenir d'un rendez-vous pour un entretien individuel.

Nous demandions aux patients s'ils étaient actuellement fumeurs ou anciens fumeurs.

Aucun critère d'âge ou de sexe n'était requis. Seules les difficultés d'élocution représentaient un critère d'exclusion.

Les patients habitaient dans des secteurs urbains, semi-ruraux et ruraux dans le Nord-Pas de Calais.

2. Le guide d'entretien

Une première ébauche du guide d'entretien a permis de réaliser sept entretiens exploratoires (Annexe sur CD).

Ces derniers ont fait émerger de nouvelles idées permettant la réalisation d'un guide enrichi de nouvelles questions (Annexe 1).

Notre guide d'entretien comportait 7 questions ouvertes des plus générales aux plus spécifiques.

La première partie traitait de questions générales sur l'hygiène de vie des patients.

La deuxième partie s'orientait vers les connaissances et le vécu des patients concernant le diabète, le tabac et leur association.

La troisième partie s'intéressait plus particulièrement aux freins et aux motivations du sevrage tabagique chez les patients diabétiques.

3. Les entretiens

Les patients choisissaient d'être interrogés au cabinet lors d'une consultation de Médecine Générale ou sur rendez-vous, à leur domicile.

Au début de chaque entretien, l'expérimentateur fournissait au patient des informations sur les modalités de l'étude. Tous deux signaient ensuite un accord mutuel pour la réalisation de l'entretien (Annexe 2).

Un questionnaire quantitatif (Annexe 3) était donné aux patients avant l'entretien et permettait de collecter des informations telles le sexe, l'âge des patients...

Les sept entretiens exploratoires n'étaient ni enregistrés, ni retranscrits verbatim.

Chaque patient était interrogé par un seul des deux opérateurs qui menait les entretiens.

Chaque entretien a été enregistré avec la fonction dictaphone d'un smartphone (Iphone 4S® ou Samsung Galaxy S3®).

La saturation des données obtenue permettait d'interrompre le recrutement de nouveaux patients.

C. *L'analyse des données*

Les données enregistrées lors des entretiens étaient retranscrites mot à mot par nos soins grâce au logiciel de traitement de texte Word 2010 ®.

L'intégralité des entretiens (audio et retranscrits) sont consultables (Annexes sur CD).

Le codage et l'analyse de l'intégralité des données étaient effectués par les 2 expérimentateurs, de manière individuelle. Cela permettait de renforcer la crédibilité de notre méthode et de diminuer le plus possible notre subjectivité.

Les entretiens étaient codés à l'aide du logiciel informatique NVIVO ©version 10, consistant en une analyse thématique par un codage des verbatim (retranscription intégrale des propos annoncés par l'interviewé).

Chaque verbatim était analysé afin d'en dégager les idées exprimées. Au final, nous avons dégagé différentes idées, que nous avons regroupées et classées par thèmes, les « nœuds », pour donner du sens à cette collecte d'informations.

IV. RESULTATS

Dans ce travail de thèse, seule la deuxième partie des entretiens a été traitée, la première partie ayant fait l'objet d'un autre travail de thèse [20]. Nous nous sommes intéressées aux freins et motivations au sevrage tabagique des patients diabétiques de type 2.

A. *Les patients interrogés*

Par la suite, 18 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés entre le 11 juillet 2013 et le 17 janvier 2014.

L'âge des patients variaient de 38 à 80 ans. Ils étaient traités par antidiabétiques oraux (ADO), insuline ou les deux. Une patiente ne prenait aucun traitement. Ils étaient fumeurs ou anciens fumeurs mais ayant effectué leur sevrage tabagique alors qu'ils étaient diabétiques.

Les 18 entretiens se sont déroulés dans la région Nord - Pas de Calais.

Le tableau en Annexe 4 reprend les différentes caractéristiques des patients interrogés.

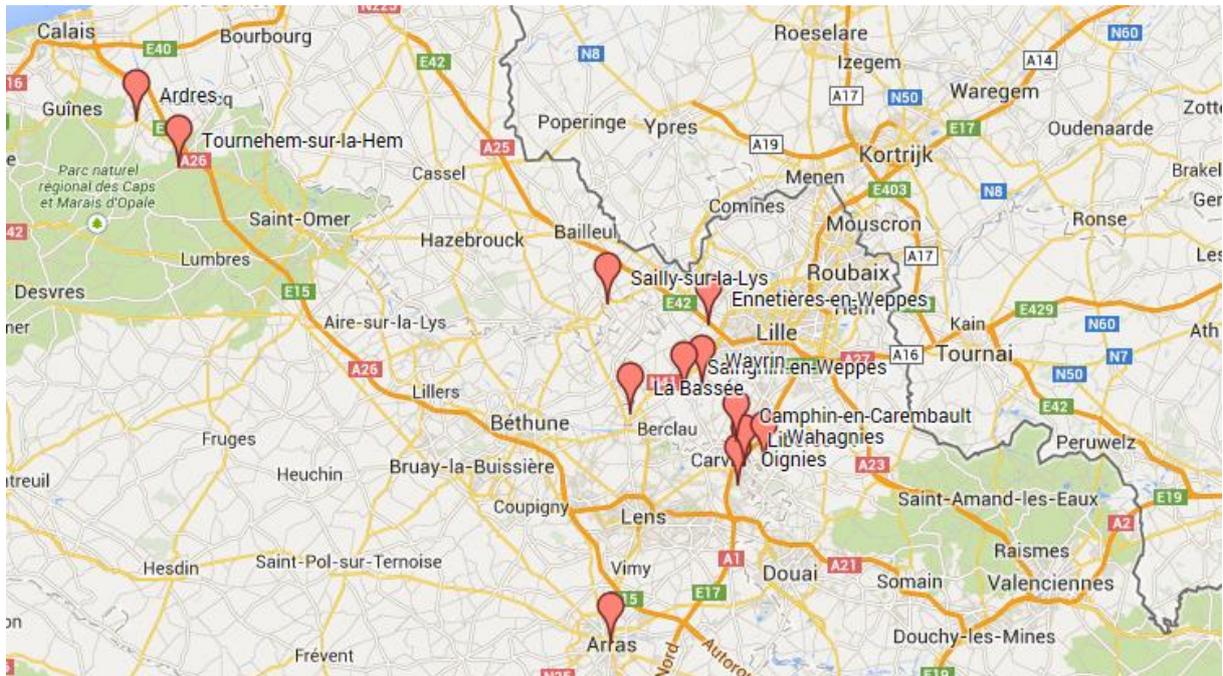
Le premier opérateur (A) a réalisé 11 entretiens, le second en a réalisé 7.

Les paroles de chaque intervenant ont été individualisées en utilisant un codage spécifique : opérateur (A) et (B) et patients (P) de 1 à 18. Des épouses de patients sont intervenues et elles ont été identifiées par les lettres EP. Leurs remarques n'ont pas été prises en compte dans le codage et l'analyse des résultats.

Il est arrivé que certains patients nomment les noms de leurs médecins. Nous avons anonymisé ces derniers par la lettre X et les noms des villes par la lettre Y.

Le non verbal (gestes, postures, attitudes...) était écrit entre parenthèses. Les silences étaient représentés par [...].

Carte du Nord-Pas de Calais : recrutement des patients.



Chaque point rouge représente une ville dans laquelle a eu lieu au moins un entretien.

B. *Analyse qualitative des résultats*

Le codage des verbatim a permis de faire émerger différentes idées.

L'analyse qualitative reprend chacune de ces idées, illustrée par les verbatim les plus pertinents s'y rapportant. Ils ont été transcrits en italique dans ce travail.

L'intégralité de ces verbatim est consultable dans les annexes. (ANNEXES sur CD).

1. Connaissances des complications du tabagisme

a) Connaissances des complications du tabac sur la santé

Certains patients diabétiques ne connaissaient pas exactement ces complications, ils savaient au moins l'effet néfaste du tabagisme sur la santé.

« Aussi bien, quel que soit le fumeur il a conscience qu'il faut, que c'est pas bien. »
3^e entretien.

« C'est du poison c'est tout. » 9^e entretien.

« Le tabac ben c'est pas conseillé ! » 10^e entretien.

Tous les patients connaissaient au moins une des complications du tabagisme sur la santé.

« Bien sûr le premier truc c'est le cancer, poumon. » 4^e entretien.

« Ca peut amener un cancer de la langue, cancer de la gorge. » 6^e entretien.

« L'tabac [...] aggrave le, le, aggrave le, le bouchonnage des, des, des, des artères et des p'tites artères. » 17^e entretien.

b) Informations du médecin

Des patients nous ont fait part du conseil minimal de sevrage tabagique prodigué par leurs médecins.

« Dr X. il avait dit d'arrêter de fumer. » 11^e entretien.

« Il m'l'a dit plus qu'un coup qu'il fallait arrêter. » 1^{er} entretien.

« Et même le docteur il me disait toujours faut pu fumer donc j'ai arrêté. » 9^e entretien.

2. Freins au sevrage tabagique chez les patients diabétiques

a) *Minimiser le fait de fumer*

Certains patients minimisaient le fait de fumer.

« J'ai refumé une cigarette en me disant bon c'est, ça ira c'est juste une cigarette pour m'aérer un petit peu » 12^e entretien.

« Bon, d'un autre côté y a des gens qui fument trois paquets d-cigarettes par jour et qui meurent normalement à 95 ans, sans pour autant être travailleur de force qui pourrait permettre d'éliminer un p'tit peu tout ça. » 13^e entretien.

b) *Minimiser sa consommation de tabac*

(1) Quantité fumée

Parmi les patients qui minimisaient leur tabagisme, certains argumentaient par rapport à la quantité de cigarettes consommées.

« Ouais mais j'ai jamais fumé beaucoup » 1^{er} entretien.

« Parce que je vais prendre une cigarette et j'vais fumer, j'vais faire deux ou trois « taffes » et hop je l'écrase. » 2^e entretien.

« Je fumais 3-4 cigarettes par jour, une le matin avant de rentrer, une le midi après le déjeuner, et après le soir en sortant c'est tout. » 8^e entretien.

(2) Autres présentations que des cigarettes classiques

D'autres précisait qu'ils étaient moins exposés aux complications du tabagisme car ils ne fumaient pas des cigarettes traditionnelles.

« J'ai repris quand même, et je ne fume pas les mêmes cigarettes qu'avant y'a ça aussi, avant je fumais des Marlboro, des Camel et maintenant je fume des Royal Chlorophylle » 12^e entretien.

« *Je fume des petits cigarillos qui est moins dangereux que la cigarette* » « *On m'a conseillé de fumer ça comme ça je fume beaucoup moins, et pis ça se consomme, ça s'arrête pas de s'éteindre tout ça donc on fume beaucoup moins qu'une cigarette* » 4^e entretien.

(3) Période sans fumer

Des patients mettaient en avant leurs capacités à rester des périodes sans fumer.

« *J'ai été un an sans fumer.* » 14^e entretien.

« *Actuellement, j'suis pas obligé d'fumer tous les jours. J'peux rester une semaine sans fumer.* » 5^e entretien.

« *Bon j'ai arrêté de fumer pendant deux mois.* » 8^e entretien.

(4) Diminution de la consommation

Certains patients se rassuraient en expliquant la diminution actuelle de leur consommation tabagique.

« *Ben moi j'diminue là hein... Ca y est...* » 2^e entretien.

« *Mais enfin je réduis quoi.* » 10^e entretien.

« *J'ai bien réduit, bien réduit.* » 4^e entretien.

c) Pas de retentissement sur la santé

Des patients prenaient l'excuse que leur tabagisme actuel n'avait, pour l'instant, pas de retentissement sur leur santé.

« *C'est que entre-temps j'ai vu un cardiologue qui m'a dit que bon au niveau du cœur pour l'instant, je le revois dans deux ans, pour l'instant ça allait.* » 12^e entretien.

« *Bon je ne tousse jamais, jamais je ne tousse le matin ou je suis pas essoufflé.* » 4^e entretien.

d) Aspect social

(1) Travail

Certains patients associaient leur tabagisme à leur profession.

« *J'ai fait quand même pas mal de kilomètres en voiture donc moi j'fumais dans la voiture aussi.* » 13^e entretien.

« *Ben, et puis euh, j'ai commencé à fumer euh, quand j'ai commencé à travailler.* » 16^e entretien.

(2) Prestance

Un patient expliquait la prestance que représentait le fait de fumer.

« *Faut dire que c'est vrai que c'était à une époque où quand on fumait c'était une prestance.* » 13^e entretien.

(3) Rôle de l'Armée.

Des patients expliquaient les liens entre leur tabagisme et leur passage dans l'Armée.

« *Bon alors après, à l'Armée y a plein de choses.* » 13^e entretien.

« *Ah oui oui oui, j'étais à l'Armée.* » 7^e entretien.

e) Manque

Des patients décrivaient un manque à l'idée de ne pas fumer.

« *Après le repas j'sens que j'ai besoin d'une cigarette.* » 12^e entretien.

« *Et puis, depuis c'temps-là, j'peux plus m'en passer quoi.* » 16^e entretien.

« Je sens que c'est un manque c'est une drogue. » « Sûrement un manque de nicotine, ça c'est sûr. » 4^e entretien.

f) Automatismes

(1) Gestuelle

La gestuelle était mise en cause dans la difficulté à arrêter de fumer.

« Ben je sais pas, ce qui manque c'est toujours ce geste » 4^e entretien.

« Et puis ben c'est euh, les gestes au quotidien. » 16^e entretien.

« Ben y a le, bon, notamment y a par exemple, ça j'avais r'marqué euh, le geste automatique » 17^e entretien.

(2) Habitudes

Certains patients expliquaient la force de l'habitude dans le fait de fumer lors de certaines situations.

« Ou alors euh, comme on dit à la télé euh, bon après un bon café » « C'est comme si euh, vous mangez et que juste après ben faut prendre le dessert » 16^e entretien.

« C'est vrai que quand j'suis devant la télé quand y'a une page de pub ou quelque chose comme ça bon j'vais fumer une cigarette automatiquement. » 12^e entretien.

« Ben, bon, dans une soirée, « tu veux une cigarette ? » Ben ouais, on va en prendre une et pis boudouf et... » 15^e entretien.

g) Echecs des sevrages précédents

Des patients relataient que des échecs antérieurs ne les motivaient pas à retenter l'expérience.

« J'ai essayé une première fois où j'ai pas tenu enfin je me sentais pas prêt » 12^e entretien.

« Si si si, j'ai déjà essayé, enfin non j'ai essayé, ça a duré cinq minutes » 13^e entretien.

« J'ai essayé j'sais pas combien d'fois, et pour arrêter j'ai mis sept huit ans, après ça. Sept huit ans » 17^e entretien.

h) Rôle de l'Etat

Certains patients mettaient en cause le rôle de l'Etat qui les empêchait d'arrêter de fumer.

« Y'avait pas d'interdiction dans c'temps là, enfin dans les années 90 y'avait pas d'interdiction j'veux dire donc euh. » 8^e entretien.

« Alors euh cette cigarette électronique ben en plus [...] et maintenant avec le gouvernement actuel qui veut la taxer non mais ils sont vraiment malades. » 13^e entretien.

i) Peur prise de poids

Des patients faisaient part de leur crainte de prendre du poids lors du sevrage tabagique.

« Il (le cardiologue)m'a dit que si j'arrête de fumer je risquerai de craquer et puis euh de reprendre du poids. » 12^e entretien.

« J'ai justement peur de prendre des kilos si j'arrête de fumer. » 8^e entretien.

j) Stress, nervosité

Plusieurs patients expliquaient que leur stress les incitait à poursuivre leur tabagisme.

« Je stresse facilement déjà donc euh j'pense que, j'pense que le stress joue pour beaucoup en fait euh. » 12^e entretien.

« Ben j'ai déjà essayé mais j'suis trop énervé. » 4^e entretien.

« Oui, j'ai peur de faire une dépression. » 2^e entretien.

k) Désaveu envers les aides au sevrage

Des patients trouvaient des arguments contre l'utilisation des aides au sevrage tabagique.

« *Et pis ça coûte cher les patchs.* » 11^e entretien.

« *Des patchs aussi mais ça marche pas.* » 10^e entretien.

« *Ca pousse plus à fumer qu'à arrêter de fumer* » « *C'est d'arnaque !* » (en parlant des patchs), 18^e entretien.

l) Retentissement psychologique

(1) Plaisir

Certains patients décrivaient une sensation de plaisir quand ils fumaient.

« *C'est plus un plaisir que euh... qu'un phénomène de manque.* » 5^e entretien.

« *J'ai toujours aimé fumer.* » 6^e entretien.

« *Euh la cigarette en fait ça a été, ça me permet à moi de me sentir bien.* » 12^e entretien.

(2) Ennui

D'autres patients expliquaient que l'ennui les incitait à poursuivre leur consommation tabagique.

« *C'est vrai que ça joue aussi par rapport à l'occupation j'ai remarqué parce que quand je suis occupé à quelque chose j'ai tendance à moins fumer.* » 12^e entretien.

« *Parce que la cigarette c'est, c'est l'ennui. C'est quand on est toute seule.* » 2^e entretien.

m) Diabète qui freine le sevrage tabagique

L'argument du diabète a été évoqué comme frein au sevrage tabagique.

« *Pis comme c'est du diabète, pis on peut pas manger qu'est-ce qu'on veut non plus entre deux alors euh... on s'énerve sur la cigarette.* » 2^e entretien.

3. Motivations au sevrage tabagique chez les patients diabétiques

a) Raisons économiques

Certains patients expliquaient que le prix des cigarettes influait leur motivation au sevrage tabagique.

« *C'est trop cher* » 2^e entretien.

« *J'étais arrivé à 340€ par mois ; j'dis ça commence à faire lourd* » 6^e entretien.

« *Bon et vu que maintenant je suis en retraite, donc le salaire a bien diminué, voilà, non c'est sûr je veux dire, c'est pour ça c'est un facteur pour arrêter aussi* » 8^e entretien.

« *Avec ça, avec les sous là qu'j'achète un paquet j'peux acheter autre chose, j'peux acheter un morceau de viande, du pain* » 11^e entretien.

b) Entourage

(1) Famille

Des patients racontaient que leur famille était toute ou partie la raison de leur sevrage tabagique.

« *Ben voilà. J'ai quelqu'un d'la famille quoi, ben c'est pareil hein. Il a abusé d'la cigarette* » 16^e entretien.

« Et après bon y a les p'tits-enfants qui... Bon après on finit par être un paria et aller dans l'jardin. Heureusement le jardin est grand ça va. Euh [...] J'vais fumer dans l'jardin mais quand même bon » 13^e entretien.

« Ben j'ai rencontré ma femme, ben déjà avant j'fumais chez moi euh à l'intérieur de la maison mais comme ma femme supporte pas la fumée euh donc euh j'ai décidé d'essayer d'arrêter » 12^e entretien.

(2) Travail

L'occupation au travail de certains patients les motivait à ne plus fumer.

« Il faut que je travaille. C'est pour ça qu'au mois d'septembre j'vais faire un stage et j'vais plus penser à la cigarette » 2^e entretien.

« Bon, quand je travaille, je ne pense pas à fumer » 8^e entretien.

c) Hospitalisation

Certains patients ont vécu une hospitalisation durant laquelle ils ne pouvaient pas fumer.

« Parce-qu'à l'hôpital on pouvait pas fumer alors j'ai pas fumé et après ça a été ça a marché » « Alors j'étais longtemps sans fumer là-bas à l'hôpital, et après j'suis rentré j'ai pu fumer. C'est comme ça que j'ai arrêté ! » 9^e entretien.

« Oui oui, ben déjà à l'hôpital je fumais pas. » 10^e entretien.

d) Gêne du tabac après le sevrage

La gêne du tabac ressentie après le sevrage était un argument pour poursuivre l'arrêt du tabac.

« Tous des fumeurs, tous. Heureusement, heureusement c'était des fumeurs de blondes. » 17^e entretien.

e) La législation anti-tabac

Selon certains patients, l'Etat et les lois jouent un rôle dans l'aide au sevrage tabagique.

« A l'intérieur du bâtiment ? Non, c'était interdit. » 8^e entretien.

« C'est [...] Interdit dans les restaurants, ça c'est une bonne chose. » 13^e entretien.

« Il faudrait qu'ils interdisent carrément la cigarette c'est tout, ne plus en trouver nulle part. » 4^e entretien.

f) Pas d'arguments, pas envie

Des patients ne retrouvaient pas d'argument particulier expliquant leur sevrage tabagique.

« Non mais me suis dit que ça ne sert à rien. J'fume une ou deux dans une journée. J'ai dit y est temps qu'j'arrête ça ! » « Ca m'dit plus rien. » 1^{er} entretien.

« C'était le bon moment c'est tout. C'est tout, c'était le bon moment j'sais pas pourquoi... » 3^e entretien.

« Euh d'un jour au lendemain comme ça. » 11^e entretien.

g) Présence d'aides au sevrage

Les patients décrivaient plusieurs formes d'aides au sevrage tabagique.

(1) Aide du médecin généraliste

L'intervention du médecin généraliste était mise en évidence dans l'aide au sevrage tabagique.

« C'est-à-dire que le Docteur X. m'a donné un appareil pour les poumons, pour souffler et quand j'ai pris ça j'ai arrêté de fumer. » 11^e entretien.

« Il m'l'a dit plus qu'un coup qu'il fallait arrêter. » 1^{er} entretien.

« Il m'avait fait un p'tit cours aussi justement diabète / tabac il m'a dit faites attention quand même. » 8^e entretien.

(2) Patches

L'utilisation de patches a pu aider certains patients à arrêter de fumer.

« Un patch d'un mois, ça suffit. » 17^e entretien.

A la question : ça a bien fonctionné avec les patches ? « Ben étonnamment, oui oui. » 3^e entretien.

(3) Cigarette électronique

Des patients ont mis en évidence l'efficacité de la cigarette électronique pour réussir leur sevrage tabagique.

« La cigarette électronique, j'sais pas, mais impeccable... » 18^e entretien.

« J'saurais pas dire quel est le laps de temps pendant lequel j'ai pris cette cigarette électronique mais jamais, pendant cette cigarette électronique, j'ai réessayé une... » 13^e entretien.

(4) Autre

D'autres moyens d'aide au sevrage ont été décrits lors des entretiens.

« J'ai pris des pastilles pour arrêter de fumer et euh j'en ai pris une semaine et j'ai réussi à arrêter. » 12^e entretien.

« Je ralentissais avec des cachets, tout ça. » 10^e entretien.

« Un appareil pour les poumons (Onbrez®), pour souffler et quand j'ai pris ça j'ai arrêté de fumer. » 11^e entretien.

(5) Aide au sevrage tabagique non indispensable

Certains patients mettaient en avant le fait qu'ils avaient arrêté de fumer sans aucune aide au sevrage tabagique.

« *Non. Mais non puisque c'est, c'est mental.* » 16^e entretien.

« *Ah non, non j'ai pas pris de patchs et tous ces trucs là non ! J'ai arrêté comme ça.* » 9^e entretien.

« *J'ai arrêté comme ça, du jour au lendemain.* » 7^e entretien.

h) Peur / crainte par rapport à la santé,

(1) Comparaison avec autres personnes

Certains patients expliquaient que voir d'autres personnes malades du tabagisme les faisait réfléchir quant à leur sevrage tabagique.

« *Ben si hein. C'est quand vous voyez un malade et puis...* » 16^e entretien.

« *Avec tout ce qu'on voit euh, y a d'quoi avoir peur.* » 1^{er} entretien.

(2) Crainte pour sa propre santé

Des patients craignaient pour leur santé et ces craintes expliquaient leur arrêt du tabagisme.

« *C'est vrai que la santé elle commençait à devenir désagréable avec la cigarette.* » 18^e entretien.

« *C'est quand j'ai fait mon infarctus.* » 4^e entretien.

i) Bénéfices du sevrage

Des patients décrivaient les effets bénéfiques du sevrage tabagique les aidant à ne pas rechuter.

« *Plus de toux, plus rien.* » 18^e entretien.

« *J'arrivais au quatrième bon j'étais un peu essoufflé et là ça allait mieux.* » 8^e entretien.

j) Risque cardiovasculaire

Un patient a expliqué que sa motivation pour arrêter de fumer a été la crainte des complications cardiovasculaires.

« *Et je savais que, un des problèmes du diabète c'était euh, des risques accentués euh, au niveau des pieds. Et bon, ne pas avoir une jambe en moins, tout ça. C'était le deuxième risque [...] que j'avais évité.* » 17^e entretien.

« *L'premier c'est les yeux.* » 17^e entretien.

« *Et c'est comme ça qu'ai arrêté d'fumer d'ailleurs. C'est à cause de ça, la motivation.* » 17^e entretien.

V. DISCUSSION

Cette thèse fait partie d'un travail plus large réalisé avec Anne Mazur sur la base de 27 entretiens.

Nous avons partagé notre projet en deux parties après l'avoir débuté ensemble.

Le travail de thèse de Anne Mazur intitulé « Vécu des patients diabétiques de type II concernant leur diabète et son association au tabac » [20] sera utilisé dans cette discussion.

A. *La méthode*

L'objectif de cette étude était de recueillir le ressenti des patients concernant leur diabète et son association au tabagisme.

Les entretiens individuels permettaient de collecter, de façon libre, des sentiments personnels de patients. Ces histoires propres à chacun n'auraient peut-être pas, par pudeur, pu être racontées lors de focus group.

B. *Les patients*

Nous avons effectué un recrutement de patients tout venant, lors de consultations de Médecine Générale. Cela a permis de potentialiser la diversité des opinions, des avis et des histoires personnelles.

D'autres patients ont été recrutés par téléphone. Le thème leur était évoqué de façon succincte afin de mettre en évidence des idées spontanées, personnelles et non anticipées.

27 entretiens ont été réalisés au total, seuls 18 ont été exploités pour le travail de cette thèse.

Les 9 entretiens non analysés dans cette étude étaient des entretiens de patients qui n'ont pas été à la fois fumeurs et diabétiques dans un même temps. Leur sevrage tabagique ayant eu lieu avant la découverte du diabète, ils n'avaient donc pas pu vivre le sevrage tabagique en tant que patient diabétique.

Le nombre d'entretiens a permis d'obtenir une saturation des données.

C. Forces et faiblesses de la méthode

1. Limites

Comme la carte (page 9) l'indique, les patients n'ont pas été recrutés sur l'ensemble de la région.

Nous n'avons pas souhaité réaliser de focus group entre patients. Les groupes de parole pouvaient entraîner un appauvrissement du recueil de données par un effet inhibiteur. Certains patients auraient pu rester sur leurs réserves à exprimer des évènements personnels ou se sentir jugés.

2. Forces

A l'heure actuelle, nous n'avons trouvé aucun travail qualitatif sur ce sujet.

D. Critères de validité scientifique

Les critères de validité scientifique de notre travail sont les suivants :

Nous avons effectué une étude qualitative, avec des entretiens semi-dirigés de patients diabétiques de type 2, fumeurs ou anciens fumeurs. Le recrutement de ces patients a eu lieu lors de consultations de Médecine Générale (secteurs rural, semi-rural et urbain).

La triangulation des chercheurs : le codage et l'analyse des données ont été effectués de façon indépendante par deux chercheurs différents. De plus, la confrontation des résultats a permis de réduire notre subjectivité.

La saturation des données : la validité interne de l'étude a été obtenue grâce à la saturation des données. Cette dernière a été atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles idées par rapport aux précédents. C'est de cette façon que nous avons pu arrêter notre recrutement de patients après 27 entretiens.

Nos résultats étaient confrontés au fur et à mesure aux données de la littérature. En effet, il nous fallait vérifier la crédibilité des résultats de l'étude par rapport aux différents travaux déjà réalisés.

Les demandes d'autorisation de l'étude sont actuellement en cours auprès de la CNIL et du CPP.

Après un avis recueilli auprès du CPP de la FLM, toutes les données recueillies seront supprimées.

E. *Résultat principal et son implication majeure*

Peu de femmes ont été interrogées. En effet, les femmes restent moins fumeuses que les hommes (35,6 % contre 27,9 %) [21].

Autres explications, les femmes sont entrées dans le tabagisme 20 ans après les hommes. La génération des femmes nées entre 1945 et 1965 est celle de l'émancipation féminine, qui s'est accompagnée d'une entrée dans le tabagisme.

Peut-être, dans un futur proche, verrons-nous plus de femmes diabétiques et fumeuses qu'aujourd'hui ? L'Inpes constate une augmentation du tabagisme chez les femmes sur ces 5 dernières années [21].

1. Freins

Selon l'article de la revue Diabetes Voice [15], les causes empêchant les patients diabétiques d'entreprendre un sevrage tabagique étaient principalement la peur de la prise de poids et la dépression.

Ces raisons ont été retrouvées dans ce travail mais d'autres causes sont été mises en évidence.

Poursuite du tabagisme malgré la connaissance des complications.

Les patients diabétiques interrogés connaissaient tous au moins une des complications du tabagisme. Néanmoins, les personnes pour qui les complications n'étaient pas clairement identifiées savaient au moins que le tabagisme était délétère pour la santé.

Souvent, ils avaient connaissance de ces complications par leur entourage familial ou amical. Le ressenti des patients vis-à-vis des complications était qu'elles pouvaient arriver « aux autres » mais pas à eux-mêmes.

Malgré ces connaissances, les patients interrogés nous faisaient part des différents éléments qui les incitaient à poursuivre leur tabagisme. Parmi les raisons marquantes, on mettait en évidence le fait que les patients minimisaient le tabagisme en général. Que ce soit la quantité, le type de cigarettes fumées (ou cigarillos) voire une certaine période plus ou moins longue de leur vie, où ils étaient capables, ou obligés, de ne pas fumer.

Poursuite du tabagisme malgré le message de leur(s) médecin(s).

Les patients nous expliquaient que leurs médecins (généraliste ou spécialiste d'organe) les informaient des risques du tabagisme actif.

Autant les fumeurs connaissaient les risques du tabagisme sur la santé, autant très peu de fumeurs diabétiques connaissaient les méfaits de l'association du diabète et du tabac.

Nous avons pu constater que les entretiens avaient permis à certains patients de se sensibiliser au problème de l'association diabète et tabagisme. Ils réalisaient leur propre cheminement concernant leurs connaissances.

L'ordre des questions posées selon le guide d'entretien (Annexe 1) permettait au patient une réflexion sur sa propre santé.

Nous parlions d'abord des RHD, puis du vécu et des complications du diabète puis des complications du tabac et enfin des complications du tabagisme associé au diabète.

Beaucoup de patient nous avouaient ne jamais avoir pensé à cette question. Voire même la question « que peut entraîner l'association diabète et tabac sur la santé ? » ne leur avait jamais été posée aussi clairement.

Cet entretien a pu leur permettre un cheminement, peut-être bénéfique, vers la décision d'un sevrage tabagique.

L'Armée française

Des patients (âgés entre 55 et 65 ans), nous expliquaient qu'ils avaient commencé à fumer lors de leur passage à l'Armée.

Le tabac surnommé « tabac de troupe » fut longtemps distribué gratuitement aux soldats dans le but de leur remonter le moral.

Le droit à la ration du soldat et aux conscrits a continué jusqu'en 1972 [22] et le tabac de troupe a été vendu dans les casernes (à prix réduits) jusque dans les années 1990.

Cela peut expliquer en partie pourquoi le tabagisme est l'une des raisons de la banalisation du tabac pour certaines personnes.

Retentissement psychologique

Durant les entretiens, les patients interrogés nous expliquaient le retentissement psychologique qu'ils ressentaient à l'idée d'envisager d'arrêter de fumer.

Ils appréhendaient le manque physique mais aussi psychique, notamment au cours de certaines situations quotidiennes de leur vie (après le repas, en allant au travail...).

Ces habitudes de tous les jours sont associées au fait, au geste, à l'habitude de fumer.

Tous ces arguments orientent une prise en charge personnalisée du sevrage tabagique chez les patients fumeurs.

Quant aux patients fumeurs et diabétiques, la personnalisation du suivi doit être encore plus exigeante chez des patients qui souffrent de deux maladies chroniques.

En effet, selon un récent article [23], la dépendance au tabac peut être, au même titre que le diabète, considérée comme une maladie chronique.

En effet, la dépendance au tabagisme peut être considérée comme une maladie chronique au vu des échecs de précédents sevrages. Certains patients nous expliquaient avoir parfois essayé pendant plusieurs années avant de réussir à arrêter de fumer.

Education thérapeutique en Médecine Générale

Les patients nous expliquaient que leur médecin (généraliste ou spécialiste d'organe) les informait des risques du tabagisme actif. Mais quel message les patients retiennent-ils à la fin d'une consultation ?

Ce suivi personnalisé, comme expliqué dans le paragraphe précédent, peut-il, doit-il être réalisé par le médecin généraliste ? Faut-il un suivi psychologique avec, par exemple, des thérapies cognitivo-comportementales ? Un suivi téléphonique suffit-il à aider les patients dans leur sevrage tabagique ?

Les lignes téléphoniques de tabac info service, au 39 89, proposent un suivi personnel. Les tabacologues rappellent les patients qui souhaitent arrêter de fumer, selon des horaires préalablement convenus.

Cela semble être un bon compromis quand on sait que les consultations de Médecine Générale durent en moyenne 16 minutes au cabinet [24]. De plus, l'éducation thérapeutique d'un patient, que ce soit concernant le tabagisme, le diabète ou toute autre maladie, est chronophage en Médecine Générale de ville.

Une étude (réalisée en 2010 chez 167 médecins généralistes en Midi-Pyrénées) recherchait quels étaient les freins des médecins à la participation à des actions d'éducation thérapeutique [25].

| Principaux arguments cités | Pourcentage de réponse |
|---|------------------------|
| Manque de temps | 71,4 % |
| Manque de connaissances et de formation | 20,1 % |
| Manque de financement adaptés | 18,8 % |

Tabagisme associé au diabète

La plupart du temps, le patient est au cours de sa vie, d'abord fumeur puis il devient ensuite diabétique. Le cumul des maladies à RCV n'est que très rarement un argument pour envisager un sevrage tabagique. Certains expliquaient qu'ils poursuivaient leur tabagisme en partie à cause de leur diabète.

Les contraintes liées au suivi du diabète en termes de surveillance glycémique, d'alimentation et d'activité physique sont déjà trop nombreuses pour certains patients pour qu'ils n'envisagent un sevrage tabagique. La crainte de la dépression, et donc d'une moins bonne surveillance du diabète, les freine dans leur décision d'arrêter le tabac.

2. Arguments qui reviennent à la fois dans les freins et motivations au sevrage

La profession des patients et la législation française en termes de lutte anti-tabac sont des arguments qui sont à la fois évoqués par les patients comme freins et motivations au sevrage.

Une étude met en évidence une diminution de la consommation de tabac sur les lieux de travail, mais des lieux de travail collectifs [26].

Les fumeurs travaillant dans des lieux publics se sont retrouvés dans l'interdiction de fumer pendant leurs horaires professionnels. Cela a pu en inciter un certain nombre à arrêter de fumer.

Par contre, cette observation n'est pas valable pour les patients qui décrivent une activité professionnelle où ils exercent seuls. Les commerciaux ou routiers par exemple qui passent beaucoup de temps seuls dans leur moyen de transport, considèrent que leur travail ne les aide pas à entreprendre un sevrage tabagique.

Les patients reconnaissent un effet bénéfique aux lois antitabac. Certains même regrettent que ces lois ne soient pas intervenues plus tôt voire même qu'elles ne soient pas assez sévères pour qu'ils envisagent leur sevrage tabagique.

Les principales lois antitabac sont la loi Veil du 9 juillet 1976 [27] et la loi Evin du 10 janvier 1991 [28].

La dernière loi Evin interdit notamment :

- de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif ;
- toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac et des produits dérivés ;
- toute distribution gratuite ;
- toute opération de parrainage liée au tabac ;
- la vente de tabac aux moins de 18 ans.

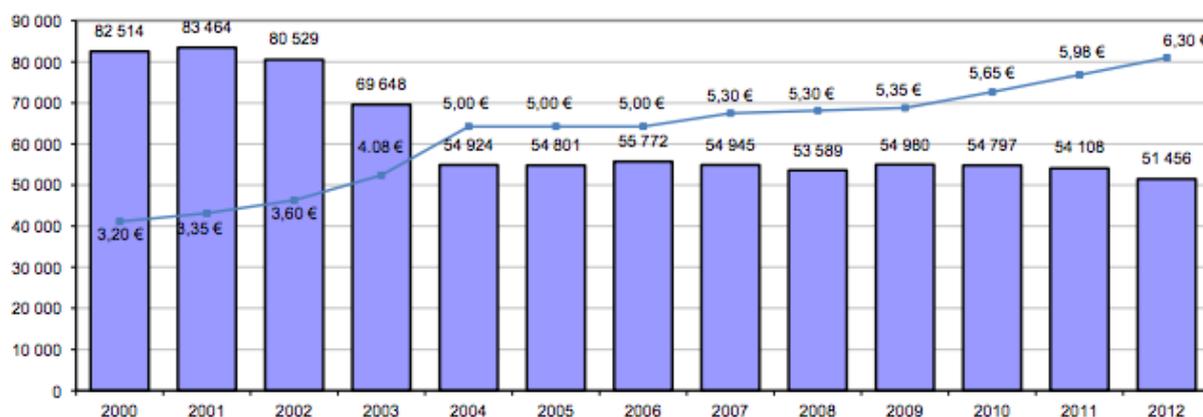
Il faudra cependant attendre le décret no 2006-1386 du 15 novembre 2006 [29] qui fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Ce décret est entré en vigueur le 1^{er} février 2007, sauf dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants, où l'interdiction est seulement devenue effective à partir du 1^{er} janvier 2008.

3. Motivations

Prix des cigarettes

D'autres textes de lois continuent d'être promulgués par rapport au prix du tabac et notamment du paquet de cigarettes.

Graphique : Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de cigarettes de la classe la plus vendue [30].



L'évolution du prix des cigarettes a influencé la quantité de paquets de cigarettes achetés en France. Ces chiffres de la consommation du tabac restent évidemment à pondérer si on prend en compte les achats frontaliers, les cigarettes de contrebande ainsi que le report des fumeurs vers le tabac à rouler.

La cigarette électronique

Les patients mettent en avant leurs automatismes et la gestuelle comme frein « inconscient » à leur sevrage tabagique. La cigarette électronique semble être une bonne alternative pour garder l'expérience de fumer, la « smoking experience », mais sans l'intoxication tabagique et sans les risques associés du tabagisme sur la santé [31].

En effet, au moment de notre étude, il n'y a pas assez de recul permettant de connaître les risques de la cigarette électronique. Cependant, les risques du tabagisme sont quant à eux clairement identifiés.

Diabète et tabac

Les motivations au sevrage tabagique chez les patients diabétiques de type 2 étaient pour la plupart des raisons personnelles.

Le diabète n'intervient que très rarement dans la décision du sevrage : 1 patient sur les 18 entretiens réalisés.

Ce patient connaissait parfaitement les risques de l'association du diabète et du tabac. Il a été particulièrement réceptif aux messages de prévention réalisés par son médecin traitant.

Au terme de notre étude, il semble bien que la prise en charge de ces 2 pathologies chroniques doit se faire de manière séparée, tant les liens qui les unissent sont faibles aux yeux des patients.

Pour l'une comme pour l'autre des pathologies, le rôle du Médecin Généraliste est de faire passer des messages (les mots clés étant : Motivation, Volonté, Soutien). Il est nécessaire de les répéter jusqu'à ce que le patient devienne réceptif : informer sur les méfaits et sur les bénéfices à équilibrer le diabète et à arrêter le tabagisme.

Pour cela, il doit faire connaître les risques encourus.

Cela s'est ressenti lors de nos entretiens : les patients prenaient petit à petit conscience de leur situation au fil de notre rencontre.

Le Médecin Généraliste doit également demander aux patients une réflexion sur les avantages que leur apporterait l'arrêt du tabac, peut-être avec l'aide de psychologues, tabacologues, organismes adaptés (tabac info service etc. ...).

Il ne faut pas minimiser le rôle de l'entourage qui semble également un soutien majeur dans la prise en charge de ces pathologies.

Le travail de thèse d'Anne Mazur [20] met en évidence le peu de connaissances des patients diabétiques concernant l'association du tabagisme et de leur diabète.

Cela peut expliquer pourquoi, dans ce travail de thèse, le diabète des patients n'intervient que très rarement dans la prise de décision du sevrage tabagique.

VI. CONCLUSION

Peu de statistiques sur l'association diabète et tabac en France sont retrouvées alors que le diabète et le tabagisme sont des pathologies avec une épidémiologie importantes (en nombre). Le tabagisme chez les patients diabétiques est un réel problème de santé publique.

Les raisons qui génèrent la persistance du tabagisme ou son sevrage chez les patients diabétiques sont principalement des raisons personnelles.

Nous avons pu remarquer que les patients diabétiques connaissaient les complications du tabagisme. Par contre, les complications sur la santé de l'association diabète et tabac, leur étaient beaucoup moins évidentes. Ils nous avouaient parfois ne jamais y avoir pensé.

Pourtant, le rôle du médecin généraliste, dans son rôle d'information et d'éducation thérapeutique, était mis en évidence.

Nous pouvons donc penser que la portée du message du médecin généraliste est limitée.

Il est cependant essentiel de poursuivre et répéter le conseil minimal d'arrêt du tabac ainsi que les informer des complications de l'association diabète et tabagisme.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglu E. Données sur la mortalité en France: principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bull Épidémiologique Hebd. 7 juin 2011;(22):249-55.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. 2011;9.
3. Méthodes d'évaluation du RCV global. ANAES. juin 2004;24-6.
4. Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France-Synthèse épidémiologique. Inst Veille Sanit. nov 2010;2.
5. Ricci P, Blotière PO, Weill A et al. Diabète traité: quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France. Bull Épidémiologique Hebd. 9 nov 2010;(42-43):425.
6. Romon I, Jouglu E, Weill A, Eschwège E, Simon D, Fagot-Campagna A. Description de la mortalité et des causes de décès dans une cohorte d'adultes diabétiques en France métropolitaine-Etude ENTRED 2001. Bull Épidémiologique Hebd. nov 2009;(42-43):469-72.
7. Preis SR, Hwang SJ, Coady S et al. Trends in all-cause and cardiovascular disease mortality among women and men with and without diabetes mellitus in the Framingham Heart Study, 1950 to 2005. Circulation. 7 avr 2009;119(13):1728-35.
8. Levitan EB, Song Y, Ford ES, Liu S. Is nondiabetic hyperglycemia a risk factor for cardiovascular disease ? A meta-analysis of prospective studies. Arch Intern Med. oct 2004;164(19):2147-55
9. Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France: principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. Bull Épidémiologique Hebd. 31 mai 2011;(20-21):230-3.
10. Hill C. Tobacco epidemiology. Rev Prat. mars 2012;62(3):325, 327-9.
11. Licaj I, Romieu I, Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault MC, Ferrari P. Impact du tabac sur la mortalité totale et sur la mortalité par cause dans l'étude européenne EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition). Bull Épidémiologique Hebd. mai 2013;(20-21):234-8.
12. Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. ANAES. mars 2000;74-6.

13. Al-Delaimy WK, Willett WC, Manson JE, Speizer FE, Hu FB. Smoking and mortality among women with type 2 diabetes: The Nurses' Health Study cohort. *Diabetes Care*. déc 2001;24(12):2043-8.
14. Al-Delaimy WK, Willett WC, Manson JE, Solomon CG et al. Smoking and risk of coronary heart disease among women with type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. févr 2002;162(3):273-9.
15. Haire-Joshu D, Thomas J. Dépendance et croyances sur le tabagisme et le diabète. *Diabetes Voice*. juin 2005;50:15-8.
16. La définition européenne de la Médecine Générale-Médecine de famille. *WONCA Eur*. 2002;7-10.
17. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. *ANAES*. janv 1999;37-40.
18. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale anglophone: GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
19. Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en Médecine Générale. 2011. p. 43-53.
20. Mazur A. Vécu des patients diabétiques de type 2 concernant leur maladie et son association au tabac. Recrutement en Médecine Générale dans le Nord-Pas-de-calais. [Thèse pour le doctorat de Médecine Générale]. Lille; 2014.
21. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Peretti-Watel P. Premiers résultats du baromètre santé 2010 Evolutions récentes du tabagisme en France. *Inpes*. 28 janv 2010;5.
22. Godeau E. Le tabac en France de 1940 à nos jours. Histoire d'un marché. PU Paris Sorbonne; 2008. ISBN 2-8405-0561-4.
23. Sitruk L, Freydt C, Naudin-Rousselle P. Sevrage tabagique: les nouvelles données 2014. *Généraliste FMC*. 10 janv 2014;(2666):21-4.
24. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la Santé*. juill 2009;(144):2.
25. Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées, URML Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. juin 2010;23.

26. Maurel-Donnarel E, Baumstarck-Barrau K, Barlesi F, Lehucher-Michel M-P. Interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (décret no 2006-1386 du 15 novembre 2006) : impact à 12 mois sur le statut tabagique chez des infirmiers hospitaliers. mars 2010;27:199-212.
27. Veil S. LOI n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. 76-616 juill 9, 1976.
28. Evin C. LOI no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 janv 10, 1991.
29. Conseil d'Etat. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. JORF. 16 nov 2006;(265):17249.
30. Lermenier A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2012. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac. 2012;2.
31. Caponnetto P, Campagna D, Papale G, Russo C, Polosa R (2012) The emerging phenomenon of electronic cigarettes. Expert Rev. Respir. Med. 6(1):63–74. doi: 10.1002/sim.2286

VIII. ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien

1/ Que pensez-vous de votre hygiène de vie ?

2/ Qu'est-ce que le diabète pour vous ? Pour vous quels peuvent être les effets, les complications du diabète sur la santé ? Comment le vivez-vous ?

3/ Qu'est-ce que vous connaissez du tabac ? Quelle est votre expérience par rapport au tabac ?

4/ Qu'évoque pour vous l'association des deux ? Que savez-vous de l'association diabète et tabac ?

5/ Quelle est votre expérience du sevrage tabagique ?

6/ Parlez-moi des aides au sevrage que vous connaissez ?

7/ Qu'est-ce qui vous a aidé/vous aiderait ou vous a manqué/manquerait pour arrêter de fumer ?

ANNEXE 2

Consentement éclairé

Investigatrice : MAZUR Anne. Faculté Libre de Médecine de Lille.

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude qualitative dans le cadre d'une thèse de Médecine Générale sur le diabète. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi (loi du 20 décembre 1988 article 15).

Au cours de cette expérience, j'accepte que soient recueillies des données audio sur mes réponses. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif de l'investigatrice concernée.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Date :

Nom du volontaire :

Signature du volontaire (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Nom de l'expérimentatrice :

Signature de l'expérimentatrice

ANNEXE 3

Questionnaire préliminaire à l'entretien individuel

Sexe :

Age :

Lieu de résidence :

Diabétique : ADO insuline les 2

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Fumeur | Ancien fumeur |
| Nombre d'années : | Nombre d'années : |
| Consommation quotidienne : | |
| Estimation Paquets-Années : | Estimation PA : |

ANNEXE 4

Tableau des caractéristiques des patients interrogés

| PATIENT | SEXE | AGE | LIEU DE RESIDENCE | TRAITEMENT | TABAGISME |
|---------|------|--------|-------------------|------------|---------------|
| 1 | M | 68 ans | Rural | ADO | Sevré, 15 PA |
| 2 | F | 46 ans | Semi-rural | ADO | Fumeuse 15 PA |
| 3 | M | 55 ans | Semi-rural | Insuline | Sevré, 43 PA |
| 4 | M | 61 ans | Semi-rural | ADO | Fumeur, 86 PA |
| 5 | M | 62 ans | Semi-rural | ADO | Fumeur, 37 PA |
| 6 | M | 58 ans | Urbain | ADO | Fumeur, 21 PA |
| 7 | M | 73 ans | Semi-rural | ADO | Sevré, 27 PA |
| 8 | M | 62 ans | Semi-rural | ADO | Fumeur, 43 PA |
| 9 | M | 80 ans | Semi-rural | ADO | Sevré, 40 PA |
| 10 | M | 47 ans | Semi-rural | ADO | Fumeur, 30 PA |
| 11 | F | 59 ans | Semi-rural | ADO | Sevré, 12 PA |
| 12 | M | 38 ans | Semi-rural | ADO | Fumeur, 20 PA |
| 13 | M | 63 ans | Rural | ADO | Sevré, 42 PA |
| 14 | M | 72 ans | Semi-rural | ADO | Fumeur, 24 PA |
| 15 | M | 57 ans | Semi-rural | ADO | Sevré, 27 PA |
| 16 | M | 43 ans | Urbain | Insuline | Fumeur, 25 PA |
| 17 | M | 63 ans | Urbain | Insuline | Sevré, 31 PA |
| 18 | M | 57 ans | Urbain | ADO | Sevré, 40 PA |

M : sexe masculin et F : sexe féminin.

ADO : anti-diabétiques oraux.

PA : paquets-années.

AUTEUR : BRUIET Amandine

Date de Soutenance : lundi 26 mai 2014

Titre de la Thèse : *QUELS SONT LES FREINS ET LES MOTIVATIONS AU SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE II ?*

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Etude qualitative - Sevrage tabagique – Diabétiques de type II – Médecine Générale.

Résumé :

Contexte : Les diabétiques fumeurs ont un risque de mortalité multiplié par 2 par rapport aux diabétiques non-fumeurs. Le cumul de ces 2 facteurs de risque cardiovasculaire, diabète de type 2 et tabagisme, entraîne 14 fois plus de complications chez ces patients que chez les personnes fumeuses ou diabétiques.

Méthode : Etude qualitative utilisant la technique d'entretiens individuels semi-dirigés. Des patients diabétiques fumeurs ou anciens fumeurs ayant vécu un sevrage tabagique alors qu'ils étaient diabétiques ont été interrogés.

Résultats : Sur les 18 entretiens réalisés, un seul patient nous a expliqué que son diabète était la cause principale de son sevrage tabagique. Tous les autres patients diabétiques de type 2 avaient des connaissances plus ou moins importantes concernant les complications du tabagisme. Malgré ces connaissances, les raisons de leur sevrage, pour ceux qui avaient arrêté de fumer, étaient des motivations personnelles. Quant aux patients qui poursuivaient leur tabagisme, ils nous détaillaient leurs freins à leur sevrage avec notamment une importante minimisation du tabagisme actif.

Conclusion : Malgré les informations données les médecins généralistes et les autres spécialistes, le message de l'importance du sevrage tabagique chez les patients diabétiques semble difficilement passer. Il est cependant essentiel de poursuivre et répéter le conseil minimal d'arrêt du tabac à ces patients particulièrement exposés au risque cardiovasculaire.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gabriel Hocedez

