

**UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE**

ANNEE 2006

N°

**THESE
pour le
DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par
EAUL Nathalie**

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2006

**INFLUENCES DES ETUDES PHARMACEUTIQUES SUR LE
TABAGISME DES ETUDIANTS:**

**Enquête réalisée auprès de 495 étudiants de la faculté de Pharmacie
de Nantes en 2006.**

- Président :** - Mr J-Y. AUGET, Professeur de Biomathématiques et de
Biophysique.
- Membres du jury :** - Mme M. PIRON-FRENET, Maître de Conférences de
Toxicologie.
- Melle A. ALBER, Docteur en Pharmacie.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	3
I. TABAC ET SANTE PUBLIQUE.....	4
I.1. Rappels.....	4
I.1.1 Rappel historique :	4
I.1.2. Rappel botanique :	5
I.1.3. Composition de la fumée :	6
I.1.4. Conséquence du tabagisme sur la santé.....	10
I.2. La législation et les campagnes anti-tabac.....	14
I.2.1. La législation anti-tabac en France: évolution et applications.....	14
I.2.2. La législation anti-tabac en Europe.....	17
I.2.3. Evolution des campagnes anti-tabac en France.....	20
I.3 Rôle des professionnels de santé dans la lutte anti-tabac	24
I.3.1. Le rôle des médecins.....	25
I.3.2. Le rôle des pharmaciens d'officine.....	25
I.3.3. Le rôle des autres professions de santé	32
II. ETAT DES LIEUX DU TABAGISME CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES.....	32
II.1. Les adolescents et le tabac	32
II.1.1.Le début du tabagisme.....	33
II.1.2. Épidémiologie.....	35
II.1.3. Facteurs influençant l'initiation au tabagisme.	37
II.1.4 Tabac et dépendances associées :	43
II.2. Les jeunes adultes et le tabac	46
II.2.1. Les enquêtes réalisées sur les jeunes adultes et le tabac.....	47
II.2.2. Les données du Baromètre santé 2000:	47
II.2.3. Les données de l'étude de La Mutuelle Des Etudiants	54
II.3. Education à la santé et mesures de prévention.....	57
II.3.1. Les campagnes médiatiques	57
II.3.2. Les interventions en milieu scolaire	58
III. ENQUETE SUR LE TABAC CHEZ LES ETUDIANTS	60
III.1. Méthodes d'étude	60
III.1.1. Objectifs de l'enquête.....	60
III.1.2. Le recueil des données	60
III.1.3. La population étudiée.....	61
III.2. RESULTATS : ANALYSE ET INTERPRETATION	64
III.2.1. Caractéristiques générales de l'échantillon.....	64
III.2.2. Etude de la population des fumeurs.....	70
III.2.3. Etude de la population de non-fumeurs	76
III.3. CONCLUSION	77
Références bibliographiques.....	80
Liste des figures	85
Liste des tableaux	88
Liste des abréviations.....	90
ANNEXES	92

Introduction

Le tabagisme en France est un thème prioritaire de santé publique car il est à l'origine de nombreuses pathologies et de taux de morbidité et de mortalité préoccupants.

C'est au cours des années 70 que les premières grandes initiatives ont été prises pour lutter contre le tabagisme. Elles ont eu d'emblée différentes dimensions (législatives, éducatives...) et ont pris multiples formes (communications publicitaires, actions sur le terrain...). Cependant les résultats obtenus n'ont pas été à la hauteur des espoirs qui avaient été mis dans ces programmes. La loi EVIN de 1991 a marqué un tournant dans cette action de prévention en interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ainsi que toute distribution gratuite (sauf aux enseignes des débits de tabac) et en établissant une interdiction de fumer dans des lieux affectés à un usage collectif.

Les professionnels de santé ont un rôle important à jouer dans cette lutte contre le tabac aussi bien dans la prévention que dans le soutien à apporter aux fumeurs quand ils décident d'arrêter.

Pour connaître l'impact des mesures de prévention mises en place, des enquêtes épidémiologiques sont régulièrement réalisées. Elles ciblent souvent les jeunes qui constituent une proie facile pour les industriels du tabac. Jusqu'en 1990 et cela pendant 20 ans, on observait une baisse globale de la consommation du tabac chez les 12-18 ans. Or, à partir de 1993, on a identifié une hausse tant dans l'usage quotidien que dans l'expérimentation chez les 14-18 ans. Des études récentes réalisées par l'Institut National de la Prévention et de l'Education à la Santé (INPES) et par La Mutuelle Des Etudiants (LMDE) en 2000 et 2004 ont étudié le tabagisme des jeunes et plus particulièrement des étudiants.

Par l'intermédiaire d'une enquête menée auprès des étudiants de la faculté de Pharmacie de Nantes, nous avons cherché à connaître les habitudes tabagiques des étudiants. Les connaissances acquises sur le tabac au cours de leurs cursus et leurs contacts avec le monde médical, les sensibilisent davantage que les autres étudiants. Il semble intéressant de voir si cela modifie pour autant leurs habitudes tabagiques au fil de leurs années universitaires.

I. TABAC ET SANTE PUBLIQUE

I.1. RAPPELS

I.1.1 Rappel historique :

Le tabac existait déjà depuis des siècles chez les indiens d'Amérique, et c'est à partir de 1492 que débute son histoire en Europe (Perriot, 1993) (Martinet *et al.*, 2001).

En débarquant à Cuba en octobre 1492, Christophe Colomb et ses équipages découvrent les pratiques indiennes tabagiques consistant à fumer, priser et chiquer.

En raison de ses vertus médicinales décrites par les Indiens, la culture de cette plante se répand rapidement.

Malgré un climat peu propice en Europe, il semble qu'un moine flibustier gascon, André Thevet, ait réussi sa culture en France vers 1556, à partir de graines rapportées du Brésil.

Pour d'autres auteurs, sa diffusion en France est attribuée à Jean Nicot, ambassadeur à Lisbonne vers 1560. Celui-ci envoya en France des graines des premiers pieds implantés au Portugal pour soulager les maux de tête de la reine Catherine De Médicis. La plante prend alors son nom de genre Nicotiana en 1565.

La culture du tabac va prospérer de l'Espagne et du Portugal vers le reste de l'Europe, ainsi qu'à l'Est (Turquie, Égypte, Inde, Chine, Japon ...), mais restera une denrée coûteuse réservée à des « privilégiés ».

Malgré ses propriétés thérapeutiques évoquées par certaines personnalités et médecins, « l'herbe à Nicot » ou « herbe à la reine » ou « herbe à tous les maux » devient l'objet de controverse.

Au 17^{ème} siècle, l'Angleterre, dirigée par Jacques 1^{er}, la Turquie, la Russie, la Chine et le Japon en interdisent l'usage. La France, quant à elle, avec Henri IV puis Richelieu tente d'en limiter l'usage au moyen de taxes. Napoléon crée en 1811 le monopole des tabacs géré par l'état. A cette époque les modes de consommation sont très variés: tabac à priser, à chiquer, pipe, cigare. En 1830 la cigarette fait son apparition mais son usage ne se propagera véritablement qu'après la première guerre mondiale.

C'est au 19^{ème} siècle que la nicotine est découverte par Vauquelin en 1809 et que Claude Bernard étudie sa toxicité. Ainsi beaucoup de travaux consacrés aux méfaits du tabac se multiplient, décrivant les dangers physiologiques, pathologiques mais aussi moraux. En 1868 est créée l'association française contre l'abus du tabac, association qui sera à

L'origine de la mention visible des règlements « Défense de fumer, Non-fumeur... ».

Malheureusement, avec les deux guerres mondiales, l'usage de la cigarette se développe de façon considérable et les offensives contre le tabagisme s'estompent

Dès 1926 la SEITA (Service d'Exploitation Industrielle des Tabacs et des Allumettes) a en France le monopole de la vente du tabac. En 1995, elle est privatisée et prend le nom d'Altadis. Mais à partir de 1950, suite à la multiplication des cas de cancer du poumon et autres affections d'origine tabagique, les campagnes anti-tabac se développent à nouveau.

1.1.2. Rappel botanique :

Le tabac, dont le genre botanique *Nicotiana*, fut nommé par Linné, appartient à la famille des Solanacées. Le genre *Nicotiana* comporte une cinquantaine d'espèces, le plus souvent annuelles, dont la taille va de 25 cm à 5m de haut. On peut distinguer deux espèces principales : *Nicotiana tabacum* ou grand tabac, qui regroupe l'essentiel (90 %) des tabacs produits cultivés dans le monde, et *Nicotiana rustica* ou petit tabac.

N.tabacum, le tabac de virginie, possède des feuilles simples et entières contenant plusieurs alcaloïdes dont le principal est la nicotine (0,5% à 5% du poids sec). *N.rustica* est utilisé pour extraire la nicotine de ses feuilles et ses graines fournissent l'huile.

On peut distinguer trois types principaux de tabac selon leur qualité et les méthodes de séchage employés (Perriot, 1993) :

-Le tabac « brun »: il a une forte combustibilité et sert dans la fabrication de cigarettes dites « françaises » et de cigares. Le pH produit par sa fumée au niveau des muqueuses est largement basique. Sa principale caractéristique de fabrication est d'être séché à l'air naturel non chauffé.

-Le tabac « blond » ou « Virginie » : séché à l'air chaud, qui rentre dans la composition des cigarettes au goût « américain » et « anglais ».

-Le tabac « clair » : séché à l'air naturel (de type « Burley »), au soleil (de type « Orient ») ou au feu (de type « Kentucky »).

Les tabacs blonds et clairs, par opposition au tabac brun, ont une combustibilité modérée.

Les fabricants vont mélanger les qualités de tabac pour parvenir à varier les goûts obtenus. On peut définir quatre types de goûts sur le marché :

-Le goût « anglais » est uniquement composé de tabac qualité « Virginie » ;

-Le mélange de tabacs « Virginie », « Burley », et « Orient » donne le goût dit « américain » ;

-Le mélange de tabacs « brun » et d' « Orient » donne le goût « français » ;

-Enfin le goût « européen » est défini comme un mélange type « américain » dans lequel on aurait remplacé une partie du « Burley » par de l'« Orient ».

Mais ces mélanges ne sont pas la seule manière de modifier le goût et les effets de la cigarette. Les fabricants ajoutent des substances nommées « additifs », tels des rehausseurs de goût, de arômes de miel, de vanille ou de réglisse, des adoucissants, des agents de texture... Les produits utilisés sont pour la plupart des composants chimiques de synthèse qui peuvent être dangereux après pyrolyse selon la quantité inhalée.

1.1.3. Composition de la fumée :

La composition de fumée de la cigarette a été très étudiée et est bien connue (Perriot, 2003), (Le Houezec, 2003). Elle a été déterminée à l'aide de « machine à fumer » permettant de séparer et de caractériser les différentes phases qui la compose (Fig.1).

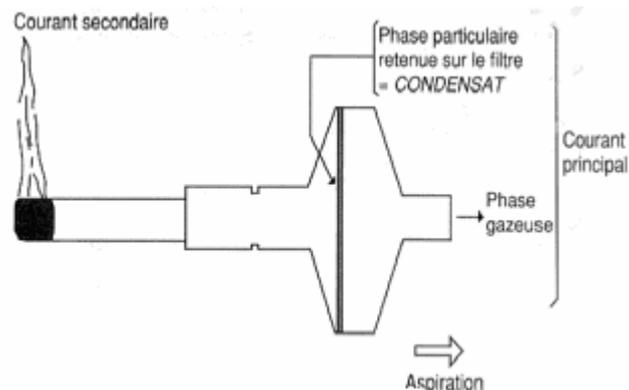


Figure 1: schéma d'une machine à fumer (Perriot, 1993)

Les effets de la cigarette sur le fumeur sont liés à sa composition initiale mais surtout au devenir de ses composants après combustion par pyrolyse ou par distillation. Cette combustion est à l'origine de deux courants principaux appelés courants primaire (I) et secondaire (II) (Fig.2).

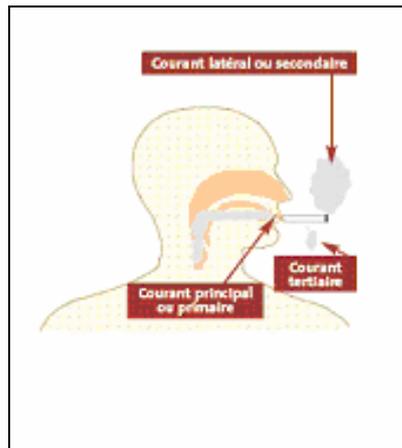


Figure 2 : Les trois courants de fumée de cigarette (Revue du praticien, 2002)

Le courant I représente la fumée inhalée par le fumeur.

Le courant II correspond à la fumée latérale diffusée dans l'atmosphère, qui se dégage entre deux bouffées.

Ce courant latéral, associé au courant tertiaire III (fumée exhalée par le fumeur, celle-ci ayant été en grande partie « filtrée » au niveau des poumons), est à l'origine du tabagisme passif.

Ces deux courants I et II ont la même composition qualitative, mais en raison des conditions d'oxygénation et de températures différentes, la composition quantitative diffère.

On connaît environ cinq milles composants de la fumée de cigarette que l'on peut classer en deux phases: une phase gazeuse et une phase particulaire.

-La phase gazeuse:

Elle contient d'une part des composés organiques volatils tels que des aldéhydes (formaldéhyde, acroléine, furfural), des cétones (acétone), des alcènes (iso propène) et d'autres part des gazs tels que le monoxyde de carbone (CO), le dioxyde de carbone (CO₂), le monoxyde d'azote (NO), l'hydrogène, et d'autres encore...cela représente un volume de 300 ml par cigarette consommée et englobe 10% des composés de la fumée du tabac.

-La phase particulaire :

C'est un aérosol contenant un à dix milliards de particules par cm³, d'un diamètre voisin de 0,1 à 0,8 microns. Après inhalation de la fumée, certaines particules, selon leur taille, atteignent les alvéoles pulmonaires, passent dans le sang, et diffusent dans de

nombreux organes. Ces particules constituent 8 % de la fumée primaire, leurs concentrations dans la fumée secondaire sont plus faibles.

On peut classer les composants de cette phase en cinq groupes principaux: les irritants, les cancérigènes, les radicaux libres et les alcaloïdes (cotine, norcotine...) dont la nicotine est le principal représentant et les métaux (Plomb, arsenic, cadmium, cobalt, chrome, mercure, nickel...) (Fig.3).

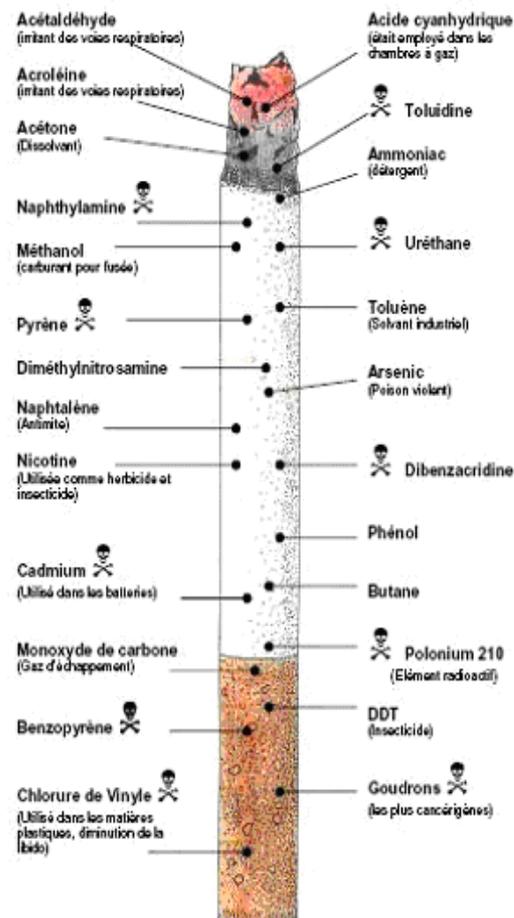


Figure 3 : Schéma des principaux composants d'une cigarette (www.cnct.org)

◆ *Les substances irritantes:*

Ce groupe est principalement composé de crésols, de quinones, de phénols, d'acides organiques (acide acétique, acide glutamique, acide benzoïque) et de dérivés aldéhydiques type acroléine ($\text{CH}=\text{CH}-\text{CHO}$) qui agressent directement l'épithélium bronchique avec

lésions des cellules épithéliales bronchiques, de leurs cils et induction d'une hypersécrétion de mucus. On trouve également des enzymes protéolytiques (élastase...) qui modifient de façon péjorative le rapport protéases/antiprotéases, ce qui conduit à une destruction progressive du parenchyme pulmonaire.

◆ *Les substances cancérigènes :*

Ces substances sont nombreuses et variées et correspondent principalement aux goudrons. Parmi elles, on trouve des hydrocarbures aromatiques polycycliques tels que le benzopyrène, le naphthalène, des composés phénoliques, des nitrosamines, des colorants comme l'acridine, le DDT (diphényltrichloroéthane).

Ces substances ne sont pas directement cancérigènes mais le deviennent sous l'action du système physiologique de détoxification des xénobiotiques.

◆ *La nicotine:*

La nicotine est le principal alcaloïde du tabac, représentant 90 à 95 % du contenu total en alcaloïdes (Le Houezec, 2003).

Une machine à fumer extrait environ 1 mg de nicotine dans une cigarette (Etter et al., 2003), mais elle en contient jusqu'à six à sept fois plus.

Dans l'organisme, la nicotine traverse l'épithélium alvéolaire et passe rapidement dans la circulation sanguine. Elle est ensuite distribuée dans divers organes. La nicotine atteint le cerveau en 9 à 19 secondes (Benowitz, 1990), plus vite qu'une intraveineuse. Elle traverse la barrière encéphalique, se lie aux récepteurs cholinergiques nicotiques (N1 et N2) et dopaminergiques ce qui entraîne une stimulation du système neurohormonal via l'adrénaline, la noradrénaline, l'acétylcholine, la dopamine, la sérotonine et la vasopressine (Woolf AD, 1997). La nicotine entraîne une réponse adrénergique avec augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, du débit cardiaque et une vasoconstriction périphérique. Par ailleurs, elle augmente les sécrétions acides gastriques, ralentit le péristaltisme intestinal et accélère la motricité intestinale (Taylard, 2003). Elle est ensuite éliminée dans les urines sous forme de cotinine à 70 pour cent, 20 pour cent environ sous forme inchangée et le reste en dérivés métaboliques mineurs.

En mai 2001, une directive européenne a limité le taux de goudrons, de nicotine et de monoxyde de carbone des cigarettes. La cigarette commercialisée ne peut pas dépasser une teneur de 1mg de nicotine, actuellement donné par les machines à fumer. L'inscription des teneurs en goudrons et nicotine sur les paquets est également obligatoire depuis la loi

Veil de 1976. Mais d'après certaines études, il apparaît que les taux de nicotine affichés sur les paquets par les industriels du tabac, correspondant à la dose de nicotine inhalée par le fumeur et non la quantité de nicotine de la cigarette, sont bien en dessous de la réalité (Borgne et al., 1999). Les bouffées d'un vrai fumeur sont en effet plus profondes, moins espacées et plus nombreuses que celles programmées sur les machines à fumer, donc plus denses en nicotine. Suite à ces études, les appellations cigarettes « ultra light », « légères » furent interdites en septembre 2003.

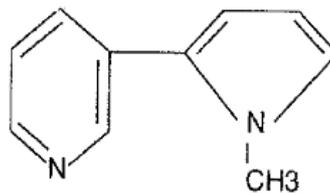


Figure 4: Formule chimique de la nicotine. (Perriot, 1993)

◆ *Le monoxyde de carbone :*

Compte tenu de l'affinité du monoxyde de carbone (CO) pour l'hémoglobine, supérieure à celle de l'oxygène, sa présence est un facteur d'hypoxie. En effet le taux de carboxyhémoglobine (HbCO) est en moyenne de 5 à 10 % chez un fumeur alors que celui d'un non fumeur est de 1 à 2% (Guilerm, 1998). Par ailleurs le CO a une action locale en augmentant la perméabilité des vaisseaux, à l'origine de la plaque d'athérome. Il est également responsable d'une augmentation de l'agrégation des plaquettes et peut donc induire ou aggraver une pathologie cardiovasculaire. Une autre conséquence est la sous estimation des anémies par carence martiale chez les fumeurs.

1.1.4. Conséquence du tabagisme sur la santé.

On sait depuis plus de 50 ans que le tabac est une cause très importante de maladies graves.

En 2001, le tabagisme fut responsable de 4 millions de décès dans le monde.

En 2030, on estime qu'il y aura 10 millions de décès dans l'année et dans le monde liés au tabagisme (www.idrc.ca, 1995 ; Tredaniel *et al.*, 1998).

I.1.4.1. Mortalité attribuable au tabagisme

Le tableau 1 présente, par sexe, pour les principales causes de décès liées au tabac: les données de mortalité en 1999, la fraction attribuable au tabac et le nombre de décès attribuable au tabac (Hill *et al.*, 2003).

Tableau 1 : Nombre total de décès et fraction attribuable au tabac, par sexe.(Hill, 2003).

Causes de décès	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac
Cancer	86 903	36 %	56 946	4 %
Poumon	20 867	91 %	4 329	44 %
Bouche, pharynx, larynx et œsophage	9 621	61 %	1 588	18 %
Autre	56 415	12 %	51 029	1 %
Maladie cardio-vasculaire	76 075	14 %	88 844	2 %
Maladie de l'appareil respiratoire	22 425	37 %	21 416	10 %
Autre	89 361	9 %	95 489	1 %
Toutes causes	274 764	21 %	262 695	3 %

En 1999, on a enregistré en France 20 867 décès par cancer du poumon chez les hommes, dont environ 19 000 (91 %) sont attribuables au tabac.

Le nombre total de décès attribuables au tabac est égale à 66 000 dont 59 000 décès chez les hommes et 7 400 décès chez les femmes. Ceci représente 21 % de la mortalité masculine et 3 % de la mortalité féminine, autrement dit le tabac est responsable actuellement en France de plus d'un décès sur 9 (Hill *et al.*, 2003).

La mortalité, due aux effets du tabagisme, est d'abord détectée dans la population d'âge moyen, et l'ensemble des conséquences du tabagisme n'apparaît que tardivement dans la population âgée de 70 ans et plus. La moitié des décès dus au tabac survient dans la population âgée de 35 à 69 ans, conduisant à une diminution de l'espérance de vie de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur. L'autre moitié des décès dus au tabac survient à 70 ans et plus.

Il faut donc plus de 60 ans pour que l'ensemble des conséquences du tabagisme soit évaluable (Peto *et al.*, 2000).

I.1.4.2. Morbidité attribuable à l'usage du tabac

I.1.4.2.1. Les cancers

Deux cancers sur dix sont attribuables au tabagisme dans notre pays et l'incidence de cancer est multipliée par deux entre le fumeur et le non-fumeur. Ces résultats apparaissent après une vingtaine d'années de tabagisme et le pic de consommation de cigarettes se situe en 1986 en France, on peut donc encore attendre une augmentation dans les prochaines années. (Perriot, 1993 ; Martinet *et al.*, 2001 ; tabac-net.ap-hop-paris.fr)

Les dernières évolutions montrent une stabilisation du nombre de cancers du poumon chez les hommes et une augmentation chez les femmes. Ce cancer est attribué dans 90 % des cas au tabac. Le risque de développer ce type de cancer est deux fois plus élevé si l'on a fumé à 15 ans par rapport aux fumeurs qui ont initié leur tabagisme après 20 ans. En ce qui concerne le cancer du poumon, il est essentiel d'avoir à l'esprit que ce qui compte avant tout est la durée d'intoxication tabagique, bien plus que la quantité de cigarettes fumées par jour. L'incidence du cancer pulmonaire dépend également de la façon de fumer : plus on inhale profondément, plus c'est nocif. Il faut signaler l'énorme bénéfice qu'engendre l'arrêt du tabac face au cancer broncho-pulmonaire.

Cette assuétude est aussi responsable de 30% des cancers des voies aéro-digestives supérieures (pharynx, larynx, œsophage).

On note enfin son implication dans la survenue de cancers de la vessie, dus à la stagnation des substances cancérigènes (notamment la nicotine et la cotinine) avant l'élimination dans l'urine, ainsi que dans les cancers des reins. Des expositions à des facteurs de risques associés (alcool, pollution, expositions professionnelles comme à l'amiante) sont également des causes d'augmentations.

1.1.4.2.2. les maladies respiratoires.

Le tabac a une responsabilité dans la survenue de plusieurs pneumopathies obstructives et principalement dans la bronchite chronique, mais aussi dans l'asthme à dyspnée continue, l'emphysème et la dilatation des bronches.

-La bronchite chronique : son signe principal est une augmentation des sécrétions bronchiques qui entraîne une toux permanente ou intermittente. Il y a 1500 à 2000 décès par an dus aux suites de cette affection en France.

-L'asthme à dyspnée continue présente les signes classiques de l'asthme (hyperréactivité bronchique, crise de dyspnées paroxystiques...) associés à un essoufflement permanent et à la rauçité de la voix (timbre rauque de la voix du fumeur).

-L'emphysème est une destruction des parois alvéolaires. Ceci est dû à l'atteinte des macrophages qui entraîne des possibilités d'infections avec une évolution vers l'insuffisance respiratoire chronique.

-La dilatation des bronches est une augmentation anormale de leur diamètre.

L'ensemble de ces réactions est accompagné de sécrétions anormales de mucus et bien souvent d'infections respiratoires.

1.1.4.2.3. Les maladies cardio-vasculaires.

Le tabagisme est un facteur de risque de certaines atteintes cardio-vasculaires.

Il existe un facteur de risque coronarien qui se traduit par l'augmentation de la fréquence des infarctus du myocarde : chez les grands fumeurs, il y a trois à quatre fois plus d'infarctus du myocarde que chez les non-fumeurs et dix fois plus chez la femme fumeuse qui prend des oestroprogestatifs que chez la femme non-fumeuse sans contraception.

Le tabac joue aussi un rôle dans l'épaississement de la paroi des vaisseaux des membres inférieurs (artérites des membres inférieurs) et dans l'athérosclérose par formation d'un athérome. Ces différents risques sont cumulatifs ; en effet le risque coronarien est augmenté par la présence d'un athérome au niveau des coronaires. La formation d'un athérome est causée par la nicotine, le monoxyde de carbone et les radicaux libres, mais des raisons non tabagiques peuvent y concourir (tableau 1).

Les facteurs de risque aggravant pour les atteintes cardiovasculaires sont l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, et le tabac.

1.1.4.2.4. Les autres affections.

On remarque chez les fumeurs une apparition plus fréquente de certaines pathologies.

-Ainsi, les gastrites et les ulcères gastro-duodénaux sont favorisés (fréquence deux fois plus élevée chez le fumeur) ainsi qu'une augmentation des reflux gastro-oesophagiens dus à une augmentation de l'acidité.

-Au niveau esthétique : la peau est abîmée précocement et devient terne et tachée, les doigts et les ongles sont jaunis d'une manière caractéristique, et l'haleine du fumeur reste imprégnée à cause de la présence tenace de particules déposées dans les voies

respiratoires.

-Au niveau des yeux : une opacification du cristallin est deux fois plus fréquentes.

-Au niveau nerveux : des dérèglements entraînant des tremblements et des troubles de la mémoire.

-Au niveau de la vie sexuelle : des diminutions de la libido chez l'homme avec l'apparition de troubles érectiles (également liés à l'altération des vaisseaux) et une diminution de la fertilité chez la femme.

-On note enfin des dysfonctionnements thyroïdiens, l'apparition d'états inflammatoires buccaux, oto-rhino-laryngologiques (ORL) comme des otites et des sinusites, et de l'ostéoporose.

I.1.4.3. Tabagisme passif

Il s'agit de « l'inhalation involontaire, par un sujet non-fumeur, de la fumée dégagée dans son voisinage par un ou plusieurs fumeurs » (Tredaniel *et al.*, 1993). Les fumées secondaires ayant la même composition qualitative, les mêmes pathologies peuvent être induites mais avec un risque plus élevé pour les maladies respiratoires (Tredaniel, 2001)

I.2. LA LÉGISLATION ET LES CAMPAGNES ANTI-TABAC

I.2.1. La législation anti-tabac en France: évolution et applications.

En 2002 en France, 34,1 % des individus de 18-75 ans se disaient fumeurs dont 28,6% quotidiens et 5,5 % occasionnels. Le tabac est actuellement responsable chaque année d'au moins 66 000 décès en France et on estime à 165 000 le nombre de morts imputables au tabac en 2025 (Hill *et al.*, 2003).

Diminuer la consommation de tabac constitue donc un objectif de santé publique. La législation française n'a donc cessé d'évoluer pour faire baisser le tabagisme dans la population d'une part et pour mettre des barrières de plus en plus nombreuses à l'intention de l'industrie du tabac, très inventive pour contourner les lois au fur et à mesure de leur promulgations.

-Loi Veil 1976:

Cette loi a constitué le premier grand texte visant explicitement à lutter contre les méfaits du tabagisme. Elle contient des dispositions relatives à l'usage mais, surtout, à la publicité sur le tabac.

Parallèlement une réglementation visant à l'interdiction de fumer dans les lieux publics et dans les transports de voyageurs fut mise en place. Mais elle apparut vite trop minimaliste : elle ne prévoyait, par exemple, rien pour limiter le tabagisme sur les lieux de travail.

Cette loi introduisit également l'obligation d'informer le consommateur. Les cigarettiers furent obligés d'apposer sur les paquets de cigarettes la mention " abus dangereux " de même que des indications spécifiques sur les taux de nicotine et de goudron, dont la quantification fut définie par un arrêté ministériel en date du 30 janvier 1978.

Cette même loi imposa un principe général d'interdiction de la publicité sur le tabac, avec deux catégories d'exception : les périodiques, où les annonces directes pour les marques de tabac restèrent autorisées, ainsi que le parrainage d'épreuves de sports mécaniques, dont une liste fut fixée par l'arrêté du 9 mars 1978.

-1989:

À cette date, un amendement introduisait dans le dispositif une clause prohibant la publicité indirecte, et l'avertissement « abus dangereux » était remplacé par « fumer nuit gravement à la santé. »

La loi Veil constituait ainsi une première étape, en établissant notamment les bases nécessaires d'une jurisprudence répressive. Rapidement cependant, son application s'avéra insuffisante.

- Loi EVIN 1991:

Cette loi fut destinée à lutter à la fois contre l'alcoolisme et le tabagisme. En matière de lutte contre le tabagisme, elle opéra un spectaculaire renversement en reconnaissant la primauté du droit des non-fumeurs à la protection contre le tabagisme passif : ce sont ainsi les espaces fumeurs qui deviennent l'exception à la règle, et ce, dans tous les lieux à usage collectif, y compris les lieux de travail (à l'exception des bureaux privés).

En ce qui concerne les cigarettiers, elle étend le champ d'application à l'interdiction de publicité, interdit toute distribution gratuite de tabac, et aggrave une nouvelle fois les avertissements sanitaires sur les emballages. Elle sort en outre le tabac du calcul de l'indice des prix.

-22 juin 1998:

Il est décidé d'interdire toute forme de publicité en ce qui concerne les produits du tabac, c'est-à-dire les produits destinés à être fumés, prisés, mâchés ou sucés, dès lors

qu'ils sont, même partiellement, constitués de tabac, ainsi que les produits destinés à être fumés même s'ils ne contiennent pas de tabac (Journal officiel, 1991).

- Arrêté du 5 mars 2003:

La directive européenne du 5 mai 2001 est transposée en droit Français. Elle vise à limiter les teneurs maximales en goudron, nicotine et monoxyde de carbone (respectivement 10 mg, 1 mg et 10 mg par cigarette), et impose des normes pour la mesure de ces teneurs. Il impose en outre, sur la surface la plus visible du paquet, l'avertissement général « fumer tue » et, sur l'autre face la plus visible, un avertissement spécifique pris parmi une liste de 14, en respectant l'apparition régulière de chacun de ces 14 avertissements (Tableau 2).

Tableau 2 : Liste des avertissements sanitaires spécifiques. (JO, 2003)

1. Les fumeurs meurent prématurément.
2. Fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales.
3. Fumer provoque le cancer mortel du poumon.
4. Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant.
5. Protégez les enfants : ne leur faites pas respirer votre fumée.
6. Votre médecin ou votre pharmacien peuvent vous aider à arrêter de fumer.
7. Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas.
8. Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires mortelles.
9. Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse.
10. Faites-vous aider pour arrêter de fumer, téléphonez au 0825 309 310 (0,15 EUR/min).
11. Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoque l'impuissance.
12. Fumer provoque un vieillissement de la peau.
13. Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité.
14. La fumée contient du benzène, des nitrosamines, du formaldéhyde et du cyanure d'hydrogène.

Cette loi édicte l'interdiction de vendre ou d'offrir gratuitement des produits du tabac aux mineurs de moins de 16 ans dans les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics, interdit les paquets de moins de 19 cigarettes dits « paquets enfants » et rend obligatoire, dans l'enseignement primaire et secondaire, une sensibilisation au risque tabagique. Elle impose également l'apposition d'un avertissement sanitaire sur les paquets de tabac à rouler.

On n'omettra pas, enfin, de parler de la hausse du prix du tabac, qui repose sur l'augmentation des taxes par les pouvoirs publics. Elle peut être considérée comme une

mesure de santé publique effective dans la mesure où elle entraîne automatiquement une réduction de la consommation (Hill, 2003).

En octobre 2006, une proposition de loi interdisant de fumer dans tous les lieux publics sans exception pour les cafés, les discothèques a été proposée par le Parlement. Elle sera effective au 1^{er} septembre 2007.

Cependant l'état montre une certaine ambivalence face au problème du tabac: d'un côté il octroie 19, 8 millions d'euros par an à la prévention du tabagisme et de l'autre il empêche 75 % de taxe par paquet de cigarettes vendu (Hill, 2003).

1.2.2. La législation anti-tabac en Europe

On estimait, en 1995, à trois millions le nombre annuel de décès dus au tabagisme dans les pays développés, dont un demi million dans la Communauté européenne (CE). Le tabagisme serait à l'origine de 30 % des décès chez les 35-69 ans, ce qui en fait la première cause de mortalité évitable (Commission européenne des communautés, 1999). En Europe, un tiers des cancers est dû au tabac (Tubiana, 1993).

Depuis quelques décennies, le nombre de fumeurs diminue. Cependant, cette diminution s'est ralentie au cours de ces dernières années et plus de 40% de la population adulte d'Europe continue de fumer (Communication de la commission du 18 décembre 1996, 1996). L'Union Européenne (UE), dans le cadre de son programme d'action contre le cancer, réserve une large place à la lutte contre le tabagisme et en fait l'une de ses priorités en matière de santé.

Les traités fondant la Communauté européenne ne contenaient aucune disposition relative à la santé. L'ébauche d'une politique de santé communautaire est apparue en 1972 et fut concrétisée par le traité de Maastricht qui introduit un « Titre X-santé publique », avec un seul article (129) dans le traité de Rome (Annexe 1).

Plus tard, un plan d'action pour la prévention du tabagisme est mis au centre des programmes européens de lutte contre le cancer. Ces programmes couvraient 3 périodes: 1987 à 1989, 1990 à 1994 et 1996 à 2002. Ils se basent sur une série de mesures juridiques dont plusieurs ont été traduites en directives, ainsi que des mesures incitatives (Tubiana, 1993).

La majorité de ces directives étaient prises sur la base de l'article 129 selon cinq grands axes:

- Limitation de la teneur maximale en goudron:

Elle est fixée par une directive adoptée en mai 1990 (directive 90/239/CEE), abrogée par la directive 2001/37/CE. Elle prévoit qu'à compter du 1^{er} avril 2004, les teneurs maximales pour les cigarettes mises en libre circulation, commercialisées ou fabriquées dans les États membres, ne peuvent avoir une teneur supérieure à 10 mg. Cette disposition devant être appliquée au plus tard au 1^{er} janvier 2007.

Tous les États membres ont mis en application cette directive (sauf la Grèce). Aucun pays n'a adopté de mesures plus stricts que celle préconisées par les directives de l'Union. D'autre part, bien que la quantité de nicotine doive apparaître sur l'emballage des produits, la Communauté n'a jusqu'à présent fixé aucune norme concernant ce produit. Certains pays ont pourtant fixés des limites sur la teneur des cigarettes en nicotine; c'est le cas de la Belgique, du Portugal et de l'Espagne.

- Limitation de l'usage du tabac dans les lieux publics:

En juillet 1989, la Communauté européenne a adopté une résolution (C/189/01) invitant les pays de l'Union à mettre en place des mesures interdisant le tabagisme sur les lieux publics.

En 1992, cette résolution est suivie de manière hétérogène par les États membres. On la trouve déclinée depuis l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics (en France), jusqu'à l'absence totale de loi sur le sujet (en Allemagne). Les lois sont plutôt sévères au Danemark, en Espagne, aux Pays-Bas et en Irlande. La réglementation dans ce domaine est mal respectée ou peu sévères en Italie, en Grèce, en Belgique et au Royaume-Uni. Seule l'Espagne reconnaît formellement dans sa législation le droit des non-fumeurs (Joossens *et al.*, 1994). Un second rapport sur le suivi de cette résolution dans les états membres, publié en 1996 montre une plus grande homogénéité européenne (Commission européenne des communautés, 1999).

- Interdiction du tabac à usage oral:

La commercialisation du tabac à usage oral (tabac à sucer, introduit récemment en Europe et destiné plus particulièrement aux jeunes) est interdite dans la Communauté depuis le 1^{er} juillet 1992 (directive 92/41/CEE). Cette directive est inégalement appliquée dans la communauté. Ainsi en Allemagne et en France aucune loi ne s'y réfère. Des discussions sont en cours aux Pays-bas et au Luxembourg afin d'intégrer cette décision dans leur réglementation. L'Irlande, en revanche, interdit l'importation, la production, la vente ou la distribution de ce type de tabac, depuis presque dix ans (Joossens *et al.*, 1994).

- Apposition d'avertissements sanitaires sur tous les paquets de cigarettes, tabac et cigares:

Depuis janvier 1992, la teneur en goudrons, en nicotine et en monoxyde de carbone doit figurer sur tous les paquets de cigarettes.

L'avertissement « Fumer tue », « Fumer peut tuer » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage » doit se trouver sur tous les produits de tabac à l'exception des produits du tabac sans combustion et à usage oral.

De plus, depuis janvier 1994, tous les produits du tabac doivent comporter un avertissement rotatif spécifique choisi sur les listes nationales. Enfin les unités de conditionnement des produits du tabac sans combustion doivent porter l'avertissement spécifique suivant: « Ce produit du tabac peut nuire à votre santé et créer une dépendance ».

- Interdiction de publicité radiophonique ou télévisée:

Depuis octobre 1991, la publicité télévisée pour les produits du tabac est interdite dans tous les pays de l'Union (directive 89/552/CEE amendée par la directive 97/36/CE). Un projet d'interdiction totale de toute publicité directe et indirecte, en dehors des établissements spécialisés dans la vente des produits du tabac, avait été proposé à cette époque. Il n'est adopté qu'en 1998 par le Conseil. La directive (98/43/CE) interdit toute publicité sur les produits du tabac, que ce soit au cinéma, dans les journaux ou dans le sponsoring. Une publicité indirecte, par l'utilisation de noms de marques de tabac pour désigner d'autres articles est également interdite. La directive prévoit enfin l'interdiction de distribution gratuite de produits du tabac à visée promotionnelle.

Cette directive est complétée par une directive 2003/33/CE du 26 mai 2003 interdisant la publicité en faveur des produits de tabac dans les médias imprimés (journaux et autres publications), les services de la société d'information et toutes les émissions radiodiffusées. Elle interdit également d'une part le parrainage d'émissions radiodiffusées et de manifestations internationales par des entreprises ayant pour but de promouvoir les produits du tabac et d'autre part, la distribution gratuite du tabac dans le cadre du parrainage de telles manifestations.

Tous les pays de l'Union ont réglementé la publicité sur les produits du tabac. Ainsi au Danemark, en Espagne et au Luxembourg, cette publicité est interdite dans les journaux et magazine destinés aux jeunes, et/ou dans la presse sportive. Dans de nombreux pays (Allemagne, Luxembourg, Portugal...), des lois précisent les lieux où l'affichage des publicités pour les produits du tabac est interdit (près des écoles, dans les salles de sport...). Le contenu des publicités est sévèrement contrôlé, notamment en Belgique, en Allemagne et au Danemark. Les textes de lois notifient qu'il est interdit d'y faire figurer des mannequins

paraissant moins de trente ans, des idoles de jeunes ou des personnalités connues. Le pays où la réglementation est la plus stricte, dans ce domaine, est la France.

Ces directives, adoptées de 1989 à nos jours, ne sont pas toutes appliquées par les pays membres. De plus, chaque État se distingue dans sa manière de les appliquer. Si certains sont plus stricts que ne le préconise la Communauté européenne, d'autres, au contraire, manquent de rigueur face à ces directives.

Depuis 2002, plusieurs pays de la communauté européenne ont durci leurs actions contre le tabac en votant pour une interdiction totale de fumer dans les lieux publics (<http://www.20minutes.fr>, 2006):

- En Espagne, depuis le 1er janvier 2006, l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics et sur les lieux de travail est entrée en vigueur. Les fumeurs irrespectueux encourrent de 30 à 600 000 euros d'amende. Il y a une autorisation de fumer dans les bars et restaurants de moins de 100 m². Les établissements plus grands sont tenus d'aménager une zone spéciale fumeurs qui peut aller jusqu'à 30% de leur surface.

- L'Irlande, pionnière de la législation anti-tabac, a voté le 24 mars 2004 l'interdiction de fumer dans tous les lieux de travail (y compris les pubs et restaurants). Les amendes montent jusqu'à 3000 euros.

- En Italie, un premier décret sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics a été pris en décembre 2003. La loi est entrée en vigueur depuis le 10 janvier 2005. Les amendes vont de 27,50 à 275 euros pour les fumeurs, jusqu'à 2200 euros pour les propriétaires d'établissement.

- La Norvège a totalement interdit de fumer dans tous les lieux où l'on sert des produits alimentaires ou des boissons depuis juin 2004. Les zones "fumeurs" y sont même interdites afin de protéger le personnel contre les risques du tabagisme passif.

- La Suède a interdit de fumer dans les lieux publics depuis le 1^{er} juin 2004 : la loi prévoit que les restaurants ouvrent une zone fumeurs séparée dans laquelle il est interdit de servir de l'alcool ou de la nourriture.

- La Finlande en mars 1995, imposa l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics et les lieux occupés en commun.

1.2.3. Evolution des campagnes anti-tabac en France

L'histoire des campagnes nationales de prévention du tabagisme a débuté en France en 1976. Les stratégies de communication du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) et des institutions concernées (ministère de la Santé, Assurance maladie, etc.) ont largement évolué au fil des années (Oddoux *et al.*, 2000).

Les premières campagnes ciblaient globalement des populations très variées : les jeunes mais aussi les femmes enceintes, les personnes âgées, les fumeurs comme les non-fumeurs, autour du slogan unique « *Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons* »(Figure 5).



Figure 5: campagne « Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons »(<http://www.lemonde.fr>)

La communication s'est ensuite orientée vers la prévention de l'initiation au tabagisme avec des programmes de communication en direction des jeunes, autour de la valeur de la liberté (« *Une cigarette écrasée c'est un peu de liberté gagnée* » en 1978), puis de la séduction (« *Le tabac, c'est plus ça* » en 1988) (figure 6)

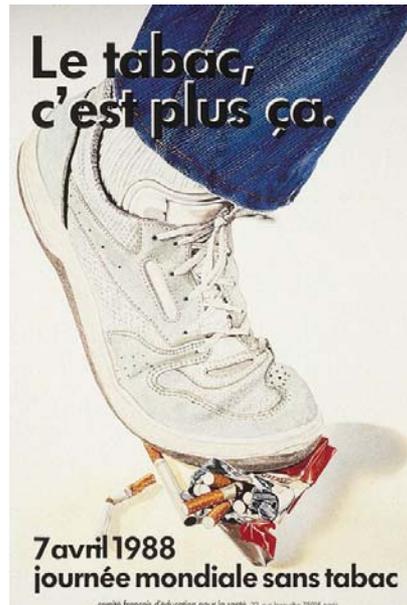


Figure 6 : campagne « *Le tabac, c'est plus ça* » en 1988 (<http://www.lemonde.fr>).

Les campagnes se sont ensuite attachées à valoriser l'image du non-fumeur. C'est d'abord en se réappropriant certains grands mythes de grands espaces, de nature et de liberté, en particulier ceux véhiculés par le cow-boy Marlboro (« *Fumer, c'est pas ma nature* » en 1991), puis en montrant le non-fumeur comme une personne dynamique et qui sait prendre du plaisir (« *L'énergie c'est pas fait pour partir en fumée* » de 1993 à 1996).

L'évolution des comportements (les deux tiers des Français sont non-fumeurs) et des représentations (l'image sociale du fumeur s'est profondément modifiée) a ensuite amené, en 1997, à centrer la communication sur l'arrêt du tabac. Elle s'attache désormais à donner des clés aux fumeurs pour les soutenir dans leur démarche d'arrêt. Deux campagnes différentes ont été menées dans cette direction : « *La vie sans tabac, vous commencez quand ?* » de 1997 à 1999, puis la campagne 2000-2001 « *Aujourd'hui, c'est peut-être le bon jour pour vous arrêter de fumer* ».

En 1998, la ligne « Tabac info services » est mise en place, à l'initiative de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et du CFES (devenu l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé en 2002), afin de répondre aux nombreuses interrogations du public et d'accompagner les fumeurs dans leur démarche d'arrêt.

Le 23 mars 2003, le président de la République lance le plan cancer 2003-2007 comportant de nombreuses mesures pour lutter contre le tabagisme : hausses fortes et répétées des prix du tabac, apparition d'avertissements sanitaires efficaces sur les emballages de tabac, législation profondément renforcée, campagnes médiatiques plus percutantes, développement de dispositifs d'aide à l'arrêt...Les mesures du plan cancer semblent avoir un impact positif sur le tabagisme des français. Un premier bilan est posé en mai 2006 lors de la « Journée mondiale sans tabac ». Une tendance à la baisse de la prévalence tabagique est observée, toute population confondue (Ministère de la Santé et des Solidarité, 2006) :

- Baisse de la prévalence chez les 12-75 ans de près de **10 %** : **33,1%** en 2000 contre **29,9%** en 2005, dont 33,3% chez les hommes et 26,6% chez les femmes.
- Prévalence chez les jeunes : chez les 12/25 ans **31,8%**(vs **36,7%** en 2000) avec une augmentation liée à l'âge : 5,9% chez les 12/14 ans, 31,3% chez les 15/19 ans, et 45,7% chez les 20/25 ans.

Cela représente une baisse de **1,4 millions** de fumeurs entre 2000 et 2005.

Enfin en juin 2006, une nouvelle hausse du prix du tabac a été programmée du fait de la reprise du tabagisme.

Tableau 3: 25 ans de communication sur le tabagisme (Cnamts, 2000)

1976	« Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons »	Première communication générique sur le tabac, destinée aux jeunes, aux femmes enceintes, aux personnes âgées, fumeurs et non-fumeurs.
1977	« <i>Ca ne vous dérange pas si ne fume pas ?</i> »	La protection des non-fumeurs
1978	« <i>Une cigarette écrasée, c'est un peu de liberté gagnée</i> »	La première communication d'envergure qui s'adresse aux jeunes en évitant de leur parler des risques de la cigarette
1988	« <i>Le tabac, c'est plus ça</i> »	communication tout d'abord destinée plus spécifiquement aux 15-20 ans puis une stratégie qui s'adresse globalement à l'ensemble des fumeurs, pour leur faire prendre conscience des incitations plus ou moins directes des fabricants de tabac à la consommation
1991	« <i>Fumer, c'est pas ma nature!</i> »	
1993	« <i>L'énergie, ce n'est pas fait pour partir en fumé</i> »e	La valorisation du souffle et de l'énergie du non-fumeur et de l'ex-fumeur : une communication qui a pour objectif de faire réfléchir les jeunes de 14-18 ans sur les raisons qui les amènent à allumer leur première cigarette
1997	« <i>La vie sans tabac, vous commencez quand ?</i> »	L'incitation à l'arrêt et la promotion des solutions qui favorisent l'arrêt : Marque une véritable rupture dans la stratégie de communication sur la prévention du tabagisme.
2000	« <i>Aujourd'hui, c'est peut-être le bon jour pour vous arrêter de fumer</i> »	

I.3 RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA LUTTE ANTI-TABAC

Les professionnels de santé ont un rôle crucial à jouer dans la lutte contre le tabagisme.

1.3.1. Le rôle des médecins

Les études épidémiologiques ont montré la fréquence et la gravité des conséquences du tabagisme actif et passif sur la santé ; le corps médical s'est emparé de ce problème, a mis à jour les mécanismes de la dépendance et a contribué à la mise au point des diverses méthodes d'aide au sevrage. Ils ont veillé à ce que la problématique du tabac soit enseignée à l'université et dans différents modules d'enseignement médical continu.

Dans leur pratique clinique, où ils rencontrent une grande partie de la population, ils ont la possibilité d'intervenir, à titre préventif chez les fumeurs consultants pour une pathologie sans relation avec le tabac, et à titre curatif chez ceux atteints des maladies liées au tabac. Au sein de la collectivité, ils constituent une source appréciée d'information.

À titre individuel ou à travers de nombreuses associations de lutte contre le tabagisme, ils doivent promouvoir et expliquer dans les conversations, les articles de presse, la radio et la télévision les mesures réglementaires qui s'imposent au monde politique pour maîtriser l'épidémie tabagique.

L'implication effective des médecins dans ces divers domaines s'est fortement améliorée au cours des dernières années, même si leur contribution a été longtemps timide vis à vis du tabagisme (Prignot, 1991), (Simpson, 2000).

1.3.2. Le rôle des pharmaciens d'officine

La motivation est l'élément clé dans la réussite du sevrage tabagique. En effet, fumer n'est pas seulement une attitude ou un plaisir mais aussi une intoxication qui engendre un état de manque lors de son arrêt avec des signes tels que le besoin impérieux de nicotine, l'insomnie, l'irritation, la frustration, l'anxiété, l'agressivité du sujet et des difficultés de concentration.

Une fois sa décision arrêtée, le patient peut choisir une méthode d'aide au sevrage s'il n'y arrive pas par sa seule volonté. À ce moment, le pharmacien a un rôle clé à jouer pour accompagner le fumeur au cours de son sevrage. Il doit l'encourager dans sa décision, lui parler des bénéfices immédiat et à long terme pour sa santé de l'arrêt du tabac (récupération du goût et de l'odorat, meilleur teint et haleine, diminution de la fréquence des toux, de l'irritation de la gorge, vie plus saine, diminution de la morbidité à long terme...) (tableau 4), le conseiller et l'aider dans le choix d'une méthode de sevrage.

Tableau 4 : Les bénéfices de l'arrêt du tabac (MILDT et al., 2003)

20 minutes après la dernière cigarette	La pression sanguine et les pulsations du cœur redeviennent normales.
8 heures après la dernière cigarette	La quantité de nicotine et de monoxyde de carbone dans le sang diminue de moitié. L'oxygénation des cellules redevient normale.
24 heures après la dernière cigarette	Le risque de crise cardiaque diminue. Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée.
48 heures après la dernière cigarette	Le goût et l'odorat s'améliorent. Les terminaisons nerveuses gustatives recommencent à pousser.
72 heures après la dernière cigarette	Respirer devient plus facile. Les bronches commencent à se relâcher et on se sent plus énergiques.
2 semaines à 3 mois après la dernière cigarette	La toux et la fatigue diminuent. On récupère du souffle.
1 à 9 mois après la dernière cigarette	Les cils bronchiques repoussent. On est de moins en moins essoufflé.
1 an après la dernière cigarette	Le risque d'infarctus du myocarde diminue de moitié. Le risque d'accident vasculaire cérébral rejoint celui d'un non-fumeur.
5 ans après la dernière cigarette	Le risque de cancer du poumon diminue presque de moitié.
10 à 15 ans après la dernière cigarette	L'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé.

I.3.2.1. Les méthodes de sevrage :

Avant toute aide par un traitement nicotinique, le pharmacien doit faire remplir à son client le questionnaire de FAGERSTROM (tableau 5). Ce test aide à l'établissement d'un plan de sevrage tabagique sachant que les fumeurs les plus dépendants, dont les scores sont les plus élevés (>7), sont les plus susceptibles de bénéficier d'une thérapie de substitution nicotinique. Une substitution de l'ordre de 70 % semble suffisante pour atténuer les symptômes de sevrage.

Tableau 5 : Test Fagerstrom de dépendance à la nicotine (Heatherton et al. 1991)

Pour vous, le tabagisme est-il une habitude ou une dépendance? Répondez à ce test pour connaître votre niveau de dépendance à la nicotine.

1. Combien de temps s'écoule entre votre réveil et votre première cigarette?

- ◆ Plus de 60 minutes (0)
- ◆ Entre 31 et 60 minutes (1)
- ◆ Entre 6 et 30 minutes (2)
- ◆ Moins de 5 minutes (3)

2. Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer là où c'est interdit?

- ◆ Non (0)
- ◆ Oui (1)

3. Quelle cigarette auriez-vous le plus de mal à ne pas fumer?

- ◆ La première de la journée (1)
- ◆ N'importe quelle autre (0)

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

- ◆ 10 ou moins (0)
- ◆ Entre 11 et 20 (1)
- ◆ Entre 21 et 30 (2)
- ◆ Plus de 31 (3)

5. Fumez-vous davantage durant les premières heures suivant le réveil qu'au cours du reste de la journée?

- ◆ Non (0)
- ◆ Oui (1)

6. Fumez-vous même quand vous êtes malade au lit presque toute la journée?

- ◆ Non (0)
- ◆ Oui (1)

Vous avez obtenu :

Votre niveau de dépendance à la nicotine est le suivant :

- 0 à 2 Très faibles dépendances
- 3 ou 4 Faibles dépendances
- 5 Dépendance moyenne
- 6 à 7 Fortes dépendances
- 8 à 10 Très fortes dépendances

1.3.2.1.1. Les substituts nicotiques:

L'utilisation des substituts nicotiques s'intègre dans le cadre d'une prise en charge globale prenant en compte l'ensemble des dépendances (pharmacologiques, psychique, socio comportementale) souvent intriquées et les perturbations associées. La prescription doit être rigoureuse car certains médicaments exigent des précautions d'emploi particulières notamment quand ils sont administrés à des sujets souffrant de troubles cardio-vasculaire ou des sujets diabétiques.

L'arrêté du 30 novembre 1999 (JO du 5-12-99) autorise « *la délivrance en pharmacie de produits de substitution à la cigarette sans qu'il soit nécessaire de consulter le médecin* » (Belon, 2003).

Ils agissent en remplaçant temporairement la nicotine apportée par le tabac, ce qui supprime en grande part les symptômes désagréables du sevrage et évite la production de renforcement négatif par les cigarettes (Henningfield, 1995), (Prignot, 1995). Parce qu'elle est absorbée lentement et n'entraîne pas de pics de concentrations cérébrales élevées, la nicotine thérapeutique n'induit pas le risque de dépendance.

Ils existent sous différentes formes galéniques (gommes à mâcher, patch, tablettes ou comprimés à sucer, inhalateur) et à différents dosages (2 et 4 mg pour les gommes et les comprimés, 7,14 et 21 mg/24 h ou 5, 10, 15 mg/16h pour les patches).

Chaque forme galénique correspond à un type de fumeur (Raymond *et al.*, 2002):

- Le timbre transdermique est utilisé chez les fumeurs peu dépendants ou dépendants. La compliance au traitement est améliorée par l'administration quotidienne (le matin). Cependant il est impossible de modifier la dose au cours de la journée, d'où l'intérêt d'utiliser les formes orales en complément du timbre en cas de pulsion. Avec le timbre, l'absorption de la nicotine par l'organisme se fait plus lentement qu'avec les formes orales mais l'effet est plus constant. Il ne convient pas aux personnes recherchant le pic nicotinique (figure 7).

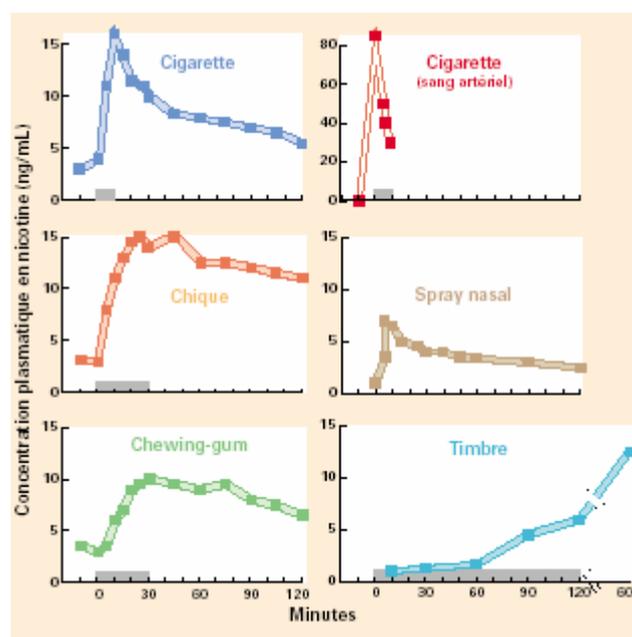


Figure 7 : Concentration plasmatique de nicotine après administration d'une dose unique de nicotine par différentes voies (Henningfields, 1995)

- la gomme à mâcher permet de contrôler les envies de fumer et peut être donnée en complément des timbres.

- Les tablettes sublinguales ou les pastilles à sucer sont conçues pour répondre à la demande des fumeurs auxquels l'usage du timbre et de la gomme ne convient pas (prothèse dentaire, forte pilosité, transpiration excessive) et dans les cas d'abstinence temporaire (vol long courrier, intervention chirurgicale, TGV).

- l'inhalateur peut être utilisé en cas de forte dépendance gestuelle, souvent en complément du timbre, et également dans l'abstinence temporaire. Son usage comporte le risque du maintien du geste et de la dépendance.

1.3.2.1.2.L'homéopathie et l'acupuncture

L'homéopathie est une méthode thérapeutique qui consiste à soigner les malades au moyen de remèdes (à doses infinitésimales obtenues par dilution de souches) capables, à des doses plus élevées de produire sur l'homme sain des symptômes semblables à ceux de la maladie à combattre.

Différentes souches peuvent être employées dans l'aide au sevrage tabagique.

- ARGENTUM NITRICUM 9H et LOBELIA INFLATA 9 CH, 3 granules matin et soir pour provoquer un dégoût du tabac pendant la période d'arrêt.

- NUX VOMICA 9H, 3 granules matin et soir pour éviter de compenser par la nourriture.

- TABACUM 7H, 3 granules matin et soir.

-ANACARDIUM ORIENTALE 9H et CALADIUM 5H, trois granules de chaque dès que l'envie de cigarette se fait sentir, et cela aussi souvent que nécessaire.

- GELSEMIUM 9H, trois granules matin et soir en cas d'anxiété et de nervosité.

L'efficacité du sevrage tabagique par l'homéopathie a été évaluée mais la faible qualité méthodologique de nombreux essais et les résultats contradictoires ne permettent pas d'en tirer des conclusions fiables (AFFSSAPS, 2003).

En ce qui concerne l'acupuncture, la disposition des aiguilles est variable ; on peut les placer dans un coin de l'œil, au niveau des ailes du nez ou au niveau des oreilles.

Une étude de 2002 conclue à l'absence de preuve d'une efficacité à long terme de l'acupuncture (Castera *et al.*, 2002).

1.3.2.1.3. Les thérapies cognitivo-comportementales dans l'aide au sevrage tabagique:

L'application au sevrage tabagique des thérapies cognitivo-comportementales est apparue dans les années 1980 (Law et Russel). Contrairement aux traitements de substitution nicotinique qui sont largement étudiés et ont prouvé leur efficacité dans le sevrage tabagique, l'efficacité de ces thérapies reste encore à démontrer (Cottraux, 2003).

1.3.2.1.4. Les consultations de tabacologies :

2 à 3 % des fumeurs qui essaient d'arrêter de fumer sont pris en charge par les consultations de tabacologie (Maguy *et al.*, 2003).

1.3.2.1.5. Le ZYBAN® Bupropion :

Ce médicament a obtenu l'autorisation de mise sur le marché en France en 2001, sous la forme LP (à libération prolongée) présentant une pharmacocinétique limitant le risque convulsif. L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé recommande l'utilisation de ce premier médicament non nicotinique dans l'aide au sevrage tabagique, chez les sujets dépendants (AFSSAPS, 2003). Il doit être associé à un soutien à la motivation et son administration doit commencer avant l'arrêt effectif du tabac. Délivré sur prescription médicale, il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

Inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine, cette molécule est classée dans la famille des antidépresseurs plutôt stimulants (Berlin, 2002). Antagoniste non compétitif de la plupart des récepteurs nicotiques, son mode d'action précis dans la dépendance tabagique n'est à ce jour pas totalement élucidé (Pelissolo, 2002), (Rennard *et al.*, 2001).

1.3.2.2. Conseils à délivrer aux patients:

Le rôle du pharmacien d'officine consiste essentiellement à informer et prévenir le fumeur des risques auxquels il s'expose et auxquels il expose son entourage (notamment les enfants) ; comme tout personnel de santé, il devra recommander l'arrêt du tabac chez les

fumeurs, en se souvenant qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter.

- ◆ Prévenir le patient que l'observance est indispensable à l'obtention d'un bon résultat.
- ◆ La durée de traitement de substitution nicotinique est au minimum de trois mois avec diminution progressive des doses toutes les 3- 4 semaines, en adaptant la posologie à l'évolution des signes de manque.
- ◆ Prévenir que certains effets indésirables peuvent survenir au cours des premières semaines: des céphalées, des insomnies (enlever le timbre la nuit à ce moment là), une irritabilité, des troubles de la concentration, une augmentation de l'anxiété, une constipation. Le pharmacien pourra alors donner quelques conseils complémentaires tels que la prise de vitamine C contre le manque d'attention ou la consommation d'une eau riche en magnésium contre la constipation.
- ◆ Préconiser certains conseils diététiques : diminuer la consommation d'excitants tels que le thé, le café et l'alcool, éviter les sucreries et le grignotage, privilégier les légumes pour éviter une prise de poids trop importante.
- ◆ Le pharmacien pourra informer les femmes enceintes de la possibilité d'utiliser des substituts nicotiques qui ne sont plus contre-indiqués dans ce cas depuis octobre 1997 (Houezec *et al.*, 1999). Afin de limiter, autant que faire se peut, la nicotine prescrite, il faut avoir recours aux timbres à la nicotine à retirer le soir chez la femme enceinte. Son efficacité sera majorée si un soutien psychologique et un suivi régulier et continu y sont associés.
- ◆ Le pharmacien et son équipe doivent également informer le patient du risque élevé de récurrence au cours de l'année suivant l'arrêt de sa consommation de tabac. Cet ex-fumeur devra rester vigilant et savoir résister à la tentation de fumer une seule cigarette en particulier dans les situations de stress et de convivialité après un bon repas, un café...
- ◆ Le tabac peut, par un processus d'induction enzymatique, diminuer les concentrations plasmatiques de certains médicaments tels que la caféine, la théophylline, les antidépresseurs imipraminiques, la flécaïdine. L'arrêt, *a fortiori* brutal du tabac, notamment à l'occasion de la prise de ce médicament, peut entraîner une augmentation des concentrations de ces principes actifs liées à la réversibilité de l'effet d'induction enzymatique. Pour les médicaments à marge thérapeutique étroite, comme la théophylline, l'arrêt du tabac devra s'accompagner, outre de l'ajustement de la posologie, d'une surveillance étroite clinique voire biologique avec information du patient des risques de surdosage.

I.3.3. Le rôle des autres professions de santé

I.3.3.1. Les dentistes:

Le tabac provoque des gingivites inflammatoires favorisant l'infection et entraînant une mauvaise haleine. Il jaunit les dents et favorise l'apparition des caries. Il provoque également la formation de plaques de leucoplasies de la bouche et du pharynx, qui font le lit du cancer et qui sont à l'origine de 6 à 7 % des tumeurs malignes.

Les dentistes ont la potentialité d'intervenir en remarquant ces imprégnation buccodentaire par les produits du tabac et les affections liées au tabagisme dans leur sphère d'activité.

I.3.3.2. Les kinésithérapeutes:

Les kinésithérapeutes peuvent jouer un rôle important dans le contrôle du tabagisme, vu leurs contacts prolongés et répétés avec les patients, surtout en ce qui concerne les problèmes respiratoires.

II. ETAT DES LIEUX DU TABAGISME CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES.

II.1. LES ADOLESCENTS ET LE TABAC

« L'adolescence est la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. » (Allain *et al.*, 1986). Alors que le début de l'adolescence est habituellement associé au commencement de la puberté et à l'apparition des caractères sexuels secondaires, sa fin par contre, est moins nettement définie. Nous utiliserons les limites d'âge 12-18 ans pour les adolescents et 18-25 ans pour les jeunes adultes.

L'interdiction de fumer qui régnait dans les établissements Français avant 1968 a longtemps cantonné l'initiation des garçons au tabagisme à l'âge de 18-20 ans c'est-à-dire au moment du service militaire : chaque incorporé ayant droit à une ration de « tabac de troupe », le tabagisme a fait, pendant longtemps, une apparition simultanée avec celle de l'uniforme dans la vie des jeunes gens. Après mai 68, suite à la levée des interdits dans les lycées et les collèges, l'usage de la cigarette s'est répandu chez les filles, et pour tout le monde, l'âge des premières cigarettes s'est rapidement abaissé : il survient actuellement dans plus de la moitié des cas avant 15 ans et souvent dès 12-13 ans. Or plus le début du tabagisme est précoce, plus l'installation de la dépendance est rapide et plus graves sont les complications (Lagrué, 2001).

Bien que les principales pathologies liées au tabagisme apparaissent chez l'adulte, elles trouvent souvent leur fondement dans le développement de la dépendance au tabac au

cours de la période juvénile, particulièrement l'adolescence.

Le tabagisme des adolescents n'est pas seulement le début de la chaîne d'événements qui mène aux futures maladies associées au tabagisme des adultes, il est aussi un terrain favorisant l'apparition précoce de problèmes comme par exemple des problèmes respiratoires.

Il existe à la fois des différences et des similitudes entre le tabagisme des adolescents et celui des adultes.

Les adolescents, principalement au stade de l'expérimentation, fument rarement quotidiennement ou de manière régulière. Ils fument pour se donner une contenance quand ils sont en groupe ou éventuellement dans le but de maîtriser leur poids (Boles Johnson, 2001). Les symptômes apparaissant lors de l'arrêt sont similaires chez les fumeurs adultes et adolescents et interfèrent avec l'intention d'arrêter le tabagisme. D'autre part, les performances cognitives se détériorent de la même manière dans les deux groupes d'individu pendant les périodes d'abstinence (Pbert *et al.*, 2003).

Le tabagisme est un comportement complexe, influencé par des facteurs multiples qui conduisent l'enfant ou l'adolescent à expérimenter le tabac: sociaux, psychiatriques, génétiques et des interventions du système politico-économique (Moolchan *et al.*, 2000). Cette complexité nécessite une recherche transversale, pluridisciplinaire qui doit aboutir à des interventions au niveau à la fois de la prévention et du traitement.

De plus, le tabagisme à l'adolescence qui dans la majorité des cas, est la première dépendance, est associé au développement ultérieur d'autres dépendances (alcool, cannabis et autres substances).

II.1.1. Le début du tabagisme

L'entrée dans le tabagisme se situe, bien souvent dans l'enfance et se consolide à l'adolescence. Rare sont ceux qui rencontrent la cigarette tardivement.

Toutefois le comportement tabagique n'est pas stable dans le temps: le processus d'accession au comportement tabagique s'établit par l'intégration progressive du tabac dans le mode vie de l'adolescent. Diverses étapes peuvent être objectivée en fonction de l'âge (Choquet *et al.*, 1994), (Perriot, 1993), (Kahn, 2000).

II.1.1.1. Phase de préparation :

Jusqu'à l'âge de dix ans, les enfants ne sont évidemment pas neutre vis à vis du tabac. Ils considèrent que cela concerne les adultes et nuit à la santé. Ils s'opposent au tabagisme. Les expériences sont décrites comme désagréables : « fumer est dégoûtant », « ça sent pas bon ».

II.1.1.2. Phase d'initiation :

On situe vers l'âge de treize ans la rencontre avec la première cigarette dans les pays développés. Bien souvent l'enfant fume en cachette des parents. Il transgresse l'interdit parental. La démarche relève de la curiosité pour l'âge adulte. Parfois il s'agit d'un désir de reconnaissance sociale et constitue alors une sorte de rite de passage initiatique vers un nouveau statut.

Cette phase d'initiation et d'expérimentation tabagique subit l'influence de divers facteurs:

- la curiosité naturelle de l'enfant;
- l'usage du tabac chez les parents et les proches;
- les possibilités d'accès au produit.
- le groupe des pairs.

II.1.1.3. Phase d'acquisition :

À l'adolescence, progressivement la proportion des enfants fumeurs va s'accroître. De fumeurs occasionnels, ils vont devenir pour une part non négligeable des fumeurs réguliers puis des fumeurs dépendants.

Les habitudes tabagiques s'installent. Cette période de la vie du jeune fumeur se caractérise par l'influence :

- des attitudes et des comportements des amis, de la famille vis à vis du tabac;
- de la croyance aux effets positifs de l'expérience tabagique;
- de la remise en cause des dangers induits par le tabac;
- de l'image de soi, comparativement à la représentation du fumeur;
- de la disponibilité du toxique et des possibilités de financement.

II.1.1.4. Phase de maintien

Le passage à l'âge adulte est marqué par le maintien des habitudes tabagiques.

L'adolescent au fil de ses expériences psychologiques, physiques et sociales, va être soumis à de nombreux renforcements positifs par effets d'identification, d'appartenance,

d'échanges, d'affirmation de soi. Ses habitudes tabagiques vont se renforcer.

Le plaisir pris à fumer se poursuit, la dépendance nicotinique et le contrôle des affects s'installent, l'individu accède alors pleinement au statut de fumeur et l'acte de fumer s'ancre dans la vie quotidienne.

La figure 8 montre la trajectoire schématique d'un fumeur adolescent. Parmi ceux qui fument de temps en temps, un certain nombre vont progressivement répéter leur consommation et deviendront des fumeurs réguliers, alors que d'autres resteront fumeurs occasionnels. Chez ceux qui fumeront régulièrement, le risque de développer une dépendance au tabac est élevé et le fait de ressentir le besoin de fumer quotidiennement peut être considéré comme les prémices de l'installation de la dépendance.

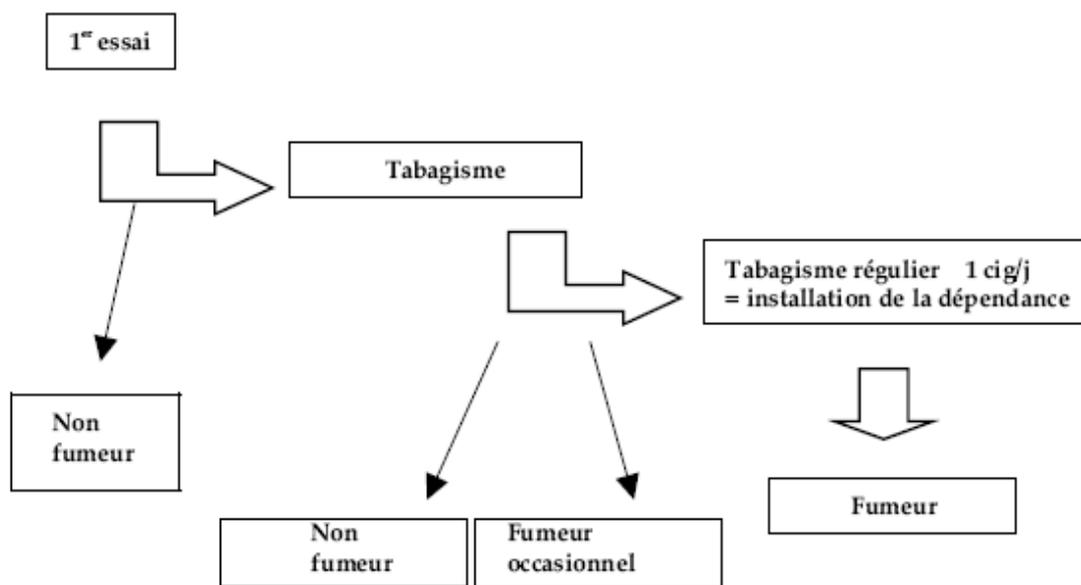


Figure 8: Trajectoire schématique d'un fumeur (Expertise collective Inserm, 2004)

II.1.2. Épidémiologie

En France, la tendance globale de la consommation de tabac des adultes de sexe masculin est à la baisse ces dernières décennies. Paradoxalement, on observe, depuis 1990 chez les jeunes de 14 à 18 ans, une hausse sensible, à la fois sur l'expérimentation et l'usage quotidien.

En 2005, à 17 ans, environ sept individus sur dix déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette au cours de leur vie, les filles un peu plus souvent que les garçons : **74%** contre **71%**. L'usage quotidien s'avère largement répandu avec une légère surreprésentation masculine (**34%** pour les garçons contre **32%** pour les filles).

En moyenne les jeunes de 17 ans déclarent avoir fumé leur première cigarette avant la fin de leur treizième année (13,3 ans pour les garçons et 13,5 ans pour les filles) (Legleye et al., 2006)

En comparant les données obtenues en 2000 et en 2005, on observe une diminution du tabagisme des jeunes de 17 ans. (Tableau 6 et figure 9).

Tableau 6 : Evolution de l'expérimentation du tabac et du passage à un usage quotidien chez les 17 ans entre 2000 et 2003 (Legleye et al., 2006)

	2000		2005	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Expérimentation du tabac	79,4%	76%	74%	71%
Usage quotidien	40,2%	41,9%	32%	34%
Age de la première cigarette	13,7 ans	13,6 ans	13,5%	13,3%

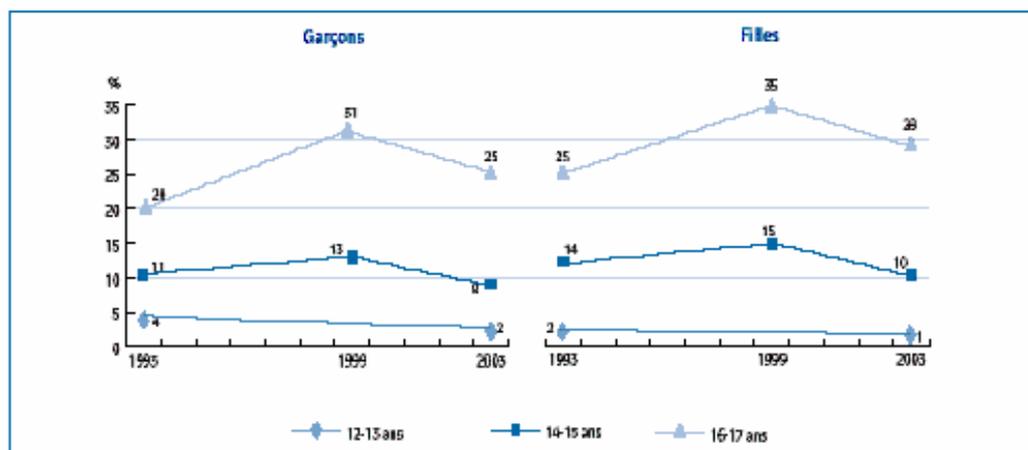


Figure 9 : Evolution depuis 1993 de la consommation quotidienne de tabac (OFDT, 2002)

Les données du baromètre 2005, réalisés par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé (INPES), viennent confirmer la baisse de consommation de tabac chez les adolescents : chez les filles et les garçons de 12 à 15 ans, on recense **8,6%** de fumeurs contre **14,4%** en 2000. Pour les jeunes de 16 à 19 ans, on dénombre **34,2 %** de fumeurs contre **43,9%** en 2000 (Ministère de la santé *et al.*, 2006)

Sur le plan européen enfin, l'enquête scolaire *European school survey project on alcohol and other drugs* (ESPAD) (Choquet *et al.*, 2003) permet de connaître la situation de

la France par rapport à la plupart des autres pays pour les jeunes âgés de 16 ans. L'usage actuel des jeunes français se situe dans la moyenne européenne, pour les garçons comme pour les filles. La France, qui se situait parmi les pays à forte consommation, est passée entre 1999 et 2003 parmi les consommateurs moyens, et est ainsi un des rares pays européens à avoir vu le tabagisme actuel chuter de dix points en quatre ans (33 % en 2003 contre 44 % en 1999).

II.1.3. Facteurs influençant l'initiation au tabagisme.

La recherche des facteurs associés au tabagisme chez les jeunes est assez récente. Elle a permis d'identifier des facteurs de risque mais aussi des facteurs de protection du tabagisme chez les jeunes (tableau 7), qui sont d'extrême importance dans la prévention. Cependant, certaines des hypothèses émises nécessitent d'être confirmées par d'autres études de population, en particulier des études longitudinales, les seules permettant une inférence de type causal.

Tableau 7 : Facteurs potentiellement associés avec le tabagisme chez les jeunes (Annessi-maesano, 2002).

Facteurs	Contribution	Commentaire	Effet
Génétiques	Variations dans le métabolisme de la nicotine Variations dans l'activité des récepteurs Sexe	Peu d'études réalisées	Risque
Personnalité	Implication des traits de la personnalité Différences selon sexe/genre	Pas d'étude épidémiologiques	
Sociodémographiques	Genre Groupe ethnique Catégorie socioprofessionnelle Revenu Scolarité	« Comportement » différent des femmes Population noire moins à risque Pas de différences chez les jeunes Echec scolaire important	Cela dépend Risque
Psychiatriques	Hyperactivité Anxiété et dépression Autres troubles psychiatriques Stress (période d'examen) Suicide	Nombre d'arguments en augmentation	Risque Idem Idem
Substances psychoactives	Polyconsommation Abus	Nombre d'argument en augmentation	Risque
De perception	Effets bénéfiques de la nicotine sur la concentration	Peu d'études	Risque
Pratique activités sportives	Les sportifs fument moins que les autres et les sportifs qui fument vont mieux que les fumeurs non sportifs	Peu d'études	Protection
Influences sociales	Tabagisme des parents, frères/sœurs et pairs	influence du « groupe »	risque

Idées associées au tabagisme	Perception des risques liés au tabac Désapprobation de la consommation		Protection
De régulation et accessibilité du tabac	Prix des cigarettes accessibilité	Peu d'études prouvant l'efficacité	Cela dépend

L'importance de ces différents facteurs évolue avec l'âge. Ainsi, avant 12 ans, l'influence familiale reste prépondérante. L'usage du tabac au sein de la famille (parents, fratrie) renforce la curiosité naturelle de l'enfant, les cigarettes sont facilement accessibles et les parents sont des modèles d'adultes auxquels ils tendent à s'identifier. Après 12 ans, l'entrée au collège marque une nouvelle étape où l'influence des pairs surpasse celle des parents auxquels ils ont souvent besoin de s'opposer. À ce stade, ils sont également plus réceptifs aux images diffusées par les médias (Argent *et al.*, 2003) et « manipulables ». L'âge de la première cigarette est de 13,6 ans pour les garçons, 13,7 pour les filles et à cet âge, beaucoup de décisions sont prises par imitation ou par opposition à des proches ou à des événements (Dautzenberg, 2001).

II.1.3.1.Facteurs de risque du tabagisme

II.1.3.1.1Déterminants sociaux :

-Influence familiale:

Les parents, fumeurs ou non, ont un rôle éducatif important à jouer par rapport au tabagisme de leurs enfants. Leur discours, leur attitude influencent le comportement des adolescents. Une attitude parentale autoritaire par rapport au tabac aurait tendance à diminuer le risque de tabagisme chez les enfants, alors qu'une attitude permissive les encouragerait à consommer (Argent *et al.*, 2003).

Le statut tabagique des parents influence le comportement des adolescents mais de façon moindre que leur attitude éducative. Avant l'âge de 12 ans, les enfants sont majoritairement hostiles au tabac et se montrent souvent attentifs et intéressés par les explications des effets du tabac sur l'organisme et du phénomène de dépendance (Dautzenberg, 2001).

En revanche, s'ils sont tentés par l'expérimentation tabagique, celle-ci sera facilitée par leur accès aux cigarettes en cas de parents fumeurs (Argent *et al.*, 2003). Les enfants dont les parents font respecter des règles d'interdiction de fumer à la maison, ont moins de

tentation, et ce, indépendamment du statut tabagique des parents.

Le rôle des parents ne doit pourtant pas se limiter à l'exercice de l'autorité. Le dialogue, l'information sur les méfaits du tabac, son fort pouvoir addictif, les difficultés de sevrage, la manipulation par les industriels, l'influence des pairs sont autant de sujets de discussion pouvant prévenir un comportement tabagique chez les jeunes, même si les parents sont fumeurs (Argent *et al.*, 2003).

D'autres déterminants familiaux peuvent également favoriser un comportement tabagique chez les jeunes :

- l'exposition prénatale par le tabagisme maternel est significativement associée à un risque plus grand d'initiation tabagique chez l'enfant (Cornelius *et al.*, 2000).
- le dépendance au tabac pourrait être influencée de façon génétique (Avenevoli *et al.*, 2003).
- la constitution de la cellule familiale serait également un facteur associé au tabagisme des adolescents. Vivre dans une famille monoparental ou en l'absence de parent biologique influencerait le comportement des adolescents, surtout dans les pays où cette situation est peu répandue (Bjarnason *et al.*, 2003).

- Influence des pairs :

À l'entrée au collège, les enfants ont tendance à adopter un groupe de pairs qui partagent leurs valeurs et leurs intérêts. La cigarette devient alors synonyme d'acceptation sociale au sein d'un groupe. Les adolescents qui fument ensemble, développent une culture basée essentiellement sur le partage et ce phénomène d'entraînement renforce le comportement tabagique (Argent *et al.*, 2003). Faire partie d'un groupe de jeunes fumeurs permet d'accéder facilement au tabac et favorise l'initiation puis la consommation régulière.

- Influence des médias et de la publicité :

La pression publicitaire reste encore très forte malgré des mesures législatives. Les adolescents sont actuellement la cible privilégiée des industriels du tabac qui n'hésitent pas à les manipuler à leur insu et sans ambages (Dalton *et al.*, 2003).

La promotion publicitaire associe toujours l'image de la cigarette à des valeurs importantes à cet âge : pouvoir et indépendance, puissance sexuelle, passer un bon moment ensemble ... les cigarettiers emploient des moyens détournés pour les séduire : vente de

paquets de dix cigarettes moins chères (interdit aujourd'hui), association de leur marque à la commercialisation de vêtements ou d'autres produits à la mode.

Les films dans lesquels les acteurs fument ont également une forte influence sur l'initiation des adolescents au tabagisme. Ils sont bombardés d'images associant la cigarette à des situations idéales ou sociales auxquelles les adolescents aspirent : aventure, pouvoir, soulagement d'un stress... (Kahn, 2000), (Argent, 2003), bien que les films notamment américains n'associent plus autant puissance et tabac.

- Accessibilité au tabac :

La facilité d'accès à la cigarette favorise l'initiation du tabagisme chez les jeunes. La famille puis les pairs restent en première ligne mais la vente libre est également un facteur non négligeable.

Dans les pays scandinave l'interdiction de vente au moins de 18 ans est appliquée scrupuleusement depuis des années. En France, ce n'est qu'en juillet 2003 que l'interdiction de vente au moins de 16 ans est instaurée mais elle n'est pas bien suivie.

II.1.3.1.2. Déterminants personnels :

-Personnalité :

Certains traits de caractère rendent les adolescents plus vulnérables. La recherche d'expériences nouvelles, les prises de risques, un esprit rebelle peuvent favoriser l'initiation au tabac (Argent *et al.*, 2003).

-Sexe et genre :

Le tabagisme a augmenté dans les deux dernières décennies chez les filles, jusqu'à dépasser parfois celui des garçons. Cette comparaison se limite aux cigarettes car les filles non seulement ne fument pas de cigares ni de pipes mais elles ne mâchent et ne prisent pas non plus le tabac.

Plusieurs facteurs expliquent l'augmentation du tabagisme chez les filles. Il s'agit pour la plupart de facteurs dépendant du genre, qui est conditionné par les facteurs socioculturels, alors que le sexe dépend de facteurs biologiques.

Tout d'abord, il existe une différence dans le profil psychologique, les filles fumeuses ayant une estime de soi élevée contrairement aux garçons, qui sont moins sûrs d'eux (Calyton, 1991).

Deuxièmement, la publicité des cigarettes a insisté dans les pays industrialisés sur le

fait que fumer constituait un moyen de contrôler son poids. Ceci semble confirmé par des données épidémiologiques montrant que les filles non fumeuses avec des problèmes de contrôle de poids ont un risque accru d'expérimenter le tabac comparées à celles qui n'ont pas de problèmes (French *et al.*, 1994).

Après la seconde guerre mondiale, les filles qui fumaient étaient montrées du doigt. Plus tard avec l'émancipation des femmes, elles ont acquis de nouvelles libertés et notamment celle de fumer. Cependant, aucune donnée ne permet d'exclure l'effet du sexe au sens biologique du terme dans les différences observées entre filles et garçons. Les hormones sexuelles peuvent avoir un rôle dans le contrôle du poids mais aussi dans le développement de la dépendance tabagique. Une étude a mis en relation la susceptibilité à la nicotine avec la puberté (Kolasa *et al.*, 1998).

-Facteurs génétiques :

L'importance du rôle des facteurs génétiques par rapport aux facteurs d'environnement dans la dépendance tabagique est confirmée par l'étude des jumeaux, selon laquelle la concordance chez les monozygotes est le double de celle chez les dizygotes (Maes *et al.*, 1999).

Les facteurs génétiques agissent à plusieurs stades du phénomène de la dépendance par le biais de mécanismes divers. La nicotine contenue dans le tabac active les récepteurs cholinergiques nicotiques, bien que le rôle précis de ces derniers dans la dépendance à la nicotine n'ait pas été déterminé. La nicotine en agissant sur ces récepteurs participe à la stimulation neuronale et à la libération de catécholamines des cellules nerveuses, qui sont responsables de vasoconstriction, hypoglycémie, augmentation du pouls, consommation d'oxygène, utilisation des acides gras..., effets notoirement associés au tabagisme. La nicotine induit entre autres la libération de la dopamine qui agit sur le comportement et sur le phénomène de la dépendance.

Il a été observé que les individus avec les allèles TaqIA (A1 et A2) et TaqIB (B1 et B2) du gène du récepteur de la dopamine D2 avaient plus fréquemment commencé à fumer plus tôt, fumé plus de 100 cigarettes dans leur vie et moins bien réussi à arrêter que ceux n'ayant pas ces allèles (Spitz *et al.*, 1998) (variation génétique de l'activité des récepteurs). De plus, nous savons que la nicotine est métabolisée dans le foie par le système enzymatique du cytochrome P450, dont l'enzyme CYP2A6 qui métabolise 80 % de la nicotine en cotinine (métabolite inactif). À ce jour, cinq formes fonctionnellement différentes du gène CYP2A6 influant l'activité de l'enzyme homonyme ont été décrites. Les fumeurs dépendants qui ont des allèles CYP2A6 défectueux fument moins que les autres. Une étude récente d'épidémiologie-génétique a montré que les individus dont l'enzyme CYP2A6 n'est pas fonctionnelle avaient un métabolisme de la nicotine modifié et de ce fait étaient moins

dépendants (Pianezza et coll., 1998) (variation génétique du métabolisme de la nicotine).

- statut scolaire :

On observe plus fréquemment un taux de fumeurs quotidiens parmi les adolescents non scolarisés ou suivant un cursus en filière professionnelle (Beck et al, 2000). Ces adolescents découvrent tôt le monde du travail et sont souvent exposés au tabagisme des adultes qui les entourent (Argent *et al.*, 2003).

Il existe également une différence de comportement tabagique en fonction du type d'étude suivi. Le tableau 8 nous montre les résultats obtenus en étudiant le comportement tabagique de lycéens scientifique et littéraire. Il apparaît chez les scientifiques une large proportion de non-fumeurs, alors que chez les littéraires, on trouve une proportion équivalente de non-fumeurs et de fumeurs.

Tableau 8 : Comportements des lycéens vis-à-vis du tabac en fonction du type d'études (Bodineau, 1993)

Echantillonnage étudié	Nantes			Rennes	Siliana Tunisie
	Fumeurs quotidiens	Fumeurs occasionnels	Non fumeurs	% fumeurs	%fumeurs
Littéraires	42,59%	12,96%	44,45%	53%	49%
Scientifiques	21,82%	16,97%	61,21%	34%	37%

- Syndrome anxiodépressif :

Comme pour les adultes, les syndromes anxiodépressif favorisent l'initiation et le maintien d'un comportement tabagique (Ogel *et al.*, 2003).

- Polyconsommation de substances psychoactives :

La polyconsommation de substances psychoactives telles que l'alcool, le cannabis et les autres drogues illicites peut-être à la fois cause et conséquence du tabagisme et les experts s'accordent pour indiquer que le tabac est dans la majorité des causes la première substance à être expérimentée.

II.1.3.2 Facteurs de protections

Il s'agit des facteurs dont l'association statistique avec le tabagisme est

significativement inverse. Ces facteurs ont été rarement étudiés dans des études de population générale juvéniles. Ceci est dû en partie au fait que il est difficile d'estimer des facteurs dont la formalisation se heurte à des problèmes méthodologiques.

II.1.3.2.1 Idées négatives associées au tabagisme :

Certaines idées du tabagisme semblent protéger les jeunes de l'expérimentation et de l'installation de l'habitude tabagique. Cependant, aucune donnée longitudinale n'a établi leur rôle précis.

La perception des risques liés au tabagisme diffère entre les jeunes et les adultes. Chez les jeunes, un critère important dans l'attribution du risque est constitué par la quantité de cigarettes fumées. Le risque existerait seulement pour un nombre élevé de cigarettes. Les opinions sur les risques encourus évoluent très peu avec l'âge et ce, quel que soit le sexe. Il a été montré que les jeunes qui désapprouvent le tabagisme fument moins.

Les garçons, en particulier les plus jeunes, sont plus opposés que les filles au tabagisme occasionnel (18 % versus 11 %), alors qu'il n'y a pas de différence d'opinion entre les deux sexes sur la consommation quotidienne d'au moins dix cigarettes (54 % versus 56 %). Garçons comme filles sont, avec l'âge, de moins en moins opposés au tabagisme et les quelques différences par sexe disparaissent. Parmi les fumeurs réguliers, 4 % désapprouvent le fait de fumer dix cigarettes et plus par jour (contre 63 % des non-fumeurs et 31 % des fumeurs).

II.1.3.2.2. La pratique d'un sport :

Il a été montré au niveau de la population générale que pratiquer un sport est inversement associé avec le tabagisme. Dans une étude transversale norvégienne ayant trouvé cette relation inverse, les auteurs suggéraient que le sport constitue une bonne approche pour réduire le tabagisme chez les jeunes (Holmen *et al.*, 2002). L'effet bénéfique du sport était confirmé par une étude américaine dans laquelle les étudiants qui pratiquaient au moins un sport avaient un risque réduit de 40 % d'être fumeurs réguliers et de 50 % d'être gros fumeurs comparés aux autres (Escobedo *et al.*, 1993). Cette tendance était confirmée par une méta-analyse de type Cochrane de 8 études randomisées ayant inclus le sport dans leur programme de cessation du tabac (Ussher *et al.*, 2001). Cependant, la taille des échantillons de ces études était trop réduite pour permettre de tirer des conclusions.

II.1.4 Tabac et dépendances associées :

De nombreux fumeurs, en plus d'être dépendant à la nicotine, sont aussi dépendant à

au moins une autre classe de produits (alcool, psychotropes, drogues...) (Choquet, 1994).

Les taux d'abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis et à la cocaïne sont plus importants chez les fumeurs réguliers et dépendant à la nicotine que chez les fumeurs non dépendants (Breslau, 1995). Cette co-dépendance doit absolument être considérée dans la prise en charge de ces patients, d'autant que 50,7% des causes de décès chez les patients traités pour une dépendance à une ou plusieurs substances sont directement imputables au tabac (Hurt *et al.*, 1996).

II.1.4.1. Tabac et alcool :

La plus fréquente des dépendances associées, tout âge confondu, est l'association tabac et alcool. Elle constitue l'une des principales préoccupations en terme de santé publique, notamment en raison des problèmes de morbidité induits par cette association ; par exemple, le risque de cancer des voies aéro-digestives supérieures est multiplié par 15 en cas d'association concomitante de l'usage de ces deux produits et ceux-ci représentent 15 000 décès par an en France.

Le lien entre tabagisme et alcoolisme s'instaure précocement dans la vie et se retrouve dès l'adolescence. En France, parmi les jeunes fumeurs, la moitié (44,5 %) déclare avoir bu au moins une fois par semaine, au cours de la dernière année et ils sont trois fois moins nombreux chez les non-fumeurs (14,4 %) (Baudier, 1999). Une enquête réalisée en 2005-2006 sur les premières années de Pharmacie à Nantes en matière d'alcool montre que 48,9% des garçons et 26,4% des filles déclare boire une fois par semaine (tableau 9) et ils ont commencé à consommer de l'alcool régulièrement depuis l'âge de 16-17 ans (tableau 10).

Tableau 9 : Rythme de consommation d'alcool des premières années de pharmacie

	Garçons	Filles
Jamais	9,20%	11,20%
Moins d'1 fois par mois	5,10%	6,80%
1 fois par mois	29,60%	43,40%
1 fois par semaine	48,90%	26,40%
1 fois par jour	1%	

Tableau 10 : Age du début de la consommation régulière d'alcool chez les étudiants de Pharmacie

Age	Garçons	Filles
14 ans	1	7
15 ans	14	14
16 ans	28	36
17 ans	15	49
18 ans	2	13
19 ans	0	1

Il est également possible de constater que les jeunes fumeurs ont un risque plus élevé de consommer de façon concomitante d'autres substances et l'alcool figure en tête de liste des produits consommés par les jeunes (Sutherland, 1998). De même la consommation d'alcool chez les adolescents semble être un facteur de risque majeur pour la consommation de cigarettes ou d'autres drogues illicites (Sutherland, 1998).

Ce haut risque de co-dépendance, chez le sujet addictif jeune, justifie la réalisation d'enquêtes prospectives plus ciblées, permettant à la fois d'affiner la compréhension du déterminisme de ce phénomène, dans une perspective de prévention primaire et de mettre en œuvre des stratégies thérapeutiques efficaces, spécifiques aux sous-types de population rencontrées.

II.1.4.2. Tabac et substances psychoactives :

La prévalence de la dépendance nicotinique chez les consommateurs de substances psychoactives semble comparable à celle des patients présentant un mésusage d'alcool.

II.1.4.3. Le cannabis :

En France, parmi les jeunes fumeurs de tabac plus de la moitié (52,4 %) ont pris au moins une fois du cannabis dans leur vie, ce qui n'est le cas que pour 11,9 % des non-fumeurs (Velter *et al.*, 1999). Cette prépondérance de l'association tabagisme et consommation de cannabis chez les jeunes (moins de 25 ans) a été confirmée par d'autres études (Lai *et al.*, 2000).

La figure 10 nous montre la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis des filles et des garçons.

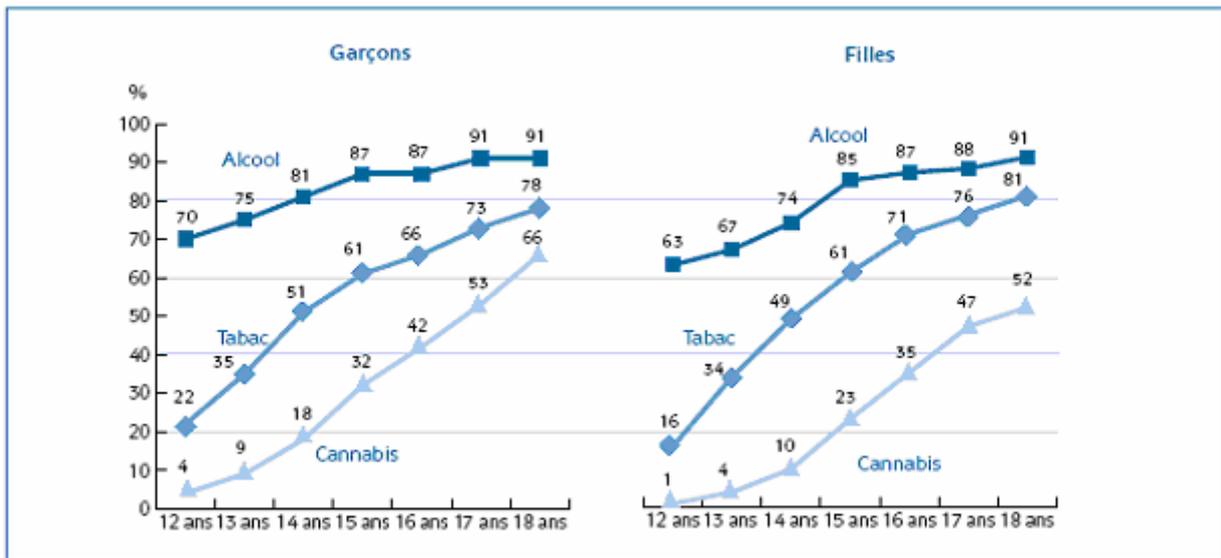


Figure 10 : Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis au cours de la vie, par âge et par sexe (Espad, 2003)

II.1.4.4. La cocaïne ou crack :

La forte prévalence du tabagisme associée à la consommation de cocaïne a été confirmée par de nombreuses études (Kandel et al., 1996) et est estimée aux alentours de 80 %. Les personnes qui fument consomment sept fois plus de cocaïne que les non-fumeurs mais l'association entre tabagisme et consommation de cocaïne est beaucoup plus forte chez les jeunes (moins de 25 ans) (Velter *et al.*, 1999). Concernant le crack, les fumeurs ont 14 fois plus de risque que les non-fumeurs de consommer du crack. Là aussi l'association tabac et crack est particulièrement forte chez les sujets jeunes (moins de 25 ans).

II.2. LES JEUNES ADULTES ET LE TABAC

Fin 1999, près d'un Français de 18 à 25 ans sur deux déclarait fumer, constituant

ainsi la prévalence tabagique la plus importante de l'ensemble de tous les âges de la vie (Oddoux *et al.*, 1999). Ce tabagisme des jeunes peut être compris comme l'installation de la reproduction sociale du tabagisme ou être dû aux actions de promotion par l'industrie du tabac, qui bien qu'elles soient fortement contraintes par la loi Évin, pourraient trouver des voies d'action dans les interstices de la loi.

Parmi les jeunes adultes environ un tiers des 18 -25 ans sont étudiants et représentent ainsi une population de plus de 2 millions de personnes.

II.2.1. Les enquêtes réalisées sur les jeunes adultes et le tabac

La consommation de tabac des jeunes scolarisés est connue, notamment à travers l'étude européenne ESPAD réalisée en milieu scolaire, sur l'alcool et autres drogues, sur un échantillon d'élèves de la quatrième à la terminale. En ce qui concerne le tabagisme des Français de 17 à 19 ans, des données sont fournies chaque année par l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD). Les données relatives aux étudiants figurant dans l'échantillon utilisé par le Baromètre santé Cnamts/CFES 2000 permettent de compléter ces études en se centrant sur la population de 18-25 ans.

La consommation de tabac des étudiants a été étudiée pour tenter de mettre en évidence les spécificités de son tabagisme, tout d'abord en le comparant à celui des jeunes adultes non étudiants, puis en analysant les relations entre divers aspects de la consommation de tabac et les caractéristiques démographiques, sociales et géographiques de la population étudiante.

Une étude plus récente publiée en novembre 2004 par la LMDE nous permettra de compléter les informations extraites du baromètre santé 2000.

II.2.2. Les données du Baromètre santé 2000:

II.2.2.1. Les méthodes d'étude

Les données présentées sont tirées de la dernière version du Baromètre santé,

enquête mise en place dès 1992 par le Comité français d'éducation pour la santé pour lui permettre de piloter les actions de prévention qui lui étaient confiées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

L'enquête a été réalisée à la fin de l'année 1999 sur un échantillon de 13 685 individus de 12 à 75 ans. Les questionnaires multithématiques, composés de 300 questions, dont une trentaine concernant le tabac, ont été passés par téléphone en utilisant le système CATI (*Computer assisted telephone interview*). La durée moyenne d'un questionnaire a été de 33 minutes.

L'étude porte spécifiquement sur la consommation de tabac des étudiants, c'est-à-dire des personnes qui déclarent suivre, au moment de l'enquête, une formation de niveaux « bac + 1 » ou « bac + 2 » (1^{re} ou 2^e année de DEUG, d'IUT, de BTS, école préparatoire...), « bac + 3 » (licence, école supérieure...), « bac + 4 » (maîtrise, école supérieure...) ou « bac + 5 et plus » (DESS, DEA, doctorat, MBA...).

L'échantillon retenu se constitue de 3 375 personnes âgées de 17 à 30 ans, il comprend 2 746 non-étudiants et 629 étudiants : près de 20 % de l'échantillon est étudiant (tableau 11), avec d'importantes variations selon les âges et un maximum autour de l'âge de 20 ans, où la moitié des jeunes déclarent suivre une formation. À partir des données du recensement 1999, nous avons évalué le nombre d'étudiants dans la population française à un peu plus de 2 millions.

Tableau 11 : Nombre d'étudiants dans l'échantillon et dans la population de 17 à 30 ans (Annessi-Maesano, 2002)

Âge	Nombre d'individus	Nombre d'étudiants	Pourcentage d'étudiants
17 ans	186	15	8
18 ans	182	59	32
19 ans	172	90	52

20 ans	220	112	51
21 ans	186	87	47
22 ans	186	70	38
23 ans	200	54	27
24 ans	230	50	22
25 ans	292	39	13
26 ans	305	20	7
27 ans	297	13	4
28 ans	305	9	3
29 ans	295	9	3
30 ans	319	2	1
17-30 ans	3 375	629	19

La consommation de tabac a été abordée à travers les indicateurs suivants :

- le tabagisme (« Fumez-vous, ne serait-ce que de temps en temps ? »)
- l'expérience du tabac (« Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ? »)
- le nombre moyen de cigarettes fumées par jour
- le type de tabac fumé (cigarettes ou tabac à rouler)
- l'envie d'arrêter de fumer
- la perception des dangers liés à la consommation de tabac (« Craignez-vous pour vous-même les maladies dues au tabac ? Pas du tout, peu, pas mal ou beaucoup ») et la perception de l'apparition du risque (« À partir de quand fumer du tabac devient-il dangereux pour la santé ? Dès qu'on essaye ? À partir du moment où on en fume de temps en temps ? À partir du moment où on en fume tous les jours ? Ce n'est jamais dangereux. »).

Dans un premier temps, la consommation des étudiants et des non étudiants a été analysée, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques et géographique des personnes. Puis la consommation des étudiants a été étudiée plus en détail.

II.2.2.2 .Prévalence du tabagisme chez les jeunes adultes selon les caractéristiques sociodémographiques :

36,7% des jeunes de 12-25 ans déclaraient fumer, ne serait-ce que de temps en temps. Ce pourcentage était significativement supérieur à celui des 26-75 ans (32,2%) en 2000.

On a pu observer que la part de fumeurs augmentait régulièrement avec l'âge pour atteindre

un maximum vers 26 ans et qu'elle diminue ensuite progressivement. Les femmes diminuent plus tôt leur consommation que les hommes (Figure 11).

Figure 11 : Prévalence du tabagisme déclaré, selon l'âge et le sexe (Annessi-Maesano, 2002)

On constate peu de différences entre les étudiants et les non-étudiants sur les caractéristiques démographiques, sociales et géographiques (annexe 2), si ce n'est au niveau de l'âge et de la situation de vie. En effet, si plus de la moitié des personnes ne suivant pas d'études ont entre 25 et 30 ans, ce n'est le cas que de 13 % des étudiants qui sont plus jeunes que les non étudiants. De plus, les personnes suivant une formation sont plus nombreuses à vivre encore chez leurs parents (67 % contre 40 %) au détriment de la vie en couple qui ne concerne qu'un étudiant sur dix.

Parmi les personnes de 17 à 30 ans, 47,5 % déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps. Le pourcentage de fumeurs est toutefois significativement plus important chez les non-étudiants que chez les étudiants (49 % *versus* 42,5 %), de même que le nombre moyen de cigarettes consommées (tableau 12). On remarque en outre une surreprésentation des hommes fumeurs chez les non-étudiants, où 45 % des femmes fument contre 52 % des hommes. Cette différence de genre ne se retrouve pas chez les étudiants. Enfin, si la situation de vie semble significativement associée au tabagisme dans les deux groupes étudiés, la relation n'est apparemment pas la même : chez les étudiants, le pourcentage de fumeurs est plus important quand ces derniers vivent en couple, alors que les proportions de fumeurs les plus élevées se constatent chez les non-étudiants vivant seuls ou connaissant une autre situation de vie.

Tableau 12 : Répartition des étudiants et des non-étudiants fumeurs selon les caractéristiques sociogéographiques (Annessi-Maesano, 2002)

	Répartition (%)		
	Etudiants fumeurs	Non-étudiants fumeurs	Total fumeurs
	42,5	48,7	47,5
Cigarettes fumées par jour en moyenne	9,4	12,2	11,7
Sexe			
Homme	43,7	52,3	50,7
Femme	41,4	44,8	44,0
Tranches d'âges			
17–20 ans	38,8	51,3	47,2
21–24 ans	43,0	50,8	48,3
25–30 ans	54,5	46,7	42,1
Vous vivez			
Seul(e)	52,9	57,8	56,2
En couple	61,9	46,9	47,7
Chez vos parents	36,4	47,9	44,5
Autre situation	47,2	60,0	56,1
Situation géographique			
Île-de-France	43,3	49,5	48,0
Nord-Ouest	51,7	53,4	53,1
Nord-Est	37,2	46,4	44,6
Sud-Est	43,4	47,5	46,7
Sud-Ouest	41,4	49,1	47,5

II.2.2.3. Prévalence du tabagisme des étudiants :

II.2.2.3.1. Influences des caractéristiques démographiques, sociales et géographiques sur différents aspects de la consommation de tabac des étudiants :

Si l'on s'intéresse plus en détail à la consommation de tabac des étudiants (tableau 13), on constate que, dans cette population, ni le niveau de formation en cours ni la zone géographique d'habitation ne semble être en relation avec la consommation de tabac. Seule la situation de vie, comme nous l'avons déjà noté plus haut, est significativement associée avec le fait d'être fumeur, sous contrôle des autres caractéristiques sociogéographiques. La même association se retrouve d'ailleurs pour l'essai du tabac : si 61 % des étudiants qui ne fument pas déclarent avoir essayé de fumer, les expérimentations sont moins fréquentes chez les étudiants qui vivent chez leurs parents, puisque 58,5 % d'entre eux déclarent avoir essayé le tabac au moins une fois contre 73 % des étudiants qui vivent seuls et 70 % des étudiants en couple (figure 12).

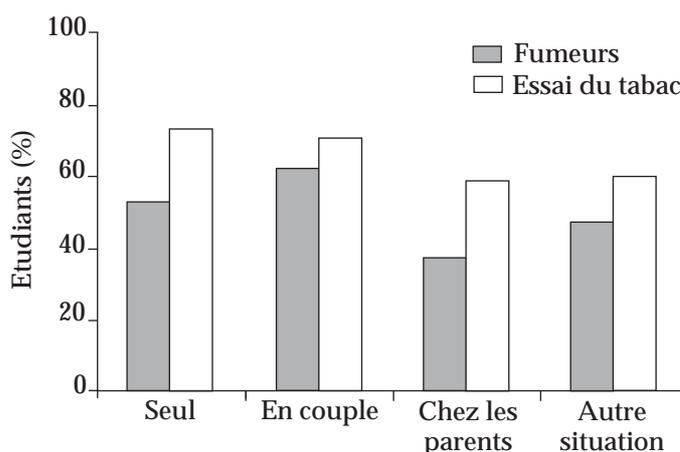


Figure 12 : Prévalence du tabagisme et de l'essai du tabac selon la situation de vie des étudiants (Annessi-Maesano, 2002)

Tableau 13 : Influences des caractéristiques démographiques, sociales et géographiques sur différents aspects de la consommation de tabac des étudiants (Annessi-Maesano, 2002).

	Régressions logistiques (Odds Ratio ajustés)				
	Etre fumeur	Avoir déjà essayé de fumer	Fumer des cigarettes	Fumer du tabac à rouler	Avoir envie d'arrêter
Formation en cours					
Bac + 1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Bac + 2	0,7	0,7	1,9	0,7	1,2
Bac + 3	0,8	0,4	1,0	0,8	0,9
Bac + 4	0,7	0,7	0,7	1,1	2,2
Bac + 5 et plus	0,7	0,8	0,3	1,0	0,8
Sexe					
Homme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Femme	0,9	0,6	1,4	0,7	1,6
Vous vivez					
Seul(e)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
En couple	1,5	1,0	0,5	0,9	1,7
Chez vos parents	0,5 **	0,5*	0,5	0,6	1,4
Autre situation	0,8	0,5	0,5	1,9	1,1
Situation géographique					
Île-de-France	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Nord-Ouest	1,3	0,4	1,4	2,3	1,5
Nord-Est	0,8	0,7	4,6	2,3	1,5
Sud-Est	0,9	0,6	1,6	3,5 *	1,0
Sud-Ouest	0,9	0,6	-	3,0	4,0 **

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$

II.2.2.4.2. Type de consommation des étudiants :

Plus de neuf étudiants fumeurs sur dix déclarent consommer des cigarettes, sans qu'il y ait de différence selon le sexe, la formation en cours, la situation de vie ou la zone géographique d'habitation (tableau 13). Notons toutefois une tendance, non significative, à la diminution du pourcentage de fumeurs de cigarettes avec la formation en cours (figure 13) : 96 % des étudiants de niveau « bac + 1 » déclarent consommer des cigarettes contre 84 % des étudiants de niveau « bac + 5 et plus ». Malgré la préférence des fumeurs pour les cigarettes, un quart d'entre eux (23 %) déclarent toutefois utiliser du tabac à rouler, la consommation étant plus importante dans le Sud-Est de la France, quel que soit le sexe, le niveau de formation en cours et la situation de vie des étudiants : 34 % des fumeurs habitant cette région mentionnent ce type de consommation contre 11 % en Ile de France et 23 % dans le Nord-Est.

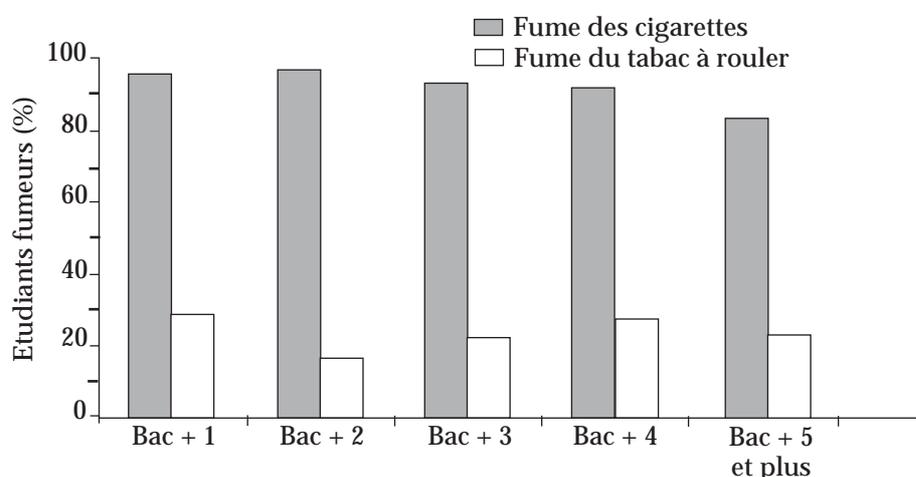


Figure 13 : Répartition (%) des fumeurs de cigarettes et de tabac à rouler selon la formation en cours (Annessi-Maesano, 2002)

II.2.2.3.2. Conclusion :

À partir des données du Baromètre santé 2000, les associations existant entre divers aspects de la consommation de tabac des étudiants et quelques traits sociaux et géographiques ont ainsi été analysées.

On observe tout d'abord une différence dans la prévalence du tabagisme entre les étudiants et les non-étudiants, ces derniers comptant une part plus importante de fumeurs, et surtout de fumeurs hommes. Tout comme leurs cadets scolarisés (Oddoux et coll., 2001), les étudiants, quel que soit leur sexe, semblent donc bénéficier de conditions les protégeant du tabagisme. Cette étude permet d'ailleurs de réfuter et de proposer quelques hypothèses explicatives.

Les analyses ne révèlent pas d'association entre les différents aspects de la consommation de tabac chez les étudiants et le niveau d'études, relation qui aurait pu indiquer une influence de la formation proprement dite sur la décision de consommer ou de poursuivre sa consommation de tabac. Au contraire, on constate qu'une bonne part des étudiants, y compris au niveau « bac + 5 » sous-évalue le risque lié à la consommation de tabac et que la crainte des risques n'est pas liée à l'âge mais au genre, les femmes étant plus sensibles que les hommes aux maladies engendrées par la consommation tabagique.

En revanche, on remarque que la consommation de tabac est fortement associée à la situation de vie des étudiants : les personnes qui vivent chez leurs parents comptent ainsi un

pourcentage moins élevé de fumeurs que celles vivant en couple. Cet effet protecteur de la vie au sein de la famille peut avoir plusieurs explications : assiste-t-on à une influence du cadre parental sur les comportements de santé des étudiants, et en particulier à la pression du milieu socioculturel des parents ? Doit-on plutôt lire ce résultat comme la conséquence d'une moins grande autonomie financière des étudiants vivant encore dans leur famille ? Il est également possible d'imaginer que les jeunes qui restent chez leurs parents ont un moindre désir d'indépendance ou d'émancipation que les autres, particularité dont la consommation de cigarette pourrait être un des signes. Une analyse plus approfondie est nécessaire afin de mieux comprendre le rôle de la situation de vie dans la consommation tabagique des jeunes adultes. Néanmoins, au vu de ces premiers résultats, l'offre d'aide au sevrage tabagique pourrait être faite préférentiellement dans les structures sociales liées à la recherche de logements (CROUS, cité universitaire...).

II.2.3. Les données de l'étude de La Mutuelle Des Etudiants

Dans le cadre du plan cancer, la direction Générale de la Santé (DGS) du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a confié à La Mutuelle Des Etudiants (LMDE) une enquête sur le tabagisme des étudiants et l'évaluation des politiques publiques en matière de lutte contre le tabagisme.

II.2.3.1. Les méthodes d'études

La LMDE a réalisé une enquête par téléphone auprès de 5000 étudiants en mai-juin 2004 et a été complétée par une enquête de terrain dans quatre universités de Bretagne et au CROUS de Reims. Elle a été validée par la Direction générale de la santé et a été publiée en novembre 2004 (Corrona et al., 2004).

II.2.3.2. Les résultats de l'enquête

II.2.3.2.1 Généralités sur le tabagisme des étudiants

- **10 %** de fumeurs en moins en trois ans.
- **21,2%** des filles et **21,8%** des garçons fument au moins une cigarette par jour.
- **18,2%** des garçons âgés de 19 ans dans l'enseignement supérieur sont fumeurs quotidiens. Dans l'enquête ESCAPAD 2000 ils étaient 30% à être fumeurs quotidiens. Un début de baisse est observé dans d'autres enquêtes récentes (ESCAPAD 2003, OVE, premiers résultats). En revanche, il est inquiétant de constater que lorsque l'on demande aux étudiants fumeurs s'ils ont envie d'arrêter de fumer, **48%** n'ont pas envie.
- Il est à noter que **61%** des étudiants, garçons ou filles, déclarent n'avoir jamais fumé.
- **5,5%** des étudiants déclarent avoir cessé de fumer.

- **65%** des fumeurs ont goûté à leur première cigarette entre 14 et 18 ans (pour moitié cette expérience a eu lieu avant 16 ans).
- La moitié des fumeurs était déjà des fumeurs réguliers au lycée, l'autre moitié l'est devenue dans l'enseignement supérieur.
- **36%** des fumeuses et **39%** des fumeurs dépassent 10 cigarettes/jour.

II.2.3.2.2. Facteurs de risque et de protection

- les facteurs de risque :

.soirées et les examens

- **69%** avouent accroître leur consommation pendant les examens et **83,7%** pendant les soirées. Il faut noter que les filles sont **10 %** plus nombreuses à augmenter leur consommation pendant les examens que les garçons.

.la vie en couple

- Parmi les fumeurs réguliers, les étudiants qui vivent en couple fument plus (26,4 %) que

Tableau 14 : Consommation de tabac selon le lieu d'habitation ((Corrona et al., 2004).

	Régulier	Occasionnel	Ancien	A déjà essayé mais est non fumeur	Non fumeur	Total (n)
Chez nos parents	18.3% (422)	4.2% (97)	4.1% (94)	6.9% (159)	66.5% (1535)	100% (2307)
Seul	24.7% (372)	6.2% (94)	6.1% (92)	6.3% (93)	56.7% (856)	100% (1509)
En colocation	23.9% (85)	5.9% (21)	6.7% (24)	7.3% (26)	56.2% (200)	100% (356)
En couple	26.4% (144)	8.1% (44)	9.3% (51)	4.9% (27)	51.3% (280)	100% (546)
En résidence universitaire	12.1% (23)	5.3% (10)	4.7% (9)	12.1% (23)	65.8% (125)	100% (190)
Autre	17.9% (10)	1.8% (1)	5.4% (3)	16.1% (9)	58.9% (33)	100% (56)
Total (n)	21.3% (1056)	5.4% (267)	5.5% (273)	6.8% (339)	61% (3029)	100% (4964)

ceux vivant chez leur parents (18,3%) (Tableau 14).

- les facteurs de protection :

- Plus de la moitié des fumeurs et des fumeuses déclarent diminuer leur consommation à l'occasion des vacances avec les parents. Ils ne sont que 18% à moins fumer à l'occasion des vacances avec des amis.

II.2.3.2.3. Type de consommation des étudiants

- A plus de **80%**, les étudiants fumeurs sont des fumeurs de cigarettes.
- **60%** des étudiant(e)s fumeurs déclarent fumer des cigarettes dites normales. Les femmes sont les principales consommatrices de cigarettes dites « light ».
- **18%** préfèrent le tabac à rouler qu'ils consomment pour 30% d'entre eux, depuis moins d'un an, c'est-à-dire depuis que les prix des cigarettes ont fortement augmenté.
- **44%** des fumeurs de tabac à rouler consomment aussi du cannabis alors qu'ils ne sont que **24%** parmi les fumeurs de cigarettes.

II.2.3.3.4. L'arrêt du tabac

- Les filles sont **55%** à déclarer avoir envie d'arrêter de fumer alors que les garçons ne sont que **44,7%**.
- Une meilleure condition physique et la peur de tomber malade sont respectivement citées comme motivation, par **82,7%** et **71,7%** des étudiants interrogés. Le prix est le troisième argument le plus cité et cela davantage par les filles (**68,5%**) que par les garçons (**61,5%**).
- Les trois motifs d'arrêt du tabac qui sont le moins cités sont, l'entourage, les campagnes de prévention et la gêne des proches.
- **54%** des garçons et **60%** des filles déclarent avoir déjà tenté d'arrêter de fumer pendant au moins une semaine. Près de la moitié a cessé depuis au moins un an, et près d'un quart depuis plus de six mois, ce qui ouvre des perspectives positives.
- **55,5%** pensent que pour arrêter, on ne peut compter que sur soi-même. **25%** envisagent l'aide de substituts de nicotine ou d'un médecin généraliste.

II.2.3.3.5. Le tabagisme dans les facultés

- **81,5%** des étudiants fument sur leur lieu d'études.
Ce chiffre est extrêmement élevé et révèle que le lieu d'études n'est pas un lieu protégé, dans lequel les étudiants sont dissuadés de fumer.
- Il semblerait que **91%** des fumeurs fument à l'extérieur, **25%** dans le hall ou les couloirs, **29%** près de la machine à café, **30%** à la cafétéria et **11,5%** à la cantine.
- Les salles de cours semblent être désormais des lieux protégés puisque **96%** déclare ne jamais y fumer.
- **75%** des fumeurs déclarent respecter les zones fumeurs et non fumeurs.
- **55,6%** des fumeurs, **80%** des non fumeurs et **75%** des anciens fumeurs déclarent être gênés par la fumée des autres.

II.2.3.3.6. La perception des mesures de lutte contre le tabagisme

- Les étudiants, dans leur majorité, ne connaissent pas la politique anti-tabac de leur établissement et jugent qu'elle n'est pas efficace.
- **79%** des fumeurs et **83%** des non-fumeurs pensent que la hausse des prix incitera certains fumeurs à diminuer leur consommation.
- **30%** des fumeurs et **44%** des non-fumeurs pensent que les messages de prévention sur les paquets de cigarettes sont utiles.
- Pour tous, le message « Fumer tue » a été le plus retenu.

II.2.3.3.7. Conclusion

Il apparaît ici que le tabagisme des étudiants a diminué en quatre ans. Cependant les étudiants semblent moins enclins à arrêter de fumer. On remarque que la consommation de tabac est toujours fortement associée à la situation de vie des étudiants : les personnes qui vivent chez leurs parents comptent également un pourcentage moins élevé de fumeurs que celles vivant en couple. Les étudiants ont toujours une préférence pour les cigarettes avec un filtre.

II.3. EDUCATION À LA SANTÉ ET MESURES DE PRÉVENTION

Malgré les mesures réglementaires mises en place (augmentation du prix du tabac, interdiction de vente aux moins de 16 ans, interdiction de la publicité...), le tabagisme reste largement répandu chez les adolescents et les jeunes adultes. Cela montre la nécessité de compléter la réglementation en vigueur par des actions informatives et éducatives permanentes.

La modification du comportement individuel vis à vis du tabac est une entreprise complexe, qui vise trois objectifs :

- Dissuader les non-fumeurs, particulièrement les adolescents, de commencer à fumer (prévention primaire).
- Amener ceux qui ont commencé à fumer à cesser de le faire avant qu'une dépendance ou des effets nocifs ne se développent (prévention secondaire).
- Inciter les fumeurs dépendants à rechercher des moyens d'échapper à leur addiction, en faisant éventuellement appel à une aide extérieure pour y parvenir et éviter les rechutes (prévention tertiaire).

Ils existent divers moyens d'informations pour informer et éduquer les jeunes sur le tabac.

II.3.1. Les campagnes médiatiques

L'information peut atteindre les adolescents et les jeunes adultes par l'intermédiaire des médias (presse écrite, télévision, radio ou site internet) dans le cadre de campagnes menées à l'initiative des pouvoirs publics ou d'associations diverses, ou à l'occasion d'évènements locaux, animations, conférences, lors des journées d'action contre le tabagisme.

Quelques exemples d'actions auprès des jeunes peuvent être citées :

- 2001 et 2003 : campagne radio « jeunes, vous êtes manipulés ».

- Juin 2006 : campagne « Toxic corp » lancée par l'INPES et l'Alliance contre le tabac.

La campagne reprend sur un mode parodique les codes de communication des campagnes d'adhésion aux valeurs d'une entreprise, en l'occurrence **TOXIC CORP** et de son produit, la cigarette. Comme pour une entreprise réelle, une véritable identité de marque a été développée avec :

- une signature : « Le tabac tue un fumeur sur deux. L'industrie du tabac compte sur vous pour les remplacer. » ;
- un logo ;
- un film Internet et TV de promotion de TOXIC CORP ;

II.3.2. Les interventions en milieu scolaire

II.3.2.1. Des cours d'éducation à la santé sur le tabagisme

Pour développer une politique nationale cohérente dans le cadre de la prévention du tabagisme dans les établissements scolaires (collège, lycées), la direction de l'Enseignement scolaire (DESCO), la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), la direction générale de la santé (DGS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont rédigé un guide à l'intention des intervenants en milieu scolaire. Ce guide a été diffusé à la fin de l'année 2005.

Dans les facultés de médecine et de pharmacie, les étudiants suivent des cours sur le tabac. Ils ont pour objectifs de permettre l'acquisition de connaissances sur le tabac et les phénomènes de dépendance, sur l'abord clinique du tabagisme, sur les différentes méthodes et stratégies thérapeutiques et préventives, et l'utilisation pratique de ces méthodes. Il sera intéressant de voir au cours de notre enquête qu'elle est l'impact de cette formation sur les étudiants de santé. Depuis 2002, la faculté de Pharmacie et de Médecine de Nantes est une faculté « sans tabac ». A la rentrée 2004-2005, toutes les facultés de Nantes sont devenues des « Université sans tabac ».

II.3.2.2. Les Mutuelles dans les facultés et les lycées

Les mutuelles étudiantes mènent également des actions de prévention en milieu étudiant :

- Mise en place de stands d'information dans les universités, en partenariat avec les médecines préventives universitaires (MPU - SIUMPPS), avec notamment le CO testeur qui permet à chacun de mesurer son taux de monoxyde.
- Prise en charge des patchs nicotiques par les garanties complémentaires des mutuelles étudiantes régionales, ce qui incite fortement les étudiants à l'arrêt du tabac.

Elles sont aussi présentes dans les lycées :

- elles envoient des courriers à certaines infirmeries pour proposer les outils d'information des mutuelles étudiantes régionales (dépliants et affiches).
- elles mettent en place de stands d'information avec notamment le CO testeur.

VOTRE AGE :

SEXE :

ANNEE

D'ETUDE :

-Avez-vous déjà essayé de fumer ? Oui | Non |

Si oui, à quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?.....ans

Que fumez-vous ? Des cigarettes avec filtre |

Des cigarettes roulées |

Combien par jour ? 0 | 1 à 5 | 6 à 10 | 11 à 20 | Plus |

-Est-ce que vos parents fument ? Non | Oui | : Votre père | Votre mère |

-Jugez-vous les campagnes anti-tabac : Utiles | Efficaces | Insuffisantes |

Questionnaire réservé aux fumeurs et anciens fumeurs :

-Vous avez fumé votre première cigarette :

| Par curiosité

| Pour s'intégrer dans un groupe d'ami

| Pour imiter les adultes

| Autres (préciser).....

| Parce que c'était interdit

-La cigarette aujourd'hui :

| Vous calme

| En public, cela me rassure et me donne

une contenance

| Vous procure un certain plaisir (goût, odeur ...)| Me stimule (éveil, concentration...)

| C'est un geste automatique | Autres (préciser).....

-Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? Oui | Non |

Si oui pourquoi ?

| Pour protéger ma santé

| Pour ne plus intoxiquer mon entourage

| Pour retrouver une bonne condition physique

| Ca coûte trop cher

| Pour retrouver mon odorat et le goût des aliments | Autres (préciser).....

-Avez-vous peur d'arrêter ? Oui | Non |

Si oui pourquoi ?.....

-Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? Oui | Non |

Si oui combien de fois ?.....

Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ?.....

-Dans quels lieux fumez-vous ?

| Dans la faculté

| Chez vous

Dans les bars	Lors de vos sorties
Dans les restaurants	Dans votre voiture
Dans les lieux publics	Autres (préciser).....

-Si vous décidez d'arrêter de fumer, souhaiteriez-vous être aidé par :

Votre entourage
Des substituts nicotiniques (gommes, patch,)
De l'homéopathie
De l'acuponcture
Autres (préciser).....

Questionnaire réservé aux non-fumeurs :

- Est-ce que la fumée des autres vous gêne ?	Oui	Non
-La loi EVIN vous semble-t-elle utile ?	Oui	Non
-La loi EVIN vous semble-t-elle bien respecter ?	Oui	Non

III. ENQUETE SUR LE TABAC CHEZ LES ETUDIANTS

III.1. MÉTHODES D'ÉTUDE

III.1.1. Objectifs de l'enquête

L'objectif de cette étude était d'analyser le comportement des étudiants en Pharmacie de Nantes face au tabac, ceux-ci étant sensibilisés au problème tabagique de part leurs études. Les questions ont été posées afin d'identifier les habitudes tabagiques des étudiants et connaître leur avis sur les campagnes et l'application des lois contre le tabagisme. En outre, il nous semblait intéressant de suivre l'évolution de tous ces points en fonction de l'année d'étude des personnes interrogées.

III.1.2. Le recueil des données

III.1.2.1. Le questionnaire

Le questionnaire a été rédigé sur une feuille unique afin que son remplissage soit facile et rapide.

Il est composé de 21 questions classées en trois parties :

- Les caractéristiques générales des étudiants.
- Les questions réservées aux fumeurs et anciens fumeurs.
- Les questions réservées aux non-fumeurs.

III.1.2.2. Distribution du questionnaire

Les questionnaires ont été distribués au cours de l'année universitaire 2005-2006. Promotion par promotion, un exemplaire a été remis à chaque étudiant présent au début d'un cours magistral puis récupéré au début du cours suivant.

Il est à noter que parmi les étudiants de 4^{ème} année et 5^{ème} année, seuls ceux ayant choisi l'option officine ont été soumis au questionnaire, les autres étant de part leur option (industrie et biologie) absent au moment de la distribution.

III.1.2.3. Traitement informatique des questionnaires

L'interprétation des données recueillies a été réalisée grâce à la collaboration de M.Auget, Professeur de biostatistiques et d'informatique de la faculté de Nantes.

Chaque question comporte deux ou plusieurs variables (exemple de question à deux variables : sexe masculin et sexe féminin). Puis chaque variable a été affectée d'un nombre d'items égal au nombre de réponses possibles, chacun étant caractérisé par un chiffre (exemple avec la question de sexe : variable : « sexe », item 1 : « masculin », item 2 : « féminin », item . : « ne se prononce pas ».)

Tous les items d'un même questionnaire ont été rentrés en ligne dans un tableau dont chaque colonne représentait une variable.

Enfin les résultats bruts ont été analysés à l'aide du logiciel EXCEL. Pour chaque variable, nous avons obtenu le nombre de données saisies, l'effectif et le pourcentage item par item.

Pour compléter ces résultats, des croisements ont été effectués entre différentes questions dont il semblait intéressant de chercher une éventuelle corrélation.

Afin de discerner si les résultats obtenus représentent un phénomène réel, (c'est-à-dire si la différence obtenue entre les résultats des différentes modalités est significatives) ou s'ils sont dus à des fluctuations d'échantillonnage (différence non significatives), nous avons utilisé des tests statistiques comme le test du Chi-deux (χ^2).

III.1.3. La population étudiée

Malgré certains questionnaire mal remplis ou des élèves absents en cours, 495 questionnaires ont pu être exploités.

III.1.3.1. Répartition des étudiants selon l'âge

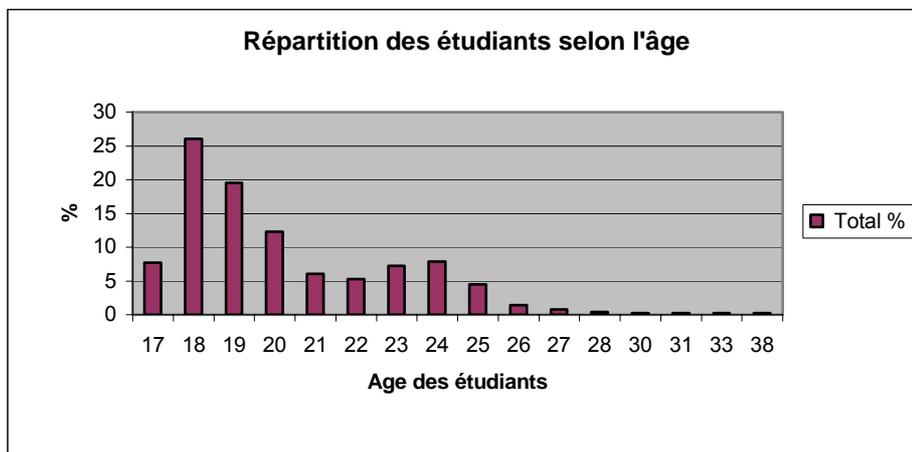


Figure 14 : Répartition des étudiants en fonction de l'âge

Le diagramme des âges montre une forte proportion de jeunes gens de 18 à 20 ans (57,95%). Cela est dû à un effectif très important en 1^{ère} année comme nous pouvons le voir plus loin.

La moyenne d'âge des étudiants est 20,25 ans.

III.1.3.2. Répartition des étudiants selon le sexe

Tableau 15 : Répartition des étudiants en fonction du sexe

	Effectifs	%
Garçons	134	27,1
Filles	361	72,9

Le fort pourcentage d'étudiants de sexe féminin confirme la féminisation de la population étudiante de pharmacie.

Le sexe ratio est de 2,70. Il y a donc environ huit filles pour trois garçons en faculté de Pharmacie à Nantes.

III.1.2.3. Répartition des étudiants selon l'année d'étude

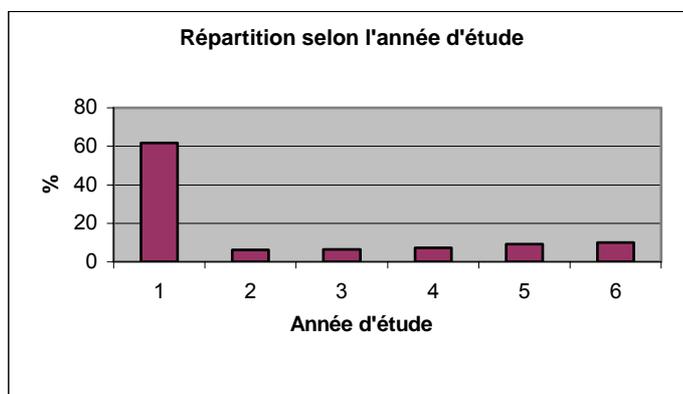


Figure 15 : Répartition des étudiants selon l'année d'étude

Les étudiants en 1^{ère} année constituent un fort pourcentage de notre échantillon. Ce déséquilibre est lié au *numerus clausus* qui autorise environ 90 étudiants à passer en 2^{ème} année.

On note un taux de participation élevé pour les premières années et les cinquièmes et sixièmes années. Pour les deuxième, troisième et quatrième années ce taux est plus faible comme nous pouvons l'observer dans le tableau 16.

Tableau 16 : La participation des étudiants à l'enquête

Année d'étude	Effectifs	Nombre de réponses	Pourcentage de participation
1 ^{ère}	340	305	89,7
2 ^{ème}	100	30	30,0
3 ^{ème}	80	31	38,8
4 ^{ème}	83	35	42,2
5 ^{ème}	74	45	60,8
6 ^{ème}	72	49	68,1

III.2. RESULTATS : ANALYSE ET INTERPRETATION

III.2.1. Caractéristiques générales de l'échantillon

III.2.1.1. Détermination de la population de fumeurs et de non-fumeurs

Nos résultats concernant les habitudes tabagiques des étudiants figurent dans le tableau 17. Il montre que la proportion de fumeurs est de 28,9 % et celle des non-fumeurs est de 71,1 %.

Tableau 17 : Détermination de la population de fumeurs et non-fumeurs

	Effectifs	%
Non-fumeurs	352	71,1
fumeurs	143	28,9

Dans l'enquête du baromètre Santé 2000, la prévalence du tabagisme chez les étudiants était plus élevée (42,5%).

Par contre nos résultats sont assez voisins de ceux obtenus lors de l'enquête réalisée par la LMDE en 2004 où les fumeurs représentaient 26,7% de la population étudiante et les non-fumeurs 73,3%.

Une enquête réalisée en 1991 à la faculté de Pharmacie de Nantes, sur une population de 509 étudiants, donnait les pourcentages suivant : 17,3% de fumeurs et 82,7% de non-fumeurs (Gellusseau F, 1993). Il semblerait qu'en 15 ans le tabagisme des étudiants de pharmacie n'a pas diminué, il a même augmenté.

Par rapport à la population française, pour les mêmes tranches d'âges, les étudiants en Pharmacie de Nantes ont une consommation tabagique plus faible comme nous pouvons le voir sur la figure

Un croisement effectué entre les données obtenues sur le tabagisme et le sexe des étudiants donne le tableau 18.

Tableau 18 : Répartition des fumeurs et non-fumeurs selon le sexe

	Non-fumeurs	Fumeurs
--	-------------	---------

	Nombre	%	Nombre	%
Garçons	89	66,4	45	33,6
Filles	263	72,9	98	27,15
Total	352	71,1	143	28,9

Nous avons réalisés un test du Chi deux sur ces résultats et nous obtenons le tableau suivant :

Tableau 19 : Résultat du test du chi deux

Test statistic	Valeur	df	Prob
Pearson Chi-square	1.970	1.000	0.160

Il apparaît que les pourcentages de fumeurs entre les garçons et les filles ne diffèrent pas significativement ($p=0,16 > 0,05$).

Dans l'enquête de la LMDE de 2004, 21,2% des filles et 21,8% des garçons étaient des fumeurs réguliers, c'est-à-dire fumant au moins une cigarette par jour. Là encore il n'y avait pas de différence significative entre le tabagisme des filles et celui des garçons.

Si l'on étudie le tabagisme des étudiants en fonction de leur année d'étude on obtient le tableau et la figure suivant:

Tableau 20 : Répartition des étudiants selon leur statut tabagique et leur année d'étude

Année d'étude	Non-fumeurs	Fumeurs
1 ^{ère}	208	97
2 ^{ème}	28	2
3 ^{ème}	23	8
4 ^{ème}	21	14
5 ^{ème}	39	6
6 ^{ème}	33	16

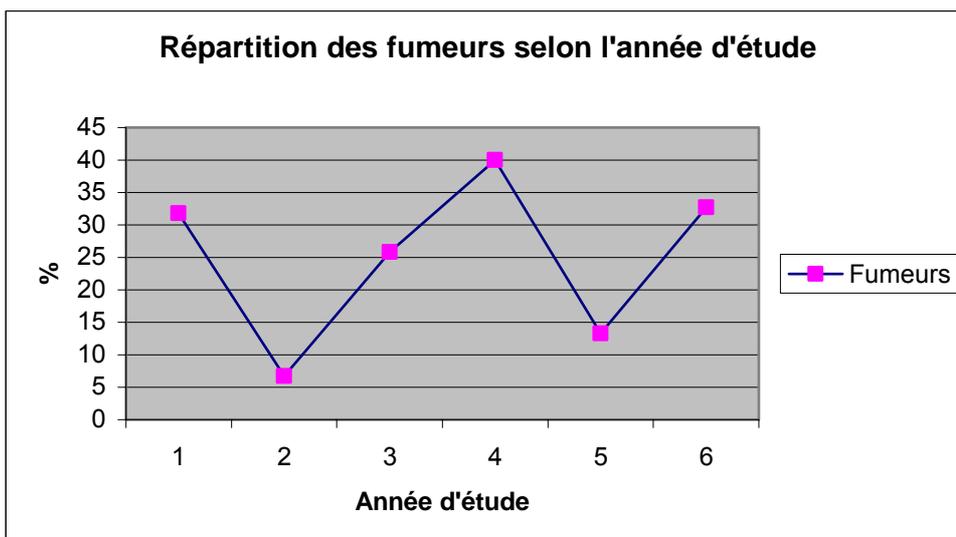


Figure 16 : Répartition des fumeurs selon l'année d'étude

D'après la figure 16, nous pouvons remarquer que les étudiants de première année sont 31,9% à fumer. La première année de Pharmacie est une année difficile où le stress est très présent. Les étudiants trouvent dans le tabac un moyen de calmer ce stress.

En deuxième année, nous pouvons observer une chute du tabagisme. Ce pourcentage s'explique peut être par la hausse drastique du prix du tabac en 2004. Ils l'ont pris de plein fouet lors de leur première année d'étude et nous pouvons penser que cette hausse les a poussé à diminuer leur consommation. Il a été constaté une baisse de 11%, tous âge confondu, dans la première année consécutive à cette augmentation du prix du tabac. Mais nous devons observer une réserve quant à ces résultats, vu le faible taux de participation des étudiants en deuxième année à notre enquête.

Le tabagisme des étudiants augmente ensuite progressivement jusqu'en quatrième année et chute de nouveau en cinquième année. En sixième année, une nouvelle augmentation est observée. Ces hausses du tabagisme des étudiants peuvent traduire un phénomène d'habitude à la hausse du prix du tabac. Le fait de payer plus cher leur cigarette ne les gêne pas. Les pouvoirs publics parlent d'ailleurs d'une nouvelle augmentation du prix du tabac courant 2006 à cause de cette habitude. La chute du tabagisme en cinquième année est difficile à interpréter.

III.2.1.2. Premier contact avec le tabac

Il semble également intéressant d'étudier la proportion d'étudiants qui ont déjà essayé de fumer et l'âge de leur premier contact avec le tabac.

Les résultats obtenus concernant l'essai du tabac figure dans le tableau 21 :

Tableau 21 : Essai du tabac

Essai	Effectifs	%
Oui	352	71,1
Non	143	28,9

Les résultats de notre enquête montrent que 71,1% des étudiants ont déjà essayé de fumer.

Pour l'âge de la première cigarette, 43,8 % des étudiants déclarent avoir fumé leur première cigarette vers l'âge de 14-15 ans (Figure 17), ce qui correspond à la période de l'adolescence et de l'entrée au lycée.

La moyenne d'âge de la première cigarette est de 14,34 ans.

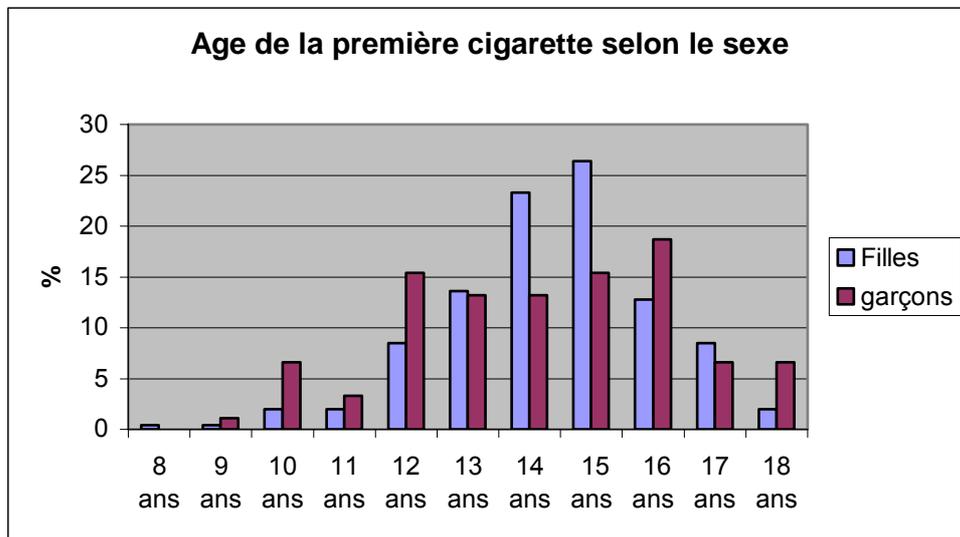


Figure 17 : L'âge de la première cigarette des étudiants en Pharmacie

Dans l'enquête de la LMDE, les fumeurs ont fumé leurs premières cigarettes entre 14 et 18 ans. Plus de la moitié d'entre eux l'ont fumé avant leurs 16 ans. Là encore les étudiants ont fumé leur première cigarette dans la période d'entrée au lycée.

Si l'on compare les âges moyens de la première cigarette entre les filles et les garçons à l'aide d'un test de Student, on obtient le tableau 22 :

Tableau 22: Résultats du test de Student

Groupes	Nombre	Moyenne	SD
Garçons	92	14.185	2.272
Filles	260	14.400	1.754

Variance séparées $t = -0.826$ $df = 131.3$ $Prob = 0.411$
 Difference des moyennes = -0.215 95.00% $CI = -0.731$ to 0.300

Il apparaît que l'âge moyen de la première cigarette pour les filles (14,4 ans) et pour les garçons (14,2 ans) ne diffèrent pas significativement ($p = 0,41 > 0,00$).

III.2.1.3. Influence de l'entourage

Les habitudes tabagiques des parents des étudiants sont données dans le tableau 23.

Tableau 23 : Le tabagisme des parents (N=488)

	Effectifs	%
Aucun des parents ne fument	333	68,2
Seule la mère fume	55	11,3
Seul le père fume	56	11,5
Les deux parents fument	44	9,0

Nous pouvons voir dans le tableau 23 qu'une grande majorité des parents des étudiants sont non-fumeurs. Pour approfondir l'analyse de l'influence des parents sur le tabagisme des étudiants, il nous a semblé intéressant de croiser des données. Le résultat est le suivant :

Tableau 24: Corrélation entre le tabagisme des étudiants et de leurs parents

	Fumeurs	Non-fumeurs
aucun des parents ne fument	23,1%	76,9%
Les parents fument ou un seul des parents fument	42,6%	57,4%

Aucun des parents ne fument N=333 et Un des parents fume ou les deux N= 155

Les chiffres obtenus montrent que le tabagisme des parents a de l'influence sur le tabagisme des enfants. En effet, quand aucun des parents ne fument, il n'y a que 23,1% de fumeurs alors que si un des parents fume ou que les deux parents fument, le pourcentage des enfants qui fument augmente (42,6%).

Une enquête réalisée auprès de lycéens de la région nantaise en 1992, montrait également que la proportion de jeunes fumeurs était supérieure lorsque les parents fumaient (tableau 25).

Ce résultat semble logique puisque l'exemplarité et la permissivité jouent un rôle non négligeable, même si les fumeurs s'en défendent.

Tableau 25 : Pourcentage des jeunes fumeurs quotidiens en fonction du tabagisme des parents (Bodineau, 1992)

% de fumeurs quotidiens	Mère fume (ou a fumé)	Mère ne fume pas
Père fume (ou a fumé)	44,4%	39,1%
Père ne fume pas	3%	13,6%

III.2.1.4. Les étudiants et les campagnes anti-tabac

Tableau 26 : Avis des étudiants sur les campagnes anti-tabac (N=481)

	Campagnes utiles	Campagnes efficaces	campagnes insuffisantes
Oui	65,5%	10%	32,4%
Non	34,5%	88,7%	67,6%

Les étudiants semblent nombreux à penser que les campagnes anti-tabac sont utiles mais qu'elles manquent d'efficacité. 32,4 % d'entre eux les trouvent également insuffisantes.

III.2.2. Etude de la population des fumeurs

III.2.2.1. La première cigarette

Tableau 27 : Réponses à la question : « Vous avez fumé votre première cigarette » (N=174)

	Oui	Non
Par curiosité	83,9%	16,1%
Pour imiter les adultes	11,5%	88,5%
Parce que c'était interdit	7,7%	92,3%
Pour s'intégrer dans un groupe d'amis	8,1%	92%

Les fumeurs et les anciens fumeurs ont répondu à cette question, ce qui explique le nombre de 174 réponses. Certains étudiants ont fumé leur première cigarette pour plusieurs raisons, ils ont coché plusieurs cases à la fois.

Pour une grande majorité, les étudiants ont fumé leur première cigarette par curiosité (83,9%) et pendant leur adolescence, comme nous l'avons vu précédemment. L'envie d'imiter les adultes, l'intégration à un groupe d'amis et l'interdit passent en second plan avec des pourcentages voisins.

Ces réponses correspondent aux aspirations des jeunes et à leur état d'esprit, notamment pendant leur adolescence. La curiosité est un trait caractéristique et souhaitable à un âge où le sujet construit peu à peu son identité. Le savoir des adultes n'est pas suffisant. L'adolescent a besoin de résoudre par lui-même les défis de son environnement mais cela l'amène parfois vers des situations à risque (initiation au tabagisme, à l'alcool...).

III.2.2.2. La consommation tabagique des fumeurs

Tableau 28 : Consommation tabagique quotidienne des fumeurs selon le sexe en pourcentage

	1 à 5 cigarettes	6 à 10 cigarettes	11 à 20 cigarettes	Plus de 20 cigarettes
Garçons	46,7	35,6	15,5	2,2
Filles	59,2	31,6	9,2	0
Total	55,2	32,9	11,1	0,7

L'analyse statistique par le test du chi deux ne peut pas s'appliquer ici (à cause de la dernière colonne où les effectifs sont trop faibles). On utilise plutôt un test non paramétrique (test de MANN-WHITNEY). Le résultat est le suivant :

-Mann-Whitney U test statistic = 2537.500

-Probabilité $p = 0.105$

Les consommations tabagiques entre les filles et les garçons ne diffèrent pas significativement au risque de 0,05, bien que l'on constate sur le tableau 29 que les garçons ont tendance à fumer un peu plus que les filles. On voit en effet sur la troisième et la quatrième colonne, où le tabagisme est le plus accentué, que les pourcentages des garçons sont supérieurs à ceux des filles. C'est le contraire dans la deuxième colonne où les pourcentages des filles sont supérieurs à ceux des garçons.

Dans l'enquête de la LMDE, 36% des fumeuses et 39% des fumeurs déclaraient fumer plus de 10 cigarettes par jour. Dans notre enquête, seulement 9,2% des fumeuses et 17,7% des fumeurs fument ce nombre de cigarettes. La consommation tabagique des étudiants en Pharmacie de Nantes est donc moins importante que celle des autres étudiants.

III.2.2.3. Les motivations des fumeurs

III.2.2.3.1. Pourquoi les étudiants fument ?

Tableau 29 : Réponses à la question : « La cigarette aujourd'hui » (N=139)

	%
Vous calme	35,3
Vous procure un certain plaisir (goût, odeur...)	55,4
C'est un geste automatique	30,2
En public, cela me rassure et me donne une contenance	10,8
Me stimule (éveil, concentration...)	14,4

Les résultats de l'enquête nous enseignent que, ce que les étudiants trouvent le plus agréable dans le fait de fumer est le plaisir que ça leur procure (55,4%) et la sensation de calme que ça leur apporte (35,3%). Les études sont un facteur de stress et le tabac est souvent utilisé comme « anti-stress ». Ce tableau nous montre également qu'une dépendance gestuelle est présente pour 30,2% des fumeurs. Les cigarettes sont allumées machinalement, les unes après les autres. Pour ces fumeurs, il sera difficile de rompre leurs habitudes si ils décident d'arrêter de fumer.

III.2.2.3.2. Qu'est-ce que les étudiants fument ?

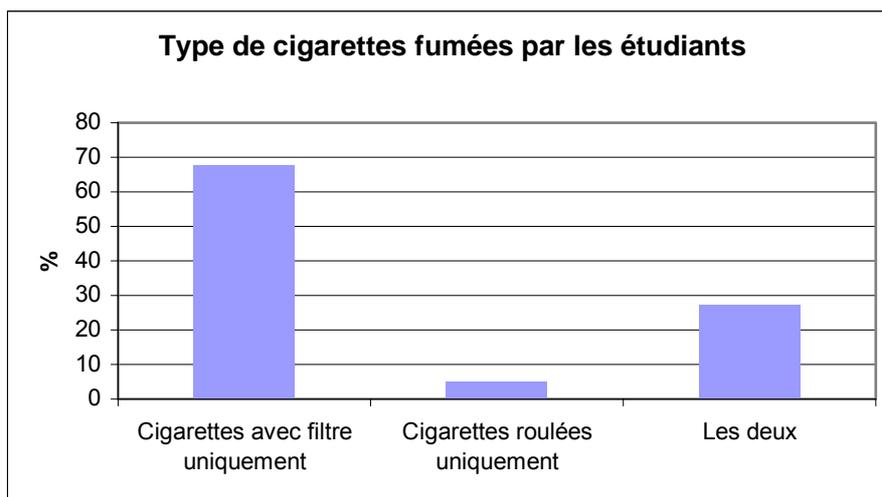


Figure 18 : Type de cigarettes fumées par les étudiants

67,8% des étudiants fument des cigarettes avec filtre uniquement, 4,9% fument des cigarettes roulées et 27,3% fument les deux. Malgré la hausse du prix du tabac les fumeurs de cigarettes avec filtre, plus cher que les roulées, sont largement majoritaires.

Ces résultats sont proches de ceux obtenus lors de l'enquête de la LMDE de 2004, où plus de 80% des étudiants déclaraient fumer des cigarettes avec filtre et 18% des cigarettes roulées sans filtre.

III.2.2.3.3. Les étudiants et l'arrêt du tabac

Il est intéressant de voir si les étudiants ont envi d'arrêter de fumer, pourquoi et par quels moyens ils veulent se faire aider.

Dans le tableau 30, nous pouvons constater que beaucoup de fumeurs veulent arrêter (70,6%). 27,3% des fumeurs ne souhaite pas arrêter. Ce résultat est plus encourageant que celui obtenu lors de l'enquête de la LMDE, où 48% des étudiants ne souhaitaient pas arrêter de fumer,

Tableau 30 : Résultats à la question : « Avez- vous envi d'arrêter de fumer ? » (N=143)

	Total	%
Oui	101	70,6
Non	39	27,3
Ne se prononce pas	3	2,1

Concernant les motifs d'arrêt du tabac, nous avons obtenu les résultats suivant :

Tableau 31 : Résultats à la question : « si oui, pourquoi ? » (N=101)

	Oui	Non
Pour protéger ma santé	82,2%	18,8%
Pour retrouver une bonne condition physique	33,6%	66,4%
Pour retrouver mon odorat et le goût des aliments	9,9%	90,1%
Pour ne plus intoxiquer mon entourage	20,8%	79,2%
Ca coûte trop cher	63,4%	36,6%

Les motifs les plus fréquemment cités sont la protection de la santé (82,2%) et le prix trop élevé du tabac (63,4%). Vient ensuite la condition physique avec 33,6%. Les deux motifs les moins invoqués sont la gêne de l'entourage et la récupération du goût et de l'odorat.

Dans l'enquête de la LMDE, la condition physique était citée comme motivation par 82,7% des étudiants et le prix arrivait en troisième position pour 65% des étudiants derrière la peur de tomber malade (71,7%). Les étudiants en Pharmacie semblent donc attacher une plus grande importance à leur santé que le reste des étudiants.

Si l'on demande aux étudiants si ils ont peur d'arrêter, 16,8% des étudiants répondent « oui » (tableau 32). La prise de poids et les symptômes de manques consécutifs à l'arrêt sont souvent invoqués comme raisons de cette peur.

Tableau 32 : Réponses à la question : « Avez-vous peur d'arrêter ? »

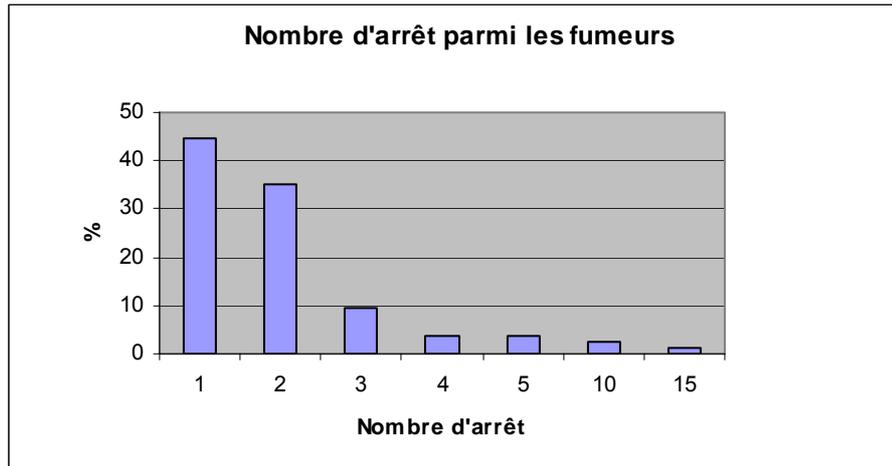
Oui	16,8%
Non	83,2%

D'après le tableau 33, nous pouvons voir que 59,4% des fumeurs ont déjà essayé d'arrêter de fumer. 80 % l'on fait de une à deux fois (figure 18). En moyenne les fumeurs ont tenté 2,12 fois d'arrêter de fumer.

Dans l'enquête de la LMDE, 18,5 % des étudiants déclaraient avoir arrêter au moins une fois et 38,5 % de deux à dix fois. Dans notre enquête ils sont plus nombreux à avoir arrêter au moins une fois (42%). Par cette tentative de sevrage, les étudiants de Pharmacie montrent qu'ils prennent conscience des risques qu'ils encourent ou de leur lassitude à l'égard du tabac. Les connaissances qu'ils acquièrent au cours de leurs études et leurs implications dans le monde de la santé influencent peut être ces tentatives d'arrêt.

Tableau 33 : Réponses à la question : « Avez-vous déjà essayé d'arrêter ? »

Essai arrêt	Effectifs	%
Non	58	40,6
Oui	85	59,4



Fig

ure 19 : Le nombre de tentatives d'arrêt parmi les fumeurs

Parmi les fumeurs qui ont essayé d'arrêter de fumer, environ 18 % d'entre eux ont arrêté pendant deux mois, 10 % ont arrêté un mois et 10 % pendant un an (figure 20).

En moyenne l'arrêt le plus long est de 46,15 jours c'est-à-dire d'environ un mois et demi.

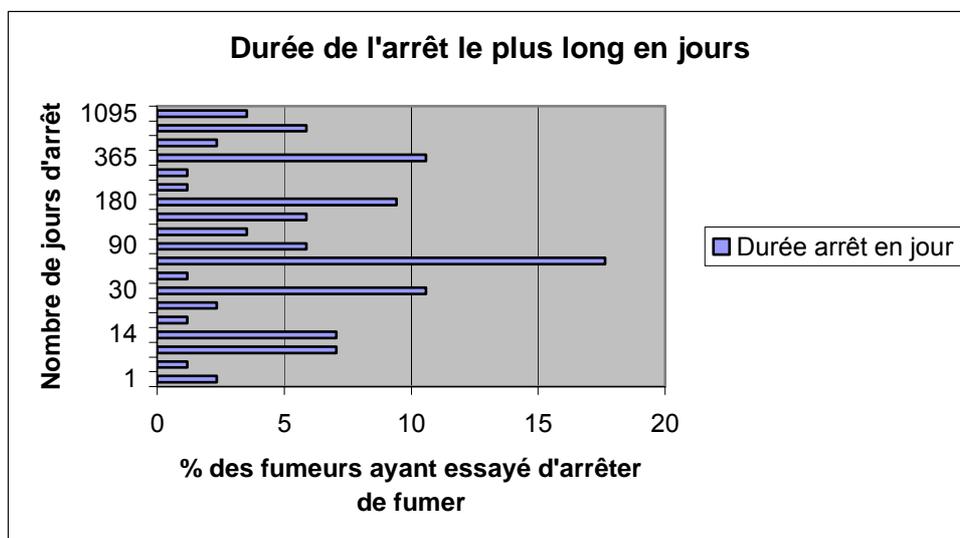


Figure 20 : Durée de l'arrêt le plus long en jour

Nous avons également demandé aux fumeurs par quels moyens ils souhaiteraient être aidés si ils décidaient d'arrêter de fumer.

D'après la figure 21, nous pouvons constater que près de la moitié des fumeurs voudrait être aidé par son entourage. On retrouve aussi dans le fait d'arrêter de fumer, comme dans celui de fumer, la notion de groupe. Loin derrière, nous retrouvons l'utilisation de l'homéopathie, des substituts nicotiques et de l'acupuncture. Ces résultats sont surprenant pour des personnes qui ont acquis au cours de leurs études de nombreuses connaissances sur les traitements de substitution et l'homéopathie, mais ils prouvent l'importance des amis et l'influence qu'ils peuvent avoir sur le comportement tabagique de l'étudiant. Si l'étudiant est entouré d'amis qui ne fument pas, il lui sera beaucoup plus facile d'arrêter de fumer.

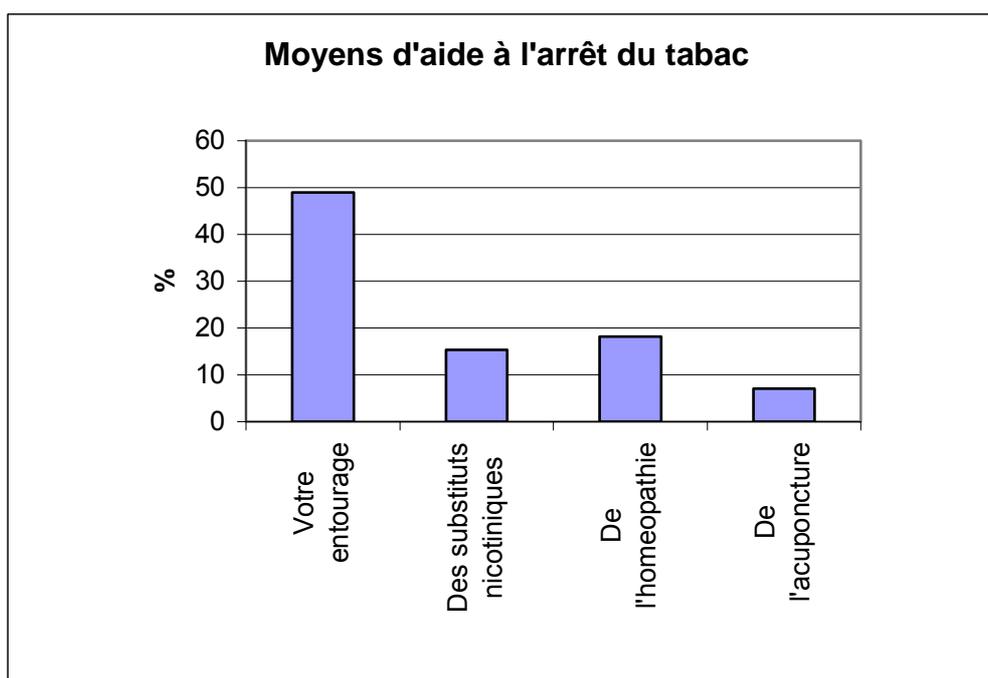


Figure 21 : Les moyens d'aide à l'arrêt du tabac

III.2.2.4. Lieux où les étudiants fument

Tout comme dans l'enquête de la LMDE, les sorties sont des facteurs aggravants du tabagisme des étudiants. En effet, presque 90 % des fumeurs fument lors de leurs sorties et dans les bars (figure 22).

La loi EVIN n'est pas bien respectée par les étudiants puisque près de 40 % des fumeurs fument dans les lieux publics.

Malgré la mise en place d'une « faculté sans tabac », environ 30 % des fumeurs fument à la faculté mais le plus souvent ils fument à l'extérieur.

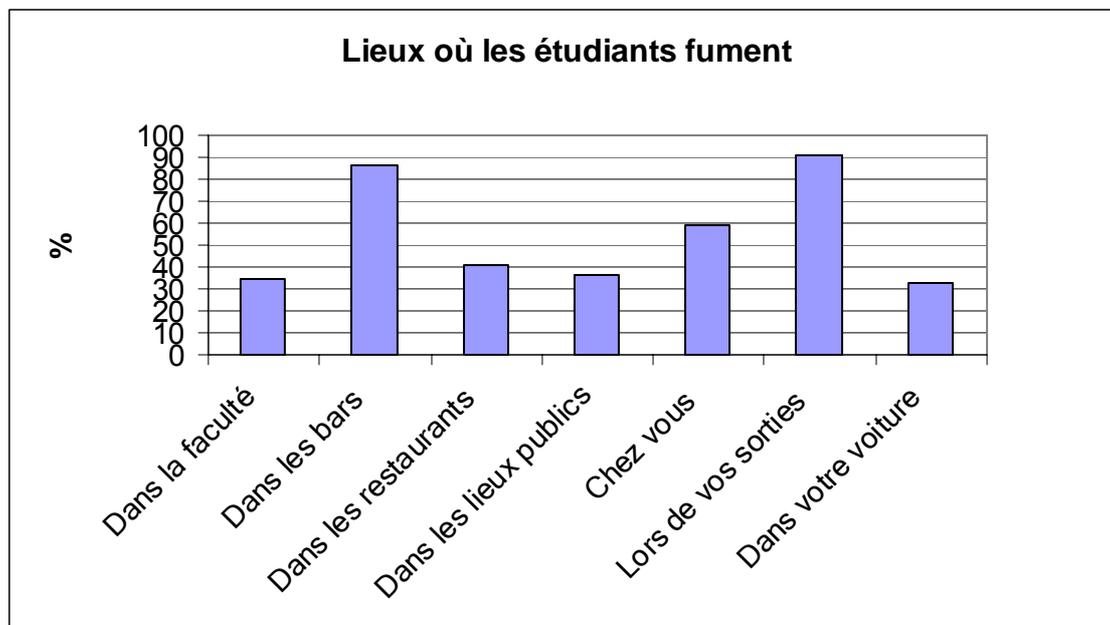


Figure 22 : Les lieux où les étudiants fument

III.2.3. Etude de la population de non-fumeurs

Tableau 34 : Réponses à la question : « Est-ce que la fumée des autres vous gêne ? »

	Effectifs	%
Oui	283	80,4
Non	62	17,6
Ne se prononce pas	7	2

Tout comme dans l'enquête de la LMDE, 80,4% des non-fumeurs déclarent se sentir gêné par la fumée des autres.

Tableau 35 : Réponses à la question : « La loi EVIN vous semble-t-elle utile ? »

	Effectifs	%
Oui	318	90,3
Non	27	7,7
Ne se prononce pas	7	2

Tableau 36 : Réponses à la question : « La loi EVIN vous semble-t-elle bien respectée ? »

Les résultats obtenus dans ces deux tableaux nous montre que les étudiants trouvent la loi EVIN utile mais qu'elle n'est pas bien respectée. Ce non-respect de la loi EVIN est flagrant notamment à la faculté, comme nous l'avons vu précédemment.

III.3. CONCLUSION

Les étudiants en Pharmacie ayant fait l'objet de notre enquête forment une population particulière. Elle se distingue notamment par une forte population féminine, une tranche d'âge de 17 à 25 ans et par un choix d'orientation professionnel dans le domaine de la santé. Ce sont ces particularités qui nous ont conduit vers ce travail. Nous nous sommes posées la question : « le tabagisme diminue-t-il en fonction de la connaissance ? »

Dans un premier temps, il ressort que les étudiants, bien qu'appartenant à une classe d'âge fortement consommatrice de tabac, comptent moins de fumeurs que la population française de même âge. L'écart de consommation par rapport aux autres étudiants est de moins en moins marqué au fil des années, comme nous le montre le tableau récapitulatif suivant :

	Notre enquête	Enquête Baromètre santé 2000		Enquête LMDE 2004
	Etudiants en Pharmacie	Population générale	Etudiants	Etudiants
Fumeurs	28,9%	47,6%	42,5%	26,7%
Non-fumeurs	71,1%	52,4%	57,5%	73,3%

Les différences observées entre 2000 et 2004 peuvent être du à l'augmentation du prix du tabac. Plusieurs enquêtes montraient déjà une diminution du tabagisme des jeunes.

Il apparaît également qu'il n'y a pas de différence entre le tabagisme des filles et des garçons. Le tabagisme, longtemps masculin, est devenu unisexé.

	Effectifs	%
Oui	61	17,3
Non	284	80,7
Ne se prononce pas	7	2

étudiants au cours de leurs années d'étude ne montre pas de baisse significative comme nous aurions pu l'espérer. Les variations importantes du nombre de fumeurs selon les années, tantôt en augmentation, tantôt en diminution, ne permettent pas de conclure quant aux répercussions des enseignements dispensés à la faculté sur le tabagisme des étudiants. Nous pouvons espérer qu'ils intégreront ces connaissances dès leur arrivée dans la vie professionnelle puisque, comme nous l'avons vu précédemment dans le Baromètre santé 2000, le tabagisme diminue très fortement à partir de 26 ans. Bien que les dernières statistiques montrent une augmentation de 2,8%, jamais vue depuis 2000, toute population confondue.

Autres contradiction : les étudiants semblent juger les aides à l'arrêt peu efficaces, aux vus des résultats obtenus. Ils comptent plus sur leur entourage pour arrêter de fumer que sur des médicaments qu'ils seront amenés à conseiller dans leur futur travail.

Ces résultats difficiles à interpréter, auraient mérité une enquête sur plusieurs années afin de retrouver les participants.

Références bibliographiques

- ALLAIN M., CHIGIER A., JEANNERET O., 1986. Les jeunes et la santé. OMS: 11-12.
- ANNESSI-MAESANO A., CARTON S., MELIHAN-CHEININ P., 2002. Tabagisme : prise en charge chez les étudiants. Expertise collective Inserm.
- ARGENT JD., DIFRANZA JR., 2003. Tobacco control for clinicians who treat adolescents. CA cancer J Clin ; 102-123.
- AVENEVOLI S., MERIKANGAS KR., 2003. Familial influences on adolescents smoking. Addiction; 98: 1-20.
- BAUDIER F., VELTER A., 1999. Tabac. In : Baromètre Santé Jeunes 1997-1998. Arènes J, Janvrin MP, Baudier F (éd). CFES, Paris, 328 p.
- BECK F., LEGLEYE S., PERRETTI- WATEL P., 2000. Regards sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête. ESCAPAD 2000, 220 p.
- BELON JP., 2003. Conseils à l'officine. Masson, Paris.
- BENOWITZ NL., PORCHET H., JACOB P., 1990. Pharmacokinetics, metabolism, and pharmacodynamics of nicotine. Nicotine psychopharmacology: molecular, cellular, and behavioural aspects. Oxford University Press, Oxford: 112-157.
- BERLIN I., 2002. Pharmacologie clinique du bupropion. La lettre du pharmacologue 2002 ; 16 : 13-18.
- BJARNASON T., DAVIDAVICIENNE AG., MILLER P., NOCIAR A., PAVLAKIS A., STERGAR E., 2003. Family structure and adolescent cigarette smoking in eleven European countries. Addiction; 98: 815-823.
- BODINEAU N., 1993. Le lycéen face au tabac: à propos d'une enquête menée auprès de 609 lycéens, dans la région nantaise en 1992,1993 ; 91 : 69.
- BOLES SM., JOHNSON PB., 2001. Gender, weight concerns, and adolescent smoking. J Addict dis, 20 : 5-14.
- BORGNE A., LAGRUE G., 1999. Des teneurs sous-estimées. 60 Millions de consommateurs, n°331; 33.
- BRESLAU N., 1995. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence .Behav Genet; 25, 2 : 95-101.
- CALYTON S., 1991. Gender differences in psychosocial determinants of adolescent smoking. J Sch Health, 61: 115-120.
- CHOQUET M., BECK F., 2003. Consommation de substances psychoactives des élèves de 16 ans dans 35 pays Européens. Enquête ESPAD 2003.

- CHOQUET M., LEDOUX S., 1994. Réalité des conduites de dépendances à l'adolescence en France. In : Dépendances et conduites de dépendances, Bailly D, Venisse JL, (Ed) Masson, Paris : 3-17.
- CORNELIUS MD., LEECH SL., GOLDSCHIDT L., DAY NL., 2000. Prenatal tobacco exposure: is it a risk factor for early tobacco experimentation? Nicotin Tob Res 2: 45-52.
- CORRONA D, MARTINEZ C., AIT-KACI H., 2004. Le tabagisme chez les étudiants. Enquête LMDE.
- COTTRAUX J., 2003. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson, paris.
- DALTON MA., SARGENT JD., BEACH ML., TITUS-RENSTOOF L., GIBSON JJ., AHRENS MB., TICKLE JJ., 2003. Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort studies. Lancet; 362: 281- 285.
- DAUTZENBERGB., 2001. Tabagisme des enfants et des adolescents. Cœur et santé spécial prévention cardiovasculaire : 39-42.
- ESCOBEDO LG., MARCUS SE., HOLZMAN D., GIOVINO GA., 1993. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. JAMA, 269 :1391-1395.
- ETTER JF., KOZLOVSKI LT., PERNEGER TV., 2003. What smokers believe about light and ultra light cigarettes? Preventive Medicine 36(1), pp. 92-98.
- FRENCH SA., PERRY CI., LEON GR., FULKERSON JA., 1994. Weight concerns, dieting behaviour, and smoking initiation among adolescents: a prospective study. Am J Public Health, 84: 1818-1820.
- GELLUSSEAU F., 1993. L'étudiant, futur pharmacien, face au tabac : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès de 513 étudiants de la faculté de Pharmacie de Nantes en 1991. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie, 1993 ; 25.
- GUILBERT J., 2003. Alerte sanitaire anti-tabac grand Prix EFFIE. INPES, 2003.
- GUILERM R., 1998. La fumée du tabac : composition et effet physiopathologique. La revue du praticien, 28, 19,1403.1406.
- HEATHERTON T., FAGERSTROM K.O., 1991. The Fagerström test for nicotine dependance; a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Brit. J. Addiction; 86; 1119-1127.
- HENNINGFIELD JE., 1995. Nicotine medications for smoking cessation. N Engl J Med ; 333 : 96-1203.
- HENNINGFIELD JE., 1995. Nicotine medications for smoking cessation. N Engl J Med ; 333 : 371-4.
- HILL C., 2003. L'augmentation du prix du tabac: une mesure de santé publique. BEH 2003 : 22-23.
- HILL.C., LAPLANCHE A., 2003. Tabagisme et mortalité: aspects épidémiologiques. BEH 2003; 22-23 : 98-100.

- HOLMEN TL., BARRET- CONNOR E., CLAUSEN J., HOLMEN J., BJERMER L., 2002. Physical exercise, sports, and lung function in smoking versus nonsmoking adolescents. *Eur Respir J*, 19: 8-15.
- HOUEZEC J., DELCROIX M., 1999. Traitement substitutif nicotinique et grossesse. *Rev Praticien Gyn Obstet*; 36 : 42-45.
- HURT RD., OFFORD KP., CROGHAN IT., GOMEZ-DHAL L., KOTTKE TE., MORSE RM., MELTON LJ., 1996. Mortality following inpatient addictions treatment. *JAMA*; 275 : 1097-1103.
- JOOSSENS L., NAETT C., HOWIE C., MULDDON A., 1994. Tabac et santé dans l'Union européenne : un aperçu. *European bureau for action on smoking prevention*, 128 p.
- KAHN JP., 2000. À propos de la prévention du tabagisme chez les adolescents, in *Psychologie clinique et prévention. Editions et applications psychologiques*, Paris.
- KANDEL DB., DAVIES M., 1996. High school students who use crack and other drugs. *Arch Gen Psychiat* 1996; 53: 71-80.
- KOLASA E., HULANISKA B., WALISZKO A., 1998. Does exposure to cigarette smoke influence girls maturation? *Przegl Epidemiol*, 52: 339-350.
- LAGRUE G. et collec, 2001. Arrêter de fumer ? *Editions Odile Jacob*, Paris.
- LAI S., LAI H., PAGE JB., MUCCOY CB., 2000. The association between cigarette smoking and drug abuse in the United States. *J addict Dis*; 19, 4 : 11-24.
- LEGLEYE S., SPILKA S., BECK F., 2006. Le tabagisme des adolescents en France suite aux récentes hausse de prix. *BEH* mai 2006 : 150-152.
- LE HOUEZEC J., 2003. Role of nicotine pharmacokinetics in nicotine addiction and nicotine replacement therapy: a review. *Int J Tuberc Lung Dis*, 7: 811-819.
- LE HOUEZEC J., 2003. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac. *Med hyg*; 61 : 1845-1848.
- LEMAIRE JF., 1992. Le tabagisme. *Editions presses universitaires de France*, 3eme édition.
- MAES HH., WOODDARD CE., MURELLE L., MEYER JM., SILBERG JL. et coll., 1999. Tobacco, alcohol and drug use in eight- to sixteen-year-old twins: the Virginia Twin Study of adolescent Behavioral Development. *J Stud Alcohol*, 60: 293-305.
- MAGUY JF., FERNANDES E., DAUTZENBERG B., DUPONT P., RUELLAND A., 2003. Evolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003. *BEH* 2003 ; 22-23 : 108.
- MARTINET Y., BOHADANA A., 2001. Le tabagisme : de la prévention au sevrage. Paris : *Masson*: 296.

- MOOLCHAN ET., ERNST M., HENNINGFIELD JE., 2000. A review of tobacco smoking in adolescents: treatment implications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 682-693.
- ODDOUX K., PERRETI-WATEL F., BAUDIER F., 1999. Baromètre santé 2000 résultats. CFES, 1999 : 77-199.
- OGET JS., HURFORD DP., SMITH JV., COLE AK., 2003. The relationship between depression and smoking in adolescents. *Adolescence*: 38.
- PBERT L., MOOLCHAN ET., MURAMOTO M., WINIKOOF JP., CURRY S., LANDO H., et coll., 2003. The state of office- based interventions for youth tobacco use. *Pediatrics* 2003, 111 : 650-660.
- PELLISOLO A., 2002. Le bupropion dans le sevrage tabagique : aspects psychopharmacologiques. *Act Méd Int Psychiatrie*; 19 : 116-117.
- PERRIOT J., 1993. *Tabacologie*. Paris:Masson:195.
- PERRIOT J., 1993. Psychologie des fumeurs et comportements tabagiques. Approche de la notion de dépendance tabagique. In : *Tabacologie*. Masson, Paris : 55-87.
- PERRIOT J., 2003. *Tabacologie et sevrage tabagique*. John Libbey Eurotext, Paris.
- PETO R., LOPEZ AD., 2000. Mortality from Smoking in developed Countries, updated 2000 version. Oxford, Oxford University Press. www.ctsu.ox.ac.uk
- PIANNEZZA M., SELLERS E., TYNDALE R., 1998. Nicotine metabolism reduces smoking. *Nature*, 393: 750.
- PRIGNOT J., 1991. Responsabilités et potentialités des médecins dans la lutte contre le tabagisme. *Bull UICTMR* ; 64 : 40-47.
- PRIGNOT J., 1995. La substitution nicotinique dans l'aide au sevrage tabagique. Mode d'action, modalités et appréciation des résultats. *Rev Mal Respir* ; 12 : 103-110.
- RAYMOND S., WIRTH N., FRANCO A., BOHADANA A., SPINOSA A., 2002. Comment prescrire les dérivés nicotiniques. *La revue du praticien*; 1069-1073.
- RENNARD SI., DAUGTON DM., 2001. Sevrage tabagique : le rôle du bupropion. *La lettre du pneumologue*; 4 : 103-105.
- SIMPSON D., 2000. Le grand défi de la médecine. Les médecins et le tabac. *Tabacco Control Resources Centre (éd).Commission européenne, 2000.*
- SPITZ M., SHI H., YANG F., HUDMON KS., JIANG H. et coll., 1998. Case control study of the D2 dopamine receptor gene and smoking status in lung cancer patients. *J Nat Cancer Inst*, 90: 358-563.
- SUTHERLAND I., WILLNER P., 1998. Patterns of alcohol, cigarette and illicite drug use in English adolescents. *Addiction*; 93: 1199-1208.
- TAYLARD.A., 2003. Tabagisme, rôle du médecin, en savoir plus...mars 2000 mise à jour mai 2003 www.respir.com.

- TREDANIEL J., ZALCMAN G., BOFFETA P., HIRSCH A., 1993. Tabagisme passif. Effets sur la santé. Rev prat ; 43 : 1230-1234.
- TREDANIEL J., HIRSCH A., 1998. Tabagisme. Épidémiologie et pathologies liées au tabac. Rev prat ; 48: 433-435
- TUBIANAA M., 1993. L'action européenne contre le cancer. Actualité Dossier santé Publique ; 3 : 8-9.
- USSHER MH., WEST R., TAYLOR AH., MCEWWEN A., 2000. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev, 3: CD002295.
- VELTER A., ARENES J., 1999. Drogues illicites. In : Baromètres Santé Jeunes 1997-1998. Arenes J, Jauvrin MP, Baudier F (Ed).CFEC, Paris: 185-203.
- WOOLF AD., 1997. Smoking and nicotin addiction: a pédiatrique epidemic with sequelac in adult hood. Cur Opin Pediatr ; 9: 470-477.

Ouvrages et Rapports

- CNAMTS, CFES, 2000. Dossier prévention du tabagisme.2000 ; 28-29.
- Commission européenne des communautés, 1999. Rapport de la commission au parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social et au Comité des régions, sur la réponse à la résolution prise par le Conseil et les ministres de la Santé des Etats membres pour l'interdiction du tabagisme dans les lieux publics .Bruxelles, COMMA (96) 573 final, 1999, 9 p.
- Communication de la commission du 18 décembre 1996, COM (96) 609 final. Non publié au *journal officiel*.

- 27eme congrès annuel de l'Association canadienne des rédacteurs scientifiques, 1995. La guerre du tabac. www.idrc.ca
- Journal Officiel n° 58 du 9 mars 2003 page 4159, Ministère de la santé, de la famille et des personnes
- Ministère de la santé et des Solidarités, Institut National de Prévention et d'Education pour la santé, 2006. Dossier de presse « Journée mondiale sans tabac », le tabac mortel sous toutes ses formes.2006, 37-38.
- OFDT, 2002. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002, Paris, 2002, 368 p.
- <http://www.20minutes.fr>. La Législation anti-tabac en Europe, 2006.
- <http://www.tabac-net.ap-hop-paris.fr>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : schéma d'une machine à fumer
10

Figure 2 : Les trois courants de fumée de cigarette
11

Figure 3 : Schéma des principaux composants d'une cigarette
12

Figure 4 : Formule chimique de la nicotine
14

Figure 5 : campagne « Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons »
26

Figure 6 : campagne « *Le tabac, c'est plus ça* » en 1988
27

Figure 7 : Concentration plasmatique de nicotine après administration d'une dose unique de nicotine par différentes voies

34

Figure 8: Trajectoire schématique d'un fumeur
41

Figure 9 : Evolution depuis 1993 de la consommation quotidienne de tabac
42

Figure 10 : Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis au cours de la vie, par âge et par sexe
52

Figure 11 : Prévalence du tabagisme déclaré, selon l'âge et le sexe
56

Figure 12 : Prévalence du tabagisme et de l'essai du tabac selon la situation de vie des étudiants
58

Figure 13 : Répartition (%) des fumeurs de cigarettes et de tabac à rouler selon la formation en cours
60

Figure 14 : Répartition des étudiants en fonction de l'âge
69

Figure 15 : Répartition des étudiants selon l'année d'étude
70

Figure 16 : Répartition des fumeurs selon l'année d'étude
73

Figure 17 : L'âge de la première cigarette des étudiants en Pharmacie
74

Figure 18 : Type de cigarettes fumées
79

Figure 19 : Le nombre de tentatives d'arrêt parmi les fumeurs
81

Figure 20 : Durée de l'arrêt le plus long en jour
82

Figure 21: Les moyens d'aide à l'arrêt du tabac
83

Figure 22 : Les lieux où les étudiants fument
84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre total de décès et fraction attribuable au tabac, par sexe
15

Tableau 2 : Liste des avertissements sanitaires spécifiques
21

Tableau 3 : 25 ans de communication sur le tabagisme
29

Tableau 4 : Les bénéfices de l'arrêt du tabac
31

Tableau 5 : Test Fagerstrom de dépendance à la nicotine
32

Tableau 6 : Evolution de l'expérimentation du tabac et du passage à un usage quotidien chez les 17 ans entre 2000 et 2003
42

Tableau 7 : Facteurs potentiellement associés avec le tabagisme chez les jeunes
43

Tableau 8 : Comportements des lycéens vis-à-vis du tabac en fonction du type d'études
48

Tableau 9 : Rythme de consommation d'alcool des premières années de pharmacie
51

Tableau 10 : Age du début de la consommation régulière d'alcool chez les étudiants de Pharmacie
51

Tableau 11 : Nombre d'étudiants dans l'échantillon et dans la population de 17 à 30 ans
55

Tableau 12 : Répartition des étudiants et des non-étudiants fumeurs selon les

57

Tableau 13 : Influences des caractéristiques démographiques, sociales et géographiques sur différents aspects de la consommation de tabac des étudiants

59

Tableau 14: Consommation de tabac selon le lieu d'habitation
63

Tableau 15 : Répartition des étudiants en fonction du sexe
69

Tableau 16 : La participation des étudiants à l'enquête
70

Tableau 17 : Détermination de la population de fumeurs et non-fumeurs
71

Tableau 18 : Répartition des fumeurs et non-fumeurs selon le sexe
72

Tableau 19 : Résultats du test du Chi deux
72

Tableau 20 : Répartition des étudiants selon leur statut tabagique et leur année d'étude
72

Tableau 21 : Essai du tabac
74

Tableau 22 : Résultat du test de Student
75

Tableau 23 : Le tabagisme des parents
75

Tableau 24 : Corrélacion entre le tabagisme des étudiants et de leurs parents
76

Tableau 25 : Pourcentage des jeunes fumeurs quotidiens en fonction du tabagisme des parents

76

Tableau 26 : Avis des étudiants sur les campagnes anti-tabac

76

Tableau 27 : Réponses à la question : « Vous avez fumé votre première cigarette »

77

Tableau 28 : Consommation tabagique quotidienne des fumeurs selon le sexe en %

77

Tableau 29 : Réponses à la question : « La cigarette aujourd'hui »

78

Tableau 30 : Réponses à la question : « Avez- vous envi d'arrêter de fumer ? »

80

Tableau 31 : Réponses à la question : « si oui, pourquoi ? »

80

Tableau 32 : Réponses à la question : « Avez-vous peur d'arrêter ? »

80

Tableau 33 : Réponses à la question : « Avez-vous déjà essayé d'arrêter ? »

81

Tableau 34 : Réponses à la question : « Est-ce que la fumée des autres vous gêne ? »

84

Tableau 35 : Réponses à la question : « La loi EVIN vous semble-t-elle utile » _____ 84

Tableau 36 : Réponses à la question : « la loi EVIN vous semble-t-elle bien respectée »

84

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de la sécurité sanitaire et sociale des produits de santé

CFES : Comité Français d'Education pour la Santé

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

DGS : Direction Générale de la Santé

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense

ESPAD : European school survey project on alcohol and other drugs

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

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies

ANNEXES

ANNEXE 1

TITRE X (*)

(*) Tel qu'inséré par l'article G, point 38), du TUE.

Santé publique

Article 129

1. La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action.

L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

Les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté.

2. Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

3. La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Pour contribuer à la réalisation des objectifs visés au présent article, le Conseil adopte:

- statuant conformément à la procédure visée à l'article 189 B et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, des actions d'encouragement, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres;
- statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, des recommandations.

ANNEXE 2

	Étudiants		Non-étudiants	
	Effectifs ¹	%	Effectifs ¹	%
Formation en cours				
Bac + 1	160	27,8		
Bac + 2	170	28,7		
Bac + 3	104	15,1		
Bac + 4	115	17,4		
Bac + 5 et plus	80	10,8		
Sexe				
Homme	261	47,0	1 274	52,0
Femme	368	53,0	1 472	48,0
Tranches d'âges				
17–20 ans	276	46,8	484	24,2
21–24 ans	261	40,4	541	21,7
25–30 ans	92	12,8	1 721	54,1
Vous vivez				
Seul(e)	206	15,7	474	8,4
En couple	83	11,0	1 414	47,4
Chez vos parents	295	67,1	739	40,4
Autre situation	45	6,1	119	3,8
Situation géographique				
Île-de-France	128	24,9	453	19,1
Nord-Ouest	110	13,2	588	16,4
Nord-Est	157	28,4	718	29,8
Sud-Est	145	22,3	641	24,1
Sud-Ouest	89	11,1	344	10,6

EAUL Nathalie

INFLUENCES DES ETUDES PHARMACEUTIQUES SUR LE TABAGISME DES ETUDIANTS : résultats d'une enquête menée auprès de 495 étudiants de la faculté de Pharmacie de Nantes en 2006.

Résumé de la thèse :

Le tabagisme en France est un thème prioritaire de santé publique car il est à l'origine de nombreuses pathologies et d'un taux de mortalité préoccupant. L'information sur les risques du tabac se développe en France depuis 1970 et atteint progressivement l'opinion publique mais la consommation tabagique reste importante, notamment chez les jeunes.

Après quelques rappels sur le tabac et une étude bibliographique portant sur des enquêtes récentes effectuées auprès des étudiants, nous avons mené une enquête auprès de 495 étudiants de la faculté de Pharmacie de Nantes. L'objectif de notre étude était d'analyser le comportement des étudiants face au tabac, ceux-ci étant sensibilisés au problème tabagique de part leurs études.

Leurs connaissances acquises au cours de leur cursus et leurs contacts avec le monde médical les sensibilisent davantage que les autres étudiants ou les jeunes de leur âge.

**MOTS CLES : - TABAC
- TABAGISME
- ENQUETE
- ETUDIANTS
- ETUDES PHARMACEUTIQUES**

JURY

PRESIDENT : Mr. AUGET, Professeur de Biomathématiques et de Biophysique
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Mme. PIRON-FRENET, Maître de Conférences de Toxicologie
Faculté de Pharmacie de Nantes
Melle. ALBER, Pharmacien
17 rue Auguste Dupouy 29000 QUIMPER

**EAUL Nathalie
Kergoat vihan
29700 PLOMELIN**