

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 27 Juin 2014 à POITIERS
par Mademoiselle LABELLE Stéphanie
née le 9 Mai 1988

Les jeunes face au tabagisme

Enquête auprès d'étudiants en Pharmacie de Poitiers en 2012

Composition du jury :

Président : Monsieur FAUCONNEAU Bernard, Professeur de Toxicologie

Membres : Madame BRAYE Francine, Pharmacien d'officine
Madame DEJEAN Catherine, Maître de Conférences en Pharmacologie

Directeur de thèse : Madame DEJEAN Catherine, Maître de Conférences en Pharmacologie

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire 2013-2014

PHARMACIE**Professeurs**

- COUET William, Pharmacie Clinique
- FAUCONNEAU Bernard, Toxicologie
- IMBERT Christine, Parasitologie
- GUILLARD Jérôme, Pharmaco chimie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, Chimie Thérapeutique
- LEVESQUE Joël, Pharmacognosie
- MARCHAND Sandrine, Pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, Galénique
- PAGE Guylène, Biologie Cellulaire
- RABOUAN Sylvie, Chimie Physique, Chimie Analytique
- SARROUILHE Denis, Physiologie
- SEGUIN François, Biophysique, Biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, Immunologie-Hématologie
- BARRIER Laurence, Biochimie
- BODET Charles, Bactériologie
- BON Delphine, Biophysique
- BRILLAULT Julien, Pharmacologie
- CHARVET Caroline, Physiologie
- DEJEAN Catherine, Pharmacologie
- DEBORDE Marie, Sciences Physico-chimiques
- DELAGE Jacques, Biomathématiques, Biophysique
- DUPUIS Antoine, Pharmacie clinique
- FAVOT Laure, Biologie Cellulaire et Moléculaire
- GIRARDOT Marion, Pharmacognosie, Botanique, Biodiversité végétale
- GREGOIRE Nicolas, Pharmacologie
- HUSSAIN Didja, Pharmacie Galénique
- INGRAND Sabrina, Toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, Pharmaco chimie

- PAIN Stéphanie, Toxicologie
- RAGOT Stéphanie, Santé Publique
- RIOUX BILAN Agnès, Biochimie
- TEWES Frédéric, Chimie, Pharmaco chimie
- THEVENOT Sarah, Hygiène et Santé publique
- THOREAU Vincent, Biologie Cellulaire
- WAHL Anne, Chimie Analytique

PAST-Maître de Conférences Associé

- DELOFFRE Clément, Pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, Pharmacien

Professeur 2nd degré

- DEBAIL Didier

Maître de Langue – Anglais

- LILWALL Amy

Remerciements

A mon président de thèse, Monsieur Bernard Fauconneau, Professeur de Toxicologie,
 Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A ma directrice de thèse, Madame Catherine Dejean, Maitre de Conférences en Pharmacologie,

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour votre professionnalisme, votre patience et votre gentillesse à mon égard. Je vous adresse mes sincères remerciements.

A Madame Francine Braye, Pharmacien Titulaire d'officine à Beauzelle,
 Pour l'honneur que vous me faites de siéger parmi les membres du jury, veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance. Un grand Merci pour votre soutien et vos conseils avisés durant toutes ces années.

Mes remerciements s'adressent aussi à tous les étudiants ayant accepté de prendre un instant pour remplir mon questionnaire ainsi qu'aux enseignants dirigeants les travaux pratiques durant lesquels ils ont été distribués.

Un grand Merci à **Monsieur Edouard Verley**, pharmacien titulaire d'officine à Le Blanc, de m'avoir communiqué son savoir pendant ces dernières années et permis d'effectuer mon stage de pratique professionnelle au sein de son officine durant 6 mois.

Votre patience et la confiance que vous m'avez accordée me sont chères.

A mes parents, *Dominique et Sylvie*,

Sans qui rien n'aurait été possible,

Pour les nombreuses relectures de ce travail...

Pour vos conseils et le soutien que vous m'avez accordés durant toutes ces années.

Une page se tourne, j'espère être digne de tout ce que vous avez pu m'apporter.

A mon frère, *Benoît*

Qui nous a offert cette année avec **Sabrina** un magnifique présent, **Camille**...

A *Francine, Nicole et Sophie*

Pour leur aide durant la rédaction de cette thèse.

A *Cécile*,

Pour ses conseils et son amitié.

A *Didier et Lysiane*,

Qui ont gentiment accepté de tester ce questionnaire.

Merci pour votre présence, votre soutien, vos conseils au quotidien...

A mes amis,

Pour cette formidable et inoubliable aventure,

Merci pour votre amitié et pour les nombreuses années à venir à vos côtés.

Sommaire

Abréviations	8
Liste des figures, tableaux, secteurs, graphiques et histogrammes	9
Introduction	12
I. Généralités sur le tabac	14
1. Historique du tabac.....	15
2. Composition.....	16
2.1. Composition du tabac	16
2.2. Composition de la fumée de tabac.....	16
2.3. La nicotine : Agent de la dépendance	17
3. Dépistage et diagnostic de la dépendance au tabagisme : Test de Fagerström	18
4. Epidémiologie en population générale	18
5. Conséquences sur la santé.....	18
5.1. Relation entre tabac et cancer	19
5.2. Relation avec les affections respiratoires.....	19
5.3. Le tabac : Un facteur de risque cardio-vasculaire	20
5.4. Tabagisme et grossesse.....	21
5.5. Le tabagisme passif	21
6. Plans d'action nationaux de lutte contre le tabagisme	21
7. Population d'étude : La jeunesse face au tabac.....	23
7.1. Mode d'entrée dans le tabagisme.....	23
7.2. Dépendance des jeunes au tabac.....	24
7.2.1. Dépistage et diagnostic de la dépendance au tabagisme chez les jeunes : Test de HONC.....	24
7.2.2. Caractéristiques de la dépendance.....	25
7.3. Epidémiologie.....	26
7.4. Répartition de la proportion des jeunes fumeurs sur le territoire	29
7.5. Comparaison de la consommation des jeunes français avec ceux des autres pays	30
7.6. Etude des influences sur la consommation de tabac	30
7.6.1. Influences sociales	30
7.6.1.1. Niveau scolaire et environnement social.....	30
7.6.1.2. Statut tabagique des parents.....	32
7.6.1.3. Tabac au sein de l'environnement proche.....	34
7.6.2. Influence du sexe.....	35
7.7. Relation entre études de santé et fumeurs.....	36
7.7.1. Comparaison avec les cursus non médicaux.....	36
7.7.2. Comparaison des cursus de santé entre eux	38
7.8. Usage du tabac et impact sur la santé : Perception des jeunes	39
7.9. Etude du comportement des jeunes face à l'arrêt du tabac	40
7.10. Campagnes de prévention s'adressant à la jeunesse	41

8.	Rôle du pharmacien dans l'arrêt du tabac	42
9.	Moyens destinés à l'arrêt du tabagisme	43
9.1.	Outils médicamenteux reconnus dans le traitement de la dépendance tabagique	43
9.1.1.	Substituts nicotiniques	43
9.1.2.	Médicaments d'aide au sevrage tabagique.....	46
9.1.3.	Accompagnement psychologique.....	47
9.1.3.1.	Les thérapies cognitives comportementales	47
9.1.3.2.	Autres moyens d'aide psychologique	48
9.2.	Autres outils non recommandés par les autorités sanitaires	49
9.2.1.	Phytothérapie	50
9.2.2.	Homéopathie	50
9.2.3.	Acupuncture, auriculothérapie.....	50
9.2.4.	Hypnose et sophrologie	51
9.2.5.	Cas de la cigarette électronique ou e-cigarette	51
II.	Etude : questionnaire réalisé en 2012 auprès des étudiants inscrits en faculté de pharmacie à Poitiers de la seconde à la sixième année option officine	54
1.	Objectif de l'étude	55
2.	Matériel et méthode.....	56
2.1.	Introduction	56
2.1.1.	Partie A : Testez vos connaissances.....	56
2.1.2.	Partie B : Concernant la lutte contre le tabagisme.....	57
2.1.3.	Partie C : Concernant votre consommation de tabac.....	57
2.2.	Population étudiée.....	57
2.3.	Dates de recueil	58
2.4.	Méthode analytique :.....	59
3.	Résultats	60
3.1.	Taux de participation	60
3.2.	Présentation des résultats	60
3.2.1.	Partie A : Testez vos connaissances.....	60
3.2.2.	Partie B : Concernant la lutte contre le tabagisme.....	63
3.2.3.	Partie C : Concernant votre consommation de tabac.....	71
III.	Discussion	88
1.	Limites de l'enquête	89
1.1.	Population étudiée.....	89
1.2.	Dates de recueil	89
1.3.	Taux de participation	89
1.4.	Dépouillement	89
1.5.	Analyse des résultats	90

2.	Partie A : Testez vos connaissances	90
3.	Partie B : Concernant la lutte contre le tabagisme	91
3.1.	Concernant les campagnes de lutte contre le tabagisme	91
3.1.1.	Efficacité.....	91
3.1.2.	Type de support utilisé.....	91
3.1.3.	Points clés importants à mentionner lors des campagnes.....	93
3.2.	Prix du tabac	94
3.3.	Rôle du pharmacien dans la lutte anti-tabac	95
3.4.	Stage officinal des étudiants inscrits en 6 ^{ème} année	95
3.5.	Propositions visant à améliorer le sevrage tabagique	96
4.	Partie C : Concernant votre consommation de tabac	97
4.1.	Répartition hommes/femmes au sein des promotions	97
4.2.	Pratique d'une activité sportive.....	98
4.3.	Statut tabagique des étudiants	98
4.3.1.	Relation entre statut tabagique et sexe.....	99
4.3.2.	Relation avec le statut tabagique de l'entourage.....	100
4.3.3.	Relation avec la pratique d'une activité sportive	101
4.4.	Période d'entrée dans le tabagisme	101
4.5.	Profil 2 : Anciens fumeurs	102
4.5.1.	Période d'arrêt du tabac.....	102
4.5.2.	Raisons ayant motivé les étudiants à arrêter de fumer.....	103
4.5.3.	Influence des études sur l'arrêt du tabac	103
4.5.4.	Moyens d'aide employés pour arrêter du fumer.....	104
4.6.	Profil 3 : Fumeurs.....	105
4.6.1.	Consommation journalière.....	105
4.6.2.	Tentatives d'arrêts.....	106
5.	Synthèse	107
	Conclusion.....	109
	Annexes.....	111
	Bibliographie	119
	Résumé.....	124
	SERMENT DE GALIEN.....	125

Abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CCLAT : Convention Cadre pour la Lutte AntiTabac

CE : Conformité Européenne

CI : Intervalle de Confiance - *intervalle déterminé par un degré de probabilité*

DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense

ESPAD : European School survey on Alcohol and other Drugs

FGLMR : Fédération Girondine de Lutte contre les Maladies Respiratoires

GHPSS : Global Health Professions Student Survey

HAS : Haute Autorité de Santé

HONC : Hooked On Nicotine Checklist

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OFT : Office Français de prévention du Tabagisme

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odd Ratio – *mesure statistique exprimant le degré de dépendance entre des variables aléatoires*

P : Probabilité

RIAM : Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

VEMS : Volume Expiratoire Maximal par Seconde

Liste des figures, tableaux, secteurs, graphiques et histogrammes

• Figures

Figure n° 1 : Récepteurs nicotiniques chez le fumeur et le non-fumeur..... 15

Figure n° 2 : Part des fumeurs parmi les 15-30 ans en 2005 et 2010 par région
par rapport à la prévalence de la France entière..... 27

• Tableaux

Tableau n° 1 : Substituts nicotiniques/Patches..... 41

Tableau n° 2 : Substituts nicotiniques/Gommes à mâcher..... 42

Tableau n° 3 : Substituts nicotiniques/Comprimés sublinguaux..... 42

Tableau n° 4 : Substituts nicotiniques/Comprimés à sucer.....42

Tableau n° 5 : Substituts nicotiniques/Inhaleur..... 43

Tableau n° 6 : Substituts nicotiniques/Spray..... 43

Tableau n° 7 : Médicaments d'aide au sevrage tabagique..... 44

Tableau n° 8 : Quizz partie A et réponses attendues..... 54

Tableau n° 9 : Effectif inscrit à la faculté en Septembre 2011..... 56

Tableau n° 10 : Taux de participation au questionnaire 58

Tableau n° 11 : Pourcentage de bonnes réponses au quizz..... 58

Tableau n° 12 : Pourcentage de sans-fautes au quizz..... 59

Tableau n° 13 : Proportion Hommes/Femmes au sein des promotions..... 69

Tableau n° 14 : Pratique d'une activité sportive régulière..... 69

Tableau n° 15 : Pratique d'une activité sportive régulière en fonction du sexe..... 70

Tableau n° 16 : Proportion de parents fumeurs..... 71

Tableau n° 17 : Proportion de conjoints fumeurs..... 71

Tableau n° 18 : Proportion d'amis fumeurs..... 72

Tableau n° 19 : Statut tabagique des étudiants en fonction des promotions.....	72
Tableau n° 20 : Statut tabagique des étudiants en fonction du sexe.....	73
Tableau n° 21 : Pratique d’une activité sportive en fonction du statut tabagique.....	73
Tableau n° 22 : Proportion de parents fumeurs en fonction du statut tabagique des étudiants.....	74
Tableau n° 23: Proportion de conjoints fumeurs en fonction du statut tabagique des étudiants.....	74
Tableau n° 24 : Proportion d’amis fumeurs en fonction du statut tabagique des étudiants.....	75
Tableau n° 25: Période d’entrée dans le tabagisme en fonction des promotions.....	76
Tableau n° 26: Période d’entrée dans le tabagisme en fonction du statut tabagique des étudiants.....	76
Tableau n° 27: Période d’entrée dans le tabagisme pendant les études en fonction du statut tabagique des étudiants.....	78
Tableau n° 28: Période d’arrêt du tabagisme.....	79
Tableau n° 29: Période d’arrêt du tabagisme pendant les études.....	80
Tableau n° 30: Influence de l’enseignement prodigué à la faculté sur l’arrêt du tabagisme.....	81
Tableau n° 31: Raison expliquant qu’aucun moyen d’aide n’ait été employé pour arrêter de fumer.....	82
Tableau n° 32: Proportion d’étudiants fumeurs ayant effectué des tentatives d’arrêt.....	84
Tableau n° 33: Proportion d’étudiants ayant effectué des tentatives d’arrêt en fonction de leur consommation journalière de tabac.....	85

- **Secteurs**

Secteur n° 1 : Efficacité des campagnes nationales de lutte contre le tabagisme.....	61
Secteur n° 2 : Supports publicitaires utilisés lors des campagnes-1.....	62
Secteur n° 3 : Supports publicitaires utilisés lors des campagnes-2.....	62
Secteur n° 4 : Points importants à souligner lors des campagnes de prévention.....	63
Secteur n° 5 : Impact de l’augmentation du prix du tabac sur la consommation des jeunes.....	64
Secteur n° 6 : Rôle du pharmacien dans la lutte contre le tabagisme.....	64

Secteur n° 7 : Proportion de pharmacies urbaines et rurales.....	65
Secteur n° 8 : Fréquence des délivrances de produits de substitution nicotinique par les stagiaires de 6 ^{ème} année.....	65
Secteur n° 9 : Fréquence des conseils prodigués aux patients fumeurs par les stagiaires de 6 ^{ème} année.....	66
Secteur n° 10 : Raisons ayant entraîné les étudiants à commencer à fumer à la faculté.....	78
Secteur n° 11 : Raisons ayant motivé les étudiants à cesser de fumer.....	80
Secteur n° 12 : Moyens d'aide employés par les étudiants pour arrêter de fumer.....	82

- **Graphiques**

Graphique n° 1 : Evolution entre 2000 et 2011 des niveaux d'usage de tabac à 17 ans, en métropole.....	25
---	----

- **Histogrammes**

Histogramme n° 1 : Statut tabagique selon l'âge parmi les 15-30 ans en pourcentage.....	26
Histogramme n° 2 : Pourcentage global de réussite au quizz par promotion.....	59
Histogramme n° 3 : Pourcentage global de réussite au quizz par item.....	60
Histogramme n° 4 : Taux de satisfaction concernant l'information reçue à la faculté sur les effets du tabagisme.....	60
Histogramme n° 5 : Sports pratiqués par les étudiants.....	70
Histogramme n° 6 : Age d'initiation au tabagisme.....	77
Histogramme n° 7 : Age d'initiation au tabagisme en fonction du sexe.....	77
Histogramme n° 8 : Consommation journalière de tabac par les étudiants fumeurs.....	83
Histogramme n° 9 : Raisons expliquant l'échec des tentatives d'arrêt.....	84

Introduction

La consommation de tabac est ancrée dans la population depuis des siècles.

Le nombre de fumeurs actuels en France est estimé à 13.5 millions et à un milliard dans le monde.

Du fait de ses conséquences néfastes sur la santé et du nombre croissant de décès qu'il engendre chaque année, le tabagisme est devenu un réel problème de santé publique tant à l'échelle nationale que mondiale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'a d'ailleurs classé parmi ses priorités en vue d'inverser ce phénomène en évolution constante, en particulier au sein de la population jeune.

C'est pourquoi, Il nous est apparu intéressant de faire l'état des lieux de la consommation de tabac dans cette population. Effectivement, les jeunes fumeurs d'aujourd'hui seront demain exposés à des risques majeurs tels que le cancer, les pathologies cardio-vasculaires mais aussi des maladies chroniques telles que la broncho-pneumopathie obstructive chronique.

Malgré de nombreuses actions menées depuis 1976, les autorités de santé constatent malheureusement que l'usage quotidien de tabac chez les jeunes continue de croître. Ainsi, nous nous sommes interrogés sur les raisons poussant les jeunes à commencer à fumer et les divers facteurs influençant cela.

Le pharmacien, acteur de santé, bénéficiant d'une proximité étroite avec ses patients, a un rôle primordial à jouer dans la lutte contre le tabagisme. Au quotidien, il prodigue des conseils sur le sevrage tabagique et délivre des produits de substitution tabagique, disponibles à l'officine sans ordonnance. Dans la littérature, nous avons constaté que peu d'études sur le tabagisme ont été réalisées auprès d'étudiants inscrits en cursus pharmaceutique. C'est pourquoi il nous est apparu intéressant de solliciter leur avis au travers d'une enquête. Cette population d'étude est intéressante d'une part pour nous aider à comprendre quand et pourquoi de jeunes étudiants entrent dans le tabac. D'autre part, cela a permis de sonder une population jeune sur l'efficacité des moyens mis en œuvre actuellement pour combattre le tabagisme.

Enfin, nous avons cherché à savoir si l'enseignement sur le tabagisme prodigué à la faculté leur avait semblé adéquat pour mener à bien leur futur rôle de professionnel de santé et s'il avait influencé leur propre consommation de tabac.

Après de brèves généralités sur le tabac, nous ferons l'état des lieux du tabagisme au sein de la population jeune puis nous présenterons les résultats de notre enquête effectuée auprès de 328 étudiants inscrits à la faculté de pharmacie de Poitiers pour l'année scolaire 2011-2012.

I. Généralités sur le tabac

1. Historique du tabac

Le tabac fait son entrée en Europe au 16^{ème} siècle après qu'il ait été découvert par Christophe Colomb et ses explorateurs en Amérique en 1492. Les feuilles de tabac nommées « petum » ou « tabaco » sont séchées et roulées pour être fumées par les Indiens d'Amérique.

Rapidement des plants sont ramenés des expéditions et en 1560, un ambassadeur de la cour de France à Lisbonne, Jean Nicot de Villemain, présente le tabac comme une herbe provenant d'Inde aux vertus médicinales extraordinaires et le conseillera à la reine Catherine de Médicis pour traiter ses migraines. Le traitement aura du succès et on le surnommait donc « l'herbe à la reine » [1]. Il sera vendu sous forme de poudre par les apothicaires et l'appellation « Nicotiana Tabacum » lui sera attribuée en l'honneur de celui qui l'introduisit dans la sphère médicale [2].

Par suite, son utilisation s'élargira et se répandra notamment par le biais des ports, les marins devenant les premiers fumeurs habituels.

Au 17^{ème} siècle, des exploitations de tabac naissent en France et sa popularité grandit. Des hommes influents comme Molière en feront l'apologie dans leurs pièces tenant des propos tels que le tabac « est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre » [1].

C'est au 19^{ème} siècle que la cigarette fait son apparition en France et assez rapidement sa fabrication s'industrialise [3]. La consommation du tabac va progressivement se féminiser; la baronne de Dudevant (George Sand), femme célèbre de l'époque, sera la première à se montrer en public une cigarette à la main [1].

2. Composition

2.1. Composition du tabac

Le tabac est une plante appartenant à la famille des solanacées. *Nicotiana tabacum* est la variété la plus courante des nombreuses existantes. Selon le mode de séchage des plants, on distingue les tabacs bruns (correspondant aux cigarettes françaises), blonds (cigarettes anglaises et américaines), clairs séchés à l'air naturel ou au feu et enfin des tabacs séchés au soleil (tabacs d'orient) ou autres n'ayant pas de propriétés aromatiques. La concentration en nicotine varie selon les plants et au sein d'un même plant elle peut être différente à la racine (environ 0.4%), aux feuilles basses (2%) et feuilles hautes (jusqu'à plus de 4%) [1].

2.2. Composition de la fumée de tabac

La fumée de cigarette est composée de plus de 4000 substances variant en nature et concentration selon le type de tabac et son mode de séchage [3].

Elle est constituée de deux phases : une phase particulaire et une phase vapeur.

Les particules ont un diamètre compris entre 0.1 et 1 μm , ce qui leur permet d'atteindre les alvéoles. Parmi les principales, on peut citer

- les substances cancérigènes telles que les hydrocarbures polyaromatiques (benzopyrènes), appelées communément goudrons,
- Agents irritants (acroléine),
- Métaux (plomb, nickel, cadmium, polonium 210),
- Radicaux libres (quinones, époxydes),
- Alcaloïdes dont principalement la nicotine, responsable de la dépendance au tabac.

La phase vapeur contient des composés inorganiques tels que l'azote (62%), dioxyde de carbone (14%), ammoniacque, nitrates et du monoxyde de carbone (4%) qui, en se fixant avec forte affinité à l'hémoglobine, provoque une hypoxie. Sont présents aussi des agents irritants volatils, hydrocarbures volatils tels que le méthane et aldéhydes et cétones cancérigènes [1].

2.3. La nicotine : Agent de la dépendance

La nicotine est une base faible, ionisée en milieu acide et donc peu absorbée par la muqueuse buccale. L'absorption se fait au niveau alvéolaire lorsque la fumée de cigarette est inhalée. Elle rejoint ensuite la circulation systémique via les capillaires pulmonaires [1].

Au niveau cérébral, la nicotine se fixe sur des récepteurs nicotiniques à l'acétylcholine créant alors des mouvements d'ions et des phénomènes de dépolarisation. Les fumeurs possèdent de nombreux récepteurs de ce type puisqu'à chaque bouffée de cigarettes, ces derniers se trouvent très rapidement saturés par la nicotine, ce qui déclenche la synthèse de nouveaux récepteurs. Plus il y en a et plus le fumeur ressent l'envie de fumer. L'adolescence est la période la plus propice à l'installation d'un phénomène de dépendance psychique et physique car le cerveau dispose alors d'une grande plasticité [4].

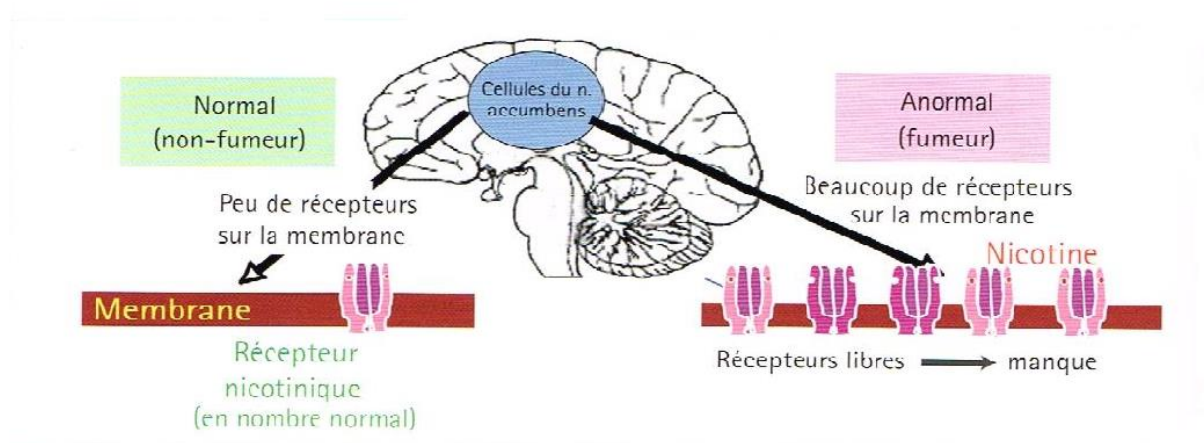


Figure n°1 : Récepteurs nicotiniques chez le fumeur et le non-fumeur

La nicotine est considérée comme un « distributeur de récompense ». Au même titre que les autres drogues, elle agit au niveau d'une zone du cerveau appelée « circuit de récompense ». Cette dernière abrite les centres de la motivation et du plaisir. Le circuit est constitué de plusieurs entités corticales et sous-corticales dont le noyau accumbens. Des neurones dopaminergiques innervent toutes ces structures. Ils présentent à leur surface des récepteurs nicotiniques à l'acétylcholine. L'apport en nicotine augmente donc la libération de dopamine par le cerveau [5].

3. Dépistage et diagnostic de la dépendance au tabagisme : Test de Fagerström

Le test de Fagerström (*annexe 1*) est une évaluation de la dépendance à la nicotine. C'est un questionnaire rapide comportant six questions à choix multiple. Un score est attribué en fonction des réponses données et détermine le niveau de dépendance de chaque fumeur.

Le score obtenu est ensuite interprété comme suit :

- De 0 à 2 : le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. L'utilisation de substituts nicotiniques n'est pas nécessaire à l'arrêt.
- De 3 à 4 : le sujet est faiblement dépendant. A priori, il n'a pas besoin d'avoir recours à un traitement substitutif mais si le patient est anxieux, on peut lui conseiller de mâcher des gommes ou sucer des pastilles contenant de la nicotine au moment où l'envie de fumer survient.
- De 5 à 6 : le sujet est moyennement dépendant. Un traitement de substitution nicotinique semble adapté et augmentera les chances de réussite.
- De 7 à 10 : le sujet est fortement ou très fortement dépendant. L'utilisation de substituts nicotiniques ou d'un traitement pharmacologique semblent nécessaire pour aider le patient à arrêter de fumer [6].

4. Epidémiologie en population générale

Le monde serait peuplé d'un milliard de fumeurs. Près de 80 % d'entre eux vivraient dans des pays en voie de développement (*données OMS 2013*) [7].

En France, on estime à 13,5 millions le nombre d'usagers réguliers du tabac [4].

5. Conséquences sur la santé

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France [8]. On estime que chaque année, il est responsable de 73 000 décès [9].

Les chiffres publiés par l'OMS en Juillet 2013 faisaient état de 6 millions de décès dans le monde par an et prévoyaient une hausse des décès à 8 millions d'ici 2030 si aucune mesure

d'urgence n'était prise. C'est pourquoi l'OMS a décidé de placer le tabagisme comme le paludisme en première ligne des maladies évitables dans le monde [7].

5.1. Relation entre tabac et cancer

Le tabac serait le premier facteur de risque évitable de cancer. Selon l'institut national du cancer, chaque année 44 000 décès par cancer seraient imputables au tabac. Cela représente un décès sur cinq par cancer [10].

Le tabac serait responsable de 90 % des cancers du poumon (multipliant le risque d'apparition de ce cancer par dix ou quinze [11]) et de plus d'un cancer sur deux des voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage). Il serait impliqué dans 40 % des cancers de la vessie et 30 % des cancers du pancréas. On note aussi son impact dans la survenue d'autres cancers tels que ceux de l'estomac, des voies urinaires, du col de l'utérus, des ovaires, du sein et du rectum [10].

5.2. Relation avec les affections respiratoires

Le tabagisme altère la fonction respiratoire en diminuant le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS). Entre 30 et 60 ans, le VEMS moyen diminue de 50ml/an chez un individu fumeur contre 30ml/an chez un individu sain [12].

Le tabagisme n'est à priori pas un facteur déclenchant l'asthme mais peut fortement l'aggraver. Une étude menée en Europe du nord entre 1989 et 2001 auprès de 1153 sujets révèle que l'arrêt du tabac augmente de façon significative les taux de rémission de l'asthme chez l'adulte (36.9 % contre 19 % pour les sujets n'ayant pas cessé leur consommation de tabac) [13].

Le tabac est d'autre part fortement impliqué dans la survenue de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Selon la FGLMR (Fédération Girondine de Lutte contre les Maladies Respiratoires), il serait directement responsable de 80 % des BPCO [14].

Dans un article publié par la HAS (Haute Autorité de Santé) en Avril 2013, le professeur Nicolas Roche exerçant en service de pneumologie à l'Hôtel Dieu à Paris IV explique que cette maladie touche 7.5 % de la population adulte en France. En 2030, la BPCO serait placée en 4^{ème} position des causes de mortalité. Elle toucherait particulièrement les femmes et l'âge de déclaration de la maladie serait de plus en plus jeune du fait de la consommation de tabac en hausse au sein de cette population [15].

5.3. Le tabac : Un facteur de risque cardio-vasculaire

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. Elles sont représentées principalement par les cardiopathies et l'accident vasculaire cérébral.

Dans son programme de lutte contre les maladies cardiovasculaires, l'OMS a pour objectif de réduire les facteurs de risques et les déterminants qui sont en particulier le **tabagisme**, le manque d'exercice et la mauvaise alimentation [16].

Une revue publiée dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 30 Mai 2011, rédigée par le Professeur Daniel Thomas, exerçant à l'institut de cardiologie de la Pitié-Salpêtrière, explique les bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique. Plus de 80% des cas d'infarctus du myocarde avant 45 ans surviendraient chez des sujets fumeurs. Il apparaît, au vu des différentes études citées dans la revue, que plus le sevrage est précoce et moins le fumeur s'expose au risque de survenue de maladie cardiovasculaire.

Une étude britannique a montré que les sujets ayant arrêté entre 35 et 44 ans avaient rejoint la courbe d'espérance de vie des sujets non-fumeurs.

D'autre part, il apparaît que le sevrage tabagique réduirait de 30 à 50% les événements cardiovasculaires en prévention secondaire [17].

5.4. Tabagisme et grossesse

Le tabagisme actif de la femme enceinte augmente le risque de fausse couche, de grossesse extra-utérine et d'accouchement prématuré.

Il peut aussi provoquer un retard de développement du fœtus et augmente la probabilité d'un plus petit poids de l'enfant à la naissance [18]. Le Baromètre santé 2000 constate que dans la tranche d'âge 25-35 ans, une femme enceinte sur cinq fume régulièrement [19].

5.5. Le tabagisme passif

L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) définit le tabagisme passif comme "Le fait d'inhaler, de manière involontaire, la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs. Le tabagisme passif peut donc concerner l'entourage du fumeur, les personnes qu'il croise dans son quotidien, mais également le fœtus dans le ventre de sa mère. » [18]

En France, on estime que le tabagisme passif serait responsable chaque année du décès prématuré de 6000 sujets non-fumeurs [20].

Il augmente le risque de cancer du poumon de 30 % en comparaison avec un environnement sans tabac [21]. Les accidents coronariens, quant à eux, sont augmentés de 25 % [4].

D'autre part, le tabagisme passif majore de 2 à 4 fois le risque, pour une femme exposée, de donner naissance à un enfant présentant un retard de croissance [22].

6. Plans d'action nationaux de lutte contre le tabagisme [23], [24], [25], [26], [27], [28], [29], [30]

- **Loi Veil (9 Juillet 1976)** : Première loi luttant contre les dangers du tabac
 - Interdiction de fumer dans certains lieux à usage collectif
 - Obligation d'inscrire la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes

- **Loi Evin (10 Janvier 1991)** : Vise la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme
 - Interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif sauf emplacements réservés aux fumeurs
 - Interdiction des publicités en faveur du tabac et de ses dérivés ainsi que toute distribution gratuite et opérations de parrainage liées au tabac
 - Obligation de mentionner la composition intégrale des cigarettes sur les paquets
- **2002-2004** : Fortes hausses répétées du prix du tabac
- **Septembre 2003** : Interdiction des appellations « light », « légères » ou « mild » suite à la Directive du Parlement européen et du conseil du 5 Juin 2001
- **Loi du 31 Juillet 2003** : Interdiction de la vente de paquets de moins de 19 cigarettes
- **Décret du 6 Septembre 2004** : Interdiction de la vente de tabac aux mineurs âgés de moins de 16 ans
- **Loi du 26 Juillet 2005** : Interdiction de la vente de paquets de moins de 20 cigarettes
- **Décret du 15 Novembre 2006** : Modification de la loi Evin
 - Extension de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, lieux accueillant du public, lieux de travail, établissements de santé, transports en commun, établissements scolaires
 - Exception pour certaines catégories d'établissements ou lieux de « convivialité » (restaurants, discothèques, débits de boisson)
- **1^{er} Janvier 2008** : Extension de cette dernière loi aux établissements précités exemptés jusqu'alors
- **Loi HPST « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (21 Juillet 2009)** :
 - Interdiction de la vente de tabac aux mineurs âgés de moins de 18 ans
 - Interdiction de la vente de cigarettes aromatisées
 - Interdiction d'implantation de débits de tabac dans les zones dites protégées
- **Arrêté du 15 Avril 2010** : Avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes
 - Messages « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé ou à celle de votre entourage » sur la face la plus lisible du paquet
 - Ajout de photos dissuasives sur l'autre face.

7. Population d'étude : La jeunesse face au tabac

7.1. Mode d'entrée dans le tabagisme

Le tabagisme fait son entrée dès l'enfance pour s'installer à l'adolescence. Selon l'âge, nous pouvons distinguer quatre étapes successives menant à la dépendance du sujet au tabac :

- **Phase de préparation** : elle concerne l'enfant jusqu'à l'âge de 10 ans. Il a une opinion sur le tabac, qui est souvent néfaste du fait notamment de l'odeur qu'il dégage. L'enfant considère que c'est une affaire d'adulte. L'opinion parentale, l'entourage proche de l'enfant et l'impact des médias sont, à ce stade, très influents.
- **Phase d'initiation** : la première cigarette serait consommée en moyenne vers l'âge de 13 ans. L'enfant est attiré par ce qui est réservé aux adultes et voit une occasion de transgresser les règles parentales. Divers facteurs vont influencer cette phase, tels que la consommation de tabac par les parents ou proches, la promotion du tabac par les médias et les éventuelles possibilités d'accès au produit.
- **Phase d'acquisition** : cette phase se situe à l'adolescence. De plus en plus de jeunes fument et une partie des fumeurs occasionnels vont devenir réguliers. La dépendance va alors s'installer. La cigarette est vue comme un pas vers la vie adulte et l'indépendance. Elle permet à l'adolescent de s'identifier au milieu des autres, d'appartenir à un clan. Cette période va être influencée par la croyance aux effets bénéfiques du tabac et l'ignorance de ses dangers, la consommation de l'entourage, l'image de soi, les possibilités d'accès au produit et son financement.
- **Phase de maintien** : l'adolescent devient un adulte fumeur. L'attrait social qui, jusqu'à présent, était le principal facteur motivant l'adolescent devient secondaire. Il laisse place à la dépendance physique et le besoin de fumer pour des raisons qui lui sont propres. Le plaisir de fumer s'est aussi ancré dans son quotidien [1].

L'étape du collège apparaît décisive puisque c'est pendant ces quatre années de scolarité que la phase d'initiation au tabagisme s'inscrit. Effectivement, les jeunes y entrent pseudo-pubères à 11 ans et le quittent adolescents vers 14-16 ans. Un élève sur cinq redoublerait entre la sixième et la quatrième, le pourcentage de jeunes déclarant ne pas aimer l'école doublant entre l'âge de 12 et 16 ans.

Durant cette période, de nombreux changements s'opèrent, notamment la dégradation des relations enfants-parents, en particulier avec la figure paternelle. D'autre part, le mode de vie se modifie. Les sorties entre amis prennent peu à peu la place de la lecture au sein des loisirs. Ainsi, à l'âge de 12-13 ans, 5 % des jeunes sortent en soirée ou en balade à mobylette l'après-midi au moins une fois par semaine contre 15 % à 14-16 ans. La proportion de lecteurs quotidiens chute de 24 % entre 12 et 13 ans à 14 % entre 14 et 16 ans. Les changements les plus flagrants qui peuvent être observés durant cette période sont l'augmentation des troubles et conduites et la consommation de substances psychoactives, en particulier le tabac. En effet, entre 12-13 ans et 14-16 ans, le tabagisme quotidien augmente de 1 % à 11 % [31].

7.2. Dépendance des jeunes au tabac

En 1975, l'OMS a défini la dépendance comme « Un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. » [1]

7.2.1. Dépistage et diagnostic de la dépendance au tabagisme chez les jeunes : Test de HONC

Le test de HONC « Hooked On Nicotine Checklist) proposé en 1972 a été validé pour mesurer la dépendance tabagique de façon spécifique chez les adolescents ([annexe 2](#)) [4].

Il regroupe 11 questions auxquelles le sujet doit répondre par « oui » ou « non ». Il s'agit ensuite d'additionner les réponses « oui ».

L'interprétation des résultats est la suivante :

- 1 à 6 réponses « oui » : Au moins une réponse « oui » permet d'indiquer que l'adolescent a perdu une certaine autonomie vis-à-vis du contrôle de sa consommation de tabac. Plus le score est élevé, plus on peut craindre que la dépendance soit installée.
- 7 à 11 réponses « oui »: Une forte dépendance à la nicotine peut être évoquée [6].

7.2.2. Caractéristiques de la dépendance

Comme nous le soulignons précédemment, la dépendance va s'installer à l'adolescence, période primordiale au développement de l'individu. C'est une période de transition, souvent instable avant d'atteindre l'état adulte. Des changements psychiques et affectifs s'opèrent mais aussi des changements physiques via la puberté.

L'adolescent est en quête d'indépendance et rompt ses liens infantiles. L'image parentale qu'il s'attachait à suivre jusqu'à présent s'estompe, il se trouve alors à la recherche d'un autre modèle à suivre. Le tabac est une forme d'identification aux autres jeunes, une façon de s'intégrer en agissant comme les autres.

Un véritable paradoxe est observé puisque l'adolescent en recherche d'indépendance va sombrer dans la dépendance au tabac.

Chez les adolescentes, la volonté de contrôler son poids est un point d'ancrage assez fréquent à la dépendance tabagique. Les filles sont, au cours de cette période de la vie, très préoccupées par leur corps et sont fortement influencées par la mode et la promotion de la minceur [32]. En enseignement secondaire, 31 % des filles se trouvent en surpoids contre 11 % des garçons et une fille sur cinq a fait un régime alimentaire au cours des douze derniers mois [31]. Le tabac peut alors être perçu comme un moyen de contrôler son poids. En effet, la diminution de l'appétit, l'augmentation des dépenses énergétiques de l'organisme et une modification du stockage des graisses sont directement imputables aux propriétés pharmacologiques de la nicotine.

Parmi les autres effets recherchés de la nicotine, on note son effet renforçateur. De par sa rapidité d'action, elle passe dans le sang pour atteindre le cerveau en moins de 10

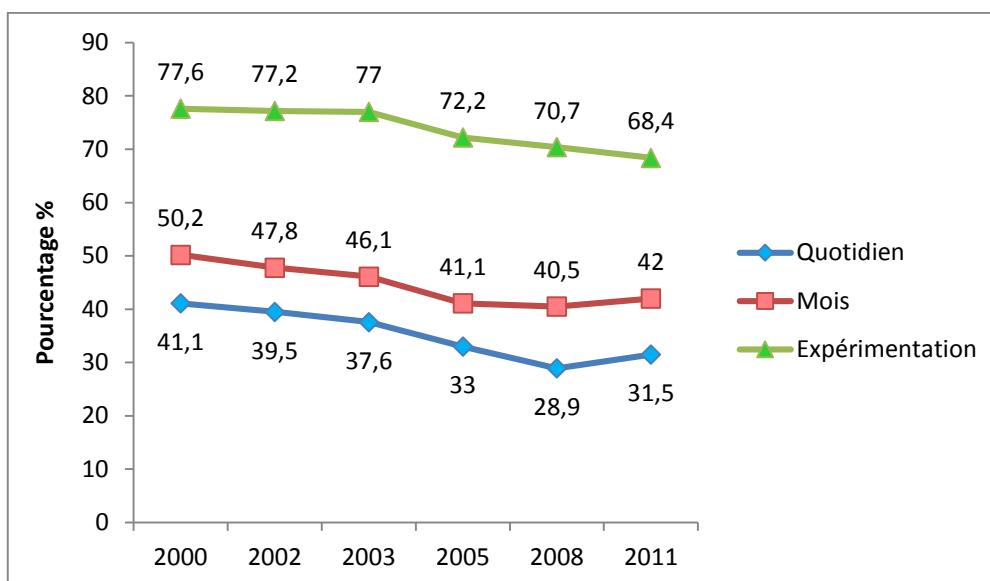
secondes. Elle entraîne alors une sensation de plaisir et des effets « positifs » dits stimulants tels que l'augmentation des fonctions cognitives, l'attention, le temps de réaction.

La réduction de l'anxiété est associée à son effet calmant. Comme l'explique Suzy Soumaille, auteur de l'ouvrage « La dépendance au tabac », cet effet relaxant procuré au moment où l'on fume serait en fait bien souvent le soulagement de la tension et de l'inconfort produits par le manque de nicotine. Effectivement, après avoir consommé une cigarette, le taux de nicotine du fumeur va diminuer progressivement et laisser apparaître parallèlement une sensation de mal-être. Cette dernière sera comblée par le fait d'allumer une autre cigarette. Son effet « antidépresseur » permet de réguler les émotions par production de dopamine, neurotransmetteur agissant sur l'humeur [32].

7.3. Epidémiologie

L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a mené une enquête en Mars 2011 sur la consommation des drogues par les jeunes âgés de 17 ans, nommée Enquête ESCAPAD 2011. Elle s'est déroulée lors de la journée d'appel de préparation à la défense dans 200 centres (185 en métropole et 15 en DOM-TOM) et a permis d'interroger 32 249 adolescents de façon anonyme à propos de leur consommation de substances psychoactives. Depuis 2000, six enquêtes nationales ont été menées dans les mêmes conditions par l'OFDT et permettent de comparer les résultats et l'évolution des comportements au fil des années.

Les résultats de l'enquête 2011 montrent globalement que les usages de substances psychoactives sont en baisse. En 2011, 6.6 % des adolescents sondés n'ont jamais expérimenté le tabac, l'alcool ou le cannabis. Ce résultat est faible mais plus encourageant que celui obtenu lors de l'enquête menée en 2008, qui était de 5.1 %. Cependant, si l'on peut observer une tendance à la baisse des expérimentations, il n'en est pas de même concernant les chiffres de la consommation. L'enquête révèle notamment que tabac et alcool sont les drogues les plus consommées par les adolescents.



Graphique n° 1 : Evolution entre 2000 et 2011 des niveaux d'usage de tabac à 17 ans, en métropole (adapté d'après la Figure 1 p.3 du rapport de l'OFDT Novembre 2011, actualisé en Juin 2012)

L'enquête relève que 68.4 % des jeunes âgés de 17 ans ont déjà fumé une cigarette au cours de leur vie (contre 70.7 % en 2008).

La diminution de l'expérimentation concerne préférentiellement les filles. Cependant, l'usage quotidien chez les garçons et les filles est en hausse en 2011 (31.5 % contre 28.9 % en 2008, $p < 0.001$). Les usagers quotidiens sont plus souvent masculins (32.7 % contre 30.2 % de filles, $p < 0.001$). Par ailleurs, les garçons sont 9.6 % à déclarer fumer plus de 10 cigarettes par jour contre 5.8 % de filles seulement ($p < 0.001$).

Le graphique ci-dessus montre, d'autre part, que la consommation de tabac par les adolescents dans le mois précédent est en hausse depuis 2008 (42 % contre 40.5 %).

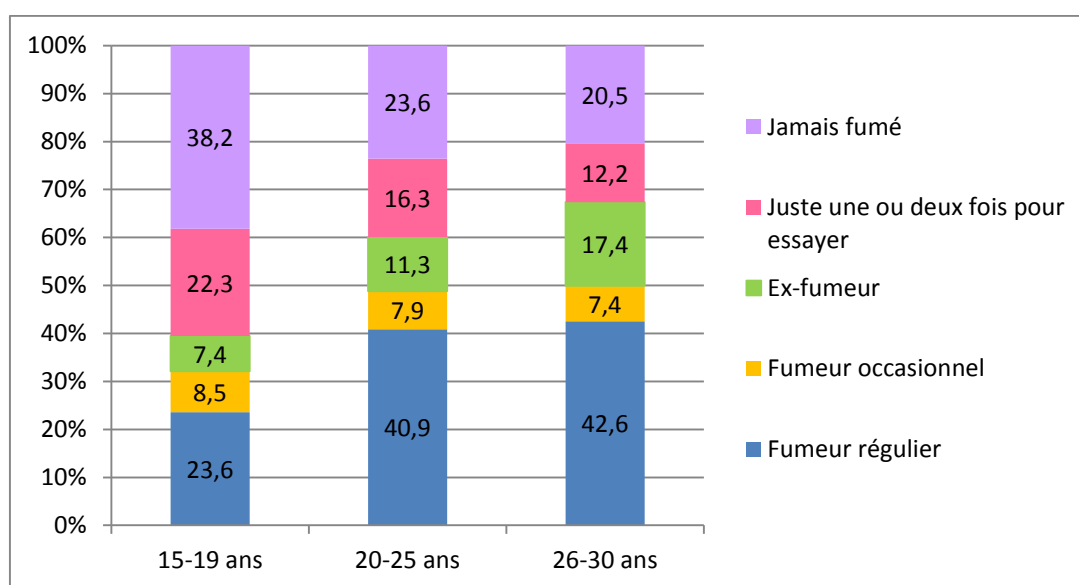
Il est à noter que si l'usage de tabac quotidien a augmenté par rapport à 2008, il a tout de même fortement diminué (environ 10 %) depuis 2000 [33].

L'INPES mène régulièrement depuis 1990 des études nommées « Baromètre Santé » visant à faire le point sur les « comportements de santé des jeunes en France ». Il s'agit d'enquêtes téléphoniques réalisées auprès de tous les foyers français et visant les personnes âgées de 15 à 85 ans. Au sein du foyer, une personne répondant aux critères d'âge est sélectionnée de façon aléatoire pour répondre à un court questionnaire d'environ 20 minutes.

Le dernier Baromètre santé a été mené en 2010 et s'est appuyé sur 27 658 sondages pour la publication de ses résultats.

Il révèle que parmi les 15-75 ans, la tranche d'âge 15-30 ans serait la plus nombreuse à fumer (44 % dont 36.1 % de fumeurs quotidiens). C'est aussi celle qui compterait le plus de fumeurs occasionnels (7.9 % contre moins de 5 % pour les sujets appartenant aux autres tranches d'âge).

Parmi les jeunes fumeurs âgés de 15 à 25 ans, l'âge moyen de consommation de la première cigarette serait 15.6 ans. Par ailleurs, 30 % d'entre eux auraient expérimenté le tabac à 14 ans.



Histogramme n° 1 : Statut tabagique selon l'âge parmi les 15-30 ans en pourcentage (adapté d'après la Figure 2 p.72 du rapport sur les comportements des jeunes, Baromètre santé 2010).

Nous observons sur ce graphique que quatre jeunes sur dix âgés de 15 à 19 ans n'auraient jamais consommé de tabac, ce qui n'est le cas que pour deux jeunes sur dix entre 26 et 30 ans. **La tranche des 20-25 ans se situe entre les deux précédentes avec un taux de 23.6 %.**

D'autre part, il apparaît que la **proportion de fumeurs quotidiens chez les sujets âgés de 20 à 25 ans serait de 40.9 %** contre 23.6 % chez les 15-19 ans.

Enfin, comme le montre cette figure, **il y aurait 11.3 % d'anciens fumeurs parmi les jeunes âgés de 20 à 25 ans.**

Les hommes fumeraient davantage que les femmes, cependant au sein de la tranche d'âge 20-25 ans, l'écart serait assez faible (42.8 % de fumeurs masculins réguliers contre 39 % de fumeuses) [34].

7.4. Répartition de la proportion des jeunes fumeurs sur le territoire

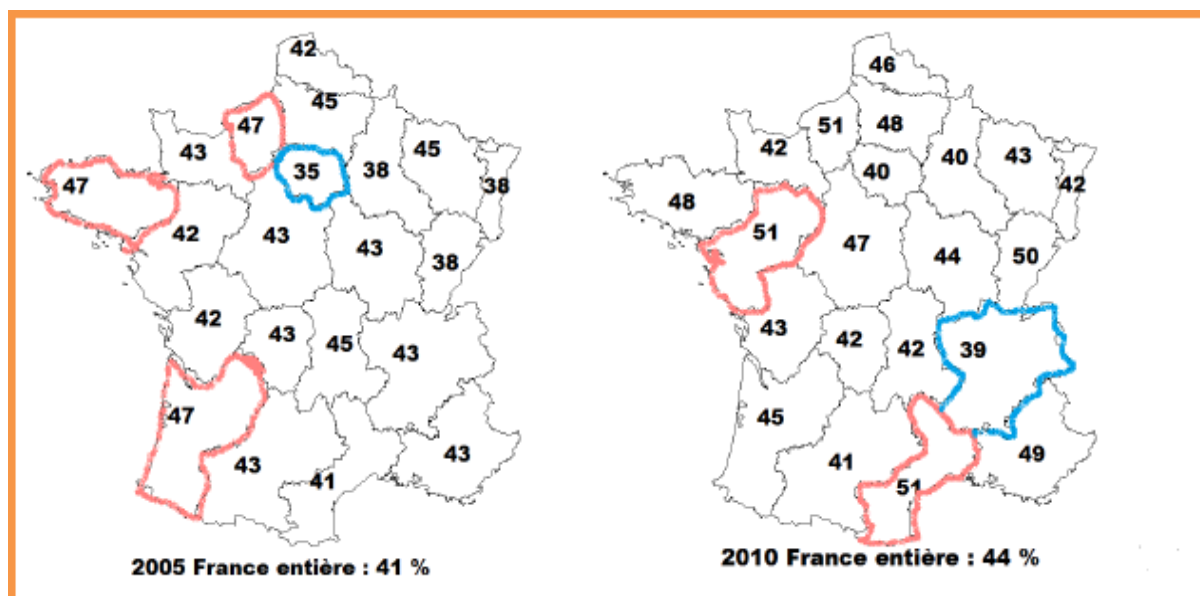


Figure n° 2 : Part des fumeurs parmi les 15-30 ans en 2005 et 2010 par région par rapport à la prévalence de la France entière (adaptée d'après la figure 7 p.79 du rapport sur les comportements des jeunes, Baromètre santé 2010)

Cette figure montre la répartition des fumeurs âgés de 15 à 30 ans en 2010 comparée aux résultats obtenus lors du Baromètre santé 2005. Une répartition homogène est observée, les prévalences tabagiques variant de 39 à 51 % avec une moyenne nationale de 44 %. Deux régions se détachent significativement des autres : la région Rhône-Alpes ayant une prévalence plus faible (entourée en bleu) contrairement au Pays de la Loire où elle est plus élevée que le reste de la France (entourée en rouge) [34].

7.5. Comparaison de la consommation des jeunes français avec ceux des autres pays

En 2011, la France a participé pour la quatrième fois à une enquête européenne nommée ESPAD (European School survey Project on Alcohol and other Drugs) réalisée auprès d'adolescents scolarisés âgés de 15 à 16 ans. Elle a pour but d'observer et de comparer au fil des années et des enquêtes successives les consommations de tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites.

Les résultats de l'enquête montrent que la proportion des usagers récents de tabac, qui était en baisse en 2003 et 2007, a fortement augmenté, en particulier chez les filles. Cette hausse au sein de la population féminine n'est observée qu'en France, Bulgarie et Monaco.

De plus, comparé aux résultats obtenus dans les autres pays, le nombre de fumeurs récents serait supérieur à la moyenne européenne, situant les jeunes français en 6^{ème} position sur 36 pays [35].

7.6. Etude des influences sur la consommation de tabac

7.6.1. Influences sociales

7.6.1.1. Niveau scolaire et environnement social

Il apparaît qu'une situation sociale défavorable soit un facteur favorisant le tabagisme régulier chez les enfants, adolescents et jeunes adultes.

Chez les adolescents, cette situation sociale peut être influencée par celle de ses parents d'une part (niveau de revenu familial, profession, catégorie sociale) [36]. Effectivement, l'enquête ESCAPAD 2011 révélait que les enfants d'artisans et de commerçants étaient préférentiellement plus consommateurs de tabac [33].

D'autre part, le niveau scolaire des adolescents peut avoir un impact (filière choisie, redoublement, déscolarisation) [36]. En lycée professionnel 12 % des lycéens ont déjà redoublé au moins deux fois contre 3 % des lycéens inscrits en filière générale [31].

Chez les jeunes adultes, le niveau d'étude, la profession, la catégorie sociale et la précarité de l'emploi sont des déterminants des niveaux de consommation.

Le Baromètre santé 2010 s'est d'ailleurs intéressé à l'influence du statut professionnel des jeunes fumeurs. Ainsi, les jeunes étudiants seraient les moins nombreux à fumer (23.2 % au sein de cette population). Il y aurait 42.5 % de fumeurs chez les jeunes travailleurs et la proportion la plus nombreuse serait observée parmi les personnes en recherche d'emploi avec 53.2 % [34].

D'autre part, selon les résultats de l'enquête ESCAPAD 2011, les jeunes suivant un cursus en apprentissage et ceux étant sortis du milieu scolaire seraient des usagers réguliers plus nombreux que ceux inscrits en filière générale, technique ou professionnelle [33]. Dans le même ordre, en filière professionnelle, 39 % des lycéens seraient des fumeurs quotidiens contre 23 % en enseignement général, de même pour les filles, qui seraient 38 % contre 25 % en filière générale [31].

Le département de la politique de santé publique Norvégienne a réalisé une étude nationale en 2007 auprès de 1444 étudiants âgés de 16 à 20 ans. Les étudiants étaient contactés par téléphone et devaient répondre à une série de questions concernant le cursus scolaire qu'ils suivaient d'une part et d'autre part sur leur consommation ou non de tabac à l'école. Les étudiants étaient classés en deux groupes différents selon leur filière, générale ou professionnelle. Il leur était ensuite demandé s'ils consommaient du tabac puis une série de questions leur était posée sur la politique de l'école vis-à-vis du tabac (permission de fumer dans l'enceinte de l'école pendant l'interclasse et autorisation ou non aux professeurs de fumer dans les mêmes endroits que les élèves).

Les résultats de l'enquête ont montré une proportion significativement plus importante de fumeurs en lycée professionnel (19.5%) qu'en général (8.1%), $p < 0.001$. Parallèlement, le nombre de lycées professionnels autorisant leurs enseignants à fumer avec les étudiants était plus important (28.5 % contre 19.7 % parmi les lycées généraux, significativement $p < 0.001$) [37].

L'environnement social est très influençant pour la jeunesse. Ainsi, les relations parents-enfants jouent parfois un rôle dans la consommation de tabac. Il apparaît notamment que les enfants de parents divorcés ou séparés et ayant de mauvaises relations avec leurs parents ont une consommation de tabac plus élevée que les enfants de parents vivant ensemble. De même, les enfants dont les parents tolèrent qu'ils fument ont un niveau de tabagisme plus élevé.

Le cercle amical et amoureux des jeunes conditionne aussi leur consommation de tabac. Les adolescents attirés par des substances psychoactives se rapprocheraient davantage de groupes de jeunes qui en consomment potentiellement aussi [36].

7.6.1.2. Statut tabagique des parents

Le statut tabagique des parents aurait une réelle influence sur la consommation de tabac de leurs enfants. Le fait d'avoir des parents fumeurs multiplierait par 2 ou 3 le risque d'expérimenter le tabac précocement et de devenir par la suite un fumeur régulier.

Cela peut s'expliquer premièrement par la facilité d'accès au produit lorsque les parents fument. Secondairement, nous pouvons penser que les jeunes imitent leurs comportements addictifs. Les parents représentant l'autorité et l'exemple à suivre, les enfants pensent certainement que le fait de fumer ne doit pas être néfaste puisque leurs parents ne se l'interdisent pas.

L'INSERM mène depuis 1991, deux cohortes nommées TEMPO (conduite auprès de 1103 jeunes âgés de 22 à 35 ans en 2009) et GAZEL (incluant au moins un des deux parents des enfants répondant à la cohorte TEMPO). Les participants de l'enquête TEMPO ont été interrogés sur leur santé, leur vie quotidienne et leurs expériences professionnelles et familiales.

Parmi les jeunes dont les parents étaient non-fumeurs, 25.1 % fumaient régulièrement. C'était le cas de 27.4 % des jeunes dont les parents avaient une consommation de tabac décroissante et **37 %** parmi ceux dont les **parents** étaient des **fumeurs réguliers**.

Les enfants d'anciens fumeurs avaient la même probabilité de fumer que les enfants de non-fumeurs.

Le statut tabagique de la mère serait plus influant que celui du père. Effectivement, l'enquête montrait un risque plus élevé de tabagisme chez l'enfant lorsque, des deux parents, c'était la mère qui fumait.

La transmission des addictions de parents à enfants s'explique en partie par l'influence de facteurs biologiques. Effectivement, le caractère héréditaire des addictions est estimé à 50 %. L'exposition de l'enfant au tabagisme maternel pendant la grossesse pourrait être

particulièrement influente vis-à-vis des conduites addictives de l'enfant par la suite. Cela s'explique par les modifications neuronales s'exerçant au sein du cerveau du fœtus à cause de l'apport quotidien de nicotine [36].

Les résultats d'une enquête menée en Arabie Saoudite confirment l'influence du statut tabagique des parents sur leurs enfants. Elle fut conduite entre Août et Novembre 2012 auprès de 907 étudiantes inscrites dans cinq universités différentes (médecine, éducation, lettres et langues étrangères, administration des entreprises et sciences de l'informatique). L'enquête s'est intéressée d'une part au lien existant entre le tabac et les différents cursus choisis par les étudiantes. D'autre part, le statut tabagique des parents et les raisons ayant favorisé l'entrée des étudiantes dans le tabac ont été étudiées.

Une grande majorité des étudiantes fumeuses et ex-fumeuses, soit **77 %**, **citaient que leur entrée dans le tabagisme avait été influencée par la consommation de tabac d'un membre de leur famille**. Seulement 19 % d'entre elles déclaraient avoir été influencées par le tabagisme de leurs amis ou par les médias. Au-delà de l'influence parentale, 54 % des étudiantes ont cité avoir commencé à fumer pour se divertir et 29.4 % pour pallier à la pression psychologique des études [38].

Une étude menée à l'université de Milan en Italie de 2006 à 2008 auprès d'étudiants inscrits en école de formation des infirmiers s'est aussi intéressée aux influences pouvant exister entre leur statut tabagique et celui de leur famille (parents, frères et sœurs) et amis. 812 étudiants ont participé à l'enquête. La prévalence tabagique était de 44.2 % au sein de l'échantillon et le pourcentage d'anciens fumeurs de 12.4 %. Les garçons fumaient davantage que les filles (53 % contre 39 %). L'âge moyen d'initiation au tabac était de 16.5 ans (16 ans pour les garçons et 16.8 ans pour les filles).

Concernant le statut tabagique de leur entourage, **75.2 % des étudiants fumeurs avaient au moins un parent fumeur** (contre 54.4 % parmi les étudiants non-fumeurs, les deux groupes étant **différents significativement**, $p < 0.001$). De même, il y avait une différence significative entre les groupes fumeurs et non-fumeurs n'ayant aucun parent fumeur (24.8 % contre 45.6 %, $p < 0.001$). Les résultats montraient d'autre part un **lien significatif entre le tabagisme des**

étudiants et celui de leurs frères et sœurs (47.5 % des fumeurs déclarant avoir un/des frère(s) et sœur(s) fumant contre seulement 24.9 % au sein du groupe non-fumeur) [39].

7.6.1.3. Tabac au sein de l'environnement proche

Le Baromètre santé 2010 s'est intéressé à l'exposition à la fumée de tabac au domicile des jeunes. L'enquête révèle que 37 % des jeunes fumeurs âgés de 15 à 30 ans déclarent que personne au sein de leur entourage ne fume à leur domicile. Si nous comparons ce résultat à ceux des tranches d'âges supérieures (45.3 % des 31-45 ans et 48.1 % des 61-75 ans), nous nous apercevons que c'est cette tranche d'âge qui déclare le moins ne pas être exposée au domicile. **D'ailleurs, c'est la tranche des fumeurs âgés de 20 à 25 ans qui déclare le plus, à hauteur de 44.9 %, que quelqu'un fume « régulièrement »** [parmi les choix proposés : *Jamais ; Rarement ; De temps en temps ; Régulièrement*] à leur domicile. La tranche des 26-30 ans ne le site qu'à 31.6 % et celle des 15-19 ans à 40.9 %, ce qui reste très élevé.

Il en est de même lorsqu'on regarde les chiffres concernant la population « non-fumeur ». En effet, 21.9 % de la tranche des 15-30 ans non-fumeurs déclarent que leur entourage proche fume régulièrement au domicile avec un maxima de 31.3 % pour les 15-19 ans contre moins de 10 % au sein de la population des plus de 30 ans.

Parmi les fumeurs âgés de 15 à 30 ans, ce sont les personnes vivant seules qui déclarent le plus que quelqu'un fume régulièrement au domicile (66.3 % contre 52.4 % parmi les personnes vivant en couple). Ceux vivant en couple avec un enfant de moins de 4 ans ne sont que 36.2 % à le déclarer.

Dans la population des non-fumeurs, c'est la tranche des personnes accompagnées (mais sans enfant de moins de 4 ans) qui déclarent le plus être exposés à la fumée de tabac à domicile. L'enquête en conclut, au vu des résultats, que la population âgée de 15 à 30 ans aurait globalement pris conscience des méfaits du tabagisme passif, particulièrement vis-à-vis des enfants [34].

L'enquête menée en Italie entre 2006 et 2008 auprès d'étudiants infirmiers a révélé un lien significatif entre le statut tabagique des étudiants et le fait qu'ils côtoient des amis eux aussi fumeurs. Effectivement, au sein du groupe fumeur, 86.6 % des étudiants déclaraient

avoir des amis fumeurs contre seulement 46.6 % au sein du groupe des non-fumeurs ($p < 0.001$) [39].

7.6.2. Influence du sexe

Une étude publiée en Ecosse en 2006 s'est intéressée aux différences qui pouvaient exister entre les jeunes fumeurs garçons et filles vis-à-vis des raisons les incitant à consommer du tabac et de la perception qu'ils en avaient. Huit groupes de discussion comprenant 24 filles et 22 garçons ont été formés. Au rendez-vous, différents thèmes ont été abordés concernant les activités sociales des jeunes étudiants, leur entrée dans le tabac, les raisons les motivant à fumer, les aspects positifs et négatifs et leurs intentions futures vis-à-vis de leur consommation de tabac.

Les enquêteurs ont pu relever des différences lors des réunions de parole entre les groupes masculins et féminins.

Le sport avait dans la vie sociale des garçons une place très importante, il leur permettait de s'émanciper. C'était l'occasion de rencontrer des amis et d'accéder à des bourses d'études pour la suite de leur cursus scolaire. Le tabac avait un rôle positif au sein de leur vie sociale et les aidait à gérer les émotions négatives telles que la colère et la frustration. Cependant, la plupart des jeunes participants regrettaient que ce dernier compromette leur condition physique sans pour autant souhaiter cesser leur consommation. Beaucoup de jeunes garçons interrogés ont mentionné que l'entrée dans le tabac avait été influencée par le fait de côtoyer des amis plus âgés.

Les auteurs ont pu constater en écoutant discuter les groupes de filles que certaines d'entre elles revêtaient des comportements masculinisant vis-à-vis du tabac mais aussi de l'alcool et y trouvaient une façon de se rebeller et d'affirmer leur identité. Le fait de fumer n'était, non pas un moyen de sociabilisation comme pour les garçons, mais un souhait de rompre avec une image de « gentille fille ». Le tabac était aussi perçu par les filles comme un moyen de chasser les émotions négatives mais celles-ci citaient davantage des raisons sentimentales, comme la rupture avec un petit ami. La notion de partage à travers le tabac a été relevée au sein du groupe féminin en renforçant les liens sociaux. Enfin, la préoccupation de l'image corporelle

était très souvent citée. La mauvaise odeur du tabac sur les vêtements était perçue comme une image négative par les filles mais ce point négatif cédait devant l'avantage d'un contrôle du poids grâce à la nicotine [40].

Comme le souligne Marie Choquet, épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm et co-auteur du livre « Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité », la consommation de tabac chez les filles serait parfois associée à des troubles dépressifs plus importants que chez les garçons. Les filles, contrairement aux garçons sont moins enclines à braver les interdits. A l'âge de 14-16 ans, 15 % des garçons ont commis des dégradations répétées de biens publics contre seulement 7 % des filles. Elles s'orientent préférentiellement vers des conduites légales et acceptables mais qui traduisent tout de même un sentiment de mal-être. La consommation volontaire de tabac par les filles traduirait une forme d'autodestruction en abimant volontairement leur image propre. Les garçons, quant à eux, fumeraient davantage pour l'aspect social du tabac vis-à-vis des autres jeunes et exposeraient leur mal-être par le biais de conduites violentes, consommation d'alcool ou de cannabis [31].

7.7. Relation entre études de santé et fumeurs

7.7.1. Comparaison avec les cursus non médicaux

L'assistance publique des Hôpitaux de Paris a souhaité, dans le cadre de la charte hôpital sans tabac, mener une enquête en 2000 auprès d'étudiants inscrits en école de soins infirmiers et sages-femmes afin d'évaluer leur statut tabagique.

L'enquête incluait les étudiants inscrits en première année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers lors des rentrées de Février et Octobre 2000, soit 1964 étudiants, ainsi que les 201 étudiants inscrits aux quatre années d'études de sages-femmes. Un auto-questionnaire anonyme leur a été distribué et 1981 questionnaires exploitables ont été analysés.

Les résultats ont montré un **taux de fumeurs réguliers de 36 %, 11.7 % de fumeurs occasionnels et anciens fumeurs et 40.5 % de non-fumeurs**. Le test de Fagerström a révélé que la moitié de l'effectif (50.2 %) n'était pas ou peu dépendant, 43.5 % moyennement dépendant et 6.3 % fortement ou très fortement dépendant au tabagisme. Le taux d'ex-fumeurs était plus élevé chez les hommes (14.2 % contre 11.8 % chez les femmes) et leur âge

moyen était plus élevé que celui des fumeurs (24.5 ± 4.4 ans contre 23.2 ± 4.1 ans). Les résultats ont montré, ensuite, que plus de la moitié des fumeurs avaient déjà tenté d'arrêter de fumer. Enfin, les étudiants masculins fumaient plus que les étudiantes (48.7 % contre 34.1 %) mais avaient tenté plus d'arrêts.

De cette enquête ressort le fait que **le taux de fumeurs réguliers de cette population de professionnels de santé en formation était inférieur à celui de la population française de même âge** (données comparées à la conférence de consensus sur l'arrêt du tabac, ANAES-AP-HP Edimark Paris 1998). D'autre part, **les étudiantes sages-femmes présentaient un tabagisme inférieur à celui des élèves infirmiers** (23 % contre 42.4 % pour les étudiants inscrits à la rentrée de Février 2000 et 32.9 % pour ceux inscrits en Octobre 2000). Les auteurs de l'étude l'ont expliqué par la probabilité que leur **travail soit plus médical**. Leur taux de tabagisme était comparable à celui des internes de médecine (23 % de fumeurs réguliers), selon l'enquête publiée par le bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 40 de 2001. L'hypothèse selon laquelle la durée des études de santé aurait aussi un impact positif sur le taux de tabagisme restait à confirmer par d'éventuelles études ultérieures [41].

Une étude similaire publiée en 2001 par la Cochrane Library a montré le rôle important que peuvent avoir les infirmiers dans la prise en charge des patients tabagiques. Cette étude a, d'autre part, démontré que les soignants non-fumeurs avaient une meilleure crédibilité dans la prise en charge de patients fumeurs. En effet, l'efficacité dans l'initiation et le maintien de l'arrêt du tabac seraient augmentées de 50 % lorsque le soignant est non-fumeur [42].

L'enquête menée en Arabie Saoudite en 2012 auprès de 907 étudiantes inscrites dans cinq universités différentes (médecine, éducation, lettres et langues étrangères, administration des entreprises et sciences de l'informatique) s'est intéressée au statut tabagique de celles-ci selon le cursus choisi.

Le pourcentage le plus élevé de fumeuses et ex-fumeuses a été observé chez les étudiantes inscrites en université d'administration des entreprises avec 19.46 %, suivi des étudiantes de lettres et langues étrangères qui étaient 9.69 % à fumer ou à avoir fumé par le passé. **Le pourcentage le plus faible a été observé parmi les étudiantes inscrites en faculté de médecine qui étaient seulement de 2.14 % [38].**

Une étude menée en Géorgie entre Février et Mars 2011 s'est interrogée sur l'influence des études de santé sur la consommation de tabac chez les jeunes étudiants.

Pour cela, les auteurs ont interrogé 400 étudiants inscrits en 4^{ème} année de faculté, dont 200 étaient en médecine et 200 suivaient un cursus sans lien avec la santé.

L'échantillon général comptait 48.75 % de fumeurs. 49.5 % des étudiants de médecine fumaient contre 48 % chez les étudiants non-médicaux. **Il n'y avait pas de différence significative de prévalence tabagique entre les deux populations.**

Concernant la volonté des étudiants de cesser leur consommation, 59.5 % des étudiants de médecine le déclaraient contre 54.2 % des étudiants non-médicaux. Néanmoins, aucune différence significative n'était observée entre les deux groupes [43].

7.7.2. Comparaison des cursus de santé entre eux

Le département de la santé publique en Grèce a conduit entre Octobre 2009 et Mai 2011 une étude nommée GHPSS (Global Health Professions Student Survey) visant à réunir des informations sur les étudiants inscrits en cursus de santé. Il s'agit d'une enquête mondiale lancée en 2005 à l'initiative de l'OMS ayant pour but d'une part de faire l'état des lieux de la consommation de tabac des étudiants en professions de santé dans divers pays. D'autre part, il s'agissait d'observer l'éventuelle exposition des étudiants au tabagisme passif, leurs attitudes et environnement et de suivre l'évolution au fil du temps de leurs connaissances et formations sur le sujet en vue de la prise en charge des patients tabagiques.

Ainsi, 1036 étudiants inscrits en 3^{ème} année de médecine, dentaire, pharmacie, infirmier, diététique et visiteurs médicaux ont été interrogés via un court questionnaire et 853 étudiants y ont répondu.

La consommation de tabac la plus élevée était observée chez les étudiants visiteurs médicaux qui étaient 46.4 % à déclarer fumer quotidiennement. Les étudiants inscrits en dentaire étaient 39.1 %, les élèves diététiciens 33.3. %, les élèves infirmiers 30.9 % et 28.8 % en faculté de médecine. **Les étudiants inscrits en pharmacie étaient les moins nombreux à déclarer fumer, avec un pourcentage de 27.1 %.**

Parmi les étudiants inscrits en pharmacie, 64.4 % d'entre eux n'avaient jamais fumé [44].

De même, une étude GHPSS fut menée au Laos de Mai à Juin 2009 auprès d'étudiants inscrits en troisième année de faculté de médecine, dentaire, pharmacie et infirmier. Au total, 506 étudiants ont participé à l'étude. La prévalence globale de tabagisme était de 5.1 %. La filière recensant le plus de fumeurs réguliers était celle des étudiants inscrits en dentaire avec une prévalence de 7.9 %. Les prévalences étaient de 6.1 % et 6 % pour les étudiants infirmiers et médecins respectivement. **Les étudiants en pharmacie étaient les moins nombreux à fumer (1.5 %), comme au sein de l'enquête conduite en Grèce.**

Au sein de cette dernière population, 78.7 % d'étudiants n'avaient jamais fumé [45].

7.8. Usage du tabac et impact sur la santé : Perception des jeunes

La crainte de l'impact du tabac sur la santé des jeunes semble directement liée à leur statut tabagique. L'analyse du Baromètre santé 2010 montre que trois quart des jeunes (73.1 %) ne fumant pas ne craignent pas de tomber malade à cause du tabac. Les anciens fumeurs ne sont que 67.2 %. Les fumeurs réguliers sont seulement 13.1 % à ne pas craindre les maladies liées au tabac, 57.9 % le craignent au moins « un peu » et 5.8 % le craignent « beaucoup ». Par ailleurs, le niveau de crainte augmente avec l'âge, ainsi il est de 40.7 % chez les 15-19 ans contre 59.1 % chez les 26-30 ans. Cela est sûrement le signe d'une prise de conscience sur les risques liés au tabac vers l'âge de 20 ans [34].

L'enquête menée en Arabie Saoudite en 2012 auprès de 907 étudiantes a interrogé les jeunes femmes sur leurs connaissances vis-à-vis du tabac et de ses conséquences sur la santé. 55.6 % des répondantes avaient conscience des dangers du tabac. Seulement 36 % des étudiantes faisaient un lien entre tabac et risque d'infertilité et 0.7 % n'avaient pas connaissance du rôle du tabac dans la survenue de cancers du poumon [38].

Une étude descriptive sur les besoins en santé des étudiants fut menée à Talence (Gironde) en 1999 par le service de Médecine Préventive Universitaire (MPU) auprès d'étudiants vivant sur le campus. Un questionnaire anonyme fut distribué à 3500 résidents des cités universitaires. Il avait pour but d'explorer d'une part l'état de santé et les comportements des étudiants et d'autre part les besoins exprimés d'information en santé

(thèmes intéressants à aborder, moyens pertinents selon les étudiants pour mener au mieux des actions d'éducation à la santé). 370 réponses exploitables ont pu être analysées.

Parmi les thèmes d'information en santé proposés, les trois principaux cités furent « Comment être et rester en bonne santé », « Psychologie, dépression et suicide » et « Maladies sexuellement transmissibles et sida ». Les réponses étaient significativement différentes selon le sexe. Les filles ont cité préférentiellement les thèmes « Psychologie, dépression et suicide », « Contraception, sexualité, grossesse » et « Stress » tandis que **les garçons étaient plus intéressés par « Comment rester en bonne santé », « Sport » et « Tabac, alcool et drogues ».**

Au sein de la population sondée, l'enquête recensait 20 % de fumeurs dont 42.5 % consommaient plus de 10 cigarettes par jour. Un quart des étudiants fumeurs souhaitaient une aide pour arrêter de fumer et un fumeur sur deux avait déjà tenté un arrêt du tabac.

Concernant l'avis des étudiants quant aux moyens les plus efficaces de capter l'attention des étudiants, la majorité des sondés (54.9 %) préféraient être informés par des expositions, stands, affiches et plaquettes d'information. 48.4 % des étudiants étaient favorables à une information individuelle avec un médecin du centre et 61 % souhaiteraient que des sessions d'informations soient organisées au sein des résidences universitaires [46].

7.9. Etude du comportement des jeunes face à l'arrêt du tabac

Selon l'enquête Baromètre santé 2010 rédigée par l'INPES, les jeunes sont la tranche de population la moins nombreuse à envisager d'arrêter de fumer. Un fumeur régulier sur deux (52.1 %) âgé de 15 à 30 ans déclare « avoir envie d'arrêter de fumer » mais parmi ceux-là, 25.2 % ne savent dire quand ils le feront. Au-delà de 30 ans, ils sont 60.2 % à l'envisager. Les jeunes âgés de 15 à 30 ans sont aussi moins nombreux que les plus de 30 ans à avoir déjà essayé d'arrêter de fumer (61.7 % contre 73 %).

La tranche des 15-30 ans ayant arrêté de fumer a été sondée sur les raisons les ayant motivés. La **santé** a été citée en premier lieu (**53 %**), suivi du **prix du tabac (24 %)**. Il est à noter que la **grossesse ou la naissance d'un enfant** a été mentionnée par **17 %** des femmes ex-fumeuses.

Le prix du tabac apparaîtrait volontiers comme le facteur principal déclenchant l'envie d'arrêter mais la santé aurait un impact meilleur sur la réussite dans la durée [34].

Au sein de l'enquête menée en Arabie Saoudite en 2012, les étudiantes ex-fumeuses interrogées sur les raisons qui les avaient conduites à arrêter le tabac, ont cité pour **54.3 %** d'entre elles la **santé**, puis 29 % la religion et 17 % les conseils avisés de leurs parents [38].

Les étudiants élèves infirmiers anciens fumeurs sondés lors de l'enquête menée en Italie entre 2006 et 2008 représentaient 12.4 % de l'échantillon général. L'âge moyen d'initiation au tabac était de 16.4 ans (16 ans pour les garçons et 16.8 ans pour les filles) et l'âge d'arrêt vers 23 ans. Un étudiant sur deux (**55.4 %**) a cité la **prise de conscience des risques liés au tabac** comme motif ayant motivé leur arrêt et **28.6 %** des étudiants ont invoqué des **problèmes de santé**. Les autres raisons relevées étaient la **grossesse** et la hausse du **prix du tabac** [39].

7.10. Campagnes de prévention s'adressant à la jeunesse

La réglementation a fortement évolué depuis 1976 (**voir 6. Plans d'action nationaux de lutte contre le tabagisme**).

A cela, se sont ajoutées de nombreuses campagnes de communication autour du tabac visant à sensibiliser l'opinion public.

Nous citerons la dernière campagne menée par l'INPES et publiée en Octobre 2013, intitulée « Quand on est libre, pourquoi choisir d'être dépendant ? ».

Elle vise à lutter contre l'installation quotidienne du tabac au sein de la vie des **jeunes adolescents de 14 à 18 ans**. Ce film de 40 secondes s'appuie sur le thème « sacré » de la liberté, état tant recherché par cette population se situant en transition entre le statut d'enfant et d'adulte. D'autre part, l'adolescence est une période de la vie pendant laquelle la liberté est encore présente puisque qu'elle n'a pas à supporter les contraintes de la vie adulte, qu'elles soient sociales, familiales ou associées au travail. Le message véhiculé aux adolescents par ce spot est qu'il ne faut pas tomber dans le piège du tabac. Les jeunes pensent que le fait de fumer est une liberté tout comme les sorties entre amis ou la possibilité de ne pas aller à l'école durant une journée par fainéantise. Or, dès que la dépendance s'installe,

la cigarette n'est plus un choix mais devient une « nécessité ». La liberté de choisir, notion précieuse, est alors perdue [47].

8. Rôle du pharmacien dans l'arrêt du tabac

Un rapport a été publié en Avril 2005, par l'assurance maladie et l'INPES, intitulé « Comportement, attitude et rôle des médecins et pharmaciens dans la prévention et l'éducation pour la santé ». Il présente l'enquête « Baromètre santé médecins/pharmaciens » conduite entre Novembre 2002 et Janvier 2003 auprès de 2000 médecins généralistes et 1000 pharmaciens titulaires d'officines. Parmi les principaux thèmes abordés, les professionnels étaient notamment interrogés sur la prise en charge de la dépendance au tabac.

Les résultats de l'enquête montrent que « plus de trois quarts des pharmaciens (77.4 %) pensent que leur rôle concernant le tabagisme est important ou très important. Plus de la moitié d'entre eux déclarent souvent parler spontanément à leurs clients de leur consommation de tabac. Ils sont 6.6 % à en parler systématiquement avec leur clientèle lors de la délivrance de contraceptifs oraux et 19.6 % ont eu des échanges à ce sujet avec le dernier patient asthmatique suivi » [48].

Une étude menée de 2006 à 2008 au Koweït a comparé la capacité d'étudiants inscrits en divers cursus d'études de santé à prendre en charge un patient souhaitant arrêter de fumer. L'étude incluait des étudiants inscrits en médecine, pharmacie, dentaire et kinésithérapie.

En 2006, les étudiants en pharmacie inscrits en troisième année ont reçu quatre heures d'enseignement sur la préparation à la prise en charge de patients fumeurs. Des cours théoriques et des travaux de groupes ont été dispensés pendant ce module.

Deux ans plus tard, un questionnaire concernant la prise en charge de patients souhaitant arrêter de fumer a été soumis aux mêmes étudiants en pharmacie (excluant les fumeurs, 64 étudiants) et à 243 autres étudiants suivant un cursus de santé (182 inscrits en médecine, 41 en dentaire et 20 en kinésithérapie) n'ayant pas reçu le module d'enseignement.

Les résultats du questionnaire ont montré que les étudiants en pharmacie avaient obtenu un meilleur score de façon significative que les étudiants en médecine et dentaire (scores

respectifs de 19.5 contre 16.2 et 16.1, $p < 0.001$). Le questionnaire étant été réalisé deux ans après l'enseignement montre que, malgré le temps, les étudiants l'avaient gardé en mémoire. L'enquête montrait d'autre part que la **majorité des étudiants en pharmacie étaient satisfaits de cet enseignement** (79 % contre 32 %, $p < 0.001$, pour les étudiants de médecine, dentaire et kinésithérapie) **et pensaient davantage qu'ils étaient prêts à encadrer des patients fumeurs** (52 % contre 20 %, $p < 0.001$).

Enfin, **91 % des étudiants en pharmacie** pensaient que le **pharmacien a pour rôle en tant que professionnel de santé d'aider les patients souhaitant arrêter de fumer** [49].

9. Moyens destinés à l'arrêt du tabagisme

9.1. Outils médicamenteux reconnus dans le traitement de la dépendance tabagique

9.1.1. Substituts nicotiniques [50], [51]

Ces substituts sont présents sur le marché pharmaceutique sous deux formes galéniques principales : transdermique (patchs) et orale (gommes à mâcher, comprimés sublinguaux ou à sucer, sprays et inhalateurs). **L'autorisation de mise sur le marché de ces médicaments mentionne qu'ils ne peuvent être utilisés qu'à partir de l'âge de 15 ans** [4].

- Forme transdermique

PATCHS					
Produits	Dosages	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I
Nicorette®	5mg/16h, 10mg /16h, 15mg/16h	- Appliquer sur peau sèche, propre et glabre, peut être gardé sous la douche - Changer l'emplacement du patch tous les jours (de préférence face externe du bras ou haut de la fesse)	- Libération constante et précise de la nicotine - Bonne observance (un timbre par jour)	- Pas de soulagement rapide du fait de la libération lente de nicotine - Pas de contrôle de la dose possible en cas de syndrome de sevrage	- Possible érythème au point d'application - Nausées, céphalées, anxiété, troubles du transit, toux
Nicopatch®	7mg/24h,				
NicotinelTTS®	14mg/24h,				
Niquitin®	21mg/24h	- Si transpiration excessive, pour pallier au décollement, appliquer un pansement semi-perméable de type tegaderm®	- Surdosage rare		

Tableau n° 1 : Substituts nicotiniques/Patchs

- Forme orale

GOMMES A MÂCHER					
Produits	Dosages	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Nicorette® Nicotinell® Nicogum® Niquitin®	2mg, 4mg	- Mâcher lentement et par intermittence pour favoriser la bonne absorption via la muqueuse buccale - Ne pas manger ou boire pendant la mastication de la gomme	- Contrôle de la dose par le patient - Soulagement des signes de sevrage en 5 à 10 minutes	- Requiert une mastication adéquate pour être efficace et minimiser les risques de survenue d'effets indésirables - Emploi difficile chez le sujet ayant une prothèse dentaire	Une mastication trop rapide peut provoquer une irritation pharyngée, dyspepsie, hypersalivation, hoquet, nausées, flatulences

Tableau n° 2 : Substituts nicotiniques/Gommes à mâcher

COMPRIMES SUBLINGUAUX					
Produits	Dosage	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Nicorette Microtabs®	2mg	- Placer le comprimé sous la langue et le garder 20-30 minutes jusqu'à la fin de sa fonte - Ne pas manger ou boire pendant la prise du comprimé	- Contrôle de la dose par le patient - Soulagement des signes de sevrage en 5 à 10 minutes - Ne nécessite pas de mastication	- Requiert une utilisation adéquate pour minimiser les risques d'effets indésirables	Irritation pharyngée, hoquet, nausées, céphalées, vertiges

Tableau n° 3 : Substituts nicotiniques/Comprimés sublinguaux

COMPRIMES A SUCER					
Produits	Dosages	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Niquitin® Niquitin-Mini® Nicopass®	2mg, 4mg	- Sucrer le comprimé lentement durant 20-30 minutes jusqu'à la fin de sa fonte - Ne pas manger ou boire pendant la prise du comprimé	- Contrôle de la dose par le patient - Soulagement des signes de sevrage en 5 à 10 minutes - Ne nécessite pas de mastication	- Requiert une utilisation adéquate pour minimiser les risques d'effets indésirables	Irritation pharyngée, hoquet, nausées, céphalées, vertiges

Tableau n° 4 : Substituts nicotiniques/Comprimés à sucer

INHALEUR					
Produits	Dosage	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Nicorette®	10mg / cartouche	- Pratiquer des inhalations fréquentes et continues durant 20 minutes pour atteindre rapidement un effet optimal - Après ouverture, toute cartouche doit être utilisée dans les 12h - A utiliser de préférence à une température supérieure à 15°C	- Mime l'action de fumer - Contrôle de la dose par le patient - Soulagement rapide des signes de sevrage - Ne nécessite pas de mastication	- Inhalations fréquentes nécessaires - Utilisation peu discrète	Irritation pharyngée, toux, nausées, céphalées, vertiges, troubles gastro-intestinaux

Tableau n° 5 : Substituts nicotiniques/Inhaleur [52]

SPRAY					
Produits	Dosage	Conseils d'utilisation	Avantages	Inconvénients	E.I.
Nicorette® Vapoéclair®	1mg/dose	- Amorcer la pompe lors de la première utilisation - Pulvériser dans la bouche en évitant le contact avec les lèvres - Ne pas inspirer au moment de la vaporisation - S'abstenir d'avaler sa salive pendant quelques secondes après la vaporisation - Enclencher la sécurité après chaque utilisation	- Contrôle de la dose par le patient - Soulagement rapide des signes de sevrage - Ne nécessite pas de mastication	- Vaporisations fréquentes nécessaires - Utilisation peu discrète	Irritation pharyngée, toux, nausées, céphalées, vertiges, troubles gastro-intestinaux

Tableau n° 6 : Substituts nicotiniques/Spray [53]

La liste des effets indésirables est non exhaustive, seuls les principaux et plus fréquents sont cités.

L'ensemble de ces traitements de substitution contenant de la nicotine est disponible sans ordonnance.

Sur prescription établie par un médecin ou une sage-femme, ces traitements peuvent être pris en charge par la sécurité sociale à hauteur de 50 euros par an et par assuré.

Pour les femmes enceintes, ce montant est porté à 150 euros [54].

9.1.2. Médicaments d'aide au sevrage tabagique [50], [51]

Deux spécialités sont commercialisées à l'heure actuelle en France. Il s'agit du Bupropion ZYBAN® et de la Varénicline CHAMPIX®. Ils sont proposés en deuxième intention dans l'aide au sevrage tabagique. Leurs principales caractéristiques sont détaillées dans le tableau suivant.

	Liste	Mode d'action	Posologie	Effets indésirables	Remb
Bupropion ZYBAN®	I	Antidépresseur amphétaminique	Adulte : 150mg/jour pendant 6 jours puis si besoin x 2 / jour sans dépasser 300mg/jour	Réactions d'hypersensibilité (prurit, urticaire..), fièvre, nausées, ataxie, insomnies, céphalées	NR
Varénicline CHAMPIX®	I	Agoniste partiel des récepteurs nicotiniques $\alpha 4\beta$ à l'acétylcholine	Adulte : 0.5 à 1mg x 2 /jour à instaurer progressivement par paliers de 3 puis 4 jours	Insomnies, modification de l'activité onirique, céphalées, nausées	R*

Tableau n° 7 : Médicaments d'aide au sevrage tabagique

Remb. : Remboursement

NR : Non Remboursé

R : Remboursé

* limité à 50 euros par an

La liste des effets indésirables est non exhaustive, seuls les principaux et plus fréquents sont cités.

Ces médicaments sont contre-indiqués avant l'âge de 18 ans et en cas de grossesse et d'allaitement.

Il est à noter qu'il n'y a pas lieu d'associer la varénicline aux substituts nicotiniques, inhibant les récepteurs nicotinique, elle annulerait leurs effets.

9.1.3. Accompagnement psychologique

9.1.3.1. Les thérapies cognitives comportementales

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) font partie des psychothérapies ayant démontré une efficacité. Ce sont les méthodes les plus évaluées et les plus utilisées dans ce domaine. Elles peuvent être conduites par un médecin, un tabacologue ou un psychologue.

Leur principe est basé sur l'apprentissage et l'analyse des pensées du patient fumeur.

Elles consistent à l'aider à prendre conscience de son comportement vis-à-vis du tabac. Il s'agit en partie d'identifier les automatismes qui se sont peu à peu inscrits dans son quotidien. Cela est rendu possible, par exemple, grâce à la rédaction par le patient d'un journal de bord. Une fois établi, la suite de la thérapie consiste à modifier ce comportement en mettant notamment en place des stratégies de résistance à la tentation lors de situations à risques. Ces dernières visent à prévenir les rechutes.

Les thérapies cognitives et comportementales utilisent différents outils de travail dont le questionnaire de Horn ([annexe 3](#)). Il se compose de 18 questions (A à R) auxquelles le fumeur doit répondre à l'aide de 5 réponses proposées faisant référence à une fréquence : « Toujours ; Souvent ; Moyennement ; Parfois ; Jamais », valant respectivement de 5 points à 1 point.

Les premières questions sont les suivantes : « A : Je fume pour me donner un coup de fouet », « B : Je prends plaisir à tenir et à fumer ma cigarette », « C : Tirer sur une cigarette est relaxant », « D : J'allume une cigarette quand je suis soucieux », « E : Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter »

Les 18 questions sont regroupées par tranche de 3 en 6 grands items représentant les principales raisons qui poussent à fumer : stimulation, plaisir du geste, relaxation, anxiété-soutien, besoin absolu, habitude acquise. Pour chaque item, on fait la somme des points obtenus aux trois questions s'y rattachant. Si cette dernière est supérieure à 10 à l'un ou plusieurs des items, il peut ainsi être isolé la ou les raisons qui influencent le fumeur au quotidien. Cela représente une réelle base de travail pour le suivi du patient.

Le questionnaire de Horn permet d'établir, chez un patient donné, une description de son tabagisme et d'identifier les facteurs qui le poussent à fumer.

Ce type de thérapie semble intéressant à exploiter dans une population telle que celle des jeunes fumeurs.

Comme le souligne le Docteur Dautzenberg, Professeur de pneumologie et tabacologie au groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, dans son ouvrage « le tabagisme, de la clinique au traitement », la prise en charge des adolescents est très complexe. Il est important d'agir avant que la dépendance s'installe totalement.

Or, la prise en charge à l'aide de traitements de substitution au sein de cette population n'est pas aisée. En effet, comme dit précédemment, les autorisations de mise sur le marché de ces médicaments recommandent leur utilisation à partir de 15 ans pour les traitements substitutifs et 18 ans pour les médicaments de sevrage car aucune étude spécifique n'a été menée jusqu'à lors pour des âges inférieurs. Cela représente d'emblée un frein à la démarche de prise en charge. Le recours à ces traitements est exceptionnel mais peut, dans certains cas de grande dépendance, être utile en accompagnement du suivi psychologique.

Dans cette tranche de population, le conseil, l'écoute et la compréhension sont primordiaux. Il est important, selon le Docteur Dautzenberg, d'« expliquer le risque de passage d'une consommation occasionnelle à la dépendance ». Il est intéressant notamment d'aborder ce sujet avec les jeunes filles lors de la prescription d'œstro-progestatifs mais de façon appropriée et non formulée comme une contrainte ou une interdiction [4].

9.1.3.2. Autres moyens d'aide psychologique

La célèbre marque de médicaments de substitution tabagique Niquitin® vient de créer une application web gratuite pour mobile smartphone nommée « StopTabacCoach » qui a pour but d'aider les fumeurs souhaitant arrêter. Elle permet au consommateur de tabac de créer un profil personnalisé en indiquant, entre autre, le nombre de cigarettes consommées par jours et permet de calculer le degré de dépendance grâce au test de Fagerström. L'application comporte différents volets ludiques comme un calculateur des économies effectuées en arrêtant de fumer, les bénéfices attendus sur la santé au fur et à mesure de l'abstinence et des conseils personnalisés sur les substituts nicotiniques. Ainsi la personne en

phase d'arrêt du tabac trouve à travers cela un accompagnement quotidien, gratuit et disponible puisqu'étant sur son téléphone mobile donc l'accompagnant tout au long de la journée.

Ce type de support apporte une modernité qui permet de toucher un public assez jeune. En effet, nous savons que les adolescents évoluant au sein de la génération actuelle apportent beaucoup d'importance aux multimédias, télévision, internet, jeux vidéo et smartphones. Trois adolescents sur quatre dormiraient avec leur téléphone allumé dans leur lit ou à proximité [55], ce qui laisse à penser que le téléphone portable est un outil très fortement convoité et utilisé par cette population. Il peut être un réel vecteur d'information, étant très souvent relié à internet et permettant de télécharger des applications de ce type [56].

La région Bourgogne est à l'initiative d'une page internet intitulée « pasS'santé jeunes bourgogne ». Cette interface ludique d'information s'adresse aux jeunes par tranches d'âges 8-12 ans, 13-15 ans, 16-18 ans ainsi qu'un onglet réservé aux parents d'adolescents. En fonction des âges, divers sujets thématiques sont traités, comportant des définitions, des conseils et des liens utiles vers d'autres sites d'information ou numéros verts. On y retrouve le sujet du tabac, expliqué différemment en fonction des tranches d'âges.

Un espace « actualités » relaie des informations récentes relatives à l'éducation en santé publique.

D'autre part, le site propose une liste d'adresses où l'on peut trouver une structure d'écoute et d'accompagnement au plus près de chez soi en localisant son département.

Enfin, des espaces quizz permettent aux adolescents de tester leurs connaissances vis-à-vis des sujets traités [57].

9.2. Autres outils non recommandés par les autorités sanitaires

Ces outils, bien qu'utilisés au quotidien par certains fumeurs souhaitant cesser leur consommation de tabac, n'ont démontré à l'heure actuelle aucune efficacité lors d'études versus placebo [4].

9.2.1. Phytothérapie

Afin de faciliter le sevrage, la **Réglisse**, *Glycyrrhiza glabra*, en bâtons à mâcher peut être utilisée sur de courtes périodes. Du **trèfle rouge**, *Trifolium pratense*, peut y être associé en teinture mère à la posologie de 30 gouttes dans un verre d'eau trois fois par jour.

Pour pallier à la nervosité et aux éventuels troubles du sommeil, il est conseillé de prendre 1 à 2 gélules d'extrait sec de **Valériane**, *Valeriana officinalis*, au coucher [58].

Enfin, les graines de **Griffonia**, *Griffonia simplicifolia*, contiennent un acide aminé, le 5-hydroxy-tryptophane, qui aurait des propriétés calmantes, agissant sur les troubles de l'humeur et le contrôle de l'appétit. La posologie est de deux à six gélules de 400mg par jour réparties dans la journée [4].

9.2.2. Homéopathie

En médecine homéopathique, quatre souches sont régulièrement prescrites en accompagnement aux patients souhaitant cesser de fumer :

- **Anacardium orientale 9CH**, pour ses propriétés détoxifiantes à la posologie de 5 granules matin et soir
- **Gelsemium 9 à 15CH**, calmant les angoisses durant le sevrage, 3 granules trois fois par jour
- **Nux vomica 9 à 15CH**, luttant contre le stress et la nervosité, 5 granules à prendre le soir avant le coucher
- **Tabacum 7CH**, qui en association avec la première souche proposée, agit contre la conduite addictive, trois granules matin et soir [4].

9.2.3. Acupuncture, auriculothérapie

L'acupuncture est une médecine traditionnelle chinoise. Avant l'apparition des premiers traitements de substitution tabagique en France, elle était beaucoup utilisée [4]. Il s'agit de planter des aiguilles de fin diamètre au niveau de lieux anatomiques stratégiques

en vue de rééquilibrer le système nerveux, stimuler des points énergétiques ou bien localement comme décongestionnant [59].

L'auriculothérapie, basée sur les méthodes de l'acupuncture, est une technique bien plus récente, inventée en 1950 par un médecin français, le Docteur Paul Nogier [4].

Les aiguilles sont fixées au niveau du point antitabac situé à la racine du grand pli circulaire de l'oreille, ou hélix. Les nerfs innervant cette zone proviennent du plexus solaire, énergisant et vital, augmentant le tonus général et la volonté. Il est possible de stimuler ce point de façon continue pendant plusieurs jours à l'aide d'un fil ou d'une agrafe de petite dimension [59].

9.2.4. Hypnose et sophrologie

Comme le décrit le Docteur Jean-Loup Dervaux, ancien chef de clinique à la Faculté et assistant des hôpitaux de Paris, dans son ouvrage « Finissez-en avec le tabac » paru en 2013, il s'agit à travers ces méthodes « d'ensemencer les couches profondes du cerveau du fumeur par des suggestions dirigées contre le fait de fumer et ses inconvénients, ou de suggestions positives visant à l'arrêt du tabac. »

L'hypnose est pratiquée sur un sujet inconscient et apporte donc une suggestion passive. La sophrologie, quant à elle, se pratique en état de relaxation profonde et repose sur l'autosuggestion. Cette dernière méthode semblerait plus efficace à long terme puisque le sujet participe de façon active à la thérapie [59].

9.2.5. Cas de la cigarette électronique ou e-cigarette

Cette méthode de substitution est apparue il y a quelques années. Elle se rapproche de l'inhalateur quant à son usage. Elle permet de maintenir la gestuelle des mains et de la bouche.

Elle se compose d'une batterie au lithium qui représente le « moteur », un microprocesseur qui contrôle la lumière et la chaleur, un capteur détectant quand le fumeur inspire à travers l'embout, un vaporisateur et une recharge contenant le « e-liquide » ou liquide à vaporiser.

Le liquide de base est constitué par du propylène-glycol qui produit une vapeur lorsqu'il est chauffé. La nicotine, si elle est présente dans ce liquide, est retrouvée à différentes concentrations allant de 6 à 20mg/ml [4].

Face au succès que connaît la cigarette électronique en France, un rapport et avis d'experts a été demandé et réalisé par l'OFT (Office Français de prévention du Tabagisme) en Mai 2013. En effet, la e-cigarette fait l'objet de nombreuses interrogations ; certains pays ayant interdit son utilisation ou d'autres n'ayant fixé aucune règle.

Les constats du rapport soulignent premièrement que la fumée du tabac tue 200 personnes par jour et qu'en l'absence d'arrêt, le décès d'un fumeur sur deux est directement imputable au tabac. L'objectif prioritaire, selon la convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS est l'arrêt de toute consommation mais l'intensité de la dépendance au tabac (plus forte que celle liée à l'alcool, cannabis et aux drogues de synthèse) justifie une politique de réduction des risques. L'utilisation de nouveaux produits de substitution tels que la e-cigarette est à étudier pour compléter la liste des produits de substitution actuellement validés pour l'arrêt du tabac.

Selon les dernières estimations de l'Eurobaromètre (Mai 2012), 3 millions des français déclarent avoir déjà utilisé la cigarette électronique et 500 000 le feraient de façon régulière.

Bien que les études sur ce produit progressent rapidement, des points d'incertitude persistent. Les e-liquides libèrent des produits hypothétiquement irritants et toxiques mais en concentration inférieure à la fumée de tabac. Il n'y a pas de libération de monoxyde de carbone, particules solides ou quantité significative de cancérogènes.

Actuellement, aucune réglementation spécifique concernant les contrôles qualités, circuits de distribution, vente aux mineurs, publicité et utilisation dans les espaces publics n'est mise en place. Les e-cigarettes ne sont soumises qu'aux règles de normes européennes (marquage CE) et du commerce (DGCCRF).

La vitesse d'apparition de la nicotine dans le sang serait inférieure à celle obtenue par la cigarette mais supérieure à celle des substituts nicotiniques oraux.

Les experts émettent une liste de 28 recommandations spécifiques parmi lesquelles une non interdiction de la e-cigarette en France, des mesures afin d'en limiter la publicité ou l'accès

aux mineurs et aux sujets non-fumeurs, une réglementation du produit et des lieux dans lesquels son utilisation serait interdite. D'autre part, les produits répondant aux conditions d'obtention d'AMM auraient par conséquent un statut de médicament et entreraient ainsi dans le monopole pharmaceutique. Un étiquetage détaillé du produit et un avertissement sanitaire conforme serait nécessaire.

Les experts recommandent enfin, qu'en l'absence d'études démontrant une totale innocuité, elle ne soit pas utilisée chez les femmes enceintes et allaitantes et plus généralement, pendant une durée supérieure à 6 mois [60].

**II. Etude : questionnaire réalisé en 2012
auprès des étudiants inscrits en faculté de
pharmacie à Poitiers de la seconde à la
sixième année option officine**

1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre étude était de faire l'état des lieux de la consommation de tabac au sein d'une population jeune inscrite dans un cursus d'études de santé.

Pour cela, nous nous sommes intéressés à leur statut tabagique, mais aussi à celui de leur entourage.

Il paraissait important de savoir quand et pourquoi les étudiants avaient commencé à fumer et pourquoi certains avaient arrêté tandis que d'autres continuaient.

Nous avons recherché s'il existait des facteurs influençant la consommation de tabac (impact des études, entourage proche, coût du tabac).

Les objectifs secondaires de l'étude était d'une part d'évaluer les connaissances générales des étudiants vis-à-vis du tabac et de ses effets sur l'organisme et d'autre part de connaître leur avis concernant les moyens actuels mis en œuvre pour contrer le tabagisme.

2. Matériel et méthode

2.1. Introduction

Le questionnaire (*annexe 4*) comporte 28 questions regroupées en trois principales parties.

Avant le lancement de l'enquête, nous l'avons testé sur six sujets différents : deux personnes non-fumeurs, deux personnes ayant fumé mais ne fumant plus et deux personnes fumant.

2.1.1. Partie A : Testez vos connaissances

Elle se présente sous la forme d'un quizz ludique de 7 questions dont le but est de tester les connaissances générales des étudiants vis-à-vis du tabac.

Le tableau ci-dessous présente les différentes questions du quizz et les réponses attendues :

Item	Question	Réponse(s) proposée(s)	Bonne réponse
1	Existe-t-il un phénomène de dépendance psychique au tabac ?	<i>Oui Non</i>	Oui
2	Existe-t-il un phénomène de dépendance physique au tabac ?	<i>Oui Non</i>	Oui
3	Dans la fumée de tabac, des substances psychoactives agissent directement sur le cerveau	<i>Vrai Faux</i>	Vrai
4	On recense entre 3000 et 4000 substances chimiques différentes connues dans la fumée de tabac	<i>Vrai Faux</i>	Vrai
5a	Selon vous, lequel de ces 3 produits est le plus responsable de dépendance :	<i>Nicotine Goudrons Monoxyde de carbone</i>	Nicotine
5b	Selon vous, lequel de ces 3 produits est le plus responsable de risque cancérigène :	<i>Nicotine Goudrons Monoxyde de carbone</i>	Goudrons
6	Le tabac multiplie le risque de cancer du poumon par :	<i>2 5 10</i>	10
7	Le tabagisme passif majore le risque de cancer du poumon de :	<i>10 % 30 % 50 %</i>	30 %

Tableau n° 8 : Quizz partie A et réponses attendues

L'item 8 est une question fermée reflétant une appréciation personnelle des étudiants vis-à-vis des cours sur le tabac enseignés à la faculté.

Un coupon présentant les bonnes réponses a été fourni à chaque étudiant une fois le questionnaire rendu (*annexe 5*).

2.1.2. Partie B : Concernant la lutte contre le tabagisme

Cette partie est composée de six questions soumises à tous les étudiants à propos des campagnes de prévention contre le tabagisme, du prix du tabac et du rôle du pharmacien en tant qu'acteur de santé vis-à-vis du tabagisme.

Deux items supplémentaires sont destinés uniquement aux étudiants de 6^{ème} année concernant leur pratique officinale durant leur stage de 6 mois.

2.1.3. Partie C : Concernant votre consommation de tabac

Douze questions sont proposées à l'ensemble des étudiants afin d'évaluer leur statut tabagique et celui de leur entourage.

A partir de la question 4 : « Fumez-vous ? », on distingue trois profils différents :

- **Profil 1 : Non-fumeur** ; « non, jamais » le questionnaire s'arrête alors à cette question
- **Profil 2 : Ancien fumeur** ; « j'ai fumé mais je ne fume plus actuellement »
- **Profil 3 : Fumeur** ; « je fume (même occasionnellement).

Les deux derniers profils doivent répondre aux questions 5 et 6 puis :

- Le profil 2 « Ancien fumeur » doit répondre aux questions 7 à 10
- Le profil 3 « Fumeur » doit répondre aux questions 11 et 12.

2.2. Population étudiée

Le questionnaire a été soumis à l'ensemble des étudiants inscrits à la faculté de pharmacie de Poitiers en 2^{ème} année, 3^{ème} année, 4^{ème} année, 5^{ème} année officine et 6^{ème} année officine. Les filières internat et industrie de 5^{ème} et 6^{ème} année n'ont pas été interrogées car absentes de la faculté au moment du recueil.

Nous n'avons pas souhaité inclure dans l'enquête les élèves inscrits en 1^{ère} année, ces derniers étant nombreux, difficiles à rassembler, hormis pendant la semaine de concours où ils sont avec les étudiants de médecine dans l'amphithéâtre. De plus, en première année, ils ont à priori reçu peu d'enseignements sur les thèmes du tabac et de la dépendance.

Pour une question de commodité, les promotions seront nommées « PH » suivies de l'année d'étude dans les différents résultats de l'enquête.

Ce tableau présente le nombre d'étudiants inscrits dans chaque promotion à la rentrée de septembre 2011 :

Promotion	Effectif
PH2	87
PH3	79
PH4	67
PH5 officine	49
PH6 officine	46

Tableau n° 9 : Effectif inscrit à la faculté en Septembre 2011

2.3. Dates de recueil

Les dates de recueil furent les suivantes :

- Etudiants de 2^{ème} année : Semaine du 10 au 13 Avril 2012 durant les travaux pratiques de physique, recueil effectué auprès des étudiants répartis en 5 groupes, avec l'aide de Jacques Delage (Maître de conférences dirigeant ces travaux)
- Etudiants de 3^{ème} année : Semaine du 10 au 13 Avril 2012, durant les travaux pratiques de pharmacologie, recueil effectué auprès des étudiants répartis en 4 groupes, avec l'aide de Catherine Dejean (Maître de conférences dirigeant ces travaux)

- Etudiants de 4^{ème} année : Semaine du 10 au 13 Avril 2012, durant les travaux pratiques de parasitologie, recueil effectué auprès des étudiants répartis en 4 groupes, avec l'aide de Christine Imbert (Professeur d'université dirigeant ces travaux)
- Etudiants de 5^{ème} année officine : Le 5 Juin 2012 durant les travaux pratiques de mycologie dirigés par Henri De Scheemaeker (Maître de conférences), recueil effectué par le rédacteur de la thèse auprès des étudiants répartis en 2 groupes pendant l'interclasse
- Etudiants de 6^{ème} année officine : Le 21 juin 2012 durant les examens du second semestre, recueil effectué auprès des étudiants réunis en amphithéâtre avec l'aide de Lydwin Hounkanlin (Maître de conférences attaché responsable de l'épreuve).

2.4. Méthode analytique :

Les questionnaires ont été dépouillés par le rédacteur de la thèse de façon manuelle. Nous avons utilisé Sphinx Plus®, logiciel de traitement d'enquête et d'analyse de données. Il a permis de croiser entre eux des résultats obtenus aux différents items pour les parties B et C du questionnaire. Les tableaux, graphiques, secteurs et histogrammes ont été effectués à l'aide des logiciels Word®, Excel® et Sphinx®.

Les « non-réponses » n'ont pas été comptabilisées dans les résultats (sauf pour l'item 1 de la partie C), n'apportant pas d'éléments pertinents à l'analyse du questionnaire.

3. Résultats

3.1. Taux de participation

Promotion	Nombre d'étudiants inscrits	Nombre de participants	Pourcentage de participation
PH2	87	83	95.4 %
PH3	79	69	87.3 %
PH4	67	55	82.1 %
PH5	49	37	75.5 %
PH6	46	44	95.7 %
TOTAL	328	288	87.8 %

Tableau n° 10 : Taux de participation au questionnaire

3.2. Présentation des résultats

3.2.1. Partie A : Testez vos connaissances

Les résultats suivants, pour les items 1 à 7, sont exprimés en pourcentage de bonnes réponses selon les questions pour chaque promotion :

Item	PH2	PH3	PH4	PH5	PH6
1	91.6 %	100 %	98.2 %	94.6 %	97.7 %
2	89 %	94.1 %	94.4 %	91.9 %	97.7 %
3	93.9 %	97.1 %	92.6 %	94.4 %	97.7 %
4	69.6 %	86.8 %	82.7 %	86.5 %	84.1 %
5a	100 %	98.6 %	100 %	100 %	97.6 %
5b	68.7 %	59.7 %	80 %	94.6 %	83.3 %
6	62.2 %	48.5 %	69 %	62.2 %	78.9 %
7	61.4 %	66.6 %	57.4 %	64.9 %	73.7 %

*Tableau n° 11 : Pourcentage de bonnes réponses au quizz
Nombre de répondants n = 288*

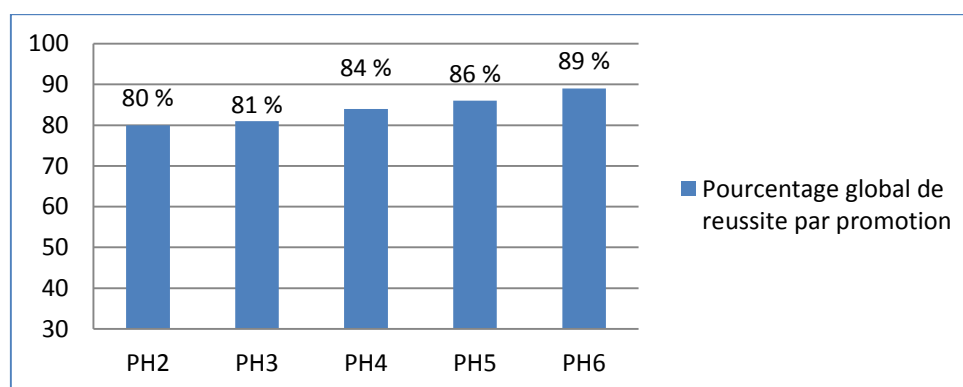
Le tableau ci-dessous présente le nombre de sujets ayant répondu de façon exacte à l'ensemble du quizz :

Promotion	Effectif ayant répondu	Nombre de sans-fautes	Pourcentage
PH2	83	9	10.4 %
PH3	69	15	21.7 %
PH4	55	12	21.8 %
PH5	37	12	32.4 %
PH6	44	11	25 %

Tableau n° 12 : Pourcentage de sans-fautes au quizz

Nous pouvons remarquer que le nombre de quizz sans fautes augmente au fur et à mesure des années d'études hormis pour la promotion PH6.

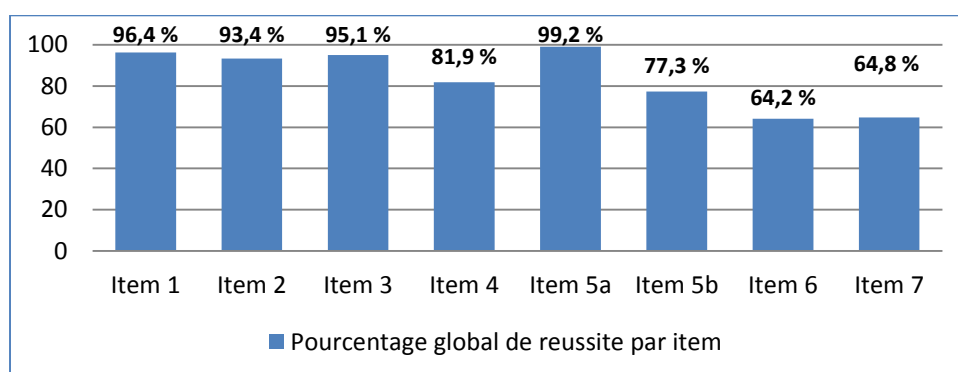
L'histogramme suivant présente le pourcentage global de réussite au quizz par promotion :



Histogramme n° 1 : Pourcentage global de réussite au quizz par promotion

Nous observons que le pourcentage global de réussite augmente au fur et à mesure des années d'études.

L'histogramme suivant présente le pourcentage global de réussite au quizz par item :



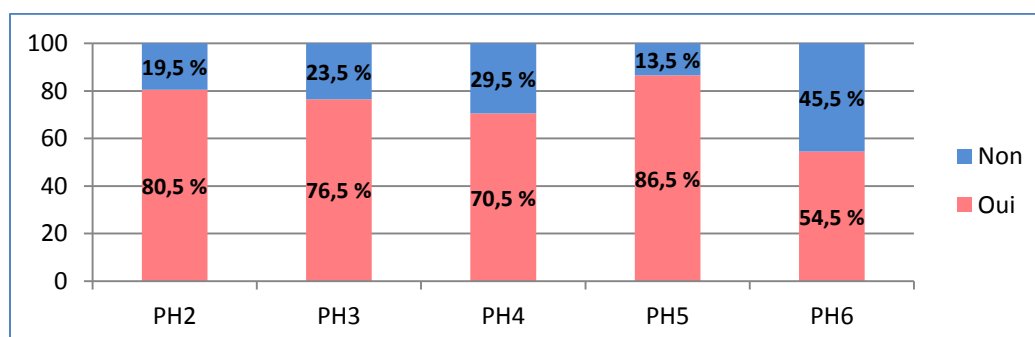
Histogramme n° 2 : Pourcentage global de réussite au quizz par item

Les items auxquels les étudiants ont le mieux répondu sont par ordre de réussite l'item « 5a » (agent responsable de dépendance), « 1 » (dépendance psychique au tabac), « 3 » (substances psychoactives agissant sur le cerveau) et « 2 » (dépendance physique au tabac).

Ceux pour lesquels les étudiants ont fait le plus d'erreurs sont les items « 6 » (multiplication du risque du cancer du poumon par le tabac) et « 7 » (majoration du risque de cancer du poumon par le tabagisme passif)

L'item 8 était le suivant : **Estimez-vous avoir reçu une information suffisante sur les effets du tabagisme au cours de vos études ?**

Voici les résultats obtenus, en pourcentage, par promotion :



Histogramme n° 3 : Taux de satisfaction concernant l'information reçue à la faculté sur les effets du tabagisme

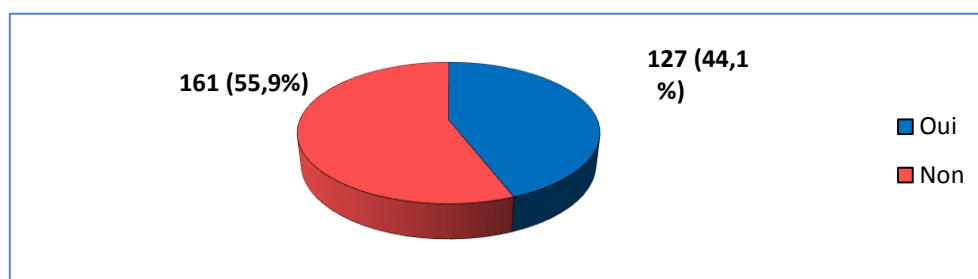
Nombre de répondants n = 288

Les résultats montrent que 45.5 % des étudiants (soit 20 répondants sur 44) en 6^{ème} année estiment avoir reçu une information insuffisante sur les effets du tabagisme au cours de leurs études. A contrario, les élèves de 2^{ème} et 5^{ème} année estiment, pour 80.5 % et 86.5 % d'entre eux respectivement, que l'information a été jusqu'à présent suffisante. Le pourcentage global d'insatisfaction est de 25.3 % (soit 73 élèves sur 288).

3.2.2. Partie B : Concernant la lutte contre le tabagisme

Les secteurs suivants présentent les résultats des items 1 à 5, toutes promotions confondues :

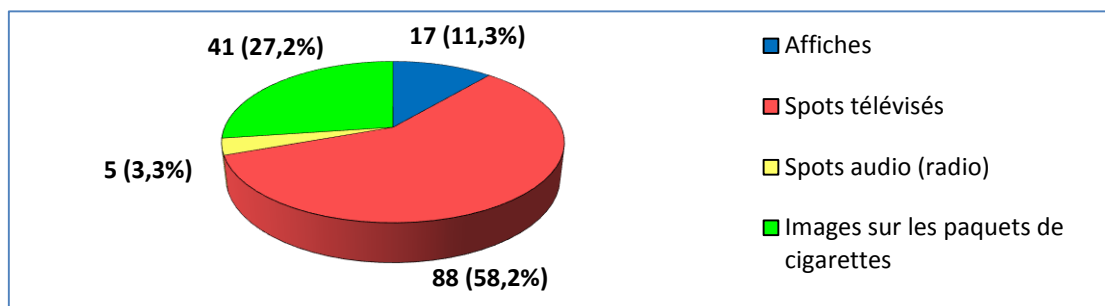
1. Pensez-vous que les campagnes nationales de lutte contre le tabagisme (affiches, spots publicitaires...) soient suffisamment efficaces en terme de sensibilisation ?



Secteur n° 1 : Efficacité des campagnes nationales de lutte contre le tabagisme
Nombre de répondants n = 288

Selon 55.9 % des étudiants, les campagnes actuelles de lutte contre le tabagisme ne sont pas assez efficaces pour sensibiliser la population.

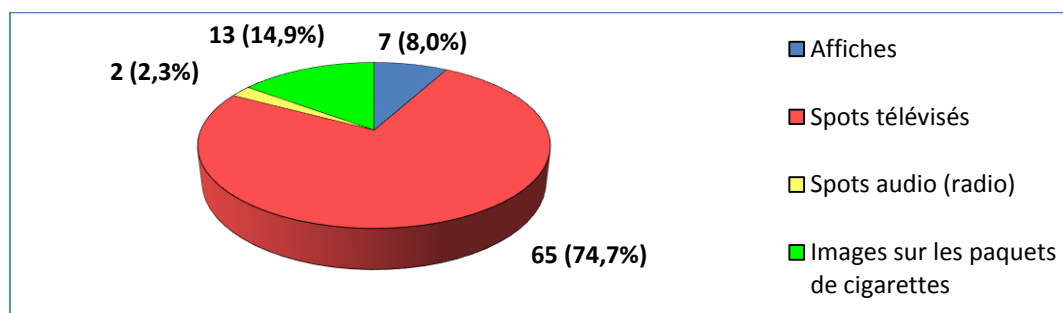
2. Si oui, selon vous, quel type de support publicitaire a le meilleur impact sur vous ?



Secteur n° 2 : Supports publicitaires utilisés lors des campagnes-1
Nombre de citations n = 151

Selon les étudiants, ce sont les spots télévisés, cités à 58.3 %, qui véhiculent le mieux l'information de sensibilisation vis-à-vis du tabagisme. En deuxième intention sont rapportées les images sur les paquets de cigarettes. Les spots audio ont été cités seulement à 3.3 %.

Un pourcentage non négligeable d'étudiants (47.9 %) ayant répondu « non » à la question n° 1 ont tout de même répondu à cette question. Nous avons choisi de présenter les résultats obtenus :

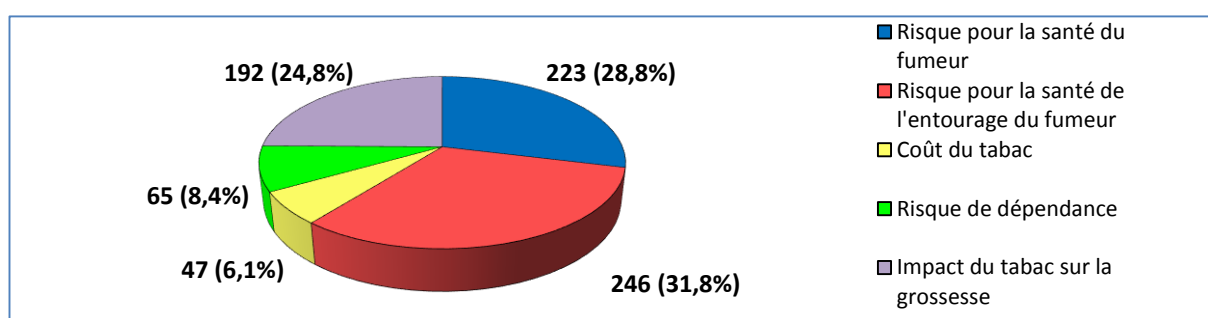


Secteur n° 3 : Supports publicitaires utilisés lors des campagnes-2
Nombre de citations n = 87

Les étudiants ayant répondu « non » à la question « Pensez-vous que les campagnes nationales de lutte contre le tabagisme soient suffisamment efficaces en terme de sensibilisation ? » ont classé les différents items par même ordre de préférence que ceux ayant

répondre « oui » à cette même question. Cependant, les spots télévisés ont davantage été cités (74.7 % contre 58.3 % précédemment).

3. Selon vous, quel(s) point(s) clé est (sont) le(s) plus important(s) à souligner lors de telles campagnes ? (Plusieurs réponses possibles)

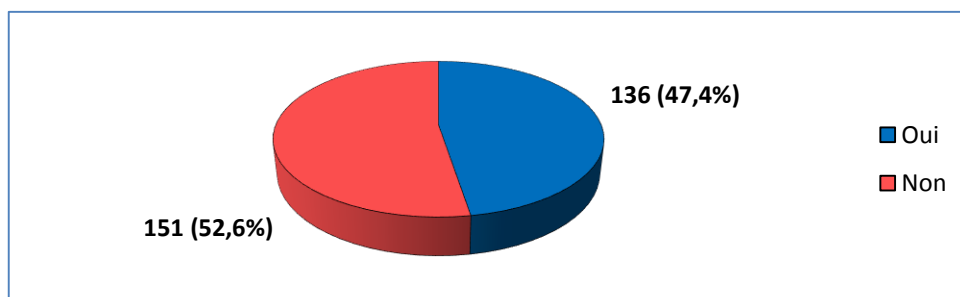


*Secteur n° 4 : Points importants à souligner lors des campagnes de prévention
Nombre de citations n = 773, nombre de répondants n = 288*

Le risque pour la santé de l'entourage du fumeur a été le plus cité, suivi du risque pour la santé du fumeur et de l'impact du tabac sur la grossesse. Le risque de dépendance et le coût du tabac n'ont été cités que 65 et 47 fois respectivement.

127 étudiants ont cité simultanément les trois réponses suivantes : « Risque pour la santé du fumeur », « Risque pour la santé de l'entourage du fumeur » et « Impact du tabac sur la grossesse ».

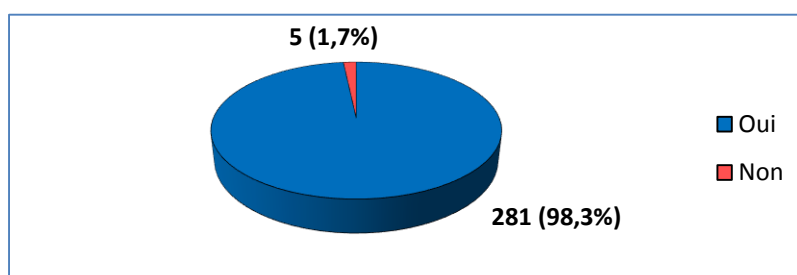
4. Pensez-vous que les augmentations constantes du prix du tabac soient un frein à la consommation de tabac chez les jeunes ?



*Secteur n° 5 : Impact de l'augmentation du prix du tabac sur la consommation des jeunes
Nombre de répondants n = 287*

Plus d'un étudiant sur deux (52.6 %) pense que les augmentations constantes du prix du tabac n'influencent pas la consommation chez les jeunes.

5. Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle à jouer dans la lutte contre le tabagisme ?

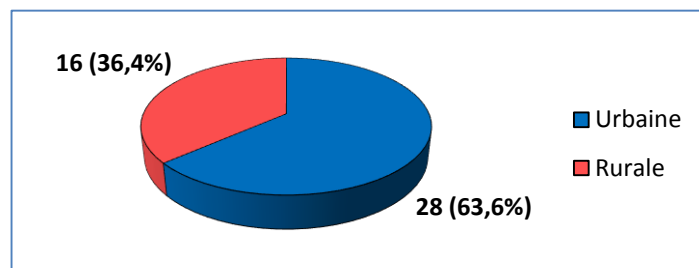


*Secteur n° 6 : Rôle du pharmacien dans la lutte contre le tabagisme
Nombre de répondants n = 286*

Les étudiants pensent en très grande majorité (98.3 %) que le pharmacien doit être un acteur dans la lutte contre le tabagisme.

Les items 6, 7 et 8 étaient destinés uniquement à la promotion PH6, voici les résultats :

6. Vous effectuez votre stage dans une pharmacie :

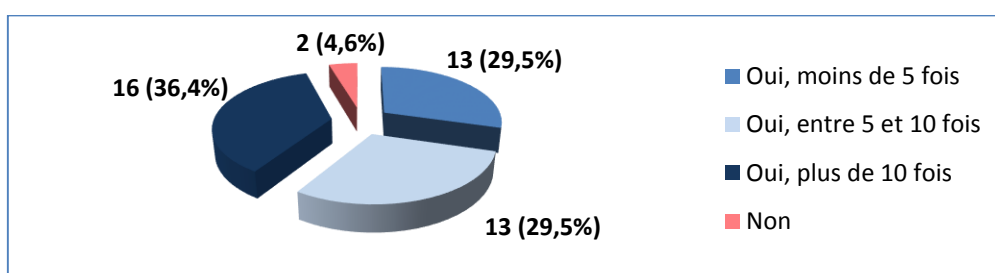


*Secteur n° 7 : Proportion de pharmacies urbaines et rurales
Nombre de répondants n = 44*

Les étudiants en 6^{ème} année ont effectué leur stage en majorité dans une pharmacie en milieu urbain (63.6 %) contre 36.4 % en milieu rural.

7. Au cours de votre stage :

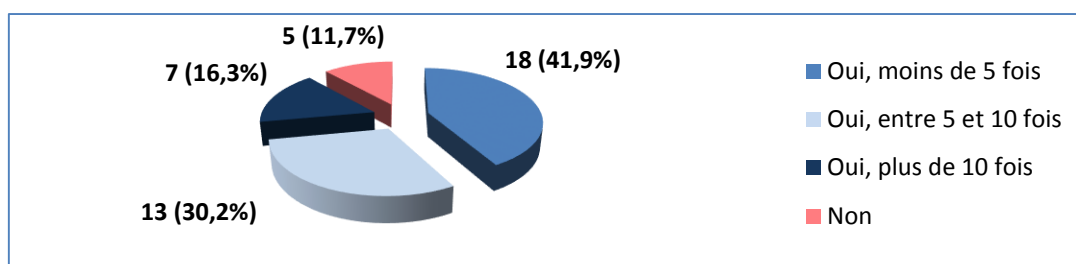
- Avez-vous eu l'occasion de délivrer des produits de substitution nicotinique ? Si oui, combien de fois (approximativement)



*Secteur n° 8 : Fréquence des délivrances de produits de substitution nicotinique par les stagiaires de 6^{ème} année
Nombre de répondants n = 44*

Les étudiants de 6^{ème} année ont eu l'occasion en majorité (95.4 %) de délivrer des produits de substitution nicotinique, et ceci, plus de 10 fois durant leur stage pour 36.4 % d'entre eux.

- Avez-vous eu l'occasion de prodiguer un conseil à un patient qui souhaitait arrêter de fumer ? Si oui, combien de fois (approximativement)



*Secteur n° 9 : Fréquence des conseils prodigués aux patients fumeurs par les stagiaires de 6^{ème} année
Nombre de répondants n = 44*

Une très forte proportion d'étudiants stagiaires (88,3 %) a pu prodiguer des conseils à des patients sur l'arrêt du tabac ; moins de 5 fois pour 41.9 % d'entre eux. Les étudiants l'ayant fait plus de 10 fois ne sont que 16.3 %.

L'item 8 était une question ouverte soumise à tous les étudiants :

8. Avez-vous des propositions à faire pour tenter d'améliorer le sevrage tabagique chez les jeunes ? (meilleure sensibilisation via les médias nouvelles formes galéniques pour la substitution tabagique, points d'écoute type info-tabac plus adéquats pour la population jeune...)

Quatre-vingt-cinq étudiants se sont exprimés. Les réponses sont regroupées par thèmes :

- **Meilleure sensibilisation en milieu scolaire : [19 citations]**
 - Parler du tabac dès le plus jeune âge
 - Intervention dans les collèges, lycées et universités d'anciens fumeurs, de personnes malades
 - Stages en milieu hospitalier en service de cancérologie
 - Intervention annuelle de personnel médical (médecins..), tabacologues
 - Création de groupes de discussion, rencontre avec des associations telles que tabac-info-service
 - Distribution de flyers sur les dangers du tabac à la sortie des établissements

- **Renforcement de la sensibilisation via les médias : [16 citations]**

- Supports plus modernes (internet, clips vidéo)
- Messages d'information plus nombreux
- Messages d'information choquant d'avantage les esprits
- Spots télévisés s'adressant aux plus jeunes
- Mise en scène des médecins et pharmaciens dans des spots de prévention et d'information

- **Substituts nicotiques : [12 citations]**

- Meilleur remboursement
- Plus d'information les concernant
- Nouvelles formes galéniques avec amélioration du goût des gommes et des pastilles contenant de la nicotine
- Formes galéniques plus attrayantes ou permettant de garder le geste

- **Changer les mentalités : [7 citations]**

- Rendre ridicule le fait de fumer
- Casser le mythe du fumeur branché
- Promouvoir le sport à la place du tabac

- **Meilleure information sur les risques liés au tabac : [6 citations]**

- Parler du cancer, de l'emphysème
- Insister sur les méfaits du tabac pendant la grossesse
- Parler de dépendance et faire prendre conscience des difficultés à arrêter le tabac

- **Une forte hausse des prix [6 citations]**

- **Meilleur accompagnement psychologique des jeunes souhaitant arrêter de fumer : [4 citations]**

- Meilleure écoute et compréhension

- **Action forte auprès des buralistes :** *[4 citations]*
 - Renforcer les contrôles concernant l'interdiction de vente aux mineurs
- **Répression des mineurs qui fument :** *[4 citations]*
 - Interdiction, amendes
- **Education parentale :** *[3 citations]*
- **Action sur le packaging des paquets de tabac :** *[3 citations]*
 - Diminuer l'aspect attractif du tabac
 - Déposer des images plus choquantes
- **Action plus renforcée des professionnels de santé au quotidien** *[3 citations]*
- **Prévention en amont :** *[3 citations]*
 - Plutôt que de tenter de sevrer les jeunes tabagiques, faire en sorte qu'ils ne commencent jamais.
- **Adopter un nouveau discours :** *[2 citations]*
 - Délaisser la dramatisation ou la peur au profit d'une meilleure explication des risques
- **Gratuité des consultations tabacologiques** *[2 citations]*
- **Dépistage :** *[1 citation]*
 - Créer des tests de dépistage simples qui permettraient de se rendre facilement compte des effets néfastes du tabac

3.2.3. Partie C : Concernant votre consommation de tabac

1. Vous êtes de sexe :

Promotion	Masculin	Féminin	TOTAL	N'ayant pas répondu
PH2	27 (33 %)	55 (77 %)	82	1
PH3	21 (30.4 %)	48 (69.6 %)	69	0
PH4	22 (40.7 %)	32 (59.3 %)	54	1
PH5	9 (25 %)	27 (75 %)	36	1
PH6	14 (34.1 %)	27 (65.9 %)	41	3
TOTAL	93	189	282	6

Tableau n° 13 : Proportion Hommes/Femmes au sein des promotions

L'effectif ayant répondu à ce questionnaire est composé d'un garçon pour deux filles dans chaque promotion (hormis en 5^{ème} année, un garçon pour trois filles).

2. Pratiquez-vous une activité sportive régulière (au moins une fois par semaine) ?

Promotion	Pratique d'une activité sportive		TOTAL
	Oui	Non	
PH2	54 (65.9 %)	28 (34.1 %)	82
PH3	44 (63.8 %)	25 (36.2 %)	69
PH4	38 (70.4 %)	16 (29.6 %)	54
PH5	27 (75 %)	9 (25 %)	36
PH6	23 (56.1 %)	18 (43.9 %)	41
TOTAL	186 (66 %)	96 (34%)	282

*Tableau n° 14 : Pratique d'une activité sportive régulière
Nombre de répondants n = 282*

Dans chaque promotion, plus d'un étudiant sur deux pratique une activité physique régulière. Le pourcentage le plus élevé est observé chez les étudiants de 5^{ème} année qui sont trois sur quatre à en pratiquer.

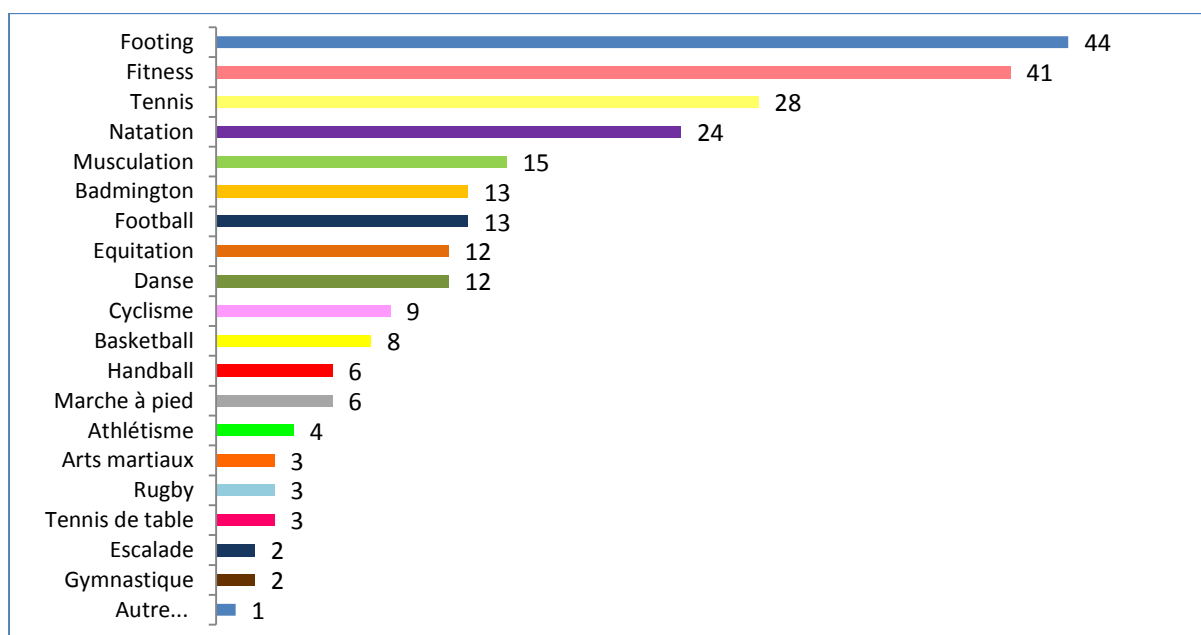
Le tableau présente les résultats en fonction du sexe :

sexe	Pratique d'une activité sportive		TOTAL
	Oui	Non	
masculin	65 (69.9 %)	28 (30.1 %)	93 (100 %)
féminin	121 (64 %)	68 (36 %)	189 (100 %)
TOTAL	186	96	282

Tableau n° 15 : Pratique d'une activité sportive régulière en fonction du sexe
Nombre de répondants n = 282

Nous observons que le taux de pratique sportive est quasiment le même pour les garçons et les filles.

Voici les sports mentionnés, toutes promotions confondues, exprimés en nombre de citations :



Histogramme n°4 : Sports pratiqués par les étudiants
Nombre de citations n = 249, nombre de répondants n = 173

La rubrique « Autre » regroupe des sports cités une seule fois tels que la plongée, le canoë-kayak, le power-plate et le volleyball.

Vingt-trois sports différents ont été relevés. Parmi les plus cités, on peut noter le footing (44 fois), le fitness (40 fois), le tennis et la natation, respectivement 28 et 24 fois.

3. Votre entourage est-il fumeur ?

Les tableaux suivants présentent les résultats pour chaque promotion :

Promotion	Parents		TOTAL
	Oui	Non	
PH2	28 (35 %)	52 (65 %)	80
PH3	20 (29 %)	49 (71 %)	69
PH4	11 (20.4 %)	43 (79.6 %)	54
PH5	8 (22.2 %)	28 (77.8 %)	36
PH6	6 (15.4 %)	33 (84.6 %)	39
TOTAL	73 (26.3 %)	(75.6 %)	278

Tableau n° 16 : Proportion de parents fumeurs
Nombre de répondants n = 278

Un étudiant sur trois de 2^{ème} et 3^{ème} année déclare avoir des parents fumeurs. Ce n'est le cas que pour un étudiant sur quatre approximativement en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année.

Promotion	Conjoint		TOTAL
	Oui	Non	
PH2	10 (12.5 %)	70 (87.5 %)	80
PH3	11 (15.9 %)	58 (84.1 %)	69
PH4	10 (18.5 %)	44 (81.5 %)	54
PH5	8 (22.2 %)	28 (77.8 %)	36
PH6	15 (37.5 %)	25 (62.5 %)	40
TOTAL	54 (21.3 %)	225 (78.7 %)	279

Tableau n° 17 : Proportion de conjoints fumeurs
Nombre de répondants n = 279

Peu d'étudiants auraient un conjoint fumeur, un sur dix en 2^{ème} année, un sur cinq environ en 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} et 5^{ème} année et deux étudiants sur cinq en 6^{ème} année.

Promotion	Amis		TOTAL
	Oui	Non	
PH2	55 (68.7 %)	25 (31.3 %)	80
PH3	39 (56.5 %)	30 (43.5 %)	69
PH4	25 (46.3 %)	29 (53.7 %)	54
PH5	19 (52.8 %)	17 (47.2 %)	36
PH6	22 (53.7 %)	19 (46.3 %)	41
TOTAL	160 (57.1 %)	120 (42.9 %)	280

Tableau n° 18 : Proportion d'amis fumeurs
Nombre de répondants n = 280

Plus d'un étudiant sur deux côtoie des amis fumeurs. En deuxième année, sept étudiants sur dix le déclarent.

4. Fumez-vous ?

Le tableau suivant présente les résultats pour chaque promotion :

Promotion	Non, jamais	J'ai fumé mais je ne fume plus actuellement	Je fume (même occasionnellement)	TOTAL
PH2	47(57.3 %)	4 (4.9 %)	31 (37.8 %)	82
PH3	49 (71.1 %)	7 (10.1 %)	13 (18.8 %)	69
PH4	41(75.9 %)	6 (11.1 %)	7 (13.0 %)	54
PH5	23 (63.9 %)	3 (8.3 %)	10 (27.8 %)	36
PH6	26 (63.4 %)	4 (9.8 %)	11 (26.8 %)	41
TOTAL	186 (66 %)	24 (8.5 %)	72 (25.5 %)	282

Tableau n° 19 : Statut tabagique des étudiants en fonction des promotions
Nombre de répondants n = 282

C'est en 2^{ème} année que l'on observe le plus grand nombre de fumeurs (37.8 % des répondants). A l'inverse, en 4^{ème} année, ils ne sont que 13 %. Environ 10 % des étudiants déclarent être d'anciens fumeurs hormis ceux de 2^{ème} année qui ne sont que 5 %. Plus d'un étudiant sur deux n'a jamais fumé. En 4^{ème} année, ils sont 75.9 % à le déclarer contre 57.3 % en 2^{ème} année.

Dans le tableau ci-dessous, les résultats sont exprimés en fonction du sexe (item 1 de la partie C, croisement des résultats obtenus à chaque item) :

Fumez-vous ?	Masculin	Féminin	TOTAL
Non (jamais)	47 (50.5 %)	139 (73.5 %)*	186
J'ai fumé mais je ne fume plus actuellement	10 (10.8 %)	14 (7.4 %)	24
Je fume (même occasionnellement)	36 (38.7 %)*	36 (19 %)	72
TOTAL	93 (100 %)	189 (100 %)	282

Tableau n° 20 : Statut tabagique des étudiants en fonction du sexe

Trois filles sur quatre et un garçon sur deux n'ont jamais fumé. Ces résultats sont significativement différents (* $p < 0.001$)

Le pourcentage de garçon ayant déjà fumé est de 10.8 % contre 7.4 % pour les filles.

Les étudiants de sexe masculin sont plus nombreux significativement à fumer (38.7 % contre 19 %, * $p < 0.001$).

Le tableau ci-dessous compare les résultats obtenus avec la pratique ou non d'une activité sportive :

Fumez-vous ?	Pratique d'une activité sportive		TOTAL
	Oui	Non	
Non (jamais)	117 (62.9 %)	69 (71.9 %)	186
J'ai fumé mais je ne fume plus actuellement	18 (9.7 %)	6 (6.3 %)	24
Je fume (même occasionnellement)	51 (27.4 %)	21 (21.9 %)	72
TOTAL	186 (100 %)	96 (100 %)	282

Tableau n° 21 : Pratique d'une activité sportive en fonction du statut tabagique

Les étudiants non-fumeurs sont les plus nombreux à pratiquer une activité sportive. Cinquante-et-un fumeurs sur 72 pratiquent une activité.

Nous n'observons pas de différence significative entre les divers groupes.

Il est d'autre part intéressant de comparer cet item aux citations obtenues à l'item 3 de la partie C « Votre entourage proche est-il fumeur ? »

Les tableaux ci-dessous présentent le croisement des résultats obtenus aux deux items:

- **Parents :**

Fumez-vous ?	Vos parents fument-ils ?		TOTAL
	Oui	Non	
Non (jamais)	41 (22.2 %)	143 (77.8 %)	184 (100 %)
J'ai fumé mais je ne fume plus actuellement	6 (25%)	18 (75 %)	24 (100 %)
Je fume (même occasionnellement)	26 (37.1 %)	44 (62.9 %)	70 (100 %)
TOTAL	73	205	278

Tableau n° 22 : Proportion de parents fumeurs en fonction du statut tabagique des étudiants

Après analyse des résultats à l'aide du test Chi2, ces groupes apparaissent indépendants les uns des autres en admettant un risque d'erreur de 5 %.

- **Conjoint :**

Fumez-vous ?	Votre conjoint fume-t-il ?		TOTAL
	Oui	Non	
Non (jamais)	78 (11.9 %)	107 (88.1 %)	185 (100 %)
J'ai fumé mais je ne fume plus actuellement	15 (12.5 %)	9 (87.5 %)	24 (100 %)
Je fume (même occasionnellement)	9 (41.4 %)	4 (58.6 %)	11 (100 %)
TOTAL	102	120	222/220

Tableau n° 23 : Proportion de conjoints fumeurs en fonction du statut tabagique des étudiants

Le test au Chi2 révèle qu'il existe une dépendance entre ces groupes avec une probabilité de 95 %.

- Amis :

Fumez-vous ?	Vos amis fument-ils ?		TOTAL
	Oui	Non	
Non (jamais)	22 (42.2 %)	163 (57.8 %)	185 (100 %)
J'ai fumé mais je ne fume plus actuellement	3 (62.5 %)	21 (37.5 %)	24 (100 %)
Je fume (même occasionnellement)	29 (94.4 %)	41 (5.6 %)	70 (100 %)
TOTAL	54	225	279

Tableau n° 24 : Proportion d'amis fumeurs en fonction du statut tabagique des étudiants

Le test au Chi2 révèle qu'il existe une dépendance entre ces groupes avec un risque d'erreur admis de 5 %.

A l'issu de cet item, nous avons pu distinguer trois profils différents qui sont les suivants :

- Profil 1 : Non-fumeur ; « non, jamais » le questionnaire s'arrête alors à cette question
- Profil 2 : Ancien fumeur ; « j'ai fumé mais je ne fume plus actuellement »
- Profil 3 : Fumeur ; « je fume (même occasionnellement)».

Les items 5 et 6 ont été complétés par les profils 2 et 3.

5. Quand avez-vous commencé à fumer ?

- en fonction des promotions :

Promotion	Avant de rentrer à la faculté de pharmacie	Pendant les études de pharmacie	TOTAL
PH2	26 (76.5 %)	8 (23.5 %)	34 (100 %)
PH3	18 (90 %)	2 (10 %)	20 (100 %)
PH4	7 (53.8 %)	6 (46.2 %)	13 (100 %)
PH5	10 (76.9 %)	3 (23.1 %)	13 (100 %)
PH6	11 (73.3 %)	4 (26.7 %)	15 (100 %)
TOTAL	72 (75.8 %)	23 (24.2 %)	95

Tableau n° 25 : Période d'entrée dans le tabagisme en fonction des promotions
Nombre de répondants n = 95

Les étudiants ont commencé majoritairement à fumer avant de rentrer à la faculté, c'est le cas pour 90 % des étudiants de 3^{ème} année. Il est tout de même intéressant de remarquer qu'en 4^{ème} année, les étudiants déclarent pour 46.2 % d'entre eux avoir commencé à fumer pendant les études de pharmacie.

- en fonction des différents profils :

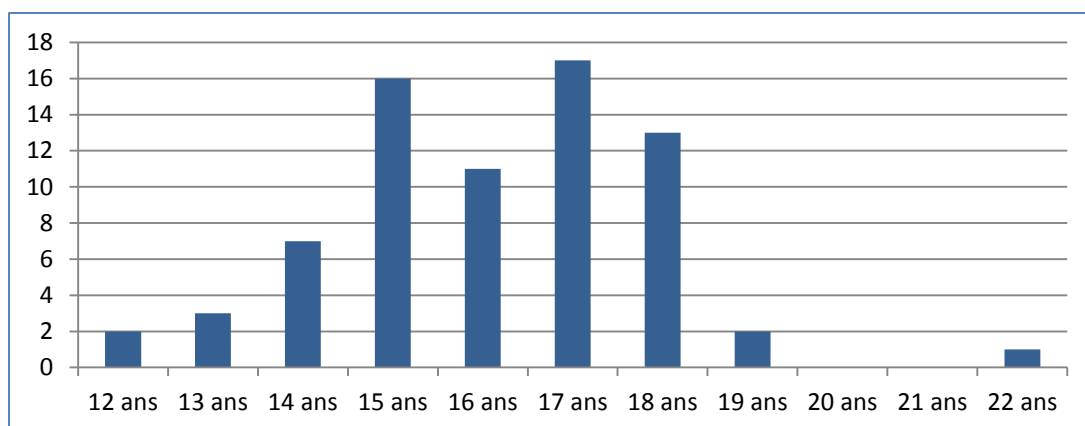
Profil	Avant de rentrer à la faculté de pharmacie	Pendant les études de pharmacie	TOTAL
J'ai fumé mais je ne fume plus actuellement	21 (87.5 %)	3 (12.5 %)	24 (100 %)
Je fume (même occasionnellement)	51 (71.8 %)	20 (28.2 %)	71 (100 %)
TOTAL	72 (75.8 %)	23 (24.2 %)	95

Tableau n° 26 : Période d'entrée dans le tabagisme en fonction du statut tabagique

Les étudiants ayant arrêté de fumer avaient commencé avant de rentrer à la faculté pour 87.5 % d'entre eux. Un pourcentage non négligeable d'étudiants fumant toujours (28.2 %) a commencé pendant les études de pharmacie. Nous n'observons pas de différence significative entre les deux profils.

Pour les sujets ayant répondu « avant de rentrer à la faculté de pharmacie, il était demandé de préciser approximativement l'âge auquel ils avaient commencé à fumer.

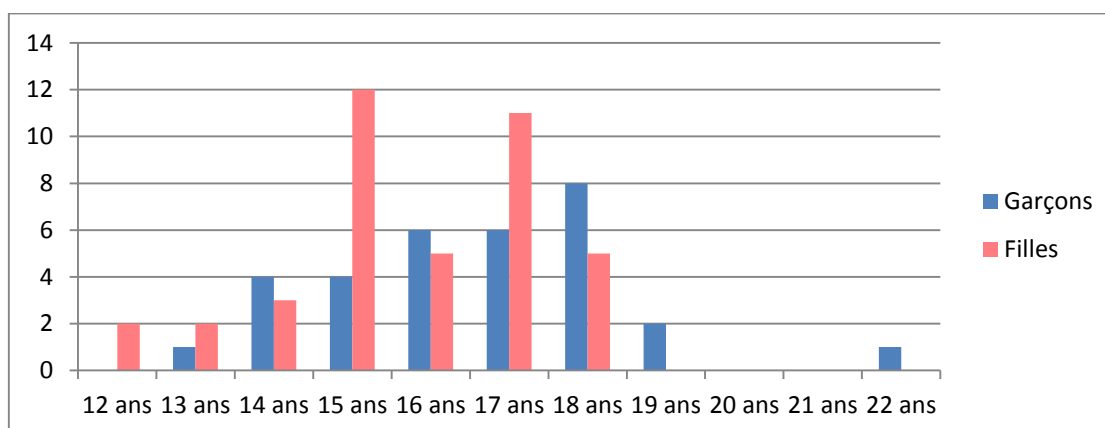
Voici les résultats présentés ici, en nombre de citations, sous forme d'histogramme, toutes promotions confondues :



Histogramme n° 5 : Age d'initiation au tabagisme
Nombre de répondants n = 72

Les réponses s'échelonnent de l'âge de 12 ans à 22 ans avec un maxima des réponses à 17 ans. L'âge moyen est 16.1 ans.

L'histogramme ci-dessous présente les résultats en fonction du sexe :



Histogramme n° 6 : Age d'initiation au tabagisme en fonction du sexe
Nombre de répondants n = 72, garçons n = 32, filles n = 40

La moyenne d'âge ajustée en fonction du sexe est 16.6 ans pour la population masculine et 15.7 ans pour la féminine.

Pour les sujets ayant répondu « pendant les études de pharmacie », il était demandé de préciser l'année d'étude au cours de laquelle ils avaient commencé à fumer. Ce tableau présente les résultats en pourcentages et effectifs, en fonction des profils 2 et 3, toutes promotions confondues :

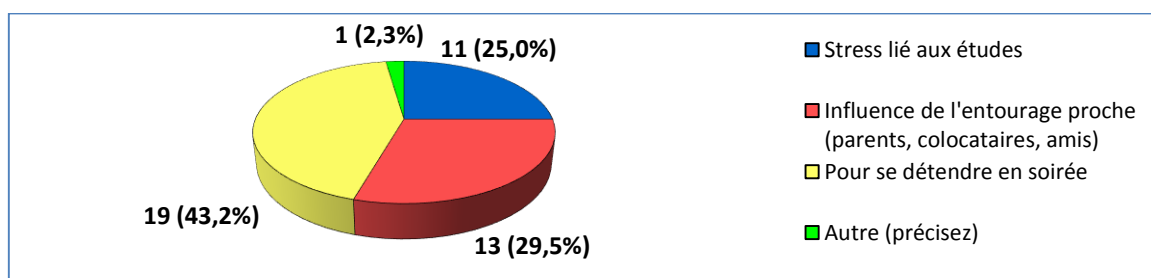
Profil	Pendant les études de pharmacie						TOTAL
	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	
J'ai fumé mais je ne fume plus actuellement	2 (66.7 %)	1 (33.3 %)	0	0	0	0	3 (100 %)
Je fume (même occasionnellement)	11 (55.5 %)	8 (40 %)	1 (5 %)	0	0	0	20 (100 %)

Tableau n° 27 : Période d'entrée dans le tabagisme pendant les études en fonction du statut tabagique des étudiants
Nombre de répondants n = 23

Les étudiants ex-fumeurs ont commencé à fumer pendant la première et deuxième année. Parmi les fumeurs actuels, onze ont débuté leur consommation de tabac en 1^{ère} année, huit en deuxième et un en 3^{ème} année.

6. Si vous avez commencé à fumer pendant vos études de pharmacie, à votre avis pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

Les résultats sont présentés dans le secteur ci-dessous, promotions et profils confondus :



Secteur n° 10 : Raisons ayant entraîné les étudiants à commencer à fumer à la faculté
Nombre de citations n = 44, nombre de répondants n = 23

La détente en soirée a été la raison la plus citée (19 fois). Puis, l'influence de l'entourage proche et le stress lié aux études, cités respectivement 13 et 11 fois semblent aussi avoir joué un rôle dans l'initiation au tabac.

A la réponse « Autre : précisez », une citation a été relevée :

- « Le tabac est moins nocif que la consommation de certaines autres drogues »

Les items 7 à 10 étaient à compléter par le profil 2 « Ancien fumeur ».

7. Quand avez-vous arrêté de fumer ?

Les résultats sont présentés sous forme de tableau en fonction des promotions :

Promotion	Avant de rentrer à la faculté de pharmacie	Pendant les études de pharmacie	TOTAL
PH2	2 (66.7 %)	1 (33.3 %)	3
PH3	2 (28.6 %)	5 (71.4 %)	7
PH4	3 (50 %)	3 (50 %)	6
PH5	0	3 (100 %)	3
PH6	1 (25 %)	3 (75 %)	4
TOTAL	8 (34.8 %)	15 (65.2 %)	23 (100 %)

Tableau n° 28 : Période d'arrêt du tabagisme
Nombre de répondants n = 23

En 2^{ème} année, cinq étudiants sur sept ayant fumé ont arrêté avant de rentrer à la faculté. A l'inverse, les étudiants de 3^{ème} et 6^{ème} année ont plutôt cessé leur consommation de tabac pendant les études (71.4 % et 75% respectivement). En 5^{ème} année, les trois étudiants ont arrêté de fumer pendant leurs études. En 4^{ème} année, il y a autant d'étudiants ayant arrêté avant de rentrer à la faculté que pendant les études.

Pour les sujets ayant répondu « pendant les études de pharmacie », il était demandé de préciser l'année d'étude pendant laquelle ils avaient arrêté de fumer.

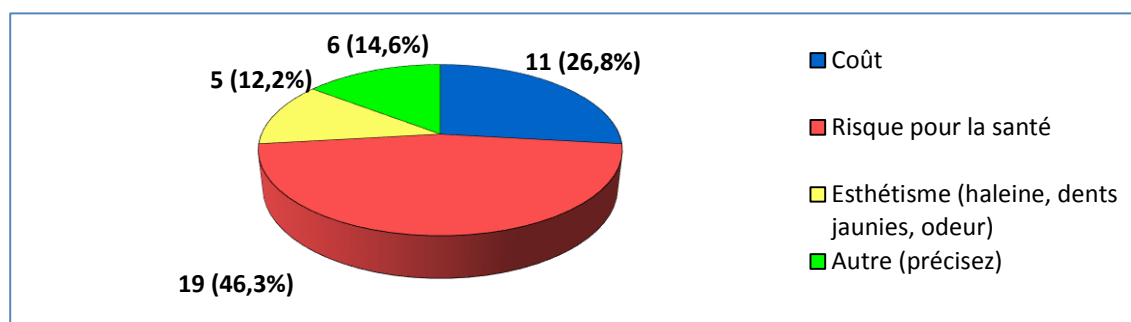
Promotion	Pendant les études de pharmacie						TOTAL
	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	
PH2	1 (100 %)	0					1
PH3	0	1 (20 %)	4 (80 %)				5
PH4	0	0	1 (33.3 %)	2 (66.7 %)			3
PH5	0	0	0	0	3 (100 %)		3
PH6	1 (33.3 %)	0	0	0	1 (33.3 %)	1 (33.3 %)	3
TOTAL	2 (13.3 %)	1 (6.7 %)	5 (33.3 %)	2 (13.3 %)	4 (26.7 %)	1 (6.7 %)	15 (100 %)

Tableau n° 29 : Période d'arrêt du tabagisme pendant les études
Nombre de répondants n = 15

Les étudiants de 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année ont cessé de fumer pendant l'année en cours ou l'année précédente. En 6^{ème} année, un étudiant a arrêté en 1^{ère} année, un en 5^{ème} et un en 6^{ème} année.

8. Pourquoi avez-vous arrêté ? (Plusieurs réponses possibles)

Les résultats sont présentés dans le secteur ci-dessous, en nombre de citations, toutes promotions confondues :



Secteur n° 11 : Raisons ayant motivé les étudiants à cesser de fumer
Nombre de citations n = 41, nombre de répondants n = 23

Le risque pour la santé a été le plus cité, 19 fois. Puis, le coût du tabac et l'esthétique ont été cités respectivement 11 et 6 fois par les étudiants.

A la réponse « Autre : précisez », sept citations ont été relevées :

- « N'en ressentant plus l'envie » cité trois fois
- « Pour la concentration »
- « Hygiène de vie »
- « Douleurs pulmonaires »
- « Pratique intensive du sport non compatible avec le tabac ».

9. Si vous avez arrêté au cours de vos études, pensez-vous que votre choix d'arrêter a été influencé :

- Par l'enseignement que vous avez reçu à la faculté concernant l'addiction au tabac ?
- Par l'enseignement que vous avez reçu à la faculté concernant les risques du tabac sur la santé ?

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous en pourcentages et effectifs, par promotion :

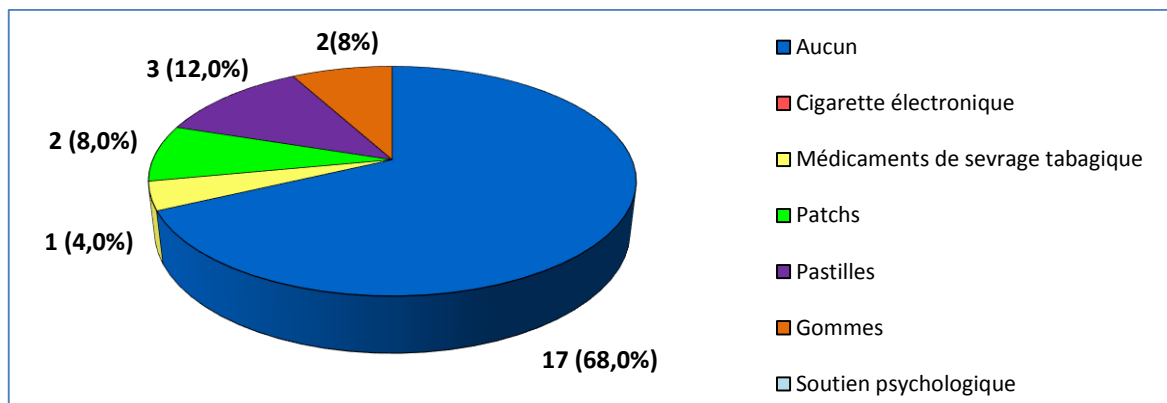
Promotion	Enseignement concernant l'addiction au tabac		Enseignement concernant les risques sur la santé	
	Oui	Non	Oui	Non
PH2	0	1 (100 %)	0	1 (100 %)
PH3	2 (40 %)	3 (60 %)	2 (40 %)	3 (60 %)
PH4	1 (33.3 %)	2 (66.7 %)	1 (33.3 %)	2 (66.7 %)
PH5	2 (66.7 %)	1 (33.3 %)	2 (66.7 %)	1 (33.3 %)
PH6	1(33.3 %)	2 (66.7 %)	1 (33.3 %)	2 (66.7 %)
TOTAL	6 (40 %)	9 (60 %)	6 (40 %)	9 (60 %)

Tableau n° 30 : Influence de l'enseignement prodigué à la faculté sur l'arrêt du tabagisme
Nombre de répondants n = 15

L'étudiant ancien fumeur de 2^{ème} année et deux étudiants sur trois inscrits en 4^{ème} et 6^{ème} année estiment que leur choix d'arrêter de fumer n'a pas été influencé par les enseignements à la faculté. En 3^{ème} année, trois étudiants sur cinq pensent la même chose. A l'inverse, en 5^{ème} année, deux anciens fumeurs sur trois pensent que les enseignements suivis à la faculté ont impacté leur décision.

10. Quel moyen d'aide avez-vous employé pour arrêter de fumer ? (plusieurs réponses possibles)

Ce secteur présente les réponses obtenues, toutes promotions confondues :



*Secteur n° 12 : Moyens d'aide employés par les étudiants pour arrêter de fumer
Nombre de citations n = 25, nombre de répondants n = 23*

Dix-sept étudiants ont eu recours à aucun moyen d'aide pour arrêter de fumer. Les pastilles ont été citées par trois étudiants, les patchs et les gommes par deux. Un étudiant a cité avoir utilisé simultanément les patchs et les pastilles et un autre les gommes et les pastilles. Un étudiant a eu recours à des médicaments de sevrage tabagique. Les cigarettes électroniques et le soutien psychologique n'ont pas été cités.

Pour les sujets ayant répondu « Aucun » à l'item, il était demandé de préciser la réponse, deux choix étant proposés.

Voici les résultats :

	Aucun	
	car vous n'en ressentiez pas le besoin	car aucun ne vous convenait
Résultat	15 (100 %)	0

*Tableau n° 31 : Raison expliquant qu'aucun moyen d'aide n'ait été employé pour arrêter de fumer
Nombre de répondants n = 15*

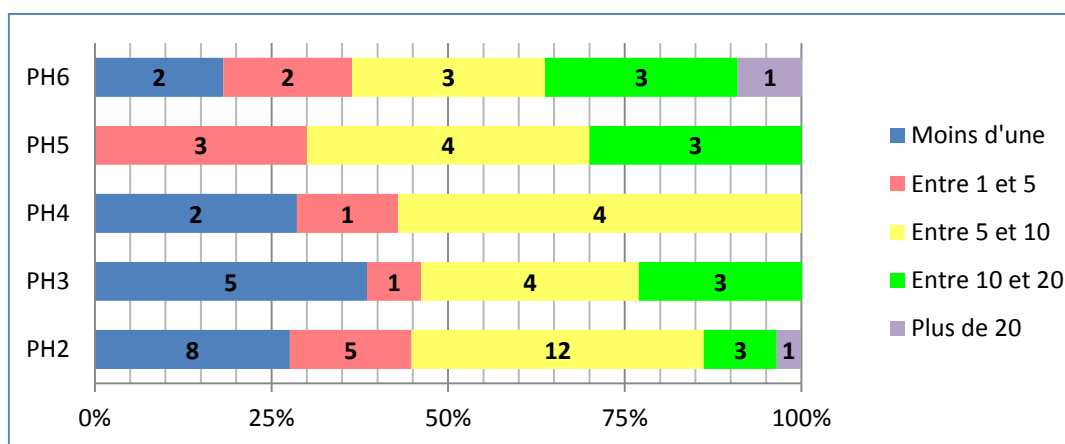
Les étudiants n'ayant pas employé de moyen d'aide pour arrêter de fumer ont tous précisé que c'est parce qu'ils n'en ressentaient pas le besoin.

L'étudiant ayant répondu « médicaments de sevrage tabagique » devait préciser s'il s'agissait de Zyban® ou Champix®, or il a mentionné qu'il avait eu recours à la prise d'un antidépresseur non spécifique du sevrage tabagique.

Les items 11 et 12 étaient à compléter par le profil 3.

11. Combien fumez-vous de cigarettes par jour ? (approximativement)

L'histogramme ci-dessous présente les résultats en pourcentages et effectifs par promotion :



Histogramme n° 7 : Consommation journalière de tabac par les étudiants fumeurs
Nombre de répondants n = 70

Les étudiants inscrits en 2^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année fument en majorité cinq à dix cigarettes par jour. En 3^{ème} année, 38.5 % des étudiants fument moins d'une cigarette par jour. La consommation journalière des étudiants de 6^{ème} année se partage majoritairement entre cinq à dix cigarettes et dix à vingt cigarettes, cités à 27.3 % chacun. Hormis en 4^{ème} année, nous observons dans chaque promotion trois étudiants consommant dix à vingt cigarettes chaque jour. En 2^{ème} et 6^{ème} année, un étudiant fume plus d'un paquet de tabac.

12. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

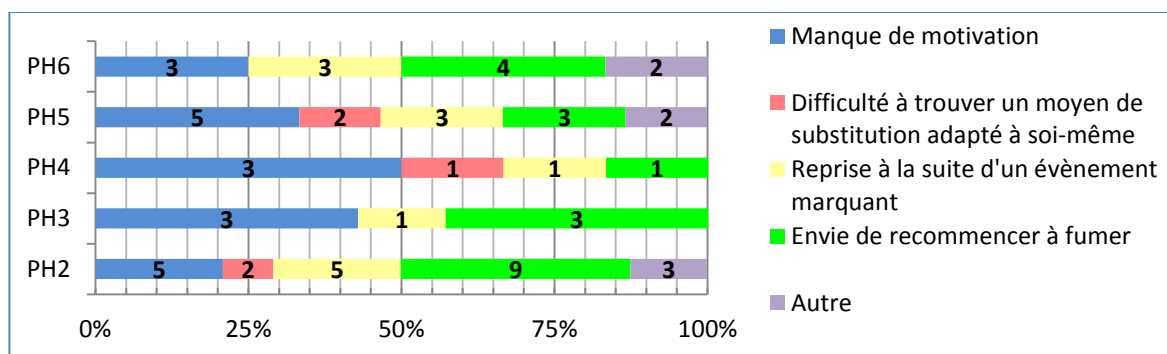
Les réponses à cet item sont présentées dans les deux figures ci-dessous, par promotion :

Promotion	Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?	
	Oui	Non
PH2	13 (48.1 %)	14 (51.9 %)
PH3	5 (45.5 %)	6 (54.5 %)
PH4	6 (85.7 %)	1 (14.3 %)
PH5	8 (80 %)	2 (20 %)
PH6	7 (63.6 %)	4 (36.4 %)
TOTAL	39 (59.1 %)	27 (40.9 %)

Tableau n° 32 : Proportion d'étudiants fumeurs ayant effectué des tentatives d'arrêts
Nombre de répondants n = 66

En 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année, plus d'un étudiant sur deux a déjà essayé d'arrêter de fumer. Nous observons l'inverse en 2^{ème} et 3^{ème} année.

- Si oui, selon vous, pourquoi la tentative d'arrêt du tabac a-t-elle échoué ?



Histogramme n° 8 : Raisons expliquant l'échec des tentatives d'arrêt
Nombre de citations n = 64, nombre de répondants n = 39

Dans chaque promotion, le manque de motivation (cité par 50 % des étudiants de 4^{ème} année) puis l'envie de recommencer à fumer (cité par trois étudiants sur sept en 3^{ème} année) sont des facteurs qui ont eu une incidence sur l'arrêt du tabac. La reprise à la suite d'un événement marquant a été citée en 3^{ème} intention.

A la réponse « Autre : précisez », six réponses ont été relevées :

- « A cause d'un entourage fumeur » a été citée trois fois
- « Reprise à cause des examens » a été citée deux fois
- « Consommation de tabac associée à du cannabis » a été citée une fois.

Nous avons recherché s'il existait un lien entre le nombre de cigarettes consommées journalièrement et les tentatives d'arrêts ou non des étudiants. Le tableau ci-dessous présente les résultats obtenus à l'item 12 croisés avec les réponses citées à l'item 11 :

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?		
	Oui	Non	TOTAL
Moins d'une	4 (30.8 %)	9 (69.2 %)	13 (100 %)
Entre 1 et 5	7 (58.3 %)	5 (41.7 %)	12 (100 %)
Entre 5 et 10	17 (63 %)	10 (37 %)	27 (100 %)
Entre 10 et 20	9 (75 %)	3 (25 %)	12 (100 %)
Plus de 20	2 (100 %)	0 (0 %)	2 (100 %)

Tableau n° 33 : Proportion d'étudiants ayant effectué des tentatives d'arrêt en fonction de leur consommation journalière de tabac

Parmi les étudiants fumant tous les jours, une majorité d'entre eux a déjà tenté d'arrêter de fumer. Nous observons que c'est le cas de 17 étudiants sur 27 consommant 5 à 10 cigarettes par jours, 9 sur 12 en consommant entre 10 et 20 et des deux étudiants déclarant fumer plus de 20 cigarettes par jour.

Néanmoins, les résultats obtenus entre les divers groupes ne sont pas significativement dépendants.

III. Discussion

1. Limites de l'enquête

1.1. Population étudiée

Notre étude s'est limitée à l'effectif d'étudiants inscrits en faculté de Pharmacie à Poitiers.

Il aurait été intéressant d'effectuer une enquête comparative auprès d'étudiants non-inscrits en cursus de santé ; ce qui nous aurait permis de comparer et d'approfondir l'hypothèse de l'influence des études de santé sur la consommation de tabac chez les étudiants.

1.2. Dates de recueil

Le recueil des résultats a eu lieu d'Avril à Juin 2012, période antérieure de 2 ans à la publication de la thèse.

Il est à noter que depuis notre enquête, les programmes d'enseignement ont subi des modifications en raison de l'entrée en PACES (Première Année Commune des Etudes de Santé) des études de pharmacie.

1.3. Taux de participation

Les taux de participation les plus faibles sont observés parmi les promotions PH4 et PH5. Cela peut s'expliquer par le fait que les questionnaires ont été laissés en libre accès aux étudiants dans une salle de travaux pratiques et non pas remis en main propre comme cela a été fait pour les autres promotions.

1.4. Dépouillement

Le dépouillement a été effectué par une seule personne, le rédacteur de la thèse.

1.5. Analyse des résultats

Nous avons relevé des incohérences dans les réponses, notamment à la partie B, item 1 et 2. Effectivement, il était demandé de répondre à la question 2 seulement si on avait répondu « oui » à la question 1. Nous avons tout de même choisi d'exploiter ces réponses.

D'autre part, peu d'étudiants se sont exprimés à la dernière question de la partie B.

Enfin, nous avons constaté que pour une faible partie des questionnaires, la partie C n'avait pas été remplie.

2. Partie A : Testez vos connaissances

L'histogramme n° 2 nous montre que le pourcentage global de réussite au quizz croît au fil des années d'études. Cela semble normal et rassurant puisque les connaissances sont censées évoluer au cours des années d'enseignement.

Les questions figurant aux items 1, 2, 3, 4 et 5 semblent les plus accessibles et font appel à des notions abordées dès la première année d'étude, ce qui explique que le taux de réponses correctes soit plus élevé (histogramme n°3).

Les items 6 et 7 relèvent de notions d'épidémiologie et de santé publique enseignées en 3^{ème} et 4^{ème} années d'études lors des modules cardio-vasculaires et broncho-pulmonaire respectivement. Le tableau n°11 qui récapitule les résultats par item et par promotion montre que ces items ont été globalement mieux réussis par les étudiants de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année.

L'item 8 demandait aux étudiants d'estimer si l'information reçue à la faculté sur le tabagisme avait été suffisante.

Paradoxalement, nous pouvons observer que ce sont les étudiants :

- de 6^{ème} année, ayant le mieux répondu au quizz, qui sont les moins satisfaits des enseignements
- et ceux de 2^{ème} année ayant obtenu le taux de réussite globale le plus faible (sans avoir suivi l'essentiel de l'enseignement concernant le tabagisme) qui sont à 80.5% satisfaits.

3. Partie B : Concernant la lutte contre le tabagisme

3.1. Concernant les campagnes de lutte contre le tabagisme

3.1.1. Efficacité

Plus d'un étudiant sur deux estiment que les campagnes actuelles de lutte contre le tabagisme n'ont pas de réelle efficacité. Les étudiants préconisaient d'ailleurs, parmi leurs propositions visant à améliorer le sevrage tabagique, une amélioration de la sensibilisation via les médias, de nouveaux supports, des messages plus nombreux et ciblant préférentiellement les jeunes (choquant les esprits pour certains, plutôt informatifs que dramatisants pour d'autres ou encore tournant au ridicule les jeunes fumeurs).

C'est aussi l'avis du Professeur Marcel Rufo, pédopsychiatre et co-auteur de l'ouvrage « Votre ado ». Selon lui, la plupart des campagnes antitabac n'ont aucune influence, en particulier sur les jeunes. Elles mettent en avant les risques liés au tabac à long terme tels que les pathologies cardiaques ou la survenue de cancers. Ces messages n'ont pas d'impact sur les jeunes qui vivent au jour le jour et pour qui « la prise de risque est un art de vivre ». De même, des slogans choquants tels que « Fumer tue » seraient « une incitation à fumer », laissant penser que le fait de fumer est dangereux et donc pour eux un acte trépidant à réaliser. Le fait de fumer est une rébellion contre les mises en gardes des autorités sanitaires [61].

Les réponses obtenues ne variaient pas en fonction du statut tabagique ou non des étudiants.

3.1.2. Type de support utilisé

Les spots télévisés seraient le meilleur véhicule de l'information. Ils ont été cités par 58.2 % des étudiants pensant que les campagnes de prévention sont suffisamment efficaces. Les étudiants qui pensaient qu'elles ne l'étaient pas assez mais ayant tout de même donné leur point de vue à cette question ont aussi cité les spots télévisés à hauteur de 75 % (65 sujets). Cela nous laisse penser que pour ces derniers, même si les campagnes actuelles doivent subir des améliorations en vue de mieux sensibiliser, le support télévisé serait le plus approprié pour capter l'attention des jeunes.

Ces résultats peuvent s'expliquer par l'attrait des jeunes adultes pour la télévision. Au sein des propositions visant à améliorer le sevrage tabagique, les étudiants proposaient d'ailleurs des spots télévisés s'adressant aux plus jeunes et mettant en scène des professionnels de santé. Une étude publiée en 2013 par l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques) rapportait qu'en 2010, les personnes âgées de 15 à 19 ans regardaient la télévision 2h par jour en moyenne et 2h30 pour la tranche âgée de 20 à 29 ans.

Néanmoins, cette étude nous montre aussi qu'internet tend à concurrencer la télévision dans les années à venir (les supports plus modernes tel qu'internet ou les clips vidéos avaient été cités dans les propositions visant à améliorer le sevrage tabagique chez les jeunes). Il aurait donc été intéressant de proposer ce type de support au sein des réponses [62].

L'intérêt pour les affiches, citées seulement par 8 % des étudiants était bien inférieur à celui observé lors de l'enquête menée à Talence en 1999 auprès d'étudiants résidant en cité universitaire (*expositions, stands, affiches et plaquettes d'information citées à 54.9 %*) [46].

Les images sur les paquets de cigarettes ont été citées en deuxième intention (41 citations, soit 27.2 % des réponses). Effectivement, ce type de support serait un bon véhicule d'information permettant de faire passer des messages d'avertissements aux jeunes. C'est ce qu'ont observé les auteurs d'une enquête menée en Australie entre 2005 et 2006 auprès de jeunes âgés de 12 à 17 ans. Les images et messages associés sur les paquets de cigarettes avaient été introduits en Mars 2006, suivis d'une campagne télévisée pour promouvoir ces nouveaux messages d'information. Deux groupes de jeunes ont donc été sondés, 2432 en 2005 avant la mise en place sur les paquets et 2050 en Septembre 2006. Il était tout d'abord demandé aux jeunes s'ils fumaient (de façon régulière ou occasionnelle) ou non et s'ils n'étaient pas fumeurs, s'ils pensaient qu'ils pourraient le devenir. Les auteurs ont cherché ensuite à savoir si ces inscriptions avaient été remarquées par les jeunes et les avaient intéressés. Enfin, ils ont observé si ces messages et images avaient un impact sur la consommation de tabac au sein du groupe sondé en 2006. Les résultats ont montré premièrement que la part des jeunes ayant remarqué les informations mentionnées sur les paquets avait augmenté significativement entre les deux groupes (72 % pour le groupe de 2005 contre 77 % au sein du groupe interrogé en 2006, $p < 0.001$). 88 % des jeunes du second groupe avaient vu les nouvelles informations sur les paquets. Ils prenaient le temps de les

consulter, cela les faisaient davantage réfléchir et ils en discutaient entre eux. De ce fait, leurs connaissances concernant les risques du tabac étaient améliorées (par exemple concernant le risque de cancer de la bouche, 91 % des jeunes du groupe sondé en 2006 en avaient conscience contre 72 % au sein du groupe de 2005 $p < 0.001$). Enfin, les fumeurs réguliers et occasionnels en 2006 songeaient plus à arrêter de fumer dans l'année à venir. Dans le même ordre, le nombre d'étudiants se classant dans la catégorie « non-fumeur », mais pouvant potentiellement le devenir plus tard » avait diminué entre 2005 et 2006 [63].

Au sein de notre enquête, les étudiants proposaient notamment de diminuer l'aspect attractif des paquets de cigarettes et d'y déposer des images plus choquantes. Il n'y avait pas de différences significatives parmi les réponses obtenues en fonction des profils « fumeur », « ancien fumeur » et « non-fumeur ».

3.1.3. Points clés importants à mentionner lors des campagnes

Selon un tiers des étudiants, le tabagisme passif est une notion fondamentale devant être mise en avant dans les campagnes de prévention et de lutte contre le tabagisme. Effectivement, ces derniers citent à 31.8 % le risque pour la santé de l'entourage du fumeur. La fumée de tabac secondaire est effectivement un problème de santé publique inquiétant qui engendrait chaque année le décès de 6000 personnes ne fumant pas [20].

Le risque pour la santé du fumeur et l'impact du tabac sur la grossesse ont aussi été cités majoritairement, à hauteur de 28.8 % et 24.8 % respectivement. La santé semble être une notion importante pour les jeunes. Nous observons d'ailleurs, au sein de l'enquête menée à Talence, en France en 1999, que les jeunes résidants universitaires émettaient le souhait d'être plus informé sur les thèmes « Comment être et rester en bonne santé » et « Tabac, alcool et drogues » [46]. Parmi les propositions visant à améliorer le sevrage tabagique, les étudiants souhaitaient que les campagnes insistent sur les méfaits du tabagisme lors de la grossesse et de la dépendance engendrée par le tabac.

Le coût du tabac, n'ayant recueilli que 6.1 % des citations, ne serait pas un point important à aborder lors des campagnes de sensibilisations.

3.2. Prix du tabac

Les étudiants semblent avoir un avis très partagé sur l'influence des hausses du tabac sur la consommation chez les jeunes. Afin d'enrayer le phénomène de tabagisme chez les jeunes, six étudiants proposaient au sein de la question ouverte une forte hausse des prix du tabac. Selon eux, cela permettrait de limiter la consommation de tabac chez les jeunes.

Une étude menée en Australie entre Mai et Septembre 2010 s'est intéressée à observer l'influence ou non sur la consommation de tabac de fumeurs et d'anciens fumeurs juste après une augmentation du prix du tabac par le gouvernement. L'enquête incluait 834 fumeurs et 163 anciens fumeurs ayant arrêté durant les 12 mois précédent.

Les résultats ont montré que 47.5 % des fumeurs avaient modifié leur consommation de tabac (tentative d'arrêt, diminution de consommation) et 11.4 % avaient apporté des changements vis-à-vis des produits consommés (opter pour des marques de cigarettes moins chères, consommer du tabac à rouler ou fabriquer soi-même des cigarettes à l'aide de tubes). Les jeunes fumeurs étaient la population pour laquelle on observait le plus souvent simultanément ces deux types de changements.

Les fumeurs ayant de faibles revenus financiers étaient les plus enclins à modifier leur consommation de tabac. Les changements vis-à-vis des produits consommés s'observaient davantage parmi les fumeurs très dépendants, ces derniers représentant la population qui avait le moins changé ses habitudes de consommation à la suite de la hausse des prix.

Les anciens fumeurs étaient les plus nombreux à déclarer que la hausse des prix influençait volontiers la consommation de tabac [64].

De même, au sein de l'enquête Baromètre 2010, **un quart des jeunes âgés de 15 à 30 ans** (24 %) ayant arrêté de fumer avaient cité le coût du tabac comme facteur ayant motivé leur décision [34].

Dans notre enquête, les étudiants fumeurs, ancien fumeurs et non-fumeurs n'avaient pas donné de réponses significativement différentes à cet item.

3.3. Rôle du pharmacien dans la lutte anti-tabac

Le rôle du pharmacien, professionnel de santé au sein de la lutte anti-tabac est indéniable. Deux-cent-quatre-vingt-un étudiants en sont convaincus. Néanmoins, trois étudiants souhaitaient une action plus renforcée des professionnels de santé au quotidien afin de limiter la consommation de tabac chez les jeunes (réponse extraite de la question ouverte concernant les propositions visant à améliorer le sevrage tabagique chez les jeunes).

Les résultats obtenus au sein de notre enquête sont supérieurs à ceux obtenus lors de l'enquête « Baromètre santé médecins/pharmaciens » publiée en 2003 par l'assurance maladie et l'INPES. En effet, 77.4 % des pharmaciens interrogés estimaient qu'ils avaient un rôle important ou très important [48]. Ils se rapprochent de ceux obtenus au sein de l'enquête menée au Koweït de 2006 à 2008 auprès d'étudiants en pharmacie, qui estimaient pour 91 % d'entre eux que la prise en charge du tabac faisait partie des missions du pharmacien [49].

3.4. Stage officinal des étudiants inscrits en 6^{ème} année

Plus de trois étudiants sur cinq ont effectué leur stage dans une pharmacie en milieu urbain.

Nous observons que l'occasion de délivrer un conseil à un patient est moins fréquente que la délivrance de ces produits au quotidien.

En effet les étudiants stagiaires ont eu, pour la grande majorité d'entre eux l'opportunité de délivrer des produits de substitution tabagique et ce, plus de dix fois durant leur stage pour 16 stagiaires.

Cependant, ils ont moins fréquemment prodigué des conseils à des patients concernant ces produits, seulement 7 d'entre eux l'ont fait plus de dix fois et 5 étudiants (11 %) déclarent ne pas en avoir eu l'occasion.

L'enquête de l'INPES « Baromètre santé médecins/pharmaciens » révélait qu'un pharmacien interrogé sur dix (8.2 %) n'avait jamais l'opportunité de parler spontanément à leurs clients de leur consommation de tabac. Ils expliquaient cela par le fait que certaines personnes ne souhaitaient pas être interrogées, d'autres estimaient qu'il n'était pas facile

d'aborder le sujet. Enfin, une partie des pharmaciens estimait que leurs patients étaient libres de fumer. [48]

3.5. Propositions visant à améliorer le sevrage tabagique

Les étudiants pensent qu'une meilleure sensibilisation en milieu scolaire permettrait d'une part d'aider les jeunes à cesser de fumer et d'autre part de prévenir l'apparition de nouveaux fumeurs au sein de cette population. Pour cela, l'intervention de professionnels de santé ou la rencontre avec des patients atteints de maladies imputables au tabac seraient intéressants.

Une meilleure information sur les risques liés au tabac serait souhaitable ; risques à long terme tels que le cancer, à moyen terme comme la dépendance au tabac ou à court terme vis-à-vis des méfaits du tabac sur la grossesse. L'enquête a d'ailleurs montré que l'impact du tabac sur la grossesse était, selon presque un quart des étudiants, un thème important à souligner lors des campagnes de prévention. Trois étudiants sur dix avaient cité le risque pour la santé du fumeur et un sur dix le risque de dépendance.

Des consultations gratuites avec un tabacologue ou encore un meilleur accompagnement psychologique des jeunes souhaitant cesser leur consommation de tabac permettrait de limiter les échecs. Le Docteur Dautzenberg, auteur de l'ouvrage « Le tabagisme, de la clinique au traitement » estime d'ailleurs que le conseil est primordial et suffisant au sein de cette population [4]. Les étudiants rejoignent aussi l'avis du Docteur Dautzenberg qui préconise d'adapter le discours à la population jeune, c'est-à-dire oublier les slogans apeurant mais expliquer concrètement les risques liés au tabac à court terme.

D'autre part, comme nous le mentionnions précédemment, des messages d'information plus nombreux via les médias, marquant davantage les esprits et mieux adaptés au public jeune (télévision, internet, clips vidéo) permettraient d'attirer l'attention des adolescents. Effectivement, les résultats de l'enquête révèlent que plus d'un étudiant sur deux estime les campagnes actuelles peu efficaces.

Afin de permettre une meilleure observance, les étudiants souhaiteraient des améliorations des produits de substitution telles que des formes galéniques plus attrayantes,

une amélioration des goûts des produits ou encore un meilleur remboursement de ceux-ci par la caisse d'assurance maladie.

Un exercice de communication serait nécessaire pour diminuer l'aspect attractif du tabac au sein des discours mais aussi sur les paquets de cigarettes. Le jeune fumeur a encore une image trop « branchée » qu'il faut casser. Le sport peut être un autre moyen de s'émanciper au sein de la population jeune, comme nous pouvions le constater dans l'étude réalisée en Ecosse en 2006 [40].

Enfin, des étudiants recommandent un renforcement des contrôles par les buralistes pour limiter la vente de cigarettes aux mineurs. Une nouvelle et forte hausse des prix pourrait aussi limiter l'accessibilité du tabac aux jeunes. En effet, 136 étudiants estiment que les hausses constantes du prix du tabac ont un impact favorable sur la diminution de consommation dans cette population ; c'est d'ailleurs ce que prouvait l'étude menée à ce propos en Australie en 2010 [64].

4. Partie C : Concernant votre consommation de tabac

4.1. Répartition hommes/femmes au sein des promotions

Nous observons une part féminine assez importante au sein des promotions, représentant deux tiers de l'effectif total des étudiants sondés.

Effectivement, comme le souligne Sabine Bessière (administrateur INSEE au bureau des professions de santé à la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, au sein de la Revue française des Affaires sociales), la féminisation au sein des professions de santé n'a cessé de croître depuis 1983.

En 2003, les femmes occupaient 76 % des postes au sein des activités de santé.

La profession de pharmacien recensait 63.8 % de femmes au 1^{er} Janvier 2004 contre 54 % en 1986. Le taux le plus élevé de femmes se situait au sein de la tranche d'âge 25-35 ans avec 74 % de pharmaciennes [65].

Au sein de l'enquête réalisée en Grèce entre 2009 et 2011, le taux d'étudiantes inscrites en 3^{ème} année de pharmacie était de 76.3 % [44].

4.2. Pratique d'une activité sportive

Deux tiers des étudiants sondés pratiquent une activité sportive régulière hormis en 6^{ème} année où les étudiants ne sont que 56.1 % à le déclarer. Ce dernier chiffre nous laisse penser qu'étant en stage professionnel et ayant un rythme différent de celui qu'ils avaient à la faculté, ils ont moins de temps à accorder au sport.

Les résultats observés à l'issue de l'enquête n'étaient pas différents entre les garçons et les filles.

Un article publié en 2006 par Laura Muller, qui faisait partie de la mission statistique du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative, révélait que 71 % des personnes âgées de 15 ans ou plus pratiquaient une activité sportive de façon régulière ou occasionnelle.

Nous pouvions aussi constater que c'était la part des 15-24 ans qui en pratiquait le plus et dans cette tranche d'âge, les hommes et les femmes étaient aussi nombreux à faire du sport ; ce qui était le cas au sein de notre étude.

Enfin, l'article soulignait le fait que le niveau social influençait la pratique ou non d'une activité sportive. Effectivement, elle augmenterait avec le niveau d'étude et le niveau de vie. Par ailleurs, plus les niveaux de vie ou d'étude étaient élevés et moins il y avait d'écart de pratique entre les hommes et les femmes [66].

4.3. Statut tabagique des étudiants

C'est en 2^{ème} année que l'on recense le plus grand nombre de fumeurs, année suivant l'obtention du concours d'entrée.

Les pourcentages de fumeurs, selon les différentes promotions varient de 13 % à 37.8 %. La prévalence de tabagisme régulier observée dans l'enquête menée en France en 2000 auprès d'étudiants infirmiers et sages-femmes était de 36 %, se situant dans la fourchette de nos résultats [41]. Il en était de même pour le tabagisme des étudiants en pharmacie en Grèce en 2009, avec un pourcentage de 27.1 % [44].

Nos résultats sont inférieurs à la prévalence nationale observée en France estimée à 44 % par le Baromètre santé 2010 pour la tranche d'âge 15-30 ans et plus précisément à 40.9 % de fumeurs réguliers pour la tranche 20-25 ans. Toutefois, le taux de tabagisme chez les jeunes

étudiants en population générale était estimé à 23.2 %, se situant dans notre fourchette mais plus faible qu'au sein des promotions de 2^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année [34].

Les résultats observés chez les étudiants de médecine en Géorgie en 2011 étaient supérieurs (prévalence de 49.5 %) [43]. Cependant, les études menées au Laos et en Arabie Saoudite en 2009 et 2012, montraient un taux de tabagisme des étudiants en pharmacie bien inférieur au notre, avec 1.5 % et 2.14 % respectivement [45] [38].

Dans chaque promotion, on dénombre environ 10 % d'anciens fumeurs hormis en 2^{ème} année (5 %). Ce résultat est proche de celui observé par l'enquête Baromètre santé 2010 qui recensait 11.3 % d'ex-fumeurs parmi les 20-25 ans [34] et celui de l'enquête auprès des étudiants infirmiers et sages-femmes en France (14.2 % chez les hommes et 11.8 % chez les femmes) [41].

Selon les différentes promotions, entre 57.3 % et 75.9 % d'étudiants n'ont jamais fumé. Ces chiffres sont proches de ceux de l'enquête au Laos et en Grèce (78.7 % et 64.4 % d'étudiants en pharmacie n'ayant jamais fumé respectivement) [45] [44]. Ils sont nettement supérieurs à ceux observés en population générale qui en comptait seulement 23.6 % parmi les jeunes âgés de 20 à 25 ans [34].

4.3.1. Relation entre statut tabagique et sexe

Nous observons que les étudiants de sexe masculin sont significativement plus nombreux à fumer (38.7 % contre 19 % pour les filles, $p < 0.001$).

Les résultats concernant le tabagisme quotidien des garçons sont supérieurs à ceux observés au niveau national lors de l'enquête Baromètre 2010 qui étaient de 32.7 %, à l'inverse des filles pour lesquelles ils sont bien inférieurs (30.2 % de fumeuses) [34].

L'enquête menée par L'assistance publique des Hôpitaux de Paris en 2000 auprès d'étudiants inscrits en école infirmier et sages-femmes révélait aussi que le tabagisme des étudiants masculins était plus élevé (48.7 % contre 34.1 %). Toutefois, ces chiffres sont plus élevés que ceux obtenus au sein de notre enquête [41].

De même, au sein de l'enquête réalisée en Grèce entre 2009 et 2011, le taux de tabagisme des étudiants inscrits en pharmacie, qui était de 27.1 %, montrait de réelles différences entre les garçons et les filles. La prévalence était de 24.4 % pour les étudiantes contre 35.7 % pour les étudiants de sexe masculin. Concernant la population féminine, le taux de tabagisme féminin était donc plus élevé qu'au sein de notre enquête mais il était proche de celui observé pour les hommes [44].

4.3.2. Relation avec le statut tabagique de l'entourage

Dans l'ensemble, un étudiant sur quatre déclare avoir des parents et/ou un conjoint fumeurs. De surcroît, plus d'un étudiant sur deux aurait des amis fumeurs.

En premier lieu, nous n'avons pas observé de relation entre le fait de consommer du tabac et d'avoir des parents fumeurs. Les résultats de l'enquête TEMPO conduite par l'INSERM démontraient pourtant que les jeunes dont les parents fumaient régulièrement étaient significativement plus souvent fumeurs eux même que les jeunes ayant des parents non-fumeurs [36].

Dans le même ordre, au sein de l'enquête menée en Arabie Saoudite en 2012, 77 % des étudiantes fumeuses et ex-fumeuses citaient que leur entrée dans le tabagisme avait été influencée par la consommation de tabac d'un membre de leur famille. Pour autant, l'enquête ne demandait pas aux étudiantes de préciser s'il s'agissait de leurs parents, oncles, tantes frères ou sœurs [38].

L'enquête menée en Italie de 2006 à 2008 auprès d'étudiants infirmiers confirme ces résultats. Les auteurs avaient constaté un lien entre le fait d'être fumeur et d'avoir des parents consommant aussi du tabac [39].

En second lieu, les résultats de notre enquête montrent qu'il existe une corrélation entre la consommation des étudiants et le fait d'avoir des amis ou un conjoint fumeur.

Au sein de l'enquête Baromètre santé 2010, paradoxalement, parmi les 15-30 ans, les jeunes les plus exposés à la fumée de tabac à domicile vivaient seuls (66.3 % contre 52.4 % vivant

accompagnés). Nous pouvons en déduire que l'exposition était le résultat du tabagisme d'amis plutôt que de leur conjoint [34].

L'enquête réalisée au Laos en 2009 auprès d'étudiants inscrits en cursus de santé s'est intéressée à l'éventuelle exposition de ces derniers à la fumée de tabac au domicile ou en dehors de la maison. 7.3 % des répondants citaient avoir été exposés dans les sept jours précédant l'enquête. Il existait une **différence significative entre les fumeurs et les non-fumeurs, les fumeurs ayant été beaucoup plus exposés à domicile** (OR = 3.25, 95% CI=1.4 à 7.7 ; p=0.007) et en dehors (OR=2.6, 95% CI=1.1 à 6.6 ; p=0.0046). Cela renforce l'idée qu'il y ait un lien entre consommation et exposition [34].

Dans le même ordre, au sein de l'enquête menée en Italie auprès des étudiants infirmiers, il a été constaté l'existence d'un **lien entre les étudiants fumeurs et le statut tabagique de leurs frères et sœurs** [39].

4.3.3. Relation avec la pratique d'une activité sportive

Les étudiants non-fumeurs sont les plus nombreux à pratiquer une activité sportive. Nous relevons qu'un pourcentage élevé de fumeurs pratiquent une activité sportive. Toutefois, les résultats ne montrent pas de relation entre le fait de fumer et d'avoir une activité sportive ou non.

Cependant, les résultats d'une enquête menée au Canada de 2007 à 2008 auprès de 41 800 personnes âgées de 12 ans et plus, observaient que la prévalence des fumeurs ayant une activité physique régulière était bien inférieure à celle des sujets non-fumeurs (11.1 % contre 25.9 %) [67].

4.4. Période d'entrée dans le tabagisme

Au travers des résultats, les étudiants ont commencé à fumer préférentiellement avant de rentrer à la faculté hormis en 4^{ème} année où six étudiants sur treize déclarent l'inverse.

C'est entre 15 et 18 ans en majorité que les étudiants commencent à fumer, avec un maximum à 17 ans qui a été cité dix-sept fois.

L'âge moyen d'initiation au tabac est observé à 16.1 ans (il serait de 15.6 ans en population générale, soit légèrement inférieur à celui observé dans notre enquête) [34].

Les filles ont commencé à fumer plus tôt que les garçons (15.7 ans contre 16.6 ans).

Au sein de l'étude menée en Italie auprès des étudiants infirmiers, l'âge moyen global était plus élevé (16.5 ans) et contrairement à nos résultats, les garçons avaient commencé à fumer plus tôt que les filles (16.8 ans contre 16 ans) [39].

Parmi les 71 étudiants fumeurs, 20 ont commencé à la faculté et cela pendant les deux premières années pour 19 d'entre eux.

Selon 43.2 % des étudiants, l'initiation à la consommation de tabac pendant les études s'expliquerait par le besoin de se détendre en soirée. L'influence de l'entourage proche (parents, colocataires, amis) et le stress lié aux études, cités respectivement à 29.5 % et 25 %, semblent aussi avoir joué un rôle majeur. Comme nous le soulignons précédemment, la nicotine procure à l'organisme un effet renforçateur, entraînant une sensation de plaisir et une réduction de l'anxiété par un effet calmant [32]. Le besoin de divertissement et le stress lié aux études étaient aussi évoqués par 54 % et 29.4 % des étudiantes respectivement au sein de l'étude menée en Arabie saoudite en 2012 [38].

4.5. Profil 2 : Anciens fumeurs

4.5.1. Période d'arrêt du tabac

Quinze étudiants sur vingt-trois ont cessé leur consommation de tabac lorsqu'ils étaient à la faculté. L'arrêt du tabac est survenu durant l'année du sondage ou l'année d'avant (hormis pour les étudiants de 6^{ème} année). C'est au cours de la 3^{ème} année que sont observés le plus d'arrêts, cela est peut-être lié au fait que des notions sur le tabagisme sont abordées lors du module cardio-vasculaire.

4.5.2. Raisons ayant motivé les étudiants à arrêter de fumer

Le risque pour la santé (cité par 46.3 % des étudiants) apparaît comme un élément important ayant motivé leur décision d'arrêter de fumer. Parmi les réponses « Autre », nous pouvons relever « Hygiène de vie » et « Douleurs pulmonaires » se rapprochant du thème de la santé. Comme nous l'observons à travers les résultats du Baromètre santé 2010, la crainte de l'impact du tabac sur la santé était étroitement liée avec le statut tabagique des jeunes. Ainsi, les anciens fumeurs comme les actuels étaient plus préoccupés de leur état de santé vis-à-vis de la consommation de tabac que les non-fumeurs. D'ailleurs, les jeunes âgés de 15 à 30 ans anciens fumeurs citaient la santé en premier lieu (53 % des répondants) comme la raison les ayant motivés à arrêter de fumer [34].

Ces résultats se rapprochent de ceux observés au sein des enquêtes menées en Italie et en Arabie Saoudite en 2006-2008 et 2012 où la santé avait été citée par 55.4 % et 54.3 % des étudiants respectivement [39] [38].

Le coût du tabac est cité en deuxième position (26.8 %), tout comme au sein de l'enquête Baromètre santé 2010 (par 24 % des jeunes en population générale). Il avait été mentionné aussi par les étudiants infirmiers au sein de l'enquête conduite en Italie de 2006 à 2008 [39].

L'esthétisme est évoqué par 12.2 % des répondants.

Un étudiant a indiqué « Pratique intensive du sport non compatible avec le tabac ». Ce lien entre tabagisme et diminution des performances physiques avait été soulevé par les jeunes étudiants de sexe masculin dans l'enquête menée en Ecosse en 2006 [40].

4.5.3. Influence des études sur l'arrêt du tabac

L'enseignement concernant l'addiction au tabac et les risques de ce dernier sur la santé ne semblent pas avoir influencé le choix de la majorité des étudiants (9 sur 15). L'étudiant de 2^{ème} année le déclare notamment. Cet étudiant a mentionné à l'item 7 avoir cessé de fumer

en 1^{ère} année, il n'avait donc pas reçu de cours sur le tabac. Cela peut expliquer sa réponse. Nous relevons tout de même qu'en 5^{ème} année, deux étudiants sur trois ont pris en compte l'enseignement à la faculté afin de décider d'arrêter de fumer.

Ces résultats apparaissent faibles puisque seulement six étudiants anciens fumeurs indiquent que l'enseignement perçu à la faculté aurait eu un impact positif sur leur consommation de tabac. Cela nous laisse croire qu'il pourrait certainement être amélioré afin de tenter d'influencer plus d'étudiants fumeurs. Dans le même ordre, rappelons-nous qu'un quart des étudiants ont estimé que l'enseignement reçu à la faculté concernant le tabagisme était insuffisant (item 8 du Quizz, Partie A).

4.5.4. Moyens d'aide employés pour arrêter de fumer

Dix-sept étudiants ont cessé leur consommation de tabac sans avoir recours à une aide car ils n'en ressentaient pas le besoin. Ce résultat est intéressant, il nous laisse penser que leur dépendance était relativement faible. Sept étudiants ont utilisé des substituts nicotiniques tels que les pastilles, gommes et patchs dont deux ayant utilisé patchs/pastilles et gommes/pastilles de façon concomitante. Un étudiant a cité avoir eu recours à un médicament antidépresseur.

Nous n'avons pas trouvé d'études similaires à la nôtre afin de comparer tous ces résultats. Néanmoins, une enquête publiée en 2009 menée à Memphis dans l'Etat du Tennessee, a interrogé 4403 étudiants âgés de 16 à 17 ans à ce propos. Le questionnaire qui leur fut distribué a récolté les informations suivantes : statut tabagique des élèves, utilisation ou non de substituts nicotiniques (patchs ou gommes) et attitudes vis-à-vis de comportements à risques. La population sondée recensait 57 % de non-fumeurs, 5.4 % d'anciens fumeurs, 29.8 % de fumeurs occasionnels et 7.8 % de fumeurs réguliers. Parmi les anciens fumeurs, 85.5 % n'avaient jamais utilisé de substituts nicotiniques pour arrêter de fumer, 6.6 % avaient employé des gommes, 4.6 % des patchs et 3.3 % les deux à la fois. Cette population étant jeune et supposée peu dépendante, il apparaît donc normal que le pourcentage de ceux n'ayant pas employé de moyen d'aide soit élevé. L'emploi de substituts était aussi moins élevé qu'au sein de notre enquête (8 % pour les patchs et gommes). L'utilisation de pastilles,

cigarette électronique, médicaments ou recours à une aide psychologique n'ont pas été recherchés. De plus, la population d'étude de cette enquête était plus jeune que la nôtre [68].

Parmi les propositions visant à améliorer le sevrage tabagique, les étudiants s'étaient exprimés vis-à-vis des produits de substitution nicotinique. Ils souhaitaient un meilleur remboursement de ceux-ci par la caisse d'assurance maladie et que davantage d'information les concernant soit relayée auprès des jeunes. Enfin, l'arrivée sur le marché de formes galéniques améliorées (goût des gommes et pastilles par exemple) pourrait augmenter leur attrait.

4.6. Profil 3 : Fumeurs

4.6.1. Consommation journalière

Au sein de chaque promotion, la consommation moyenne de cigarettes par jour se situe entre cinq et dix cigarettes. Deux étudiants déclarent fumer plus d'un paquet de tabac journalier (soit plus de 20 cigarettes). En deuxième et troisième année, treize étudiants (huit et cinq respectivement) consomment moins d'une cigarette par jour, quatre étudiants seulement le déclarant au sein des autres promotions (deux en 4^{ème} année et deux en 6^{ème} année).

Au sein de l'enquête menée par les hôpitaux de Paris en 2000, la consommation des sages-femmes était de 7.7 cigarettes contre 10.6 et 11 cigarettes pour les étudiants infirmiers (rentrée de Février et Octobre 2000 respectivement) [41].

Dans l'enquête menée en Arabie Saoudite en 2012, la majorité des étudiantes (69 %, incluant les étudiantes inscrites dans les cinq universités) fumaient dix cigarettes par jour, 18 % entre dix et vingt et 7 % plus de vingt [38]. Dans le même ordre, en Géorgie en 2011, la consommation de tabac des étudiants médicaux et non médicaux se situait entre une et dix cigarettes pour 44.1 % d'entre eux, 40.5 % entre dix et vingt et 15.4 % plus de vingt [43].

La consommation des étudiantes sages-femmes serait celle se rapprochant le plus des résultats de notre étude.

4.6.2. Tentatives d'arrêts

Le nombre d'étudiants ayant tenté d'arrêter de fumer croît au fil des années d'études. Ainsi, alors qu'en 2^{ème} et 3^{ème} année, moins d'un fumeur sur deux a essayé, à partir de la 4^{ème} année, plus de trois sur quatre l'ont fait.

Le pourcentage global est de 59.1 %, s'avérant très proche de celui estimé en population générale par le Baromètre santé 2010 (61.7 % parmi les fumeurs au sein de la tranche 15-30 ans) [34].

De même, au sein des enquêtes menées à Talence et celle des Hôpitaux de Paris en 1999 et en 2000, plus d'un étudiant fumeur sur deux avaient déjà tenté un arrêt du tabac [46] [41]. Nous observons aussi que parmi les étudiants en médecine sondés en Géorgie en 2011, 59.5 % souhaitaient cesser leur consommation [43].

Ces résultats sont encourageants, la volonté croissante de cesser de fumer étant peut-être liée à l'influence des études de santé (qui ont motivé 40 % des anciens fumeurs dans leur décision) ou à la maturité de l'âge. Effectivement, nous notions dans l'étude menée par les Hôpitaux de Paris en 2000, que l'âge des anciens fumeurs était plus élevé que celui des fumeurs actuels [41]. Aussi, le Baromètre santé révélait que la crainte des risques du tabac sur la santé augmentait avec l'âge [34].

Par ailleurs, il semblerait que le fait d'essayer d'arrêter de fumer soit en rapport avec la consommation de tabac journalière. En effet, plus les étudiants fument de cigarettes par jour et plus ils tentent des arrêts. Ainsi, 75 % des sujets fumant entre 10 et 20 cigarettes et l'ensemble des fumeurs en consommant plus de 20 par jour ont déjà tenté un arrêt. Toutefois, aucun lien statistique n'a été relevé.

Selon les étudiants n'ayant pas réussi à arrêter de fumer, l'envie de recommencer et le manque de motivation sont les principales raisons pouvant expliquer cet échec (citées 19 et 20 fois respectivement). La reprise à la suite d'un événement marquant a été citée 13 fois et la difficulté à trouver un moyen de substitution adapté à soi-même 5 fois. Un entourage fumeur et la reprise à cause des examens ont été cités respectivement 3 et 2 fois. Nous pouvons penser que les échecs sont aussi dus au fait que la dépendance soit

importante ; les résultats montrant que les étudiants qui tentent le plus d'arrêts sont aussi ceux qui fument le plus.

5. Synthèse

Notre population d'étude était composée de 67 % de femmes. La proportion d'étudiants fumeurs variait de 13 % à 37.8 % selon les promotions, s'avérant inférieure à celle de la population de même âge mais plus ou moins supérieure à celle estimée pour les étudiants généralement (23.2 %). Les garçons avaient un tabagisme significativement plus élevé que les filles, tout comme au sein de la population générale. Cependant, les filles avaient commencé à fumer plus jeunes que les garçons. La consommation moyenne de cigarettes se situait entre cinq et dix par jour [34].

Nous avons pu observer qu'il existait un lien significatif entre le statut fumeur et la présence d'un conjoint ou d'amis fumeurs au sein de l'entourage proche. Cependant, il n'en était pas de même quant à la présence de parents fumeurs. La pratique ou non d'une activité physique ne semblait pas non plus dépendre du statut tabagique des étudiants.

28 % des fumeurs avaient commencé à fumer à la faculté, principalement pendant les deux premières années d'études. Le besoin de détente lors de soirées, l'influence de l'entourage et le stress lié aux études en étaient les principales raisons. Ajouté au fait que le taux de fumeurs le plus important était observé en 2^{ème} année, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un impact négatif des premières années d'études sur l'entrée dans le tabagisme.

Les tentatives d'arrêts des fumeurs augmentaient au fil des années d'études et étaient proportionnellement liées à leur consommation de tabac. L'envie de recommencer et le manque de motivation étaient les causes majeures de ces échecs. Parmi les anciens fumeurs, 65 % avaient cessé leur consommation à la faculté. Seulement huit étudiants sur vingt-trois avaient employé des substituts nicotiniques ou autres médicaments, les autres n'en avaient pas ressenti le besoin. Les risques pour la santé et le coût du tabac les avaient principalement incités à cesser le tabac.

En outre, seulement 40 % d'entre eux estimaient que leur décision avait été influencée par leur parcours scolaire en études de santé. Il nous est donc difficile d'affirmer que les études de santé ont joué un rôle dans l'arrêt du tabac des jeunes étudiants. Ajouté à cela, la prévalence de tabagisme observée en 5^{ème} et 6^{ème} année s'avérait supérieure à celle des étudiants au niveau national.

Par ailleurs, 25 % des étudiants estimaient que les cours sur les effets du tabagisme enseignés à la faculté étaient insuffisants. Néanmoins, nous observions au quizz un pourcentage global de réussite croissant allant de 80 % à 89 % (promotion PH2 et PH6 respectivement).

Plus d'un étudiant sur deux estimaient que les campagnes actuelles de sensibilisation aux effets du tabagisme n'étaient pas assez efficaces. Le support télévisé et les images sur les paquets de cigarettes paraissaient être des véhicules d'information intéressants mais les étudiants souhaitaient que de la modernité soit apportée aux supports (clips vidéo, internet) afin de toucher davantage le jeune public. Au sein des campagnes, les étudiants pensaient que le risque pour la santé de l'entourage, celle du fumeur et l'impact sur la grossesse étaient des notions importantes à faire figurer. Concernant le prix du tabac, plus d'un étudiant sur deux pensaient que le fait de l'augmenter ne modifierait pas la consommation des jeunes.

Enfin, la quasi-totalité des étudiants estimait que le pharmacien avait un rôle à jouer dans la lutte contre le tabagisme. Les étudiants stagiaires de 6^{ème} année nous ont déclaré notamment, qu'au quotidien, le pharmacien était amené à délivrer et/ou conseiller des produits de substitution tabagique.

Conclusion

Le tabagisme est une addiction touchant 13.5 millions de français à l'heure actuelle. Responsable de 73 000 décès dont 44 000 par cancer, Il représente la première cause de mortalité évitable. Le tabac entraîne une dépendance physique et psychique importante qui s'installe préférentiellement dès l'adolescence. Cette période est donc décisive car plus la dépendance s'intensifie et plus cela devient difficile de cesser la consommation de tabac. Au sein de la population générale, il apparait notamment que ce sont les personnes âgées de 15 à 30 ans qui sont les plus nombreuses à fumer. Un réel effort est donc à effectuer pour sensibiliser cette tranche d'âge. Les étudiants sondés au sein de notre enquête suggèrent d'ailleurs que des améliorations soient réalisées à différents niveaux pour une meilleure prévention et prise en charge du tabagisme chez les jeunes. Un renforcement de l'éducation sur le tabagisme en milieu scolaire et des véhicules d'information plus modernes ont été cités majoritairement.

Au sein de notre cohorte inscrite en cursus de santé, le taux de tabagisme est légèrement inférieur à celui de la population générale de même âge. Il est cependant supérieur en 2^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année à la prévalence nationale observée en population étudiante. Les principales influences relevées sont tout d'abord celles de l'entourage proche (amis et conjoint). Ensuite, nous pouvons évoquer le probable impact des premières années d'étude sur l'initiation au tabac de certains étudiants. A l'inverse, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que l'enseignement reçu au fil des années influence les étudiants dans leur décision de cesser le tabac.

Malgré cela, les étudiants sont convaincus du rôle d'acteur de santé qu'ils auront à jouer dans les années à venir vis-à-vis de la lutte contre le tabagisme. Les résultats du quizz montrent qu'ils ont un bon niveau de connaissance générale sur le tabac. Ces futurs pharmaciens ont, de plus, un regard neuf sur la situation et des propositions intéressantes pour tenter de diminuer le tabagisme des jeunes. Cette mission fait partie du devoir d'éducation thérapeutique que remplissent les praticiens officinaux au quotidien.

En conclusion, les efforts menés pour abaisser le taux de tabagisme, en particulier au sein de la population jeune, doivent être poursuivis. Pour cela, les campagnes de prévention et autres actions menées doivent s'adapter au mieux au public concerné. Le fait, pour les étudiants, de suivre un cursus de santé ne semblerait pas éviter la consommation de tabac. Néanmoins, la réalisation d'une étude comparative incluant des élèves inscrits en filière non médicale serait intéressante et permettrait d'approfondir les résultats de cette enquête.

Annexes

Annexe 1 : Test de Fagerström

Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

- ☐ Dans les 5 minutes
- ☐ 6 à 30 minutes
- ☐ 31 à 60 minutes
- ☐ Plus de 60 minutes

Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- ☐ A la première de la journée
- ☐ A une autre

Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- ☐ 10 ou moins
- ☐ 11 à 20
- ☐ 21 à 30
- ☐ 31 ou plus

Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Annexe 2 : Test de Honc

Question	Réponse	
Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer sans pouvoir y arriver ?	oui	non
Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ?	oui	non
Vous êtes-vous pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ?	oui	non
Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ?	oui	non
Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment besoin d'une cigarette ?	oui	non
Est-ce difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit comme par exemple à l'école ?	oui	non
Quand vous essayez d'arrêter ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps...		
Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ?	oui	non
Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ?	oui	non
Avez-vous ressenti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ?	oui	non
Vous êtes-vous senti(e) nerveux (se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?	oui	non
Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?	oui	non

Annexe 3 : Test de Horn

- Question A : Je fume pour me donner un coup de fouet.
Question B : Je prends plaisir à tenir et à fumer ma cigarette.
Question C : Tirer sur une cigarette est relaxant.
Question D : J'allume une cigarette quand je suis soucieux.
Question E : Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en racheter.
Question F : Je fume avec automatisme.
Question G : Je fume pour me donner du courage.
Question H : Le plaisir, c'est d'abord manipuler ma cigarette.
Question I : Il y a quantité de plaisirs dans l'acte de fumer.
Question J : Je fume quand je suis mal à l'aise.
Question K : Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas.
Question L : J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier.
Question M : Je fume pour en imposer aux autres.
Question N : J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée.
Question O : Je fume même si je suis détendu.
Question P : Je fume pour oublier quand j'ai le cafard.
Question Q : J'ai toujours besoin de manipuler quelque chose.
Question R : J'oublie la cigarette qui est dans ma bouche.

Il existe cinq classes de réponses à chaque question :

- 5 : Toujours
- 4 : Souvent
- 3 : Moyennement
- 2 : Parfois
- 1 : Jamais

Faire la somme des questions pour connaître le score sur chaque grand item des raisons qui poussent à fumer :

- Stimulation : A + G + M
- Plaisir du geste : B + H + N
- Relaxation : C + I + O
- Anxiété-soutien : D + J + P
- Besoin absolu : E + K + Q
- Habitude acquise : F + L + R

Un total de plus de 10 points sur une ligne indique une raison qui vous pousse à fumer.

Annexe 4 : Questionnaire distribué aux étudiants



Addiction au tabac : enquête auprès des étudiants en pharmacie de Poitiers

(Questionnaire réalisé dans le cadre de la soutenance d'une thèse en vue de l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie)



Quelle est votre promotion ? :

☐ PH2 ☐ PH3 ☐ PH4 ☐ PH5 ☐ PH6

A. Testez vos connaissances...

1. Existe-t-il un phénomène de dépendance psychique au tabac ? ☐ Oui ☐ Non
2. Existe-t-il un phénomène de dépendance physique au tabac ? ☐ Oui ☐ Non
3. Dans la fumée de tabac, des substances psychoactives agissent directement sur le cerveau : ☐ Vrai ☐ Faux
4. On recense entre 3000 et 4000 substances chimiques différentes connues dans la fumée de tabac : ☐ Vrai ☐ Faux
5. Selon vous, lequel de ces 3 produits est le plus responsable de :
 - Dépendance : ☐ Nicotine ☐ Goudrons ☐ Monoxyde de carbone
 - Risque cancérogène : ☐ Nicotine ☐ Goudrons ☐ Monoxyde de carbone
6. Le tabac multiplie le risque de cancer du poumon par : ☐ 2 ☐ 5 ☐ 10
7. Le tabagisme passif majore le risque de cancer du poumon de : ☐ 10 % ☐ 30 % ☐ 50 %
8. Estimez-vous avoir reçu une information suffisante sur les effets du tabagisme au cours de vos études ?
☐ Oui ☐ Non

B. Concernant la lutte contre le tabagisme

1. Pensez-vous que les campagnes nationales de lutte contre le tabagisme (affiches, spots publicitaires..) soient suffisamment efficaces en terme de sensibilisation ? ☐ Oui ☐ Non
2. Si oui, selon vous, quel type de support publicitaire a le meilleur impact sur vous ?
☐ Affiches ☐ Spots télévisés ☐ Spots audio (radio) ☐ Images sur les paquets de cigarettes
3. Selon vous quel(s) point(s) clé est (sont) le(s) plus important(s) à souligner lors de telles campagnes ? (Plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Risque pour la santé du fumeur
 - ☐ Risque pour la santé de l'entourage du fumeur
 - ☐ Coût du tabac
 - ☐ Risque de dépendance
 - ☐ Impact du tabac sur la grossesse
4. Pensez-vous que les augmentations constantes du prix du tabac soient un frein à la consommation de tabac chez les jeunes ? ☐ Oui ☐ Non

5. Pensez-vous que le pharmacien ait un rôle à jouer dans la lutte contre le tabagisme ? ☐ Oui ☐ Non

6. Vous effectuez votre stage dans une pharmacie : ☐ Urbaine ☐ Rurale

7. Au cours de votre stage :

- Avez-vous eu l'occasion de délivrer des produits de substitution nicotinique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de fois (approximativement) ? ☐ Moins de 5 fois ☐ Entre 5 et 10 fois ☐ Plus de 10 fois

- Avez-vous eu l'occasion de prodiguer un conseil à un patient qui souhaitait arrêter de fumer ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de fois (approximativement) ? ☐ Moins de 5 fois ☐ Entre 5 et 10 fois ☐ Plus de 10 fois

8. Avez-vous des propositions à faire pour tenter d'améliorer le sevrage tabagique chez les jeunes ? (Meilleure sensibilisation via les médias, nouvelles formes galénique pour la substitution tabagique, points d'écoute type info-tabac plus adéquats pour la population jeune.....)

.....
.....
.....

C. Concernant votre consommation de tabac

1. Vous êtes de sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

2. Pratiquez-vous une activité sportive régulière (au moins une fois par semaine) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, la(les)quelle(s) :

3. Votre entourage proche est-il fumeur ? • Parents ☐ Oui ☐ Non

• Conjoint ☐ Oui ☐ Non

• Amis ☐ Oui ☐ Non

4. Fumez-vous ? :

☐ Non (jamais) *allez directement à l'item 13*

☐ J'ai fumé mais je ne fume plus actuellement

☐ Je fume (même occasionnellement)

5. Quand avez-vous commencé à fumer ?

☐ Avant de rentrer à la faculté de pharmacie : → Vers quel âge ? :

☐ Pendant les études de pharmacie : ☐ 1^e année ☐ 2^e année ☐ 3^e année ☐ 4^e année ☐ 5^e année

6. Si vous avez commencé à fumer pendant vos études de pharmacie :

- A votre avis, pourquoi ?

☐ Stress lié aux études

☐ Influence de l'entourage proche (parents, colocataires, amis)

☐ Pour se détendre en soirée

☐ Autre : (précisez)

Si vous fumez actuellement, *allez directement à la question 11*

Si vous avez arrêté de fumer, merci de répondre aux questions qui suivent

7. Quand avez-vous arrêté de fumer ?

- ☐ Avant de rentrer à la faculté de pharmacie
☐ Pendant les études de pharmacie : ☐ 1^e année ☐ 2^e année ☐ 3^e année ☐ 4^e année ☐ 5^e année

8. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous arrêté ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Coût
☐ Risque pour la santé
☐ Esthétisme (haleine, dents jaunies, odeur)
☐ Autre (précisez).....

9. Si vous avez arrêté au cours de vos études :

Pensez-vous que votre choix d'arrêter le tabac a été influencé :

- par l'enseignement que vous avez reçu à la fac concernant l'addiction au tabac ☐ Oui ☐ Non
- par l'enseignement que vous avez reçu à la fac concernant les risques du tabac sur la santé ☐ Oui ☐ Non

10. Quel(s) moyen(s) d'aide avez-vous employé pour arrêter de fumer ? : *(Plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Aucun → ☐ Car vous n'en ressentiez pas le besoin
☐ Car aucun ne vous convenait
- ☐ Cigarette électronique
☐ Médicaments de sevrage tabagique → ☐ Zyban®
☐ Champix®
- ☐ Patchs
☐ Pastilles
☐ Gommes
☐ Soutien psychologique

Allez directement à l'item 13

11. Combien fumez-vous de cigarettes par jour ? (approximativement)

- ☐ Moins d'une ☐ Entre 1 et 5 ☐ Entre 5 et 10 ☐ Entre 10 et 20 ☐ Plus de 20

12. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, selon vous, pourquoi la tentative d'arrêt du tabac a-t-elle échoué ?

- ☐ Manque de motivation
☐ Difficulté à trouver un moyen de substitution adapté à soi-même
☐ Reprise à la suite d'un événement marquant
☐ Envie de recommencer à fumer
☐ Autre : (précisez)
.....
.....

13. Je vous remercie d'avoir rempli ce questionnaire.... 😊

LABELLE Stéphanie PH5

Annexe 5 : Réponses à la partie A Testez vos connaissances

⊗ : Bonne réponse

1. Existe-t-il un phénomène de dépendance psychique au tabac ? ☒ Oui ☐ Non
2. Existe-t-il un phénomène de dépendance physique au tabac ? ☒ Oui ☐ Non
3. Dans la fumée de tabac, des substances psychoactives agissent directement sur le cerveau : ☒ Vrai ☐ Faux
4. On recense entre 3000 et 4000 substances chimiques différentes connues dans la fumée de tabac : ☒ Vrai ☐ Faux
5. Selon vous, lequel de ces 3 produits est le plus responsable de :
 - Dépendance : ☒ Nicotine ☐ Goudrons ☐ Monoxyde de carbone
 - Risque cancérigène : ☐ Nicotine ☒ Goudrons ☐ Monoxyde de carbone
6. Le tabac multiplie le risque de cancer du poumon par : ☐ 2 ☐ 5 ☒ 10
7. Le tabagisme passif majore le risque de cancer du poumon de :
☐ 10% ☒ 30% ☐ 50%

Merci de votre attention et de votre participation à ce questionnaire

Bibliographie : www.inserm.fr, www.tabac.gouv.fr

Bibliographie

- [1] Y. Martinet et A. Bohadana, *Le tabagisme, de la prévention au sevrage*, 3ème édition. Paris: Masson, 2004.
- [2] « France Tabac - L'histoire du tabac ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.france-tabac.com/histoire.htm>. [Consulté le: 20-mai-2014].
- [3] « INPES - Tabac - Le produit : historique et composition ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/historique-composition.asp>. [Consulté le: 20-mai-2014].
- [4] B. Dautzenberg, *Le tabagisme : de la clinique au traitement*. Paris: Med'com, 2010.
- [5] Expertise collective Inserm, *Tabac, comprendre la dépendance pour agir*. Paris: Inserm, 2004.
- [6] « INPES - Tabac : Dossier de tabacologie ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/tabac_dossier_tabacologie.asp. [Consulté le: 23-mai-2014].
- [7] « OMS | Tabagisme », *WHO*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [8] « INPES - Tabac ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/index.asp>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [9] C. Hill, « Epidémiologie du tabagisme », vol. Tome 62, n° 3, p. 325-329, mars 2012.
- [10] « Faire prendre conscience des dangers du tabac - Prévention - Institut National Du Cancer ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/en/prevention/tabac/espace-professionnels-de-sante/le-tabac-premier-facteur-de-risque-evitable-de-cancer>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [11] « Risque tabagisme passif, tabac, cancer du poumon, cancer du fumeur, tumeur de la plèvre | Cancer et environnement ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.cancer-environnement.fr/267-Tabac.ce.aspx>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [12] « Fonction respiratoire | Evolution ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.respir.com/doc/abonne/pathologie/tabac/TabacFonctionRespiratoire.asp>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [13] M. Holm, E. Omenaas, T. Gíslason, C. Svanes, R. Jögi, E. Norrman, C. Janson, K. Torén, et RHINE Study Group, « Remission of asthma: a prospective longitudinal study from northern Europe (RHINE study) », *Eur. Respir. J.*, vol. 30, n° 1, p. 62-65, juill. 2007.
- [14] « BPCO | Facteurs de risque ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.respir.com/doc/abonne/pathologie/bronchite-chronique-bpco/BPCOFacteurRisque.asp>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [15] « Haute Autorité de Santé - Bronchopneumopathie chronique obstructive ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1518063/fr/bronchopneumopathie-chronique-obstructive. [Consulté le: 21-mai-2014].

- [16] « OMS | Lutte contre les maladies cardio-vasculaires: priorités stratégiques ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/fr/. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [17] « InVS | BEH n°20-21 (31 mai 2011). Numéro thématique – Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011 ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2011/20_21/. [Consulté le: 23-mai-2014].
- [18] « Le Tabagisme Passif ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/espace_tabac/tabagisme_passif/tabagisme.htm. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [19] « INPES - Baromètre santé 2000 ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Baro2000/synthese/tabac.asp>. [Consulté le: 23-mai-2014].
- [20] « Prévenir - Le tabagisme passif est-il vraiment dangereux ? » [En ligne]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/moyenspouragir/html/prevenir/le-tabagisme-passif-est-il-vraiment-dangereux.html>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [21] « Cancer du poumon ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-du-poumon>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [22] G. Grangé, J. L'Huillier, A. Borgne, et al, « Tabagisme passif chez la femme enceinte », vol. 12, n° 1, p. 99-108, 2006.
- [23] « Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac | Legifrance ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022120525&dateTexte&categorieLien=id>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [24] « Code de la santé publique | Legifrance ». [En ligne]. Disponible sur: http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=CA7FCBC8EFEC7A62797BA67691EED23.tpdjo04v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171551&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateexte=20080314. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [25] « Dossiers législatifs - LOI n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes | Legifrance ». [En ligne]. Disponible sur: http://legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do;jsessionid=5F1964182859980CC44E56E91AC66004.tpdjo12v_3?idDocument=JORFDOLE000017760258&type=contenu&id=1&typeLoi&legislature. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [26] « LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance ». [En ligne]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [27] « Que dit la loi au sujet des jeunes et du tabac ? / J'ouvre le dialogue avec mes enfants / J'aide un proche / Page d'accueil - tabac-info-service.fr ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.tabac-info-service.fr/J-aide-un-proche/J-ouvre-le-dialogue-avec-mes-enfants/Que-dit-la-loi-au-sujet-des-jeunes-et-du-tabac>. [Consulté le: 21-mai-2014].

- [28] « Tabac - La législation antitabac en France ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [29] « Tabac & dispositions européennes ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.cnct.fr/textes-juridiques-48/tabac-dispositions-europeennes-1-51.html>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [30] « Code de la santé publique | Legifrance ». [En ligne]. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171551&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateexte=20080314>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [31] M. Rufo et M. Choquet, *Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité*, Anne Carrière. 2007.
- [32] S. Soumaille, *La dépendance au tabac*, Médecine et Hygiène. Genève, 2003.
- [33] S. Spilka, O. Le Nezet, et M. Towar, « Estimations 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans. », OFDT, pôle « enquêtes en population générale », juin 2012.
- [34] F. Beck et J. B. Richard, « Les comportements de santé des jeunes. Analyse du baromètre santé 2010 », INPES, Saint-Denis, 2013.
- [35] S. Spilka et O. Le Nezet, « Premiers résultats du volet français de l'enquête European School survey Project on Alcohol and others Drugs (ESPAD) 2011 », OFDT, pôle « enquêtes en population générale », mai 2012.
- [36] M. Melchior, « Tabac chez les jeunes : rôle des facteurs sociaux et familiaux », vol. 16, n° 1, mars 2014.
- [37] S. Øverland, L. E. Aarø, et R. L. Lindbak, « Associations between schools' tobacco restrictions and adolescents' use of tobacco », *Health Educ. Res.*, vol. 25, n° 5, p. 748-756, janv. 2010.
- [38] H. M. Abdulghani, N. A. Alrowais, A. I. Alhaqwi, A. Alrasheedi, M. Al-Zahir, A. Al-Madani, A. Al-Eissa, B. Al-Hakmi, R. Takroni, et F. Ahmad, « Cigarette smoking among female students in five medical and nonmedical colleges », *Int. J. Gen. Med.*, vol. 6, p. 719-727, août 2013.
- [39] E. Biraghi et A. M. Tortorano, « Tobacco smoking habits among nursing students and the influence of family and peer smoking behaviour », *J. Adv. Nurs.*, vol. 66, n° 1, p. 33-39, janv. 2010.
- [40] A. Amos et Y. Bostock, « Young people, smoking and gender--a qualitative exploration », *Health Educ. Res.*, vol. 22, n° 6, p. 770-781, déc. 2007.
- [41] R. Molimard, bertrand Dautzenberg, et S. D. Youssi, « Le tabagisme des élèves infirmières et sages-femmes de l'AP-HP. Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac, 31 mai », n° 22, p. 96-98, mai 2002.
- [42] V. H. Rice, J. Hartmann-Boyce, et L. F. Stead, « Nursing interventions for smoking cessation », *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 8, p. CD001188, 2013.
- [43] I. Chkhaidze, N. Maglakelidze, T. Maglakelidze, et N. Khaltayev, « Prevalence of and factors influencing smoking among medical and non-medical students in Tbilisi, Georgia », *J. Bras. Pneumol. Publicação Of. Soc. Bras. Pneumol. E Tisiologia*, vol. 39, n° 5, p. 579-584, oct. 2013.

- [44] A. Barbouni, C. Hadjichristodoulou, K. Merakou, E. Antoniadou, K. Kourea, E. Miloni, C. W. Warren, G. Rahiotis, et J. Kremastinou, « Tobacco Use, Exposure to Secondhand Smoke, and Cessation Counseling Among Health Professions Students: Greek Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS) », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, vol. 9, n° 1, p. 331-342, janv. 2012.
- [45] V. Sychareun, V. Hansana, M. Choummanivong, S. Nathavong, K. Chaleunvong, et J. Durham, « Cross-sectional survey: smoking among medical, pharmacy, dental and nursing students, University of Health Sciences, Lao PDR », *BMJ Open*, vol. 3, n° 8, p. e003042, janv. 2013.
- [46] s Vandentorren, C. Verret, M. Vignonde, et S. Maurice-Tison, « Besoins d'information en santé des étudiants au service inter-universitaire de médecine préventive de Bordeaux », vol. 17, n° 1, p. 47-56, 2005.
- [47] « INPES - Actualités 2013 - La dernière campagne anti-tabac de l'Inpes sensibilise les jeunes à la notion de liberté ». [En ligne]. Disponible sur: <http://inpes.sante.fr/30000/actus2013/038-tabac-jeunes.asp>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [48] H. Perrin et A. Gautier, « Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 », INPES, dossier de presse, avr. 2003.
- [49] M. Waheedi, A. M. Al-Tmimy, et H. Enlund, « Preparedness for the smoking cessation role among health sciences students in Kuwait », *Med. Princ. Pract. Int. J. Kuwait Univ. Health Sci. Cent.*, vol. 20, n° 3, p. 237-243, 2011.
- [50] D. Vital Durand et C. Le Jeune, *Dorosz, Guide pratique des médicaments*, 31 ème. Maloine, 2012.
- [51] D. Lacroix et F. Bontemps, « Protocoles de sevrage », vol. 2, n° 3007, nov. 2013.
- [52] « Nicorette inhalateur 10mg 42 cartouches ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.pharma-gdd.com/fr/p-nicorette-inhalateur-10mg-426cartouches-p1429.html>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [53] « VAPOÉCLAIR® NICORETTE® Apaisement rapide du manque | NICORETTE® ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.nicorette.ca/fr/produits/vapoeclair>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [54] « ameli.fr - L'arrêt du tabac : une prise en charge des substituts nicotiniques ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-arret-du-tabac.php>. [Consulté le: 23-mai-2014].
- [55] L. Ferrer, « Les ados au téléphone : l'enquête d'une association de médecins », janv. 2013.
- [56] « L'Application web Stop Tabac Coach - NiQuitin ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.niquitin.fr/articles/a-propos-de-niquitin/stop-tabac-coach/>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [57] « Pass Sante Jeunes ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.pass-santejeunes-bourgogne.org/>. [Consulté le: 21-mai-2014].
- [58] B. Arnal-Schnebelen, P. Goetz, E. Grassart, et et al, *Secrets et vertues des plantes médicinales*, Sélection du Reader's Digest. Paris: France loisirs.
- [59] J. Dervaux, *Finissez-en avec le tabac*. Dangles, 2013.

- [60] OFT, « Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette », mai 2013.
- [61] M. Rufo et C. Schilte, *Votre ado*. Marabout, 2010.
- [62] F. Nabli et L. Ricroch, « Plus souvent seul devant son écran », n° 1437, mars 2013.
- [63] V. White, B. Webster, et M. Wakefield, « Do graphic health warning labels have an impact on adolescents' smoking-related beliefs and behaviours? », *Addict. Abingdon Engl.*, vol. 103, n° 9, p. 1562-1571, sept. 2008.
- [64] S. M. Dunlop, D. Perez, et T. Cotter, « Australian smokers' and recent quitters' responses to the increasing price of cigarettes in the context of a tobacco tax increase », *Addict. Abingdon Engl.*, vol. 106, n° 9, p. 1687-1695, sept. 2011.
- [65] S. Bessière, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », vol. 1, n° 1, p. 17-33, 2005.
- [66] L. Muller, « La pratique sportive en France, reflet du milieu social », p. 657-663, 2006.
- [67] A. P. Gauthier, S. J. Snelling, et M. King, « "Thinking outside the pack": examining physically active smokers and implications for practice among Ontario residents », *Health Promot. Pract.*, vol. 13, n° 3, p. 395-403, mai 2012.
- [68] W. T. Dalton 3rd, L. M. Klesges, L. Henderson, G. Somes, L. Robinson, et K. C. Johnson, « Gender, smoking status, and risk behavior attitudes explain adolescents' patterns of nicotine replacement therapy use », *Addict. Behav.*, vol. 35, n° 2, p. 147-151, févr. 2010.

Résumé

Le tabagisme est une addiction entraînant une forte dépendance physique et psychique à plus ou moins long terme. Consommé de façon régulière, le tabac devient responsable ou aggrave des maladies respiratoires chroniques, cardiovasculaires et est impliqué dans de nombreux cancers. Au-delà de sa consommation, il s'avère être à l'origine de ces mêmes maux lorsqu'il est inhalé de façon passive par les personnes environnantes. Première cause de mortalité pouvant être évitée en France et premier facteur de risque évitable de cancer, il apparaît comme une priorité de santé publique. Le tabac est un fléau touchant particulièrement la population jeune, qui en consomme de plus en plus tôt et de façon quotidienne. C'est d'ailleurs au sein de la tranche de population âgée de 15 à 30 ans qu'est observé le plus grand nombre de fumeurs. Il apparaît difficile d'attirer l'attention des jeunes sur les méfaits du tabac, les messages actuels véhiculés par les campagnes de prévention ayant peu d'impact sur leur consommation.

Le pharmacien d'officine est un acteur de santé important dans la lutte contre le tabagisme. Il est en première ligne pour conseiller les patients souhaitant arrêter de fumer.

A la faculté de Pharmacie de Poitiers, nous avons interrogé, à l'aide d'un questionnaire, les étudiants inscrits de la deuxième à la sixième année officine. Les taux de tabagisme varient entre 13 % et 37.8 % selon les promotions. Après analyse, les résultats démontrent qu'il existe un lien entre leur consommation de tabac et celle de leurs conjoints et amis. Trois étudiants sur quatre déclarent être satisfaits de l'enseignement reçu à la faculté concernant le tabagisme. Néanmoins, parmi ceux ayant arrêté de fumer pendant leurs études, 60 % indiquent que leur choix n'a pas été influencé par cet enseignement.

Plus d'un étudiant sur deux estiment que les campagnes actuelles de lutte contre le tabagisme sont inefficaces. Au sein de cette enquête, ils apportent des propositions pour tenter de diminuer le tabagisme des jeunes.

Mots clés : tabagisme, jeunes, étudiants, pharmacie

SERMENT DE GALIEN

En présence de mes maîtres et de mes condisciples, **je jure :**

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si je manque à mes engagements.