

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 13/06/2018

par

Alexis COLOSIO

né le 17/04/1989, à Châteauroux

**Prévalence du tabagisme et connaissances sur le tabac des
étudiants en médecine de Limoges**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel Buchon

Président

M. le Professeur Boris Melloni

Juge

M. le Professeur Patrice Viot

Juge

M. le Professeur François Vincent

Directeur de Thèse, Juge

M. le Docteur François Touraine

Membre invité



Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 13/06/2018

par

Alexis COLOSIO

né le 17/04/1989, à Châteauroux

**Prévalence du tabagisme et connaissances sur le tabac des
étudiants en médecine de Limoges**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel Buchon

Président

M. le Professeur Boris Melloni

Juge

M. le Professeur Patrice Viro

Juge

M. le Professeur François Vincent

Directeur de Thèse, Juge

M. le Docteur François Touraine

Membre invité

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE



DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

PROFESSEURS ASSOCIES

DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE



P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

P.R.A.G.
ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

PROFESSEURS ASSOSIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul

du 01.09.2015 au 31.08.2017

MERLE Louis

du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique

du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel

du 01.09.2014 au 31.08.2017

Le 1^{er} septembre 2015

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1er novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE



CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES



MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE
PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1er mai 2014 au 31 octobre 2018)

Remerciements

Au Professeur François Vincent, qui a accepté de diriger cette thèse et pour ses conseils.

Au Professeur Boris Melloni, pour son enseignement auprès des étudiants et son travail quotidien pour les malades du tabac, merci d'avoir accepté d'être membre du jury.

Au Professeur Daniel Buchon, pour son engagement vers une médecine générale fondée sur les preuves et pour le stage à ses côtés à Bugeat en Haute-Corrèze, merci d'avoir accepté d'être membre du jury.

Au Professeur Patrice Virot, pour son enseignement de la cardiologie et pour son aide lors de mes premiers pas d'interne dans le service de cardiologie du CHU de Limoges. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Docteur François Touraine, pour son travail auprès des malades notamment pour le sevrage tabagique, merci d'être membre de ce jury.



Merci à la faculté de médecine de Limoges en particulier à François Dalmay, Anne-Laure Roudier et Atika Douiab pour leur aide.

Merci à tous les étudiants en médecine qui ont participé à l'étude et par anticipation à tous ceux qui auront la curiosité de lire cette thèse et d'en puiser les ressources pour avancer vers un monde sans tabac.

A tous les patients qui m'ont convaincu d'agir pour sortir du tabac

A tous les médecins et professionnels de santé qui se sont battus et se battent contre le tabagisme.

Merci au Docteur Michèle Delaunay, pour toutes ses actions de lutte contre le tabagisme notamment à l'Assemblée Nationale. Merci également à tous ceux qui participent à ce combat!

A Aurélie, pour son amour.

A mes parents pour leur amour et leur soutien, pour les valeurs qu'ils m'ont transmises et pour le sentiment de liberté et de confiance que je ressens depuis toujours.

A mes grands-parents , qui ont veillé sur moi et fait preuve d'une grande générosité.

A toute la famille.

A Cyril, Paul, Benoît, Jérémy, Nicolas pour leur amitié.

A tous les autres rencontrés ces dernières années pour les bons moments partagés !



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction.....	19
I. La formation des futurs médecins sur le tabac.....	22
I.1. Pour une meilleure prévention du tabac.....	22
I.1.1. Prévention en milieu scolaire.....	22
I.1.2. Parcours des médecins.....	23
I.1.3. Modèle d'acquisition des connaissances.....	24
I.2. Quelles informations sur le tabac et le sevrage tabagique enseigne-t-on aux futurs médecins en France?.....	24
I.3. Quelle formation pour les étudiants en médecine de Limoges ?.....	26
I.4. La tabacologie.....	28
I.4.1. Les diplômes inter-universitaires (DIU) de tabacologie.....	28
I.4.2. La tabacologie en Limousin.....	29
II. Connaissances et représentations sur le tabac des étudiants en médecine de Limoges. 30	
II.1. Introduction.....	30
II.2. Matériel et méthodes.....	30
II.2.1. Contenu du questionnaire.....	30
II.2.2. Outils statistiques.....	43
II.3. Résultats.....	43
II.3.1. Participation des étudiants.....	43
II.3.2. Résultats des quatre questions préalables.....	44
II.3.3. Moyenne générale.....	46
II.3.4. Connaissances et représentations des étudiants sur le tabac et son industrie... 46	
II.3.5. Questions finales.....	52
II.4. Discussion.....	53
II.4.1. Participation.....	53
II.4.2. Résultats des questions préalables.....	53
II.4.3. Moyenne générale et hétérogénéité des notes.....	54
II.4.4. Quelles informations faudrait-il apporter aux étudiants en médecine?.....	54
II.4.5. Sur quels éléments il n'est pas utile d'insister.....	56
II.4.6. Commentaires sur les questions finales.....	56
II.5. Conclusion.....	57
III. Prévalence du tabagisme et usage de la cigarette électronique chez les étudiants en médecine de Limoges.....	58
III.1. Introduction.....	58
III.2. Matériel et méthode.....	58
III.2.1. Description du questionnaire.....	58
III.2.2. Type d'étude.....	58
III.2.3. Population de l'étude (Tableau 10).....	58
III.2.4. Outils statistiques.....	59
III.3. Résultats.....	59
III.3.1. Participation et fiabilité des résultats (Tableau 11).....	59
III.3.2. Prévalence du tabagisme.....	59
III.3.3. Prévalence par promotion (Tableau 12).....	59
III.3.4. Expérimentation du tabac (Tableau 12).....	59
III.3.5. Circonstances de l'expérimentation du tabac.....	60
III.3.6. Expérimentation de la cigarette électronique.....	60
III.3.7. Usage régulier de la e-cigarette.....	61
III.3.8. Usage de cannabis.....	62
III.3.9. Caractéristiques des étudiants en médecine fumeurs.....	62
III.3.10. Facteurs statistiquement associés au fait de fumer en analyse multivariée (tableau 13).....	63
III.3.11. Effets actuels du tabagisme chez les étudiants en médecine fumeurs.....	64



III.3.12. Les fumeurs et l'arrêt du tabac.....	64
III.3.12.1. Désir d'arrêt et motivation.....	64
III.3.12.2. Techniques utilisées.....	64
III.3.12.3. Obstacles à l'arrêt du tabac.....	64
III.3.13. Incitation par les étudiants à l'arrêt du tabac dans leur entourage.....	65
III.3.14. Dé/normalisation du tabagisme et gêne ressentie.....	65
III.3.15. Information sur les risques.....	65
III.3.16. Usage et freins concernant la cigarette électronique parmi les fumeurs.....	65
III.3.17. Caractéristiques des étudiants fumeurs dont les parents n'ont jamais fumé...	66
III.4. Discussion.....	66
III.4.1. Discussion des résultats.....	66
III.4.2. Comparaison des résultats de notre enquête et des données de la littérature.	67
III.4.2.1. Tabagisme des étudiants en médecine français (tableau 14).....	67
III.4.2.2. Tabagisme de la population générale française.....	67
III.4.2.3. Expérimentation et usage des e-cigarettes chez les étudiants en France..	67
III.4.2.4. Vapotage des jeunes en France.....	68
III.4.2.5. Vapotage en population générale.....	68
III.4.3. Limites de notre étude.....	69
III.4.4. Perspectives.....	69
Conclusion.....	74
Références bibliographiques.....	75
Annexes.....	77
Serment d'Hippocrate.....	79



Table des illustrations



Table des tableaux

Tableau 1: Participation par promotion au questionnaire SIDES.....	43
Tableau 2: Connaissances des étudiants sur l'histoire du tabac.....	47
Tableau 3: Connaissances des étudiants sur l'épidémiologie et les maladies du tabac.....	48
Tableau 4: Connaissances des étudiants sur l'addiction au tabac.....	49
Tableau 5: Connaissances sur l'économie du tabac.....	49
Tableau 6: Connaissances des étudiants sur les industriels du tabac.....	49
Tableau 7: Connaissances des étudiants sur l'agriculture du tabac et les effets sur l'environnement.....	50
Tableau 8: Connaissances des étudiants sur les lois et réglementations relatives au tabac.....	50
Tableau 9: Connaissances des étudiants sur l'ingérence des industriels du tabac.....	51
Tableau 10: Population de l'étude et pourcentage de filles par année.....	70
Tableau 11: Échantillon de l'étude avec âges moyens (en année) et participation par promotion.....	70
Tableau 12: Expérimentation, prévalence du tabagisme par promotion et par genre.....	70
Tableau 13: Odds ratios ajustés statistiquement significatifs en analyse multivariée.....	71
Tableau 14: Comparaison nationale de la prévalence du tabagisme des étudiants en médecine (par fréquence croissante de la prévalence du tabagisme).....	72



Introduction

D'où vient ce travail sur le tabac ?

Je ne suis pas fumeur et mes parents ne fument pas, ils ne travaillent ni dans le domaine médical ni dans le domaine du tabac. Obtenant mon bac en 2007, admis en 2008 en deuxième année de médecine (PCEM2), mes premiers pas à l'hôpital sont l'occasion de voir pour la première fois des malades et des gens mourir. Faire le lien entre ces dizaines de malades avec le tabac ne m'est pas venu du jour au lendemain. J'ai rencontré Mr B. en 2011 au cours de mon stage hospitalier dans le service de pneumologie, j'étais en 4ème année de médecine (DCEM2), et ne connaissais rien ou presque sur le tabac. Le malheureux était venu à l'hôpital car il avait le visage et le cou très gonflés en quelques heures avec des maux de tête et la sensation d'étouffer. Il s'agissait d'un syndrome cave supérieur qui révélait un cancer bronchique à petites cellules. Mr B. fut sauvé provisoirement et un traitement de chimiothérapie lui fut administré. Il fumait depuis l'âge de 18 ans, c'est-à-dire depuis son service militaire. Il est mort quelques semaines plus tard à 55 ans, non sans avoir souffert terriblement. J'ai commencé à m'interroger sur le sens de tout cela et j'ai débuté quelques recherches sur le tabac. Le premier constat fut celui du choc : à l'ignorance de l'ignorance où j'étais, j'ai compris que je ne savais rien et que ma curiosité allait être précieuse. J'accumulais au fil des recherches sur internet de nombreux documents et les regroupais petit à petit dans différentes thématiques touchant de près ou de loin le tabac et son industrie. Mon projet initial de thèse était de faire une synthèse des connaissances sur le tabac et son industrie, en mettant en lumière l'influence tentaculaire qu'exerce celle-ci dans la société. Même si de nombreux éléments à charge sont aujourd'hui sur la place publique, la perspective de risques juridiques (mise en cause des industriels du tabac et de ses alliés) nous a fait préférer un recentrage sur les deux études réalisées auprès des étudiants en médecine de Limoges. Ces études correspondent de fait davantage à une thèse d'exercice.

Les questions de recherche posées sont en l'occurrence :

Quelle est la formation actuelle des étudiants en médecine sur le tabac ?

Quelles sont les connaissances et les représentations des étudiants sur le tabac ?

Quelle est la prévalence du tabagisme et de l'usage de la cigarette électronique parmi les étudiants en médecine de Limoges ?

Présentation des études réalisées

Nous avons élaboré un questionnaire pour évaluer les étudiants en médecine sur leurs connaissances de sujets autour du tabac mais aussi pour leur apprendre au fur et à mesure quelques éléments pertinents. Il sera alors légitime d'insister sur d'éventuelles lacunes pour ainsi enrichir les futurs enseignements sur le tabac à la faculté de médecine.

Le questionnaire s'appuie sur une recherche documentaire dont les principales sources sont :

Golden Holocaust, Origins of the cigarette catastrophe and the case for abolition de Robert N. Proctor (historien à Stanford) qui a été traduit et publié en 2014 aux éditions des Equateurs.



La guerre du tabac, l'expérience canadienne de Rob Cunningham (édition Centre de Recherche pour le Développement International, 1997).

Nuit gravement au tabac de l'avocat Francis Caballero (Favre, 2002).

Le rideau de fumée du Pr Gérard Dubois (Seuil, 2003) qui a épluché de nombreux *tobacco documents*.

Tabac : comprendre la dépendance pour agir, publié aux éditions de l'INSERM en 2004 est un ouvrage collectif qui s'intéresse surtout aux recherches fondamentales autour des addictions et en particulier celle du tabac.

Le tabac en France de 1940 à nos jours, histoire d'un marché de l'historien Eric Godeau (édition PUPS, février 2008) est un ouvrage consacré à la SEITA, qui a ouvert ses archives pour l'occasion, très important pour comprendre l'évolution du monopole puis sa disparition.

Interdire le tabac, l'urgence ! signé du Dr Martine Perez (édition Odile Jacob, mai 2012).

Ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique de Figen Eker, Emmanuelle Beguinot et Yves Martinet du Comité National Contre le Tabagisme (Le Publieur, septembre 2014) est consacré aux diverses manœuvres des industriels du tabac et des buralistes, l'ouvrage est un inventaire quasi exhaustif du lobbying récent des cigarettiers.

L'Etat accro au tabac du journaliste Matthieu Pechberty (édition First Document, octobre 2014) s'intéresse notamment aux liens entre administration fiscale et industrie du tabac.

Comment la mafia du tabac nous manipule, du journaliste français Marc Lomazzi (Flammarion enquête, mai 2015) est centré sur le lobby et le marketing, c'est le premier ouvrage basé sur des témoignages de "repentis" de l'industrie du tabac. Il révèle des pratiques scandaleuses et illégales.

Concernant les articles publiés dans les revues scientifiques, nous avons essentiellement utilisé la base de données PubMed. De nombreuses données sont également issues d'articles de presse.

Parallèlement il nous apparaît pertinent de faire une étude sur la prévalence du tabac et de la cigarette électronique parmi les étudiants en médecine de Limoges.

Deux questionnaires en ligne ont donc été élaborés :

-un questionnaire « prévalence tabagique/cigarette électronique» (environ 25 questions courtes) via la messagerie universitaire « Unilim »

-un questionnaire sur «les connaissances et les représentations des étudiants en médecine»



via le Système Informatisé Distribué d'Évaluation en Santé (SIDES) [1] (environ 69 questions courtes)

Types d'étude :

-Étude de prévalence (épidémiologique descriptive)

-Étude qualitative à visée pédagogique, puisque les étudiants avaient accès à la correction argumentée en fin de questionnaire.

Population d'étude : les étudiants en médecine de Limoges :

-toutes années confondues pour l'étude sur prévalence du tabac et cigarette électronique,

-seulement les étudiants du 2ème cycle (4ème, 5ème et 6ème années) pour le questionnaire sur le SIDES.

Durée des deux études :

Réalisées à partir du 7 avril 2016.

Le questionnaire (googleform©) a été arrêté le 9 mai 2016.

Le questionnaire (SIDES) a été clôturé le 23 mai 2016.

I. La formation des futurs médecins sur le tabac

I.1. Pour une meilleure prévention du tabac

I.1.1. Prévention en milieu scolaire

Bon nombre d'étudiants en médecine semblent déjà dépendants au tabac avant même d'avoir été confrontés aux victimes du tabac.

Avant d'être des praticiens de santé, ils ont été des écoliers et des collégiens qui pouvaient dès 7 ou 8 ans être capables de comprendre certains faits autour du tabac.

Cela nous amène à quelques réflexions sur la prévention du tabac dans les écoles et les collèges. Cette prévention nous l'avons expérimentée à une toute petite échelle. A titre personnel, j'ai participé en 2012 à deux interventions en milieu scolaire :

- dans des classes de 5ème (collège de Pierre-Buffière) avec le Dr François Vincent
- dans une classe de CM2 (Châteauroux) avec l'un des élèves qui avait fait un exposé sur le tabac.

Ce sont des moments vraiment intenses et très plaisants. Bien sûr, il faut connaître un minimum le sujet (sans être lui-même bien informé, le médecin ne peut pas aller raisonnablement faire de la prévention auprès des plus jeunes) pour animer des débats avec des enfants de 9 à 15 ans. J'ai été surpris de la curiosité et de la compréhension de certains qui nous interpellaient par des questions d'une simplicité déconcertante comme par exemple « *pourquoi on continue à en vendre alors que ça tue ?* »

La prévention du tabac en milieu scolaire mérite que l'on s'intéresse à ses supports et ses moyens. Une présentation informatisée avec rétroprojecteur n'est pas forcément indispensable mais elle offre l'avantage de pouvoir montrer facilement un certain nombre d'images et de vidéos.

Le fait d'être deux permet plus d'interactivité. Il n'y a pas en soi de binôme idéal mais il est évident que la présence d'un médecin renforce la crédibilité et l'autorité du discours.

La présence d'un malade du tabac ou d'un proche apportant son témoignage est également très pertinente en mettant en lumière les aspects concrets de la maladie. Ce sont d'ailleurs souvent des militants associatifs (Ligue contre le cancer, Fédération de cardiologie, Comité National Contre le Tabagisme, Droits des Non-Fumeurs, Comités des maladies respiratoires etc.)

Le tabac tue actuellement plus de 7 millions de personnes dans le monde chaque année (source [Organisation Mondiale de la Santé](#)). Il s'agit d'une statistique « froide » qui ne peut être comprise que par ceux qui ont des références de comparaison. Un témoignage direct, ou a minima via une vidéo en incarnant le problème du tabac, donne aux enfants des preuves matérielles qui peuvent marquer leur conscience.

D'autres professionnels de santé comme les sages femmes ou les pharmaciens peuvent tout à fait apporter leur concours à ces séances de prévention.

Des professeurs de sciences de la vie et de la terre en activité ou à la retraite sont aussi des acteurs essentiels et ce sont eux qui assurent souvent ces interventions scolaires.

Des expériences sur la combustion du tabac et les effets sur la santé, direct ou via des vidéos sont également d'excellents outils pour :

- montrer comment est fabriquée une cigarette, ses ingrédients
- montrer les effets du tabac sur les poumons, le cœur, les artères, etc...

Venons-en aux médecins et à leur parcours.

I.1.2. Parcours des médecins

Il est évident qu'un étudiant en médecine n'arrive pas en 1ère année sans avoir un minimum de connaissances et de compétences héritées des années antérieures.

A 17, 18 ou 19 ans, l'étudiant a déjà une formation scolaire ayant déjà duré 12 à 15 ans.

Notre postulat est que les compétences d'un médecin sur le tabac sont fondamentales et parfois vitales pour ses patients, quelle que soit sa spécialité.

Les médecins doivent donc identifier les obstacles au sevrage tabagique car outre l'obstacle lié au produit lui-même hautement addictif, le poids de l'histoire et de l'environnement socioculturel sont des déterminants essentiels dans la relation entre l'individu et le tabac.

Quoi de plus banal pour un Français vivant au début du XXIème siècle qu'une cigarette aux lèvres d'un gamin de 15 ans, quoi de plus banal que des mégots et des paquets vides jonchant le sol.

Quoi de plus banal aussi de voir un proche souffrir puis mourir à cause du tabac..

Quoi qu'il en soit, les français vivant actuellement n'ont pas connu un monde sans tabac.

Les plus anciens ont vu l'émergence des cigarettes américaines et du tabac blond après la 2ème guerre mondiale, puis l'essor du tabagisme féminin les fabricants ayant réussi à faire associer cigarette et liberté, tabac et émancipation des femmes. Le tabac était partout au cinéma, à la télévision, à la radio, dans la rue, au travail, dans les transports en commun, dans les lieux publics et souvent dans le logement familial. Cet «âge d'or» du tabac en France et ailleurs, dans les années 1950 à 1990 peut paraître bien loin pour un individu né à partir des années 1980.

Mais rappelons que des médecins en activité aujourd'hui ont connu certains de leurs collègues qui fumaient pendant leurs consultations ou la visite et même certains chirurgiens pendant des interventions chirurgicales (jusque dans les années 1970-80).

Pendant des décennies, aucun cours spécifique sur le tabac n'était dispensé aux étudiants en médecine. Pourquoi a-t-il fallu attendre l'[arrêté du 4 mars 1997](#) relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales pour enseigner la « médecine préventive » (en sachant que les termes tabac et tabagisme n'y figurent pas noir sur blanc) ?

Dans les années 1980-1990, la prise de conscience, toujours fragile, des dangers du tabagisme s'élargit (Loi Evin, 1991) dans un contexte de fermetures d'usines de la Seita et sa privatisation (1993).

Les années 2000 sont marquées par une augmentation des prix et l'interdiction de fumer dans les bars et les restaurants (2008). Fumer est associé à des valeurs négatives et assimilé à juste titre à une toxicomanie dangereuse.

I.1.3. Modèle d'acquisition des connaissances

L'acquisition des connaissances par les individus, étudiants en médecine ou non procède suivant un modèle proposé [par Noel Burch dans les années 1970](#) , avec 4 étapes de la compétence :

1) L'incompétence inconsciente

"je ne sais pas et je ne sais pas que je ne sais pas" (en d'autres termes, l'ignorance de l'ignorance).

Appliquer cette situation au tabac, cela donne un praticien qui ne se pose pas la question de savoir "comment pourrais-je faire mieux à mon niveau pour mes patients fumeurs?"

2) L'incompétence consciente (je ne sais pas faire mais je sais que suis incompetent)

Pour mon exemple personnel, c'est quand j'ai compris (il y a environ 7 ans) que je ne savais rien sur le tabac que ma curiosité a été piquée au vif. Gageons que les enseignements sur le tabac amèneront une large majorité d'étudiants en médecine à l'étape 3:

3) La compétence consciente, "je sais faire, je sais que je sais faire".

Sur le sevrage tabagique, cela veut dire y penser et essayer à chaque occasion!

Sur la lutte contre le tabac à une échelle plus large, l'étudiant en médecine curieux devrait se sentir concerné et mieux armé face à l'industrie du tabac.

4) La compétence inconsciente

Inévitable et nécessaire pour certains apprentissages notamment manuels , le concept est plus difficilement applicable dans la pratique médicale qui suppose un minimum de réflexivité. Mais il est évident que pour un médecin rompu aux subtilités du sevrage tabagique, les choses viennent naturellement au cours de l'interrogatoire, les représentations du patient et son parcours sont explorés et les arguments les plus adaptés sont sollicités.

I.2. Quelles informations sur le tabac et le sevrage tabagique enseigne-t-on aux futurs médecins en France?

Les étudiants en médecine reçoivent une large partie de leur formation de futur médecin au cours du deuxième cycle. Jusqu'en 1998, il n'y avait pas dans les programmes officiels d'enseignement sur le tabac.

Le tabac constitue un item (le 73) figurant parmi les 362 items (depuis 2013).

Le contenu de l'enseignement a été modifié en 2004 avec la création des épreuves classantes nationales (ECN), puis en 2007 et enfin en 2013-2014 avec l'évolution en ECNi.

Que contient donc cet item 73 "Addiction au tabac" [2]?

Les 3 axes sont définis ainsi:

- "Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au tabac".



- "Indications et principes du sevrage thérapeutique".
- "Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient".

L'item 73 peut être enseigné par un médecin pneumologue, cardiologue, et addictologue.

Le polycopié le plus détaillé sur cet item 73 est sans conteste celui du Collège des Enseignants de Pneumologie (CEP) dont nous reproduisons ici les objectifs pédagogiques puis les points clés :

« Objectifs pédagogiques terminaux définis par le Collège des Enseignants de Pneumologie

1. Connaître l'**épidémiologie** du tabagisme et celles des **principales maladies** liées au tabac
2. Connaître les principaux **composants** présents dans la fumée de tabac
3. Connaître les principaux **risques** liés au tabagisme actif, au tabagisme passif, et au tabagisme in utero
4. Connaître les principaux **mécanismes** de la toxicité pulmonaire et extra pulmonaire de la fumée de tabac
5. Connaître les principaux types de **dépendance** entraînés par le tabac et la façon d'évaluer cette dépendance
6. Connaître les **moyens de prévention** primaire et secondaire
7. Connaître les **traitements de la dépendance au tabac** (pharmacologiques et non pharmacologiques)

Points clés

1. Le tabagisme est initialement lié à un comportement acquis à l'adolescence, mais la dépendance tabagique devient rapidement une maladie chronique (récidivante).
2. La France compte près de 14 millions de fumeurs et le tabac est responsable de plus de 73000 décès par an en 2000. Un fumeur sur 2 meurt d'une maladie liée au tabac. L'évolution 2005-2010 est marquée par une augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien assez forte chez les femmes de 45 à 64 ans et une augmentation non significative chez les hommes
3. L'arrêt du tabac doit être organisé sans délai et quelle que soit la motivation du fumeur, et plus particulièrement, en cas de grossesse ou d'intervention chirurgicale programmée ou de maladies sévères liées au tabac.
4. Toute consultation médicale doit pouvoir être l'occasion d'un conseil minimal, y compris ceux qui ne veulent pas arrêter, qui repose sur 2 questions : 1/ Fumez-vous ? 2/ Envisagez-vous d'arrêter de fumer?
5. La dépendance physique liée à la nicotine est évaluée par le test de Fagerström dont les deux principales questions sont le délai entre le réveil et la première cigarette et la quantité de cigarettes fumées par jour.



6. La mesure du CO expiré est un marqueur de l'intensité du tabagisme et un outil de motivation à l'arrêt.
7. Le sevrage repose sur la combinaison d'une prise en charge cognitive-comportementale (TCC), une éducation thérapeutique et les substituts nicotiniques.
8. Il n'existe aucune contre-indication formelle aux substituts nicotiniques.
9. Le craving et le syndrome de sevrage sont des facteurs de risque de rechute.
10. La place de la e-cigarette électronique pour le sevrage tabagique reste à évaluer. »

Le collège de pneumologie déroule ainsi les thèmes exposés ci-dessus sur 16 pages. 16 pages sont donc consacrées spécifiquement au tabac et au sevrage tabagique dans un livre de médecine pour les futurs médecins: cela peut paraître bien peu au regard des enjeux mais c'est un début! Certains collègues d'enseignants n'ont même pas jugé nécessaire d'écrire sur cet item...

Le livre de cardiologie du collège des enseignants de cardiologie s'est enrichi entre 2010 (1ère édition) et 2015 (2ème édition). La version 2015 traite du tabac sur plus d'une page et demie, avec des informations sur le tabagisme passif et un paragraphe sur le sevrage (au sein de l'item 219 « Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention », qui remplace l'item 129 du même nom).

I.3. Quelle formation pour les étudiants en médecine de Limoges ?

Au cours des études de médecine, on peut se poser la question de la quantité et de la qualité des cours sur le tabac. La formation initiale des futurs médecins est essentielle. La curiosité des étudiants en médecine est rendue difficile par la quantité de savoirs théoriques à acquérir.

Ayant été formé à Limoges, j'ai eu deux heures de cours spécifiquement sur le tabac en DCEM2 (4ème année) , c'était en en 2011 (par le Pr Bonnaud, pneumologue). J'avais également les supports nationaux mentionnés plus haut (polycopié du collège des enseignants de pneumologie 2010 et le livre de cardiologie du Collège National des Enseignants de cardiologie 2010).

C'est à l'occasion d'un travail en petit groupe (projet de prévention en médecine générale) , j'étais alors externe en pathologies respiratoires, que je me suis intéressé au tabac.

Sans ce contexte particulier, il est fort probable que je sois passé à côté des questions posées par le tabac (et resté dans cet état d'"ignorance de l'ignorance").

Au cours d'un stage hospitalier pendant l'été 2015 (Service de SSR onco-hématologie), j'ai posé la question au fils d'une patiente malade d'un cancer lié au tabac) " à votre avis, combien d'heures de cours sont consacrées au tabac pour la formation des étudiants en médecine actuellement?" Celui-ci m'a répondu "25 heures" ajoutant "*c'est la première cause des maladies vous devez savoir tout sur ça*"...

Depuis la dernière réforme du 2ème cycle des études médicales ([arrêté du 8 avril 2013](#)), les cours se trouvent en ligne sur une plateforme nommée SIDES. Seule la présence des



étudiants aux évaluations est obligatoire. Le principal cours est traité en 5ème année, dans un module sur les addictions ("Addictions au tabac") réalisé par le Pr Nubukpo, addictologue (CHS Esquirol).

La présentation vidéo en ligne sur le SIDES dure 20 minutes, et il n'est donc pas obligatoire pour les étudiants de la visionner. Son contenu:

- Des rappels de définition sur les conduites addictives.
- Les changements dans la classification DSM: "addiction and related disorders" avec Continuum unidimensionnel (léger, modéré, sévère) dans le DSM V (nouvelle classification américaine depuis 2013 [3]).
- La définition des TUS (troubles liés à l'utilisation de substance) et ses critères sont cités, apparition du craving.
- L'épidémiologie (une diapositive)
- Les rôles et la pharmacologie de la nicotine.
- Comment évaluer la dépendance (Fagerström).
- Le sevrage tabagique.
- Les stades de motivation au changement.

Trois heures de cours en amphithéâtre sont consacrées à toutes les addictions dont 1 heure pour le tabac, consistant en l'étude d'un cas clinique (non transversal).

Enfin, le Pr Nubukpo a mis en ligne le polycopié du Collège des Enseignants de Pneumologie. Il s'agit de l'item 73 (dont la lecture n'est donc pas non plus obligatoire) dont nous avons cité les objectifs et les points clés.

Un autre enseignement aborde le tabac au sein du module "Circulation" , dans l'item 219 "Facteurs de risques cardiovasculaires et prévention".

Le cours est réalisé par le Pr Lacroix, la présentation vidéo comporte vingt trois diapositives déroulées sur dix sept minutes dont environ une minute porte sur le tabac.

Enfin, un lien vers un cours issu du site angioweb.fr de onze diapositives est présent sur le SIDES , avec quelques lignes sur le tabac.

Après l'examen national classant

L'internat puis la formation médicale continue peuvent être l'occasion de rappeler les rôles du médecin dans l'arrêt du tabac. C'est le cas, il faut s'en féliciter, pour les internes de médecine générale du Limousin, notamment via une mise en situation où l'un des enseignants de médecine générale joue le rôle du patient en demande d'aide pour l'arrêt du tabac. Il est également possible d'enrichir ses connaissances sur l'arrêt du tabac via des recherches effectuées dans le cadre du DES de médecine générale. En partant d'une situation vécue, le futur médecin généraliste est amené à développer des problématiques pour enrichir en retour sa pratique médicale. Les recherches effectuées sont ensuite partagées lors du cours avec les autres internes.



I.4. La tabacologie

Le tabac est un sujet vaste et complexe, et si tout médecin devrait pouvoir aider ses patient(e)s à arrêter de fumer, certains praticiens ont décidé de créer une discipline à part entière, transformant le médecin en spécialiste de l'addiction au tabac. La tabacologie est en quelque sorte l'équivalent de l'alcoologie.

La tabacologie est une discipline récente dans l'histoire de la médecine (années 1980), qui est née des recherches scientifiques visant à mieux comprendre la dépendance au tabac et à aider les fumeurs à arrêter leur intoxication. Le tout dans un contexte de recherches sur les addictions. On retrouve aux origines de la tabacologie le Pr Robert Molimard [4] et le Pr Gilbert Lagrue. Gilbert Lagrue (décédé le 11 novembre 2016) avait développé dès 1977 les premières consultations d'arrêt du tabac. Le collège de France lui a consacré un long entretien publié en 2010 .

I.4.1. Les diplômes inter-universitaires (DIU) de tabacologie

Au delà de ces grandes figures de la recherche française, la tabacologie regroupe un certain nombre de tabacologues de terrain, médecins (généralistes, cardiologues et pneumologues en général) qui ont un diplôme universitaire de tabacologie. La formation est, il faut s'en féliciter, ouverte à d'autres professionnels de santé tels que les sages-femmes, les infirmiers et les psychologues. Plusieurs centres proposent un Diplôme Inter-Universitaire de tabacologie :

- Montpellier-Nîmes, Aix-Marseille, Toulouse, Bordeaux (Grand Sud),
- Paris Sud et autres universités parisiennes,
- Tours, Poitiers, Rennes, Brest, Nantes, Angers (Grand Ouest),
- Grenoble, Lyon, Saint Étienne et Clermont-Ferrand (Grand Sud-Est),
- Nancy, Reims, Strasbourg (Grand Nord-Est).

Le DIU se déroule en un an (neuf à seize jours d'enseignement théorique et un stage pratique) et est obtenu par la validation d'examens théoriques et la rédaction d'un mémoire. La tabacologie n'est pas actuellement une spécialité reconnue en tant que telle, mais l'Ordre des Médecins autorise la mention du diplôme de Tabacologie et d'Aide au Sevrage tabagique sur les plaques professionnelles et ordonnances des praticiens titulaires du DIU (idem pour l'Ordre des Sages-Femmes). En 2009 , le Dr Jean Perriot de la Société Française de Tabacologie estimait à environ deux mille le nombre de praticiens formés dans l'hexagone (depuis 1986) et deux cents le nombre de nouveaux diplômés chaque année.

L'association francophone des diplômés et étudiants en tabacologie (AFDET) recense sur son site internet mille quatre cent quinze personnes ayant eu un DIU en France (classées par ordre alphabétique et précisant le lieu et l'année d'obtention du diplôme). <http://www.afdet.fr/Tabacologues-diplomes>

Enfin, le site tabac-info-service.fr met à disposition un annuaire des tabacologues français [5].



I.4.2. La tabacologie en Limousin

A Limoges, ils sont au nombre de quatre: trois généralistes Chantal Billiet (qui exerce également au CH de Saint Yrieix la Perche), Serge Gayout et Gwenola Bouvier (ces deux derniers étant rattachés au CSAPA de l'ANPAA 87) et un praticien hospitalier du CHU, le pneumologue François Touraine. Le Professeur Aboyans (cardiologue et angiologue au CHU) est également tabacologue mais n'apparaît pas dans cet annuaire. En revanche, une infirmière du service de cardiologie (Marie-Laure Boutant) aide les patients fumeurs pour leur réadaptation cardiovasculaire.

Une recherche élargie au département de la Haute-Vienne (87) montre seulement ces quatre praticiens cités plus haut.

D'après l'annuaire réalisé par l'association Addictlim (réseau de santé en addictologie du Limousin), il existe deux sages femmes tabacologues (Mme Barrière et Mme Russel) qui travaillent à l'Hôpital Mère Enfant (HME) à Limoges et un sage femme tabacologue (Mr Chatenet) au CH de Saint Junien.

Deux psychiatres, les Dr Fouli et Dr Beauseigneur font des consultations avancées dans plusieurs communes du département. Enfin, les Dr Antzenberg proposent des consultations tabac à la Ligue contre le Cancer 87 (Limoges).

La Creuse (23) ne compte aucun praticien référencé sur le site tabac-info-service.fr.

A l'occasion de l'organisation du mois sans tabac en 2017, Addictlim a référencé le Dr Randriamanantsoa (pneumologue à Sainte Feyre).

La Corrèze (19) est mieux dotée avec deux praticiens à Brive (Pierre Caporal et Jean Montane), un à Tulle (Florence Bourg) et deux à Ussel (Roxana Albu et Nathalie Serec).

Addictlim mentionne également le Dr Parouty (pneumologue) et le Dr Saqué (généraliste) comme intervenants à l'ANPAA 19. L'unité d'addictologie du CH de Brive propose également des consultations tabac par l'intermédiaire des Dr Fortuné et Mandon.

Le CH de Tulle avec le Dr Guillon (cardiologue) et le Dr Belhoul (psychiatre) aidés par quatre infirmières propose également des consultations dédiées.

Ainsi, la région Limousin compte assez peu de praticiens tabacologues en activité.

Dans mon département d'origine, l'Indre, on compte seulement deux tabacologues référencés: Marie-Madeleine Guivarc'h (Ardentes et/ou Argenton sur Creuse) et Sandie Pujo (Issoudun).

Compte-tenu du nombre encore très élevé de fumeurs dans notre pays, il va sans dire que des perspectives professionnelles existent pour les médecins motivés par l'arrêt du tabac.



II. Connaissances et représentations sur le tabac des étudiants en médecine de Limoges

II.1. Introduction

Notre postulat est que les étudiants en médecine de Limoges ont une formation sur le tabac qui peut être améliorée. Nous avons réalisé ainsi un questionnaire pour évaluer les connaissances des étudiants et identifier des sujets particulièrement mal connus.

II.2. Matériel et méthodes

La rédaction des questions permet de balayer plusieurs thématiques autour du tabac et nous avons choisi les questions qui pouvaient intéresser particulièrement les étudiants ou les interroger, susciter leur curiosité. Les informations sous-jacentes du questionnaire sont essentiellement issues de livres publiés (liste dans l'introduction de la thèse) dont nous avons repris des éléments qui nous ont semblé pertinents.

Le questionnaire a été mis en ligne sur le SIDES (Système Informatisé Distribué d'Évaluation en Santé), la plateforme de formation et d'évaluation du deuxième cycle des étudiants en sciences médicales, le 7 avril 2016. Le dossier « tabac » était alors en libre accès et nous avons envoyé via la *mailing list* de la faculté deux messages à quelques jours d'intervalle pour inviter les étudiants concernés à remplir le « questionnaire tabac ».

Le 23 mai, le dossier était clôturé pour pouvoir débiter le recueil des données. Nous n'avons pas utilisé de logiciel particulier en dehors de celui de la plateforme SIDES.

L'objectif principal de l'étude est l'évaluation des connaissances des étudiants sur les items proposés concernant le tabac et son industrie.

II.2.1. Contenu du questionnaire

Pour simplifier la lecture, nous avons mis en gras les réponses justes et les commentaires de la correction, en italique, immédiatement après.

« Bonjour à toutes et à tous, Je suis interne en médecine et je prépare actuellement ma thèse d'exercice sur le tabac. Ce questionnaire s'inscrit dans mon travail de thèse, dirigé par le Professeur Vincent. Les réponses ne figurent pas automatiquement dans vos cours mais le but de ce questionnaire est d'apporter des éléments qui compléteront votre culture médicale et qui me permettront d'avoir une photographie de vos connaissances dans ce domaine. Le questionnaire est totalement anonyme, il n'est bien sûr pas noté (!) et il ne vous prendra que 15 minutes. J'espère pouvoir compter sur vous. Merci d'avance et bon courage!

1) Combien d'heures d'enseignements vous ont été données spécifiquement sur le tabac ?

A 0

B 1 heure

C 2 heures

D 3 heures

E 4 heures

F 5 heures ou plus

2) Les cours à la faculté abordent-ils l'industrie du tabac ?

A oui

B non

3) Pensez-vous connaître suffisamment de choses sur l'industrie du tabac ?

A oui

B non

4) Vous sentez-vous compétent(e) pour aider un fumeur à arrêter le tabac ?

A oui toujours,

B oui la plupart du temps,

C non rarement,

D non jamais

5) Les plants de tabac contiennent-ils naturellement beaucoup de nicotine ?

A Vrai

B Faux

Les plants de tabac contiennent suivant les espèces des taux assez faibles de nicotine. Quand les fabricants ont compris le rôle de la nicotine dans l'addiction, ils ont cherché à en augmenter la teneur en sélectionnant des variétés puis en développant des OGM.

6) Le tabac est toujours un monopole d'état en France (SEITA) ?

A Vrai

B Faux.

Les industriels de tabac américains soutenus par l'état américain, ont fortement contribué à une logique de "libre échange" en Europe (traité de Rome en 1957) et partout dans le monde. Les cigarettiers ont réussi progressivement à casser presque tous les monopoles existants.

En 1976, la suppression des barrières douanières au sein du marché commun entraîne la perte du monopole de fabrication et de distribution de tabac pour le SEITA. La déferlante des marques américaines va entraîner un changement dans la consommation des Français, les femmes et les jeunes ayant très vite une préférence marquée pour le tabac blond et les cigarettes avec filtre, perçues (à tort) comme moins nocives.

La SEITA est privatisée en 1995 (loi du 19 juillet 1993). Vincent Bolloré, qui possédait déjà les cigarettes Bastos, les papiers à cigarettes et les filtres JOB et OCB, souhaitait se porter acquéreur du groupe. Cependant, trop endetté, il a dû se contenter d'une partie du capital de la Seita, aux côtés de la Société générale, du CCF et de Bic.



Sous l'impulsion de ses nouveaux actionnaires et pour devenir compétitif face aux géants du secteur Philip Morris et British American Tobacco, la Seita prend le contrôle en 1995 du troisième fabricant polonais de cigarettes, ZPT Radom. Le 5 octobre 1999, elle fusionne avec l'espagnol Tabacalera, devenant plus grand fabricant de tabac en Europe, sous le nom d'Altadis. Seules les activités de cigarettes et de cigares sont conservées.

En 2008, Altadis est racheté par le groupe britannique Imperial Tobacco (quatrième fabricant mondial) et devient une de ses filiales. Six mois plus tard, celui-ci annonce un plan social, conduisant à la suppression de 2440 emplois en Europe (en France, fermeture de l'usine de papier à cigarettes de Metz et de l'usine de cigares de Strasbourg).

La filiale française du groupe possède en 2015 cinq sites en France, contre une trentaine avant la privatisation: deux usines de fabrication de cigarettes, à Riom et à Furiani (près de Bastia), une usine de traitement du tabac au Havre (Sandouville), et deux centres de recherche, à Fleury-les-Aubrais et Bergerac. (NB: en 2018, ne restent en activité que l'usine Macotab à Furiani en Corse et l'usine de [Sandouville](#) près du Havre).

L'état et les grandes banques françaises n'ont aujourd'hui plus aucune participation dans le capital du cigarettier.

7) Combien de cigarettes une seule machine moderne peut-elle fabriquer en 1 minute?

A 200

B 2000

C 20000

Le coût de production est donc extrêmement faible(pas de main d'œuvre) et la rentabilité très élevée.

8) La révolution du séchage à air chaud des feuilles de tabac a rendu la fumée inhalable mais bien plus létale?

A Vrai

B Faux

Vrai, avec le tabac de Virginie, en augmentant la teneur en sucre ce qui rend la fumée moins alcaline donc moins acre, plus douce. L'inhalation de la fumée augmente considérablement la toxicité avec l'absorption via les alvéoles pulmonaires puis l'empoisonnement du sang et des différents organes.

9) Jusqu'au début du XXème siècle, la fumée n'était pas inhalée et il n'y avait pas de cancer du poumon?

A Vrai

B Faux

Le tabac était prisé, mâché, «chiqué» ou fumé à la pipe (donc non inhalé).

L'épidémie de cancer du poumon a d'abord commencé aux États-Unis et en Angleterre où le succès des cigarettes «toutes faites» a commencé dans les années 1900-1920.

10) Aux États-Unis, la consommation de cigarettes est passée de 2,5 milliards en 1900 à 630 milliards en 1980?

A Vrai



B Faux

En France, la consommation de cigarettes est passé de 18 milliards en 1938, (9 milliards en 1944 du fait de la pénurie pendant la guerre), à 97 milliards en 1991 (pic historique, diminution depuis, actuellement de l'ordre de 46 milliards).

11) Aux États-Unis, le nombre de décès par cancer du poumon était de...

A 400 décès en 1915,

B 40 000 en 1915,

C 4 800 en 1965,

D 48 0000 décès en 1965,

E 6350 en 2005,

F 163 500 en 2005.

12) Le Plan Marshall a expédié vers l'Europe de l'ouest 1 milliard de dollars de tabac soit le tiers du total des financements "liés à l'alimentation"?

A Vrai

B Faux

Officiellement, les dons de tabac à l'Europe devaient «contribuer à éradiquer ou à retarder la propagation des idéologies hostiles à la démocratie et à la paix mondiale» (comprenez, le communisme) L'objectif visé des industriels américains était d'augmenter la demande en Europe et de gagner des parts de marché.

13) D'autres programmes succédèrent au plan Marshall comme Food for Peace permettant aux producteurs américains de vendre des surplus de tabac dans le tiers monde?

A Vrai

B Faux

Une façon d'accoutumer les populations de ces pays au tabac, et d'agrandir le marché. L'Afrique, l'Asie sont donc dans le viseur de l'industrie depuis longtemps.

14) Pensez-vous que le tabagisme soit actuellement...?

A la première cause de mortalité et de morbidité en France, en Europe et dans le Monde.

B la deuxième cause de mortalité et de morbidité en France, en Europe et dans le Monde.

C la troisième cause de morbi-mortalité.

Le tabac est de loin la première cause de mortalité en France, en Europe (plus de 700 000 décès chaque année) et dans le Monde (plus de 7 millions de décès chaque année), ces nombres sont chaque année plus élevés.

15) Il est possible de fumer quelques cigarettes de temps en temps sans danger.

A Vrai

B Faux

Chaque cigarette est toxique et même si plus le nombre de cigarettes fumées est faible plus



le risque est moindre, c'est surtout la précocité et la durée(en années) qui est le facteur le plus pronostique en particulier pour les cancers.

16) Combien de produits chimiques différents sont présents dans la fumée de cigarette ?

A 200 dont 20 molécules cancérigènes,

B 2000 dont 40 molécules cancérigènes,

C plus de 4000, dont 60 molécules cancérigènes:

Citons les benzopyrènes, les anthracènes, des métaux lourds (cadmium, nickel, plomb, chrome), des produits radioactifs (radium, polonium), des dérivés de nitrates cancérigènes et des radicaux libres (hydroquinones, peroxydes) qui réagissent avec l'oxygène de l'air pour former des substances oxydantes toxiques pour l'organisme. Citons également l'acétone, l'aflatoxine B1, l'acroléine, l'acide cyanhydrique, le benzène, le méthanol.

17) Selon vous, combien de gens meurent prématurément à cause du tabac chaque année en France ?

A 750

B 7 500

C 75 000

D 750 000

Le tabac a tué 60 000 personnes en 2000, 73 000 décès (calcul pour l'année 2004), 125 000 décès prématurés par an sont malheureusement prévisibles pour 2025 si rien ne change. Le nombre total de décès par an en France est de 550 000 à 600 000.

18) Par comparaison à la mortalité imputable au tabac, la mortalité routière est...

A 2 fois plus faible

B 10 fois plus faible

C 20 fois plus faible

La mortalité routière est plus de 20 fois plus faible que la mortalité par le tabagisme, avec 3500 décès par an environ.

19) Par comparaison à la mortalité imputable au tabac, la mortalité des accidents d'avions est...

A 10 fois plus faible

B 100 fois plus faible

C 1000 fois plus faible

Pour se représenter la mortalité du tabac en France, c'est plus de 200 morts par jour soit la perte d'un avion de ligne. L'obligation de sécurité dans le domaine du transport aérien tranche avec la liberté et l'impunité des fabricants de tabac. Pourtant, la plupart des gens ont davantage peur de l'avion que de Philip Morris...

20) Les premières études montrant un lien entre tabac et cancer datent...

A des années 1920-1930

B des années 1940-1950

C des années 1960-1970

Le lien tabac-cancer a été évoqué dès la fin du XIXème siècle avec les cancers ORL qui étaient surnommés le cancer du fumeur. Mais la compréhension de ce qu'est un cancer (et des mécanismes de cancérogenèse) n'était pas suffisamment avancée pour prouver la



relation. Les travaux d'Angel Roffo en Argentine et Fritz Lickint en Allemagne sont les premiers à démontrer scientifiquement la cancérogénicité du tabagisme.

21) Combien de décès par cancers sont imputables au tabac?

- A 1 sur 20
- B 1 sur 10
- C 1 sur 5
- D 1 sur 3**

Le tabac est associé à presque tous les cancers et des travaux récents ont montré une augmentation des lymphomes et leucémies, du cancer du sein, de l'ovaire, du cancer colorectal, du cancer de la prostate associée au tabagisme.

22) En Europe, le nombre de femmes décédées par cancer du poumon va dépasser en 2015 le nombre de femmes décédées par cancer du sein.

- A Vrai**
- B Faux

C'est le cas depuis longtemps en Grande-Bretagne (féminisation du tabagisme plus précoce qu'en France), et c'est le cas en France cette année.

23) Le tabac a tué en 2014 dans le monde plus que la tuberculose, le paludisme, ebola, le sida, les accidents de la route réunis.

- A Vrai**
- B Faux

Le tabac tue plus de 7 millions de personnes chaque année dans le monde, et du fait de l'augmentation du nombre de fumeurs dans le monde, la mortalité due au tabac augmente chaque année...

24) Au cours de la grossesse, il est possible de fumer quelques cigarettes sans danger pour le fœtus

- A Vrai
- B Faux**

Le tabagisme maternel et même paternel nuit à la santé du fœtus. La fumée ambiante est également nuisible en cas d'exposition de la femme pendant sa grossesse.

Ainsi le nombre d'accouchements prématurés a diminué de 10% lors de l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Le tabagisme maternel expose à l'infertilité, la grossesse extra utérine, la fausse couche précoce, au retard de croissance intra-utérin, au placenta praevia, à l'anoxie fœtale.

Les autres conséquences sont un cerveau plus petit, des troubles du développement psychomoteur, un risque d'obésité et de diabète ultérieur, le risque de cancer de l'enfant est également augmenté (passage de molécules cancérogènes dans la circulation fœtale). Une étude récente a montré que l'ADN fœtal est modifié par le tabagisme maternel.

25) Le tabagisme passif est-il dangereux?

- A Oui**
- B Non

Le tabagisme passif, outre les conséquences sur le fœtus, nuit à la santé des enfants: mort inattendue du nourrisson, otites, angines, caries, bronchites, asthme, pneumopathies,



sinusites etc. Le tabagisme passif entraîne des pathologies vasculaires notamment l'infarctus du myocarde mais également les pathologies pulmonaires comme la BPCO.

Il existe enfin des cancers imputables à l'exposition à la fumée du tabac notamment le cancer bronchopulmonaire.

26) Pour arrêter de fumer, il suffit de le vouloir.

A Oui, c'est uniquement une question de volonté

B Non, la volonté n'est pas suffisante

Entre 2/3 et 3/4 des fumeurs souhaitent arrêter et la majorité a déjà essayé mais avec des difficultés et un taux d'échec important. Si fumer était seulement un plaisir, il y aurait beaucoup moins de fumeurs!

27) Le tabac est une drogue et la cigarette l'un des moyens de la faire administrer au cerveau.

A Oui

B Non

L'addiction au tabac est plus complexe qu'une addiction à la nicotine du tabac mais la nicotine est la condition sine qua non de l'addiction, selon les propres termes de l'industrie du tabac. La nicotine est un alcaloïde pouvant être administré sous forme de patch, de gomme à mâcher, de spray nasal, d'aérosol ou de cigarette électronique.

28) Arrêter de fumer est pour de nombreux fumeurs aussi difficile que d'arrêter la cocaïne ou l'héroïne.

A Oui

B Non

L'addiction tabagique est une drogue dure chimique et comportementale

- qui s'installe rapidement (quelques dizaines de cigarettes suffisent, on peut simplifier souvent en disant que la personne entre dans l'addiction quand elle prend l'habitude d'aller acheter son paquet de cigarette).

- qui est d'autant plus dure que l'âge de début est faible, d'où le fait que l'industrie fait tout pour inciter les enfants et adolescents à fumer et que des buralistes ont vendu aux mineurs malgré l'interdiction.

- qui est si répandue, car légale, qu'elle semble banale, bien que 2 fumeurs sur 3 meurent prématurément à cause de leur tabagisme. Imaginons des gens se faire des rails de coke ou des injections IV dans la rue...

- qui augmente les troubles anxio-dépressifs, le risque de suicide et qui est la porte d'entrée vers des co-addictions avec l'alcool, le cannabis.

29) Selon vous, combien coûte (prix direct) par mois le fait de fumer 10 cigarettes ?

A 30 euros

B 65 euros

C 100 euros

Il s'agit là d'un coût direct (en prenant en compte uniquement le prix d'achat), soit plus de 1200 euros par an c'est-à-dire pour de très nombreuses personnes entre 0,5 et 2 mois de salaire.

Le coût réel est nettement plus élevé : cotisations sociales et préjudices de santé.

30) Le tabac a-t-il une influence positive sur l'économie d'un pays ?



A Oui

B Non

Le tabac est d'abord une perte de pouvoir d'achat énorme pour le fumeur et son entourage. Le tabac est également un frein au développement économique, en dehors des profits réalisés par l'industrie du tabac.

Le coût humain et social du tabac est énorme avec des millions de malades et de décès prématurés, une diminution de la productivité, d'innombrables arrêts maladies, hospitalisations et traitements coûteux, la perte de revenus liée aux handicaps, le tout engendre une hausse des cotisations sociales payées par les employeurs et par les salariés (demandez-vous pourquoi il y a autant de différence entre le salaire brut et le salaire net....).

31) Les pauvres fument autant que les riches.

A Vrai

B Faux, ils fument davantage

Ils commencent souvent plus tôt, fument plus et plus longtemps.

Il existe une corrélation de la prévalence tabagique avec le niveau de revenu, il existe également une corrélation avec le statut social et le niveau d'études.

L'impact économique est également évidemment plus élevé chez les précaires et les pauvres avec des dépenses contraintes liées à l'addiction tabagique qui peuvent représenter l'équivalent de 2 mois de revenus.

Néanmoins, les facteurs qui font que vous entrez dans l'addiction tabagique ne se résument pas au niveau d'études et au revenu !

-le facteur de l'offre : c'est le principal facteur, le tabac est une drogue puissante, le tabac est légal, il est vendu partout et à un prix accessible, par une industrie florissante.

-le poids de l'atavisme : si vos parents fument, vous êtes plus susceptibles de fumer

-l'influence des représentations, du placement des produits dans les films, publicités diverses, marketing, packaging, minimisations des dangers etc

32) Quelles sont les grandes compagnies de tabac dans le monde?

A Philip Morris International

B Camel

C British American Tobacco

D Marlboro

E Japan Tobacco International

F Lucky Stricke

G Imperial Brands (ex Imperial Tobacco)

H Gauloises

Le marché est dominé par le « Big Four », représenté par :

-Philip Morris International (PMI) leader dans le monde (Altria aux Etats-Unis d'Amérique) avec sa marque phare Marlboro, mais également Chesterfield, Philip Morris.

-British American Tobacco (BAT), numéro 2 mondial, compagnie qui vend la marque Lucky Strike, Kent

-Japan Tobacco International (JTI) (RJR aux Etats-Unis d'Amérique), numéro 3 mondial, qui vend notamment Camel et Winston

-Imperial Tobacco (dont Altadis-Seita) avec Gauloise ou John Player par exemple.

A part, la China National Tobacco Company, qui a un quasi monopole en Chine, pays qui



compte le plus d'habitants au monde, et aussi le plus de fumeurs !

33) Combien de salariés compte Philip Morris en France, (Philip Morris est leader sur le marché)?

- A** Moins de 400 personnes
- B** entre 400 et 1000 personnes
- C** entre 1000 et 2000 personnes
- D** plus de 2000 personnes

Il s'agit essentiellement de commerciaux, chargés des ventes auprès des buralistes et aussi de juristes.

34) Connaissez-vous l'un de ces patrons de l'industrie du tabac (cochez ceux que vous connaissez) ?

- A** André Calantzopoulos,
- B** Louis Camilleri
- C** Alison Cooper,
- D** Richard Burrows
- E** Ian Napier
- F** aucune des personnes citées

35) Le cours de bourse d'une multinationale du tabac peut s'effondrer en cas de nombreux procès gagnés par des victimes du tabac.

A Oui

B Non

C'est ce qui s'est passé au lendemain des procès retentissants perdus par l'industrie aux États-Unis ! Depuis une quinzaine d'années, les cours de bourse des industriels du tabac sont en très forte croissance.

36) La France est le 1^{er} pays producteur de tabac en Europe.

A Vrai

B Faux

Il ne reste plus grand-chose en terme d'agriculture du tabac en France, et même en Europe La production se fait essentiellement en Afrique, en Asie (Chine et Inde) et en Amérique.

37) La Politique Agricole Commune de l'Union Européenne a accordé des subventions à la culture du tabac.

A Oui

B Non

Il est prévu que ces subventions s'arrêtent en 2016.

38) Il faut 20 kg de bois pour faire sécher 1 kg de tabac en plus des surfaces où poussent le tabac, le tabac est donc une cause majeure de déforestation.

A Vrai

B Faux



39)La culture du tabac se fait avec des pesticides et la récolte est effectuée dans des pays pauvres souvent par des enfants.

A Vrai

B Faux

40)Le tabac est une cause majeure d'incendies.

A Vrai

B Faux,

Environ 10 % des incendies sont causés par des cigarettes mal éteintes.

41)La pollution de l'air par la fumée de tabac dans les villes est très importante.

A Vrai

B Faux

La pollution automobile et le tabac sont les deux causes principales de la pollution de l'air aujourd'hui.

42)Le tabac est un produit réglementé par une directive de l'Union Européenne.

A Vrai

B Faux

La dernière directive a été adoptée en 2014.

43)Depuis quand est-il interdit aux buralistes de vendre du tabac aux mineurs?

A 1996

B 1999

C 2003 interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans

D 2009 interdiction de vente aux mineurs de moins de 18 ans

E la vente est encore autorisée

44)Les buralistes vendent-ils du tabac à des mineurs?

A Vrai

B Faux

La loi n'est globalement pas appliquée faute de sanction et parce les buralistes ont intérêt à vendre aux mineurs. La nouvelle loi santé oblige le buraliste à demander une pièce d'identité. Néanmoins, il faudra vérifier l'application réelle de la mesure.

45)Depuis quand est-il interdit en France de fumer dans les lieux publics type restaurants et cafés?

A 1991

B 2000

C 2004

D 2008

Il a fallu attendre 15 ans et 6 ministres de la santé pour faire passer cette mesure de santé



publique.

46) La nicotine étant la cause de la dépendance, les législateurs ont réduit drastiquement sa teneur dans l'Union Européenne.

A Vrai

B Faux

La nicotine réellement délivrée au fumeur n'est pas réglementée. Seul un taux de 1 mg a été fixé sur des bases calculées par des machines à fumer de l'industrie, mais rien à voir avec les quantités réellement absorbées.

47) L'industrie du tabac a été condamnée par la loi anti mafia aux États-Unis(Rico)?

A Vrai

B Faux

48)Quelle est la marge des buralistes?

A 3 % du prix du paquet

B 5 % du prix du paquet

C 9 % environ du prix du paquet

49)Les buralistes français reçoivent en plus de leur marge des subventions publiques regroupées dans les contrats d'avenir.

A Vrai

B Faux

Les aides aux buralistes, très critiquées, notamment par la cour des comptes, vont être renégociées car le 3ème contrat d'avenir arrive à échéance en 2016.

50)Les buralistes français reçoivent des pots de vin par l'industrie du tabac en fonction de leur capacité à vendre et fidéliser des jeunes fumeurs.

A Vrai

B Faux

Entre 20 et 30 millions d'euros sont distribués chaque année aux « meilleurs » buralistes, c'est-à-dire les plus gros vendeurs auprès des jeunes (y compris des mineurs). Ceci explique leur opposition au paquet neutre mais également le non respect de l'interdiction de vente de tabac aux mineurs. (« Comment la Mafia du tabac nous manipule », Marc Lomazzi, 2015)

51)Fumer est une habitude de vie au même titre que manger du chocolat ou boire du café.

A Vrai

B Faux

52)Rester assis tue plus que le tabac.

A Vrai

B Faux

53)La cigarette électronique est selon vous...

- A** moins cancérigène que le tabac
- B autant cancérigène que le tabac
- C plus cancérigène que le tabac

54) La cigarette électronique est un produit du tabac puisqu'elle contient de la nicotine.

- A Vrai
- B Faux**

55) Le paquet neutre est inefficace pour diminuer l'attrait des jeunes et inciter les fumeurs à l'arrêt.

- A Vrai
- B Faux**

56) Les cigarettes de contrefaçon sont plus dangereuses que les vraies cigarettes.

- A Vrai
- B Faux**

Aucune étude sérieuse n'a mis en évidence un surcroît de risque avec les cigarettes de contrefaçon. En revanche, elles sont peu appréciées par les fumeurs. La contrefaçon est confondue avec la contrebande qui est favorisée par l'industrie et cette confusion entretenue par l'industrie vise à contrecarrer les fortes hausses de taxes.

57) Il existe des associations de fumeurs qui défendent leurs droits.

- A Vrai
- B Faux**

58) Combien de partis politiques français et européens ont inscrit la sortie du tabac dans leur projet politique?

- A** 0
- B 1
- C 2
- D 3
- E 4

59) Sur 37 000, combien de journalistes français ont enquêté sur l'industrie du tabac ces 10 dernières années?

- A** Moins de 20 soit 0,5 %;
- B entre 20 et 40 (0,5 à 1%) ;
- C entre 40 et 100 ;
- D plus de 100

*Citons quand même ceux qui ont travaillé sur le sujet :
Laurent Richard et Elise Lucet (Cash Investigation France 2)
Paul Moreira, (Nos Gosses sous Intox Canal +)*



David Leloup, Stéphane Foucart(Le Monde, Son livre : »La fabrique du mensonge »)
Martine Perez (Le Figaro, elle a écrit » Interdire le tabac : l'urgence »)
Mathieu Martinière a écrit sur l'Institut du Cerveau et de la Moelle, sur Interpol
Ludovic Lamant (Médiapart) a écrit sur le Dalligate
Marc Lomazzi (le parisien) « Comment la mafia du tabac nous manipule »
Depuis quelques années seulement, la presse française commence à enquêter et critiquer
l'industrie du tabac. L'influence de la publicité est particulièrement néfaste pour
l'indépendance de la presse.

60)L'industrie du tabac a financé des chercheurs et des universités.

A Vrai

B Faux

Y compris en France.

61)L'industrie du tabac finance des chercheurs et des universités.

A Vrai

B Faux

Exemple récent avec l'université de Zurich pour essayer de démontrer que le paquet neutre n'est pas efficace (les études indépendantes sont favorables au paquet neutre)

62)L'industrie du tabac finance des partis politiques et des syndicats.

A Vrai

B Faux

Dans la plupart des pays du monde, en France cela est officiellement interdit contrairement à l'Allemagne par exemple. Les syndicats de salariés et patronaux sont également « investis » par l'industrie pour en faire des alliés.

63)L'industrie du tabac finance des associations caritatives (comme Emmaüs) et féministes (Ni Putes ni soumises, Fédération nationale Solidarité Femmes).

A Vrai

B Faux

Différentes associations françaises et internationales ont été ou sont toujours financées par les industriels dans leur vaste stratégie de relations publiques.

64)L'industrie du tabac paie pour que des acteurs fument dans les films.

A Vrai

B Faux

Quand vous voyez une marque, c'est qu'il y a eu rémunération. Le phénomène est massif et international. De nombreuses personnalités du monde du cinéma et du divertissement ont reçu des rémunérations financières ou en nature (certains sont même ravitaillés « gratuitement » en cigarettes pour les fumer à l'écran).

65)L'industrie du tabac se sert de certains historiens et des philosophes pour influencer l'opinion publique.

A Vrai

B Faux

Les historiens ont également été très sollicités pour les procès du tabac.



66) Philip Morris International finance Interpol.

A Vrai

B Faux

Cela s'est passé entre 2012 et 2015 (15 millions d'euros). Suite à la révélation de l'affaire et au scandale, le financement n'a pas été reconduit en 2016.

67) Pensez-vous que la formation des médecins sur le tabac est suffisante ?

A Oui

B Non

68) Avez-vous appris des informations pertinentes au cours de ce module/questionnaire sur le tabac ?

A Oui

B Non

69) Seriez-vous prêts à vous investir dans la lutte contre le tabagisme ?

A Oui

B Non

Merci pour votre participation ! »

II.2.2. Outils statistiques

La plate-forme SIDES fournissait des résultats détaillés: nombre d'étudiants ayant répondu, moyenne et médiane, nombre d'étudiants ayant coché chaque item et pourcentage correspondant, caractère discriminant de la question posée mais qui ne nous intéresse pas ici.

II.3. Résultats

II.3.1. Participation des étudiants

La même "épreuve" (à savoir 69 items) était soumise aux trois promotions, 4ème, 5ème et 6ème année nommées respectivement DFASM1, DFASM 2 et DFASM3.

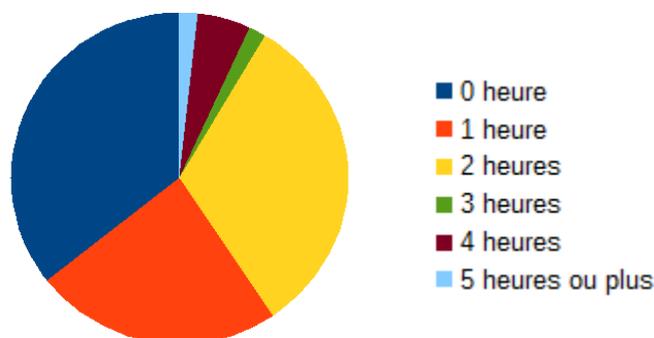
	Participation	Participation (étudiants ayant terminé le questionnaire / étudiants inscrits)
DFASM1	76,1% (102/134)	37,3% (50/134)
DFASM2	78,5% (113/144)	51,4% (74/144)
DFASM3	55,8% (72/129)	27,9% (36/129)
Globale	70,5% (287/407)	39,3% (160/407).

Tableau 1: Participation par promotion au questionnaire SIDES

II.3.2. Résultats des quatre questions préalables

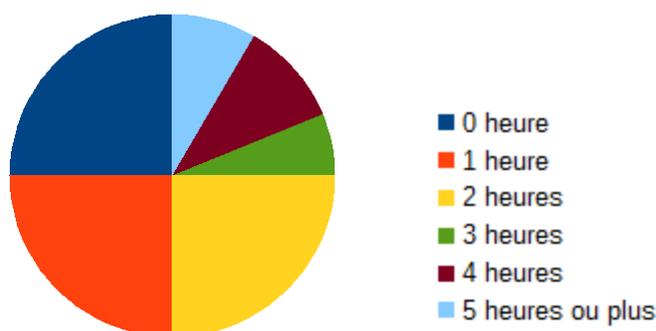
1) Nombre d'heures d'enseignement données spécifiquement sur le tabac?

DFASM1: Les réponses sont assez discordantes mais 91,5% des étudiants ont répondu 0, 1 ou 2 heures de cours. (21 étudiants: 0; 14 étudiants: 1 heure; 19 étudiants: 2 heures) 1 étudiant a répondu 3 heures, 3 étudiants ont répondu 4 heures et 1 étudiant a répondu "5 heures ou plus".



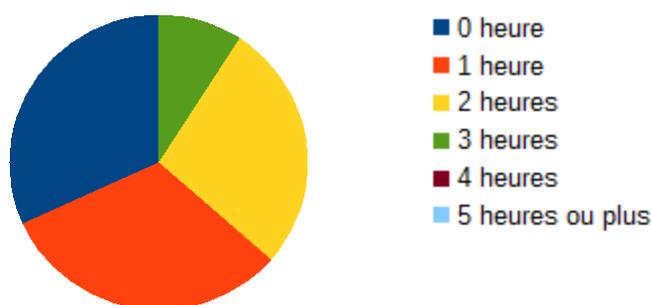
DFASM2: Les réponses sont là encore discordantes

75% des étudiants ont répondu 0, 1 ou 2 heures de cours, 3 ont répondu 3 heures, 5 étudiants ont déclaré avoir eu 4 heures de cours et 4 "5 heures ou plus".



DFASM3:

90,9% des étudiants ont répondu avoir eu 0, 1 ou 2 heures de cours sur le tabac. 2 étudiants ont répondu 3 heures et aucun davantage...



2) Les cours à la faculté de médecine abordent-ils l'industrie du tabac?

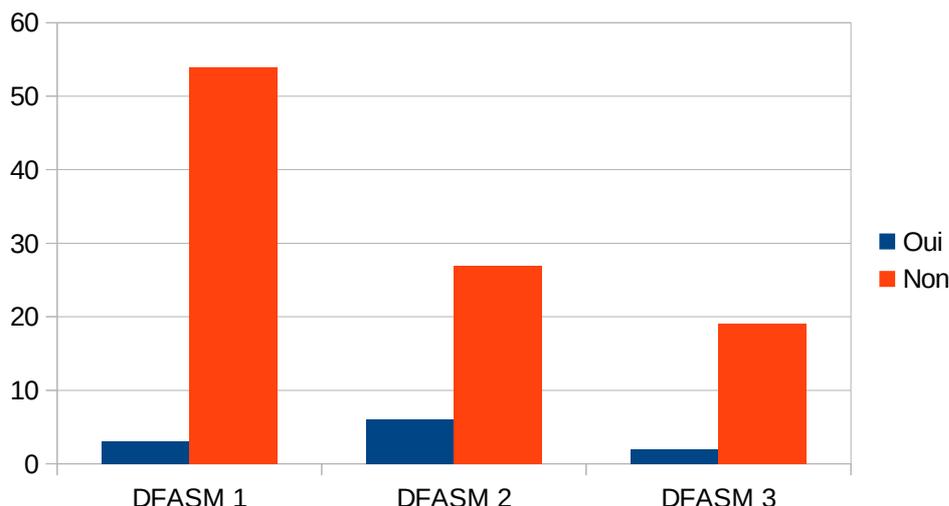
La réponse négative des étudiants est largement consensuelle avec

DFASM1: 94,8% ont répondu non. (54/57)

DFASM2: 82% ont répondu non. (27/33)

DFASM3: 90% ont répondu non. (19/21)

Au total, 90% (100/111) des étudiants interrogés pensent ne pas avoir reçu d'information au cours de leurs études sur l'industrie du tabac.



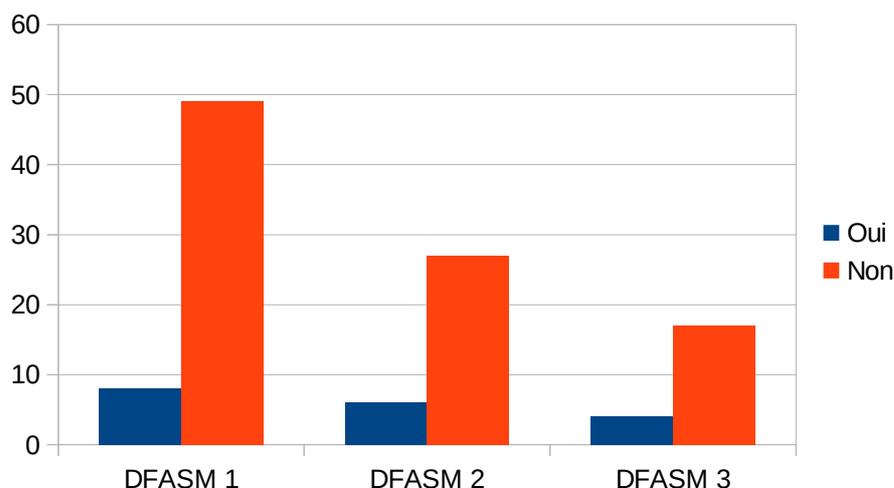
3) Pensez-vous connaître suffisamment de choses sur l'industrie du tabac?

DFASM1: 86% (49/57) ont répondu non.

DFASM2: 82% (27/33) ont répondu non.

DFASM3: 81% (17/21) ont répondu non.

Au total 83,8% (93/111) des étudiants pensent ne pas connaître suffisamment l'industrie du tabac.



4) Vous sentez-vous compétent(e) pour aider un fumeur à arrêter le tabac?

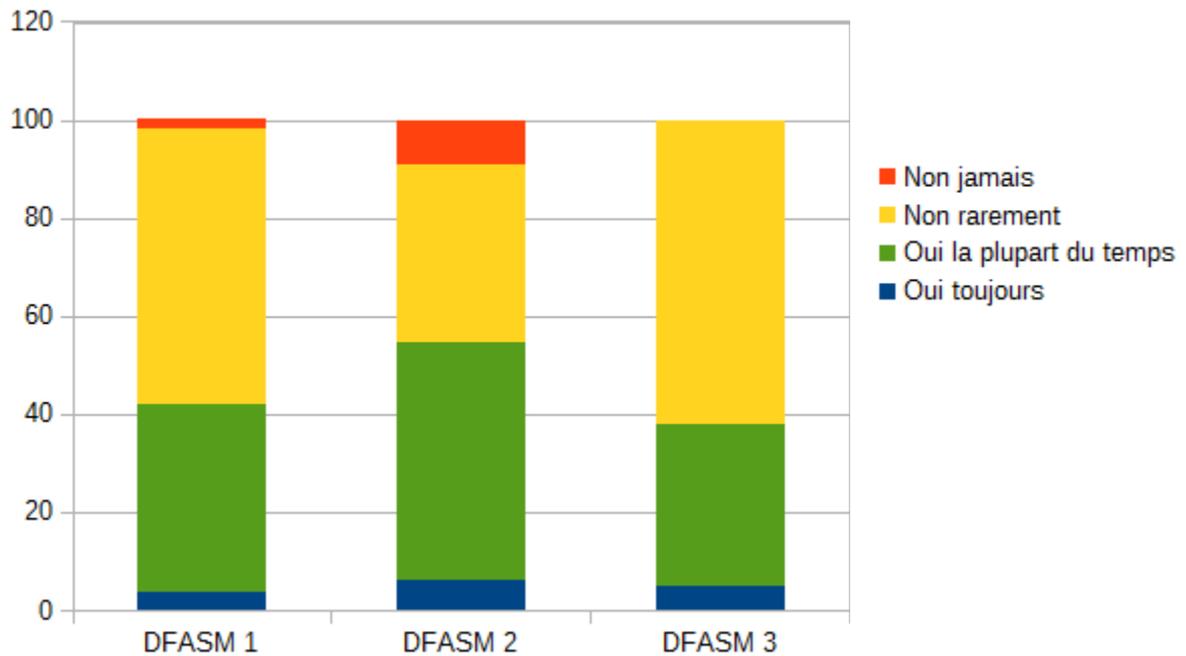
4 propositions de réponse étaient données: "Oui toujours", "oui la plupart du temps", "non rarement", "non jamais".

Les réponses, proches entre les promotions, sont assez mitigées avec très peu d'étudiants qui se sentent véritablement compétents ou a contrario totalement incompetents pour aider un fumeur à arrêter le tabac:

DFASM1: 3,5% "oui toujours", 38,6% "oui la plupart du temps", 56,1% "non rarement", 1,8% "non jamais".

DFASM2: 6% "oui toujours", 48,5% "oui la plupart du temps", 36,4% "non rarement" et 9,1% "non jamais".

DFASM3: 5% "oui toujours", 33% oui la plupart du temps", 62% "non rarement" 0% "non jamais".



II.3.3. Moyenne générale

Pour calculer les notes globales dans chaque promotion, nous n'avons évidemment retenu que ceux qui avaient terminé le questionnaire.

DFASM1

La moyenne était de 10,0/20, la médiane de 11,5/20, la meilleure note de 15,4/20, la pire note 2/20.

DFASM 2

La moyenne était de 10,8/20, la médiane de 12,3/20, la meilleure note de 15,5/20, la pire note 2/20.

DFASM3

La moyenne était de 11,3/20, la médiane de 12,6/20, la meilleure note de 17,4/20, la pire note 2/20.

II.3.4. Connaissances et représentations des étudiants sur le tabac et son industrie

Rentrons dans le détail de ces résultats. Pour faciliter la lecture et l'interprétation, nous divisons en 4 catégories les réponses des étudiants à chaque item.

Ainsi, les connaissances peuvent être

-bonnes au moins 75% de bonnes réponses à l'item.

-à consolider: entre 50% et 75% de bonnes réponses.

-insuffisantes: entre 25% et 50% de bonnes réponses.

-Ignorance manifeste ou fausse croyance: moins de 25% de bonnes réponses.

Les items (61) sont regroupés en plusieurs (8) thématiques

Histoire, Épidémiologie et santé, Dépendance (addiction), Économie, Industrie, Agriculture et environnement, Réglementation, Ingérence de l'industrie.

Pour faciliter la lecture et réduire la longueur des résultats, nous avons décidé de regrouper au sein des tableaux les résultats (*pourcentage d'étudiants ayant répondu correctement à la question posée*) des trois promotions selon le code couleur et la disposition suivante :

DFASM1 **DFASM2** **DFASM3**

Histoire (questions n°5 à 13)

	<25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75%	>75%
Les plants de tabac contiennent-ils naturellement beaucoup de nicotine		■	■ ■	
Le tabac est toujours un monopole d'état en France (SEITA)		■ ■ ■		
Combien de cigarettes une seule machine moderne peut-elle fabriquer en 1 minute?		■ ■ ■		
La révolution du séchage à air chaud des feuilles de tabac a rendu la fumée inhalable mais bien plus létale			■ ■	■
Jusqu'au début du XX ème siècle, la fumée n'était pas inhalée et il n'y avait pas de cancer du poumon	■ ■ ■			
Aux Etats-Unis, la consommation de cigarettes est passée de 2,5 milliards en 1900 à 630 milliards en 1980?			■	■ ■
Aux Etats-Unis, le nombre de décès par cancer du poumon était de...	■	■ ■ ■		
Le Plan Marshall a expédié vers l'Europe de l'ouest 1 milliard de dollars de tabac soit le tiers du total des financements "liés à l'alimentation"				■ ■ ■
D'autres programmes succédèrent au plan Marshall comme Food for Peace permettant aux producteurs américains de vendre des surplus de tabac dans le tiers monde				■ ■ ■

Tableau 2: Connaissances des étudiants sur l'histoire du tabac



Épidémiologie, santé (questions n°14 à 25)

	<25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75%	>75%
Pensez-vous que le tabagisme soit actuellement... ?		 		
Il est possible de fumer quelques cigarettes de temps en temps sans danger			 	
Combien de produits chimiques différents sont présents dans la fumée de cigarette ?		 		
Selon vous, combien de gens meurent prématurément à cause du tabac chaque année en France ?			 	
Par comparaison à la mortalité imputable au tabac, la mortalité routière est...		 		
Par comparaison à la mortalité imputable au tabac, la mortalité des accidents d'avions est...				  
Les premières études montrant un lien entre tabac et cancer datent...	  			
Combien de décès par cancers sont imputables au tabac ?	 			
En Europe, le nombre de femmes décédées par cancer du poumon va dépasser en 2015 le nombre de femmes décédées par cancer du sein			 	
Le tabac a tué en 2014 dans le monde plus que la tuberculose, le paludisme, ebola, le sida, les accidents de la route réunis			  	
Au cours de la grossesse, il est possible de fumer quelques cigarettes sans danger pour le fœtus				  
Le tabagisme passif est-il dangereux ?				  

Tableau 3: Connaissances des étudiants sur l'épidémiologie et les maladies du tabac



Dépendance (questions n°26 à 28)

	<25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75%	>75%
Pour arrêter de fumer, il suffit de le vouloir				
Le tabac est une drogue et la cigarette l'un des moyens de la faire administrer au cerveau				
Arrêter de fumer est pour de nombreux fumeurs aussi difficile que d'arrêter la cocaïne ou l'héroïne				

Tableau 4: Connaissances des étudiants sur l'addiction au tabac

Économie (questions n°29 à 31)

	<25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75%	>75%
Selon vous, combien coûte (prix direct) par mois le fait de fumer 10 cigarettes ?				
Le tabac a-t-il une influence positive sur l'économie d'un pays?				
Les pauvres fument autant que les riches				

Tableau 5: Connaissances sur l'économie du tabac

Industrie (questions n° 32 à 35)

	<25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75%	>75%
Quelles sont les grandes compagnies de tabac dans le monde?				
Combien de salariés compte Philip Morris International en France, (Philip Morris est leader sur le marché)?				
Connaissez-vous l'un des patrons de l'industrie suivants? (cochez ceux que vous connaissez)				
Le cours de bourse d'une multinationale du tabac peut s'effondrer en cas de nombreux procès gagnés par des victimes du tabac				

Tableau 6: Connaissances des étudiants sur les industriels du tabac



Agriculture et environnement (question n°36 à 41)

	<25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75%	>75%
La France est le 1 ^{er} pays producteur de tabac en Europe			■ ■ ■	
La Politique Agricole Commune de l'Union Européenne a accordé des subventions à la culture du tabac			■ ■ ■	
Il faut 20 kg de bois pour faire sécher 1 kg de tabac en plus des surfaces où poussent le tabac, le tabac est donc une cause majeure de déforestation			■ ■ ■	
La culture du tabac se fait avec des pesticides et la récolte est effectuée dans des pays pauvres souvent par des enfants			■ ■ ■	■
Le tabac est une cause majeure d'incendies			■ ■ ■	
La pollution de l'air par la fumée de tabac dans les villes est très importante		■ ■ ■	■ ■ ■	

Tableau 7: Connaissances des étudiants sur l'agriculture du tabac et les effets sur l'environnement

Réglementation (questions n° 42 à 49)

	<25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75%	>75%
Le tabac est un produit réglementé par une directive de l'Union Européenne			■ ■ ■	
Depuis quand est-il interdit aux buralistes de vendre du tabac aux mineurs?	■ ■ ■			
Les buralistes vendent-ils du tabac à des mineurs?			■ ■ ■	
Depuis quand est-il interdit en France de fumer dans les lieux publics type restaurants et cafés?		■ ■ ■		
La nicotine étant la cause de la dépendance, les législateurs ont réduit drastiquement sa teneur dans l'Union Européenne			■ ■ ■	
L'industrie du tabac a été condamnée par la loi antimafia aux Etats-Unis(Rico)	■ ■ ■			
Quelle est la marge des buralistes?		■ ■ ■		
Les buralistes français reçoivent en plus de leur marge des subventions publiques regroupées dans les contrats d'avenir		■ ■ ■	■ ■ ■	

Tableau 8: Connaissances des étudiants sur les lois et réglementations relatives au tabac

Ingérence de l'industrie du tabac (questions n°50 à 66)

	<25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75%	>75%
Les buralistes français reçoivent des pots de vin par l'industrie du tabac en fonction de leur capacité à vendre et fidéliser des jeunes fumeurs				
Fumer est une habitude de vie au même titre que manger du chocolat ou boire du café				
Rester assis tue plus que le tabac				
La cigarette électronique est selon vous				
La cigarette électronique est un produit du tabac puisqu'elle contient de la nicotine				
Le paquet neutre est inefficace pour diminuer l'attrait des jeunes et inciter les fumeurs à l'arrêt				
Les cigarettes de contrefaçon sont plus dangereuses que les vraies cigarettes				
Il existe des associations de fumeurs qui défendent leurs droits				
Combien de partis politiques français et européens ont inscrit la sortie du tabac dans leur projet politique?				
Sur 37 000, combien de journalistes français ont enquêté sur l'industrie du tabac ces 10 dernières années?				
L'industrie du tabac a financé des chercheurs et des universités				
L'industrie du tabac finance des chercheurs et des universités				
L'industrie du tabac finance des partis politiques et des syndicats				
L'industrie du tabac finance des associations caritatives (comme Emmaüs) et féministes (Ni Putes ni soumises, Fédération nationale Solidarité Femmes)				
L'industrie du tabac paie pour que des acteurs fument dans les films				
L'industrie du tabac se sert de certains historiens et des philosophes pour influencer l'opinion publique				
Philip Morris International finance Interpol				

Tableau 9: Connaissances des étudiants sur l'ingérence des industriels du tabac

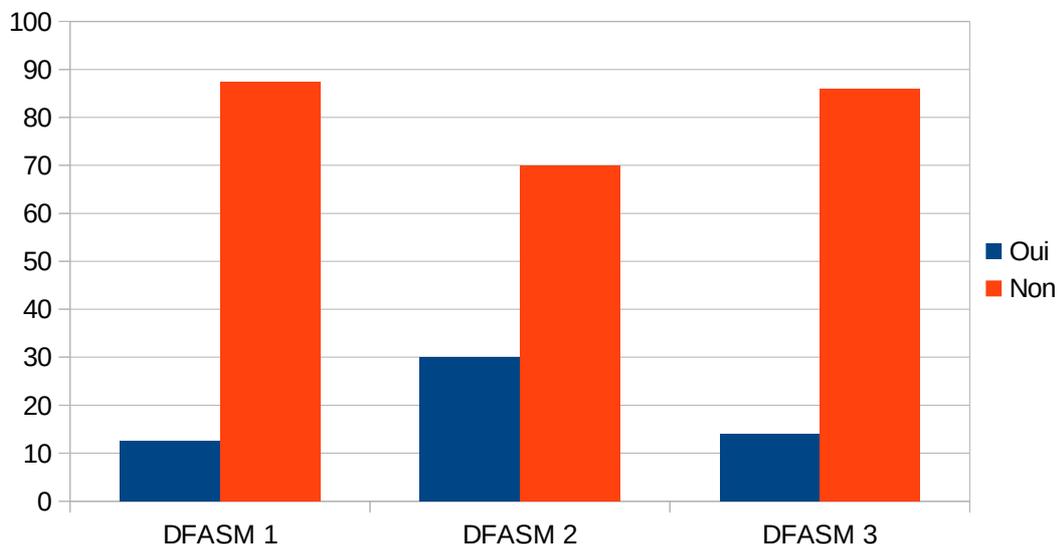
II.3.5. Questions finales

Pensez-vous que la formation des futurs médecins sur le tabac est suffisante? (item 67)

-En DFASM1, 87,5% ont répondu non (seuls 4 étudiants ont répondu oui).

-En DFASM2, 70% ont répondu non (13 étudiants ont répondu oui).

-En DFASM3, 86% ont répondu non (3 étudiants ont répondu oui).

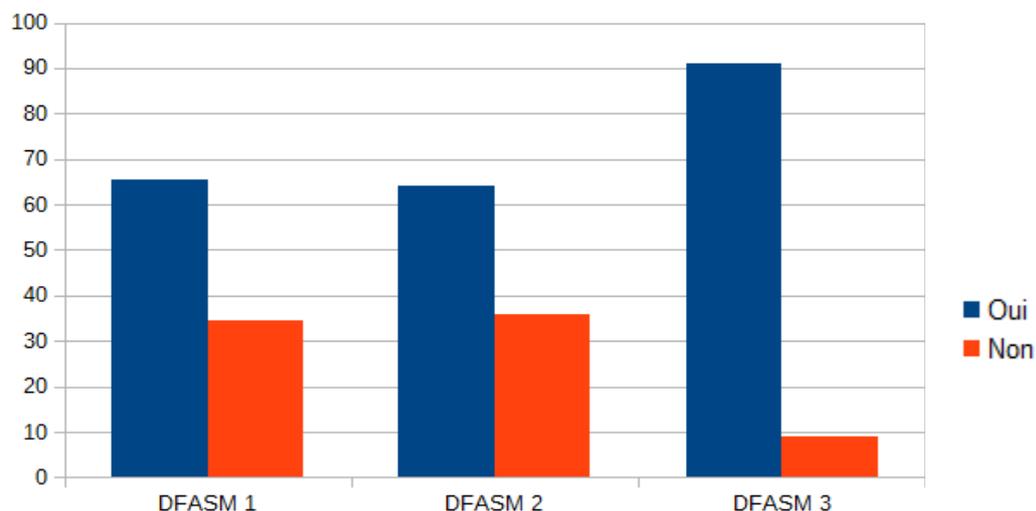


Avez-vous appris des informations pertinentes au cours de ce questionnaire? (item 68)

-En DFASM1, 65,6% ont répondu oui.

-En DFASM2, 64% ont répondu oui.

-En DFASM3, 90,9% ont répondu oui.

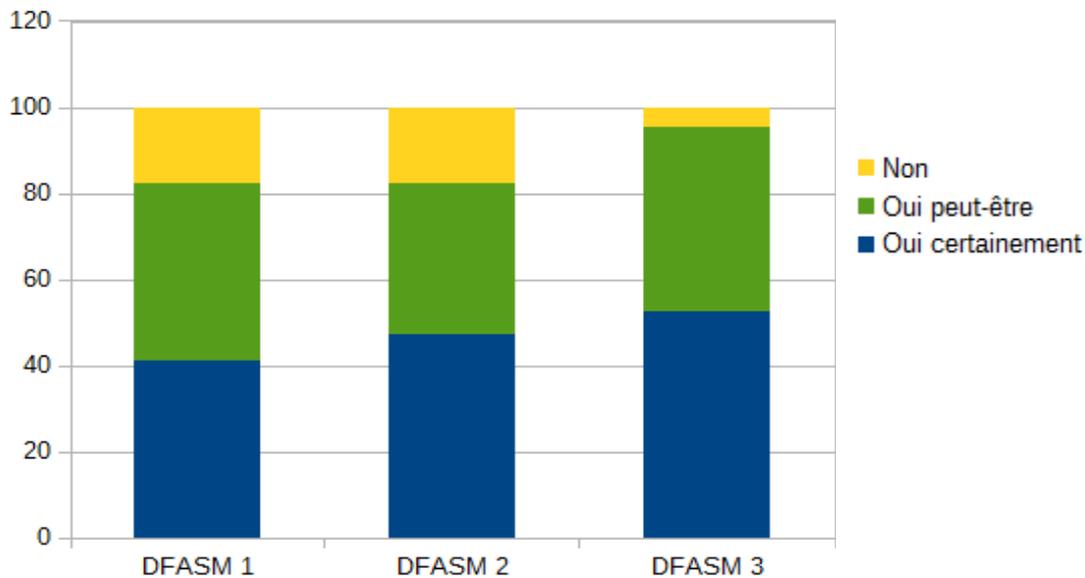


Seriez-vous prêts à vous investir dans lutte contre le tabagisme? (item 69)

En DFASM1, 41,2% ont répondu oui certainement, 41,2% ont répondu oui peut-être et 17,6% ont répondu non.

En DFASM2, 47,1% ont répondu oui certainement, 35,3% oui peut-être et 17,6% ont répondu non.

En DFASM3, 52,4% ont répondu oui certainement, 42,9% oui peut-être et 4,7% non.



II.4. Discussion

II.4.1. Participation

Le questionnaire étant ni obligatoire ni noté, la participation attendue était assez modérée.

Néanmoins, du fait du nombre important de questions posées, si l'on prend en compte uniquement ceux qui ont terminé le questionnaire, la participation est assez faible avec une participation globale de 39,3% (160/407). Les questions n'étaient pas obligatoires donc certains en ont sauté plutôt que répondre au hasard. Le fait que 127 étudiants aient abandonné en cours de route est assez décevant, mais faut-il s'en étonner?

II.4.2. Résultats des questions préalables

L'immense majorité des étudiants pense avoir reçu 2 heures ou moins de cours sur le tabac. Si les étudiants n'ont pas la même appréciation de la quantité d'heures de cours consacrées au tabac, ce nombre semble de l'ordre de 1 à 2 heure(s) ce qui correspond davantage à la réalité au regard des enseignements effectués durant cette période. Pour les étudiants ayant répondu 4 ou 5 heures ou plus, peut-être s'agit-il de redoublants ou d'étudiants venant d'une autre faculté...L'industrie du tabac ne semble pas avoir été étudiée ce qui correspond à la réalité que ce soit dans les manuels ou les cours préparés à Limoges.

Ces données sont évidemment déclaratives et peuvent être soumises à des biais comme le biais de mémorisation. Étant censés avoir reçu les mêmes cours, cela signifie soit que 90% ont oublié ce sujet soit que les 10% restant pensent à tort avoir été informés. On peut imaginer dans la première hypothèse que l'enseignement n'a pas été très convaincant et dans la deuxième hypothèse que ces étudiants ont appris des choses sur l'industrie du tabac via d'autres sources (médias, livres etc) et se trompent dans la source d'information.

Ces résultats semblent en tout cas plaider pour une meilleure formation des futurs médecins sur le tabac et son industrie.

Le sentiment de compétence (savoir faire) pour aider un fumeur à arrêter le tabac (4 propositions de réponse étaient données: "Oui toujours", "oui la plupart du temps", "non rarement", "non jamais") est assez variable. Les réponses, proches entre les promotions, sont assez mitigées avec peu d'étudiants qui se sentent véritablement compétents ou totalement incompetents pour aider un fumeur à arrêter le tabac.

Il est souvent difficile pour une personne de s'auto-évaluer en sachant qu'une des limites de cette question est que ces étudiants n'ont pas encore le droit de prescription.

L'enseignement sur le tabac apparaît donc perfectible d'après ces questions préliminaires.

II.4.3. Moyenne générale et hétérogénéité des notes

Les résultats, assez moyens sont liés à la difficulté (relative) des questions posées. Les résultats sont cependant très disparates (écarts type d'environ 4 dans chaque promotion) avec des étudiants qui ne connaissent pratiquement rien et d'autres qui semblent avoir de solides connaissances sur le tabac. Cependant, les notes semblent augmenter parallèlement au cursus universitaire, ce qui est rassurant. Cela pourrait signifier que de nouveaux enseignements ont enrichi les connaissances des étudiants et/ou que des sources extérieures à la faculté (médias au sens large) ont contribué à l'information de ces futurs médecins.

II.4.4. Quelles informations faudrait-il apporter aux étudiants en médecine?

Sept questions ont entraîné un taux de bonnes réponses inférieur à 15% dans les 3 promotions.

Les étudiants ont massivement répondu faux à «jusqu'au début du XXème siècle, la fumée n'était pas inhalée et il n'y avait pas de cancer bronchique»(item n°9). Peut-être pensent-ils que le cancer bronchique a toujours existé c'est difficile de savoir.

Les premières études montrant un lien entre tabac et cancer datent des années 1960-1970 pour une très large majorité d'étudiants (item n°20). Ils ignorent à l'instar de la population les travaux de Lickint et de Roffo qui dès la fin des années 1920 et dans les années 1930 ont montré expérimentalement et par la première étude cas-témoin le lien tabac cancer bronchique. En sachant que certains cancers ORL étaient appelés cancers du fumeur dès le XIXème siècle.

Les grandes compagnies de tabac dans le monde ne sont pas connues. Les étudiants confondent les marques (*Marlboro, Camel, Gauloises* etc) avec les entreprises qui les produisent (item n°32). 50% des étudiants pensent qu'il y a plus de 2000 personnes employés par Philip Morris en France (item n°33) alors qu'il y a moins de 400...

Quasiment aucun étudiant ne connaît un grand dirigeant de l'industrie du tabac (item n°34).

L'industrie du tabac a réussi à faire passer certains messages pourtant faux.



Ainsi, les cigarettes de contrefaçon sont plus dangereuses que les vraies cigarettes pour une écrasante majorité des étudiants (item n°56)...

Par ailleurs, les étudiants pensent très majoritairement qu'il existe des associations de fumeurs qui défendent leurs droits (item n°57)...

Vingt items (dont les sept cités juste avant), représentant environ un tiers des questions, ont obtenus moins de 50% de bonnes réponses dans les 3 promotions. Ainsi, une majorité des étudiants en médecine pensent que :

- le tabac est toujours un monopole d'état en France (item n°6)
- une seule machine moderne peut fabriquer 2000 cigarettes voire seulement 200 en 1 minute alors que c'est 20 000 par minute (item n°7)
- jusqu'au début du XXème siècle, la fumée n'était pas inhalée et il n'y avait pas de cancer bronchique (item n°9)
- moins de 2000 produits chimiques différents dont 40 cancérigènes sont présents dans la fumée de cigarette (item n°16)
- la mortalité routière est 10 fois plus faible que celle du tabac (item n°18)
- les premières études montrant un lien entre tabac et cancer datent des années 1960 (item n°20)
- moins d'un décès sur cinq par cancer sont imputables au tabac (item n°21)
- le tabac a une influence positive sur l'économie (item n°30)
- Marlboro*, *Camel* ou *Lucky Strike* sont des grandes compagnies de tabac (item n°32)
- Philip Morris en France (leader du marché) compte plus de 1000 salariés (item n°33)
- le cours de bourse d'une multinationale du tabac ne peut pas s'effondrer en cas de nombreux procès gagnés par les victimes du tabac (item n°35)
- il est interdit en France de fumer dans les restaurants et cafés depuis 2004 (item n°45)
- l'industrie du tabac n'a pas été condamnée par la loi anti mafia aux États-Unis (item n°47)
- la marge des buralistes est inférieure à 5% (item n°48)
- fumer est une habitude de vie au même titre que manger du chocolat ou boire du café (item n°51)
- le paquet neutre est inefficace pour diminuer l'attrait des jeunes et inciter les fumeurs à l'arrêt (item n°55)
- les cigarettes de contrefaçon sont plus dangereuses que les vraies cigarettes (item n°56)
- il existe des associations de fumeurs qui défendent leurs droits (item n°57)
- plus de 40 journalistes français ont enquêté sur l'industrie du tabac ces 10 dernières années (items n° 59)
- l'industrie du tabac ne finance pas des associations caritatives (item n°63)
- Philip Morris n'a pas financé Interpol (item n°66).

Il est vrai que certains points peuvent paraître anecdotiques et qu'il est de toute façon



impossible de traiter tous ces sujets en quelques minutes de cours.

Au-delà des questions de chiffres, il nous semble important de combattre la sous-estimation des dégâts sanitaires et économiques du tabac ainsi que certaines idées fausses notamment sur la contrefaçon, l'influence du tabac sur l'économie. Ainsi, les étudiants en DFASM 1 et 2 pensent majoritairement que le tabac n'est pas la première cause de morbi-mortalité en France, en Europe et dans le monde. Une majorité des étudiants en DFASM 2 et 3 pensent que le tabac n'a pas un effet très important sur la pollution de l'air. Les connaissances sur l'industrie du tabac, indispensables pour qui veut comprendre pourquoi il y a aujourd'hui autant de fumeurs en France et dans le monde semblent assez faibles chez les étudiants en médecine interrogés.

II.4.5. Sur quels éléments il n'est pas utile d'insister

Il faut aussi noter les bonnes connaissances des étudiants dans certaines thématiques, quelles étaient donc les questions avec les meilleurs résultats?

Certains éléments semblent acquis avec plus de 80% de bonnes réponses dans les 3 promotions:

La mortalité des accidents d'avions est 1000 fois plus faible que celle du tabac (item n°19)

Au cours de la grossesse, il est impossible de fumer quelques cigarettes sans danger pour le fœtus (item n°24)

Le tabagisme passif est dangereux (item n°25)

La question des dommages du tabagisme passif semble donc très consensuelle parmi les étudiants interrogés ce qui est très positif. Rappelons ici que la génération qui a répondu au questionnaire n'a pas connu les trains, avions, écoles, hôpitaux, restaurants etc...enfumés. Ces étudiants bénéficient en effet à la fois des travaux scientifiques de démonstration des dangers du tabagisme passif et des travaux politiques et sociaux de dénormalisation du tabagisme.

II.4.6. Commentaires sur les questions finales

Pour mémoire, à la fin du questionnaire, 3 dernières questions étaient posées.

-Pensez-vous que la formation des futurs médecins sur le tabac est suffisante?

Volontairement placés en fin de questionnaire, cette question permet de mieux apprécier ce besoin de formation et sans surprise il apparaît pour une grande majorité d'étudiants qu'ils ressentent une certaine carence sur le thème du tabac dans leur apprentissage.

-Avez-vous appris des informations pertinentes au cours de ce questionnaire?

Malheureusement, il était impossible techniquement d'indiquer la correction au fur et à mesure, l'étudiant devait valider son questionnaire avant de pouvoir consulter sa copie corrigée...Néanmoins, on peut supposer que ceux qui ont répondu oui, une grande majorité, sont allés regarder la correction argumentée. Le questionnaire a donc permis à une large majorité des étudiants d'apprendre des choses sur le tabac.

-Seriez-vous prêts à vous investir dans lutte contre le tabagisme?

Cette dernière question, sous forme d'ouverture vers un possible engagement personnel témoigne que le tabagisme ne laisse pas indifférent une majorité d'étudiants qu'ils soient jeunes externes ou plus confirmés.

Il semble même que la maturation des ces futurs médecins augmente le sentiment de pouvoir s'investir ultérieurement dans la lutte contre le tabagisme. De quoi donner un certain espoir pour l'avenir.

II.5. Conclusion

Malgré une participation modeste, notre évaluation nous a permis d'objectiver certaines de nos présomptions.

Il existe en effet des carences dans la formation sur le tabac et son industrie des étudiants en médecine de Limoges. Il n'existe pas à notre connaissance d'étude publiée équivalente. Les études disponibles dans la littérature sont centrées sur l'arrêt du tabac ([Ndiaye et al, 2003](#) ; [Piardon, 2007](#) ; [Brabant, 2012](#) ; [Rabier, 2014](#))

Une augmentation quantitative et qualitative (en abordant notamment les items sur l'industrie du tabac) de l'enseignement serait légitime afin de renforcer les motivations des futurs médecins à combattre le tabagisme.

L'implication des enseignants est indispensable pour délivrer des messages clés et battre en brèche les idées reçues!

Pour leur faciliter la tâche, nous élaborerons en concertation avec les enseignants concernés des fiches pédagogiques thématiques autour du tabac reprenant les principaux éléments issus de nos recherches documentaires. Ces synthèses thématiques pourront ainsi utilement compléter les enseignements existants. De quoi enrichir et nourrir les futurs médecins qui devront relever à leur tour les défis posés par le tabac et son industrie.



III. Prévalence du tabagisme et usage de la cigarette électronique chez les étudiants en médecine de Limoges

III.1. Introduction

Le tabagisme est un fléau qui, contrairement à certaines apparences, est loin d'être maîtrisé en particulier en France. Chaque année, les cigarettiers recrutent de nouveaux fumeurs avec la complicité directe des détaillants et indirecte des pouvoirs publics incapables de faire respecter l'interdiction de vente aux mineurs. L'instauration de la loi Santé devra être appliquée à la lettre pour enfin faire reculer le tabagisme. En première ligne face aux victimes du tabac, de nombreux médecins sont eux-mêmes des fumeurs, ce qui est parfois un frein au sevrage de leurs patients. [6] [7]

Leur formation initiale sur le tabac a été longtemps inexistante et rares sont ceux qui s'impliquent dans la lutte contre le tabagisme. L'émergence récente des cigarettes électroniques change la donne et ouvre un débat de plus en plus vif autour du tabac. Notre étude s'y est intéressée de façon à affiner les connaissances scientifiques existantes, qui ne manqueront pas d'évoluer ces prochaines années. L'objectif principal de l'étude est de connaître la prévalence du tabagisme et l'usage des cigarettes électroniques parmi les étudiants en médecine de Limoges.

III.2. Matériel et méthode

Le questionnaire de prévalence du tabagisme et sur l'usage des cigarettes électroniques a été envoyé par e-mail le 7 avril 2016 aux étudiants en médecine de Limoges, de la première année (PACES) à la 6ème année (*mailing liste* de la faculté).

III.2.1. Description du questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme en deux parties. Une partie commune visait à renseigner l'âge, le sexe, l'année d'étude, l'expérimentation et le cas échéant l'âge d'expérimentation du tabac, les circonstances de cette expérimentation, l'expérimentation passée et récente de la cigarette électronique, le tabagisme (occasionnel, quotidien, inférieur à 10 cigarettes par jour, entre 10 et 20 par jour ou supérieur à 10 cigarettes par jour, tabac à rouler). En fonction du statut fumeur ou non fumeur, une deuxième page s'affichait avec des questions sur différents paramètres (parents fumeurs ou non, meilleur(e) ami(e) fumeur(se) ou non, etc), des questions pour les fumeurs sur leurs tentatives d'arrêt, les motivations, les obstacles, l'usage de cannabis associé.

III.2.2. Type d'étude

Enquête épidémiologique observationnelle (transversale), descriptive, unicentrique.

III.2.3. Population de l'étude (*Tableau 10*)

Le pourcentage d'étudiantes est de 62,9% (1022/1624). Le total des étudiants inscrits en premier et deuxième cycle de médecine est de 1624, dont 58% d'étudiants en PACES. Il n'était pas possible de connaître l'âge moyen global et par promotion. Nous avons arrêté un mois plus tard avec 717 réponses au total soit une participation de 44%.

III.2.4. Outils statistiques

Le logiciel LibreOffice Calc et le logiciel Statview ont été utilisés pour le recueil et l'analyse des données. Le risque α choisi est classiquement de 5%. Les variables qualitatives étaient comparées avec le Chi-2, et une régression logistique était utilisée pour les variables quantitatives et qualitatives, celles significatives en analyse uni variée étaient introduites dans l'analyse multivariée pour calculer des Odds Ratio ajustés.

III.3. Résultats

III.3.1. Participation et fiabilité des résultats (*Tableau 11*)

Nos résultats sont fiables avec une marge d'erreur globale de 2,74% avec IC 95%. Le pourcentage réel d'étudiantes est légèrement plus faible (de 2,2%) que celui de notre échantillon. Les différences entre les pourcentages (observé et théorique) ne sont pas statistiquement significatives. L'âge moyen des étudiants est de 20,8 ans (21 ans et 4 mois pour les garçons, 20 ans et 6 mois pour les filles) l'âge médian de 20 ans du fait de la forte représentation des étudiants en première année dans l'effectif total (47,8%) de notre échantillon. (*Tableau 2*). L'âge moyen et médian réel des étudiants en médecine de Limoges est légèrement inférieur car la PACES représente normalement 57,8% des inscrits. La participation est nettement plus forte (74,4% vs 36,5%) parmi les étudiants en médecine de 6ème année qu'en PACES.

III.3.2. Prévalence du tabagisme

La prévalence globale du tabagisme (régulier + occasionnel) est de 21,9%. Cette prévalence globale est légèrement plus élevée chez les garçons avec 22,8% (57/250) que chez les filles avec 21,4% (100/467). La prévalence du tabagisme quotidien est de 12% (13,2% chez les garçons et 11,3% chez les filles). Le tabagisme occasionnel concerne 9,9% des étudiants (9,6% des étudiants et 10,1% des étudiantes). Le tabac à rouler est utilisé par 2,9% des étudiants en médecine soit 13,3% parmi les fumeurs (21/157) avec 12,3% chez les garçons (7/57) et 14% chez les filles (14/100). Parmi les fumeurs quotidiens, 75,6% (65/86) fument des cigarettes toutes faites, et 24,4% (21/86) roulent leurs cigarettes. Chez les garçons, 21,2% des fumeurs réguliers utilisent du tabac à rouler. Chez les filles, 26,4% (14/53) des fumeuses régulières utilisent du tabac à rouler.

Le tabac à rouler est donc utilisé aussi bien par les filles que par les garçons. L'âge moyen des fumeurs n'est pas statistiquement différent des non fumeurs.

III.3.3. Prévalence par promotion (*Tableau 12*)

Il n'y a pas de différence significative entre les promotions concernant la prévalence du tabagisme. L'usage de tabac à rouler varie avec un gradient clairement décroissant entre la 2ème et la 6ème année.

III.3.4. Expérimentation du tabac (*Tableau 12*)

L'expérimentation du tabac est globalement de 71%. L'expérimentation est maximale à 83,3% en 5ème et en 6ème année. Autrement dit, seulement 1 étudiant sur 6 en 5ème et en 6ème année n'a jamais fumé. L'expérimentation du tabac est déjà majoritaire en première année d'université car elle se fait au collège ou au lycée. Le gradient croissant dans



l'expérimentation entre les deux premières années et les deux dernières années de médecine suggère qu'un nombre non négligeable d'étudiants expérimentent leurs premières cigarettes pendant leurs études de médecine. 426 étudiants de notre échantillon ont expérimenté leurs premières cigarettes avant 18 ans. 291 n'ont donc pas essayé le tabac à 18 ans. Parmi ceux-là, 26,7% ont expérimenté le tabac après 18 ans, donc pour la plupart pendant leurs études. 15,4% sont devenus des fumeurs quotidiens et 6,4% des fumeurs occasionnels.

Par comparaison, parmi les étudiants ayant testé le tabac avant 18 ans, 17,4% sont devenus des fumeurs quotidiens et 15,7% des fumeurs occasionnels.

Pour ceux qui ont expérimenté le tabac avant 16 ans, 20% sont devenus des fumeurs quotidiens et 16,8% des fumeurs occasionnels. 16,4% des filles ayant expérimenté le tabac sont devenues des fumeuses au quotidien et 15,4% de façon occasionnelle. Parmi les garçons qui ont expérimenté le tabac, 17,9% sont devenus des fumeurs quotidiens et 12% des fumeurs occasionnels.

L'âge de cette expérimentation est en moyenne de 15,8 ans (médiane 16 ans). L'âge de cette expérimentation est plus précoce chez les filles (15,2 ans) que chez les garçons (16,8 ans). 90% des fumeurs ont essayé leurs premières cigarettes avant l'âge de 17 ans.

III.3.5. Circonstances de l'expérimentation du tabac

Les circonstances des premières cigarettes sont très massivement les soirées entre adolescents/jeunes, parfois à l'occasion d'anniversaire ou du réveillon, ou pour fêter la réussite à un examen ou au concours, au collège et au lycée, à l'occasion de la récréation ou à la sortie des classes. L'immense majorité des étudiants ayant expérimenté le tabac l'ont fait entre ami(e)s, notamment dans un cadre festif. Les vacances semblent être également un moment propice à l'expérimentation entre jeunes. Très peu ont expérimenté le tabac seul(e).

III.3.6. Expérimentation de la cigarette électronique

256 étudiant(e)s soit 35,7% des étudiant(e)s ont déjà essayé au moins une fois de vapoter avec 28,3% qui l'ont essayé il y a plus d'un an et 7,4% qui l'ont essayé cette année (2016). L'expérimentation d'une cigarette électronique est donc nettement plus faible que le tabac puisque 64,3% des étudiants n'ont jamais essayé de vapoter (alors que 29% des étudiants en médecine n'ont jamais essayé de fumer).

Sexe

L'expérimentation de la cigarette électronique montre une prédominance masculine puisqu'un essai de vapotage est retrouvé chez 43% des garçons et 32% des filles. En analyse uni variée, la corrélation entre sexe masculin et expérimentation de la e-cigarette est de 1,61 (1,17;2,21) $p=0,0034$.

Promotions

Elle est assez variable, de 35,9% en 1ère année (123/343) , de 23,3% en 2ème année (17/73), de 33,3% en 3ème année (26/78), de 36,7% en 4ème année (22/60), de 27,3% en 5ème et 52,1% (50/96) en 6ème année. La différence est statistiquement significative en analyse uni variée: les étudiants en 6ème année ont une corrélation à 1,94 IC95%(1,23;3,07)



p=0,0044 et les étudiants en 2ème année 0,54 IC95%(0,30;0,98) p=0,0411.

Apanage des fumeurs?

79,7 % des fumeurs actuels ont déjà essayé de vapoter. Cette expérimentation est de 23,3% parmi les non fumeurs. En régression logistique uni variée, l'Odds Ratio entre tabagisme et l'essai de la e-cigarette est de 12,96 IC95% (8,39;20,03) p<0,0001. Parmi les étudiants n'ayant jamais essayé de fumer, seulement 4,8% ont essayé de vapoter et aucun n'a continué. Parmi les fumeurs, un quart seulement a acheté une e-cigarette (38 personnes, dont les deux tiers (25/38) se sont équipés dans une boutique "spécialisée", les autres ayant acheté leur matériel sur internet (9/38) et dans un bureau de tabac (4/38)). En analyse uni variée, l'expérimentation de la e-cigarette est corrélée :

-au tabagisme (quotidien ou occasionnel): 12,96 IC95% (8,39;20,03) p<0,0001

-au fait de consommer du cannabis (quelle que soit la fréquence): 6,17 IC95% (3,91;9,73) p<0,0001

-au fait d'avoir son ou sa meilleur(e) ami(e) fumeur: 4,45 IC95% (3,18;6,22) p<0,0001

-au fait d'être en 6ème année: 1,94 IC95%(1,23; 3,07) p=0,0034

-au fait d'avoir au moins un des parents qui est (ou a été) fumeur: 1,91 IC95% (1,32;2,76) p=0,0006

-au fait d'avoir l'un de ses deux parents qui fume actuellement: 1,51 IC95%(1,07;2,13) p=0,0196

-au sexe masculin: 1,61 IC95%(1,17; 2,21)p=0,044

Négativement au fait d'être gêné par le tabagisme passif: 0,46 (0,33;0,64) p<0,0001, d'être en 2ème année: 0,54 (0,30;0,98) p=0,0411, d'avoir regardé la télévision durant l'enfance 0,86 (0,76;0,96) p=0,0068.

En analyse multivariée, l'expérimentation de la e-cigarette est corrélée positivement au fait d'être fumeur de tabac: 8,10 (4,91;13,36) p<0,0001, au fait de consommer du cannabis: 2,92 (1,68;5,10) p=0,0002, au sexe masculin: 1,99(1,35;2,94) p=0,0005, au fait d'avoir son meilleur ami fumeur: 1,84 (1,21;2,80) p=0,0043, au fait d'avoir au moins un des parents qui est (ou a été) fumeur: 1,57 (1,01;2,44) p=0,0436 et négativement au fait d'être en 2ème année: 0,44 (0,21;0,89) p=0,0234.

III.3.7. Usage régulier de la e-cigarette

Nous avons défini l'usage régulier comme le fait de vapoter soit tous les jours, soit "plusieurs fois par semaine" soit "de temps en temps". 35 étudiants soit 4,9% ont un usage de ce type dont seulement 5 étudiants et 1 étudiante vapotent tous les jours (0,8% de l'effectif total). En analyse uni variée, les variables liées à l'usage régulier de la e-cigarette sont l'âge: 1,15 (1,05;1,27) p=0,0026, le sexe masculin: 3,14 (1,57;6,24) p=0,011, le tabagisme des parents: la mère fume actuellement:12,64 (1,35; 118,4) p=0,0262, au moins un des deux parent(s) fume ou a été fumeur: 3,06 (1,07;8,76) p=0,0375, au moins l'un des deux parents fume(nt) actuellement: 2,25 (1,13;4,46) p=0,0206, avoir son meilleur ami fumeur: 8,71 (3,90;19,44) p<0,0001, fumer du tabac: 21,56 (8,79;52,90) p<0,0001, consommer du cannabis: 5,18 (2,59;10,36) p<0,0001, être en 3ème année 3,28 (1,21;8,92) et en 6ème année 5,22



(2,21;12,31) $p=0,0002$, être gêné(e) par le tabagisme passif: 0,35 (0,18;0,70) $p=0,0026$.

En analyse multivariée, l'usage régulier d'une cigarette électronique est seulement corrélé au tabagisme: 13,99 (4,84;40,37) $p<0,0001$ et au sexe masculin: 3,46 (1,53;7,81) $p=0,0028$

Les autres variables ne sont pas significatives.

III.3.8. Usage de cannabis

Chez les fumeurs de tabac: 61,1 % des fumeurs n'ont jamais fumé de cannabis, 28 % des fumeurs en consomment de façon occasionnelle, moins d'une fois par mois et 8,3 % en consomme régulièrement plusieurs fois par mois. 2,5% en consomment de façon quotidienne. ("tous les jours ou presque"). Le fait d'être fumeur de tabac multiplie par 7,8 IC95% (5,0; 12,1) la probabilité de consommer du cannabis.

Chez les non fumeurs (de tabac): l'usage de cannabis est très peu courant et l'usage quotidien du cannabis parmi les non fumeurs est nul. 7,2% en consomment de façon occasionnelle, moins d'une fois par mois. 2 étudiants (0,4%) déclarent consommer plusieurs fois par mois. Enfin, parmi les étudiants en médecine qui n'ont jamais essayé de fumer du tabac, seulement 1,4% (3/208) indiquent consommer du cannabis en l'occurrence maximum une fois par mois.

En analyse univariée, le sexe et l'âge n'ont pas d'influence sur l'usage de cannabis.

Les variables qui sont corrélées positivement sont: la promotion (les 3ème, 4ème et 6ème sont davantage consommateurs avec des risques respectivement de 3,24 (1,74;6,04) 2,86 (1,42;5,74) et 2,63 (1,44;4,80)), l'expérimentation du tabac: 17,59 (5,51;56,12) $p<0,0001$, le fait d'avoir une mère qui fume actuellement et un père ancien fumeur: 2,91 (1,17;7,27) $p=0,221$, le fait que au moins un des deux parents fume actuellement: 1,57 IC95%(1,01; 2,45) $p=0,470$, le tabagisme actuel 7,75(4,97;12,06) $p<0,0001$, le meilleur ami fumeur (de tabac): 5,11(3,31;7,88) $p<0,0001$, l'expérimentation de la e-cigarette: 6,17 (3,91;9,73) $p<0,0001$, l'usage de la e-cigarette: 5,18 (2,59;10,36) $p<0,000$.

Négativement, la gêne de la fumée des autres: 0,43 (0,28;0,66) $p<0,0001$.

En analyse multivariée, les facteurs significativement corrélés sont l'expérimentation du tabac: 5,63 (1,66;19,16) $p=0,0056$, le statut tabagique: 2,52 (1,44;4,40) $p=0,0012$, l'expérimentation de la e-cigarette: 2,20 (1,25;3,86) $p=0,0063$, le meilleur ami fumeur: 2,25 (1,34;3,77) $p=0,0022$, être en 3ème, 4ème ou 6ème année avec respectivement 3,82, 3,62 et 2,24.

III.3.9. Caractéristiques des étudiants en médecine fumeurs

L'âge moyen des premières cigarettes est de 15,1 ans (médiane 15 ans). L'âge moyen de l'achat des premières cigarettes est de 16,6 ans. (médiane 17 ans). L'âge moyen de l'achat des premières cigarettes est de 16,5 ans chez les filles et 16,8 ans chez les garçons. Les lois ayant interdit la vente de tabac aux mineurs ne sont pas respectées (interdiction avant 16 ans depuis 2003 et avant 18 ans depuis 2009).

Les parents des fumeurs sont souvent des fumeurs ou des anciens fumeurs:



25,5 % des pères fument actuellement, 25,5 % des mères fument actuellement, 43,9 % des pères ont déjà fumé, 36,3 % des mères ont déjà fumé. Seulement 18,5% des étudiant(e)s en médecine fumeurs de notre étude n'ont aucun parent fumeur ou ancien fumeur.

A contrario, parmi les étudiant(e)s non fumeurs, seuls 12,8% des pères et 13% des mères fument actuellement. De nombreux étudiants non fumeurs ont des parents anciens fumeurs: 42,4% des pères et 33,1% des mères ont fumé. 28,4% des étudiants non fumeurs ont des parents qui n'ont jamais fumé...Le fait d'avoir eu au moins l'un des ses deux parents fumeur (actuel ou passé) multiplie par 1,75 le fait d'être fumeur IC95% (1,13;2,70) en analyse univariée.

Parmi les fumeurs, le ou la meilleure ami(e) fume dans 70,1% des cas. Chez les non-fumeurs, ce taux est seulement de 20,8%. Le fait d'avoir son (ou sa) meilleur(e) ami(e) fumeur est donc fortement corrélé au statut tabagique, avec une corrélation de 9,4 IC95%(6,3;14,0) en analyse univariée.

Les raisons proposées qui les ont poussés à fumer sont (selon eux a posteriori):

- "par curiosité" (79,5%)
- "pour braver une sorte d'interdit" (32,7%)
- "par imitation" (30,1%)
- "sans raison apparente" (13,5%)
- "pour entrer dans le monde des adultes" (6,4%)
- "par ennui" (5,1%)

Autre: "pour l'effet de détente que cela procure" (1 étudiant)

III.3.10. Facteurs statistiquement associés au fait de fumer en analyse multivariée (*tableau 13*)

Le tabagisme est corrélé positivement :

- au fait d'avoir ses deux parents qui fument actuellement: 7,58 IC95%(2,15;26,70) p=0,0016
- au fait d'avoir sa mère qui fume actuellement et un père ancien fumeur: 4,19 (1,25;14,00) p=0,019
- au fait d'avoir au moins l'un des deux parents qui fume actuellement: 2,44 (1,44;4,13) p=0,0009
- au fait d'avoir son ou sa meilleur(e) ami(e) fumeur(se): 5,75 (3,48;9,50) p<0,0001
- au fait d'avoir essayé la e-cigarette: 4,39 (2,58;7,49) p<0,0001
- à la consommation de cannabis: 2,57 (1,45;4,55) p=0,0012

négativement

- au fait de sentir gêné(e) par le tabagisme passif: 0,48 (0,30;0,78) p=0,0032
- à l'usage (déclaré) de la télévision durant l'enfance: 0,80 (0,67;0,96) p=0,0143
- à l'âge d'expérimentation des premières cigarettes: 0,88 (0,78;0,99) p=0,0376

III.3.11. Effets actuels du tabagisme chez les étudiants en médecine fumeurs

"La cigarette aujourd'hui": "vous procure du plaisir" (53,5%), "vous calme" (39,5 %), "vous soulage provisoirement" (25,5 %), "vous facilite les relations sociales" (26,8%), "vous agace" (5,7 %). Autres: contexte "festif" pour 5 étudiants ("se marie bien avec l'alcool", "source d'amusement", "avec des amis"). Les autres réponses étaient "me fait rien", "me fait vomir", "me permet de faire des pauses".

A contrario, les raisons avancées par les non fumeurs expliquant leur situation sont:

"vous n'en avez pas envie" (87%), "c'est dangereux pour la santé" (71,4%), "vous avez décidé d'être non fumeur" (51,6%), "vous ne voulez pas être dépendant" (47,2%), "cela coûte trop cher" (39,3%), "c'est venu comme ça, sans réfléchir" (17%), "proche malade du tabac" (13,5%).

III.3.12. Les fumeurs et l'arrêt du tabac

III.3.12.1. Désir d'arrêt et motivation

Le désir d'arrêter de fumer est présent chez une majorité des étudiants fumeurs

"oui le plus tôt possible" (20,4%), "oui d'ici quelques mois" (31,2 %), "non je préfère continuer encore quelques années" (21 %), "non je n'envisage pas d'arrêter un jour" (3,8%), autre: (23,6%). Parmi ces autres réponses, les plus nombreux (une vingtaine d'étudiants) précisent ne fumer que très rarement et donc n'envisage pas un arrêt en tant que tel. Certains précisent vouloir arrêter après leurs partiels ou après la fin de leurs études. Les autres réponses sont "quand j'en aurai marre", "quand j'aurai décidé", "quand je veux", "d'ici 5 ans", "oui mais pas le courage", "pas dans l'immédiat", "oui si ça vient", "oui quand je me sentirai capable".

La réalisation pratique concerne également une majorité des fumeurs (qui ont en moyenne 21 ans) 56,7% ont déjà essayé d'arrêter. (89/157), (58% chez les filles et 54% chez les garçons). Les principales motivations à l'arrêt sont: "c'est dangereux pour la santé" (80,4%), "vous voulez vous débarrasser de cette addiction" (50%), "cela coûte trop cher" (46,7%), "cela ne vous donne plus de plaisir" (10,9%)

III.3.12.2. Techniques utilisées

La technique la plus utilisée est paradoxalement l'absence de "technique": "sans rien" représente 78% des tentatives. La cigarette électronique avec 20,9% est plus citée que la substitution nicotinique "classique" patches (7,7%), gommes et les bonbons à la nicotine (4,4%). Les entretiens motivationnels avec un médecin ne font pas recette: 1 seul étudiant (1,1%). L'homéopathie et le sport ont été cités par 1 étudiant. Aucun n'a pris de Varénicline ni de Bupropion. Les autres techniques non médicamenteuses : hypnose 3,3% et acupuncture 0%.

III.3.12.3. Obstacles à l'arrêt du tabac

"Vous n'avez pas envie d'arrêter" (61%), "Vous avez peur de prendre du poids" 10,2%, "C'est trop difficile d'arrêter de fumer" (6,8%), "Il n'y a pas ou très peu de risques" (6,8%), autres réponses (9 étudiants soit 15,2%): deux étudiants ont répondu "après la 6ème année /ecn",

7 étudiants n'en ressentent pas la nécessité du fait du caractère occasionnel de leur tabagisme.

III.3.13. Incitation par les étudiants à l'arrêt du tabac dans leur entourage

Les étudiants en médecine fumeurs déclarent majoritairement inciter leurs proches fumeurs à arrêter leur tabagisme: "Oui très souvent" (33,1%), "Oui, parfois" (53,5%), "Non, jamais" (12,1%), 2 étudiants (1,3%) ont indiqué une autre réponse: "je les encourage à réduire", "on se motive mutuellement mais on arrive rarement à arrêter".

Pour les non-fumeurs: "Oui très souvent" (38,1%), "Oui, parfois" (50,7%), "Non, jamais" (9,5%), autres: 5 étudiants ont indiqué n'avoir aucun proche fumeur. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les fumeurs et les non-fumeurs.

III.3.14. Dé/normalisation du tabagisme et gêne ressentie

Parmi les fumeurs, 69,4 % des parents ne les autorisent jamais à fumer chez eux, 12,7% parfois et 17,8% toujours. 59,2 % ne se sentent jamais gênés d'être fumeurs avec leurs ami(e)s, 33,8% se sentent parfois gênés et 3,2% se sentent souvent gênés. La gêne du tabagisme des autres (passif) est ressentie par 50% des fumeurs. Autrement dit, 50% des fumeurs ne sont pas gênés par la fumée des autres. Par comparaison 24,7% des non-fumeurs ne se sentent pas gênés par la fumée de tabac. Ainsi, la probabilité de ne pas être gêné par le tabagisme passif est trois fois plus élevée chez les fumeurs IC95% (2,1; 4,4) En analyse multivariée, seul le fait de fumer diminue la gêne occasionnée par le tabagisme passif. (0,43 IC95% (0,27;0,68)).

III.3.15. Information sur les risques

L'information sur tous les risques du tabagisme semblent être suffisante pour une écrasante majorité des fumeurs. Si l'on crée une échelle semi-quantitative avec 1= Non, pas du tout, 2= Non, pas suffisamment, 3= Oui, mais pas de façon précise, 4= Oui, suffisamment, le score global est de 3,78/4 IC95%(3,75;3,82) équivalent à 94,5/100. Si en pratique, 87,3% des étudiants fumeurs se sentent suffisamment informés, 11,5% se sentent informés mais pas de façon précise. Seuls 2 étudiants fumeurs (1,3%) ne se sentent pas suffisamment informés sur ces risques.

Les non-fumeurs: 78,2% se sentent suffisamment informés, 17,7% informés mais pas de façon précise, 17 étudiants (3%) pas suffisamment.

Il n'y pas de différence significative entre fumeurs et non-fumeurs quand on considère uniquement ceux qui ont répondu négativement. Il n'y a pas de différence significative si l'on compare les deux scores moyens: 3,76 pour les non-fumeurs (IC95% (3,72;3,80)) et 3,85 pour les fumeurs (IC95%(3,79;3,92)). En revanche, si on intègre "oui, mais pas de façon précise", les non-fumeurs se sentent globalement moins informés que les fumeurs (par un facteur 2 IC 95% (1,2;3,5)). Il s'agit là uniquement d'une perception de l'information et non des connaissances réelles des personnes interrogées.

III.3.16. Usage et freins concernant la cigarette électronique parmi les fumeurs

L'expérimentation du vapotage est très élevée parmi les fumeurs, de l'ordre de 80% mais seulement 2,5% des fumeurs actuels vapotent tous les jours et 16,6% vapotent de temps en



temps. 80,9% des fumeurs ne l'utilisent jamais. Parmi les fumeurs ayant essayé la cigarette électronique, seuls 4 (2,5%) ont réussi à arrêter totalement le tabac et 8 (5,1%) ont réduit de plus de 50% leur consommation de tabac. 16,6% n'ont pas réussi ni à arrêter de fumer ni à réduire significativement leur consommation de tabac. 74,3% des fumeurs n'ont jamais acheté de cigarette électronique. 38 étudiants ont acheté une cigarette électronique essentiellement dans une boutique spécialisée (65,8%), et sur internet (23,7%). Seulement 4 (10,5%) ont acheté leur cigarette électronique dans un bureau de tabac.

Les arguments donnés par les étudiants qui ne vapotent pas sont les risques pour la santé (certains étudiants ressentent une peur, d'autres sont catégoriques), l'absence de nécessité de changer, des sensations différentes moins agréables, de façon marginale, le coût.

III.3.17. Caractéristiques des étudiants fumeurs dont les parents n'ont jamais fumé

Cela concerne 30 étudiants (13 garçons et 17 filles) soit 19% des fumeurs. La proportion de garçon est plus élevée (43,3%) sans différence significative. L'âge moyen (20,6 ans), l'âge d'expérimentation (15 ans) et l'âge d'achat des premières cigarettes (16,7 ans) sont similaires. Ils fument davantage de façon occasionnelle par rapport à la moyenne des fumeurs (53,3% vs 45,2%), leur meilleur ami est fumeur pour 63,3% (vs 70,1%). On retrouve les mêmes motivations pour l'expérimentation "par curiosité" (73,3%), "pour braver une sorte d'interdit"(40%) et ils ont quasiment tous essayé à l'occasion de soirées. Il semble exister une plus grande motivation à l'arrêt du tabagisme et un taux de tentative supérieur (63,3% ont essayé d'arrêter) mais il n'y a pas de différence statistiquement significative. Les raisons invoquées sont sensiblement les mêmes que les autres fumeurs. Ils sont plus nombreux à ne pas avoir le droit de fumer chez leurs parents (83,3%, différence significative). Il n'y a pas de différence sur le fait d'être gêné d'être fumeur par rapport à son entourage ni sur le sentiment d'information sur les risques du tabagisme. La fumée des autres est gênante pour 53,3% d'entre eux contre 49,2% pour les fumeurs dont au moins l'un des deux parents est (ou a été) fumeur. Cette différence est significative en analyse univariée mais plus en analyse multivariée. Il n'y a pas de différence sur le fait d'encourager son entourage à arrêter.

III.4. Discussion

III.4.1. Discussion des résultats

Logiquement, la participation des étudiants en 1ère année est la plus faible du fait de la période de l'année (beaucoup ont abandonné en avril) mais également peut-être par un moindre intérêt pour un travail de recherche. Le taux de participation de notre étude reste correct. La question est de savoir si les étudiants qui n'ont pas répondu ont des caractéristiques différentes de ceux qui ont répondu, ce qui pourrait fausser les résultats (biais de sélection). Le caractère anonyme du questionnaire est un point essentiel (et les questions posées ne sont pas dans le registre de l'intime). Il s'agit de données déclaratives et il a été montré qu'elle peuvent être considérées comme fiables [8](Brener et al, 2003).

Le nombre réel de filles et de garçons est très proche de ceux obtenus dans notre échantillon. Il n'y a pas de différence statistiquement significative globalement ni dans chaque promotion. Les étudiants ayant répondu ne sont donc pas différents de la population

étudiée du moins en terme de sexe ce qui renforce la fiabilité des résultats. Les filles et les garçons commencent à fumer sensiblement au même âge et dans les mêmes circonstances. Les filles sont aussi nombreuses (en proportion) que les garçons à fumer (avec des quantités comparables). De nombreux étudiants en médecine fumeurs le sont déjà en arrivant en première année. La prévalence du tabagisme augmente peu entre la première année et la sixième année, l'essentiel de l'expérimentation a lieu avant les études de médecine. De nombreux étudiants en médecine "apprennent" à fumer au cours de leurs études et/ou passent d'un tabagisme occasionnel (soirées) à un tabagisme quotidien. Les étudiants en médecine de Limoges, même s'ils fument légèrement moins que les autres jeunes du même âge, ne sont pas épargnés par l'intoxication tabagique. L'entourage familial et amical est essentiel dans le fait de commencer à fumer ou non. Le vapotage ne semble pas être une porte d'entrée vers le tabagisme. La cigarette électronique n'est pas souvent utilisée par les fumeurs pour arrêter le tabac mais est plus utilisée que les TSN classiques. Les étudiants en médecine fumeurs sont souvent seuls dans leurs tentatives d'arrêt du tabac. Le frein principal du vapotage est la peur voire la croyance erronée des risques pour la santé. La plupart des fumeurs se disent suffisamment informés des risques du tabac mais certains considèrent la e-cigarette comme aussi voire plus dangereuse que le tabac. L'usage du cannabis est beaucoup plus fréquent chez les fumeurs, mais reste très inférieur à l'usage de tabac. En analyse multivariée, les facteurs significativement corrélés à l'usage du cannabis sont l'expérimentation du tabac: 5,63 (1,66;19,16) $p=0,0056$, le statut tabagique: 2,52 (1,44;4,40) $p=0,0012$, l'expérimentation de la e-cigarette: 2,20 (1,25;3,86) $p=0,0063$, le meilleur ami fumeur: 2,25 (1,34;3,77) $p=0,0022$, être en 3ème, 4ème ou 6ème année avec respectivement 3,82, 3,62 et 2,24. Ces variations entre les promotions sont dues sans doute à des phénomènes de groupe.

III.4.2. Comparaison des résultats de notre enquête et des données de la littérature

III.4.2.1. Tabagisme des étudiants en médecine français (tableau 14)

La prévalence à Limoges semble similaire à celle des autres villes.

III.4.2.2. Tabagisme de la population générale française

Le dernier baromètre santé (2014) indique que la prévalence du tabagisme en France est de 34%. Le tabagisme reste élevé chez les hommes (38% sont fumeurs et, de manière stable, depuis 2005, plus de 40% des 20-44 ans sont fumeurs). L'écart avec le tabagisme féminin (30% de fumeuses) se réduit avec le temps. Le tabagisme quotidien est de 28%. Les femmes sont 24% à fumer tous les jours. L'expérimentation du tabac concerne 80% des 15-75 ans (contre 75% en 2010). Les étudiants en médecine de Limoges fument donc globalement moins que la population générale française.

III.4.2.3. Expérimentation et usage des e-cigarettes chez les étudiants en France

Une étude menée début 2014 auprès de 1220 étudiants d'Aix-Marseille montre une expérimentation des e-cigarettes à 13,3%. [9]



Une étude conduite entre octobre 2014 et février 2015 sur 1134 étudiants de Rouen (dont des étudiants des sciences médicales) et Nanterre [10] montre que 23% des étudiants ont utilisé une e-cigarette dans leur vie (mais pas dans les 30 derniers jours) et 5,7% l'ont utilisé dans les 30 derniers jours dont 44,8% chaque jour. Autrement dit, l'expérimentation globale est de 28,7% et 2,5% des étudiants vapotent quotidiennement. Les non fumeurs représentent 45,8% des expérimentateurs mais seulement 18,5% des utilisateurs réguliers (qui ont consommé dans les 30 derniers jours) mais parmi les non "fumeurs" de nombreux avaient essayé auparavant le tabac.

En analyse multivariée, l'expérimentation était associée au fait d'être en 1ère année, au tabagisme (actuel ou passé), à l'usage de cannabis. L'usage actuel de la cigarette électronique était associé principalement au tabagisme actuel AOR 14,53 (6,81;31,02) et passé AOR 4,85 (1,53;15,34). Contrairement à notre étude, il n'y avait pas de différence significative entre les filles et les garçons.

Nos résultats vont dans le sens d'une augmentation récente de l'expérimentation de e-cigarettes. En 2013, l'étude Paris sans tabac (2% des collégiens et lycéens parisiens tirés au sort) montre une expérimentation à 18,3% (63,5% des fumeurs et 8,4% des non fumeurs). Une autre étude française réalisée début 2013 par l'OFT auprès de 249 étudiants (domaine et lieu non précisés) montre une expérimentation à 14% et un usage récent à 1%.

III.4.2.4. Vapotage des jeunes en France

L'enquête ESCAPAD (2014) montre que 50% des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté la cigarette électronique; 15% indiquaient l'avoir fait plus de 10 fois. L'usage quotidien, quant à lui, concerne 2,5% des jeunes de 17 ans.[11]

L'enquête HBSC (2014) montre 40% des élèves de 4e et 3e ont déjà expérimenté la cigarette électronique et 2% d'entre eux en ont une utilisation quotidienne [12]. Notre étude montre donc une stagnation du pourcentage d'utilisateur quotidien avec 0,8% contre 1% à 2,5% dans les autres études disponibles.

Une étude sur 1486 élèves de seconde (16 ans) montre une expérimentation fin 2014 à 54% et 20% des expérimentateurs de e-cigarette n'avaient jamais fumé auparavant [13].

III.4.2.5. Vapotage en population générale

L'enquête ETINCEL (2013) montre une expérimentation de 18% et un usage quotidien de 3,3% [14]. Le Baromètre santé de l'INPES (2014), 3 millions de personnes utilisent l'e-cigarette (6% de la population) dont 57,3% tous les jours. Les utilisateurs quotidiens de e-cigarette représentent ainsi 2,9% de la population soit entre 1,2 et 1,5 million d'individus. 75% des utilisateurs de cigarette électronique sont des fumeurs réguliers et 8,4% des fumeurs occasionnels. Les anciens fumeurs utilisant la cigarette électronique de manière exclusive ne sont que 0,9% (400 000 individus).

Notre étude montre que les 4 fumeurs qui vapotent tous les jours n'ont pas réussi à réduire leur tabagisme. Seulement 3 anciens fumeurs utilisent la e-cigarette de façon exclusive soit 0,4%. C'est là l'un des points sensibles. L'usage combiné est répandu, sachant que le "vapo-fumeur" ne gagne malheureusement pas grand chose en terme de réduction des risques. Ces éléments sont mis en évidence par la cohorte Constances sur des volontaires âgés de 18 à 69 ans. La cigarette électronique est utilisée pour arrêter ou réduire le tabagisme [15].

L'utilisation de la e-cigarette concerne 3,3% de la population étudiée. 1,1% des anciens



fumeurs utilisent exclusivement la cigarette électronique. Parmi les fumeurs exclusifs de tabac en 2013, plus de 13% ont cessé de fumer en 2014, dont 3,1% sont passés à la e-cigarette et 9,5% à un usage mixte. Chez ceux qui avaient un usage mixte en 2013, 48,7% ont abandonné la e-cigarette tout en restant fumeurs ; 8,4% ont arrêté les deux types de consommation et 5% utilisent uniquement la e-cigarette.

Nous retrouvons ces mêmes éléments dans notre étude avec des témoignages de fumeurs ayant utilisé parfois plusieurs mois une e-cigarette avant de rechuter dans le tabagisme. Sans s'attaquer au tabac lui-même, il y a donc peu de chance pour que les fumeurs se mettent massivement à vapoter de façon exclusive.

III.4.3. Limites de notre étude

Il s'agit d'une étude transversale ce qui nous place dans un niveau de preuve 4 mais elle est adaptée à la question posée. Notre étude ne comportait pas de question sur les critères de dépendance tabagique pour ne pas alourdir l'enquête. En revanche, il aurait sans doute été utile de connaître la consommation d'alcool. D'autres variables, comme la catégorie socioprofessionnelle des parents, les troubles psychologiques auraient pu être intégrées dans l'étude afin d'étudier des corrélations avec le tabagisme et l'usage de la e-cigarette.

III.4.4. Perspectives

L'application de l'interdiction de vente aux mineurs devrait être enfin appliquée. Associée à une meilleure prévention du tabagisme dès l'école primaire et au collège, cela permettrait de faire reculer considérablement l'âge des premières cigarettes. La e-cigarette doit prendre la place rapidement des produits du tabac afin, non pas de constituer une porte d'entrée du tabagisme, mais d'accélérer la sortie du tabac. Les étudiants en médecine doivent à la fois être mieux formés sur le tabac et sur la e-cigarette, certains étant persuadés de risquer davantage pour leur santé en passant du tabac à la cigarette électronique. Un accompagnement de l'arrêt du tabac pourrait être organisé pour les étudiants en médecine.



Effectifs réels	Filles (%)	Garçons	Total
PACES	641 (68,3)	298	939
DFGSM 2	77 (54,6)	64	141
DFGSM 3	75 (54,7)	62	137
DFASM 1	79 (59)	55	134
DFASM 2	74 (51,4)	70	144
DFASM 3	76 (58,9)	53	129
Total	1022 (62,9)	602	1624

Tableau 10: Population de l'étude et pourcentage de filles par année

Promotion\effectif de l'échantillon	Nombre de filles (%)	Age moyen en années	Nombre de garçons (%)	Age moyen en années	Total (%)	Participation
PACES	245 (71,4)	18,9	98	19	343	36,5%
DFGSM 2	45 (61,6)	20,4	28	20,5	73	51,8%
DFGSM 3	47 (60,2)	20,9	31	21,5	78	56,9%
DFASM 1	37 (61,7)	22,4	23	22,7	60	44,8%
DFASM 2	36 (53,7)	22,8	31	23,4	67	46,5%
DFASM 3	57 (59,4)	24,7	39	25,3	96	74,4%
Total	467 (65)	20 ans et 4 mois	250 (35)	21 ans et 4 mois	717 (100)	44%

Tableau 11: Échantillon de l'étude avec âges moyens (en année) et participation par promotion

Résultats en %	Expérimentation	Prévalence tabagisme (quotidien + occasionnel)	Tabagisme quotidien	Fumeurs quotidiens utilisant du tabac à rouler
PACES	65,9	21 IC95% (16,8-25,2)	12,5	28 IC 95% (23,8-32,2)
DFGSM 2	61,6	16,5 IC95% (8,5-24,5)	5,5	50 IC 95% (42-58)
DFGSM 3	80,8	25,6 IC95% (18,3-32,9)	11,5	33,3 IC 95% (26-40,6)
DFASM 1	68,3	26,7 IC95% (17,3-36,1)	6,7	25 IC 95 % (15,6-34,4)
DFASM 2	83,3	19,7 IC95% (10,8-28,6)	16,7	16,7 IC95% (7,8-25,6)
DFASM 3	83,3	26 IC95% (20,9-31)	20,8	10 IC 95% (4,9-15,1)
Total	71	21,9 IC95% (19,2-24,6)	12	24,4 IC 95% (21,7-27,1)
Filles	69,4	21,4	11,3	26,4
Garçons	73,9	22,8	13,2	21,2

Tableau 12: Expérimentation, prévalence du tabagisme par promotion et par genre



	Tabagisme	Expérimentation e-cigarette	Usage régulier e-cigarette	Consommation de cannabis
Tabagisme	/	8,10 (4,91;13,36) p<0,0001	13,99 (4,84;40,37) p<0,0001	2,52(1,44;4,40) p=0,0012
Expérimentation du tabac				5,63(1,66;19,16) p=0,0056
Cannabis	2,57 (1,45;4,55) p=0,0012	2,92 (1,68;5,10) p=0,0002		/
Sexe masculin		1,99 (1,35;2,94) p=0,0005	3,46 (1,53;7,81) p=0,0028	
Meilleur ami fumeur	5,75 (3,48;9,50) p<0,0001	1,84 (1,21;2,80) p=0,0043		2,25(1,34;3,77) p=0,0022
au moins un des parents qui est (ou a été) fumeur		1,57 (1,01;2,44) p=0,0436		
avoir ses deux parents qui fument actuellement:	7,58 (2,15;26,70) p=0,0016			
avoir sa mère qui fume actuellement et un père ancien fumeur	4,19 (1,25;14,00) p=0,019			
avoir au moins l'un des deux parents qui fume actuellement	2,44 (1,44;4,13) p=0,0009			
expérimentation de la e-cigarette:	4,39 (2,58;7,49) p<0,0001	/		2,20 (1,25;3,86) p=0,0063
se sentir gêné(e) par le tabagisme passif	0,48 (0,30;0,78) p=0,0032			
usage (déclaré) de la télévision durant l'enfance	0,80 (0,67;0,96) p=0,0143			
âge d'expérimentation des premières cigarettes	0,88 (0,78;0,99) p=0,0376			

Tableau 13: Odds ratios ajustés statistiquement significatifs en analyse multivariée

Université	Nombre d'étudiants en médecine et année(s)	date(s) de réalisation de l'étude	Prévalence globale du tabagisme	% tabagisme quotidien et occasionnel
Strasbourg	367	2012	14,4%	Non précisé(2)
Non précisée	198 (2ème année)	2014	16%	Non précisé(3)
Paris 6	Non précisé (3ème année)	2012	20,3%	8,8% quotidien 11,5% occasionnel
Limoges	717 (1ère à 6ème année)	2016	21,9%	12% quotidien 9,9% occasionnel
Paris 6	Non précisé (3ème année)	2015	24,8%	12% quotidien 12,8% occasionnel
Paris 6	Non précisé (3ème année)	2002	27,9%	16,9% quotidien 11% occasionnel
Paris 6	Non précisé (3ème année)	2004	28,1%	16,2% quotidien 11,9% occasionnel(4)
Paris	681	2003	34,6%	21% tous les jours 13,6% occasionnellement
Rouen et Nanterre	1134, dont 210 étudiants en sciences médicales à Rouen	2014-2015	Non précisée	24,3% tous les jours (au moins 1 cigarette par jour)

Tableau 14: Comparaison nationale de la prévalence du tabagisme des étudiants en médecine (par fréquence croissante de la prévalence du tabagisme)



Conclusion

Chaque médecin soigne dans son exercice quotidien des malades du tabac. La formation initiale des étudiants en médecine est essentielle sur un problème qui, ne datant pas d'hier, n'a pas toujours été pris à sa juste mesure, c'est-à-dire une catastrophe de santé publique d'une ampleur inédite. On peut légitimement s'interroger sur les raisons de cette carence passée et sur l'insuffisance actuelle des enseignements délivrés aux futurs médecins sur le tabac. Notre étude a montré que les étudiants en médecine ont assez peu de connaissances sur les industriels du tabac, car leur formation reste axée sur le sevrage tabagique (compte tenu du faible nombre d'heures d'enseignement). Ils n'échappent pas toujours à certaines croyances erronées telles que « Fumer est une habitude de vie au même titre que manger du chocolat ou boire du café » ou « Les cigarettes de contrefaçon sont plus dangereuses que les vraies cigarettes ». Ces deux exemples illustrent l'influence de l'industrie du tabac dans nos représentations (en l'occurrence ici faire oublier que les cigarettiers vendent de la drogue et faire croire que leurs produits sont moins nocifs que d'éventuelles cigarettes contrefaites).

Les étudiants en médecine de Limoges n'échappent pas au tabagisme, avec une prévalence de 21,9% (22,8% chez les garçons et 21,4% chez les filles). 13,2% des garçons et 11,3% des filles fument quotidiennement. L'expérimentation du tabac est de 71% (73,9% chez les garçons et 69,4% chez les filles) et 90% des fumeurs ont essayé leurs premières cigarettes avant 17 ans (moyenne de 15,8 ans) ce qui montre encore une fois l'intérêt de combiner une prévention dès l'école primaire et de faire respecter l'interdiction de vente aux mineurs.

Les cigarettes électroniques (qui du fait de leur arrivée récente ne sont pas étudiées dans les cours sur le tabac) sont d'ailleurs peu utilisées par les étudiants fumeurs qui pour beaucoup perçoivent, à tort, celles-ci comme plus dangereuses que le tabac.

Nos recherches documentaires pourraient aisément servir de support pédagogique pour permettre aux étudiants curieux d'aller plus loin dans leurs connaissances sur le tabac. Certains d'entre eux semblent d'ailleurs motivés pour s'impliquer dans la lutte contre le tabagisme, qui mérite un second souffle pour les années à venir.

Références bibliographiques

- [1] www.side-sante.fr - Solution d'enseignement numérique [Internet]. [cité 12 sept 2015]. Disponible sur: http://www.side-sante.fr/learn/login_cas.php?cli=
- [2] item 73_TABAC - item_73_TABAC.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2015/01/item_73_TABAC.pdf
- [3] Substance Use Disorder Fact Sheet.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact %20Sheet.pdf](http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf)
- [4] Robert MOLIMARD Titres et Travaux - Robert-MOLIMARD-Titres-et-Travaux.pdf [Internet]. 2011 [cité 4 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.tabac-humain.com/wpcontent/uploads/2011/07/Robert-MOLIMARD-Titres-et-Travaux.pdf>
- [5] L'annuaire des consultations de tabacologie / Page d'accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 14 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.tabac-info-service.fr/Lannuaire-des-consultations-de-tabacologie>
- [6] Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. Rev Mal Respir. nov 2006;23(5):426-9.
- [7] Col PD, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. Rev Mal Respir. 4 juin 2010;27(5):431-40.
- [8] Brener ND, Billy JOG, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. déc 2003;33(6):436-57.
- [9] Rakotozandry T, Stenger N, Burel C, Penna L, Ramadour M, Disdier P, et al. Vapotage chez les étudiants à l'université et relation avec le tabagisme. Rev Mal Respir. mars 2016;33(3):235-40.
- [10] Tavolacci M-P, Vasiliu A, Romo L, Kotbagi G, Kern L, Ladner J. Patterns of electronic cigarette use in current and ever users among college students in France: a cross-sectional study. BMJ Open. 2016;6(5):e011344.
- [11] Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. OFDT. mai 2015;8.
- [12] Spilka S, Ehlinger V, Le Nézet O, Pacoriconna D, Ngantcha M, Godeau E. Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège » [Internet]. 2015 [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssvc.pdf>
- [13] Rennie LJ, Bazillier-Bruneau C, Rouëssé J. Harm Reduction or Harm Introduction? Prevalence and Correlates of E-Cigarette Use Among French Adolescents. J Adolesc Health. avr 2016;58(4):440-5.
- [14] Lermenier A, Palle C. Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique [Internet]. 2014 [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxalu2.pdf>



[15] Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2016 [cité 25 mai 2016].
Disponible sur:
http://www.invs.sante.fr/beh/2016/15/2016_15_2.html#.V0Vkp0m6pK8.twitter





Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Prévalence du tabagisme et connaissances sur le tabac des étudiants en médecine de Limoges

Le tabac est la première cause de mortalité et de morbidité évitable en France et dans le monde. Chaque médecin y est confronté dans son exercice quotidien. Notre thèse s'intéresse aux connaissances sur le tabac, à la prévalence du tabagisme et de l'usage des cigarettes électroniques des étudiants en médecine de Limoges.

En avril 2016, un questionnaire a été proposé aux étudiants de la 4^{ème} à la 6^{ème} année sur la plate-forme SIDES pour évaluer leurs connaissances sur le tabac et un autre questionnaire a été envoyé aux étudiants de la 1^{ère} à la 6^{ème} année pour l'étude de prévalence.

Les connaissances sur le tabagisme passif sont solides. En revanche, on note de faibles connaissances sur les industriels du tabac et certaines idées reçues.

Les résultats sont hétérogènes mais progressent entre la 4^e et la 6^e année.

La prévalence du tabagisme est de 21,9% (12% quotidien et 9,9% occasionnel). Le tabagisme est corrélé au tabagisme parental OR 7,58 IC95%(2,15;26,70), meilleur(e) ami(e) fumeur(se) OR 5,75 IC95%(3,48;9,50) à l'expérimentation de la e-cigarette OR 4,39 IC95%(2,58;7,49), à la consommation de cannabis OR 2,57 IC95% (1,45;4,55). 35,7% des étudiants ont déjà essayé de vapoter. L'usage régulier concerne 4,9% des étudiants, est corrélé au tabagisme OR 13,99 IC95% (4,84;40,37) et au sexe masculin OR 3,46 IC95% (1,53;7,81). 0,8% des étudiants vapotent tous les jours.

Les étudiants en médecine ont des connaissances sur le tabac qui peuvent être améliorées. Le tabagisme reste élevé chez les étudiants en médecine contrairement au vapotage qui ne semble pas être une porte d'entrée vers le tabagisme. Un programme de sevrage tabagique pourrait être organisé pour les étudiants en médecine.

Mots-clés : tabac, tabagisme, cigarette électronique, prévalence, épidémiologie, santé publique, prévention, sevrage tabagique, industrie du tabac

Smoking and tobacco knowledge by medical students in Limoges

Tobacco is the leading cause of preventable death and morbidity in France and worldwide. Every doctor is faced with it daily. Our thesis focuses on tobacco knowledge, the prevalence of smoking and the use of electronic cigarettes by medical students in Limoges.

In April 2016, a questionnaire was handed out to students in 4th to 6th year on the SIDES platform to evaluate their knowledge of tobacco. Another questionnaire was also sent out to medical students in their 1st to the 6th year for the epidemiological study.

Knowledge about passive smoking is strong. On the other hand, there is little knowledge of the tobacco industry and a few misconceptions. The results are heterogeneous but improve between years 4 and 6 of medical school.

The prevalence of smoking is 21.9% (12% daily and 9.9% occasional). Smoking is correlated with parental smoking OR 7.58 95% CI (2.15, 26.70), best friend smoker OR 5.75 95% CI (3.48, 9.50) to the experiment of the e-cigarette OR 4.39 95% CI (2.58, 7.49), for the consumption of cannabis OR 2.57 95% CI (1.45, 4.55). 35.7% of students have already tried to vape. Regular use affects 4.9% of students, which is correlated with smoking OR 13.99 95% CI (4.84, 40.37) and being male OR 3.46 CI 95% (1.53, 7.81) . 0.8% of students vape daily.

Medical students' knowledge about tobacco can be improved. Smoking remains high among medical students, unlike vaping, which does not appear to be a gateway to smoking. A smoking cessation program could be organized for medical students.

Keywords : tobacco, smoking, electronic cigarettes, prevalence, students, medical, epidemiology, public health, smoking cessation, tobacco industry