



**HAL**  
open science

## Impact des actions du mois sans tabac : étude prospective interventionnelle à l'École de gendarmerie de Châteaulin

Jessica Nehmé

► **To cite this version:**

Jessica Nehmé. Impact des actions du mois sans tabac : étude prospective interventionnelle à l'École de gendarmerie de Châteaulin. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02292652

**HAL Id: dumas-02292652**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02292652>**

Submitted on 20 Sep 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



# THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

---

## DIPLÔME D'ETAT

**Année :** 2019

**Thèse présentée par :**

Madame NEHME Jessyca

Née le 03/01/1992

à CHAMBRAY-LES-TOURS

Thèse soutenue publiquement le : 17 septembre 2019

**Titre de la thèse :**

« Impact des actions du mois sans tabac : étude prospective interventionnelle à l'Ecole de gendarmerie de Châteaulin »

**Président** Mr le Professeur LEROYER Christophe

**Membres du jury** Mr le Professeur DEWITTE Jean-Dominique

Mr le Docteur LODDE Brice

Mme le Docteur SCellos Olivia

Mme le Docteur DEBRAY Léopoldine



**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

**Doyens honoraires**

**FLOCH** Hervé  
**LE MENN** Gabriel (T)  
**SENECAIL** Bernard  
**BOLES** Jean-Michel  
**BIZAIS** Yves (T)  
**DE BRAEKELEER** Marc (T)

**Doyen**

**BERTHOU** Christian

**Professeurs émérites**

<b>BOLES</b> Jean-Michel	Réanimation
<b>BOTBOL</b> Michel	Pédopsychiatrie
<b>CENAC</b> Arnaud	Médecine interne
<b>COLLET</b> Michel	Gynécologie obstétrique
<b>JOUQUAN</b> Jean	Médecine interne
<b>LEHN</b> Pierre	Biologie cellulaire
<b>MOTTIER</b> Dominique	Thérapeutique
<b>YOUINOU</b> Pierre	Immunologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre**

<b>OZIER</b> Yves	Anesthésiologie-réanimation
-------------------	-----------------------------

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle**

<b>BERTHOU</b> Christian	Hématologie
<b>COCHENER-LAMARD</b> Béatrice	Ophtalmologie
<b>DEWITTE</b> Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
<b>FEREC</b> Claude	Génétique
<b>FOURNIER</b> Georges	Urologie
<b>GENTRIC</b> Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
<b>GILARD</b> Martine	Cardiologie
<b>GOUNY</b> Pierre	Chirurgie vasculaire
<b>NONENT</b> Michel	Radiologie et imagerie médicale
<b>REMY-NERIS</b> Olivier	Médecine physique et réadaptation
<b>SARAUX</b> Alain	Rhumatologie
<b>ROBASZKIEWICZ</b> Michel	Gastroentérologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe**

<b>AUBRON</b> Cécile	Réanimation
<b>BAIL</b> Jean-Pierre	Chirurgie digestive
<b>BEZON</b> Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>BLONDEL</b> Marc	Biologie cellulaire
<b>BRESSOLLETTE</b> Luc	Médecine vasculaire
<b>CARRE</b> Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
<b>DE PARSCAU DU PLESSIX</b> Loïc	Pédiatrie

<b>DELARUE</b> Jacques	Nutrition
<b>DEVAUCHELLE-PENSEC</b> Valérie	Rhumatologie
<b>DUBRANA</b> Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>FENOLL</b> Bertrand	Chirurgie infantile
<b>HU</b> Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
<b>KERLAN</b> Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
<b>LACUT</b> Karine	Thérapeutique
<b>LE MEUR</b> Yannick	Néphrologie
<b>LE NEN</b> Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>LEROYER</b> Christophe	Pneumologie
<b>MANSOURATI</b> Jacques	Cardiologie
<b>MARIANOWSKI</b> Rémi	Oto-rhino-laryngologie
<b>MERVIEL</b> Philippe	Gynécologie obstétrique
<b>MISERY</b> Laurent	Dermato-vénérologie
<b>NEVEZ</b> Gilles	Parasitologie et mycologie
<b>PAYAN</b> Christopher	Bactériologie-virologie
<b>SALAUN</b> Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
<b>SIZUN</b> Jacques	Pédiatrie
<b>STINDEL</b> Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>TIMSIT</b> Serge	Neurologie
<b>VALERI</b> Antoine	Urologie
<b>WALTER</b> Michel	Psychiatrie d'adultes

---

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe

<b>ANSART</b> Séverine	Maladies infectieuses
<b>BEN SALEM</b> Douraid	Radiologie et imagerie médicale
<b>BERNARD-MARCORELLES</b> Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>BROCHARD</b> Sylvain	Médecine physique et réadaptation
<b>BRONSARD</b> Guillaume	Pédopsychiatrie
<b>CORNEC</b> Divi	Rhumatologie
<b>COUTURAUD</b> Francis	Pneumologie
<b>GENTRIC</b> Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
<b>GIROUX-METGES</b> Marie-Agnès	Physiologie
<b>HERY-ARNAUD</b> Geneviève	Bactériologie-virologie
<b>HUET</b> Olivier	Anesthésiologie-réanimation
<b>L'HER</b> Erwan	Réanimation
<b>LE GAC</b> Gérald	Génétique
<b>LE MARECHAL</b> Cédric	Génétique
<b>LE ROUX</b> Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
<b>LIPPERT</b> Éric	Hématologie
<b>MONTIER</b> Tristan	Biologie cellulaire
<b>NOUSBAUM</b> Jean-Baptiste	Gastroentérologie
<b>PRADIER</b> Olivier	Cancérologie
<b>RENAUDINEAU</b> Yves	Immunologie
<b>SEIZEUR</b> Romuald	Anatomie
<b>THEREAUX</b> Jérémie	Chirurgie digestive
<b>TROADEC</b> Marie-Bérengère	Génétique

---

### Professeurs des Universités de Médecine Générale

**LE FLOC'H** Bernard  
**LE RESTE** Jean-Yves

---

### Professeur des Universités Associé de Médecine Générale (à mi-temps)

**BARRAINE** Pierre  
**CHIRON** Benoît

## Professeur des Universités

---

**BORDRON** Anne Biologie cellulaire

## Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

---

**METGES** Jean-Philippe Cancérologie

## Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

---

**JAMIN** Christophe Immunologie  
**MOREL** Frédéric Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
**PERSON** Hervé Anatomie

## Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe

---

**ABGRAL** Ronan Biophysique et médecine nucléaire  
**DE VRIES** Philine Chirurgie infantile  
**DOUET-GUILBERT** Nathalie Génétique  
**HILLION** Sophie Immunologie  
**LE BERRE** Rozenn Maladies infectieuses  
**LE GAL** Solène Parasitologie et mycologie  
**LE VEN** Florent Cardiologie  
**LODDE** Brice Médecine et santé au travail  
**MIALON** Philippe Physiologie  
**PERRIN** Aurore Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
**PLEE-GAUTIER** Emmanuelle Biochimie et biologie moléculaire  
**QUERELLOU** Solène Biophysique et médecine nucléaire  
**TALAGAS** Matthieu Histologie, embryologie et cytogénétique  
**UGUEN** Arnaud Anatomie et cytologie pathologiques  
**VALLET** Sophie Bactériologie-virologie

## Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe

---

**BERROUIGUET** Sofian Psychiatrie d'adultes  
**BRENAUT** Emilie Dermato-vénéréologie  
**CORNEC-LE GALL** Emilie Néphrologie  
**GUILLOU** Morgane Addictologie  
**MAGRO** Elsa Neurochirurgie  
**ROBIN** Philippe Biophysique et médecine nucléaire  
**SALIOU** Philippe Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
**SCHICK** Ulrike Cancérologie

## Maîtres de Conférences de Médecine Générale

---

**NABBE** Patrice

## Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

---

**BARAIS** Marie  
**BEURTON COURAUD** Lucas  
**DERRIENNIC** Jérémy

## Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

---

**BERNARD** Delphine Biochimie et biologie moléculaire  
**BOUSSE** Alexandre Génie informatique, automatique et traitement du signal  
**DANY** Antoine Epidémiologie et santé publique  
**DERBEZ** Benjamin Sociologie démographique

<b>LE CORNEC</b> Anne-Hélène	Psychologie
<b>LANCIEN</b> Frédéric	Physiologie
<b>LE CORRE</b> Rozenn	Biologie cellulaire
<b>MIGNEN</b> Olivier	Physiologie
<b>MORIN</b> Vincent	Electronique et informatique

---

**Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)**

---

<b>MERCADIE</b> Lolita	Rhumatologie
------------------------	--------------

---

**Attaché temporaire d'enseignement et de recherche**

---

<b>GUELLEC-LAHAYE</b> Julie Marie Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire
---	-----------------------------------

---

**Professeurs certifiés / agrégés du second degré**

---

<b>MONOT</b> Alain	Français
<b>RIOU</b> Morgan	Anglais

---

**Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)**

---

<b>NGUYENBA</b> Vinh	Anesthésie-réanimation
<b>ROUSSET</b> Jean	Radiologie et imagerie médicale
<b>DULOU</b> Renaud	Neurochirurgie

---

**Maîtres de stage universitaires-référents (Ministère des Armées)**

---

<b>LE COAT</b> Anne	Médecine Générale
<b>SCELLOS</b> Olivia	Médecine Générale

## REMERCIEMENTS :

### ÉCOLE DU VAL DE GRACE

#### **A Monsieur le médecin général Humbert BOISSEAUX**

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

***Officier dans l'Ordre National du Mérite  
Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques***

#### **A Madame le médecin-chef des services hors classe Catherine CRÉACH nom d'usage THIOLET**

Directrice-adjointe de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

***Officier dans l'Ordre National du Mérite***

## **A NOTRE PRESIDENT DE JURY**

**Monsieur le Professeur Christophe LEROYER**

Professeur des universités – Praticien Hospitalier

Chef de service de pneumologie

Chef du département des maladies respiratoires

Centre hospitalier de Brest

*Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir présider notre jury. Pour votre intérêt à l'égard de ce travail, recevez le témoignage de notre profond respect et notre sincère reconnaissance.*

## **A MA DIRECTRICE DE THESE**

**Madame Le Médecin Principal Léopoldine DEBRAY**

Maitre de stage universitaire

Médecin adjoint de la 128<sup>ième</sup> antenne médicale

*Merci de m'avoir fait confiance pour ce travail de thèse. Merci de ton aide et du soutien que tu m'as apporté tout au long de la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir accueillie à l'antenne médicale de l'école de gendarmerie de Châteaulin où j'ai beaucoup appris.*

## **AUX MEMBRES DE NOTRE JURY**

### **Monsieur le Professeur Jean-Dominique DEWITTE**

Professeur des universités – Praticien Hospitalier de Classe Exceptionnelle

Chef du service de santé au travail et des maladies liées à l'environnement

Centre hospitalier universitaire de Brest

*Merci de nous avoir fait l'honneur de co-diriger notre thèse et de siéger dans le jury. Merci de l'intérêt porter à notre travail et de l'aide apportée.*

### **Monsieur le Professeur Brice LODDE**

Maitre de conférences des Universitaires – Praticien hospitalier de 1<sup>ère</sup> classe

Médecin adjoint du service de santé au travail et des maladies liées à l'environnement

Centre hospitalier universitaire de Brest

*Merci de nous avoir fait l'honneur de siéger dans notre jury et de bien vouloir juger notre travail.*

### **Madame le Médecin principal Olivia SCELLOS**

Maitre de stage universitaire-référent

Médecin adjoint de la 189<sup>ième</sup> antenne médicale

*Merci de faire partie du jury de ma thèse, qui marque la fin de mon cursus d'interne que tu as suivi en tant que tutrice. Merci de m'avoir permis de progresser tant humainement que professionnellement pendant ces années.*

**A mon Loulou,**

*Tu auras été ma plus belle rencontre ici, à Brest. Merci d'être là tous les jours de ma vie, de me soutenir, de me réconforter, de me faire rire et surtout de me supporter. Merci de m'avoir accompagnée pendant ces années difficiles et m'avoir permis d'avancer à tes côtés. Je t'aime (pour toute la vie plus quelques jours)*

**A ma maman,**

*Si je suis ici aujourd'hui c'est grâce à toi, grâce à tout ce que tu as fait pour moi et tous les sacrifices que tu as dû faire pour que je réussisse ma vie. J'espère que tu es fière de moi Maman ...*

**A mon frère,**

*Tu es un fou, mais tu as toujours su être là quand j'en avais besoin et tu m'as toujours soutenue. Je t'aime et j'espère qu'on arrivera à garder cette si belle relation qui nous unie.*

**Aux JELD,**

*Estébanine qui a su me supporter pendant quelques années de cohabitation, Daphné qui n'est pas si méchante que ça et Lucile le fin gourmet : merci de tous les merveilleux moments passés avec vous, en espérant qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.*

**A mes copines de toujours,**

*Delph, ma côth qui a toujours été là, Papinou la délicate, Barbie mon hypette et shiki mon trouple : Je vous kiffe les meufs et même si on ne se voit pas aussi souvent que je le voudrais, c'est toujours une joie de vous retrouver pour dauber et bien manger.*

*A Manman, Nono, Cléclé, MAC et Lolo grâce à qui mon année de D4 a été beaucoup plus agréable à vivre.*

**A Justine,**

*Qui malgré la distance est toujours aussi présente dans ma vie, merci d'être là dans les bons comme dans les mauvais moments.*

**Aux « internes de l'ambiance »,**

*Merci d'avoir rendu mon internat plus beau. Je ne vous connaissais pas tous et j'ai découvert des personnes géniales. Je suis ravie d'avoir fait partie de cette joyeuse bande pendant ces trois années.*

**Aux médecins de l'Hôpital d'instruction des Armées Clermont-Tonnerre et aux médecins d'unité de Brest,**

*Merci de m'avoir accompagnée tout au long de cet internat qui n'a pas tous les jours été facile, merci de m'avoir permis de grandir, de progresser et de m'assumer en tant que futur médecin militaire. Merci d'avoir pris du temps pour me permettre d'évoluer et d'être là aujourd'hui.*

*Merci tout particulièrement au Dr Marc Danguy Des Déserts sans qui je n'aurai jamais réussi à faire les statistiques de cette thèse, merci de ton aide.*

# **Table des matières**

<b>Résumé</b> .....	<b>2</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>Matériels et méthodes</b> .....	<b>4</b>
Actions de sensibilisation .....	5
Questionnaires .....	6
<b>Résultats</b> .....	<b>7</b>
Description de la population .....	7
Statut tabagique initial .....	9
Questionnaire intermédiaire.....	10
Statut tabagique final.....	11
<b>Discussion</b> .....	<b>13</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>17</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>18</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>21</b>
Annexe 1 : lettre de présentation.....	21
Annexe 2 : questionnaire initial.....	22
Annexe 3 : questionnaire intermédiaire Mois sans tabac .....	25
Annexe 4 : questionnaire final .....	27
Annexe 5 : recommandation aux auteurs Médecine et Armées 2019 .....	31
<b>Serment d’Hippocrate</b> .....	<b>32</b>
<b>Autorisation d’imprimer</b> .....	<b>33</b>

## Résumé

Impact des actions du « Mois sans tabac » : étude prospective interventionnelle à l'école de gendarmerie de Châteaulin

INTRODUCTION : Le « Mois sans tabac » est une initiative récente visant à aider les fumeurs à se sevrer grâce à une dynamique collective. Notre étude a pour but d'évaluer l'impact des actions menées chez des élèves sous-officiers de gendarmerie en formation entre septembre 2017 et janvier 2018. MATERIEL et METHODES : Quatre compagnies ont été suivies, dont deux ont bénéficié d'actions de sensibilisation. Chaque participant a reçu un questionnaire initial et un final avec une partie médico-biographique et une partie évaluant la dépendance, la motivation à l'arrêt, l'anxiété et dépression. Les compagnies sensibilisées en ont reçu un troisième, un mois après les actions menées, pour évaluer leur ressenti. RESULTATS : Notre population fumait moins que la population générale, elle était peu dépendante et avait une bonne motivation pour arrêter. Il n'y avait pas de troubles anxiodépressifs associés. Les compagnies sensibilisées n'ont pas significativement plus arrêté de fumer et les non-fumeurs ont davantage commencé à fumer chez les non sensibilisés. CONCLUSION : la faible part de fumeurs ne nous permet pas de conclure à un impact significatif sur l'arrêt. Il paraît intéressant, dans une étude de plus grande envergure, de proposer aux non-fumeurs de participer aux actions menées.

Mots clé : arrêt tabac. mois sans tabac. tabagisme dans les armées. smoking cessation. Stopober. military tobacco use

«Impact of the actions of the “November, no smoking month» campaign: a prospective interventional study at Chateaulin Military Police school, France »

INTRODUCTION: The "November, No smoking month" campaign is a recent program created to help smokers quit tobacco through a collective dynamic. Our study aims assessing the impact of the actions carried out for recruits at a Military Police School between 2017, sept and 2018, jan. MATERIALS AND METHODS: Four companies were studied, only two received information dedicated on tobacco cessation. Each patient received an initial and a final survey with a medico-biographical part and a second one detailing dependence, motivation to stop, anxiety and depression. Sensitized companies received a third survey one month after the “no smoking month” to evaluate the different actions. RESULTS: our population smoked less than general population, dependence was low and cessation motivation was good. There were no anxious depressive disorders. Sensitized companies did not quit smoking significantly and more non-smokers started smoking in non-sensitized people. CONCLUSION: the low share of smokers does not allow us to conclude to a significant impact on the judgment. It seems interesting in a larger study to involve non-smokers in the actions.

## **Introduction**

En 2018, la population française comptait un peu moins de 13 millions de fumeurs(1,2). En 2010 le tabagisme concernait 35 % de la population adulte, majoritairement les hommes entre 26 et 34 ans, les chômeurs et les personnes les moins éduquées(3). Il serait responsable de 73 000 décès par an(4), principalement des cancers bronchiques, des pathologies respiratoires chroniques et des maladies cardio-vasculaires (5,6). Il s'agit de la première cause de décès évitable(7). Le sevrage tabagique est donc une priorité de santé publique en termes de mortalité comme de morbidité. Depuis 2016, le mois de novembre est dédié en France à cette cause via la campagne du « Mois sans tabac » (MST) (8,9) délivrant des messages sur les méfaits du tabac et les moyens de sevrage. Nous avons souhaité étudier l'impact des actions proposées dans ce cadre au sein d'une école de gendarmerie afin d'améliorer les pratiques lors des éditions futures.

## **Matériels et méthodes**

Cette étude prospective monocentrique par questionnaires auto-administrés a été menée du 25 septembre 2017 au 4 octobre 2018 auprès de 4 compagnies d'élèves sous-officiers de l'Ecole de gendarmerie de Châteaulin (29), après accord du comité d'éthique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre (1207/HIACT/BLRH/SAG).

L'objectif principal était d'étudier l'efficacité des actions du médecin d'unité dans le cadre de l'aide au sevrage tabagique pendant le MST en évaluant le sevrage tabagique effectif déclaré au bout des neuf mois de formation des élèves gendarmes.

Les objectifs secondaires étaient d'approfondir notre connaissance de l'épidémiologie du tabagisme chez les élèves gendarmes en formation et de mettre en évidence les actions de prévention ayant le plus d'impact à court et moyen terme.

Les critères d'inclusion étaient : être un homme ou une femme entre 18 et 36 ans, volontaire, incorporé(e) à l'Ecole de gendarmerie de Châteaulin pendant les dates d'inclusion et remplir de manière complète les questionnaires proposés.

Les critères d'exclusion étaient l'absence de volontariat, les interruptions de formation quel qu'en soit le motif et tout questionnaire incomplet.

Nous avons choisi d'étudier le tabagisme chez nos élèves du fait du bénéfice reconnu du sevrage tabagique précoce (5), ainsi que de la dynamique de groupe créée par leurs conditions de vie (internat, heures d'études obligatoires, cours collectifs de sport, repas en commun), sur laquelle repose en partie le MST. Des actions de sensibilisation ont également été proposées aux cadres de façon indépendante.

### **Actions de sensibilisation**

Sur ces 4 compagnies, 2 ont été incorporées avant le MST et ont pu être sensibilisées lors des actions menées sur l'école comprenant :

- des réunions en groupe sur la base du volontariat strict. Une information courte (environ 20 minutes) était délivrée sur la dépendance tabagique et les moyens de sevrage, suivie d'une discussion interactive entre l'équipe médicale et les élèves. Des kits d'arrêt de Santé Publique France (commandés sur le site internet du MST à destination des professionnels de santé) étaient également distribués. Les élèves ont pu tester leur taux de monoxyde de carbone grâce à la démonstration et à l'utilisation d'un CO testeur prêté par le médecin tabacologue de l'HIA Clermont-Tonnerre. Ils étaient également informés à cette occasion de la possibilité de bénéficier d'une consultation de tabacologie auprès d'un des médecins, titulaire du diplôme inter-universitaire de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique.

- L'affichage de posters et flyers dans les compagnies et dans les lieux de vie commune (foyer, restauration).

- la distribution en libre-service dans les compagnies de kit d'aide à l'arrêt ainsi que de dépliants d'information.

Les 2 autres compagnies incorporées après le MST n'ont bénéficié d'aucune information dédiée. Leur consommation tabagique a simplement été suivie lors de leur formation afin de servir de référence.

## Questionnaires

Chaque compagnie recevait un auto-questionnaire initial lors de son entrée en école et un final au cours du dernier mois de scolarité. Pour les 2 compagnies ayant bénéficié des actions du MST, un troisième, dit « intermédiaire », leur était distribué un mois après celles-ci (décembre 2017).

Le questionnaire initial comportait une partie socio-biographique, une partie sur la consommation tabagique actuelle et/ou passée puis une partie sur l'évaluation de la consommation tabagique (10,11) à l'aide de deux questionnaires validés (Fagerström et QT Mat) (12–15). L'anxiété et la dépression, souvent associées au tabagisme(16), et qu'il nous semblait pertinent de suivre au cours de la formation militaire, étaient également évaluées via l'échelle HAD.

Le questionnaire était distribué le premier jour de l'incorporation en présence d'un personnel de l'antenne médicale, et un temps dédié lui était consacré pour le remplir. Les élèves recevaient dans le même temps une lettre d'information rappelant l'absence d'impact sur leur formation et leur carrière, la non-utilisation de leurs données de façon nominative, le respect du secret professionnel et la possibilité de s'informer à tout moment via une adresse mail dédiée. Les questionnaires ont été détruits à l'issue de l'étude.

Le questionnaire final comportait une partie commune à tous les élèves où la consommation tabagique et la dépression étaient évaluées. Une sous-partie évaluait à distance le ressenti des élèves gendarmes concernant les actions menées lors du MST. Pour les fumeurs, une dernière sous-partie était proposée avec à nouveau le test de Fagerström et le QT mat. Ce questionnaire était également rempli lors d'un amphithéâtre avec un temps dédié, en présence d'un médecin de l'antenne.

Le questionnaire intermédiaire comportait une partie sur l'évaluation des actions qui leur avaient été proposées ainsi qu'un nouveau point sur leur consommation.

A chaque fois, deux types de « fumeurs » étaient définis : le « fumeur régulier » dont la consommation était d'au moins une cigarette par jour et le « fumeur occasionnel » dont la consommation n'était pas quotidienne et qu'il devait alors préciser.

Le « sevrage tabagique effectif » correspondait à un mois complet sans fumer. La cigarette électronique était considérée comme un moyen de sevrage et les « vapoteurs » considérés comme « non-fumeurs » si cela faisait plus d'un mois qu'ils n'avaient pas fumé de tabac. Les personnes ayant arrêté de fumer depuis moins d'un mois étaient considérées comme en cours de sevrage.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Excel et du site de biostatistique Biostatgv.

Les articles de la bibliographie ont été recherchés dans les bases de données Med Line, Google Scholar, Clinical Key, Scopus, Cochrane Library, EM-Premium, LiSSa et sur les ressources électroniques mises à disposition par la bibliothèque de l'Ecole du Val de Grâce.

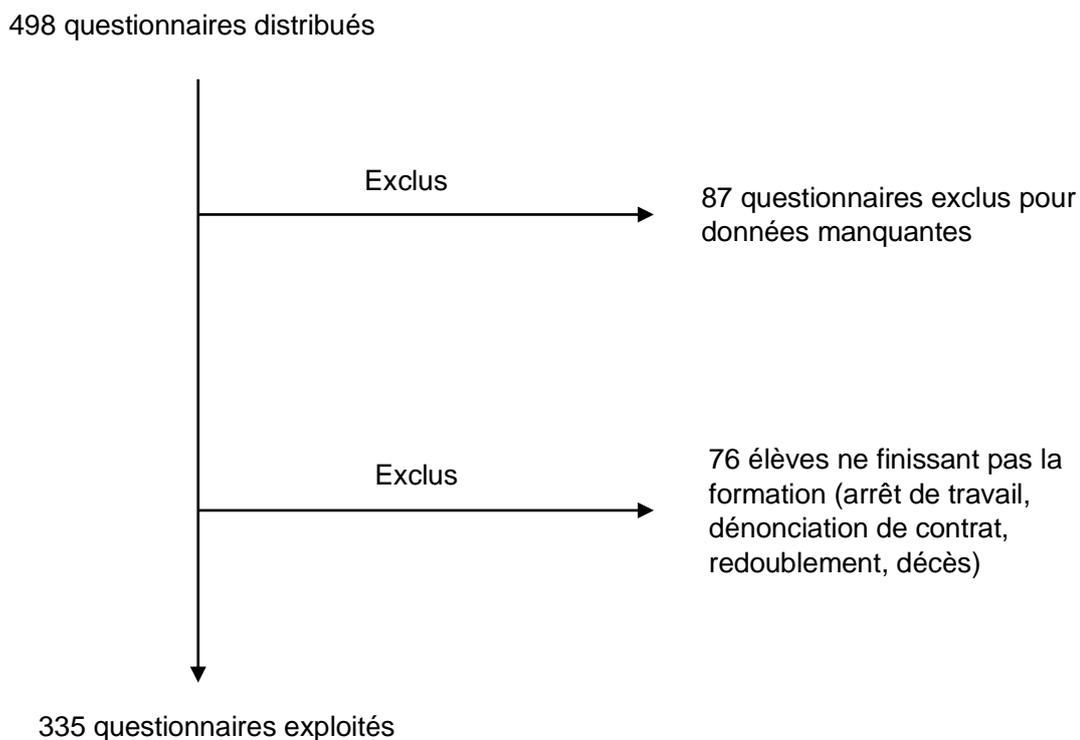
Les mots-clés utilisés ont été : arrêt tabac, mois sans tabac, tabagisme dans les armées, smoking cessation, stopober, military tobacco use. Les articles datant des 15 dernières années ont été retenus. Certains articles, plus anciens, concernant les questionnaires utilisés dans notre étude ont également été retenus.

## **Résultats**

### **Description de la population**

498 questionnaires initiaux ont été distribués. Seuls les sujets ayant répondu dans l'intégralité et correctement à tous les questionnaires qui leur ont été proposés et ayant effectué sans interruption les neuf mois de formation dans une même compagnie ont été retenus. Nous obtenons un échantillon final de 335 élèves soit 67,3% d'inclusion (Figure 1).

Figure 1 : diagramme de flux de l'étude



Les caractéristiques de notre population sont rapportées dans le Tableau I.

Tableau I : caractéristiques de la population

	Population totale (N=335)	Sensibilisés au MST *(N=154)	Non sensibilisés au MST *(N=181)	<i>p</i>
<b>Sexe</b>				
Homme	283	125	158	
Femme	52	29	23	0,12
<b>Niveau d'étude</b>				
Non bachelier	20	7	13	
Bac à bac +2	245	119	126	
Licence et plus	70	28	42	0,27
<b>Heures de sport/semaine</b>				
<1h	3	2	1	
1-3h	102	41	61	
3-6h	134	60	74	
>6h	96	51	45	0,26
<b>Statut tabagique initial</b>				
Fumeur	49	20	29	
Non-fumeur	286	134	152	0,43
<b>Déjà expérimenté le tabac dans leur vie</b>				
Oui	139	61	78	
Non	196	93	103	0,51

\* « MST » : Mois Sans Tabac

Notre population était majoritairement masculine, avec 84% d'hommes et 16% de femmes, ce qui correspond à la répartition-type des élèves dans les compagnies à l'incorporation.

L'âge moyen dans la population sensibilisée au MST était de 23,3 ans  $\pm$  2,8 ans et de 23 ans  $\pm$  2,4 ans dans la population non sensibilisée au MST. L'âge médian était de 23 ans et les âges extrêmes variaient entre 19 et 34 ans. Le niveau scolaire dans nos deux populations était disparate, avec pour la majorité d'entre les élèves un niveau baccalauréat. La quasi-totalité des élèves déclarait au jour de l'incorporation la pratique régulière d'une activité physique, non détaillée, parfois à un niveau que l'on pouvait considérer comme soutenu (6h ou plus par semaine)

## **Statut tabagique initial**

### ***Consommation déclarée***

A l'inclusion, 49 élèves se déclaraient fumeurs (14,6%), 20 faisaient partie des compagnies sensibilisées au MST et 29 n'en faisaient pas partie. La consommation quotidienne moyenne était inférieure à 10 cigarettes pour 40 d'entre eux. Elle était comprise entre 10 et 20 cigarettes par jour pour les autres.

6 femmes (12,2 %) se déclaraient fumeuses dont 1 qui était sensibilisée au sevrage tabagique. 26 élèves non-fumeurs, soit 9,1% des non-fumeurs au début de la formation, déclaraient avoir arrêté de fumer dans les 6 derniers mois dans l'objectif d'intégrer l'école.

### ***Dépendance initiale à la nicotine (Tableau II)***

Elle est nulle pour la quasi-totalité des fumeurs appartenant aux compagnies bénéficiant des messages de sensibilisation, tandis qu'on observe une dépendance faible à moyenne chez un quart des fumeurs appartenant aux compagnies ne les recevant pas.

Tableau II : Niveau de dépendance initial évalué par le test de Fagerström

Niveau de dépendance	Aucune	Faible	Moyenne	Forte
Sensibilisés au MST	18 (90%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)
Non sensibilisés au MST	22 (75,9%)	5 (17,2%)	2 (6,9%)	0 (0%)

### **Motivation initiale à l'arrêt (Tableau III)**

On observe chez les fumeurs qui n'allaient pas recevoir de messages de sensibilisation une répartition un peu plus homogène entre les catégories « insuffisante », moyenne » ou « bonne motivation » par rapport aux fumeurs qui allaient les recevoir.

Tableau III : niveau de motivation initial à l'arrêt évalué par test Q-MAT

Motivation à l'arrêt	Insuffisante	Moyenne	Bonne
Sensibilisés au MST	7 (35%)	10 (50%)	3 (15%)
Non sensibilisés au MST	13 (44,8%)	9 (31,1%)	7 (24,1%)

### **Niveau de dépression et d'anxiété initial (Tableau IV)**

Dans nos deux populations, on constate des niveaux d'anxiété et de dépression très bas au jour de leur incorporation pour la quasi-totalité des fumeurs.

Tableau IV : Niveaux d'anxiété et de dépression initiaux évalués par le questionnaire HAD

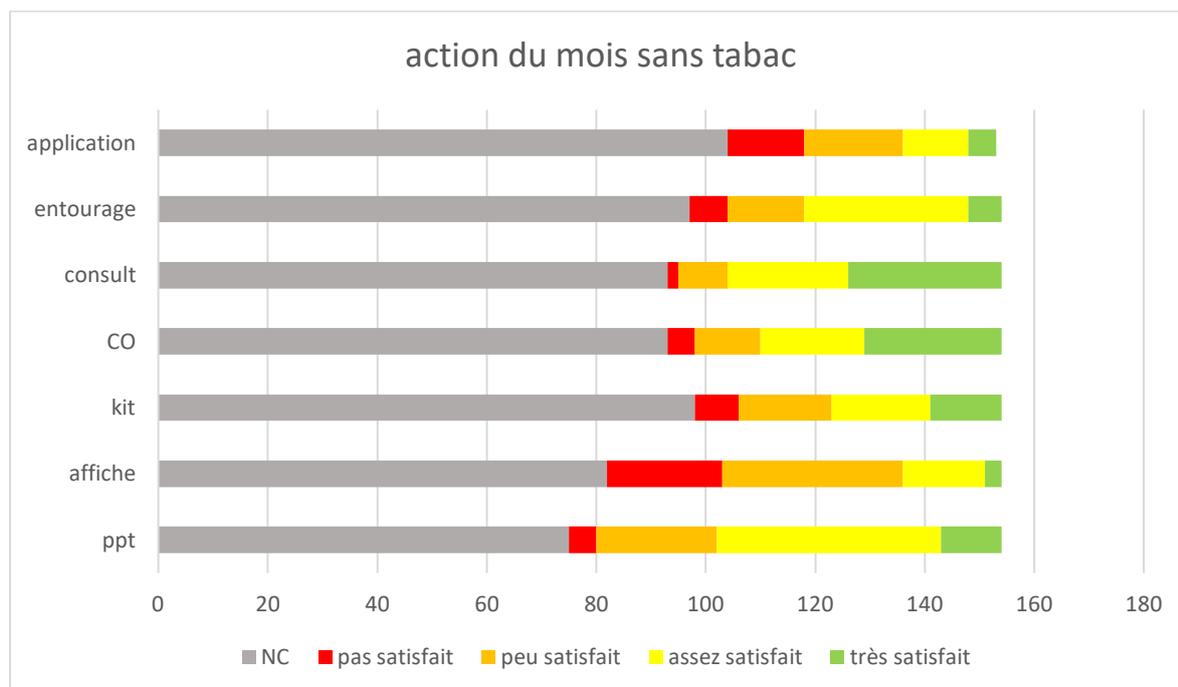
	Absent	Douteux	Certain
Niveau d'anxiété initial			
Sensibilisés au MST	19 (95%)	1 (5%)	0 (0%)
Non sensibilisés au MST	28 (96,5%)	0 (0%)	1 (3,5%)
Niveau de dépression initial			
Sensibilisés au MST	20 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Non sensibilisés au MST	29 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

### **Questionnaire intermédiaire (Figure 2)**

Chez les compagnies sensibilisées au mois sans tabac, soit 154 élèves, 134 (87%) rapportaient déjà connaître le MST alors que 20 ne le connaissaient pas avant les actions proposées. Ils étaient 108 (70,1%) à estimer que cette initiative pouvait avoir un impact sur la consommation tabagique.

Parmi les différentes actions proposées, fumeurs et non-fumeurs ont le plus été satisfaits par la possibilité d'accès à des consultations de tabacologie sur l'école et par l'utilisation du CO testeur même si beaucoup d'entre eux s'estimaient non concernés (NC) puisque non-fumeurs ou n'ayant pas utilisé cette aide.

Figure 2 : appréciation des actions proposées lors du Mois sans tabac



## Statut tabagique final

### *Consommation tabagique déclarée*

A la fin de notre étude, 57 élèves se déclaraient fumeurs réguliers (17% des élèves) : 19 parmi les compagnies ayant bénéficié des actions de prévention et 38 dans les compagnies où la consommation était observée. Sur l'ensemble des fumeurs déclarés, on recensait 10 femmes (soit 17,6%). Un élève déclarait avoir commencé à vapoter.

### *Evolution de la consommation tabagique de l'ensemble des élèves au cours de leur scolarité (Tableau V) :*

La consommation tabagique varie peu au cours de la scolarité. Les personnes ayant commencé à fumer avant toutes déjà fumé et 12 d'entre elles avaient arrêté dans les 6 mois avant leur incorporation. Davantage d'élèves ont recommencé à fumer dans les compagnies n'ayant pas bénéficié de messages de sensibilisation, de façon significative.

Tableau V : évolution de la consommation tabagique entre le début et la fin de l'étude.

	Sensibilisés au MST	Non sensibilisés au MST	<i>p</i>
<b>Parmi les fumeurs</b>			
Arrêt du tabac	3	4	
Poursuite du tabac	17	25	1
<b>Parmi les non-fumeurs</b>			
Rester non-fumeurs	132	139	
Commencer à fumer	2	13	0,02

### ***Niveau de dépendance final (Tableau VI)***

En comparaison avec les scores initiaux, on constate une dépendance déclarée qui augmente dans les deux groupes selon les mêmes tendances : davantage de dépendance faible ou moyenne, aucune dépendance forte.

Tableau VI : Niveau de dépendance final évalué par le test de Fagerström

Niveau de dépendance	Aucune	Faible	Moyenne	Forte
Sensibilisés au MST	14 (73,7%)	3 (15,8%)	2 (10,5%)	0 (0%)
Non sensibilisés au MST	23 (60,5%)	12 (31,6%)	3 (7,9%)	0 (0%)

### ***Niveau final de motivation à l'arrêt (Tableau VII)***

En comparaison avec le début de notre étude, davantage d'élèves déclarent une « bonne » motivation à l'arrêt chez les fumeurs sensibilisés. Chez les témoins, les résultats sont plus difficiles à décrire du fait d'un plus grand nombre de fumeurs à l'issue de la formation. On remarque cependant que le nombre de fumeurs présentant une forte motivation ne varie pas, tandis que celui des fumeurs présentant une motivation moyenne et une motivation nulle progresse.

Tableau VII : niveau de motivation final à l'arrêt évalué par test Q-MAT

Motivation à l'arrêt	Insuffisante	Moyenne	Bonne
Sensibilisés au MST	7 (36,8%)	6 (31,6%)	6 (31,6%)
Non sensibilisés au MST	17 (44,8%)	14 (36,8%)	7 (18,4%)

### ***Niveau d'anxiété et de dépression final (Tableau VIII)***

A l'issue de la formation, on constate que les chiffres sont comparables à ceux du début de la formation : la quasi-totalité des élèves se dit indemne de troubles anxieux ou dépressifs.

Tableau VIII : Niveaux d'anxiété et de dépression finaux évalués par le questionnaire HAD

	Absent	Douteux	Certain
<b>Niveau d'anxiété final</b>			
Sensibilisé au MST	17 (89,5%)	2 (10,5%)	0 (0%)
Non sensibilisés au MST	38 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Niveau de dépression final</b>			
Sensibilisé au MST	19 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Non sensibilisés au MST	37 (97,4%)	0 (0%)	1 (2,6%)

## **Discussion**

Avec une population étudiée de 335 élèves, le taux de réponse de 67,3% est satisfaisant. La première limite repose sur le caractère non-anonyme des questionnaires, qui peut inciter les participants à minorer leur consommation (biais de désirabilité). Le fait de recueillir leur identité nous est apparu nécessaire pour exclure de façon certaine lors de l'analyse finale les élèves n'effectuant pas la totalité de leur scolarité au sein d'une même compagnie. La seconde limite est le faible taux de fumeurs par rapport au taux de fumeurs de la population générale. La dernière limite est que l'arrêt du tabagisme était évalué au moment de la fin de la formation et n'a pas été suivi après car les élèves ont été mutés dans toute la France. Cependant, de nombreuses études considèrent le tabagisme sevré après 6 mois d'arrêt complet (11,17–20). Le MST lui-même se base sur une abstinence d'au moins 30 jours pour multiplier par 5 les chances d'arrêt (21).

Nos résultats ne montrent pas plus d'arrêt du tabac chez les élèves sensibilisés au MST que chez les non sensibilisés. Cela peut venir du fait que nous leur proposons ces actions à un moment particulier de leur vie : ils entrent dans l'institution militaire, un monde qu'ils ne connaissent pas pour la plupart, ils sont loin de leur famille et sont soumis à une pression des résultats tant sportifs que scolaires. Tous ces facteurs peuvent influencer sur la dépendance psycho-comportementale (10) et être un frein au sevrage ou favoriser la reprise du tabagisme. Malgré ce contexte qui pourrait paraître défavorable à l'arrêt du tabac, les élèves semblent à un moment idéal pour essayer d'arrêter : leur dépendance au tabagisme est faible, leur motivation à l'arrêt est plutôt bonne, ils ont peu d'années de tabagisme et ils n'ont pas de

troubles anxiodépressifs associés : tous ces critères font partie de critères prédictifs majeurs à la réussite du sevrage (14,16,22).

A la fin de l'étude, les non-fumeurs non sensibilisés aux actions du MST ont significativement commencé à fumer. Il s'agit en fait d'anciens fumeurs qui ont repris leur consommation. Cette reprise pourrait s'expliquer par le stress lié à leur formation, mais le questionnaire HAD n'en dépiste pas ni au début ni à la fin ; on pourrait envisager que les élèves minorent leurs troubles du fait de la non-anonymisation des questionnaires. La reprise peut aussi s'expliquer par le fait d'être en groupe pour aller fumer et de créer des liens sociaux avec ses camarades.

Une étude rétrospective menée sur des élèves sous-officiers dans la même école en 2015 dans le cadre d'un mémoire de diplôme inter universitaire de tabacologie (23) mettait en évidence une prévalence du tabagisme de 26,5%. Sur la population suivie, presque la moitié des anciens fumeurs avaient rechuté, ce que l'on retrouve, de manière plus marquée, chez notre population non sensibilisée : 32 élèves avaient repris une consommation sur les 42 qui avaient arrêté de fumer dans les 6 derniers mois. Dans cette étude, l'effet de groupe était le facteur le plus cité pour expliquer la rechute, suivi du changement d'environnement et du stress. Quelques sevrages spontanés avaient été recensés lors de cette étude dont le taux est comparable à celui observé chez les non sensibilisés de notre étude.

Les études évaluant l'impact du MST en France restent peu nombreuses. (24–28). Une étude réalisée auprès des agents administratifs et soignants du centre hospitalier de Landerneau (24) entre décembre 2016 et janvier 2017 montrait que 66,7% des fumeurs avaient le projet de se sevrer et 29% avaient diminué ou arrêté totalement leur consommation. Néanmoins, une faible partie d'entre eux (moins de 10%) avaient bénéficié des mesures proposées (délivrance de substituts nicotiques, consultation en tabacologie). Cette étude ayant été réalisée dans un environnement (hôpital) où l'on peut penser que les agents sont réceptifs aux méfaits du tabac, on ne s'étonne dès lors pas que des élèves gendarmes consultent très peu en tabacologie.

En Angleterre, une étude menée en 2014 a montré une augmentation moyenne de 50% des

tentatives d'arrêt lors du " Stoptober" en comparaison des autres mois de l'année, avec un taux d'arrêt attribuable au MST de 4,5%(29). Plusieurs études ont montré l'impact positif du MST sur le nombre de tentatives d'arrêt ou d'arrêts effectifs de l'intoxication tabagique (24,26,27,30). Dans notre étude, nous ne retrouvons pas le même impact positif sur les fumeurs mais nous retrouvons un impact positif sur les anciens fumeurs.

Le taux de fumeurs était de 14,6% au début de la formation et de 17% en fin de formation. L'étude de 2015 retrouvait un taux de 26,5% de fumeurs(23). Ces différences peuvent s'expliquer par notre méthodologie : les auto-questionnaires étaient nominatifs, et la consommation tabagique a pu être minimisée par crainte du jugement ou d'un impact quelconque sur leur aptitude.

Il a été mis en évidence une corrélation inverse entre le niveau d'études et la consommation de tabac (22,31,32). Avec un niveau scolaire majoritairement à baccalauréat et licence, on s'attendait à une prévalence du tabagisme moindre en comparaison avec la population générale (35%) (32). Avec un taux de 14,6%, elle est même particulièrement basse par rapport aux autres Armées (Armée de Terre, Armée de l'air, Marine), où la prévalence moyenne entre 2005 et 2010 était de 48% (33). La plupart des élèves déclarent une activité sportive (loisirs et activité professionnelle) plutôt soutenue, et tous auront pendant leur formation des séances de sport régulières avec des évaluations. La pratique d'une activité physique est significativement associée à un tabagisme faible(34,35). Des études menées chez les militaires rapportent une diminution des performances physiques(36) avec un risque accru de blessure(37,38) avec un retard de cicatrisation(39), une augmentation des arrêts maladies et un risque anxiodépressif (3) majoré chez les fumeurs. Peut-être serait-il opportun de faire de la pratique sportive un des axes de nos actions de sensibilisation lors d'autres éditions.

Les élèves jugent positives les actions proposées pendant le MST. Une majorité d'entre eux, fumeurs comme non-fumeurs, pensait qu'elles pouvaient avoir un impact positif pour aider les fumeurs à s'arrêter. Ceux qui ne le pensaient pas n'ont pas expliqué pourquoi dans les commentaires libres. Ils ont globalement préféré les interventions où des activités étaient proposées, comme les amphithéâtres interactifs ou l'essai du CO testeur. Ils se sont sentis

moins concernés par les actions plus passives (affichage, application). L'accès à des consultations auprès d'un tabacologue a également été apprécié mais très peu d'entre eux en ont bénéficié. Le manque de temps, la peur du jugement, et la nécessité d'un suivi qui est long peuvent avoir été des freins à ces consultations. Lors de l'édition 2016 du MST au sein de la même école, il avait été proposé un challenge du « plus grand nombre d'arrêts » entre les 7 compagnies qui « gagnaient » des quartiers libres. Cette approche ludique, active et avec un bénéfice immédiat semble séduisante ; néanmoins, la dernière revue Cochrane à ce sujet (40) ne pouvait pas conclure de façon certaine sur l'efficacité des concours de renoncement au tabac, par manque d'étude de qualité satisfaisante.

Le MST repose sur le principe de campagne médiatique de masse(41,42) avec mobilisation de nombreuses sources d'informations pour promouvoir les actions menées(9,43,44). Les compagnies sensibilisées avaient déjà incorporé l'école au moment des campagnes médiatiques, et l'accès aux écrans dans l'école est restreint : on peut imaginer que cela contribue à une perte d'informations sur le MST, et donc une moindre efficacité des actions des personnels de santé. De ce fait, il est du rôle de l'antenne médicale de relayer la campagne nationale pour espérer avoir un impact positif sur la consommation tabagique. Lorsque des consultations dédiées aux moyens de sevrage sont mises en place par le médecin généraliste, le taux d'arrêt peut atteindre jusqu'à 33.3 % à un an(11,19,45,46). Il est donc important que les médecins militaires, en particulier ceux diplômés en tabacologie et/ou addictologie, puissent s'investir pleinement dans le MST. Hélas, les contraintes de service des antennes comme des patients sont un obstacle majeur en pratique.

Notre étude s'intéresse seulement à l'addiction au tabac. Or il a été prouvé que souvent il existait des co-addictions, notamment à l'alcool, au cannabis et/ou autres drogues. (3,31,33). Il serait donc intéressant d'évaluer ces co-addictions, au moins celle à l'alcool (les élèves incorporant l'école sous condition d'un test de dépistage urinaire des toxiques datant de moins d'un an) pour permettre une prise en charge plus globale.

Cette campagne est initialement destinée aux fumeurs, même si les non-fumeurs y sont également exposés a minima à travers les médias. A l'école, les élèves, fumeurs ou non,

avaient le choix de participer aux actions proposées et beaucoup de non-fumeurs se sont montrés intéressés. De plus, on peut envisager que cette campagne intéresse les non-fumeurs afin d'aider un proche à arrêter de fumer. Il serait donc peut-être profitable d'étendre les actions du MST à tous les personnels quel que soit le statut tabagique et d'étudier à plus grande échelle l'impact du MST sur la population générale.

## **Conclusion**

L'éducation en santé et la prévention communautaire font partie des compétences génériques du médecin généraliste<sup>1</sup>. Le mois de novembre, via le MST, est donc un moment opportun pour lui de réaliser des actions de prévention et de sensibilisation face au tabagisme : il est le premier recours aux soins de santé primaires. Dans une enceinte militaire, le médecin a un rôle central à jouer face à un public qui peut être éloigné de son médecin traitant habituel et peut avoir un moindre accès aux médias. Notre étude met en évidence que la période de formation militaire initiale semble peu propice à un sevrage, mais que des actions de sensibilisation peuvent être un moyen d'éviter que des non-fumeurs (ou anciens fumeurs) (ré)initient une consommation. Au vu de tous ces éléments, une étude de plus grande envergure, dans toutes les forces armées et un suivi plus long pourraient être intéressants pour mieux adapter les actions du MST au public militaire, et pour mettre en évidence un réel impact sur les tentatives d'arrêt. Enfin, les non-fumeurs pourraient s'avérer de précieux alliés dans l'aide au sevrage tabagique de leurs camarades ; il pourrait être intéressant de leur proposer des actions dédiées visant à leur donner des astuces dans ce but.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

---

<sup>1</sup> <https://www.cnge.fr/>

## **Bibliographie**

1. Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Richard J-B., Arwidson P., Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France: premiers résultats du baromètre santé 2017. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 14-15. mai 2018. 265-273
2. Bourdillon F. Baisse du tabagisme en France : un million de fumeur quotidiens de moins entre 2016 et 2017, un succès pour la santé publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 14-15. Mai 2018. 262-264
3. Haddock CK, Pyle SA, Poston WSC, Bray RM, Stein RJ. Smoking and body weight as markers of fitness for duty among U.S. military personnel. Mil Med. mai 2007;172(5):527-32.
4. Bonaldi C., Andriantafika F., Chyderotis S., Boussa-Zarebska M., Cao B., Benmarhnia T., Gremy I. les décès attribuables en France au tabagisme. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 30-31. octobre 2016. 528-540.
5. Leon ME, Dresler CM. Bénéfices de l'arrêt du tabac. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 27 mai 2008;(21-22):194-7.
6. Miedingera D, Chhajeda PN, Karlib C, Lupib GA. Respiratory symptoms and smoking behaviour in Swiss conscripts. Swiss Medical Weekly. 2006;(136):659-63.
7. Dautzenberg B, Adler M, Garelik D, Loubrieu J-F, Peiffer G, Perriot J, et al. Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique ? Avis d'experts de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) 2014. Revue des Maladies Respiratoires. sept 2014;31(7):641-5.
8. Objectif 10 : Lancer le Programme national de réduction du tabagisme - Les 17 objectifs du Plan | Institut National Du Cancer . [internet][cité 17 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il/Les-17-objectifs-du-Plan/Objectif-10-Lancer-le-Programme-national-de-reduction-du-tabagisme>
9. Guignard R, Smadja O, Mercier A, Mansour C, Davies J, Pasquereau, A., et al. Evaluation protocol of the first Mois sans tabac in France, a national and regional campaign against smoking. Poster présenté à; 2016 oct 31; Seventh EUSPR Conference and Members' Meeting.
10. Underner M, Peiffer G, Perriot J. Prise en charge du tabagisme. Revue des Maladies Respiratoires. sept 2014;6(4):320-34.
11. Pitard A, Lavie E. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. HAS; 2014.
12. heatheron T, Kozlowski L, Frecker R, Fagerström K-O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction. sept 1991;1119-27.
13. Underner M, Le Houezec J, Perriot J, Peiffer G. Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique. Revue des Maladies Respiratoires. avr 2012;29(4):462-74.
14. Etter J-F, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. Addiction. 1 févr 1999;94(2):269-81.

15. Aubin HJ, Lagrue G, Légerin P, Azoulaï G, Pélissolo S, Humbert R, et al. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac ( Q-MAT). *Alcoologie et addictologie*. juin 2004;26(4):311-311.
16. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Haute Autorité de Santé; janvier 2015.
17. Lancaster T, Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis MJ. Prevention of Relapse After Quitting Smoking: A Systematic Review of Trials. *Arch Intern Med*. 24 avr 2006;166(8):828-35.
18. Abdul-Kader J, Airagnes G, D'almeida S, Limousin F, Le Faou A-L. Les outils du sevrage tabagique en 2018. *Revue de Pneumologie clinique*. 1 juin 2018;74(3):160-9.
19. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013
20. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017
21. Fenton K. Stoptober: une campagne d'aide à l'arrêt du tabac en Angleterre. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 6 oct 2016;499-502.
22. Guignard R, Richard J-B, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, et al. Tentative d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec le mois sans tabac : premiers résultats observés dans le baromètre santé 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 29 mai 2018;(14-15):298-303.
23. AUGUSTE B. Epidémiologie du tabagisme chez les élèves gendarmes de l'école de gendarmerie de Châtaulin entre janvier et juillet 2015. 2014.
24. Nagahapitiye M.C., Rozec P., Rosec-Page A.H., Tanguy-Laine K., Dewitte J.D., Pougnet R. Tabagisme chez les agents d'un hôpital et impact de la campagne Novembre, mois sans tabac sur cette population- *Revue de pneumologie clinique*, 01 déc 2018; 74(6):369-374
25. Guignard R, Richard J-B, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, et al. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 en lien avec mois sans tabac: premiers résultats observés dans le baromètre santé 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 29 mai 2018;14-15:298-303.
26. Guignard R, Andler R, Pasquereau A, Smadja O, Wilquin J-L, Gall B, et al. Apports et limites des post-tests pour évaluer les campagnes média: exemple du mois sans tabac. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 29 mai 2018;(14-15):304-9.
27. Guignard R, Pasquereau A, Andler R, Richard J-B, Smadja O, Arwidson P, et al. Mois sans tabac : premiers éléments d'évaluation. *Rencontres de santé publique France*; 2018 mai 30.
28. Sozeau-Mathieu C., Rougier J, Foulhy C. Opération Mois sans tabac, retour d'expérience. *Vocation Sage-Femme*. 1 juill 2017;16(127):18-9.
29. Brown J, Kotz D, Michie S, Stapleton J, Walmsley M, West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? *Drug Alcohol Depend*. 1 févr 2014;135(100):52-8.

30. Arnaud-Douville V, Belliard E, Bertrand J, Bourouma D, Chinon C, Gazaix L, et al. Moi(s) sans tabac : une dynamique collective pour arrêter de fumer ? Module interprofessionnel de santé publique 2017;66.
31. Raynaud V, Michel R, Queyriaux B, Théron-Michel F, Reynaud S, Ollivier L, et al. Conduites addictives dans les unités opérationnelles de la Marine en 2005 ; consommations tabagiques dans les unités. Médecine et armées. févr 2010;38(2):281-8.
32. Beck F., Guignard R., INPES. Prévalence du tabagisme en France et comparaisons internationales. 22 mai 2012
33. Mayet A, Marimoutou C, Haus-Cheymol R, Verret C, Ollivier L, Berger F, et al. Etats des lieux des conduites addictives dans les armées françaises : une méta-analyse des enquêtes de prévalence conduites entre 2005 et 2009. Médecine et armées. 2014;42(2):113-22.
34. Avis relatif aux bénéfices risqués de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. Haut conseil de la santé publique. févr 2016
35. Prochaska JJ, Hall SM, Humfleet G, Muñoz RF, Reus V, Gorecki J, et al. Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: A randomized trial. Preventive Medicine. 1 août 2008;47(2):215-20.
36. Conway TL. Tobacco use and the United States military: a longstanding problem. Tobacco Control. 1 sept 1998;7(3):219-21.
37. Munnoch K, Bridger RS. Smoking and injury in Royal Marines' training. Occup Med (Lond). 1 mai 2007;57(3):214-6.
38. Altarac M, Gardner JW, Popovich RM, Potter R, Knapik JJ, Jones BH. Cigarette smoking and exercise-related injuries among young men and women. American Journal of Preventive Medicine. janv 2000;18(1):96-102.
39. Smith EA, Jahnke S, Poston W, Williams L, Haddock CK, Schroeder S, et al. Is it time for a tobacco-free Military ? The new england journal of Medicine. août 2014;317(7):589-91.
40. Fanshawe TR, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lindson N. Competitions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews février 2019
41. Golechha M. Health Promotion Methods for Smoking Prevention and Cessation: A Comprehensive Review of Effectiveness and the Way Forward. Int J Prev Med 11 janv 2016
42. conférence de consensus arrêt de la consommation du tabac. Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 1998.
43. Guignard R, Pasquereau, A., Andler R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. effectiveness of Mois sans tabac, a french national and regional campaign against smoking. EUSPR conference présenté à; 2018 oct 24; Lisbonne.
44. Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. déc 2012;(182):8.
45. Franco L. Tabagisme : quel rôle pour le médecin généraliste ? Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants. 2003. 157-62
46. Baha M., Boussadi A-A., Le Faou A-L. L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 30-31. 6 oct 2016: 541-547

## **Annexes**

### Annexe 1 : lettre de présentation

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale à l'Hôpital d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre. Afin de valider le troisième cycle de mes études médicales, il me faut soutenir une thèse. J'ai choisi pour thème de cette thèse, sous la direction du Médecin Principal DEBRAY, l'évolution de la consommation de tabac au cours de la formation militaire initiale.

L'objectif étant d'étudier les comportements des fumeurs pour identifier la demande en termes de suivi en tabacologie par un médecin général.

Je me permets donc de solliciter votre participation par les questionnaires ci-joint évaluant la consommation tabagique, la dépendance pharmacologique au tabac et la motivation à l'arrêt. Ces mêmes questionnaires vous seront remis à la fin de votre formation.

Le but n'étant en aucun cas d'établir un jugement de valeur, merci de répondre le plus honnêtement possible aux questions posées.

Vos réponses à ce questionnaire et aux suivants n'auront aucune incidence (positive ou négative) sur votre aptitude ou votre carrière. Ils resteront anonymes.

Je reste à votre disposition pour toutes vos questions, par mail, à l'adresse suivante : these.nehme@hotmail.com

Interne des Hôpitaux des Armées NEHME Jessyca







## THESE DE MEDECINE GENERALE SUR LA CONSOMMATION TABAGIQUE : ACTIONS DU MOIS SANS TABAC

MERCI DE BIEN VOULOIR ENTOURER POUR CHAQUE QUESTION LA REPONSE CORRESPONDANTE ( RECTO/VERSO)

**VOUS :** Nom et Prénom :

### A PROPOS DU MOIS SANS TABAC

- 1) Connaissez-vous le « mois sans tabac ? » OUI NON  
2) Pensez- vous qu'il peut avoir un impact sur l'arrêt de la consommation tabagique ?  
OUI NON  
3) Quelles initiatives vous ont le plus marqué ? Entourez la case correspondante entre 1(pas satisfait), 2(peu satisfait), 3 (assez satisfait), 4 (très satisfait), NC (non concerné(e)) :

- Séance en amphi avec présentation power point
- Affiche dans les compagnies
- Distribution de kit
- CO testeur
- Possibilité de consultation tabacologique
- Aide de l'entourage
- Application mobile

1	2	3	4	NC
1	2	3	4	NC
1	2	3	4	NC
1	2	3	4	NC
1	2	3	4	NC
1	2	3	4	NC
1	2	3	4	NC

### SI VOUS NE FUMIEZ PAS AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION

Avez- vous commencé à fumer ? OUI NON

**Si non :** le questionnaire est terminé, merci d'avoir participé

**Si oui,** votre consommation de cigarette par jour : <5 5-10 10 -20 > 20

- Type de cigarette : industrielle roulée cigarette électronique autre
- Avez- vous envie d'arrêter ? OUI NON
- Seriez-vous intéressé pour bénéficier d'un suivi personnalisé dans le cadre du sevrage tabagique ? OUI NON

### SI VOUS FUMIEZ EN DEBUT DE FORMATION

- 1) Suite au mois sans tabac, avez-vous modifié votre consommation tabagique ? OUI NON  
- **Si non,** jugez-vous les initiatives du mois sans tabac inutiles ? OUI NON  
- **Si oui,** votre consommation: A stoppé A diminué Est égale A augmenté

**Si vous avez arrêté de fumer :**

- 1) Par quel moyen ? : Volonté seule                      Patches de nicotine                      Gomme à la nicotine  
Cigarette électronique                      Consultation tabacologique à l'antenne médicale  
Autre : ..... (*acupuncture, hypnose, homéopathie, autre à préciser*)
- 2) À propos des initiatives du mois sans tabac :
- Vous ont-elles aidé(e) à vous décider d'arrêter de fumer ? OUI                      NON
  - Vous ont-elles appris quelque chose sur les moyens de sevrage ?  
OUI                      NON

**Si vous avez diminué votre consommation :**

- 1) De quelle quantité de cigarette par jour avez-vous diminué : 1-5                      5-10                      > 10
- 2) Avez-vous recours à des substituts nicotiques : OUI                      NON
- Si oui, lesquels : Patch à la nicotine                      Gomme à la nicotine  
Cigarette électronique                      Autre : ..... (*à préciser*)
- 3) À propos des initiatives du mois sans tabac : vous ont-elles aidé à diminuer votre consommation ?  
OUI                      NON

**Si vous avez augmenté votre consommation :**

- 1) De quelle quantité de cigarette par jour : 1-5                      5-10                      >10
- 2) Souhaitez-vous arrêter de fumer ?                      OUI                      NON

LE QUESTIONNAIRE EST MAINTENANT TERMINE. MERCI DE VOTRE PARTICIPATION



J'y prête autant attention que par le passé

11) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place: Oui, c'est tout à fait le cas      Un peu  
Pas tellement      Pas du tout

12) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :  
Autant qu'avant      Un peu moins qu'avant  
Bien moins qu'avant      Presque jamais

13) J'éprouve des sensations soudaines de panique : Vraiment très souvent      Assez souvent  
Pas très souvent      Jamais

14) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de radio ou de télévision :  
Souvent      Parfois      Rarement      Très rarement

## SI VOUS NE FUMIEZ PAS EN DEBUT DE FORMATION

1) Avez- vous commencez à fumer ? OUI      NON

**Si non** : le questionnaire est maintenant terminé, merci d'avoir participé

2) **Si vous avez commencé à fumer**

- Votre consommation de cigarette par jour : < 5    5-10    10-20    >20
- Type de cigarette : industrielle    roulée
- Fumiez-vous avant le début de la formation : OUI    NON
- Avez-vous envie d'arrêter ? OUI    NON
- Seriez-vous intéressé(e) pour bénéficier d'un suivi personnalisé dans le cadre du sevrage tabagique ? OUI    NON

## SI VOUS FUMIEZ EN DEBUT DE FORMATION :

1) Votre consommation tabagique : A été arrêtée      A diminué      Est égale      A augmenté

*En fonction de votre réponse, merci de vous référer au paragraphe correspondant*

Si vous avez arrêté ou diminué votre consommation :

1) Par quel(s) moyen(s) ? : Volonté seule    Patches de nicotine    Gommes à la nicotine    Cigarette électronique    Autre : ..... (*acupuncture, médicament hypnose, ...*)

2) De quelle quantité avez-vous diminué ? : 1-5    5-10    >10

3) Avez-vous fait appel à votre médecin traitant ou médecin d'unité dans votre démarche : OUI    NON

3) Avez – vous bénéficié d'une consultation de tabacologie à l'antenne médicale ? OUI    NON

- Si oui : avez-vous trouvez cette consultation utile ? OUI    NON
- De combien de consultations avez-vous bénéficié ? 1    2    3    4    5    >5
- Si non, pourquoi ? (Manque de temps, pas d'envie, ...) :

4) À propos des initiatives du mois sans tabac : vous ont-elles aidé à diminuer votre consommation ? OUI  
NON

- Lesquelles vous ont le plus motivé ?
- À 6 mois du mois sans tabac, quelles sont les actions dont vous gardez un souvenir et que vous pourriez citer ?

Si vous avez augmenté votre consommation :

1) De quelle quantité de cigarette par jour avez-vous augmenté ? : 1-5    5-10    > 10

2) Avez-vous envie d'arrêter de fumer ? OUI    NON

**SI VOUS ETES ACTUELLEMENT FUMEUR (QUELLE QUE SOIT VOTRE  
CONSOMMATION)  
ENTOUREZ LA BONNE REPONSE (UNE SEULE A CHAQUE QUESTION, RESCTO/VERSO)**

**VOTRE DEPENDANCE A LA NICOTINE**

- 1) Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?  
Dans les 5 minutes    6-30 minutes    31-60 minutes    Plus de 60 minutes
- 2) Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (ex : cinéma, bibliothèques) : Oui    Non
- 3) À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?  
À la première de la journée    À une autre
- 4) Combien de cigarette fumez-vous par jour, en moyenne ?    10 ou moins    11 à 20  
21 à 30    31 ou plus
- 5) Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ? Oui    Non
- 6) Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?  
Oui    Non

VOS MOTIVATIONS A ARRETER DE FUMER

- 1) Pensez-vous que dans 6 mois :
- Vous fumerez toujours ?
  - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?
  - Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ?
  - Vous aurez arrêté de fumer ?
- 2) Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?
- |             |            |
|-------------|------------|
| Pas du tout | Un peu     |
| Beaucoup    | Énormément |
- 3) Pensez-vous que dans 4 semaines :
- Vous fumerez toujours ?
  - Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?
  - Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ?
  - Vous aurez arrêté de fumer ?
- 4) Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?
- |        |               |         |              |
|--------|---------------|---------|--------------|
| Jamais | Quelques fois | Souvent | Très souvent |
|--------|---------------|---------|--------------|

LE QUESTIONNAIRE EST MAINTENANT TERMINE. MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

### RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS 2019

#### Ligne éditoriale.

La ligne éditoriale de la revue « Médecine & Armées » est contenue dans son nom. Elle est destinée à publier des articles originaux scientifiques ou occasionnellement historiques traitant de thèmes concernant tous les aspects de la pratique médicale, pharmaceutique, vétérinaire et paramédicale au sein des Armées. Elle a pour but d'être un organe d'expression scientifique et un trait d'union entre les internes en formation, les praticiens d'active, de réserve ou les anciens praticiens du Service de santé des armées. Sont publiés dans « Médecine et Armées » : des travaux originaux, des revues générales, des articles de pratique médico-militaire, des articles historiques, des thèses articles, des cas cliniques (sous forme quel est votre diagnostic). Des dossiers thématiques peuvent regrouper plusieurs articles traitant d'un thème commun.

#### Présentation du manuscrit.

- Le manuscrit est adressé par E-mail (Internet, Intranet, Lotus).
- Le manuscrit est rédigé :
  - en langue française (sauf exception après accord de la rédaction) ;
  - maximum 32 000 caractères tout compris ;
  - en double interlignage en Times new roman corps 12 ;
  - marge gauche ;
  - paginé.
- La première page :
  - le titre précis et concis sans abréviation, en lettres ;
  - le nom du ou/et des auteurs (six maximum), précédé des initiales du prénom (avec un point et un trait d'union pour les prénoms composés) ;
  - du grade, du titre et de l'adresse affectation de tous les auteurs et co-auteurs ;
  - le nom, l'adresse ; les coordonnées téléphoniques et E-mail du destinataire des correspondances et épreuves à corriger.
- La deuxième page :
  - le titre en français ;
  - le titre en anglais ;
  - le résumé en français (15 lignes maximum sans abréviation, ni référence) ;
  - quatre à cinq mots-clés, classés par ordre alphabétique et séparés d'un point ;
  - le résumé en anglais, précédé du titre et des mots-clés répertoriés.
- Le texte débute à la troisième page :
  - est concis, précis et les événements passés sont décrits au passé composé ;
  - les abréviations sont en nombre limité et exclus du titre et des résumés et sont explicites lors du premier emploi ; le terme entier est précédé de l'abréviation et mise entre parenthèses sans point de séparation lors de la première apparition dans le texte ;
  - les renvois en bas de page ne sont pas acceptés ;
  - la terminologie est respectée (symbole, unité, nombre écrit en chiffres SAUF inférieur à dix-sept, ou lorsqu'il commence une phrase ou lors d'énumérations fréquentes dans le texte, médicaments) ;
  - la présentation est au carré (texte justifié), sans gras ni mot souligné et selon le plan suivant :

#### Chapitre Section Paragraphe Sous paragraphe

– alinéa ; – sous-alinéa, • puce

#### Illustrations.

- sont en nombre limité avec leur légende ;
- numérotées en chiffres arabes (pour les graphiques et photographies) ;
- sont appelés précisément dans le texte, placées entre parenthèses par ordre d'apparition ;
- les photos fournies respectent l'anonymat des patients et sous format JPEG avec l'accord du propriétaire et/ou le copyright.

#### Tableaux.

- sont en nombre limité avec leur légende ;
- numérotés en chiffres romain ;
- sont appelés précisément dans le texte, placés entre parenthèses par ordre d'apparition ;
- doivent se suffire à eux même sans que l'on doive se référer au texte.

#### Les médicaments.

- apparaissent sous leur nom commun (DCI), la première lettre étant une minuscule ;
- sous leur nom de spécialité, la première lettre est alors en majuscule, suivie d'un ®.

#### Les remerciements et les déclarations de conflits d'intérêt.

- sont placés en fin de texte
- l'absence de conflit d'intérêt doit être mentionnée sous la forme : « les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article ».

#### Références bibliographiques.

- elles sont numérotées en chiffres arabes placés entre parenthèses (dans le texte, les tableaux et les figures) dans l'ordre d'apparition ;
- les chiffres sont séparés par une virgule, mais au-delà de deux chiffres successifs seuls les deux extrêmes sont présentés et séparés par un trait d'union.

#### Corps des références bibliographiques selon la convention de Vancouver.

Elles figurent en fin d'article. Strictement limitées aux travaux mentionnés dans le texte et comportent :

##### – à propos d'un article extrait de revue :

- noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six ;
- titre intégral dans la langue de publication (caractères latins) et d'un point ;
- titre de la revue (intégrale ou abrégé),
- année de parution, éventuellement série,
- numéro des premières et dernière pages, abrégée au plus petit chiffre explicite séparés par un trait d'union et point final, sans espace ;

Exemple: 1. Lvovschî V, Aubrun F, Bonnet P, Bouchara A, Bendahou M, Humbert B, et al. Intraveineuse morphine titration to treat severe pain in the ED. Am J Emerg Med 2008;26:676-82.

##### – à propos d'un livre :

- noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six,
- titre intégral dans la langue de publication (caractères latins) et d'un point,
- ville de l'éditeur puis deux points,
- éditeur suivi d'un point virgule,
- année de parution ;

##### – à propos d'un chapitre extrait d'un livre :

- noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six,
- titre du chapitre et point,
- puis « in: » suivi du ou des noms et initiales des prénoms du ou des coordinateurs suivis de « ed » ou « eds » et d'un point,
- titre du livre et point,
- ville : maison d'édition et point-virgule,
- année d'édition et point,
- numéros de la première page et de la dernière abrégée au plus petit chiffre explicite séparés par un trait d'union et point final, sans espace ;

##### – à propos d'une thèse :

- noms de l'auteur en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales,
- titre de la thèse,
- ville suivie de deux points et de l'université puis d'un point virgule,
- année de la thèse et nombre de pages et point final.

##### – à propos de documents électroniques :

- noms de l'auteur si possible,
- titre du document,
- lien internet,
- date de consultation.

#### Comité de lecture.

Les articles sont soumis anonymement pour approbation à la lecture de deux lecteurs membres du comité ou de deux lecteurs choisis pour leur compétence en la matière. Le comité de lecture se réserve le droit de demander un complément de bibliographie. Les textes, publiés ou non, ne sont pas retournés à l'auteur.

#### Correction des épreuves.

L'auteur recevra avant publication, les épreuves sous format PDF soit par mail, soit imprimées de l'article pour approbation finale. Le retour dans les huit jours est impératif soit par mail ou papier. Passé ce délai, le texte sera publié tel quel sous la responsabilité de son auteur.

#### Obligations légales.

Les manuscrits originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure, ni être en cours de publication dans une autre revue. Les opinions, exprimées dans les articles ou reproduites dans les analyses, n'engagent que leurs auteurs, notamment pour les médicaments. Les règles concernant l'exercice du droit d'expression dans les armées doivent être observées, particulièrement lorsqu'il s'agit d'informations nominatives ou protégées. En outre, le respect des dispositions de la loi N°2006-961 du 1<sup>er</sup> août 2006, relative à la propriété littéraire et artistique, s'impose.

Toute correspondance doit être adressée à : M. le rédacteur en chef, secrétariat « Médecine et Armées »  
1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05 – Tél. : 01 40 51 47 44 – E-mail : martine.scherzi@intra.def.gouv.fr

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

***Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »***

NEHME Jessyca – Impact des actions du mois sans tabac : étude prospective interventionnelle à l'école de gendarmerie de Châteaulin  
Th. : Méd. : Brest 2019

**RESUME :**

INTRODUCTION : Le « Mois sans tabac » est une initiative récente visant à aider les fumeurs à se sevrer grâce à une dynamique collective. Notre étude a pour but d'évaluer l'impact des actions menées chez des élèves sous-officiers de gendarmerie en formation entre septembre 2017 et janvier 2018. MATERIEL et METHODES : Quatre compagnies ont été suivies, dont deux ont bénéficié d'actions de sensibilisation. Chaque participant a reçu un questionnaire initial et un final avec une partie médico-biographique et une partie évaluant la dépendance, la motivation à l'arrêt, l'anxiété et dépression. Les compagnies sensibilisées en ont reçu un troisième, un mois après les actions menées, pour évaluer leur ressenti. RESULTATS : Notre population fumait moins que la population générale, elle était peu dépendante et avait une bonne motivation pour arrêter. Il n'y avait pas de troubles anxiodépressifs associés. Les compagnies sensibilisées n'ont pas significativement plus arrêté de fumer et les non-fumeurs ont davantage commencé à fumer chez les non sensibilisés. CONCLUSION : la faible part de fumeurs ne nous permet pas de conclure à un impact significatif sur l'arrêt. Il paraît intéressant, dans une étude de plus grande envergure, de proposer aux non-fumeurs de participer aux actions menées.

**MOTS CLES** : arrêt tabac – mois sans tabac – tabagisme dans les armées

**JURY :**

Président : M. le Professeur LEROYER Christophe

Membres : M. le Professeur DEWITTE Jean-Dominique  
M. le Professeur LODDE Brice  
Mme le Docteur SCellos Olivia  
Mme le Docteur DEBRAY Léopoldine

**DATE DE SOUTENANCE :**

17 septembre 2019