

Écart entre la connaissance et l'acceptation pour soi-même des risques liés à la consommation de tabac, à propos du cancer du poumon^a

Isabelle Grémy¹, Sandrine Halfen¹, Karen Slama², Annie J. Sasco³

¹ Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Paris

² Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, Paris

³ Institut national de la santé et de la recherche médicale, Centre international de recherche sur le cancer, Lyon

INTRODUCTION

L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a conduit en 2000 une enquête en population générale adulte sur la perception du tabac et de ses risques. Cet article présente l'un des aspects de cette enquête, à travers la perception du risque de cancer du poumon. L'objectif est de montrer l'écart entre la connaissance du risque et la perception de ce risque pour soi-même, c'est-à-dire le décalage existant entre la connaissance générale et la perception individuelle.

MÉTHODE

Un échantillon aléatoire de 2 533 personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en Ile-de-France a été constitué. Les personnes étaient interrogées par téléphone sur un questionnaire portant notamment sur les connaissances à l'égard du tabac et sur la perception des risques associés à la consommation de tabac. Le plan de sondage mené en deux étapes, sélection aléatoire du ménage et sélection d'un individu parmi les personnes éligibles du ménage, a été établi sur la base des abonnés (liste publique et rouge) au téléphone fixe. L'échantillon est pondéré par la taille du ménage et redressé sur des critères socio-démographiques (Enquête emploi de 1999). L'analyse statistique réalisée sur Stata® permet de tenir compte de plan de sondage complexe pour le calcul des variances.

Les catégories pour caractériser le statut tabagique sont : les fumeurs non-quotidiens et les fumeurs quotidiens (consommation inférieure ou au moins égale à une cigarette/jour), les ex-fumeurs (personnes ayant déclaré avoir arrêté de fumer au moment de l'enquête) et les non-fumeurs (personnes n'ayant jamais fumé régulièrement ou occasionnellement à l'exception de quelques essais). Dans le texte les « fumeurs actuels » regroupent les fumeurs quotidiens et les fumeurs non-quotidiens, les « non-fumeurs actuels » les ex et les non-fumeurs. Les variables pour évaluer les connaissances à l'égard du tabac portent sur le tabac et le cancer du poumon, le tabac et les maladies cardio-vasculaires, l'espérance de vie différentielle entre fumeurs et non fumeurs, sur la croyance erronée en un seuil de dangerosité en deçà duquel fumer ne serait pas dangereux. L'étude recherche également la perception des risques pour soi-même, notamment si les fumeurs se croient exempts des risques liés au tabac et la perception qu'ils ont de la diminution des risques à l'arrêt du tabac.

RÉSULTATS

Parmi les personnes interrogées, 41 % ont déclaré être des non-fumeurs, 27 % des ex-fumeurs et 32 % des fumeurs, dont 26 % des fumeurs quotidiens. Entre 18 et 40 ans, le statut tabagique des hommes et des femmes est comparable. En revanche, au-delà de 40 ans, les femmes sont environ deux fois plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais fumé.

Les conséquences sanitaires de la consommation de tabac sont mieux connues par les non-fumeurs que par les fumeurs

Si plus de neuf personnes sur dix déclarent que le cancer du poumon est une maladie plus fréquente chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, d'autres aspects relatifs aux conséquences sur la santé de la consommation de tabac semblent moins bien connus.

Ainsi, la croyance en l'existence d'un seuil de dangerosité est largement partagée par les fumeurs comme par les non-fumeurs : 40 % des personnes s'accordent à penser que c'est seulement à partir de 10 cigarettes quotidiennes que fumer est dangereux pour la santé. La fréquence plus élevée des maladies cardiaques chez les fumeurs ainsi que la réduction de l'espérance de vie entraînée par la consommation de tabac sont moins connues des fumeurs : 87 % des non-fumeurs actuels pensent que « les fumeurs vivent moins longtemps que les non-fumeurs » contre 72 % des fumeurs actuels.

Outre « ne pas fumer », d'autres mesures sont considérées comme efficaces pour éviter un cancer du poumon

Parmi les mesures susceptibles de diminuer le risque de cancer du poumon, celle dont l'efficacité est la plus reconnue par tous, fumeurs comme non-fumeurs, est le fait de « ne pas fumer » : 97 % des personnes pensent que c'est une mesure plutôt ou très efficace pour éviter un cancer du poumon. Cependant, d'autres mesures sont perçues par l'ensemble de la population comme ayant aussi une efficacité pour diminuer les risques de cancer du poumon : 74 % des personnes pensent qu'« éviter la pollution atmosphérique » est une mesure efficace, pour 67 % c'est « voir régulièrement son médecin » et pour 66 % « avoir un exercice physique régulier ». Pourtant, si ces mesures peuvent être préconisées dans un contexte général de promotion de la santé, leur incidence réelle sur la prévention d'un cancer du poumon est faible, voire marginale.

La grande majorité des fumeurs pense bénéficier de facteurs personnels d'exemption qui les protègent des risques liés à leur consommation de tabac

Le questionnaire proposait aux fumeurs de donner leur avis sur six affirmations relatives à l'existence de facteurs ou comportements qui permettent selon eux de se protéger ou d'être exempts de certaines maladies liées à la consommation de tabac. Près de 80 % des fumeurs quotidiens ont indiqué être d'accord avec au moins l'une des six affirmations (tableau 1). Les facteurs ou comportements considérés par plus de la moitié des fumeurs comme pouvant minimiser les risques liés à leur consommation de tabac sont le fait de vivre au grand air ou le fait d'avoir une activité physique ou sportive. Un fumeur sur cinq pense aussi avoir des antécédents familiaux qui le protègent des conséquences du tabac sur sa santé.

Les bénéfices pour la santé à l'arrêt du tabac sont largement minimisés par les fumeurs

Afin de mesurer la perception des bénéfices à l'arrêt du tabac, il était demandé aux fumeurs d'évaluer subjectivement, sur une échelle de 1 à 10 (où 10 représente le risque le plus fort), leur risque de développer un cancer du poumon, d'une part, en cas de poursuite de leur consommation de tabac et, d'autre part, en

^a L'intégralité de cette enquête ainsi qu'une synthèse sont disponibles sur le site Internet de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France www.org-idf.org ; les connaissances attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac, 2002. Cette enquête a bénéficié de co-financements de la Ligue nationale contre le cancer, de l'Association pour la recherche sur le cancer, la Fondation de France, l'Inserm et de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies.

cas d'arrêt de cette consommation. Chez les ex et non-fumeurs, ces mêmes questions étaient posées de façon plus générale sur le risque pour un fumeur de développer un cancer du poumon en cas de poursuite et en cas d'arrêt de la consommation.

Tableau 1

Facteurs considérés par les fumeurs quotidiens comme pouvant minimiser l'impact sanitaire de leur consommation de tabac (en %), Ile-de-France, 2000

Proportion des fumeurs quotidiens d'accord avec ces affirmations	Hommes	Femmes	p*
	fumeurs quotidiens (n=360)	fumeuses quotidiennes (n=405)	
« Je fume depuis trop peu de temps pour être en danger d'avoir une maladie liée au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque. »	32,1	22,4	≠
« La quantité que je fume est trop faible pour être atteint d'une maladie liée au tabac. »	28,4	24,0	NS
« Mes antécédents familiaux me protègent des conséquences du tabac sur ma santé. »	23,9	18,8	NS
« L'activité physique ou sportive me protège ou me protégerait des maladies liées au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque. »	54,0	44,1	≠
« Vivre au grand air me protège ou me protégerait des maladies liées au tabac. »	56,6	52,1	NS
« Ma manière de fumer me protège des conséquences nocives de ma consommation de tabac. »	23,0	14,0	≠

Proportion des fumeurs quotidiens d'accord

	Hommes	Femmes
Avec aucune des affirmations	18,9	24,7
Au moins 1 affirmation	81,1	75,3
Au moins 2 affirmations	62,4	49,9
Au moins 3 affirmations	38,7	28,9
Au moins 4 affirmations	23,7	12,8
Au moins 5 affirmations	8,0	4,7
Toutes les affirmations proposées	3,0	1,1

p* ≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes
NS : écart non significatif.

Chez les fumeurs (hommes et femmes), les risques estimés de développer un cancer du poumon en cas de poursuite de la consommation de tabac sont très nettement sous-évalués par rapport aux déclarations des ex et non-fumeurs. Ainsi, seule la

moitié des fumeurs ont estimé que, en cas de poursuite de la consommation, les risques se situaient entre 6 et 10 (risques forts) alors que c'est le cas de plus de 90 % des ex et non-fumeurs (tableau 2).

Tableau 3

Écarts entre le risque de développer un cancer du poumon évalué (de 1 à 10) en cas d'arrêt et celui évalué (de 1 à 10) en cas de poursuite de la consommation de tabac (en %)*, Ile-de-France, 2000

	Hommes		Femmes	
	Fumeurs actuels (n=428)	Ex et non-fumeurs (n=631)	Fumeuses actuelles (n=491)	Ex et non-fumeuses (n=950)
Écart négatif (préjudice pour la santé à l'arrêt)	3,1	0,4	2,8	1,2
0 point d'écart (aucun bénéfice à l'arrêt)	16,0	3,6	20,6	6,5
de 1 à 2 points d'écart (bénéfice faible)	31,2	18,6	28,0	19,8
de 3 à 4 points d'écart (bénéfice moyen)	29,9	42,7	32,1	37,1
de 5 à 9 points d'écart (bénéfice élevé)	19,8	34,6	16,4	35,4
p**	≠		≠	

* Par exemple, un fumeur qui a estimé que s'il continuait de fumer, son risque était de 10 (risque le plus fort) et que s'il s'arrêtait de fumer, son risque était de 1 (risque le plus faible) obtient un écart de 9 points (10 - 1). Il considère que le bénéfice de l'arrêt est très important. À l'inverse, une personne qui estime son risque à 5 (risque moyen) en cas de poursuite et à 5 en cas d'arrêt a un écart de 0 point. Il considère qu'il n'y a aucun bénéfice à arrêter. L'écart négatif indique que la personne perçoit un préjudice pour la santé en cas d'arrêt. Ces réponses peuvent aussi être liées à une erreur (une inversion) dans la déclaration des personnes. Cependant, le fait que les fumeurs soient systématiquement plus nombreux que les non-fumeurs à avoir un écart négatif semble plutôt aller dans le sens d'une minimisation des risques associés à la consommation de tabac chez les fumeurs.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs actuels et les non-fumeurs actuels.

Les personnes interrogées, quel que soit leur statut tabagique, reconnaissent qu'arrêter de fumer diminue les risques de développer un cancer du poumon par rapport à quelqu'un qui continuerait à fumer. Néanmoins, les fumeurs perçoivent beaucoup moins que les non-fumeurs les bénéfices d'un arrêt en terme de réduction des risques pour la santé. Lorsqu'on mesure les écarts (tableau 3) entre les risques estimés en cas de poursuite de la consommation et ceux estimés en cas d'arrêt, on constate que ces écarts sont nettement plus faibles chez les fumeurs que chez les ex et non-fumeurs. Ainsi, un fumeur sur cinq estime que, à l'arrêt, le bénéfice pour la santé est nul, voire qu'il y a un préjudice. Or, les données de cette enquête montrent nettement une corrélation positive entre la perception des bénéfices à l'arrêt et les intentions d'arrêter de fumer : 25 % des fumeurs qui perçoivent un bénéfice nul déclarent de fortes intentions d'arrêter de fumer dans les six prochains mois contre près de 60 % des fumeurs percevant un bénéfice élevé.

Tableau 2

Évaluation du risque de développer un cancer du poumon sur une échelle allant de 1 à 10 selon le fait de continuer ou d'arrêter de fumer (en %), Ile-de-France, 2000

	Hommes				Femmes			
	Continuer de fumer		Arrêter de fumer		Continuer de fumer		Arrêter de fumer	
	Fumeurs actuels (n=429)	Ex et non-fumeurs (n=635)	Fumeurs actuels (n=430)	Ex et non-fumeurs (n=631)	Fumeuses actuelles (n=496)	Ex et non-fumeuses (n=954)	Fumeuses actuelles (n=492)	Ex et non-fumeuses (n=951)
Risques « faibles » (de 1 à 5)	46,3	10,3	91,8	78,7	48,7	6,2	90,7	76,6
Risques « forts » (de 6 à 10)	53,7	89,7	8,2	21,3	51,3	93,8	9,3	23,4
p*	≠		≠		≠		≠	
En moyenne	5,8	8,2	3,2	4,4	5,8	8,4	3,3	4,7
p*	≠		≠		≠		≠	

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs actuels et les non-fumeurs actuels.
NS : écart non significatif.

CONCLUSION

Le fait que la quasi-totalité des personnes, fumeurs comme non-fumeurs, reconnaissent que « ne pas fumer » constitue une mesure efficace pour éviter un cancer du poumon est un résultat a priori très positif. Cependant, des mesures marginales dans leur efficacité pour réduire le risque de cancer du poumon sont exagérément perçues par les fumeurs comme pouvant contrebalancer le risque dû à la consommation de tabac. De plus, la plupart des fumeurs se perçoivent individuellement plus protégés que les autres fumeurs en raison de croyances en des facteurs personnels d'exemption des risques liés au tabac. Il semble ainsi que chaque fumeur trouve, dans sa manière de fumer, des facteurs qui, selon lui, le soustrairait des conséquences de sa consommation de tabac. Enfin, les bénéfices pour la santé à l'arrêt du tabac sont peu perçus par les fumeurs. Autant d'aspects chez les fumeurs qui constituent des éléments de réassurance pour continuer à fumer.

Les fumeurs, dans cette enquête comme dans d'autres, reconnaissent peu leur propre vulnérabilité à la consommation de tabac [1-2]. Or, il semble important, dans des stratégies de prévention, de chercher à identifier et comprendre les facteurs déterminants la perception des risques liés au tabac car :

- les fumeurs qui ont la plus forte perception des risques liés à la consommation de tabac sont ceux qui ont les intentions les plus fortes d'arrêter de fumer ;

- dans cette étude comme dans d'autres, plus il existe chez les fumeurs la certitude d'obtenir des bénéfices pour la santé à l'arrêt, plus les fumeurs manifestent l'intention de s'arrêter [3-4] ;

- l'intention d'arrêter est un bon indicateur de l'arrêt à long terme de la consommation de tabac [3-5]. De fait, le niveau de perception des risques semble négativement corrélé à la prévalence de la consommation de tabac et à la quantité moyenne de tabac consommée quotidiennement, comme le montre une étude comparative portant sur 21 pays européens [6].

Cette enquête conduite avant que « la guerre contre le tabac » ne soit déclarée en France peut constituer une base pour mettre en évidence, par la suite, les évolutions des perceptions des risques associés à la consommation de tabac.

RÉFÉRENCES

- [1] Ayanian J, Cleary P. Perceived risk of heart disease and cancer among cigarette smokers. *Jama* 1999;17:1019-21.
- [2] Sutton S. How ordinary people in Great Britain perceive the health risks of smoking. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:338-9.
- [3] USDHHS. *Reducing the health consequences of smoking, 25 years of progress*, A report of the Surgeon General, Department of Health and Human Service, Center for disease control, center for chronic disease prevention and health promotion, office on smoking and Health, DDHS Publication, 1989, No (CDC)89-8411.
- [4] Kozlowski LT, Goldberg ME, Yost BA et al. Smokers' misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking. *Am J Prev Med* 1998;15(1): 9-16.
- [5] Di Clemente CC, Prochaska JO, Gibertini M. Self-efficacy and stages of self change of smoking. *Cognitive Ther Res* 1985; 9: 181-200.
- [6] Steptoe A, Wardle J, Smith H et al. Tobacco smoking in young adults from 21 European countries : association with attitudes and risk awareness. *Addiction* 1985; 90: 571-82.

Résultats du Baromètre tabac personnel hospitalier, 2003

François Chièze¹, Bertrand Dautzenberg², Jean-Patrick Deberdt³, Yva Doually³, Véronique Chapalain⁴

¹ Hôpital Lariboisière, Paris

² Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

³ Réseau Hôpital Sans Tabac, Paris

⁴ Quanta Médical

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé a confié au Réseau Hôpital Sans Tabac la réalisation de l'enquête annuelle « Baromètre tabac personnel hospitalier » prévue par la circulaire ministérielle du 3 avril 2000. Cette étude représente l'une des rares sources de données sur la prévalence et l'évolution du tabagisme des personnels hospitaliers et permet des comparaisons avec les observations disponibles pour la population française. La lutte contre le tabagisme, inscrite en priorité du Plan cancer lancé par les pouvoirs publics, revêt pour les professionnels de santé un caractère d'exemplarité qui renforce la crédibilité du discours préventif auprès du public. C'est dans cette perspective qu'intervient le Réseau Hôpital Sans Tabac dont les missions portent sur la prévention et la prise en charge du tabagisme en milieu hospitalier. La Charte Hôpital Sans Tabac en 10 points constitue l'engagement fondamental de ses adhérents.

La première édition du Baromètre a eu lieu en 2001 auprès de neuf centres hospitaliers et portait sur cinq catégories professionnelles soignantes : médecins, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes et aides-soignants. L'objectif était essentiellement la validation méthodologique de l'enquête. La seconde édition, réalisée en 2002, a intégré le personnel administratif et concerné 58 établissements (sur les 100 contactés) répartis sur l'ensemble du territoire. Il s'agit d'une étude pilote qui a permis une première approche de l'analyse de la prévalence du tabagisme hospitalier. Enfin, l'édition 2003,

lancée sur 300 établissements et l'ensemble du personnel, a obtenu la participation de 184 établissements dont 169 ont pu être pris en compte. L'ensemble des résultats a fait l'objet d'un rapport [1] que reprend cet article. Le Réseau Hôpital Sans Tabac remercie tous les participants et le ministère de la Santé qui a permis cette étude.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Participation

Le Baromètre 2001 avait recueilli 5 199 questionnaires (9 hôpitaux), l'édition 2002, 18 579 (58 hôpitaux), celle de 2003, 69 441 (169 hôpitaux). Le taux global de participation pour l'édition 2003 s'élève à 23 %. En marge de l'étude elle-même on retiendra que la distribution de ce questionnaire à l'ensemble des personnels hospitaliers procède d'une démarche pédagogique qui vise à attirer l'attention sur le tabagisme à l'hôpital.

Recueil des informations

Le questionnaire anonyme du Baromètre 2003 tient sur le recto d'une page et comporte 23 questions. Il a été élaboré par un comité de pilotage constitué d'experts du ministère de la Santé, du Réseau Hôpital Sans Tabac, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et de l'Office français de prévention du tabagisme. Le questionnaire a été distribué à toutes les catégories de personnel avec leur bulletin de salaire de septembre 2003.