



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2003

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 141

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Abd-elrachid MAHMOUDI

le 21 octobre 2003

LES RESIDENTS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY ET LE TABAC.

ENQUETE REALISEE AUPRES DES RESIDENTS SUR LEURS ATTITUDES ET
COMPORTEMENTS VIS A VIS DU TABAC.

Examineurs de la thèse :

M. MARTINET Yves	Professeur	Président
M. ROLAND Jacques	Professeur	} Juges
M. THIBAUT Gilbert	Professeur	
M. FRANCO Louis	Docteur en Médecine	
M. BOHADANA Abraham	Docteur en Médecine	

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 229021 8



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Abd-elrachid MAHMOUDI

le 21 octobre 2003

LES RESIDENTS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY ET LE TABAC.

ENQUETE REALISEE AUPRES DES RESIDENTS SUR LEURS ATTITUDES ET
COMPORTEMENTS VIS A VIS DU TABAC.

Examineurs de la thèse :

M. MARTINET Yves	Professeur	Président
M. ROLAND Jacques	Professeur	} Juges
M. THIBAUT Gilbert	Professeur	
M. FRANCO Louis	Docteur en Médecine	
M. BOHADANA Abraham	Docteur en Médecine	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Henri HEPNER – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU

Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT
Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Philippe CANTON – Professeur Henri HEPNER – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>
Professeur Paul MICHIENSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>
Professeur Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Yves MARTINET

Professeur de Pneumologie

Nous avons été sensibles à l'attention que vous nous avez portée en acceptant la présidence de cette thèse et aux conseils que vous nous avez prodigués pour son élaboration.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Jacques ROLAND

Professeur d'anatomie

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine

Chevalier dans l'ordre National du Mérite

Officier dans l'ordre des Palmes Académiques

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Emérite de Médecine Interne

Nous sommes très sensibles à la bienveillance avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Nous vous remercions très sincèrement pour votre disponibilité.

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Louis FRANCO

Maître de conférence associé-Médecine Générale

Nous sommes fiers et pesons la chance d'avoir été votre élève.

Nous gardons le souvenir des moments agréables passés à vos côtés lors du stage chez le praticien, où vos qualités tant professionnelles qu'humaines nous ont marquées tout particulièrement.

Nous sommes honorés d'être jugés par le médecin et l'homme que vous êtes.

A notre Maître et Juge

Monsieur le docteur Abraham BOHADANA

Directeur de recherche

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de juger notre travail. Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre expérience et de votre enseignement au cours du stage « d'aide au sevrage tabagique ».

Nous avons été particulièrement sensibles à votre humanisme.

Permettez-nous, au travers de ce travail, de vous témoigner notre reconnaissance et notre profond respect.

A mes Parents, mes sœurs, neveux et nièces

Vous m'avez donné la force de continuer dans les moments difficiles.

Trouvez ici le témoignage de toute mon affection.

A mon Oncle

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	p 19
-------------------------------------	-------------

LES RESIDENTS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY ET LE TABAC	p 48
--	-------------

PARTIE THEORIQUE :

I-Introduction.....	p 23
II-Histoire du tabac.....	p 24
III-France-tabac en quelques chiffres.....	p 29
IV-Conséquences du tabagisme sur la santé	p 30
1-Composition de la fumée de cigarette.....	p 31
2-Pathologies liées au tabac.....	p 32
2-1-Les cancers.....	p 33
• Cancer du poumon.....	p 33
• Cancer des voies aéro-digestives supérieures.....	p 36
• Autres cancers.....	p 38
2-2-Pathologies cardio-vasculaires.....	p 38
2-3-Pathologies respiratoires.....	p 38
2-4-Autres pathologies.....	p 39
2-5-Tabac et grossesse.....	p 39
V-Le tabagisme passif.....	p 40
VI-Mesures de lutte contre le tabagisme.....	p 41
1-Législations.....	p 41
2-Conséquences.....	p 43

PARTIE PRATIQUE :

I-Introduction.....p 48

II-Objectifs.....p 49

III- Matériel et méthode.....p 50

IV-Résultats.....p 51

1- Données socio-démographiques.....p 51

2- Statut tabagique des résidents.....p 52

3- Importance du tabagisme.....p 54

4- Lieu principal du tabagisme.....p 55

5- Degrés de dépendance.....p 56

6- Type de tabac fumé.....p 57

7- Début du tabagisme.....p 57

7A-Les raisons de devenir fumeur.....p 58

7B-Les raisons de poursuivre le tabagisme.....p 59

8-Le tabagisme de l'entourage.....p 61

9-Les tentatives de sevrage.....p 62

10-Les raisons de ne plus fumer.....p 64

11-Les résidents et l'arrêt du tabac.....p 66

12-Le tabagisme et les études médicales.....p 69

13-Le comportement tabagique des résidents dans l'avenir.....p 69

14-Attitude des résidents vis-à-vis du tabagisme des patients.....p 72

<i>15-Le tabagisme passif.....</i>	<i>p 74</i>
<i>V-Discussion.....</i>	<i>p 75</i>
<i>VI-Conclusion.....</i>	<i>p 84</i>
<i>BIBLIOGRAPHIE.....</i>	<i>p 85</i>
<i>ANNEXE.....</i>	<i>p 96</i>



TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Données socio-démographiques (exprimées en%).....	p 51
Tableau 2: Le tabagisme selon le sexe (Tcem1,Tcem2,Tcem3 groupés).....	p 53
Tableau 3: Le tabagisme selon le niveau de scolarité.....	p 54
Tableau 4: Nombre de cigarettes fumées par jour selon le sexe.....	p 55
Tableau 5: Lieu principal du tabagisme	p 56
Tableau 6: Degrés de dépendance au tabac	p 57
Tableau 7: Type de consommation (les deux sexes réunis).....	p 57
Tableau 8: Début du tabagisme selon le niveau de scolarité.....	p 58
Tableau 9: Les raisons de devenir fumeur. (Chez les fumeurs actuels, les deux sexes réunis).....	p 59
Tableau 10: Les raisons de poursuivre le tabagisme.....	p 60
Tableau 11: Le tabagisme de l'entourage selon le sexe et le statut tabagique.....	p 62
Tableau 12: Tentatives de sevrage (les deux sexes réunis).....	p 62
Tableau 13: Les raisons de ne plus fumer (les deux sexes réunis).....	p 65
Tableau 14: Les raisons d'arrêt du tabac chez les ex-fumeurs (les deux sexes réunis).....	p 68
Tableau 15: Evolution du tabagisme au cours des études médicales (les deux sexes réunis).....	p 69
Tableau 16: Le comportement tabagique des résidents dans l'avenir (selon le sexe).....	p 70
Tableau 17: Les chances d'arrêt du tabac chez les fumeurs (les deux sexes réunis).....	p 71
Tableau 18: Attitudes des résidents vis-à-vis du tabac (selon le sexe).....	p 72

Tableau 19: Attitudes des résidents vis-à-vis du tabac (selon le statut tabagique).....	p 73
Tableau 20: Lieu principal d'exposition au tabagisme des autres (selon le sexe et le statut tabagique des étudiants).....	p 74
Tableau 21: Les motivations de l'arrêt du tabac selon le statut tabagique (en pourcentage).....	p 81
Tableau 22 : Nombre de décès, par sexe, dus aux principales maladies liées au tabac, 1999, France.....	p 33
Tableau 23: Evolution de l'appréciation du respect des zones non-fumeurs selon le lieu. (proportion de personnes jugeant l'interdiction respectée en %)......	p 46
Figure 1: Statut tabagique selon les sexes.....	p 53
Figure 2: Statut tabagique selon le niveau de scolarité	p 54
Figure 3: Importance du tabagisme selon le sexe.....	p 55
Figure 4: Début du tabagisme selon le niveau de scolarité.....	p 58
Figure 5: Les raisons de devenir fumeur selon le sexe	p 59
Figure 6: Les raisons de poursuivre le tabagisme chez les fumeurs quotidiens (selon le sexe).....	p 61
Figure 7: Tentatives de sevrage selon le sexe.....	p 63
Figure 8: Les raisons de ne plus fumer chez les hommes	p 65
Figure 9: Les raisons de ne plus fumer chez les femmes	p 66
Figure 10: Arrêt du tabagisme chez les ex-fumeurs selon le niveau de scolarité	p 67
Figure 11: Traitement de recours pour l'arrêt du tabac chez les ex-fumeurs selon le sexe	p 68
Figure 12: Le comportement tabagique dans l'avenir chez les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels.....	p 71

Figure 13: Attitudes des fumeurs vis-à-vis du tabagisme des patients	p 73
Figure 14: Prévalence du tabagisme selon l'âge et le sexe.....	p 76
Figure 15: Quantités de tabac fumées régulièrement selon l'âge et le sexe.....	p 76
Figure 16: Age de la première cigarette et du début de l'usage régulier pour les hommes selon les années de naissance.....	p 77
Figure 17: Age de la première cigarette et du début de l'usage régulier pour les femmes selon les années de naissance.....	p 77
Figure 18 : Evolution du chiffre d'affaires de l'industrie du tabac en France de 1989 à 1998.....	p 30
Figure 19 : Répartition du nombre de décès suivant les principales maladies liées à l'usage du tabac en 1995.....	p 32
Figure 20 : Evolution de la mortalité par cancer du poumon selon le sexe de 1950 à 1995.....	p 34
Figure 21 : France, Royaume uni : Mortalité comparée pour le cancer du poumon chez les hommes et femmes de 35 à 44 ans.....	p 35
Figure 22: Risque cumulatif de développer un cancer du poumon selon l'âge et le tabagisme.....	p 36
Figure 23 : Evolution des ventes et du prix relatif des cigarettes.....	p 43
Figure 24 : Evolution des crédits de l'assurance maladie pour la prévention du tabagisme.....	p 47

I-INTRODUCTION:

Le tabagisme est le plus nocif de tous les comportements humains volontaires. La moitié de tous les fumeurs meurent prématurément de leur propre tabagisme [28].

Le tabagisme est un facteur de risque le plus grand pourvoyeur de morbidité et de mortalité [95]. Aujourd'hui, il est responsable de 3,5 millions de décès chaque année dans le monde, ce qui représente 7% de l'ensemble des décès et près de dix mille morts par jour. Si la tendance actuelle se poursuit, le tabac sera la cause de dix millions de décès par an au cours des années 2020 à 2030, soit 17,7% de tous les décès des pays développés et de 19,9% dans les pays en voie de développement [9].

D'ici 2020, le tabagisme causera dans le monde plus de décès que l'infection VIH, la tuberculose, la mortalité maternelle, les accidents de la route, les suicides et les homicides réunis [72].

En France, chaque année environ 60 000 décès sont imputables au tabagisme avec une répartition de 55.000 décès chez les hommes et 5000 décès chez les femmes (dans vingt ans, il y aura dix fois plus de décès dus au tabac chez les femmes). Ceci représente, tous âges confondus, 21% de la mortalité masculine et 1% de la mortalité féminine en 1990 [42].

La proportion de femmes fumeuses en 2000 était de une femme sur trois. Dans vingt ans, il y aura autant de cancer du poumon chez les femmes que chez les hommes; et dans dix ans, les femmes mourront plus du cancer du poumon que de celui du sein.

Le tabagisme est responsable de cancers (pulmonaire, voies aéro-digestives supérieures, voies urinaires...), d'insuffisance respiratoire chronique

par emphysème, de bronchite chronique obstructive ; il accroît le risque de maladies cardio-vasculaires notamment thrombotiques, multiplie les pathologies obstétricales (grossesses extra-utérines, les avortements spontanés) et augmente la mortalité périnatale. C'est la première cause de mortalité évitable [95, 41, 37].

Si la cigarette, par son contenu en nicotine, n'était pas très fortement addictive, on pourrait, comme certains auteurs anglo-saxons, réellement parler de « self inflicted disease ». Par ailleurs, les fumeurs exposent ceux qui n'ont pas choisi de fumer, et notamment les enfants, à un risque accru de différentes pathologies respiratoires et non respiratoires. Il a été démontré que le tabagisme passif est cancérigène et accroît de 26% le risque de cancer pulmonaire. En 2002, les preuves scientifiques des effets de la fumée du tabac sur la santé sont clairement avérées pour de nombreuses pathologies. Elle est responsable d'environ 3000 morts par an [1, 8, 25].

En dehors d'un constat de vie raccourcie de 3 ans chez les fumeurs et d'une différence de 2,6 ans en journées de travail perdues, des études ont montré une différence totale de coût entre fumeurs et non fumeurs de 69 300 Euros par fumeur. Le même calcul effectué chez les ex-fumeurs s'élève à 44 000 Euros. Les auteurs concluent donc que l'arrêt du tabagisme pourrait épargner au moins 60% des coûts liés à l'excès de morbidité et de mortalité chez les fumeurs [54,74].

En vue de ces données, le tabagisme constitue donc une question de santé publique qui dépasse largement les frontières des disciplines médicales, pour concerner le champ politique. Ainsi, certains économistes (Béatrice Majnoni d'Intignano) ont même proposé l'expression d' « épidémie industrielle » pour le qualifier [63].

II-Histoire du tabac :

Le tabac n'existait pas dans l'Antiquité en Europe. Dans l'Antiquité, les Grecs et les Romains fumaient essentiellement la pipe, parfois des feuilles roulées, mais ne fumaient pas le tabac car celui-ci n'existait pas en Europe. Ils fumaient des feuilles de poirier et d'eucalyptus ou d'autres plantes.

En 1976, l'Égypte avait confié à la France la momie de Ramsès II pour la traiter. Il a été découvert, parmi d'autres plantes, au sein des plantes ayant servi à la conservation du corps de la momie des restes de feuille de tabac. Ce tabac a été identifié avec certitude par le professeur Metcalfé, grand spécialiste en anatomie végétale, comme étant du tabac. Ceci constitue une énigme. Toutes les hypothèses ont été soulevées, même celle que la momie de Ramsès II soit un faux, mais en tout état de cause, sa datation par des méthodes scientifiques est beaucoup plus ancienne que celle de l'arrivée de Christophe Colomb en Amérique. L'hypothèse que le tabac poussait en Europe et en Asie 2000 ans avant notre ère et qu'il a disparu depuis, est rejetée par les spécialistes. La principale hypothèse est que les Égyptiens traversaient l'Océan Atlantique bien avant Christophe Colomb. Ils auraient traversé l'Océan Atlantique sur des radeaux de papyrus comme Thor Heyerdal a tenté de le démontrer en traversant plusieurs millénaires plus tard l'Atlantique sur un tel radeau, en 57 jours seulement [23].

La culture du tabac a son origine en Amérique, il y a plus de **3000** ans. Les Indiens commencent à rouler les feuilles de tabac jusqu'à obtenir une sorte de grand cigare qu'ils appellent "tabaco".

Avant la découverte des Amériques, le tabac est surtout une plante sacrée et curative, utilisée par des prêtres et des chamanes. Il sert à communiquer avec les esprits et à apaiser des douleurs.



1492 Christophe COLOMB découvre le tabac à Cuba et l'importe pour la première fois en Europe. A la Cour Espagnole et Portugaise, le tabac est longtemps utilisé comme simple plante d'ornement. Ce n'est qu'au milieu du 16^{ème} siècle que le médecin personnel de Philippe II commence à propager le “médicament universel” : le tabac.

1556 Le moine Angoumois André THEVET ramène pour la première fois des graines du tabac en France.



1560 Le tabac triomphe en France grâce à Jean NICOT. Celui-ci, croyant à l'effet curatif de la plante, envoie de la poudre à la Reine Catherine de Medicis

afin de traiter les terribles migraines de son fils François II. Le traitement a du succès et le tabac devient ainsi “l’herbe à la Reine” dont la vente sous forme de poudre est réservée aux apothicaires. En l’honneur de Jean NICOT, on appelle le tabac à partir de maintenant “Nicotiana Tabacum”.



Sous Louis XIII, le tabac est toujours consommé comme médicament en poudre. Mais de plus en plus, on le fume dans la pipe par plaisir.

1629 Le Cardinal de RICHELIEU instaure un droit de douane à l’entrée des tabacs qui, à cette époque, étaient encore importés du Nouveau Monde. Cette décision entraîne, 7 ans plus tard, les premières plantations en France, à Clairac (Lot-et-Garonne).

Au milieu du 17^{ème} siècle, il y a déjà un grand nombre d’exploitations, surtout dans les Vallées du Lot et de la Garonne, en Lorraine et en Normandie.

1674 Sous Louis XIV, COLBERT décrète le “Privilège de fabrication et de vente”. Celui-ci est d’abord affermé à des particuliers, puis à la seule Compagnie des Indes. La tabaculture devient un Monopole.

1719 La culture est prohibée dans toute la France avec des condamnations qui peuvent aller jusqu’à la peine de mort. Exceptions : la Franche-Comté, la Flandre et l’Alsace.



1791 L'Assemblée Nationale déclare la liberté de cultiver, de fabriquer et de débiter le tabac.

1810 Avec Napoléon Ier, le Monopole exploité par l'Etat est rétabli.

A partir de **1816**, l'autorisation de culture est donnée, petit à petit, à quelques départements.

1950 Le tabac est cultivé dans 55 départements, avec 105 000 producteurs sur 28 000 hectares.

21 avril 1970 Le règlement de la Communauté Européenne portant sur l'établissement d'une organisation commune des marchés dans le secteur du tabac brut entre en vigueur. Il entraîne l'abolition du Monopole. Immédiatement, les producteurs se préoccupent de leur structuration économique, la maîtrise de la production étant désormais de leur ressort.

21 janvier 1971 : La première coopérative tabacole est créée en Alsace. Pendant les 10 années suivantes, des coopératives dans toutes les régions sont établies.

1979 L'Union des Coopératives Agricoles de Planteurs de Tabac (UCAPT) voit le jour.

1985 L'UCAPT met en route, à Sarlat (Dordogne), l'usine de première transformation de tabacs clairs [62].

III-France-tabac en quelques chiffres : [62]

La France est le 4^{ème} producteur européen.

8 300 hectares de culture.

25 400 tonnes de production par an, à raison de 83 % de variétés blondes et 17% de tabac brun, exportés dans 20 pays.

5 200 planteurs répartis sur l'ensemble du territoire.

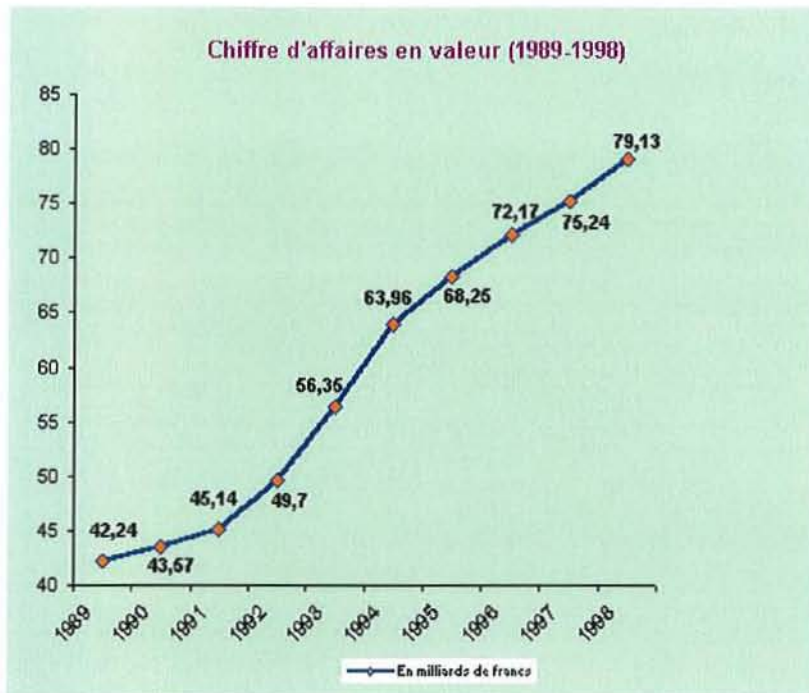
4 000 conjoints agriculteurs.

30 000 travailleurs saisonniers, occupés parfois jusqu'à 6 mois par an, dans plus de 60 départements.

Plusieurs centaines d'emplois dans les organismes professionnels tabacoles.

Un chiffre d'affaires en croissance constante (79,13 milliards de francs en 1999) (cf. figure 18).

Figure 18- Evolution du chiffre d'affaires de l'industrie du tabac en France de 1989 à 1998 [80].



IV-Conséquences du tabagisme sur la santé :

La fumée de cigarette résulte de la combustion du tabac et contient plus de 4000 substances [92]. La combustion est complète sur l'extrémité, la quantité d'oxygène étant suffisante, la température dépasse alors 800°C [64]. A mesure que l'on s'éloigne de cette zone, l'air s'appauvrit en oxygène, la combustion est incomplète et aboutit à la formation de CO et de goudrons.

Trois types de courants de fumée se forment :

- le courant primaire ou principal : produit par l'inspiration du fumeur.
- le courant secondaire ou latéral : constitué par la fumée dégagée entre les bouffées. Ce courant secondaire représente une source majeure de pollution (deux fois plus de CO et quatre fois plus de benzopyrène que le courant primaire).

- le courant tertiaire : constitué par la fumée exhalée par le fumeur.

IV-1-Composition de la fumée de cigarette :



Elle est étudiée à l'aide de machines à fumer standardisées selon des normes internationales établissant des conditions identiques et reproductibles (température à 22°C, humidité à 60%, bouffée de 35 ml obtenue par une dépression de 20 cm H₂O pendant 2 secondes), permettant de séparer les deux phases constituant la fumée de cigarette [64].

- la phase gazeuse : contient du CO₂ (15%), du CO (6%), de l'oxygène (15%), de l'azote (60%) et des composés organiques volatiles tels que les aldéhydes, les cétones, l'ammoniac et des hydrocarbures divers.
- la phase particulaire : contient :
 - des substances cancérigènes : hydrocarbures aromatiques (benzopyrène, dibenzoanthracènes.).

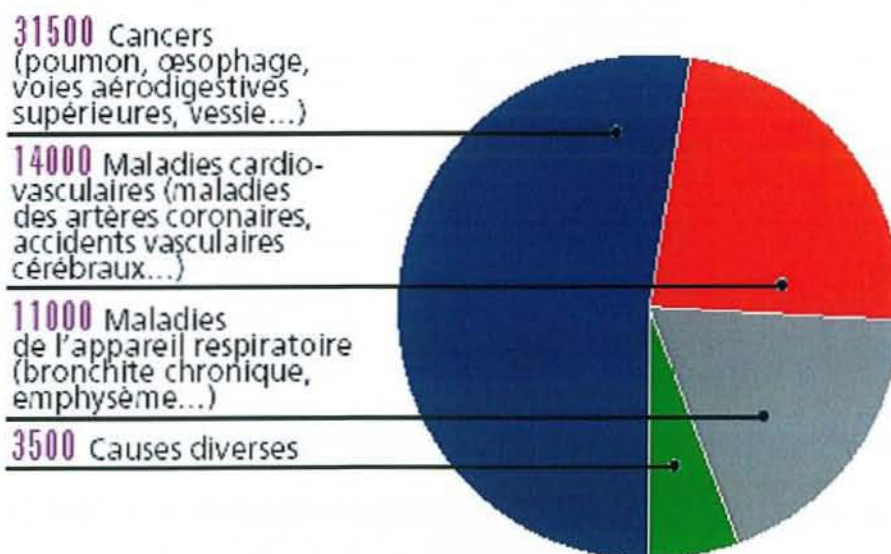
dérivés nitrés hétérocycliques (pyridine..).
composés phénoliques,
nitrosamines,
cétones, aldéhydes.
des éléments radioactifs (polonium).

- des irritants : acroléines.
- des métaux : nickel, cadmium.
- des radicaux libres : quinones, hydroquinones, époxydes, peroxydes.
- acide cyanhydrique.
- alcaloïdes : la nicotine qui constitue l'élément essentiel de l'induction de la dépendance.

IV-2-Pathologies liées au tabac :

Première cause de mortalité évitable en France : le tabac. En 1995, en France, 60 000 morts sont directement ou indirectement imputables à l'usage du tabac, soit plus d'un décès sur neuf [45-55]. La figure 19 présente les principales causes de décès liées au tabac.

Figure 19- Répartition du nombre de décès suivant les principales maladies liées à l'usage du tabac en 1995.



Le tableau 22 représente le nombre de décès par sexe, dû aux principales maladies liées au tabac en 1999 en France [46, 77].

Tableau 22- Nombre de décès par sexe, dû aux principales maladies liées au tabac, 1999, France.

Maladies	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès attribuables au tabac		Nombre de décès attribuables au tabac	
Cancer	32 000	(54%)	2500	(34%)
Poumon	19 000	(32%)	1900	(26%)
Bouche, pharynx, larynx et oesophage	5900	(10%)	300	(4%)
Autre	6700	(12%)	300	(4%)
Cardio-vasculaire	10 500	(18%)	1400	(18%)
Appareil respiratoire	8300	(14%)	2200	(30%)
Autres maladies	8300	(14%)	1300	(18%)
Toutes maladies	59 000	(100%)	7400	(100%)

L’arrêt du tabac réduit la mortalité et la morbidité de l’ensemble des maladies liées au tabac [39, 95]. Cette réduction est mesurable dès les premières années d’abstinence. Plus l’âge est jeune à l’arrêt de la consommation du tabac, plus la réduction de risque de maladies liées au tabac est grande.

IV-2-1-Les cancers : [65]

La mortalité par cancer est double chez les fumeurs par rapport aux non fumeurs et elle est quatre fois plus élevée chez les gros fumeurs. Plus de 30% de l’ensemble des cancers dépendent du tabac.

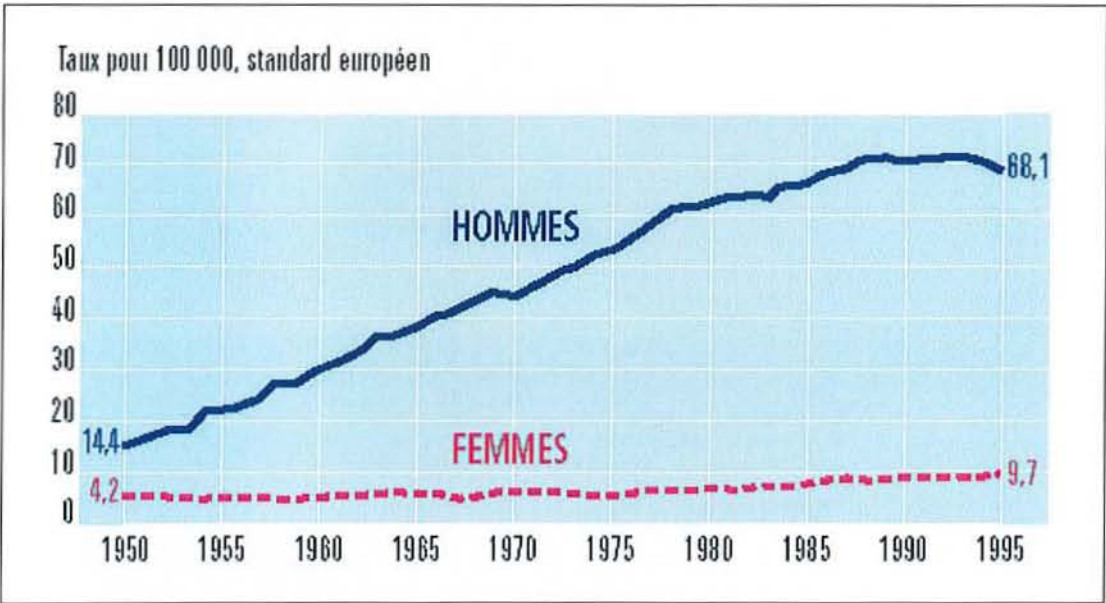
□ Cancer du poumon : [43, 79, 94]

Les risques de cancer du poumon augmentent avec la consommation quotidienne de tabac, la durée du tabagisme, l’intensité de l’inhalation de la fumée, et la précocité du début du tabagisme; les risques diminuent après l’arrêt

du tabac. Il n'existe pas de valeur seuil en dessous de laquelle le risque n'existerait pas, mais il y a une relation dose-réponse pour le développement du cancer bronchique. Le risque relatif d'un fumeur est de 4 à 30 fois celui du non-fumeur selon la quantité fumée.

En France, le nombre de décès par cancer du poumon lié au tabac était de 17 900 en 1998 [39]. Actuellement, la mortalité par cancer du poumon augmente régulièrement chez la femme alors qu'elle a tendance à se ralentir chez l'homme (du fait de la stabilisation de leur consommation de tabac observée depuis 1976), mais avec des taux toujours supérieurs à ceux des femmes (cf. figure 20).

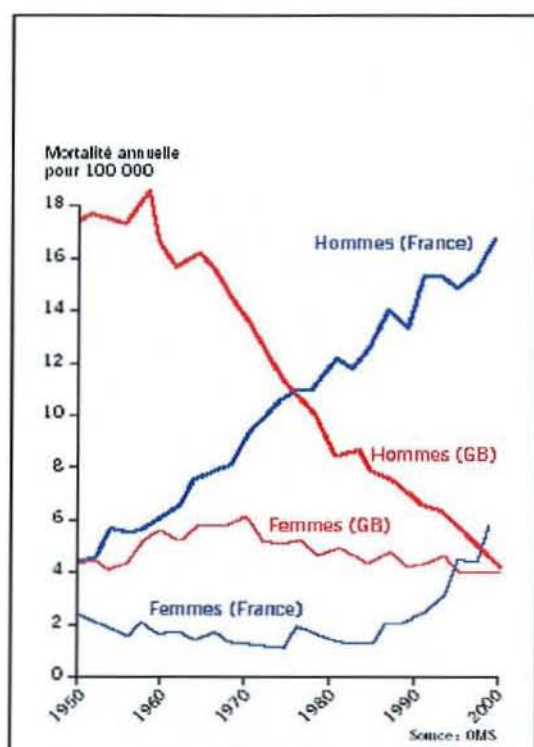
Figure 20- Evolution de la mortalité par cancer du poumon selon le sexe de 1950 à 1995. (Source institut Gustave Roussy)



Sur le plan international, c'est la Grande-Bretagne qui connaît l'une des plus spectaculaires baisses de la mortalité par cancer du poumon. En 1950, la mortalité par cancer du poumon chez les hommes de 35-44 ans était plus de 4 fois inférieure à celle de nos voisins britanniques; elle est maintenant plus de 4

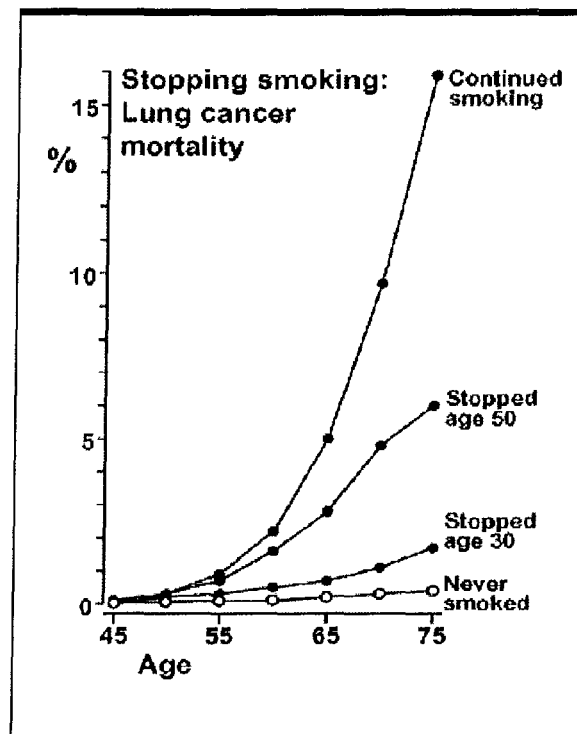
fois supérieure, les courbes ayant évolué en miroir l'une de l'autre [5, 19, 77] (cf. figure 21).

Figure 21- France, Royaume uni : Mortalité comparée pour le cancer du poumon chez les hommes et femmes de 35 à 44 ans.



Le risque cumulatif pour un individu de développer un cancer pulmonaire croît régulièrement au fur et à mesure qu'il vieillit, mais d'autant plus que cet individu aura fumé longtemps. Le fumeur qui a arrêté toute intoxication tabagique à l'âge de 30 ans a un risque cumulatif inférieur à 2% à l'âge de 75 ans alors que ce risque, au même âge, sera trois fois plus important pour l'individu qui n'aura arrêté qu'à 50 ans et près de 8 fois plus important chez celui qui fumera encore à 75 ans (cf. figure 22) [3, 20].

Figure 22- Risque cumulé de développer un cancer du poumon selon l'âge et le tabagisme.



La mortalité due au tabac dans la population âgée dépend donc aussi du tabagisme d'il y a 50 ans. Cette donnée explique pourquoi, alors que la vente de cigarettes en France, par adulte et par jour a décru entre 1975 et 2000, la mortalité due au tabac a continué à progresser et atteindra sans doute dans les prochaines années un total annuel de 100 000 morts en France (contre 60 000 actuellement). La politique française actuelle en matière de lutte contre le tabagisme va évidemment dans le bon sens mais les résultats en matière de mortalité par cancer du poumon ne seront mesurables que dans plusieurs années.

□ Cancers des voies aéro- digestives supérieures (VADS) :

Les carcinomes des voies aéro-digestives supérieures représentent 17% des cancers chez l'homme et 2,3% des cancers chez la femme [27, 40]. La fumée du tabac, de par ses caractéristiques propres, est à l'origine de mécanismes bien connus de mutagénèse au niveau des cellules de l'épithélium

malpighien des VADS. Les goudrons contenus dans l'aérosol et en particulier le benzopyrène sont à l'origine d'un certain nombre de mutations des gènes dits « supprimeurs de tumeur » (protéine p53) ou des gènes de mécanismes de détoxification des agents cancérigènes (Glutathion S Transférase) [12].

C'est dans le domaine de la muqueuse des VADS qu'ont été décrits des phénomènes dits de « cancérogenèse en champ », entendant par là qu'il s'agit d'une cancérogenèse non aléatoire mais expérimentale liée à l'exposition de tout un champ tissulaire à un cancérigène. Cela explique les phénomènes de tumeurs multiples synchrones ou métachrones ainsi que la rémanence de l'effet cancérigène pendant 5 à 10 ans après l'arrêt de l'intoxication tabagique.

- Cavité buccale et pharynx :

L'incidence des cancers de la bouche et du pharynx a diminué de 20% entre 1985 et 1995. Les taux de mortalité sont restés relativement stables depuis 1985 pour diminuer de façon plus modérée par rapport à l'incidence. Chez la femme, augmentation faible mais continue des taux d'incidence entre 1975 et 1995 et évolution plus stable de la mortalité. Augmentation à mettre en parallèle avec celle du cancer du poumon dont la cause la plus probable est l'augmentation de la consommation de tabac par les femmes françaises.

- Cancer du larynx :

Le risque de développer un cancer du larynx est le même chez les fumeurs de pipes, de cigares, et de cigarettes.

- Cancer de l'œsophage :

L'association d'un éthyisme est un facteur de risque important [65].

□ Autres cancers :

D'autres localisations cancéreuses sont fréquemment associées à la consommation de cigarettes : l'estomac, le pancréas, la vessie, le col utérin, le rein et l'uretère [34, 65, 87, 96].

IV-2-2-Pathologies cardio-vasculaires : [39, 47, 65]

En France, en 1998, la mortalité par maladie cardio-vasculaire liée au tabagisme était de 13 700 patients. Le tabagisme est un facteur de risque athérogène, potentialisé par l'association à d'autres facteurs de risque.

Décès cardio-vasculaires attribués au tabagisme :

- HTA : 19% chez les hommes et 1% chez les femmes.
- Cardiopathies ischémiques :
 - Inférieur à 65 ans : 43% chez les hommes et 11% chez les femmes.
 - Supérieur à 65 ans : 21% chez les hommes et 0% chez les femmes.
- Artérite : 68% chez les hommes et 40% chez les femmes.
- Accidents vasculaires cérébraux : 11% chez les hommes et 1% chez les femmes. Enfin, le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire est particulièrement élevé chez la femme fumeuse sous contraception orale.

IV-2-3-Pathologies respiratoires:

Le tabagisme est la première cause de bronchopneumopathie chronique obstructive (bronchite chronique et emphysème).

En France, en 1998, 11 000 patients sont décédés de BPCO liées au tabac [39]. La fréquence de la pathologie respiratoire infectieuse aiguë et des symptômes respiratoires varie en fonction du tabagisme.

IV-2-4-Autres pathologies :

Le tabagisme favorise de nombreuses affections :

- ORL : Otites, sinusites, dyspnée laryngée paroxystique.
- Neurologiques : Névrite optique retro-bulbaire, oblitération de l'artère centrale de la rétine, polynévrites et multinévrites, migraine.
- Digestives : La maladie ulcéreuse gastro-duodénale, la maladie de Crohn.
- Cutanées : vieillissement de la peau, Xanthonychie, lupus érythémateux systémique [11, 81, 84].
- Divers : Impuissance, ostéoporose, hyperleucocytose et polyglobulie.

IV-2-5-Tabac et grossesse : [17, 22, 29, 90]

Le tabagisme réduit la fécondité des femmes d'environ un tiers [26, 66]. Augmentation de la mortinatalité, liée aux risques de placenta praevia et d'hématome retro-placentaire.

Le risque de grossesse extra-utérine est multiplié par 1,5 pour une consommation au moment de la conception inférieure à 10 cigarettes par jour, par 3 pour une consommation supérieure à 20 cigarettes par jour. Le taux d'avortements spontanés est multiplié par 3, et l'association fausse couche/tabac est dose dépendante.

Le tabagisme augmente les risques de rupture prématurée des membranes responsable d'accouchements prématurés et d'infections fœto-maternelles sévères.

Risques chez le fœtus et le nouveau né : retard de croissance intra-utérin, prématurité, petit poids de naissance.

Au cours de l'allaitement : risque de mort subite et de convulsions.

V-Le tabagisme passif : [1, 13, 24, 71, 96]

Il est clairement établi, en 2002, que le tabagisme passif est une réalité et provoque 3000 morts prématurées par an.

Le médecin généraliste est concerné par le tabagisme passif en particulier :

- chez le jeune enfant, chez qui le tabagisme passif fait plus que doubler le risque de mort subite du nourrisson et augmente l'incidence des bronchites, otites, gastro-entérites et crises d'asthme.
- chez la femme enceinte, chez qui la fumée du tabac a un effet mesurable sur le développement du fœtus même en absence de tabagisme actif de la mère.
- chez le coronarien, qui doit éviter les espaces enfumés et tout effort après exposition à la fumée du tabac (excès de risque de 25%).
- chez les patients porteurs de pathologies respiratoires chroniques (asthme, BPCO, mucoviscidose), chez qui le tabagisme peut être source de décompensation.

VI-Mesures de lutte contre le tabagisme :

VI-1-Législations : [35, 75]

Fumer ! « C'est le plaisir des honnêtes gens et qui vit sans tabac est indigne de vivre » disait Molière par la voix de son Sganarelle [6, 36].

Les années cinquante ont vu la publication des premiers travaux épidémiologiques français qui ont mis en évidence la responsabilité du tabac dans l'apparition de certains cancers. Pourtant en France, les pouvoirs publics ont attendu 1976 pour légiférer contre le tabagisme.

En dépit d'un dispositif étendu, la loi du **9 juillet 1976** dite « **loi Veil** » avait fixé un principe d'interdiction générale de la publicité pour les produits du tabac, assorti de quelques exceptions légales (les lieux de vente, les épreuves de sports mécaniques, les annonces directes dans les périodiques non destinés à la jeunesse) [57]. Mais en dépit du droit à ester en justice laissé aux associations de lutte contre le tabagisme ayant au moins cinq ans d'ancienneté [64], l'industrie du tabac a largement violé cette première interdiction.

Cette loi a été suivie du **Décret du 12 septembre 1977**, relatif aux interdictions de fumer dans certains lieux affectés à un usage collectif, en particulier dans les établissements scolaires.

En 1989, un amendement a introduit dans le dispositif une clause prohibant la publicité indirecte.

La loi du **10 janvier 1991** dite « **loi Evin** » renforçant les dispositions de la « loi Veil », a marqué une étape historique dans la lutte contre le tabagisme en France [58] :

- Les prix :

L'article 1 de la loi du 10 janvier 1991 sort le prix du tabac de l'indice général des prix, à partir de 1992. De la sorte il rend possible une politique fiscale plus offensive pour dissuader l'achat du tabac.

- La publicité :

La loi Evin a interdit, à partir de 1993, tout espèce de publicité pour le tabac (exception faite des lieux de vente, d'une série de périodiques professionnels et de la retransmission télévisée de courses de sports mécaniques qui se déroulent dans des pays où cette publicité est autorisée).

- Les avertissements sanitaires :

A partir de 1976, les paquets de cigarettes vendus en France ont porté la mention « Abus dangereux ».

La transposition en droit français de la réglementation européenne [86], va entraîner la modification des avertissements sanitaires à compter du 1^{er} janvier 2004 [48], portant sur l'aspect et le contenu du message « les fumeurs meurent prématurément, fumer provoque le cancer mortel du poumon, fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant... »[49].

- Le droit des non-fumeurs :

La loi Evin forte d'une littérature scientifique accablante pour le tabagisme passif, a clairement posé le principe du droit des non-fumeurs à la protection de leur santé (article 16). Le **décret n° 478 du 29 mai 1992** a établi des dispositions générales visant à interdire de fumer dans les lieux à usage collectif clos et ouverts, et limite des zones fumeurs à des endroits bien définis. Il s'agit là, d'après le rapport d'évaluation de la loi Evin, de « la

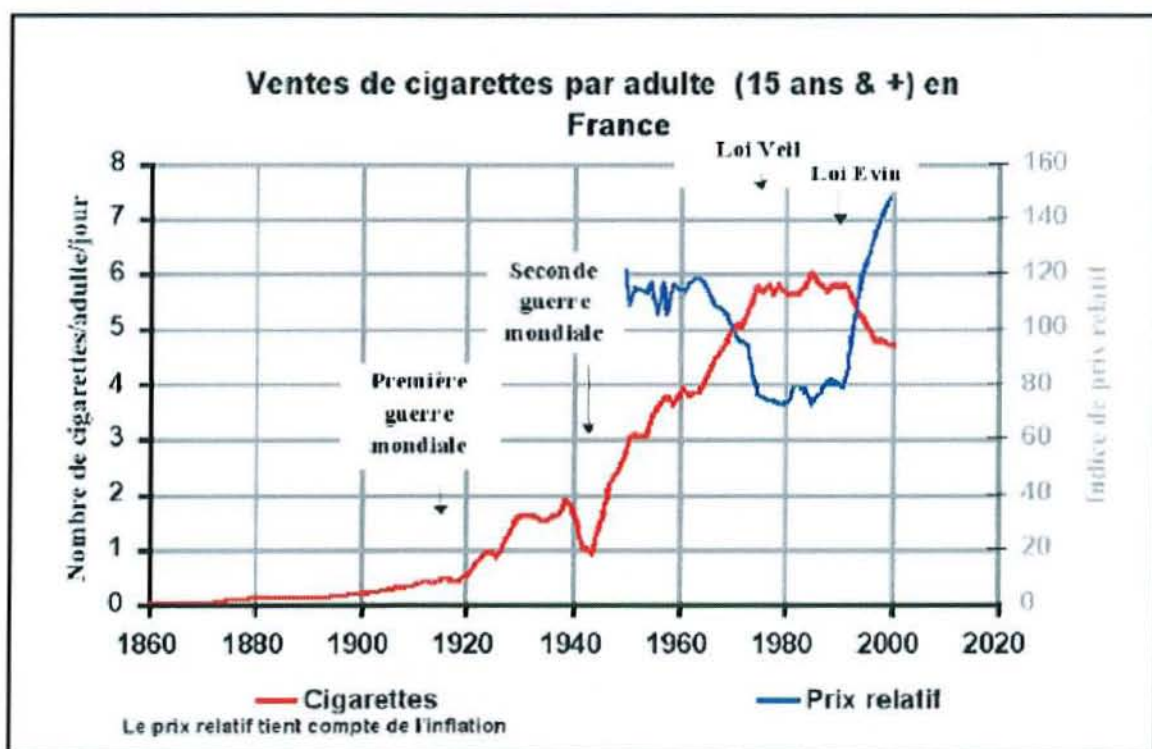
modification la plus forte due à la loi Evin »[21]. L'interdiction de fumer est désormais la règle et le fait de fumer l'exception.

VI-2-Conséquences :

Les années 80 avaient été marquées par une augmentation des ventes de tabac (cf. figure 23).

Depuis 1992, les ventes de cigarettes ont diminué de plus de 14% et celles de toutes les catégories de tabac de 11% [51, 75].

Figure 23- Evolution des ventes et du prix relatif des cigarettes [44].



Si cette évolution historique semble être attribuée à la loi du 10 janvier 1991, plusieurs éléments d'explication peuvent être mis en perspective :

- Le rôle des prix :

De **1965 à 1975**, le prix du tabac a cru trois fois moins rapidement que l'indice général des prix, et les ventes de tabac ont augmenté de 4% par an et par habitant.

Depuis 1992, la sortie du tabac de l'indice général des prix a permis un doublement des prix du tabac (cf. figure 23). Les courbes des ventes de tabac et des prix sont marquées par des évolutions symétriquement inverses.

Ces dernières années, les prix ont évolué suivant un processus d'entente entre fabricants, et entre l'industrie et le ministère des finances. Cette politique illégale du point de vue de la concurrence, a largement bénéficié aux recettes fiscales qui abondent le budget de l'état et aux profits des fabricants de cigarettes. En réalité, les prix réels ont suivi un processus de rattrapage pour atteindre le niveau d'il y a vingt ans. Le doublement du prix depuis **1992** aurait dû faire espérer une diminution de la consommation de 36% alors que les ventes de cigarettes n'ont diminué que de 11% et même de 8,5% seulement si l'on tient compte des ventes du tabac à rouler [70].

A partir de **1998**, les ventes de tabac ont cessé leur diminution, en raison d'un relâchement de la politique tarifaire, année où l'augmentation moyenne des prix de cigarettes avait été inférieure à 4%.

En **janvier 2003**, le prix du tabac en France a augmenté de 17,7%. Cette augmentation permettra à l'état de gagner 1 milliard d'Euros supplémentaire dont 700 millions iront à la CNAM et 300 millions à la prise en charge des 35 heures.

- Le rôle de la publicité :

Les dépenses sous forme d'achat d'espace en publicité directe et indirecte de l'industrie du tabac ont fortement chuté depuis **1993** (date de l'entrée en vigueur de l'interdiction). Autrement dit, la disparition de la publicité directe et la diminution de 95% pour la publicité indirecte ont également contribué à renforcer la diminution des ventes [30]. Ce résultat a été rendu possible grâce à une intensification des poursuites à l'égard des contrevenants aux interdictions de publicités. Les campagnes de publicité indirecte pour des produits ou des services dits « de diversification » (montres et chaussures Camel, voyages Peter Stuyvesant ...etc.) ont été les principales cibles de ces actions. Ainsi, les trois principaux cigarettiers ont été condamnés pénalement 29 fois en cinq ans. Toutefois les campagnes de promotion illégales persistent (parrainage de soirées étudiantes, cadeaux à gagner ...etc.).

- La protection des non-fumeurs :

Au moment de l'entrée en vigueur des textes portant la limitation de fumer dans les lieux publics le premier novembre 1992, la presse écrite réagit massivement et vivement [51]. Une majorité d'articles reportait que seul une minorité était en faveur de son instauration. A l'inverse, les sondages révélaient un fort niveau d'adhésion des français à cette loi [16, 73]. Ce décalage existant entre la presse et l'opinion est plus basé sur des raisons économiques que morales. En effet, certains journaux sont directement ou indirectement liés à l'industrie du tabac par les circuits de distribution des cigarettes et de la presse. D'autre part, la publicité est un des principaux supports financiers qui unit la presse et l'industrie du tabac. Les interdictions de fumer dans les lieux à usage collectif

bénéficient d'un fort soutien de l'opinion. Ainsi, la majorité des fumeurs réservent des sièges non-fumeurs en TGV.

Tableau 23- Evolution de l'appréciation du respect des zones non-fumeurs selon le lieu. (proportion de personnes jugeant l'interdiction respectée en %)

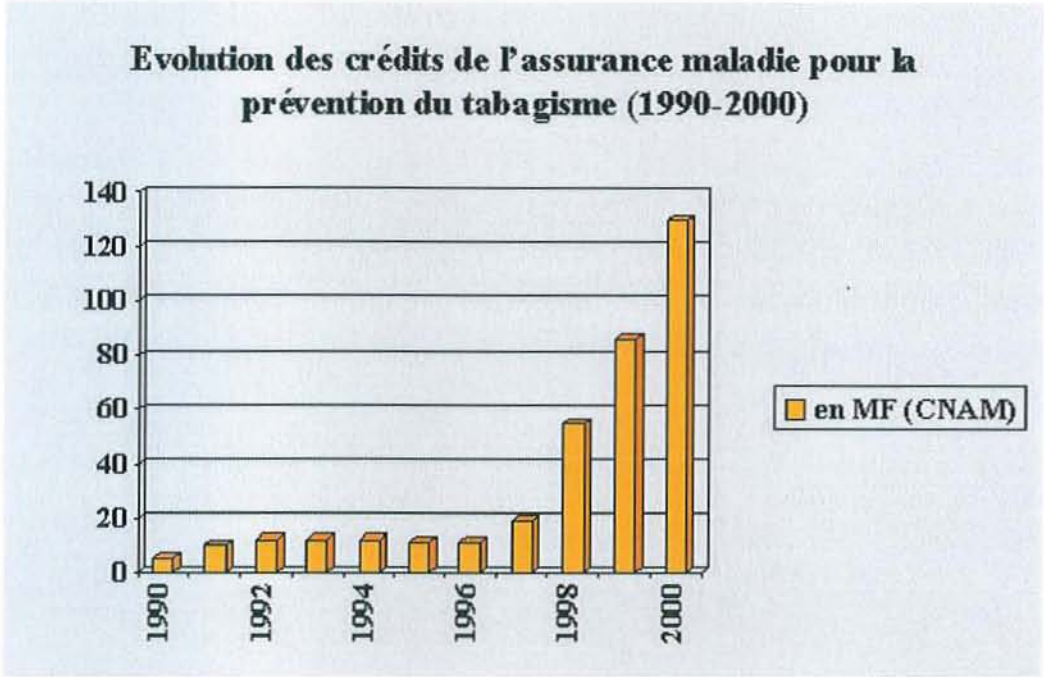
	1993-1994-CFES	1995-CFES	1998-CREDOC	2000-CFES
Lieux de travail	53,8	56,8	61,9	60,3
Transports	53,7	40,1	56,1	45,7
Restaurants	36,1	44,0	40,1	41,2
Bars	12,1	17,2	-	13,2
Gares et métros	-	-	26,9	-
Lieux publics en général	37,2	43,9	-	31,5
Ecole, lycée, université (fumeurs scolarisés ou étudiants seulement)				50,8

- L'effort budgétaire :

Trop longtemps l'éducation et l'information sur le tabagisme sont restées sans rapport avec l'enjeu de santé publique. Ainsi, en 1993, les moyens financiers s'élevaient en France à 4 MF, en 1994 à 2,4 MF et en 1995 à 1,9 MF associés aux 8 MF de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ces dernières années, l'investissement financier des pouvoirs publics a fortement progressé, en particulier dans les budgets de l'assurance maladie. Ainsi, les crédits de lutte contre le tabagisme de la CNAM se sont élevés à près de 130 MF en l'an 2000, contre seulement 5 MF en 1990 (cf. figure 24).

Figure 24- Evolution des crédits de l'assurance maladie pour la prévention du tabagisme.



Cependant, cet engagement reste très en deçà du prélèvement prévention d'au moins 1% des recettes fiscales des ventes de tabac souscrit par le gouvernement français en 1988 lors de la première réunion européenne de l'OMS.

Les Résidents de la Faculté de Médecine de Nancy et le tabac.

I-Introduction :

Le comportement tabagique des Résidents de la Faculté de Médecine de Nancy reste méconnu. Pourtant, il s'agit d'une population qui à court terme, aura des responsabilités importantes, en terme de prévention et d'éducation à la santé.

Des études ont démontré que le statut tabagique des praticiens peut influencer leur niveau d'implication dans la prévention, et qu'un simple conseil à l'arrêt peut favoriser le sevrage de leurs patients [59, 88], d'où l'intérêt de voir si ces étudiants ont un comportement spécifique vis-à-vis du tabac du fait de leur cursus universitaire ou au contraire un comportement semblable aux autres jeunes adultes, à classe d'âge équivalente.

Les conséquences du tabagisme sur la santé ont été formellement démontrées dès les années cinquante et sont maintenant bien connues. Le nombre de décès dû au tabac est estimé aujourd'hui à 548 000 par an dans l'union européenne et 60 000 en France, soit plus d'un décès sur neuf [38] et constitue de ce fait la première cause de mortalité évitable en France.

Au regard de ces données, la prévention reste une priorité.

II-Objectifs :

Les objectifs de cette étude consistent à :

- Evaluer le pourcentage de fumeurs chez les étudiants du troisième Cycle de Médecine Générale selon le niveau de scolarité (Tcem1, Tcem2, Tcem3), le sexe.
- Evaluer dans la même population le pourcentage de fumeurs à l'entrée en faculté de médecine.
- Evaluer le nombre d'étudiants qui ont commencé à fumer au cours de leurs études de médecine.
- Comparer le pourcentage de fumeurs chez les étudiants du troisième Cycle de Médecine Générale, à celui de la population générale.
- Vérifier dans la même population si le fait de faire des études de Médecine a contribué à provoquer le tabagisme, voire une augmentation de la consommation du tabac, ou plutôt à son arrêt.
- Susciter l'intérêt des étudiants du troisième Cycle de Médecine Générale aux conséquences du tabagisme sur la santé et connaître leur attitude vis-à-vis de ce problème lors de l'exercice de leur profession.

III-Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une enquête transversale réalisée auprès des étudiants du troisième Cycle de Médecine Générale inscrits à la Faculté de Médecine de Nancy pour l'année universitaire 2001-2002.

Un questionnaire était remis à chaque étudiant, lors du choix de stage et récupéré immédiatement. L'effectif particulièrement faible des étudiants en Tcem 3, est expliqué par le fait que le questionnaire a été réalisé lors de la session d'été.

Le questionnaire composé de quarante et une questions a permis de recueillir des données socio-démographiques concernant les résidents, leur statut tabagique, niveau de consommation, leur comportement vis-à-vis des patients fumeurs au cours de l'exercice de la profession (questionnaire en annexe).

Seuls, les résidents ayant fumé au cours de leur vie au moins cent cigarettes, ou une quantité équivalente (soit dix grammes) de tabac ont été considérés comme fumeurs (d'après la définition de l'OMS).

L'étude descriptive et analytique uni variée des données a été réalisée en utilisant le logiciel BMDP Statistique.

IV-Résultats :

Le questionnaire a été rempli par 158 étudiants sur 185 inscrits en troisième Cycle de Médecine Générale, soit un taux de réponse de 85,4%.

L'âge médian des étudiants ayant rempli le questionnaire est de 26 ans et le sexe ratio de 0.8 homme par femme.

1-Données socio- démographiques :

Parmi les 158 étudiants interrogés, on compte 55,7% de femmes (soit 88) et 44,3% d'hommes (soit 70).

57% des personnes interrogées sont célibataires, et environ un résident sur deux est originaire d'une grande ville.

Les données socio-démographiques sont exposées dans le tableau 1.

Tableau 1- Données socio-démographiques (exprimées en%).

Niveau De scolarité	Sexe		Age		Statuts (2 sexes)			Origines (2 sexes)		
	H	F	H	F	Célibataires	Marié(e)s	Autres	Grande ville	milieu semi-rural	milieu rural
Tcem 1	44,6%	55,4 %	25 ans	25 ans						
Tcem 2	44,4%	55,6%	27 ans	26 ans	57%	10,7%	32,3%	47,5%	38,6%	13,9%
Tcem 3	41,6%	58,4%	28 ans	28 ans						

2- Statut tabagique des résidents :

Les étudiants ont été classés en non-fumeurs, ex-fumeurs et fumeurs avec deux sous-groupes : fumeurs quotidiens et fumeurs occasionnels.

On appelle non-fumeurs les étudiants qui répondent « non » à la question 6 : « au cours de votre vie, avez-vous déjà fumé au moins 100 cigarettes (5 paquets), ou une quantité équivalente (soit 10 grammes) de tabac ? ».

On appelle ex-fumeurs les étudiants qui répondent « oui » à la question 6, et « oui » à la question 27 : « avez-vous déjà fumé (quotidiennement pendant 30 jours ou plus sans arrêter ? ».

On appelle fumeurs les étudiants qui répondent « oui » à la question 6, puis répondent à la question 9 (cf. questionnaire en annexe).

La question 8, permet de distinguer parmi les fumeurs, les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels.

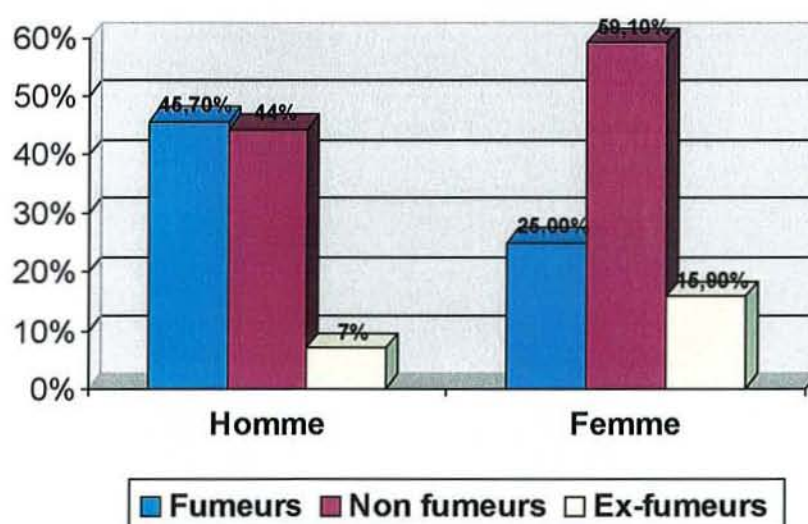
Le taux de prévalence du tabagisme est de 34,2% parmi l'ensemble des résidents (45,7% chez les hommes et 25% chez les femmes), qui se répartissent en 28,5% de fumeurs quotidiens et 5,7% de fumeurs occasionnels; 52,5% des résidents déclarent n'avoir jamais fumé, et 13,3% avoir arrêté.

Le statut tabagique des résidents en fonction du sexe est détaillé dans le tableau 2.

**Tableau 2- Le tabagisme selon les sexes
(Tcem1,Tcem2,Tcem3 groupés).**

Tabagisme	Homme	Femme
Non fumeurs	31 (44,3%)	52 (59,1%)
Ex-fumeurs	7 (10%)	14 (15,9%)
Fumeurs actuels	32 (45,7%)	22 (25%)
Fumeurs quotidiens	27 (38,6%)	18 (20,4%)
Fumeurs occasionnels	5 (7,1%)	4 (4,6%)
Total	100%	100%

Figure 1- Statut tabagique selon les sexes.



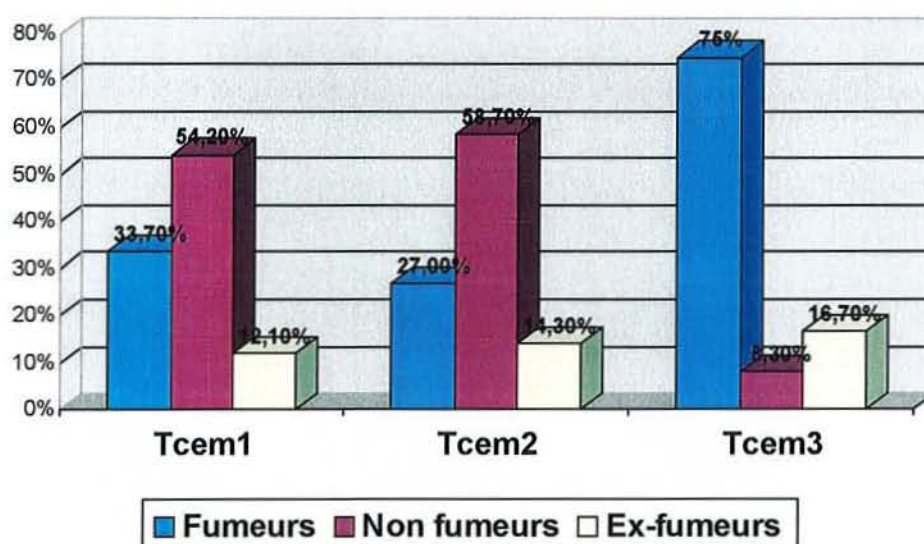
La prévalence du tabagisme est plus importante chez les hommes que chez les femmes (respectivement 45,7% vs. 25%) mais sans que cette différence soit significative.

Le statut tabagique des résidents en fonction du niveau de scolarité est détaillé dans le tableau 3.

Tableau 3- Le tabagisme selon le niveau de scolarité.

	Tcem1	Tcem2	Tcem3
Non fumeurs	45 (54,2%)	37 (58,7%)	1 (8,3%)
Fumeurs actuels	28 (33,7%)	17 (27%)	9 (75%)
Fumeurs quotidiens	23 (27,7%)	15 (23,8%)	7 (58,3%)
Fumeurs occasionnels	5 (6%)	2 (3,2%)	2 (16,7%)
Ex-fumeurs	10 (12,1%)	9 (14,3%)	2 (16,7%)
Total	83 (100%)	63 (100%)	12 (100%)

Figure 2- Statut tabagique selon le niveau de scolarité.



Le pourcentage de fumeurs diminue significativement de tcem1 à tcem2, cependant il augmente en tcem3. Cette augmentation n'est pas significative, du fait de la faible proportion des étudiants de tcem3 pour la raison citée précédemment.

3- Importance du tabagisme :

La consommation des fumeurs quotidiens est en moyenne de 12 cigarettes par jour (12 cigarettes par jour chez les hommes et 11 chez les femmes), les gros

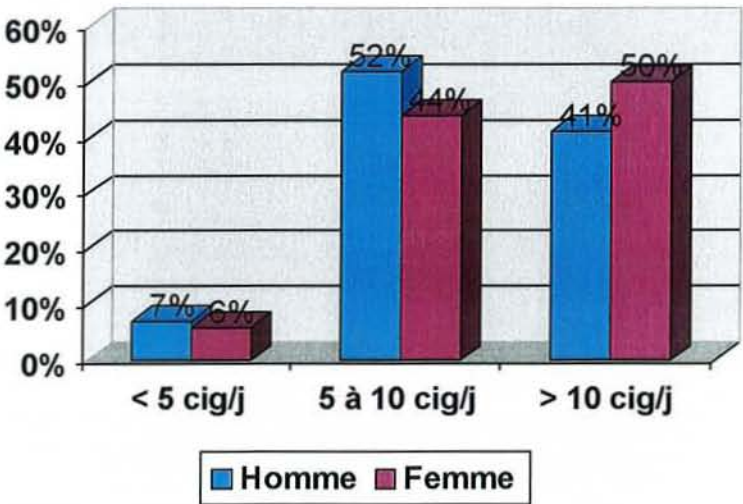
fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour représentent 2% des fumeurs quotidiens), cependant 44% des fumeurs consomment quotidiennement entre 10 et 20 cigarettes.

Le nombre de cigarettes fumées par jour selon le sexe est détaillé dans le tableau 4.

Tableau 4- Nombre de cigarettes fumées par jour selon le sexe.

Nombre de cigarettes par jour	Homme	Femme
< 5 cig /j	2 (7%)	1 (6%)
5 à10 cig /j	14 (52%)	8 (44%)
> 10 cig/j	11 (41%)	9 (50%)
Total	27 (100%)	18 (100%)

Figure 3- Importance du tabagisme selon le sexe.



4- Lieu principal du tabagisme :

Trois réponses sont proposées « chez vous », « à l’hôpital » et « autres » avec possibilité de préciser le lieu.

Les réponses sont représentées dans le tableau 5, où on constate que le lieu principal du tabagisme reste le domicile. Cette remarque est valable aussi bien pour les fumeurs actuels que pour les ex-fumeurs (sans différence entre les deux sexes).

Cependant, chez les fumeurs occasionnels, c’est principalement la troisième proposition qui domine puisqu’elle représente 66,7% des réponses, avec essentiellement les précisions suivantes qui reviennent (sorties, bars, restaurants, tabagisme de convivialité et faculté). A noter également que plus de trois fumeurs sur dix disent fumer principalement à l’hôpital.

Tableau 5- Lieu principal du tabagisme .

Lieu principal du tabagisme.	Chez vous	A l’hôpital	Autres
Fumeurs actuels.	48,65%	35,14%	16,21%
Fumeurs quotidiens.	53,85%	36,9%	9,25%
Fumeurs occasionnels.	11,1%	22,2%	66,7%
Ex- fumeurs.	55,2%	37,9%	6,9%

5- Degrés de dépendance :

62% des fumeurs, déclarent consommer leur première cigarette après 60 minutes du réveil et 20% entre 6 et 30 minutes suivant le réveil, cette précocité de la première cigarette pouvant être interprétée comme un signe de dépendance. Une grande majorité (62%) des fumeurs déclarent fumer leur première cigarette au-delà de 60 minutes après leur réveil. Les filles plus fréquemment que les garçons (78% vs 52%; p < 0.001).

Le degré de dépendance au tabac est précisé par le tableau 6.

Tableau 6- Degrés de dépendance au tabac.

	Homme	Femme	Homme + Femme
Dans les 5 premières minutes	2 (7%)	1 (5,5%)	3 (7%)
Entre 31 et 60 minutes	4 (15%)	1 (5,5%)	5 (11%)
Entre 6 et 30 minutes	7 (26%)	2 (11%)	9 (20%)
Après 60 minutes	14 (52%)	14 (78%)	28 (62%)
Total	27 (100%)	18 (100%)	45 (100%)

6-Type de tabac fumé :

Le type de consommation est précisé par le tableau 7 montrant la préférence donnée à la cigarette. Toutefois, un fumeur sur deux consomme occasionnellement du cannabis, cette proportion étant la même chez les fumeurs quotidiens et occasionnels, et respectée également chez les deux sexes.

Tableau 7-Type de consommation (les deux sexes réunis).

Type de consommation	Cigarettes	Pipes	Cigares	Tabac non fumé	Cannabis	Autres produits Fumés ou inhalés ne comportant pas de tabac
Nombre de fumeur	54	6	16	0	26	2

7-Début du tabagisme :

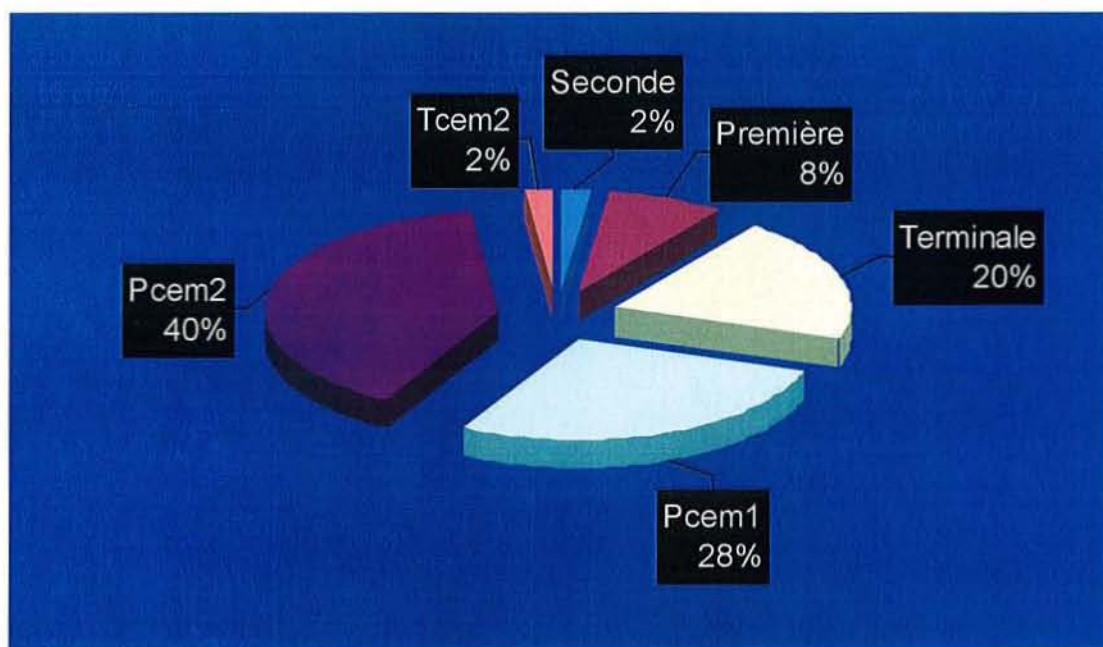
L'âge moyen du début du tabagisme est de 19 ans chez les deux sexes, cependant sept étudiants sur dix ont commencé à fumer au cours des études médicales.

Le niveau de scolarité au moment du début du tabagisme est détaillé dans le tableau 8.

Tableau 8-Début du tabagisme selon le niveau de scolarité.

Niveau de scolarité	Seconde	Première	Terminale	Pcem1	Pcem2	Tcem2
Nombre de fumeurs	1 (2%)	4 (8%)	10 (20%)	14 (28%)	20 (40%)	1 (2%)

Figure 4-Début du tabagisme selon le niveau de scolarité.



7A- Les raisons de devenir fumeur :

Ce paragraphe concerne aussi bien les fumeurs (question 14 : Qu'est-ce qui vous a incité à devenir fumeur (euse) ?), que les ex-fumeurs (question 32 : Qu'est-ce qui vous a incité à fumer ?). les réponses sont représentées dans le tableau 9.

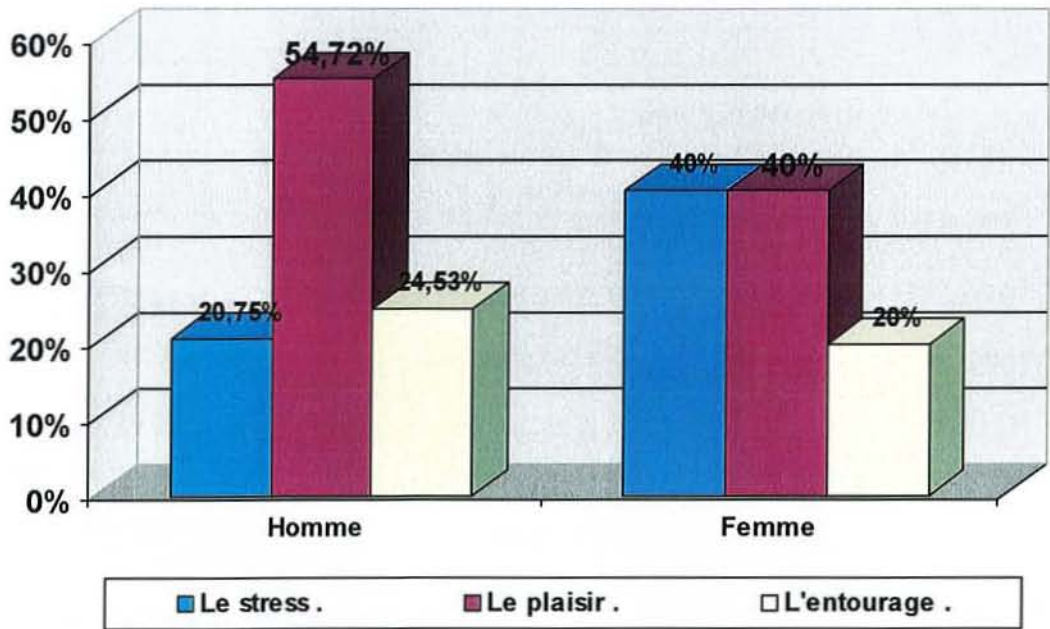
On constate que pour plus de quatre étudiants sur dix (fumeurs et ex-fumeurs, les deux sexes réunis) fumer c'est d'abord un plaisir.

Ce comportement vis-à-vis du tabac est différent selon le sexe puisque chez les femmes, c'est plutôt par le stress qu'elles justifient l'entrée dans le monde des fumeurs (40% vs 20,75 chez les hommes). (cf. Figure 5)

Tableau 9-Les raisons de devenir fumeur. (Chez les fumeurs actuels, les deux sexes réunis)

	Le stress	Le plaisir	L'entourage	Total
Fumeurs actuels.	28,2%	48,7%	23,1%	100%
Fumeurs quotidiens.	29%	47,8%	23,2%	100%
Fumeurs occasionnels.	22,3%	55,5%	22,2%	100%
Ex - fumeurs.	36,6%	43,4%	20%	100%

Figure 5- Les raisons de devenir fumeur (selon le sexe).



7B- Les raisons de poursuivre le tabagisme :

La question 15 : « qu'est ce qui vous incite à continuer de fumer ? », concerne uniquement les fumeurs actuels.

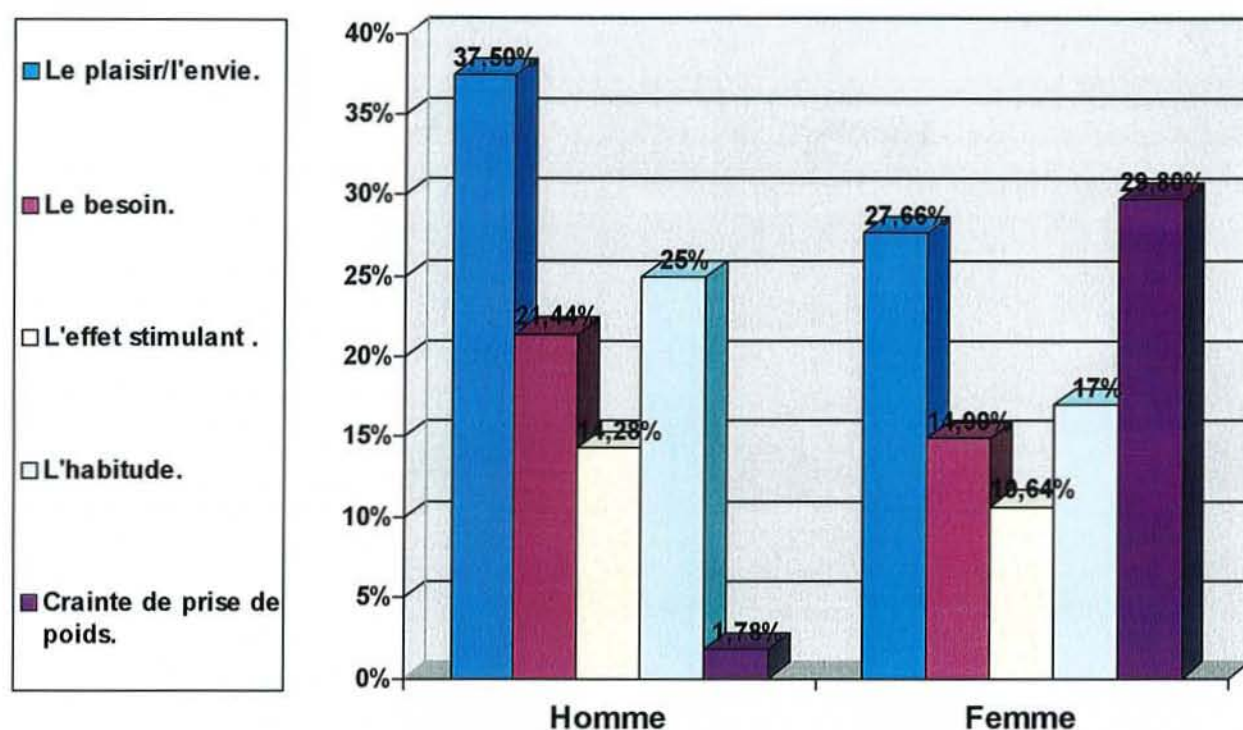
On constate qu’environs quatre étudiants sur dix répondent « le plaisir / l’envie », cette proportion est plus importante chez les fumeurs occasionnels (100% vs 33% chez les fumeurs occasionnels). (cf. tableau 10).

Toutefois, il est important de souligner que chez les fumeurs quotidiens de sexe féminin, c’est la crainte de prise de poids qui constitue la raison majeure de poursuivre le tabagisme puisque c’est le cas chez environ trois fumeuses sur dix. (cf. Figure 6)

Tableau 10 -Les raisons de poursuivre le tabagisme .

Les raisons de poursuivre le tabagisme.	Le plaisir / L’envie.	Le besoin.	L’effet stimulant.	L’habitude.	Crainte de prise de poids.	Total.
Fumeurs.	38,4%	16,95%	11,6%	19,65%	13,4%	100%
Hommes.	42,6%	19,7%	13,1%	22,95%	1,65%	100%
Femmes.	33,3%	13,7%	9,8%	15,75%	27,45%	100%
Fumeurs quotidiens.	33%	18,46%	12,62%	21,36%	14,56%	100%
Hommes.	37,5%	21,44%	14,28%	25%	1,78%	100%
Femmes.	27,66%	14,9%	10,64%	17%	29,8%	100%
Fumeurs Occasionnels.	100%	0%	0%	0%	0%	100%
Hommes.	100%	0%	0%	0%	0%	100%
Femmes.	100%	0%	0%	0%	0%	100%

Figure 6- Les raisons de poursuivre le tabagisme chez les fumeurs quotidiens (selon le sexe).



8-Tabagisme de l'entourage :

25% des étudiants interrogés n'ont aucun fumeur dans l'entourage (sans tenir compte du statut tabagique, ni du sexe), ce pourcentage est plus important chez les non-fumeurs puisqu'il est de 38,85% (46,78% chez les femmes contre 26,84% chez les hommes). A noter également qu'une fumeuse sur deux a un compagnon fumeur.

Le tabagisme de l'entourage selon le sexe et le statut tabagique est représenté par le tableau 11.

Tableau 11 –Le tabagisme de l’entourage selon le sexe et le statut tabagique .

Tabagisme de l’entourage.	Père.	Mère.	Frère (s) et sœurs (s).	Compagne, compagnon	Aucun.
Homme.	36,08%	12,37%	12,37%	20,62%	18,56%
Fumeurs.	41,3%	8,7%	13,05%	21,74%	15,21%
Non fumeurs.	21,95%	17,07%	14,64%	19,5%	26,84%
Ex- fumeurs.	70%	10%	0 %	20%	0%
Femme.	23,36%	9,35%	11,2%	25,24%	30,85%
Fumeuses.	21,74%	8,7%	21,74%	47,82%	0%
Non fumeuses.	22,58%	8,06%	8,06%	14,52%	46,78%
Ex- fumeuses.	27,27%	13,63%	9,1%	31,8%	18,2%
Homme + femme	29,42%	10,78%	11,76%	23,04%	25%

9-Tentatives de sevrage :

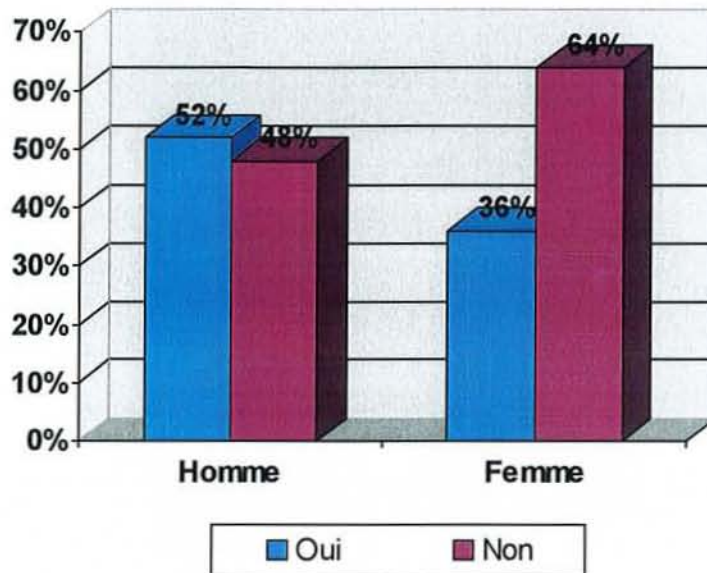
A la question : « Avez-vous déjà essayé d’arrêter de fumer des cigarettes ? », les réponses des fumeurs sont données au tableau 12 où l’on voit qu’environ un étudiant sur deux a déjà fait une tentative d’arrêt du tabac. Ce résultat se décline en 45% des fumeurs quotidiens et 50% des fumeurs occasionnels.

Ce taux est beaucoup plus bas chez les fumeurs quotidiens de sexe féminin, où on constate que seulement une étudiante sur trois a fait une tentative.

Tableau 12-Tentatives de sevrage (les deux sexes réunis).

Tentative d’arrêt	OUI	Non	Total
Fumeurs quotidiens	45%	55%	100%
Fumeurs occasionnels	50%	50%	100%

Figure 7- Tentatives de sevrage selon le sexe.



Le nombre moyen de tentatives d'arrêt est de deux ; ce chiffre se vérifie chez les fumeurs quotidiens et occasionnels, pour les deux sexes.

La question 18 concernant la durée maximum de réussite de chaque tentative n'est pas exploitable en raison de la diversité des réponses et du nombre des données manquantes.

Quant au traitement auquel ont eu recours les fumeurs, 44% ont utilisé un substitut nicotinique (gommes ou timbres en proportions équivalentes) contre 56% qui n'ont utilisé aucun traitement.

A la question 20 : « Eprouvez-vous actuellement l'envie d'arrêter de fumer ? », les réponses n'ont qu'une valeur d'allégations. Elles sont purement subjectives, mais elles ne sont pas sans significations; on constate que 62% des fumeurs répondent oui. Ce pourcentage est de 70% chez les fumeurs quotidiens et de 20% chez les fumeurs occasionnels. Le fait de fumer n'est pas une

situation définitive ; c'est donc une invitation à renforcer cette position du fumeur en vue d'un sevrage.

D'autre part, on peut imaginer que les fumeurs occasionnels ne se sentent pas concernés par le problème de dépendance au tabac ; ce qui pourrait expliquer la faible proportion (2 étudiants sur 10) de résidents souhaitant arrêter de fumer actuellement.

10-Les raisons de ne plus fumer :

A la question 21 : « Pour quelle (s) raison (s), arrêteriez-vous de fumer ? », les réponses des fumeurs sont représentées dans le tableau 10, où on constate que neuf étudiants sur dix répondent : « la connaissance des pathologies liées au tabac ». Cette proportion est respectée chez les fumeurs quotidiens et occasionnels, pour les deux sexes. Ceci peut laisser supposer que les étudiants sont bien conscients des risques liés au tabac, à noter également que le terme « dépendance » a été souvent cité en particulier chez les fumeurs quotidiens.

La deuxième raison pour laquelle les étudiants arrêteront de fumer est variable selon le sexe. Chez les hommes, c'est « pour donner l'exemple (futur médecin) », où on constate que pour un résident sur deux, fumer est mal perçu par la société surtout quand on est médecin. Chez les femmes, c'est plutôt une grossesse (huit réponses sur dix).

Les raisons économiques occupent la dernière place avec seulement 8% de réponses, pour les deux sexes.

Quant à la raison « gêne à l'entourage », elle concerne environ quatre étudiants sur dix, en particulier les fumeurs occasionnels (50% contre 35,5% chez les fumeurs quotidiens).

Tableau 13- Les raisons de ne plus fumer (les deux sexes réunis).

Raisons de ne plus fumer	Réponses (en pourcentage)
La connaissance des pathologies liés au tabac.	90%
Les raisons économiques.	8%
Gêne à l'entourage.	37%
Pour donner l'exemple (futur médecin).	50%
Grossesse.	35%
Naissance.	52%
Autres : la dépendance	8%

Les raisons de ne plus fumer selon le sexe sont représentées par les figures 8 et 9.

Figure 8- Les raisons de ne plus fumer chez les hommes.

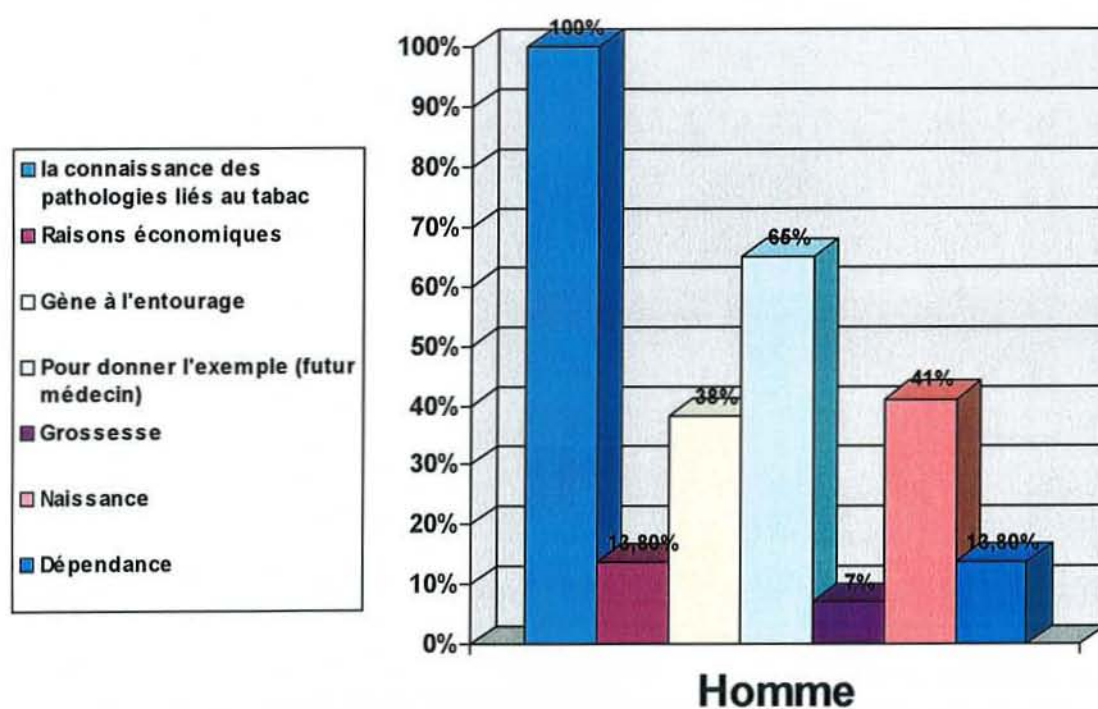
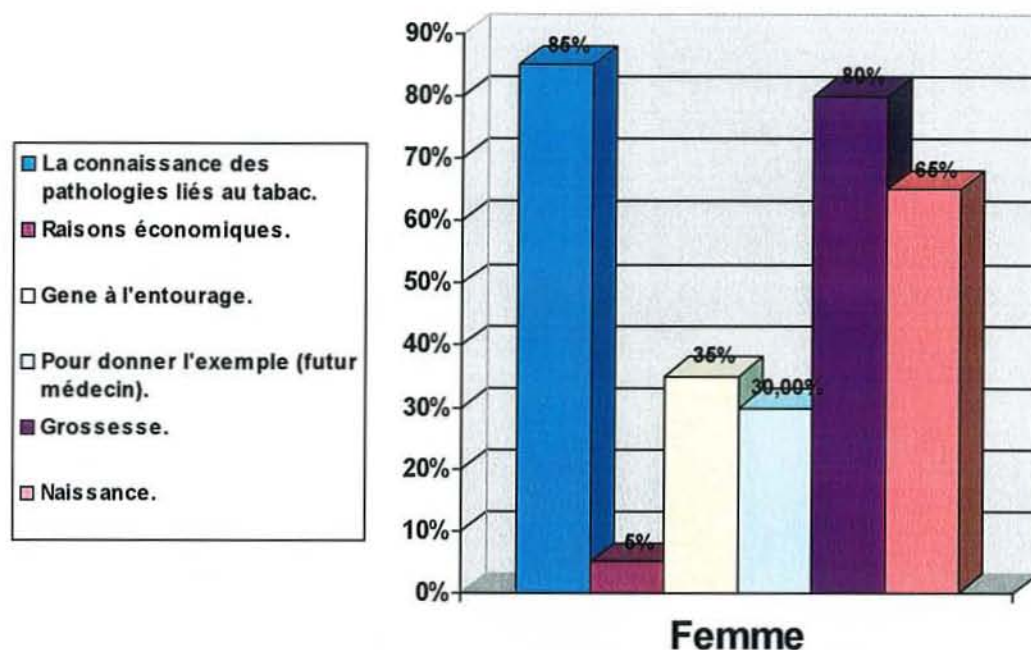


Figure 9- Les raisons de ne plus fumer chez les Femmes.

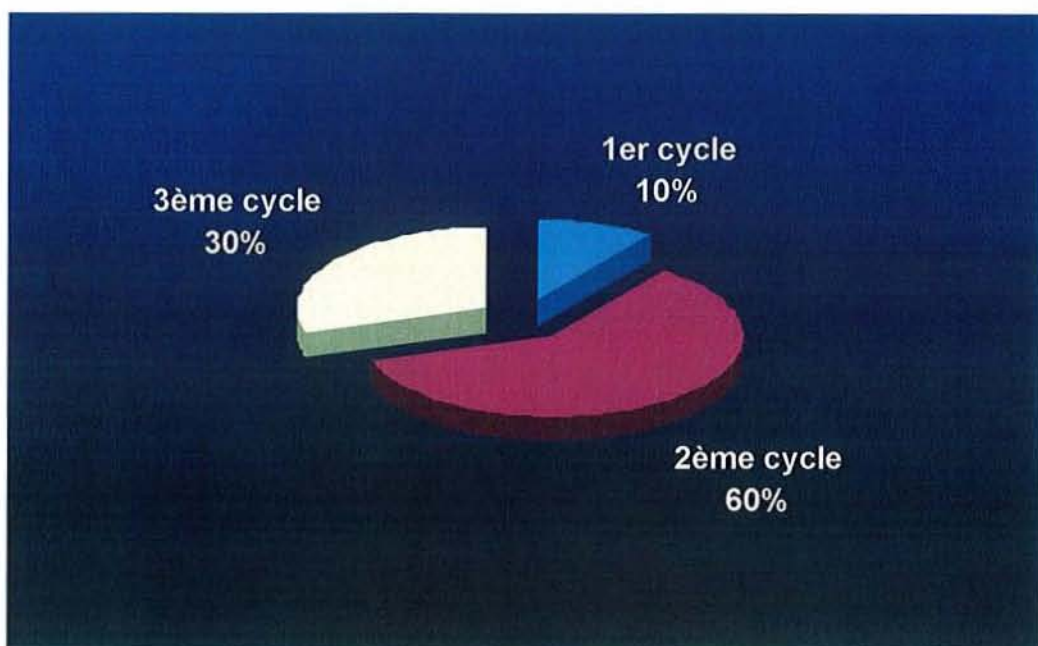


11- Les résidents et l'arrêt du tabac :

Ce paragraphe concerne les ex-fumeurs. En effet, l'âge moyen du début du tabagisme est de 19 ans chez les deux sexes, et celui de l'arrêt est de 25 ans, ce qui correspond à une durée moyenne de tabagisme de six ans. C'est également la durée des études médicales des premier et deuxième cycles, si on considère que la médiane d'âge en pcem1 est de 19 ans.

Toutefois, on constate que six étudiants sur dix ont arrêté de fumer au cours du deuxième cycle de médecine contre trois sur dix qui ont arrêté en troisième cycle (cf. figure 10).

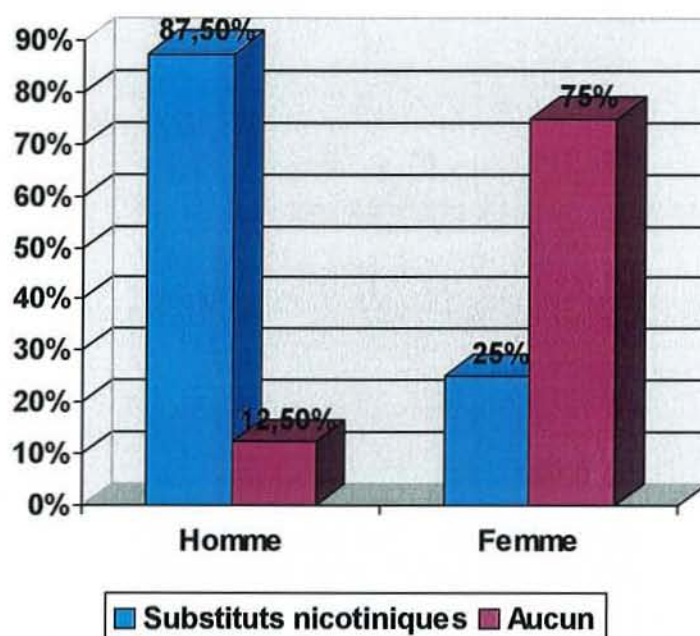
Figure 10- Arrêt du tabagisme chez les ex-fumeurs selon le niveau de scolarité.



Le nombre moyen de tentatives d'arrêt échouées est de deux chez les deux sexes, c'est donc qu'à la troisième tentative que 50% des ex-fumeurs a réussi à arrêter le tabac.

Quant au traitement auquel ont eu recours les ex-fumeurs, un étudiant sur deux a utilisé les substituts nicotiniques, l'autre moitié n'ayant utilisé aucune médication. Cependant, cette proportion n'est pas respectée chez les deux sexes puisque seulement trois étudiantes sur dix ont eu recours à des substituts nicotiniques contre huit sur dix chez les hommes (cf. figure 11).

Figure 11- Traitement de recours pour l'arrêt du tabac chez les ex-fumeurs selon le sexe.



A la question 35 : « pour quelle (s) raison (s) avez-vous arrêté de fumer ? », les réponses par ordre de fréquence sont représentées dans le tableau 14, montrant que plus de six étudiants sur dix répondent : « la connaissance des pathologies liées au tabac », ce qui pourrait conforter notre hypothèse évoquée précédemment chez les fumeurs à propos des connaissances sur les risques liés au tabagisme. A noter également que 60% des ex-fumeurs pensent qu'un futur médecin doit donner l'exemple et ne pas fumer.

Tableau 14- Les raisons d'arrêt du tabac chez les ex-fumeurs (les deux sexes réunis).

Raisons d'arrêt du tabac	Réponses (en pourcentage)
La connaissance des pathologies liées au tabac.	65%
Les raisons économiques.	20%
Gêne à l'entourage.	45%
Pour donner l'exemple (futur médecin).	60%
Grossesse.	20%
Naissance.	0%
Autres : la dépendance	5%

A la question 40 : « Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation actuelle », plus de huit ex-fumeurs sur dix ont arrêté de fumer depuis plus de six mois contre moins de deux sur dix depuis moins de six mois (85,7% vs 14,3%).

12- Le tabagisme et les études médicales :

Huit fumeurs sur dix pensent que leur tabagisme a augmenté au cours des études de médecine. Ce taux est beaucoup plus bas chez les fumeurs occasionnels (trois fumeurs sur dix). (cf. tableau 15)

Six fumeurs sur dix voient leur tabagisme augmenté au cours des gardes contre quatre en période d'examen ; cette proportion est respectée chez les deux sexes.

Tableau 15-Evolution du tabagisme au cours des études médicales(les deux sexes réunis).

Pensez-vous que votre tabagisme a augmenté au cours des études de médecine ?	Oui	Non	Total
Fumeurs actuels	79%	21%	100%
Fumeurs quotidiens	87%	13%	100%
Fumeurs occasionnels	30%	70%	100%
Ex-fumeurs	80%	20%	100%

13-Le comportement tabagique des résidents dans l'avenir :

A la question 25 : « Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation actuelle », les réponses sont représentées dans le tableau 16 où on constate que plus de six fumeurs sur dix (les deux sexes réunis) expriment qu'ils envisagent sérieusement d'arrêter, mais qu'ils n'ont pas encore décidé quand.

Cette proportion est légèrement plus élevée chez les hommes (69% vs 60%) chez les femmes) mais sans que cette différence ne soit significative. Ceci revient donc à supposer encore une fois que le fait de fumer n'est pas une situation définitive.

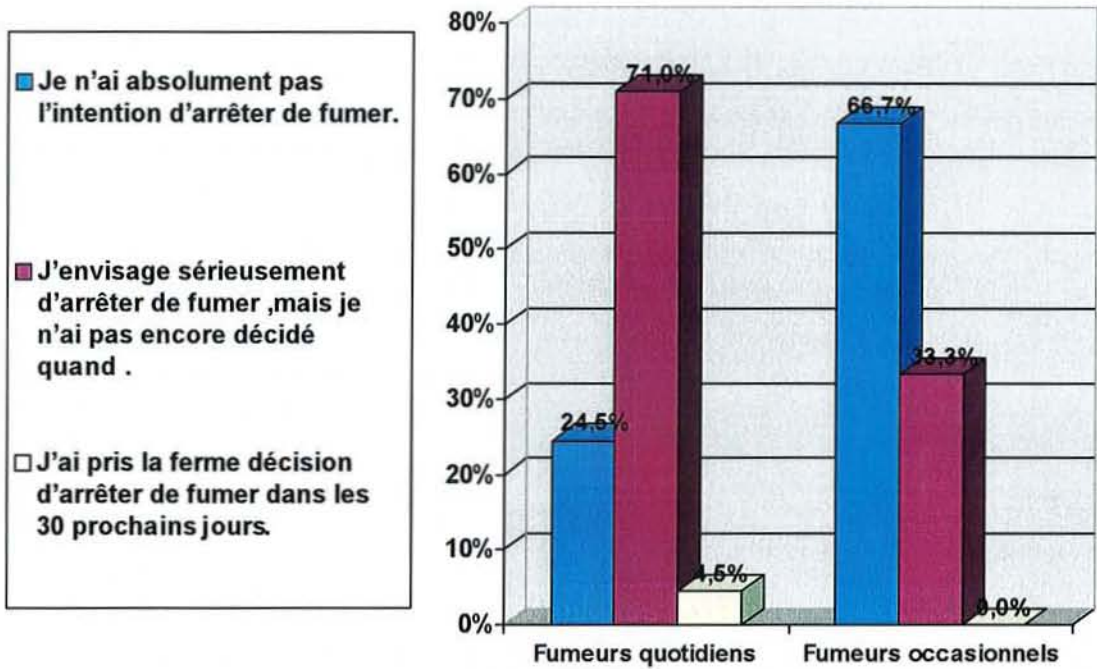
A noter également que le comportement tabagique des étudiants dans l'avenir n'est pas identique chez tous les fumeurs, puisque plus de six fumeurs occasionnels sur dix n'ont absolument pas l'intention d'arrêter de fumer (cf. figure 12).

Tableau 16- Le comportement tabagique des résidents dans l'avenir selon le sexe.

Comportement tabagique dans l'avenir	Homme	Femme	Les deux sexes réunis.
Je n'ai absolument pas l'intention d'arrêter de fumer.	25%	40%	31,4%
J'envisage sérieusement d'arrêter de fumer, mais je n'ai pas encore décidé quand.	69%	60%	64,8%
J'ai pris la ferme décision d'arrêter de fumer dans les 30 prochains jours.	6%	0%	3,8%
Total des réponses.	100%	100%	100%

A la question 26 : « Quelles sont, à votre avis, vos chances d'arrêter de fumer ? », avec une échelle graduée de 0 à 100%, les réponses sont purement subjectives mais elles ne sont pas sans signification puisqu'elles nous donnent une idée sur le degré de motivation d'arrêter le tabac.

Figure 12- Le comportement tabagique dans l'avenir chez les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels.



Plus d'un étudiant sur deux pense avoir plus de 80% de chances d'arrêter de fumer (56,25% chez les hommes vs 50% chez les femmes). Ce taux est plus élevé chez les fumeurs occasionnels que chez les fumeurs quotidiens (88,9% vs 46,7%). (cf. tableau 17).

Un fumeur sur dix estime avoir une chance sur dix d'arrêter de fumer. Il s'agit des gros fumeurs avec une consommation moyenne quotidienne de vingt cigarettes.

Tableau 17- Les chances d'arrêt du tabac chez les fumeurs (les deux sexes réunis).

	0 à 20%	20 à 50%	50 à 80%	80 à 100%
Fumeurs actuels.	11,1%	11,1%	24,1%	53,7%
Fumeurs quotidiens.	13,3%	13,3%	26,7%	46,7%
Fumeurs occasionnels.	0%	0%	11,1%	88,9%

14-Attitude des résidents vis-à-vis du tabagisme des patients :

« Au cours de votre future carrière professionnelle, avez-vous l'intention de mettre en garde vos patients vis-à-vis des risques liés au tabagisme ? ». C'est là une question fondamentale, car l'étudiant va exprimer ce qu'il pense de sa future conduite professionnelle.

Trois réponses étaient proposées : les résultats sont représentés dans le tableau 18 selon que l'étudiant allègue intervenir « systématiquement », « si le patient le demande » ou « en cas de symptômes ou de pathologies liées au tabagisme ».

Plus de sept étudiants sur dix (les deux sexes réunis) disent mettre en garde systématiquement leurs patients vis-à-vis des risques liés au tabac, cette proportion n'est pas respectée chez les deux sexes (69,32% chez les femmes contre 80% chez les hommes).

Tableau 18- Attitudes des résidents vis à vis du tabac (selon le sexe).

Attitudes vis-à-vis du tabac.	Systématiquement.	Si le patient le demande.	En cas de symptômes ou de pathologies liées au tabagisme.	Total.
Homme	80%	11,42%	8,58%	100%
Femme	69,32%	10,22%	20,46%	100%
Les deux sexes réunis	74,05%	10,76%	15,19%	100%

La future conduite professionnelle des résidents selon le statut tabagique est représentée par le tableau 19. On constate que plus de huit résidents sur dix (chez les fumeurs et ex-fumeurs) disent mettre en garde systématiquement leurs

patients vis-à-vis des risques liés au tabac contre moins de sept résidents sur dix chez les non-fumeurs.

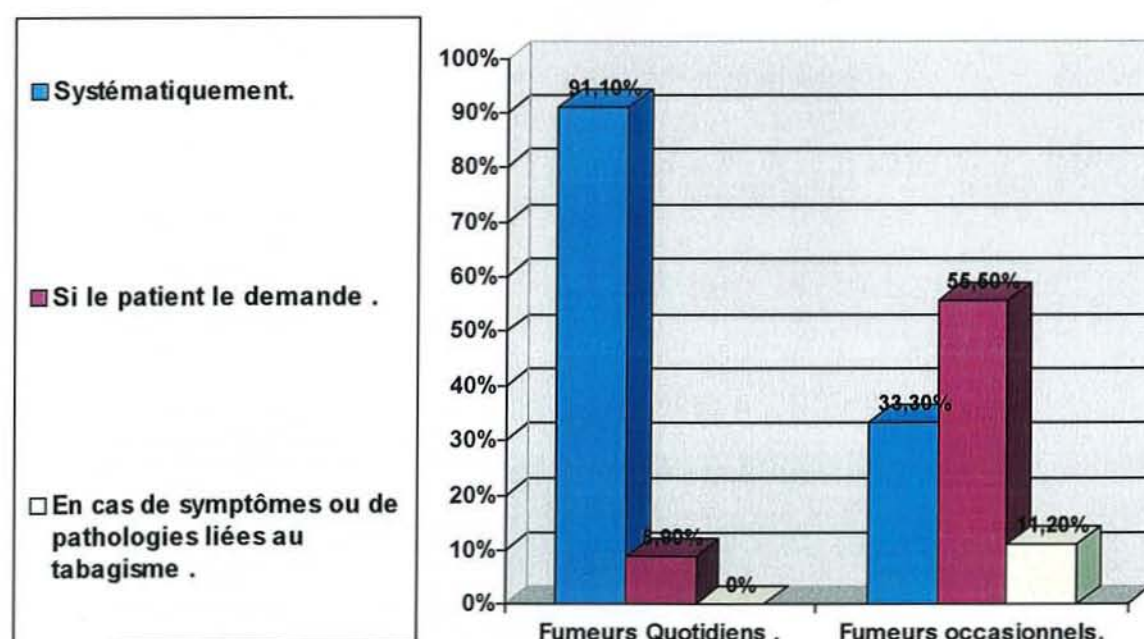
On constate également que ce sont les fumeurs occasionnels qui sont les moins sensibilisés vis-à-vis des risques liés au tabagisme puisque seulement 33,3% disent évoquer ce problème systématiquement contre 55,5% si le patient le demande. (cf. figure 13).

Le niveau de scolarité ne semble pas modifier cette attitude.

Tableau 19- Attitudes des résidents vis-à-vis du tabac (selon le statut tabagique).

Attitudes vis-à-vis du tabac	Systématiquement.	Si le patient le demande.	En cas de symptômes ou de pathologies liées au tabagisme.	Total.
Fumeurs.	81,49%	16,66%	1,85%	100%
Fumeurs quotidiens.	91,1%	8,9%	0%	100%
Fumeurs occasionnels.	33,3%	55,5%	11,2%	100%
Ex-fumeurs.	80,95%	4,76%	14,29%	100%
Non-fumeurs.	68,68%	8,42%	22,9%	100%

Figure 13- Attitudes des fumeurs vis à vis du tabagisme des patients.



15- Le tabagisme passif :

La question 41 : « A quel endroit estimez-vous être le plus exposé au tabagisme des autres ? », a été posée aux non-fumeurs et aux ex-fumeurs. Trois réponses ont été proposées « chez vous », « à l'hôpital » et « autres » avec possibilité de préciser l'endroit.

Plus de trois étudiants sur dix estiment être le plus exposés au tabagisme des autres à l'hôpital, cette proportion est à peu près identique chez les deux sexes, et variable selon le statut tabagique. 41,68% des ex-fumeurs pensent être le plus exposés au tabagisme passif à l'hôpital contre 33,74% chez les non-fumeurs. (cf. tableau 20). Plus de quatre étudiants sur dix ont répondu « autres », avec comme précision « les lieux publics, les soirées, bars, restaurants ».

Tableau 20- Lieu principal d'exposition au tabagisme des autres (selon le sexe et le statut tabagique des étudiants).

Lieu d'exposition au tabagisme des autres.	Chez vous.	A l'hôpital.	Autres.
Hommes.	24,39%	39,02%	36,59%
Non fumeurs.	29,03%	32,26%	38,71%
Ex- fumeurs.	10%	60%	30%
Femmes.	27,27%	33,33%	39,4%
Non fumeuses.	23,07%	34,62%	42,31%
Ex- fumeuses.	42,85%	28,58%	28,57%
Hommes + Femmes	26,17%	35,52%	38,31%

V-Discussion :

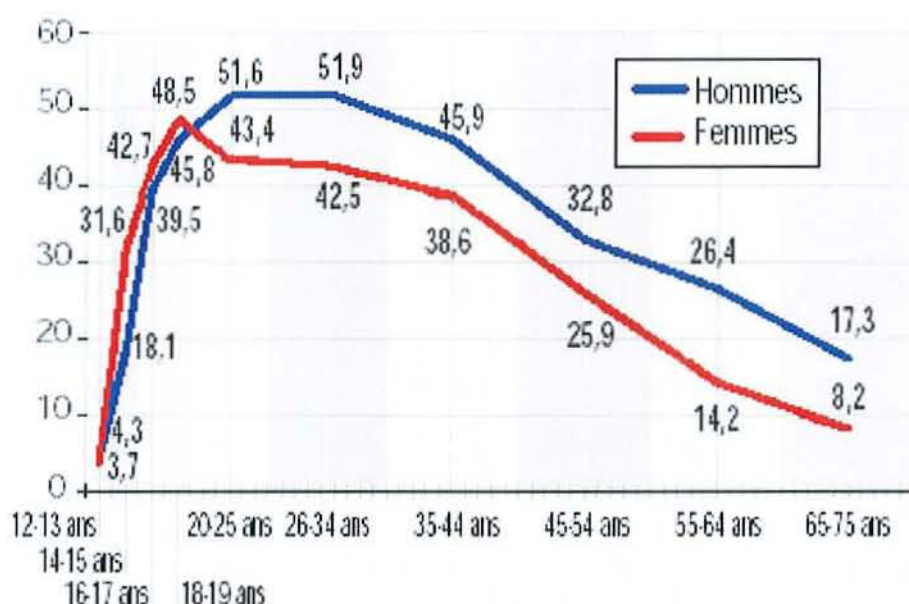
Cette étude a été réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire, méthode validée par certaines études. Toutefois les enquêtes basées sur le déclaratif des individus peuvent conduire à des sous-estimations [10, 14]. La différence entre le déclaratif et le comportement effectif a été peu étudiée en France (cela nécessiterait des études comparatives sur la base de marqueurs biologiques comme le monoxyde de carbone).

Patrick et col. montrent, dans le cadre d'une meta-analyse, que le dosage de la cotinine plasmatique permet d'augmenter la sensibilité et la spécificité des résultats des enquêtes par auto-questionnaires et chez les étudiants [76].

Dans cette enquête, réalisée auprès de 158 étudiants inscrits en troisième Cycle de Médecine Générale à la Faculté de Nancy pour l'année universitaire 2001-2002, le taux de prévalence du tabagisme (quotidien et occasionnel) est de 34,2% (45,7% chez les hommes et 25% chez les femmes).

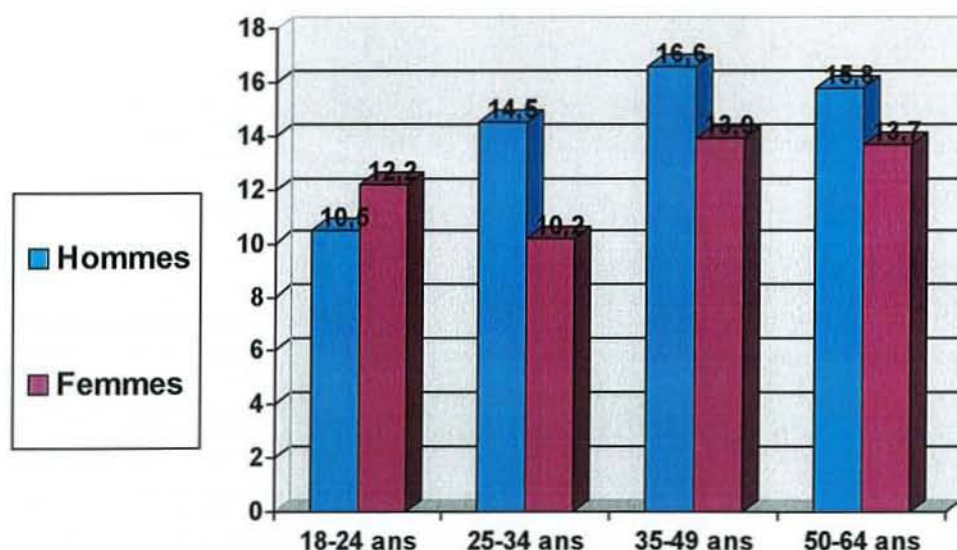
Plusieurs études françaises rapportent des prévalences du tabagisme supérieures à 45% chez les étudiants en médecine (n'exerçant pas véritablement, et généralement plus jeunes), et proches de 35% chez les médecins généralistes [52, 85, 91, 93]. La prévalence observée dans notre étude est beaucoup plus proche de celle des médecins en activité que celle des étudiants, ce qui correspond bien à la situation réelle d'un résident. Elle est par ailleurs plus faible que celle observée dans une population d'âge comparable, soit 42,5% chez les femmes et 51,9% chez les hommes (Baromètre Santé BVA-CFES 2000). (cf. figure 14).

Figure 14- Prévalence du tabagisme selon l'âge et le sexe [7].



Les quantités fumées sont légèrement plus importantes chez les hommes (12 vs 11 chez les femmes), mais restent plus faibles par rapport à celles déclarées en France (15,3 chez les hommes et 13 chez les femmes) [15]. (cf. figure 15).

Figure 15- Quantités de tabac fumées régulièrement selon l'âge et le Sexe [31].



Les deux sexes ont à peu près le même tabagisme : fait déjà connu et décrit dans des études antérieures [33].

L'âge du début du tabagisme est en moyenne de 19 ans, en France de 19,4 ans [89]. Toutefois, la tendance à une plus grande précocité d'un usage régulier de la cigarette constatée dans des enquêtes antérieures [7], ne se confirme pas dans notre étude, ceci en faisant l'hypothèse que les souvenirs ne sont pas biaisés par un « effet mémoire », puisque chez les 25-34 ans, il est de 17,7 ans pour les hommes et 17,8 ans pour les femmes (cf. figure 16-17) [7].

Figure 16- Age de la première cigarette et du début de l'usage régulier pour les hommes selon les années de naissance.

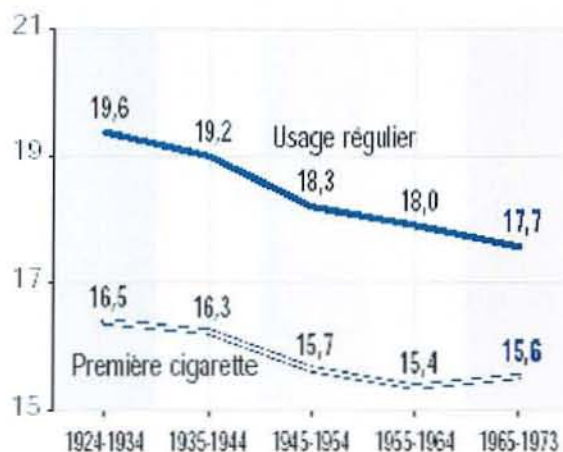


Figure 17- Age de la première cigarette et du début de l'usage régulier pour les femmes selon les années de naissance.



A signaler également que sept étudiants sur dix ont commencé à fumer au cours des études médicales, les trois autres étant déjà fumeurs à l'entrée en faculté de médecine. Tous les ex-fumeurs ont arrêté la consommation de tabac pendant leur cursus, c'est un fait qui comporte des aspects positifs. Le fumeur « établi » à 15 ans est un ex-fumeur potentiel [67, 82,91].

D'autre part, les fumeurs ne se voient pas comme des fumeurs définitifs puisque plus de six résidents sur dix disent envisager l'arrêt définitif du tabac. C'est une position affirmée à retenir, qui lance une invitation à renforcer cette position du fumeur en vue d'un sevrage, mais à prendre également avec prudence, vu les limites des enquêtes basées sur le déclaratif des individus (gratification donnée à l'enquêteur ?).

Le type de tabac fumé reste principalement les cigarettes, en particulier chez les fumeurs quotidiens, les cigares concernent essentiellement les fumeurs occasionnels.

Un fumeur sur deux consomme occasionnellement du cannabis. S'il est clair que le cannabis est très souvent fumé en même temps que le tabac, les raisons de cette association ne le sont pas [61, 69]. En fait, l'usage du cannabis se développe essentiellement chez les fumeurs de tabac [60]. La dépendance tabagique constitue un facteur de risque statistique non négligeable pour l'entrée voir l'entretien d'autres dépendances. On peut se demander si l'association ne reflète pas simplement la similitude du mode d'usage, et aussi si, du fait de sa moindre disponibilité et du prix plus élevé, le fait de le mêler à du tabac ne serait pas une façon de l'utiliser plus économiquement. Ce sentiment peut être conforté par les rares études sur les relations entre le fait de fumer du cannabis et du tabac [68].

Le lieu principal du tabagisme reste le domicile. Toutefois trois résidents sur dix disent fumer principalement à l'hôpital. La faculté a été très peu citée (2%), en effet sous l'impulsion du Professeur Jacques ROLAND (Doyen de la faculté de Médecine), du Professeur Yves MARTINET et avec l'aide des représentants des étudiants, la faculté de Médecine de Nancy est une faculté sans tabac.

Les résidents sont conscients que le tabagisme est une question de santé publique, et plus de sept étudiants sur dix déclarent interroger systématiquement les patients sur leur consommation tabagique, ce qui peut s'expliquer :

- D'une part, par le fait qu'ils sont dans une approche généraliste de la médecine, où le tabagisme et sa prévention sont une préoccupation importante, contrairement à d'autres études effectuées dans les régions Île-de-France et Rhône-Alpes [85] qui montraient que les internes en première partie de cursus avaient tendance à plus s'impliquer sur le thème du tabagisme. A l'inverse, les internes plus âgés soignant des pathologies qui ne sont pas particulièrement liées au tabagisme avaient tendance à s'éloigner de cette optique de prévention.
- D'autre part, par une sensibilisation plus importante des promotions de résidents les plus récentes. Cette sensibilisation peut être liée à une importance accrue de l'enseignement du tabagisme en deuxième cycle (inclus dans le module toxicomanie), et en troisième Cycle de Médecine Générale.

Une analyse plus fine du comportement des résidents vis-à-vis du tabagisme de leurs patients montre que, seulement pour moins de deux étudiants sur dix, cette interrogation n'est systématique qu'en cas de pathologies liées au tabac. La majorité des résidents se place donc dans une logique de prévention primaire.

Toutefois, et malgré l'importance qu'ils accordent aux risques liés au tabagisme, les techniques d'aide au sevrage paraissent être méconnues, puisque seulement quatre étudiants sur dix ont eu recours aux substituts nicotiniques lors de leurs tentatives de sevrage. Ceci peut être expliqué par le manque de formation en techniques d'aide au sevrage tabagique d'où l'intérêt

d'enseignement allant dans ce sens (une séance de formation sur la prise en charge du sevrage tabagique a été incluse en Tcem 3).

Une étude suisse a montré que dans un groupe de médecins ayant suivi une formation spécifique sur le sevrage tabagique, le pourcentage de réussite d'arrêt du tabac était significativement plus important que dans le groupe témoin (13 % vs 5 %) [2, 18]. Cette étude témoigne de l'intérêt qu'il y a à former les futurs médecins à la prise en charge des fumeurs. Il s'agit aussi bien de leur apprendre à repérer les fumeurs (statut tabagique des patients), à sensibiliser ceux-ci à l'intérêt d'un arrêt aussi précoce que possible (conseil minimal), que de les former aux différents moyens, qu'il s'agisse des techniques cognitives et comportementales ou des moyens pharmacologiques.

Quant aux raisons de ne plus fumer, cette enquête montre l'importance qu'accordent les résidents à leur comportement tabagique dans leur activité médicale, puisque 50% des interrogés pensent que « donner l'exemple de futur médecin » constitue un motif valable pour arrêter de fumer [53]. Une telle attitude du corps médical pourrait pourtant permettre de contribuer à diminuer la prévalence du tabagisme dans la population générale [39, 78, 83]. Le comportement tabagique des professionnels de santé permet de gagner en efficacité en matière de sevrage notamment par la force de leur exemplarité. Les motivations qui ont mené aux tentatives d'arrêt du tabac sont différentes selon qu'on est fumeur ou ancien fumeur, sans pouvoir en conclure que certaines motivations mènent plus souvent que d'autres à un arrêt définitif (cf. tableau 21).

Tableau 21-Les motivation de l'arrêt du tabac selon le statut tabagique(en pourcentage).

Les Raisons d'arrêt du tabac	Ex-fumeurs	Fumeurs
La connaissance des pathologies liés au tabac.	65%	90%
Les raisons économiques.	20%	8%
Gêne à l'entourage.	45%	37%
Pour donner l'exemple (futur médecin).	60%	50%
Grossesse.	20%	35%
Naissance.	0%	52%
Autres : la dépendance	5%	8%

En particulier, la connaissance des pathologies liés au tabac, la naissance et la dépendance sont des raisons qui constituent un motif d'arrêt du tabac chez les fumeurs mais pas suffisant puisqu'ils poursuivent leur tabagisme (au moment de l'enquête). A l'inverse, l'exemplarité (futur médecin) est plus souvent évoquée par ceux qui n'étaient plus fumeurs au moment de l'enquête [7]. A noter également que même si la volonté de se défaire de la dépendance au tabac est évoquée par un faible pourcentage, ceux qui évoquent cette motivation sont significativement plus souvent les fumeurs actuels.

Ce faisant, cette enquête pourra servir de point de comparaison pour de nouvelles études ultérieures sur le milieu des futurs médecins éclairant ainsi l'évolution du tabagisme et aidant dans l'avenir, à piloter des mesures de lutte antitabac aussi bien à l'échelle de la faculté de médecine qu'au niveau de l'hôpital.

A l'échelle nationale, les acteurs de la lutte contre le tabagisme ont désormais des objectifs à 5 ans bien précis [4, 97] :

- abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25%

chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes, en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales les moins favorisées.

- retarder l'âge moyen d'initiation du tabac (devant passer de 14 à 16 ans).
- obtenir une diminution de 15% des ventes de cigarettes.
- réduire le tabagisme passif de façon massive dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisir, l'environnement professionnel et à domicile.
- abaisser la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes de 29,5% à 20%, avec un objectif ultérieur de 0%.

Ces objectifs chiffrés sont ceux proposés dans un rapport par le Groupe Technique National de Définition des Objectifs de Santé Publique (GTNDO) au Haut Comité de Santé Publique.

Pour les atteindre, les stratégies actuelles doivent être renforcées; il s'agit notamment :

- de réduire l'accessibilité au tabac (poursuivre une politique de hausse des prix, interdire la publicité sous toutes ses formes, faire respecter la loi Evin...).
- de réduire l'acceptabilité sociale du tabac.
- de faciliter l'arrêt du tabac.
- de réduire le tabagisme passif.

On dispose en France d'un cadre législatif favorable : il doit être appliqué avec rigueur, notamment l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics,

mesure qui a le double mérite de protéger les non-fumeurs mais aussi de contraindre la plupart des fumeurs à diminuer leur consommation. Cette mesure n'est du reste pas forcément subie par les fumeurs comme en témoignent les réservations que font les fumeurs dans les compartiments non-fumeurs de la SNCF! Ce rapport souligne l'insuffisante implication des professionnels de santé dans la lutte contre le tabac et dans l'aide au sevrage.

Dans le cadre de la lutte contre le cancer, le président Jacques Chirac a fait de "la guerre au tabac" une priorité. Il a annoncé que "la politique de hausse des prix engagée cette année sera poursuivie avec résolution" [98].

Dans cette même optique, le ministre de la santé M. Jean-François Mattei a annoncé le 27 mai dernier une augmentation des financements aux associations pour la lutte contre le tabac. Une enveloppe de 6 millions d'euros est affectée, dans le cadre du Plan de la mobilisation nationale contre le cancer, au financement d'actions de lutte contre le tabac : 2 millions d'euros pour des actions nationales et 4 millions d'euros pour des actions en région [99].

Enfin, l'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté la LOI n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes [50].

VI-Conclusion :

Dans cette étude, la prévalence du tabagisme des résidents est beaucoup plus proche de celle des médecins en activité que celle des étudiants, ce qui correspond bien à la situation réelle d'un résident.

L'âge de début du tabagisme est un peu plus tardif qu'en France (pour une population de même âge).

Pour les deux sexes, la sociabilité va de pair avec le tabac.

Le tabagisme des résidents n'est pas établi à l'entrée en Faculté de Médecine puisque sept résidents sur dix ont commencé à fumer au cours des études de médecine.

Le statut tabagique n'est pas vécu comme un fait « définitif »; la majorité des fumeurs manifestent une volonté d'arrêter de fumer. Le fumeur établi à l'entrée en faculté de médecine est un ex-fumeur « potentiel ».

Les résidents accordent une importance particulière à leur comportement tabagique dans leur activité médicale, ce qui permet de gagner en efficacité en matière de sevrage notamment par la force de leur exemplarité.

Les résidents sont conscients que le tabagisme est une question de santé publique et la majorité se place dans une logique de prévention primaire. Toutefois, et malgré l'importance qu'ils accordent aux risques liés au tabagisme, les techniques d'aide au sevrage paraissent être méconnues d'où l'intérêt d'enseignement allant dans ce sens.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Académie Nationale de Médecine. Tabagisme passif : Rapport et vœux de l'Académie Nationale de Médecine présentés par le professeur Maurice Tubiana. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 1997; 181 : n°4 et 5.

[2] Actualités tabac. Avril 2003. N°36. P6.

[3] Actualités tabac. Avril 2003. N°36. P7.

[4] Actualités tabac. Avril 2003. N°36. P10.

[5] Actualités tabac. Mars 2003. N°35. P10.

[6] **Aiache J M.**

Histoire du tabagisme et de l'antitabagisme.

In : Tabacologie. Perriot J. Paris : Masson 1995. P1-9 (Abrégés).

[7] Baromètre santé 2000. Résultats. Volume 2.

[8] **Bates C, McNeill A, Jarvis M, Gary N.**

The future of tobacco product regulation and labelling in europe : implications for the forth-coming European unions directive.

Tob control 1999; 8 : 225-35.

[9] **Baudier F.**

Epidémiologie de la consommation de tabac en France. La santé de l'homme.

C.F.E.S, 1998, 338, 3-4.

[10] **Baudier F, Orlandini Ch, Guionet M, Oddoux K.**

La consommation de tabac des adultes en France : évolution au cours des dix dernières années.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2000, 48 : 213-214.

[11] **Bour-Guichenez G et coll.**

Peau et tabagisme.

Alcoologie et addictologie 2000; 22 : 43-50.

[12] **Bundgaard T, Bentzen SM, Sogaard H.**

Histological differentiation of oral squamous cell cancer in relation to tobacco smoking.

Eur. J. Cancer. 1995; 31B : 118-121.



- [13] CAREX. Base de données relatives aux expositions aux produits professionnelles cancérogènes dans 15 pays européens (Finnish institute of occupational health- FIOH/Finlande) <http://occuphealth.fi/list/data/CAREX>.
- [14] CFES. Baromètre santé adultes 95 /96. CNAM-TS, DGS, Vanves, 1997.
- [15] CFES. Baromètre santé. Premiers résultats 2000. CNAM-TS, DGS, Vanves, 2000.
- [16] CFES. Baromètre santé adultes 93 /94. CNAM-TS, DGS, Vanves, 1995.
- [17] **Colau JC, Delcroix M, Gilbert J, Rougaignon C.**
Tabac et grossesse.
EMC gynécologie-obstétrique 5048M30 2000, 10p.
- [18] **Cornuz J. et coll.**
Efficacy of resident training in smoking cessation : a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients.
Annals of internal medicine 2002; 136 : 429-437.
- [19] D'après l'intervention du Pr Richard Peto, professeur d'épidémiologie, lors du colloque « Le cancer du poumon, une épidémie à maîtriser » organisée par la Ligue contre le cancer dans le cadre du Congrès International sur les traitements anticancéreux.
(Paris, 3 février 2003).
- [20] D'après l'intervention de Catherine HILL, Chef du service de Biostatistique et d'Epidémiologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif, lors du colloque « Le cancer du poumon, une épidémie à maîtriser » organisée par la Ligue contre le cancer dans le cadre du Congrès International sur les traitements anticancéreux.
(Paris, 3 février 2003).
- [21] Décret n° 92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel du 30 mai 1992.
- [22] Dossier tabac et grossesse : Réalités en gynécologie-obstétrique n°48 février 2000; p 5-18.
- [23] **Dautzenberg B.**
Epidémiologie des maladies liées au tabac.

[24] Dautzenberg B.

Le tabagisme passif : Rapport au Directeur général de la santé. Paris : la documentation française 2001 (sous presse).

[25] Dautzenberg B.

Tabagisme passif : 3000 morts par an.

La revue du praticien. Médecine générale. Tome 16. N°594 du 2 décembre 2002, p1752-54.

[26] Delcroix M, Chuffart M.

La grossesse et le tabac.

PUF, Paris, 1999.

[27] Dolivet G, Colosetti P, Merlin J L, Depardieu Cl, Lapeyre M, Wattel E, Sarini J, Ton Van J, Geoffrois L, Lagarde Ph.

Eléments d'épidémiologie et initiation de la cancérogenèse dans les carcinomes des VADS. Conséquence thérapeutique future ?

Rev Laryngol Otol Rhinol, 1998; 119, 1 : 5-12.

[28] Doll R, Peto R, Weathley K, Gray R, Sutherland I.

Mortality in relation to smoking : 40 years' observations on male british doctors. Brit Med J, 1994, 309 : 901-911.

[29] Dollinger A, Dollinger M.

La femme et le tabac : histoire d'une mésalliance.

Collection écologie humaine. Edition 1999.

[30] Dubois G.

Interdiction de la publicité en faveur des produits du tabac.

Info sondage, flash info France, 1993, 13.

[31] Enquête ifop pour le CFES et la Cnamts << Etat des lieux du sevrage tabagique >>, Août 1998.

[32] Fréour P.

Les médecins et le tabagisme.

Bull. Ordre national des médecins. 1980, 10-15.

[33] Freour P, Tessier J.F, Crofton J.

Pilot survey on smoking habits and attitudes of medical students.

Singapour, U.I.C.T.M.R, bull, 1986 (sous presse).

[34] Fuchs Cs.

A prospective study of cigarette smoking and the risk of pancreatic cancer.
Arch Intern Med 1996; 156, 2255-60.

[35] Gandonnière C.

Epidémiologie du tabagisme en Lorraine en 1998.
Th : Med. : Nancy I : 2001. p 30-34.

[36] Gautier V.

Le médecin généraliste face au tabagisme des adolescents de 12 à 18 ans.
Th : Med. : Nancy I : 2001. P19.

[37] Grizeau D, Baudier F, Janvrin M-P.

Epidémiologie du tabagisme en France.
Rev Prat, 1993, 43 : 1197-1201.

[38] Haut comité de la santé publique.

La santé en France 1994-1998. Paris : La documentation Française, 1998 : 167-177.

[39] Hill C.

Conférence de consensus.
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. 1998.

[40] Hill C.

Epidémiologie des cancers des voies aéro-digestives supérieures.
Bulletin du cancer, supplément FMC n°5, 2000.

[41] Hill C.

Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfice pour la santé de l'arrêt du tabac, et absence probable de bénéfice d'une réduction de la consommation. In : Anaes /Assistance publique. L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac.
Paris, 8-9 octobre 1998. Paris : Edition EDK, 1998 : 67-73.

[42] Hill C.

Tabagisme et santé : aspects épidémiologiques.
press Med. 1996, 25, 21, 959-962.

[43] Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier.

Epidémiologie des cancers.

[44] Hill C, Laplanche A.

Histoire de la consommation en France. Documentation Française 2003, à paraître, cité par Hill C, Laplanche A.

Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2003; 22-23.

[45] IFOP.

État des lieux du sevrage tabagique. Résultats détaillés.

Vanves : CFES/Cnamts, 1998 : 56p.

[46] INPES. Tabac : l'offensive. Dossier de presse 27 mai 2003. p5.

[47] Iribarren C, Tekawa Is, Sidney S, Friedman Gd.

Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men.

N Engl J Med 1999; 340 : 1773-1780.

[48] Journal officiel. Numéro 100 du 28 Avril 2002, page 07714.

[49] Journal officiel n° 58 du 9 mars 2003. Page 4159.

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

[50] Journal officiel n° 178 du 3 août 2003. Page 13398.

[51] Janvrin M-P, Baudier F, Dutrech V.

La loi Evin relative à la lutte contre le tabagisme : presse et opinion face à son application.

Santé publique, 1994, 6 : 57-65.

[52] Josseran L, King G, Velter A, Dressen C, Grizeau D.

Smoking behavior and opinions of french general practitioners.

J Natl Med Assoc. 2000 Aug; 92(8) : 382-90.

[53] Josseran L, Raffin J, Brucker G.

Service de santé publique, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. Octobre 2001.

[54] Kiiskinen U, Vartiainen E, Puska P, Pekurinen M.

Smoking-related costs among 25 to 59 year-old males in a 19-year individual follow-up.

European journal of public health 2002, 12(2) : 145-51.

[55] La santé en chiffres.
CFES. Données d'octobre 1999. P6.

[56] Le tabagisme en France en 1987.
Comité français d'éducation pour la santé, document ronéoté, 36 pages.
18, rue Lecourbe, Paris 15.

[57] Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
Journal officiel du 10 juillet 1976.

[58] Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Journal officiel du 12 janvier 1991.

[59] **Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A.**
Effectiveness of interventions to help people stop smoking : Findings from cochrane library.
BMJ. 2000; 321 : 355-8.

[60] **Lewinsohn PM, Rohde P, Brown RA.**
Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood.
Addiction 1999 Jun; 94(6) : 913-21.

[61] **Lynskey MT, Fergusson DM, Horwood LJ.**
J Child The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence.
Psychol Psychiatry 1998 Oct; 39(7) : 995-1005.

[62] Musée du tabac de Bergerac.
<http://France-tabac.com/musée.htm>

[63] **Majnoni d'Intignano B.**
Epidémies industrielles. Commentaire 1995; 71 : 557-565.

[64] **Martinet Y, Bohadana A.**
Le tabagisme de la prévention au sevrage.
Masson 2^{ème} édition, Paris, 2001. P 26.

[65] **Martinet Y, Bohadana A.**
Le tabagisme de la prévention au sevrage.
Masson 2^{ème} édition, Paris, 2001. P55.

- [66] Martinet Y, Bohadana A.**
Le tabagisme de la prévention au sevrage.
Masson 2^{ème} édition, Paris, 2001. P123-35.
- [67] Masironi R, Roy L.**
Cigarettes smoking in young age groups. Geographic prevalence,
Geneva, Who, 1982, Who/Smo/82. 3 (document interne).
- [68] Mello NK, Mendelson JH, Sellers ML, Kuehnle JC.**
Effect of alcohol and marihuana on tobacco smoking.
Clin Pharmacol Ther 1980 Feb; 27(2) : 202-9.
- [69] Molimard R.**
D.I.U de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique (faculté de Nancy).
- [70] Molimard R.**
Le prix du tabac.
Alcoologie 1999; 21 : 321-327.
- [71] National institute of occupational safety and health.** Environmental tobacco smoke in the workplace- lung cancer and other health effects.
NIOSH publication n°91-108. Washington : NIOSH, 1991.
- [72] Organisation mondiale de la santé.**(1998; Paris) Journée mondiale sans tabac. Grandir sans tabac.
- [73] Oddoux K, Peretti-Watel P, Orlandini C.**
Tabac : Consommation et perception.
Baromètre santé 2000, CFES, octobre 2000.
- [74] Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A.**
Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions.
Thorax 1998, 53(suppl 5) : S2-S37.
- [75] Pascal Melihan-Cheinin.**
Législations. Politiques publiques contre le tabagisme en France et en Europe.
D.I.U de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique (faculté de Nancy).
- [76] Patrick D L, Cheadle A, Thompson D C, Diehr P, Koepsell T, Kinn S.**
The validity of self-reported smoking : a review and meta-analysis.
Am J public Health, 1994, 84 : 1086-1092.

[77] Peto R, Lopez AO et al.

Mortality from Smoking in Developed Countries, updated 2000 version.
Oxford : Oxford University Press in press, cité par Hill C, Laplanche A.
Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques.
Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2003.

[78] Porter AMW, McCullough DM.

Counselling against cigarette smoking : a controlled study from a general practice.
The practitioner 1972; 209 : 686-9.

[79] Quoix E.

Cancers épidermoïdes et adénocarcinomes bronchiques.
La revue du praticien, n°20, tome 50, 2000.

[80] Revue des tabacs. L'annuaire 2000.

[81] Rahier S et coll.

La peau du sujet tabagique.
Rev Med Liège 1996; 51 : 582-5.

[82] Rothwell K, Masironi R, O'byrne D.

Smoking in Europe. Who/Smo/Euro/87. 1 (document interne).

[83] Russel MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD.

Effect of general practitioner's advice against smoking.
Br Med J 1979; 2 : 231-5.

[84] Rzeznik JC.

Nicotiana tabacum 1.
Nouv Dermatol 2000; 19 : 440-1.

[85] Salomon L, Levu S, Steffen C, Papy E, Blanchon T, Mathern T, Dautzenberg B, Delormas P, Brucker G.

Les internes et le tabagisme : Connaissances et pratiques.
Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 40 /2001.

[86] Sasco A, Mélihan-Cheinin P, Ah-Song R, Hirsch A.

La législation contre le tabagisme en Europe.
Rev Epidem et santé publique.1998, 46, 523-531.

[87] Sherman CB.

Health effects of cigarette smoking.
Clin Chest Med 1991; 12 : 643-658.

[88] Slama K, Karsenty S, Hirsch A.

French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and Effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients.
Addiction. 1999; 94 : 125-32.

[89] Sorlin Ph.

Comparaison régionale de la consommation du tabac en 1990 à partir d'un échantillon représentatif des centres d'examens de santé. 83 p.
Th : Med : Lille : 1992; 234.

[90] Tabagisme et maternité.

Les dossiers de l'obstétrique. Octobre 1997 n°254.

[91] Tessier JF, Fréour P, Crofton J.

Les étudiants en médecine français et le tabac.
Rev Mal Resp. 1988; 5 : 589-99.

[92] Tredaniel J, Hirsch A.

Tabagisme; Epidémiologie et pathologies liés au tabac.
Rev Prat, 1998, 48 : 433-435.

[93] Tredaniel J, Karsenty S, Chastang Cl, Slama K, Hirsch A.

Les habitudes tabagiques des médecins généralistes français.
Rev Mal Resp.1993; 10 : 35-38.

[94] Tubiana M.

Le tabac et la lutte contre le cancer.
Oncologie, volume 2, n°5, 2000.

[95] Velter A, Guilbert Ph.

Données concernant la consommation du tabac, les risques qui lui sont imputables et les bénéfices attendus d'un arrêt de sa consommation.
Sem Hop Paris, 1999, 75 : 369-383.



[96] **Wynder El, Kabat Gc.**

The effect of low-yield cigarette smoking on lung cancer risk.
Cancer, 62; 1223-1230,1998.

[97] <http://www.sante.gouv.fr/htm/dosiers/losp/index.htm>

[98] <http://www.tabac-info.net/NAVBAR/ACCUEIL/afpplank.htm>

[99] <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/tabac/appelproj03.htm#appel>

ANNEXE

Cette enquête concernant le tabagisme est destinée à apprécier les attitudes et comportement des étudiants de troisième Cycle de Médecine Générale.

Merci de prêter votre concours en remplissant ce questionnaire.

Vos réponses sont confidentielles.



1- Age ans

2- Sexe : masculin ☐ Féminin ☐

3- Année d'étude TCEM1 ☐ TCEM2 ☐ TCEM3 ☐

4- Etes -vous : Célibataire ☐ marié (e) ☐ autres ☐

5- Avant d'entreprendre vos études de médecine, où viviez vous ?

Grande ville ☐

Milieu semi rural ☐

Milieu rural ☐

6- Au cours de votre vie, avez-vous déjà fumé au moins 100 cigarettes (5 paquets), ou une quantité équivalente (soit 10 grammes) de tabac ? Oui ☐ Non ☐

7- Au cours de votre vie, avez-vous fumé régulièrement tous les jours pendant au moins 6 mois ?

Oui ☐ Non ☐

8- Consommez-vous ou avez-vous consommé ?

8.1 des cigarettes Oui ☐ Non ☐ tous les jours ☐ occasionnellement ☐

8.2 des pipes Oui ☐ Non ☐ tous les jours ☐ occasionnellement ☐

8.3 des cigares Oui ☐ Non ☐ tous les jours ☐ occasionnellement ☐

8.4 du tabac non fumé (chique, tabac à priser, etc....)

Oui ☐ Non ☐ tous les jours ☐ occasionnellement ☐

8.5 du cannabis Oui ☐ Non ☐ tous les jours ☐ occasionnellement ☐

8.6 d'autres produits fumés ou inhalés ne comprenant pas de tabac

Oui ☐ Non ☐ tous les jours ☐ occasionnellement ☐

pour les non-fumeurs (euses) et ex-fumeurs (euses), passez à la question 27, page4

9- A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ? ans

Niveau de scolarité à cette époque

10- Combien de cigarettes fumez-vous chaque jour ? cigarettes/j

11- Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?

dans les 5 premières minutes ☐ entre 6 et 30 minutes ☐

entre 31 et 60 minutes ☐ après 60 minutes ☐

- 12- Tabagisme de l'entourage : Père ☐
Mère ☐
Frère(s) et sœur(s) ☐
Compagne, compagnon ☐

- 13- Lieu principal du tabagisme : Chez vous ☐ A l'hôpital ☐
Autres :
..... (Précisez)

- 14- Qu'est-ce qui vous a incité à devenir fumeur (euse) ? Le stress ☐
Le plaisir ☐
L'entourage ☐
Autres :
..... (Précisez)

- 15- Qu'est-ce qui vous incite à continuer de fumer ? Le plaisir/L'envie ☐
Le besoin ☐
L'effet stimulant ☐
L'habitude ☐
Crainte de prise de poids ☐
Autres :
:
: (Précisez)

- 16-Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer des cigarettes ? Oui ☐ Non ☐

- 17-Nombre des tentatives d'arrêt :

- 18-Durée maximum de réussite de chaque tentative :
.....
.....
.....

- 19-A quel (s) traitement (s) avez-vous eu recours ? Les substitutifs nicotiques (patches) ☐
Zyban ☐
Autres :
.....(précisez)

- 20-Eprouvez-vous actuellement l'envie d'arrêter de fumer ? Oui ☐ Non ☐

21- Pour quelle (s) raison (s), arrêteriez-vous de fumer ?

- La connaissance des Pathologies liées au tabac ☐
- Raisons économiques ☐
- Gêne à l'entourage ☐
- Pour donner l'exemple (futur médecin) ☐
- Grossesse ☐
- Naissance ☐
- Autres :.....
.....
.....
.....(précisez)

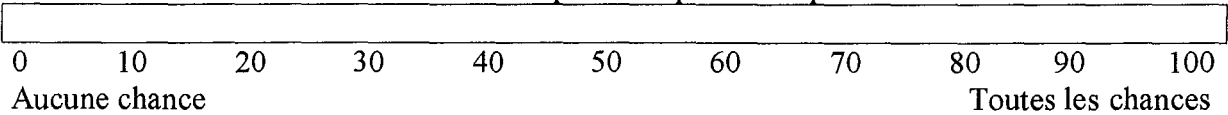
22-Pensez-vous que votre tabagisme a augmenté au cours de vos études de médecine ? Oui ☐
Non ☐

23- Si oui à quelle occasion ? En période d'examen ☐ Au cours des gardes ☐
Autres
.....
.....
.....(précisez)

24- Au cours de votre future carrière professionnelle, avez-vous l'intention de mettre en garde vos patients vis-à-vis des risques liés au tabagisme :
Systématiquement ☐
Si le patient le demande ☐
En cas de symptômes ou de pathologies liées au tabagisme ☐

25- Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation actuelle ?
Je n'ai absolument pas l'intention d'arrêter de fumer ☐
J'envisage sérieusement d'arrêter de fumer, mais je n'ai pas encore décidé quand ☐
J'ai pris la ferme décision d'arrêter de fumer dans les 30 prochains jours ☐

26- Quelles sont, à votre avis, vos chances d'arrêter de fumer ?
Mettre un trait pour indiquer vos réponses



Vos commentaires à propos de votre tabagisme :
.....
.....
.....

Les questions suivantes s'adressent uniquement aux non-fumeurs (euses) et ex-fumeurs (euses) :

27-Avez-vous déjà fumé (quotidiennement pendant 30 jours ou plus sans arrêter) ?

Oui ☐ Non ☐

(en cas de réponse négative, passez à la question 38, page 5)

28- A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ? ans

Niveau d' études à cette époque

29- A quel âge avez-vous arrêté de fumer des cigarettes ?.....ans

Niveau de scolarité à cette époque

30-Combien de cigarettes avez-vous fumé chaque jour ? cigarettes/j

31- Lieu principal du tabagisme : Chez vous ☐ A l'hôpital ☐

Autres :

.....

..... (Précisez)

32-Qu'est-ce qui vous a incité à fumer ? Le stress ☐

Le plaisir ☐

L'entourage ☐

Autres :.....(Précisez)

33-Après combien de tentative (s) d'arrêt échouée, avez vous réussi à arrêter de fumer ?

.....

34-A quel (s) traitement (s) avez-vous eu recours ?

Les substitutifs nicotiniques (patchs) ☐

Zyban ☐

Autres :.....

.....

.....

.....(précisez)

35- Pour quelle (s) raison (s) avez-vous arrêté de fumer ?

Pathologies liées au tabac ☐

Raisons économiques ☐

Pressions de l'entourage ☐

Pour donner l'exemple (futur médecin) ☐

Grossesse ☐

Naissance ☐

Autres :.....

.....

.....(précisez)

36-Pensez-vous que votre tabagisme a augmenté au cours de vos études de médecine ? Oui ☐
Non ☐

37- Si oui à quelle occasion ? En période d'examen ☐ Au cours des gardes ☐
Autres
.....
.....
.....(précisez)

38- Tabagisme de l'entourage : Père ☐
Mère ☐
Frère(s) et sœur(s) ☐
Compagne, compagnon ☐

39- Au cours de votre future carrière professionnelle, avez-vous l'intention de mettre en garde vos patients vis-à-vis des risques liés au tabagisme :
Systématiquement ☐
Si le patient le demande ☐
En cas de symptômes ou de pathologies liées au tabagisme ☐
Commentaire :
.....
.....
.....

40- Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation actuelle ?
je n'ai jamais fumé des cigarettes ☐
je ne fume plus, depuis moins de 6 mois ☐
je ne fume plus, depuis plus de 6 mois ☐

41- A quel endroit estimez-vous être le plus exposé au tabagisme des autres ?
Chez vous ☐ A l'hôpital ☐
Autres
.....
.....
.....(précisez)

Merci de votre collaboration !

SOMMAIRE

PARTIE THEORIQUE :

I-Introduction.

II-Histoire du tabac.

III-France tabac en quelques chiffres.

IV-Conséquences du tabagisme sur la santé.

1. Composition de la fumée de cigarette.
2. Pathologies liées au tabac.

V-Le tabagisme passif.

VI-Mesures de lutte contre le tabagisme.

1. Législations
2. Conséquences

PARTIE PRATIQUE :

I-Introduction.

II-Objectifs.

III-Matériel et méthode.

IV-Résultats.

1. Données socio-démographiques.
2. Statut tabagique des résidents.
3. Importance du tabagisme.
4. Lieu principal du tabagisme.
5. Degrés de dépendance.
6. Type de tabac fumé.
7. Début du tabagisme.
8. Le tabagisme de l'entourage.
9. Les tentatives de sevrage.
10. Les raisons de ne plus fumer.
11. Les résidents et l'arrêt du tabac.
12. Le tabagisme et les études médicales.
13. Le comportement tabagique des résidents dans l'avenir.
14. Attitudes des résidents vis-à-vis du tabagisme des patients.
15. Le tabagisme passif.

V-Discussion.

VI-Conclusion.

VII-Bibliographie.

VU

NANCY, le **11 SEPTEMBRE 2003**
Le Président de Thèse

NANCY, le **12 SEPTEMBRE 2003**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **Y. MARTINET**

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **22 SEPTEMBRE 2003**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur **C. BURLET**

RESUME DE LA THESE

Il s'agit d'une enquête de prévalence réalisée auprès des résidents inscrits à la faculté de médecine de Nancy pour l'année universitaire 2001-2002, à propos de leur comportement vis-à-vis du tabac : statut tabagique, attitude vis-à-vis du tabagisme des patients, tentatives de sevrage, les différents moyens de recours et leur comportement dans l'avenir.

Les principales caractéristiques sont : une prévalence plus faible que celle observée dans une population d'âge comparable. Elle est par ailleurs plus proche de celle des médecins en activité que celle des étudiants. Un âge de début plus tardif. Le tabagisme des résidents n'est pas établi à l'entrée en faculté de médecine. Les résidents accordent une importance particulière à leur comportement tabagique dans leur activité médicale et se placent dans une logique de prévention primaire. Toutefois les techniques d'aide au sevrage paraissent être méconnus.

Cette enquête pourra servir de point de comparaison pour de nouvelles études ultérieures sur le milieu des futurs médecins.

TITRE EN ANGLAIS

Residents of Nancy University and their smoking habits.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2003

MOTS CLEFS :

RESIDENTS – TABAGISME – NANCY

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
