

ACADEMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
U.F.R. DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Année : 2019

N° :

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE
D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

PAR

BERLEMONT François-Xavier

Né le 15-05-1983 à Colombes

Présentée et soutenue publiquement le 24 Janvier 2019

Utilisateurs de la cigarette électronique dans la
Cohorte CONSTANCES : un mode de vie orienté
vers la prévention de santé

Directeur de thèse :

Dr Délia COZZOLINO

Président du jury :

Pr Alain LE BLANCHE

Jury :

Pr Pierre DENYS

Pr Elisabeth DELAROCQUE ASTAGNEAU

Dr Pierre FRANCES

Dr Jovana MARKOV

ACADEMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
U.F.R. DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Année : 2019

N° :

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE
D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

PAR

BERLEMONT François-Xavier

Né le 15-05-1983 à Colombes

Présentée et soutenue publiquement le 24 Janvier 2019

Utilisateurs de la cigarette électronique dans la
Cohorte CONSTANCES : un mode de vie orienté
vers la prévention de santé

Directeur de thèse :

Dr Délia COZZOLINO

Président du jury :

Pr Alain LE BLANCHE

Jury

Pr Pierre DENYS

Pr Elisabeth DELAROCQUE ASTAGNEAU

Dr Pierre FRANCES

Dr Jovana MARKOV

Remerciements

Les auteurs remercient l'équipe de l'UMS 11 Inserm-UVSQ « Cohortes épidémiologiques en population », qui a conçu et qui coordonne la cohorte Constances. Ils remercient également la CNAMTS et les personnels des Centres d'examens de santé de la Sécurité sociale, qui recueillent une grande partie des données, ainsi que la Cnav pour sa contribution à la constitution de la cohorte et ClinSearch, Asqualab et Eurocell qui assurent le contrôle de qualité.

Depuis l'origine, la cohorte Constances a bénéficié du soutien et d'un financement de la CNAMTS. Elle a également reçu des financements complémentaires de la Direction générale de la santé, de la Région Ile de France et du TGIR « Cohortes » IReSP-ISP Inserm (Ministère de la santé et des sports, Ministère délégué à la recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national du cancer et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). La cohorte Constances est une « Infrastructure nationale en Biologie et Santé » et bénéficie d'un financement ANR (ANR-11-INBS-0002). Elle reçoit également une contribution financière de MSD, AstraZeneca et Lundbeck.

The authors thank the Inserm-Versailles Saint Quentin en Yvelines University "Epidemiological Population-Based Cohorts Unit" (UMS 11) who designed and is in charge of the Constances Cohort Study. They also thank the "Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés" (CNAMTS) and the "Centres d'examens de santé » of the French Social Security which are collecting a large part of the data, as well as the "Caisse nationale d'assurance vieillesse", ClinSearch, Asqualab and Eurocell in charge of the data quality control.

The Constances Cohort Study was supported and funded by the Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). It also received a financial support from the Ministry of Health, the Council of the Ile de France Region, and by the Cohorts TGIR IReSP-ISP INSERM (Ministère de la santé et des sports, Ministère délégué à la recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national du cancer et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). The Constances Cohort Study is an « Infrastructure nationale en Biologie et Santé » and benefits from a grant from ANR (ANR-11-INBS-0002). Constances is also partly funded by MSD, AstraZeneca and Lundbeck.

*À Madame le Docteur Délia COZZOLINO,
Pour avoir accepté de diriger ce travail et m'avoir guidé de l'élaboration de la question de recherche jusqu'à la conclusion. Je vous remercie pour vos conseils et votre disponibilité. Veuillez recevoir l'expression de ma plus sincère amitié.*

*À Monsieur le Professeur Alain LE BLANCHE,
Pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma plus profonde gratitude*

*À Monsieur le Professeur Michel VILLIERS-MORIAME,
Pour votre soutien et l'aide que vous m'avez apportée sur cette année de validation de mon DES de médecine générale. Je vous exprime par ces mots ma plus grande gratitude.*

*À Madame le Docteur Marie ZINS et Madame Céline RIBET,
Pour m'avoir accueilli au sein des locaux de l'INSERM et m'avoir permis de réaliser ce travail.*

*À Monsieur le Docteur Philippe BOISNAULT,
Pour m'avoir permis d'entrer dans le groupe de travail autour de la cohorte CONSTANCES.*

*À Monsieur le Docteur Frédéric CHEVALLIER,
Pour vos conseils et votre aide en bio statistique qui ont été précieux à tout le groupe de travail autour de CONSTANCES.*

*À Monsieur le Docteur Omid AMIR MOAZAMI,
Pour votre bonne humeur tout au long des réunions du groupe de travail et de vos précieux conseils sur l'utilisation des différents matériels de bibliographie à notre disposition.*

*À tout le groupe de travail de la SFMG,
Merci pour ces longues heures de discussion autour de tous les sujets possibles et imaginables dans l'élaboration d'une thèse et de partage du travail de chacun afin que tout le monde puisse avancer dans son travail de recherche.*

*À Monsieur le Docteur Xavier WATELET,
Pour votre accueil au sein de votre cabinet et m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.*

*À mes parents,
Pour leur indéfectible soutien tout au long de ces années d'étude. Mille fois merci.*

*À mes amis, Audrey et Cédric,
Pour votre présence à mes côtés et pour avoir partagé mes coups durs.*

*À Monsieur le Docteur Vincent LORMIER, Madame le Docteur Anne-Catherine DUCHOLET, Madame le Docteur Muriel DEMONFAUCON et Madame le Docteur Mélanie BUSSCHAERT,
Pour votre accueil au sein du cabinet médical de Septeuil.*

Table des matières

Remerciements	2
Abréviations.....	7
La cigarette électronique	8
Justification et objectif	10
Matériel et méthode.....	12
I - Cigarette électronique : situation actuelle.....	14
A - Généralités	14
Caractéristiques du produit	14
Le marché en France	15
La législation française.....	16
Thérapeutiques d'aide à l'arrêt du tabac	17
B - Etat des connaissances scientifiques	19
Aspects négatifs.....	19
Aspects positifs	20
C - Hygiène de vie et dépistage	22
II - Les modes de vie des fumeurs et des vapoteurs	24
A - Méthode.....	24
Outil de recueil de données : la cohorte CONSTANCES	24
Processus d'extraction des données.....	26
Populations étudiées : critères d'inclusion et d'exclusion	27
Les variables expliquées.....	29
Méthode statistique	35
B - Recueil et description des réponses	37
Population étudiée	37
Population de référence : Consommateurs de tabac	38
Population de consommateurs de cigarette électronique.....	39
Population de consommateurs mixtes	40
III - Vapoteurs et fumeurs : analyse des modes de vie.....	41
A - Analyse univariée vapoteurs versus fumeurs	41
Appréciation de l'état de santé générale	41
Activité physique	42
Habitudes alimentaires.....	43
Sommeil.....	46
Prévention vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles	47

Consommation de cannabis.....	48
Consommation de boissons alcoolisées	49
Santé des femmes	50
B - Analyse univariée consommateurs mixtes versus fumeurs	52
Appréciation de l'état de santé générale	52
Activité physique	53
Habitudes alimentaires.....	54
Sommeil.....	58
Prévention vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles	59
Consommation de cannabis.....	61
Consommation de boissons alcoolisées	62
Santé des femmes	63
C - Analyse multivariée vapoteurs versus fumeurs	65
Appréciation de l'état de santé générale	65
Habitudes alimentaires.....	66
Sommeil.....	68
Prévention vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles	69
Consommation de cannabis.....	70
Consommation d'alcool.....	71
Santé des femmes	72
D - Analyse multivariée consommateurs mixtes versus fumeurs	73
Appréciation de l'état de santé générale	73
Activité physique	74
Habitudes alimentaires.....	75
Sommeil.....	78
Prévention vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles	80
Consommation de cannabis.....	81
Consommation d'alcool.....	82
Santé des femmes	83
Discussion	84
Principaux résultats	84
Forces et faiblesses de l'étude	90
Les motivations des utilisateurs de la cigarette électronique.....	91
L'addiction à la cigarette électronique	93
Cigarette électronique et autres addictions	94

Vapoteurs et messages délivrés par les professionnels de santé	95
L'avenir de la cigarette électronique en France	97
Conclusion.....	99
Conclusion générale.....	101
Annexes	103
Annexe A :	103
Annexe B :	104
Annexe C :	136
Annexe D :	150
Annexe E :	151
Annexe F :	158
Annexe G :	165
Annexe H :	172
Bibliographie.....	179
Résumé	187
Abstract	188

Abréviations

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
BMJ : British Medical Journal
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CES : centres d'examens de santé
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
Cnav : Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés.
CONSTANCES : CONSulTANTs des Centres d'Examens de Santé
CVF : Capacité vitale fonctionnelle
ECLAT : EffiCiency and Safety of an eLectronic cigAreTte
ETINCEL : Enquête téléphonique pour l'information sur la cigarette électronique
FDA : Food and Drug Administration
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : Hypertension Artérielle
IMC : index de masse corporelle
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MPOWER : Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OFT : Office Français de prévention du Tabagisme
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RSA : Revenu de Solidarité Active
SFMG : Société Française de Médecine Générale
SNGC : Système National de Gestion des Carrières
SNIIR-AM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
THC : Tetrahydrocannabinol
TNS : Traitement Nicotinique de Substitution
VEMS : Volume Expiratoire Maximal par Seconde
WHO FCTC : World Health Organization Framework convention on Tobacco Control

La cigarette électronique

Le tabagisme est un problème de santé publique en France et globalement dans le monde. Il s'agit de la première cause de décès évitable et un facteur de risque majeur de maladie non contagieuse (cardiopathie, cancer du poumon, etc.) et infectieuse (pneumopathie)(1,2). La consommation de tabac est responsable du décès de 12% des hommes et de 6% des femmes dans le monde(3). Le nombre de décès annuels liés au tabac s'élèvent actuellement à 7 millions selon l'OMS(4).

Au cours du XXe siècle, le tabac a été directement responsable de 20 millions de décès et les prédictions sont de un milliard pour le XXIe siècle si la situation ne s'améliore pas(5).

Pour lutter contre ce fléau, de nombreuses politiques de santé publique ont été mises en place à travers le monde ayant principalement pour origine la WHO FCTC(6). En 2008, l'OMS publie le programme MPOWER comprenant 6 mesures destinées à enrayer le tabagisme(7). Ce programme a permis de faire baisser le tabagisme de 2.5% en 10 ans dans 126 pays(4).

Ces mesures sont :

Monitor : Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention.

Protect : Protéger la population contre la fumée du tabac.

Offer : Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac.

Warn : Mettre en garde contre les dangers du tabagisme.

Enforce : Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage.

Raise : Augmenter les taxes sur le tabac.

L'aide offerte à ceux qui veulent renoncer au tabac est multiple. Elle comprend l'intégration du sevrage tabagique dans les soins de santé primaire (conseils donnés aux fumeurs par les professionnels de santé), les services téléphoniques d'aide au sevrage tabagique, l'aide des pouvoirs publics au traitement de la dépendance tabagique (politiques antitabac) et les traitements pharmacologiques (thérapie de substitution à base de nicotine, le bupropion, la varénicline) et non pharmacologiques(7).

Depuis quelques années, un nouveau produit délivrant de la nicotine est arrivé sur le marché : la cigarette électronique. Ce dispositif est constitué de plusieurs éléments : une batterie, un atomiseur qui contient une résistance qui va vaporiser le liquide, un réservoir contenant le liquide et un embout buccal.

Le concept a été inventé par l'Américain Herbert A. Gilbert. Il dépose un brevet le 17 août 1965 décrivant une cigarette sans fumée remplaçant le tabac et le papier par de l'air chauffé et aromatisé(8). Cependant ce produit ne dépassera pas le stade de prototype, son accueil auprès du public étant jugé mauvais, le dispositif n'émettant aucune fumée.

C'est en 2003 que le pharmacien chinois Hon Lik invente une cigarette électronique vaporisant un liquide constitué de propylène glycol et de nicotine. Il dépose le brevet

en 2005 et s'associe avec la Golden Dragon Holdings pour commercialiser son produit. Ce dispositif est très différent de la cigarette électronique que nous connaissons aujourd'hui. Il utilise un système d'ultrasons émis par un actuateur piézoélectrique pour vaporiser le liquide(9). Il s'agit de la cigarette électronique de première génération.

La seconde génération utilisant la résistance chauffante que nous connaissons aujourd'hui a été inventée en 2009 par le médecin chinois David Yunqiang Xiu(10).

La cigarette électronique de troisième génération, appelée mod, diffère principalement par sa forme, des batteries de très grande capacité ainsi que d'un système d'étanchéité amélioré. L'utilisateur a également la possibilité de régler lui-même son dispositif (voltage, résistance, intensité).

Le liquide est principalement constitué de propylène glycol et/ou de glycérine végétale, de nicotine et de produits aromatiques.

Ces deux dernières versions séduisent de plus en plus de fumeurs à travers le monde et le nombre d'utilisateur ne cesse d'augmenter depuis leurs débuts. Le nombre exact de consommateurs en France est difficilement évaluable, 12 millions de personnes auraient essayé la cigarette électronique et environ 1.5 million de personnes seraient des vapoteurs quotidiens(11). Cette tendance s'explique principalement par la notion d'innocuité de la cigarette électronique comparativement à la cigarette classique(12). Les vapoteurs rapportent de multiples raisons dans leur choix de faire usage de la cigarette électronique telles qu'une volonté de diminuer leur consommation de tabac, une toxicité plus faible que le tabac et une amélioration de la santé(13,14).

Légalement, la cigarette électronique est encadrée en Europe par l'article 20 de la Directive 2014/40/UE du parlement européen et du conseil du 3 avril 2014. Par cette directive, les flacons de recharge sont limités à un volume maximal de 10 millilitres de liquide et une concentration en nicotine maximale de 20 milligrammes par millilitre. La composition du liquide est également encadrée avec la limitation des additifs. Les réservoirs sont limités à une contenance de 2 millilitres(15).

Les pays de l'Union Européenne sont libres de légiférer sur le statut de ce produit. En Belgique, les liquides contenant de la nicotine sont vendus en pharmacie au même titre que les autres produits de substitution. Les liquides sans nicotine sont vendus en vente libre.

En France, la cigarette électronique est encadrée par les articles L3513-1 à L3513-19 du code de la santé publique. La publicité, hormis dans les lieux de vente et sur les sites internet spécialisés et la vente aux mineurs sont interdits. Les lieux d'utilisation sont limités au même titre que les autres produits du tabac. La directive européenne 2014/40/UE y est reprise pour application(16).

Justification et objectif

Globalement dans le monde, la communauté scientifique médicale est divisée sur le sujet de la cigarette électronique. Est-ce un produit dangereux pour la santé? Est-ce un bon substitut nicotinique? Faut-il ou non la conseiller aux fumeurs qui désirent se sevrer?

Dans son dernier rapport lors de la Conférence des Parties à la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en octobre 2014, l'organisation incite à interdire les allégations à visée sanitaire, l'utilisation dans les lieux publics et la publicité(17).

La FDA aux Etats-Unis, qui était initialement très réticente à l'importation et la commercialisation de la cigarette électronique, a déclaré en juillet 2017 encourager les nouveaux produits potentiellement bénéfiques à la santé publique dont la cigarette électronique(18).

En Angleterre, le Royal College of Physicians déclare dans son rapport du 28 avril 2016 que la cigarette électronique doit être reconnue au même titre que les autres produits de substitution déjà utilisés et un rapport du Public Health England de 2015 encourage les services d'aide à l'arrêt du tabac à utiliser la cigarette électronique(19,20).

En France, le Haut Conseil de Santé publique, dans son avis du 22 février 2016, recommande d'informer les professionnels de santé que la cigarette électronique est un outil d'aide à l'arrêt du tabac et invite à une réflexion sur la création d'une cigarette électronique « médicalisée »(21). La Fédération Française d'Addictologie va dans ce sens avec sa prise de position du 15 novembre 2017 via une association membre, l'ANPAA(22).

À ce jour, de nombreuses publications montrent les bienfaits que la cigarette électronique apporte aux fumeurs : baisse ou arrêt de la consommation de tabac, amélioration de la condition physique et de pathologies chroniques préexistantes(12,14,23–27). Il est également rapporté des avantages autres que concernant la santé : toxicité moindre pour l'entourage, produit moins cher que le tabac, meilleure hygiène (absence de cendres, etc.)(26).

Néanmoins il n'existe pas que des avantages à l'utilisation de ce nouveau produit. Certains vapoteurs ou anciens vapoteurs rapportent des problèmes de déshydratation de la sphère oro-pharyngée, une aggravation de leur condition respiratoire (asthme), des maux de tête, des gingivites voire des saignements et une augmentation du rythme cardiaque(26).

La toxicité de certains arômes contenus dans les liquides de cigarette électronique a également été soulignée. Cette toxicité induit un stress oxydatif et serait responsable d'apparition de cancers chez les consommateurs(28–31).

Toutes ces données amènent à penser que la cigarette électronique est globalement un moyen moins toxique de consommer de la nicotine comparativement à la consommation de tabac mais n'est cependant pas dénuée de risque. La totalité des

études et enquêtes à ce jour admettent dans leur conclusion qu'il y a toujours un manque de donnée quant à la toxicité à long terme du dispositif et que d'autres études sont nécessaires afin de conclure.

Les personnes qui consomment la cigarette électronique sont dans une période où ils font attention à leur santé et peuvent donc être réceptifs à d'autres messages visant à l'améliorer. Prennent-ils d'autres mesures dans cet objectif? Si c'est le cas, ces personnes pourraient être réceptives à des messages de prévention portant sur d'autres sujets que le tabagisme et ces messages pourraient être inclus dans les produits de vente de cigarette électronique.

Il n'existe pas de position consensuelle des médecins généralistes et des médecins spécialistes en tabacologie sur le sujet. En cas de volonté d'arrêt du tabac, la prise en charge se base toujours sur les modalités préconisées par l'OMS. L'utilisation ou non de la cigarette électronique dans l'arsenal substitutif reste à l'initiative du médecin.

Ma recherche bibliographique, principalement sur PubMed, en utilisant les termes « vaping », « e-cigarette », « electronic cigarette » et « e-smoking » m'a permis de lire un nombre important de publication sur le sujet de la cigarette électronique. Les études qui décrivent le profil des vapoteurs sont nombreuses mais aucune n'aborde la question de la prévention vis-à-vis d'autres sujets de santé que le tabagisme.

Les vapoteurs choisissent ce mode de consommation de nicotine principalement dans l'objectif de réduire les risques liés au tabac et, par conséquent, d'améliorer leur santé. Dans ce même objectif, d'autres mesures peuvent être prises : manger moins de sel, manger moins de matière grasse, faire attention à sa consommation d'alcool, ne pas consommer de cannabis, faire de l'activité physique, faire attention à sa qualité et quantité de sommeil, faire le dépistage VIH, et, pour les femmes, faire plus régulièrement leur dépistage de cancer du sein et cancer du col de l'utérus. Toutes ces mesures ont montré qu'elles permettaient de diminuer et la morbidité et la mortalité dans la population générale.

A travers ce travail, nous voulons répondre à cette question de recherche : Y a-t-il un lien entre utiliser la cigarette électronique et adopter une meilleure hygiène de vie comparativement à des consommateurs de tabac?

Les vapoteurs étant dans une démarche de diminution des risques liés au tabac, notre hypothèse est qu'ils prennent d'autres mesures afin d'améliorer leur santé.

Matériel et méthode

CONSTANCES est une cohorte en population nationale française dont le lancement officiel a eu lieu le 7 mars 2013 sous la direction du Professeur Marcel Goldberg et des Docteurs Marie Zins et Lisa Berkman. CONSTANCES est actuellement la seule cohorte en population généraliste active en France et également la plus grande. Elle a pour objectif, à terme, de réunir un effectif de 200,000 personnes. L'inclusion, graduelle sur 7 ans, est faite via la CNAMTS et la Cnav.

Le recrutement des personnes se fait par tirage au sort et est toujours en cours. Il concerne des personnes âgées de 18 à 69 ans. La cohorte comprend au moment de la rédaction de cette thèse 190 000 participants. Les sujets sélectionnés, lorsqu'ils sont volontaires pour participer à la cohorte, et après avoir rempli un formulaire de consentement (Annexe A), reçoivent un questionnaire d'inclusion, sont convoqués au CES pour un examen usuel, un bilan physique et cognitif pour les sujets de 45 ans et plus. Une biobanque est également en cours de création avec des échantillons de sang et d'urine. Le groupe est représentatif de la population adulte française. Actuellement 21 CES participent à CONSTANCES. Le suivi se fait par un questionnaire annuel et un examen clinique et biologique dans les CES tous les 3 à 5 ans. Un appariement annuel est également fait avec les bases de données nationales que sont le SNIIR-AM et le PMSI pour les données médico-administratives, la Cnav pour les données de trajectoire socioprofessionnelle et l'INSERM pour les causes de décès(32).

Les informations sont rassemblées dans une base de données afin de remplir plusieurs objectifs qui sont « d'identifier des facteurs étiologiques, quantifier leur rôle et analyser les interactions, de décrire l'histoire naturelle des maladies, d'identifier des bio marqueurs précoces prédicteurs de la survenue de maladies et de décrire les trajectoires de prévention et de soins, les comportements et l'observance des traitements dans la vraie vie »(32).

Les questionnaires et examens de santé d'inclusion de CONSTANCES comprennent 7 parties majeures qui sont « mode de vie et santé », « santé des femmes », « expositions professionnelles », « questionnaire médical », « recueil para clinique », « tests cognitifs et fonctionnels » et « calendrier professionnel ».

Bien que la cigarette électronique ne faisait pas partie du questionnaire initial de 2012, le sujet a été discuté en 2013 puis ajouté au questionnaire d'inclusion et de suivi en 2015(33).

Actuellement, environ 70 études sont conduites en s'appuyant sur les données recueillies à partir de la cohorte. L'une d'entre elle s'intéresse à la cigarette électronique : Cig-ElecTra - Cigarette électronique et historique tabagique des fumeurs, dirigée par le Dr Marie Zins(33).

Au vu de la récente apparition de la cigarette électronique dans CONSTANCES, je vais principalement m'appuyer sur les résultats du questionnaire d'inclusion de 2015 qui a servi pour l'inclusion des sujets de 2016.

Parmi les sections des questionnaires d'inclusion, mon attention se porte particulièrement sur les parties « mode de vie et santé » et « santé de la femme » qui regroupent plusieurs données sur l'état de santé général, l'activité physique, l'alimentation, le sommeil, la sexualité, la consommation de tabac, la consommation de cannabis, la consommation d'alcool et les dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus chez la femme (Annexe B et C).

CONSTANCES possède également une partie traitant du profil socio-économique des sujets. Cependant ce sujet ne sera pas abordé du fait du biais de sélection inhérent à la cohorte. Tous les sujets inclus sont affiliés au régime général de la sécurité sociale. Sont ainsi exclus de la cohorte toutes les professions qui ne dépendent pas de ce régime (commerçants, artisans, agriculteurs, etc.).

A partir des données recueillies, deux populations seront analysées par rapport à une population de référence. Une population de fumeurs est constituée afin d'être la population de référence. Une population de vapoteurs et une population de consommateurs mixtes sont comparées à la population de référence. J'ai réalisé une étude quantitative transversale descriptive. Cette étude débute par une analyse univariée afin de faire ressortir les variables significativement différentes entre les populations étudiées et la population de référence puis, après une analyse de corrélation afin de ne garder que les variables indépendantes entre elles, est réalisée une analyse multivariée. Le but est de conclure si oui ou non il existe un lien entre vapoter et mettre en œuvre d'autres mesures de prévention de santé indépendamment de la consommation de nicotine comparativement à des fumeurs.

I - Cigarette électronique : situation actuelle

A - Généralités

Caractéristiques du produit

La cigarette électronique est le premier produit de la famille des dispositifs électroniques de délivrance de nicotine (Electronic Nicotine Delivery System « ENDS » en anglais). Il en existe de première, seconde et troisième génération. Elle est constituée de 4 parties distinctes.

La batterie est constituée d'un ou plusieurs accumulateurs dans un bloc et équipée d'un module électronique de régulation et de protection. Lorsque cet ensemble est démontable on parle de mod. Les accumulateurs sont presque exclusivement de technologie Lithium-ion.

L'atomiseur est la partie qui va chauffer le liquide afin de générer l'aérosol. Il est composé d'un fil résistif en nichrome, kanthal, acier inoxydable, nickel ou titane qui entoure une mèche qui peut être en fibre de silice, en coton ou en grille de tamis fin ou bien une bourre. La mèche ou la bourre ont pour fonction de stocker le liquide et de l'amener par capillarité à la résistance. Avant l'arrivée des recharges, l'alimentation en liquide se faisait à l'aide d'une cartouche interchangeable imbibée. L'ensemble (résistance et cartouche) est appelé cartomiseur. Avec le système de recharge de liquide, les clearomiseurs sont apparus, remplaçant la cartouche par un réservoir. Ce système permet de changer la résistance ou le réservoir indépendamment l'un de l'autre.

Le réservoir est la partie qui contient le liquide soit sous forme de cartouche pré-remplie à usage unique soit sous forme de réservoir à remplir.

L'embout buccal est la partie en contact avec la bouche du consommateur, souvent en plastique. C'est par là que l'aérosol est aspiré.

Le liquide (appelé également e-liquide) est un mélange de propylène glycol et/ou de glycérine végétale additionné parfois d'alcool et/ou d'eau, d'arômes issus de l'industrie alimentaire et de nicotine à des concentrations variant entre 0 et 36mg/ml.

Les utilisateurs de ce produit sont appelés des vapoteurs du fait que la fumée qu'ils inspirent et expirent est plus apparentée à de la vapeur d'eau qu'à de la fumée de tabac.

Le marché en France

Apparue en France à la fin des années 2000, la cigarette électronique connaît depuis une diffusion croissante. En 2012, 66% des Français connaissaient son existence et fin 2013, 18% des 15-75 ans l'avaient déjà expérimentée(34). En novembre 2013, 88% des Français connaissent la cigarette électronique(35).

Fin 2013, 18% des personnes interrogées dans l'enquête ETINCEL-OFDT déclarent avoir utilisé au moins une fois le dispositif, soit 2.5 fois plus qu'en mars 2012. 51% des fumeurs déclarent l'avoir essayé alors qu'ils ne sont que 12% chez les ex-fumeurs et 3.5% chez les non fumeurs.

En classant par tranche d'âge, toujours d'après l'enquête ETINCEL-OFDT, on compte parmi ces personnes interrogées, tous usages confondus (expérimentation, usage récent et usage quotidien), 41% des 15-24 ans, 36% des 25-34 ans, 33% des 35-44 ans, 26% des 45-54 ans, 16% des 55-64 ans et 10% des 65-75 ans. 3.3% des Français utiliseraient la cigarette électronique quotidiennement soit entre 1.1 et 1.9 millions de personnes. Parmi ceux-ci, 2 sur 3 seraient des consommateurs mixtes (tabac et cigarette électronique)(35).

Le bulletin épidémiologique paru le 30 mai 2017 signale une baisse de la prévalence d'usage de 5.9% à 3.3% par rapport à 2014. Il note également une baisse de l'usage de quotidien de 2.9% à 2.5%. Il souligne enfin une baisse de la consommation importante chez les 15-24 ans de 2.1% à 1.2% pouvant être interprété, selon les auteurs, comme un phénomène de mode qui s'estompe(36).

Les vapoteurs français (fumeurs et ex fumeurs) invoquent les mêmes motivations retrouvées dans les études internationales. La première est l'aide au sevrage tabagique, suivie par la dépendance à la nicotine puis la toxicité réduite par rapport aux produits du tabac et le prix. Ils invoquent également des raisons sociales (ne pas déranger l'entourage, utilisation dans les lieux où le tabac est proscrit)(34). Il n'y a pas de chiffre à ce jour en France sur le taux d'arrêt du tabac à un an avec ce dispositif en comparaison avec l'utilisation des TNS.

Le chiffre d'affaire de ce marché était évalué en 2015 à 355 millions d'euros contre 395 millions en 2014.

La législation française

En France, La cigarette électronique et le vapotage en général sont encadrés par les articles L3513-1 à L-3513-19 du code de la santé publique. Ces articles datent du 19 mai 2016.

La publicité directe ou indirecte en faveur des produits de vapotage est interdite à l'exception des affichettes disposées à l'intérieur des établissements de vente et des sites de vente sur internet.

La vente aux mineurs est interdite. Le vapotage est interdit dans les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs, dans les transports collectifs fermés, les lieux de travail fermés et les lieux couverts à usage collectif.

Les liquides doivent être étiquetés avec leur composition intégrale, la teneur moyenne en nicotine et la quantité diffusée par dose, le numéro de lot, une recommandation de tenue hors de portée des enfants et un avertissement sanitaire(16).

La concentration en nicotine dans un flacon ne peut excéder 20mg/ml et la quantité de liquide y est limitée à 10 millilitres par arrêté du ministre chargé de la santé.

Ces articles de loi sont en grandes majorités inspirés de la Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014(15).

Thérapeutiques d'aide à l'arrêt du tabac

Les thérapeutiques d'aide à l'arrêt du tabac sont de deux types : médicamenteuses et non médicamenteuses.

Les thérapeutiques médicamenteuses reconnues et commercialisées en France sont les TN, la varénicline (Champix®) et le Bupropion (Zyban®).

Les TNS incluent les timbres transdermiques ou patchs, les gommes à mâcher, les comprimés sublinguaux et à sucer, le spray nasal et l'inhaleur. Leur efficacité dans le sevrage tabagique a été démontrée(37,38). Ils sont remboursés par l'assurance maladie à hauteur de 65% depuis le 1er mai 2018 à condition d'être présent sur une liste de prise en charge(39). Leur prescription n'est pas limitée aux médecins ; elle peut être rédigée par une sage-femme, un médecin du travail, un chirurgien-dentiste, une infirmière ou un masseur-kinésithérapeute.

La varénicline est la dernière molécule en date utilisée dans le sevrage tabagique. C'est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$ de l'acétylcholine et donc un antagoniste de la nicotine. Son effet sur les récepteurs est moindre que celui de la nicotine et la molécule a une plus grande affinité pour ces récepteurs ce qui prévient la pleine stimulation de la sensation gratifiante(40). Commercialisée en France en 2007, la molécule, initialement présente sur la liste des médicaments éligibles au remboursement forfaitaire, a souffert d'un déremboursement en 2011 du fait du trop grand nombre d'effets secondaires observés par une étude canadienne(41). Cependant, cette étude présentait de nombreux biais et le rapport bénéfices-risques très positif de la varénicline avait déjà été prouvé. Dans ce contexte, la HAS réévalue le médicament en 2016. Dans sa commission de transparence, elle émet un avis favorable et recommande une utilisation en seconde intention dans le sevrage tabagique(42). La molécule est une bonne alternative en cas d'allergie aux patchs.

Le bupropion est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale de la noradrénaline et de la dopamine. Son mécanisme d'action dans l'aide au sevrage n'est pas connu mais cette molécule a largement prouvé son efficacité dans le sevrage tabagique(37,43).

Les traitements non médicamenteux consistent principalement en psychothérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui représentent l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. Les TCC sont essentielles dans les prises en charge de toutes les addictions pour prévenir les rechutes et maintenir l'abstinence. Elles multiplient par deux le taux d'abstinence à 6 mois et ont une meilleure performance quand elles sont combinées avec un traitement médicamenteux(44).

La cigarette électronique pourrait entrer dans le cadre des traitements nicotiques de substitution. Certains pays comme l'Autriche l'ont classée en tant que dispositif médical, permettant sa vente en pharmacie. La Belgique a posé un statut intermédiaire où seuls les liquides sans nicotine sont vendus en vente libre tandis que les liquides contenant de la nicotine sont vendus en pharmacie au même titre que les autres TNS.

À ce jour, la France ne reconnaît pas à la cigarette électronique le statut de dispositif médical mais un statut de produit de consommation courante. Cependant le débat reste ouvert suite aux déclarations du haut conseil de santé publique du 22 février 2016(21).

B - Etat des connaissances scientifiques

Aspects négatifs

La cigarette électronique n'est pas un produit de consommation sans effets secondaires néfastes et sans risques.

L'enquête grecque « Characteristics, Perceived Side Effects and Benefits of Electronic Cigarette Use: A Worldwide Survey of more than 19,000 Consumers », publiée en 2014, montre les aspects négatifs subjectifs des utilisateurs. On note, parmi les plus importants, une déshydratation buccale et/ou de la gorge associée parfois à des douleurs, des céphalées, des gingivites, une toux, des insomnies, des saignements et une augmentation du rythme cardiaque. Il est également relaté des accidents à cause du dispositif, principalement des projections de liquide(26).

Le produit de combustion des liquides contient des substances toxiques telles que du benzène, du 1,3-butadiène, de l'isoprène, des nitrosamines spécifiques au tabac, de l'acétaldéhyde, du formaldéhyde, du cadmium, de l'acroléine, de la nicotine, du propylène glycol, du glycérol, de l'oxyde de propylène et des arômes(45,46). Certaines de ces substances entraînent des pathologies cardiovasculaires ou respiratoires chroniques ou sont considérées comme cancérogènes.

Les études in vitro sur des cultures de cellules et in vivo sur des souris montrent la cytotoxicité non nulle des émissions de la cigarette électronique en particulier sur les cellules du tractus respiratoire et des poumons(28–30). Elles entraînent une production de cytokines pro inflammatoires et une baisse de la viabilité cellulaire.

On note également une toxicité de certains arômes contenus dans les liquides de cigarette électronique. Cette toxicité pourrait entraîner des pathologies cancéreuses(31).

L'utilisation de la cigarette électronique expose l'entourage à la nicotine lorsqu'elle est utilisée dans un environnement clos. Cela rentre dans le cadre du tabagisme passif(47,48).

Néanmoins, l'ensemble de ces études relativise ces effets négatifs en faisant un parallèle avec la combustion du tabac. Ceci ne fait cependant pas de la cigarette électronique un produit anodin.

Nous soulignons enfin les problèmes liés à l'addiction à la cigarette électronique (addiction à la nicotine), au mésusage avec la consommation de liquide contenant du THC ou des drogues de synthèses (Buddha Blue), aux comportements à risque (Power-vaping, Sub-ohm-vaping et Dry burn) et également liés à la vente de produits artisanaux sur internet(49).

Aspects positifs

La cigarette électronique réduirait la mortalité prématurée liée à la consommation de tabac. Une étude publiée dans le BMJ en octobre 2017 a comparé un modèle comprenant une population où la cigarette électronique n'existerait pas à un modèle où seule la cigarette électronique existerait. Elle conclue que dans le pire scénario possible la substitution de la consommation de tabac par la cigarette électronique permettrait d'éviter 1.6 millions de mort et ferait gagner 20.8 millions d'années de vie cumulées à la population des Etats-Unis sur 10 ans(50).

Les effets positifs ressentis par les fumeurs abstinents utilisant la cigarette électronique sont nombreux mais liés à l'arrêt du tabac (inhalation de fumée irritante et de monoxyde de carbone). Ils déclarent une amélioration de leur condition physique en général, de leur odorat et leur capacité gustative, de leur état bucco-dentaire, de leur capacité respiratoire et de leur endurance(12,14,26).

Chez des anciens fumeurs, l'association entre le vapotage et l'amélioration de conditions pathologiques a été démontré sur une population de 19 414 personnes (annexe D)(26). Mais de même que précédemment, cette amélioration est uniquement imputable à l'arrêt du tabac.

Les effets « autres » sont économiques et sociaux. La cigarette électronique coute globalement moins chère que le tabac et ne produit pas de cendre. De façon similaire aux inhalateurs de nicotine, elle imite le schéma comportemental du fumeur (expiration de fumée, gestuelle).

Plusieurs études prospectives ont pour objectif principal une baisse de consommation de tabac de 50% et plus. Leur conclusion est quasi unanime sur le fait que l'utilisation de la cigarette électronique permet une baisse significative de la consommation de tabac voire une abstinence même chez des fumeurs sans motivation initiale d'arrêter(23–25,27,51,52). L'étude ECLAT publiée en 2013 le confirme avec une baisse de la consommation de tabac de 50% à un an d'utilisation de la cigarette électronique chez des fumeurs n'ayant initialement pas la motivation d'arrêter de fumer(25). Néanmoins, ces mêmes études montrent que la cigarette électronique n'est qu'un moyen de consommation de nicotine sans être un dispositif de sevrage efficace. Une seule étude conclue à l'équivalence de la cigarette électronique comme moyen de sevrage versus patches de nicotine à 6 mois(53).

L'étude ECLAT, citée plus haut, rapporte une stagnation du poids chez les utilisateurs exclusifs alors qu'il a déjà été démontré que l'arrêt du tabac entraînait généralement un gain de 4 à 5kg(54).

La cigarette électronique n'a pas d'effet aigue sur la fonction myocardique tandis que le tabac entraine un retard à la relaxation(55).

En février 2017, une étude parue dans la revue Respiratory Research a comparé les effets aigus pulmonaires d'un aérosol obtenu à partir d'un liquide composé de 70% de propylène glycol et 30% de glycérol versus placebo. Les résultats obtenus à partir des signes vitaux (saturation en oxygène, fréquence cardiaque, fréquence

respiratoire), de la spirométrie, de la technique des oscillations forcées et les signes biologiques d'inflammation n'ont montré aucune différence significative entre le produit testé et le placebo(56).

Un autre effet positif constaté par les enquêtes puis confirmé par les études est un gain sur la pression artérielle. L'article « Blood Pressure Control in Smokers with Arterial Hypertension Who switched to Electronic Cigarettes » publié en novembre 2016 dans l'International Journal of Environmental Research and Public Health montre une baisse de la pression artérielle systolique de 10mmHg et diastolique de 6mmHg chez les vapoteurs exclusifs. Les utilisateurs mixtes ont vu une baisse de leur pression systolique seule(57). Il n'a pas été constaté d'effet chez des consommateurs non atteints d'hypertension artérielle(58).

La pathologie respiratoire chronique liée au tabac est la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Une fois diagnostiquée, le traitement principal est l'arrêt du tabac. Cependant le risque de rechute est plus important chez ces patients que chez les fumeurs dits sains. En plus de diminuer la consommation tabagique chez ce type de patient, la cigarette électronique a permis de diminuer significativement le nombre d'exacerbation permettant un allègement voire un arrêt de leur traitement médicamenteux(26,59,60).

Certains fumeurs tabagiques asthmatiques voient également une amélioration de leur spirométrie avec augmentation significative de la PC20 (concentration en méthacholine pour obtenir une baisse de 20% du VEMS)(61).

L'usage de tabac est un facteur favorisant la survenue de pneumopathie infectieuse. L'étude « Respiratory infections and pneumonia: potential benefits of switching from smoking to vaping » publiée le 12 avril 2016 dans la revue Pneumonia, suggère l'hypothèse que les fumeurs passant à la cigarette électronique aurait moins de risque de présenter ce type de pathologie(2). Cette hypothèse est cependant à prendre avec prudence car le simple fait d'arrêter le tabac diminue ce risque.

Concernant le tabagisme passif, il a été montré précédemment que la cigarette électronique expose les non fumeurs à la nicotine mais à de faibles taux par rapport à la cigarette classique. Mais ces mêmes études relativisent en démontrant que l'entourage n'est pas exposé aux autres substances nocives issues de la combustion du tabac(47,48).

La revue de la littérature depuis l'apparition de la cigarette électronique semble donc plutôt en faveur du produit sur le court et moyen terme mais toutes les études concluent à la prudence et à la nécessité de poursuivre les recherches.

C - Hygiène de vie et dépistage

La motivation principale avancée par les consommateurs de cigarette électronique est l'éviction des substances toxiques contenues dans la fumée du tabac. Nous avons donc décidé d'observer au sein de la cohorte CONSTANCES certains marqueurs d'hygiène de vie connus de tous.

Le premier s'inscrit dans une volonté de changement. Une activité physique régulière permet de prévenir plusieurs pathologies et l'apparition de nombreux facteurs de risques cardio-vasculaires, est souvent associée à une meilleure santé mentale, retarde l'apparition de certaines démences et améliore la qualité de vie et le bien-être(62). L'activité physique est encadrée par des recommandations de l'OMS(63).

L'alimentation, le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque de cancers, de maladies cardiovasculaires, de troubles métaboliques et de troubles musculo-squelettiques(64,65).

La consommation de poisson est bénéfique pour la santé. Il a été montré que consommer du poisson permettait de prévenir l'apparition du syndrome métabolique(66).

Les boissons sucrées sont directement responsables de maladies cardiovasculaires en favorisant l'hypertension, les dyslipidémies et le syndrome métabolique en général. Eviter de consommer ce type de produit est donc bénéfique pour la santé(67).

La surconsommation de produits salés pose un réel problème également, étant responsable d'une élévation de la pression artérielle. Cette importante absorption de sel a été la cause, à elle seule, de 1.65 million de mort en 2010(68).

Un autre facteur influençant l'état de santé est la qualité de sommeil. Il a été montré à travers plusieurs études qu'une quantité de sommeil située entre 7 et 9 heures était importante pour maintenir un bon état de santé. Un sommeil moyen inférieur à 7H ou supérieur à 9H par nuit est responsable d'une augmentation de la mortalité, toutes causes confondues(69–71).

CONSTANCES aborde également le sujet de la consommation d'alcool. L'usage nocif d'alcool entraîne chaque année environ 2.5 millions de décès dans le monde, en grande partie parmi les populations jeunes. Cet usage nocif est un des 4 facteurs de risque de maladies non transmissibles sur lesquels on peut agir et que l'on peut éviter.

Dans la catégorie des stupéfiants, on retrouve dans CONSTANCES la consommation de cannabis. L'addiction au cannabis est concomitante à l'addiction à la nicotine de part son mode de consommation le plus courant. Outre les troubles neuropsychiatriques qu'elle entraîne, elle augmente le risque de BPCO et de complications cardiovasculaires (72).

Enfin, CONSTANCES traite du suivi gynécologique dans la partie « santé des femmes ». Nous allons nous intéresser plus particulièrement aux examens de dépistage (frottis cervico-utérin et mammographie). Le Frottis cervico-utérin est universellement reconnu comme un moyen de prévention efficace(73). Tandis que le cancer du sein bénéficie d'une campagne de dépistage organisé pour les femmes entre 50 et 74 ans(74). Depuis le premier janvier 2018, ce programme s'accompagne de deux consultations dédiées, la première a lieu à 25 ans et la seconde à 50 ans(75).

A partir des informations contenues dans la base de données de la cohorte CONSTANCES, nous allons chercher un lien entre le statut tabagique de vapoteur ou de consommateur mixte et l'amélioration de l'hygiène de vie.

II - Les modes de vie des fumeurs et des vapoteurs

A - Méthode

Outil de recueil de données : la cohorte CONSTANCES

Acronyme de **CONS**uLTANTS des **C**entres d'**E**xamens de **S**anté, CONSTANCES est une cohorte en population générale et généraliste. La cohorte a pour objectif de couvrir l'ensemble de la santé, de la pathologie et de la polypathologie.

Son lancement officiel a eu lieu le 7 mars 2013 sous la direction du Professeur Marcel Goldberg et des Docteurs Marie Zins et Lisa Berkman. Son effectif final est de réunir 200000 participants avec une inclusion graduelle sur 7 ans. Il est de 190 000 participants lors de l'écriture de cette thèse.

Le réseau des CES a été créé en 1945 et propose des examens périodiques de santé aux assurés sociaux. Il participe d'une part à la prévention de santé auprès des populations qui en ont le plus besoin, et d'autre part à des études sur l'état de santé de la population, contribuant ainsi à l'observation et à la surveillance épidémiologique. Il représente environ 110 structures réparties sur le territoire national.

21 de ces CES participent actuellement à CONSTANCES. Ils se sont portés volontaires et ont été formés aux procédures spécifiques à CONSTANCES. Il s'agit des CES d'Angoulême, d'Auxerre, de Bordeaux, de Caen, de Colmar, du Mans, de Lille, de Lyon, de Marseille, de Mulhouse, de Nîmes, d'Orléans, de Paris, de Pau, de Poitiers, de Rennes, de Saint-Brieuc, de Saint-Nazaire, de Toulouse, de Tours et de Vandœuvre-lès-Nancy/Longwy.

L'effectif est construit pour viser la représentativité de la population affiliée au régime générale de la sécurité sociale. Les sujets sont âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion. Elle se fait par tirage au sort effectué par la Cnav et la CNAMTS dans le Répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie apparié au SNGC. Les personnes tirées au sort reçoivent un premier courrier présentant le projet ainsi qu'un coupon-réponse leur permettant de donner leur accord pour participer à la cohorte dans le cadre d'un bilan de santé. Les volontaires sont invités dans leur CES par courrier leur précisant le jour et le lieu de l'examen. Ils reçoivent également un auto-questionnaire et un calendrier professionnel à compléter à domicile. Le recueil des données de santé est réalisé dans les CES lors d'examen périodique de santé. Les personnes âgées de 45 ans et plus bénéficient d'un bilan cognitif et fonctionnel réalisé par un neuropsychologue.

Certaines données proviennent également d'appariement avec les bases de données nationales de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse et de l'INSERM : le SNIIR-AM, le PMSI, le SNGC (déclarations annuelles des Données Sociales,

Données Nominatives Trimestrielles, Chômage, absences pour maladie, maternité, etc.) et le CépiDc (causes de mortalité).

Une biobanque est également en cours de création avec des échantillons de sang et d'urine.

Le suivi se fait par un questionnaire annuel envoyé au domicile des sujets inclus et par un examen de santé dans leurs CES tous les 3 à 5 ans.

Constances est subordonnée à l'autorisation de la CNIL, ainsi qu'aux avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins et du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé(76).

Processus d'extraction des données

La question de recherche est initialement discutée et validée par un groupe de travail de la SFMG.

Une fois la question de recherche validée, et les démarches réglementaires réalisées, l'UMS 11 de l'INSERM met à disposition un jeu de données pour la réalisation de ce travail.

Pour ma part, j'ai été invité à travailler sur les données de la cohorte directement dans les locaux de l'UMS 11 de l'INSERM situés à l'hôpital Paul Brousse de Villejuif.

Les données précédemment sélectionnées ont été extraites puis mises à ma disposition dans les locaux de l'INSERM suite à la signature d'un engagement de confidentialité dans le cadre du traitement de données à caractère personnel.

L'équipe de CONSTANCES a mis à disposition des données nettoyées « mode de vie et santé » qu'il est possible d'utiliser

Après réception, j'ai réalisé un travail préparatoire sur les variables des parties « mode de vie et santé » et « santé des femmes » me permettant de réaliser les analyses.

Populations étudiées : critères d'inclusion et d'exclusion

Trois populations ont été créées pour cette étude : une population « fumeurs », une population « vapoteurs » et une population « consommateurs mixtes ». Les sujets inclus dans notre étude participent tous à la cohorte CONSTANCES et ont répondu au questionnaire comprenant la partie sur la cigarette électronique. La population de fumeurs a été sélectionnée pour être la population de référence.

Les critères d'exclusion sont de ne pas répondre aux critères d'inclusion ou d'avoir émis un avis de déconsentement de premier ou de second degré.

Population de fumeurs :

Pour être inclus dans la population de fumeurs, il faut avoir répondu oui aux deux questions :

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du tabac (au moins 100 cigarettes (soit 5 paquets) ou 50 cigarillos ou 50 pipes ou 25 cigares)?

et

Fumez-vous encore actuellement?

Et avoir répondu oui à l'une ou aux deux questions suivantes :

Sur l'ensemble de vos périodes de consommation, avez-vous fumé la cigarette (hors cigarette électronique)?

Sur l'ensemble de vos périodes de consommation, avez-vous fumé le cigarillo, le cigare, la pipe?

Et avoir répondu non à la question :

Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique?

Population de vapoteurs :

Pour être inclus dans la population de vapoteurs exclusifs, il faut avoir répondu oui aux questions :

Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique?

et

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du tabac (au moins 100 cigarettes (soit 5 paquets) ou 50 cigarillos ou 50 pipes ou 25 cigares)?

Et avoir répondu non à la question :

Fumez-vous encore actuellement?

Et avoir répondu oui à l'une ou aux deux questions :

Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques jetables?

Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques rechargeables?

Utilisateurs mixtes :

Avoir répondu oui aux questions :

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du tabac (au moins 100 cigarettes (soit 5 paquets) ou 50 cigarillos ou 50 pipes ou 25 cigares)?

et

Fumez-vous encore actuellement?

Et avoir répondu oui à la question :

Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique?

Et avoir répondu oui à l'une ou aux deux questions :

Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques jetables?

Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques rechargeables?

Les variables expliquées

Santé générale

Comment jugez-vous votre état de santé général?

Les réponses vont de A (très bon) à H (très mauvais).

Comment jugez-vous votre état de santé général par rapport à une personne de votre entourage du même âge?

Les réponses vont de A (très bon) à H (très mauvais).

Ces variables sont, pour notre étude, dichotomisées ainsi :

- Etat de santé plutôt bon : Réponse A à D
- Etat de santé plutôt mauvais : Réponse E à H

Activité physique hors travail

Dans CONSTANCES, l'activité physique hors travail se retrouve sur plusieurs variables :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait régulièrement des trajets à pied, à vélo... (pour le travail ou non)?

- non
- oui moins de 15 minutes par trajet
- oui 15 minutes et plus par trajet

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait régulièrement du sport (hors trajets, bricolage, jardinage et ménage) ?

- Non
- Oui, moins de 2 heures par semaine
- Oui, 2 heures et plus par semaine

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait régulièrement des travaux de bricolage, jardinage ou ménage?

- non
- oui, moins de 2 heures par semaine
- oui, 2 heures et plus par semaine

Ces 3 variables permettent d'obtenir l'indice d'activité physique hors travail qui sera utilisé pour ce travail.

Cet indicateur évolue de 0 à 6 avec 0 pour les personnes inactives et 6 pour les personnes très actives. L'indicateur est calculé uniquement si les 3 questions précédentes sont renseignées.

Je n'ai gardé pour ce travail que l'indice d'activité physique hors travail.

Cet indicateur est dichotomisé ainsi :

- 0 à 3 : plutôt inactif
- 4 à 6 : plutôt actif

Alimentation

Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les aliments ou boissons suivants, quel que soit leur mode de conservation (frais, en conserve ou surgelé), le moment de consommation (repas ou hors repas) et le lieu (domicile ou hors domicile)?

Produits laitiers (petits suisses, yaourts, fromage blanc...)

Poissons ou fruits de mer

Fruits frais (y compris pressés)

Légumes crus (cruautés) ou cuits

Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolats...

Biscuits salés, cacahouètes et autres produits apéritifs

Plats cuisinés du commerce (en conserve, surgelés, traiteur : couscous, cassoulet, choucroute...)

Plats de restauration rapide (hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches...)

Aliments frits (frites, chips, beignets, viandes ou poissons panés...)

Pâtisserie, gâteau, viennoiseries

Charcuterie et abats (jambon, pâté, lard, boudin, andouillettes...)

Soda (Orangina, Schweppes...), boisson aromatisée sucrée (Oasis, Ice tea...)

Soda, boisson aromatisée LIGHT ou ZERO

Boissons énergisantes (Red bull, Monster...) à l'exclusion du café et des boissons pour sportifs.

Les réponses possibles pour chacune de ces questions sont :

- Jamais ou presque
- moins d'une fois par semaine
- environ une fois par semaine
- deux à trois fois par semaine
- quatre à six fois par semaine
- une fois par jour ou plus

Ces variables sont dichotomisées comme suit :

- une fois par semaine ou moins
- plus d'une fois par semaine

Combien de sucre (blanc, brun, roux...) consommez-vous par jour (café, thé, yaourt...)? (nombre de morceaux ou de cuillères à café)

- jamais ou rarement
- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou plus

Cette variable est dichotomisée en :

- moins de 3 par jour
- 3 par jour ou plus

Aimez-vous manger très salé ou resalez-vous vos plats avant de les avoir goûtés?

- oui
- non

Sommeil

Heures de sommeil par nuit au cours de la semaine dernière :

- moins de 5 heures
- 5 heures
- 5 heures 30
- 6 heures
- 6 heures 30
- 7 heures
- 7 heures 30
- 8 heures
- 8 heures 30
- 9 heures
- 9 heures 30
- 10 heures et plus

Les répondants à cette question sont regroupés en deux classes selon que le temps de sommeil est correct ou pas (69–71) :

- entre 7 et 9 heures de sommeil
- moins de 7 heures ou plus de 9 heures de sommeil

Au cours du dernier mois, indiquez combien de jours :

Vous avez eu des difficultés à vous endormir

Vous vous êtes réveillé(e) plusieurs fois par nuit

Vous vous êtes réveillé(e) beaucoup trop tôt sans pouvoir vous rendormir

Vous vous êtes réveillé(e) après une nuit de sommeil de durée habituelle en vous sentant fatigué(e) ou épuisé(e)

Les réponses possibles pour chacune de ces questions sont :

- Jamais
- 1 à 3 jours
- 4 à 7 jours
- 8 à 14 jours
- 15 à 21 jours
- 22 à 31 jours

Chacune de ces variables est dichotomisée en :

- moins de 8 jours par mois
- 8 jours ou plus par mois

Vie sexuelle

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?

- oui
- non
- ne souhaite pas répondre

Au cours de votre relation actuelle, avez-vous utilisé ou utilisez-vous des préservatifs?

- oui
- non
- pas de relation actuelle
- ne souhaite pas répondre

Avez-vous déjà réalisé un test HIV?

- oui
- non
- ne souhaite pas répondre

Consommation de cannabis

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit)?

- oui
- non
- ne souhaite pas répondre

Si oui : au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis, haschisch, marijuana, herbe, joint, shit?

- oui
- non

Si oui : au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé du cannabis, haschisch, marijuana, herbe, joint, shit?

- oui
- non

Consommation de boissons alcoolisées

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé des boissons alcoolisées (vin, apéritif, cidre, bière...)?

- oui
- non

Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées?

- 1 à plusieurs fois par semaine
- 2 à 3 fois par mois
- 1 fois par mois ou moins
- jamais

Cette variable est dichotomisée ainsi :

- moins d'une fois par semaine
- une fois par semaine ou plus

Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool ou vous a conseillé de la diminuer?

- oui
- non

Si non, cela vous est-il arrivé auparavant?

- oui
- non

Les deux dernières questions sont regroupées en une seule : est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool ou vous a conseillé de la diminuer?

- oui
- non

Suivi gynécologique

Avez-vous déjà eu un ou plusieurs frottis du col de l'utérus (frottis cervico-vaginal pour le dépistage du cancer du col de l'utérus)?

- oui
- non

Avez-vous déjà eu une ou plusieurs mammographie(s) (radiographie des seins)?

- oui
- non

Méthode statistique

L'analyse statistique est réalisée à l'aide du site internet www.pvalue.io qui permet de faire des analyses univariées et multivariées à partir d'un tableau Excel. Le site s'appuie sur le logiciel R afin de réaliser les analyses.

Les données importées sont détruites à chaque fermeture de session et ne sont jamais sauvegardées sur un serveur extérieur en conformité avec l'article 12 des conditions générales d'utilisation du site(77). L'utilisation du site a été approuvée par l'équipe CONSTANCES.

Les sites internet biostatgv.sentiweb.fr, <http://www.aly-abbara.com> et www.sthda.com ont également été utilisés pour les analyses univariées et les analyses de corrélation.

Une analyse descriptive de la population source puis de chacune des 3 populations étudiées a tout d'abord été réalisée : nombre total de sujet dans chaque population, répartition selon le sexe et l'âge et description des réponses selon chaque famille de variable. Il a également été indiqué la prévalence du vapotage, de la consommation mixte et du tabagisme dans la population source.

Chaque variable a ensuite été dichotomisée selon les modalités suivantes : être dans une démarche de prévention de santé individuelle ou non.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse univariée à la recherche des variables les plus significatives. Les populations de vapoteurs et d'utilisateurs mixtes sont comparées à la population de consommateur de tabac qui est la population de référence.

Les variables de consommation d'alcool, de consommation de cannabis, d'utilisation de préservatif ont été analysées en sous groupe. Les sous groupes sont respectivement les personnes ayant déjà consommé de l'alcool, les personnes ayant déjà consommé du cannabis et enfin les personnes sexuellement actives.

Pour les variables de suivi gynécologique, l'analyse est également faite en sous groupe. Un premier sous groupe inclus la totalité des femmes. Un second sous groupe n'inclus que les femmes concernées par le dépistage recommandé (cancer du col de l'utérus) ou organisé (cancer du sein). Nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux deux sous groupes incluant les femmes visées par le dépistage recommandé ou organisé.

Suite à l'analyse univariée, une analyse de corrélation par un test de pearson a été réalisée afin d'éliminer dans les modèles multivariés les variables liées entre elles.

Enfin, le lien entre le statut tabagique et chaque variable dont le p est inférieur à 0.20 en analyse univariée a été étudié par une analyse multivariée. Cette analyse a été faite avec le site internet www.pvalue.io. Ont été intégrées dans chaque modèle multivarié les variables ayant un lien statistique avec la variable étudiée pour un p inférieur à 0.15. Il faut également que les variables intégrées dans le modèle aient un lien cohérent avec la variable étudiée (exemple : si la variable étudiée est la

consommation de charcuterie et que l'analyse univariée a montré un lien statistique avec la réalisation d'un test VIH, la variable de réalisation d'un test VIH n'a pas été intégrée au modèle multivarié).

Le critère de jugement principal est d'avoir une différence statistiquement significative en analyse multivariée entre le nombre de mesures de prévention de santé individuelle prises par les vapoteurs et/ou les consommateurs mixtes et les fumeurs. Cette différence doit être en faveur des populations de consommateurs de cigarette électronique.

B - Recueil et description des réponses

Population étudiée

Au moment de l'extraction des données, la population de CONSTANCES comprend 151 207 de sujets.

Après nettoyage des données et n'avoir gardé que les sujets ayant été inclus avec le questionnaire contenant la partie sur la cigarette électronique, la population d'étude comprend 83605 sujets dont 39651 hommes (47.4%) et 43954 femmes (52.6%).

12820 sujets ont entre 18.5 et 30 ans (15.3%)

17117 sujets ont entre 30.5 et 40 ans (20.5%)

18796 sujets ont entre 40.5 et 50 ans (22.5%)

17674 sujets ont entre 50.5 et 60 ans (21.1%)

17198 sujets ont plus de 60 ans (20.6%)

Leur statut tabagique est réparti ainsi :

13215 fumeurs (15.8%)

1248 vapoteurs (1.5%)

2256 consommateurs mixtes (2.7%)

66886 non fumeurs (80%)

La prévalence du vapotage actif est de 4.2% (vapoteurs et consommateurs mixtes).

La prévalence du tabagisme est de 18.5% (fumeurs et consommateurs mixtes).

L'annexe E récapitule la description de la population totale.

Population de référence : Consommateurs de tabac

Parmi la population source, 13215 sujets répondent aux critères d'inclusion dans cette population, à savoir être un fumeur actif.

Soit une prévalence du tabagisme actif exclusif dans la population d'étude de 15.8%.

La population de fumeurs comprend 6553 hommes (49.6%) et 6662 femmes (50.4%)

3128 sujets ont entre 18.5 et 30 ans (23.7%)

3570 sujets ont entre 30.5 et 40 ans (27%)

2975 sujets ont entre 40.5 et 50 ans (22.5%)

2299 sujets ont entre 50.5 et 60 ans (17.4%)

1243 sujets ont plus de 60 ans (9.4%)

L'annexe F récapitule la description complète de la population de fumeurs.

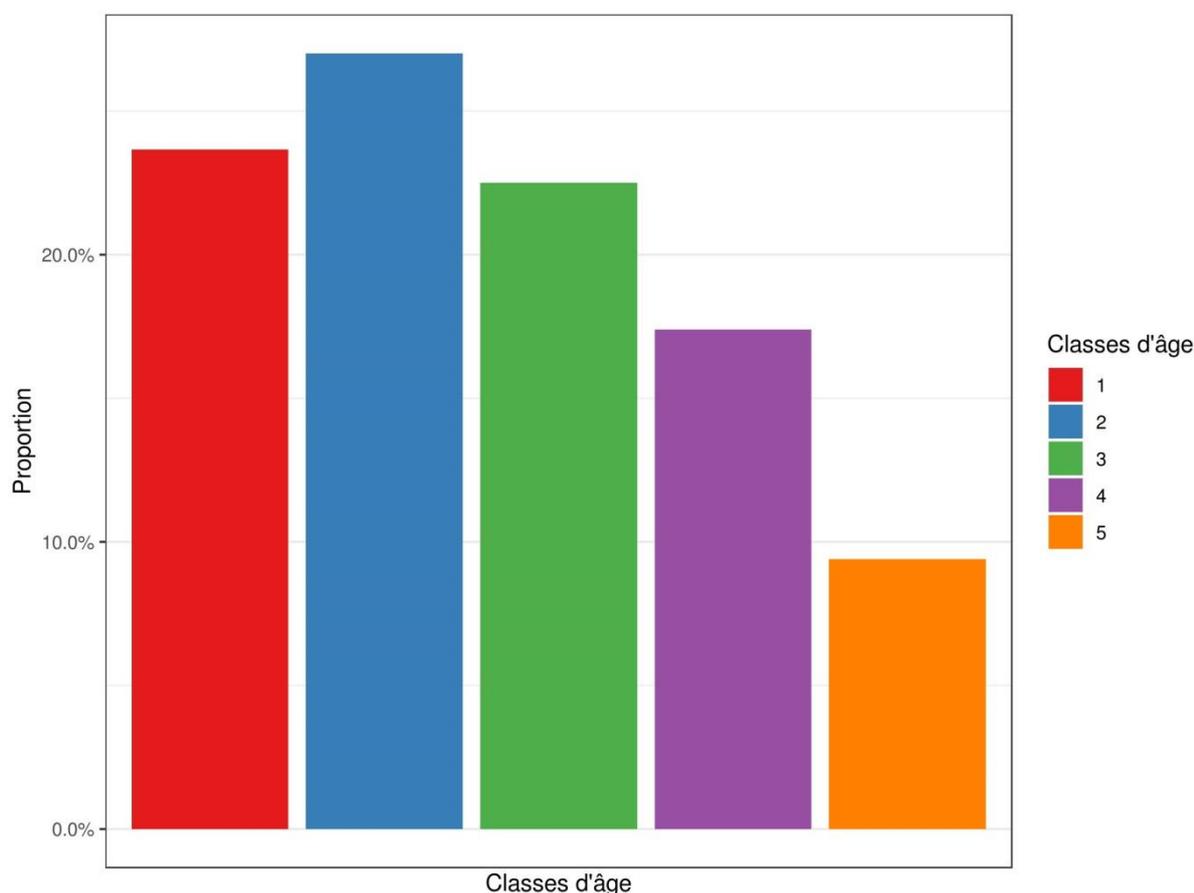


Figure 1 : Répartition par tranche d'âge dans la population de fumeurs.

1 = 18 à 30 ans ; 2 = 30 à 40 ans ; 3 = 40 à 50 ans ; 4 = 50 à 60 ans ;

5 = plus de 60 ans

Population de consommateurs de cigarette électronique

Parmi la population source, 1248 sujets répondent aux critères d'inclusion dans cette population, à savoir être utilisateur exclusif de la cigarette électronique.

Soit une prévalence du vapotage seul dans la population d'étude de 1.5%.

La population de fumeurs comprend 711 hommes (57%) et 537 femmes (43%)

159 sujets ont entre 18.5 et 30 ans (12.7%)

362 sujets ont entre 30.5 et 40 ans (29%)

370 sujets ont entre 40.5 et 50 ans (29.7%)

241 sujets ont entre 50.5 et 60 ans (19.3%)

116 sujets ont plus de 60 ans (9.3%)

L'annexe G récapitule la description complète de la population de vapoteurs.

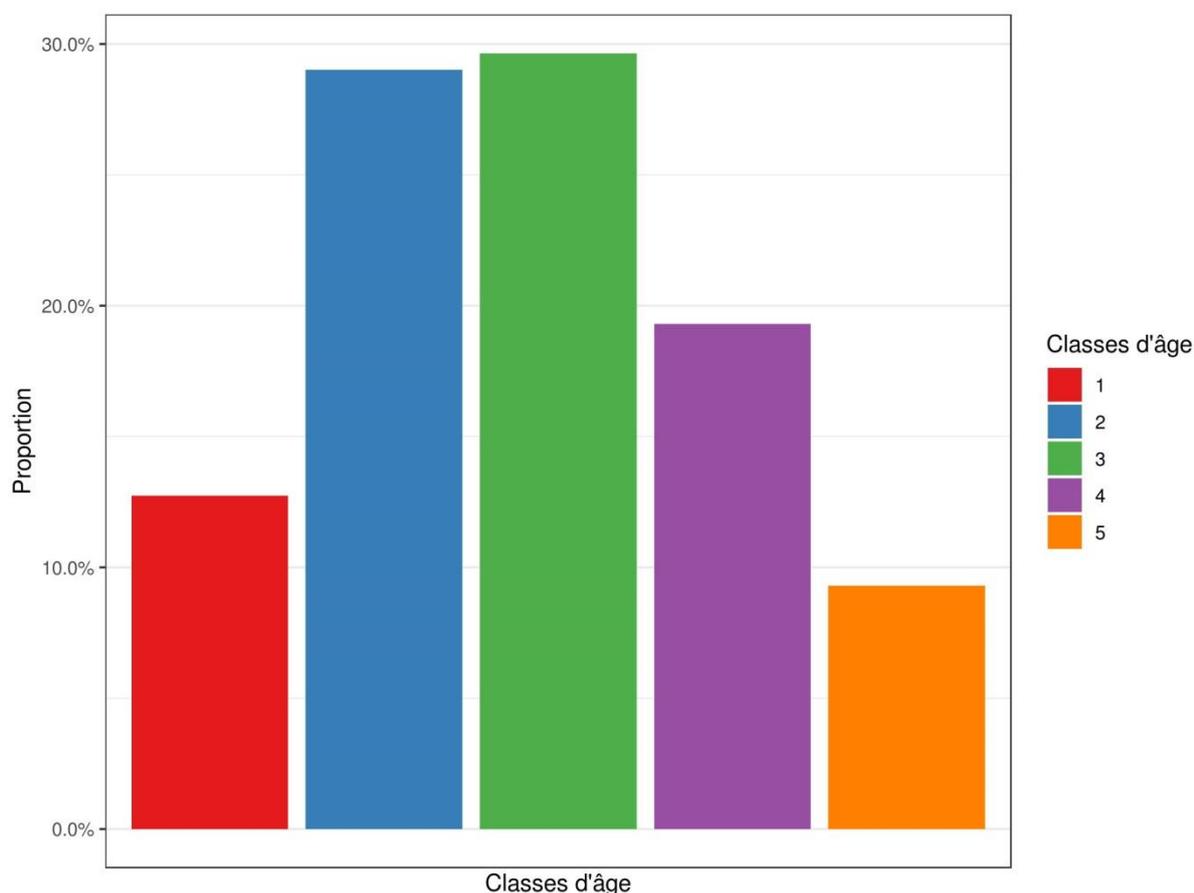


Figure 2 : Répartition par tranche d'âge dans la population de vapoteurs exclusifs
1 = 18 à 30 ans ; 2 = 30 à 40 ans ; 3 = 40 à 50 ans ; 4 = 50 à 60 ans ;
5 = plus de 60 ans

Population de consommateurs mixtes

Parmi la population source, 2256 sujets répondent aux critères d'inclusion dans cette population, à savoir être un consommateur de tabac et de cigarette électronique.

Soit une prévalence d'utilisation mixte dans la population d'étude de 2.7%.

La population de fumeurs comprend 1200 hommes (53.2%) et 1056 femmes (46.8%)

449 sujets ont entre 18.5 et 30 ans (19.9%)

665 sujets ont entre 30.5 et 40 ans (29.5%)

578 sujets ont entre 40.5 et 50 ans (25.6%)

392 sujets ont entre 50.5 et 60 ans (17.4%)

172 sujets ont plus de 60 ans (7.6%)

L'annexe H récapitule la description complète de la population de consommateurs mixtes.

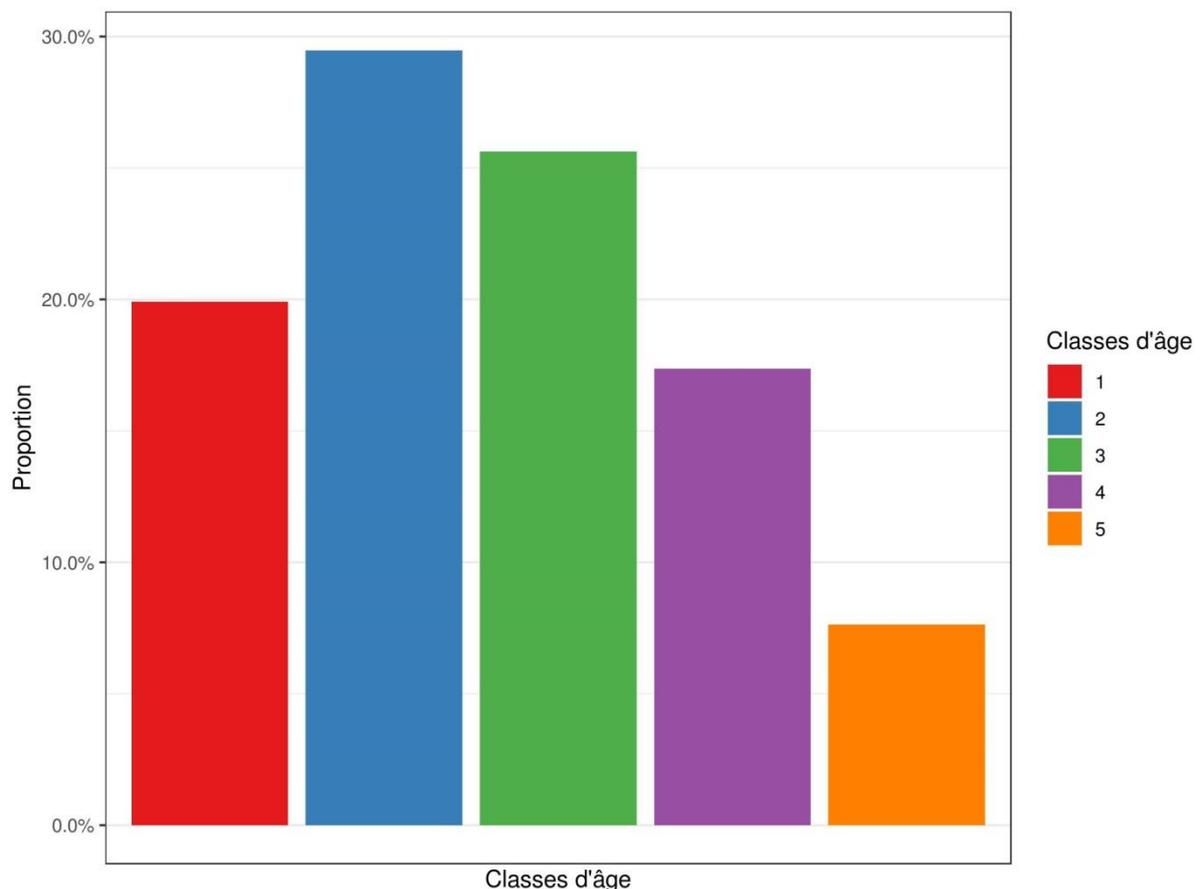


Figure 3 : Répartition par tranche d'âge dans la population de consommateurs mixtes
1 = 18 à 30 ans ; 2 = 30 à 40 ans ; 3 = 40 à 50 ans ; 4 = 50 à 60 ans ;
5 = plus de 60 ans

III - Vapoteurs et fumeurs : analyse des modes de vie

A - Analyse univariée vapoteurs versus fumeurs

Appréciation de l'état de santé générale

L'analyse univariée de l'appréciation de l'état de santé générale montre une différence statistiquement significative ($p < 0.01$) entre la population de vapoteurs et la population de fumeurs. Les fumeurs se sentent globalement en meilleure santé que les vapoteurs exclusifs (OR=1.26 ; IC95% [1.07-1.49])

Ces résultats sont récapitulés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Analyse univariée pour les variables d'appréciation de l'état de santé.

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de vapoteurs (n=1248)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Appréciation de l'état de santé générale							
Plutôt bonne santé	11172 (87%)	1014 (85%)	12186	<0.01	Chi2	1,26	[1,07-1,49]
Plutôt mauvaise santé	1613 (13%)	185 (15%)	1798	-	-	réf	-
Appréciation de l'état de santé générale par rapport à une personne du même âge							
Plutôt bonne santé	10772 (84%)	988 (82%)	11760	0.073	Chi2	1,16	[0,99-1,36]
Plutôt mauvaise santé	1978 (16%)	210 (18%)	2188	-	-	réf	-

Activité physique

Le tableau 2 récapitule les résultats de l'analyse univariée pour l'indicateur d'activité physique hors travail.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la population de vapoteurs et la population de fumeurs ($p=0.99$).

Tableau 2 : Analyse univariée pour l'indicateur d'activité physique hors travail

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de vapoteurs (n=1248)	n	<i>p</i>	test	Odd ratio	IC95%
Indicateur d'effort physique hors travail							
Actif	5636 (43%)	536 (43%)	6172	0.99	Chi2	1	[0,89-1,13]
Non actif	7323 (57%)	698 (57%)	8021	-	-	réf	-

Habitudes alimentaires

Le tableau 3 récapitule les résultats de l'analyse univariée pour les variables concernant les habitudes alimentaires. On remarque des différences statistiquement significatives pour la consommation de produits laitiers ($p=0.013$), la consommation de pâtisseries ($p=0.02$), la consommation de soda ($p=0.016$), la consommation de soda light/zéro ($p<0.001$), la consommation de boissons énergétiques ($p=0.04$) et la consommation de sel ($p=0.018$).

Sur quatre de ces variables, les vapoteurs ont une attitude de prévention de santé par rapport aux fumeurs. Ils mangent plus de produits laitiers (OR=0.85 ; IC95% [0.75-0.97]), moins de pâtisseries (OR=0.84 ; IC95% [0.72-0.97]), ils boivent moins de soda (OR=0.82 ; IC95% [0.7-0.96]) et moins de boissons énergétiques (OR=0.43 ; IC95% [0.16-0.97]).

Les fumeurs consomment moins de soda light/zéro (OR=1.58 ; IC95% [1.33-1.88]) et de sel (OR=1.09 ; IC95% [0.96-1.24]).

Tableau 3 : Analyse univariée pour les variables d'habitudes alimentaires

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de vapoteurs (n=1248)	n	p	Test	Odd ratio	IC95%
Consommation de produits laitiers							
2-3 fois par semaine ou plus	8700 (67%)	865 (71%)	9565	0.013	Chi2	0,85	[0,75-0,97]
1 fois par semaine ou moins	4255 (33%)	359 (29%)	4614	-	-	-	-
Consommation de poissons/fruits de mer							
2-3 fois par semaine ou plus	2336 (18%)	223 (18%)	2559	0.92	Chi2	0,99	[0,85-1,15]
1 fois par semaine ou moins	10602 (82%)	1001 (82%)	11603	-	-	-	-
Consommation de fruits frais							
2-3 fois par semaine ou plus	8821 (68%)	855 (70%)	9676	0.19	Chi2	0,92	[0,81-1,05]
1 fois par semaine ou moins	4162 (32%)	370 (30%)	4532	-	-	-	-
Consommation de légumes crus ou cuits							
2-3 fois par semaine ou plus	10103 (78%)	969 (79%)	11072	0.38	Chi2	0,94	[0,81-1,08]
1 fois par semaine ou moins	2888 (22%)	259 (21%)	3147	-	-	-	-

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de vapoteurs (n=1248)	n	p	Test	Odd ratio	IC95%
Consommation de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc.							
1 fois par semaine ou moins	8179 (63%)	797 (65%)	8976	0.15	Chi2	0,91	[0,8-1,03]
2-3 fois par semaine ou plus	4769 (37%)	424 (35%)	5193	-	-	-	-
Consommation de biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs							
1 fois par semaine ou moins	11167 (86%)	1052 (86%)	12219	0.93	Chi2	1,01	[0,85-1,19]
2-3 fois par semaine ou plus	1847 (14%)	176 (14%)	2023	-	-	-	-
Consommation de plats cuisinés							
1 fois par semaine ou moins	11167 (86%)	1032 (84%)	12199	0.054	Chi2	1,18	[1-1,39]
2-3 fois par semaine ou plus	1795 (14%)	195 (16%)	1990	-	-	-	-
Consommation de hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches, etc.							
1 fois par semaine ou moins	11470 (88%)	1108 (90%)	12578	0.061	Chi2	0,83	[0,68-1,01]
2-3 fois par semaine ou plus	1539 (12%)	123 (10%)	1662	-	-	-	-
Consommation d'aliments frits							
1 fois par semaine ou moins	11218 (86%)	1071 (87%)	12289	0.38	Chi2	0,92	[0,77-1,1]
2-3 fois par semaine ou plus	1797 (14%)	158 (13%)	1955	-	-	-	-

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de vapoteurs (n=1248)	n	p	Test	Odd ratio	IC95%
Consommation de pâtisseries, gâteaux, etc.							
1 fois par semaine ou moins	10099 (78%)	991 (81%)	11090	0.02	Chi2	0,84	[0,72-0,97]
2-3 fois par semaine ou plus	2873 (22%)	236 (19%)	3109	-	-	-	-
Consommation de charcuterie							
1 fois par semaine ou moins	8625 (67%)	826 (68%)	9451	0.58	Chi2	0,96	[0,85-1,09]
2-3 fois par semaine ou plus	4291 (33%)	396 (32%)	4687	-	-	-	-
Consommation de soda							
1 fois par semaine ou moins	10437 (81%)	1017 (84%)	11454	0.016	Chi2	0,82	[0,7-0,96]
2-3 fois par semaine ou plus	2455 (19%)	196 (16%)	2651	-	-	-	-
Consommation de soda light/zéro							
1 fois par semaine ou moins	11768 (90.9%)	1062 (86%)	12830	<0.001	Chi2	1,58	[1,33-1,88]
2-3 fois par semaine ou plus	1178 (9.1%)	168 (14%)	1346	-	-	-	-
Consommation de boissons énergétiques							
1 fois par semaine ou moins	12853 (98.9%)	1219 (99.51%)	14072	0,04	Fisher	0,43	[0,16-0,97]
2-3 fois par semaine ou plus	146 (1.1%)	6 (0.49%)	152	-	-	-	-
Consommation quotidienne de sucre							
1 ou 2 par jour ou moins	10274 (79%)	990 (80%)	11264	0.27	Chi2	0,92	[0,8-1,06]
plus de 2 par jour	2781 (21%)	246 (20%)	3027	-	-	-	-
Mange très salé ou resale les plats							
non	9925 (76%)	902 (73%)	10827	0.018	Chi2	1,09	[0,96-1,24]
oui	3118 (24%)	333 (27%)	3451	-	-	-	-

Sommeil

Le tableau 4 récapitule les résultats de l'analyse univariée pour les variables concernant la qualité de sommeil. On ne remarque pas de différence statistiquement significative pour cette catégorie de variable.

Tableau 4 : Analyse univariée pour les variables de qualité de sommeil

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de vapoteurs (n=1248)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Heures de sommeil par nuit							
Entre 7 et 9 heures	4229 (32%)	383 (31%)	4612	0.39	Chi2	1,06	[0,93-1,2]
Moins de 7 heures ou plus de 9 heures	8819 (68%)	846 (69%)	9665	-	-	-	-
Difficultés d'endormissement (nombre de nuit par mois)							
moins de 8 nuits par mois	10306 (79%)	951 (77%)	11257	0.12	Chi2	1,12	[0,97-1,29]
8 nuits ou plus par mois	2756 (21%)	285 (23%)	3041	-	-	-	-
Réveils multiples (nombre de nuit par mois)							
moins de 8 nuits par mois	9179 (70%)	872 (71%)	10051	0.77	Chi2	0,98	[0,86-1,11]
8 nuits ou plus par mois	3860 (30%)	359 (29%)	4219	-	-	-	-
Réveil trop tôt sans rendormissement (nombre de nuit par mois)							
moins de 8 nuits par mois	10835 (83%)	1023 (83%)	11858	0.96	Chi2	1,01	[0,86-1,18]
8 nuits ou plus par mois	2176 (17%)	207 (17%)	2383	-	-	-	-
Réveil fatigué (nombre de nuit par mois)							
moins de 8 nuits par mois	9469 (73%)	866 (70%)	10335	0.069	Chi2	1,13	[0,99-1,28]
8 nuits ou plus par mois	3526 (27%)	364 (30%)	3890	-	-	-	-

Prévention vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles

Les tableaux 5 et 6 récapitulent les résultats de l'analyse univariée pour les variables concernant la prévention vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles. Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour cette catégorie de variables que ce soit dans la population complète ou dans le sous groupe de sujets actifs sexuellement.

Tableau 5 : Analyse univariée pour les variables d'antécédent de rapport sexuel et de réalisation de test VIH

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de vapoteurs (n=1248)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
A déjà eu des rapports sexuels							
Oui	12686 (99.12%)	1212 (99.34%)	13898	0.51	Chi2	0,74	[0,36-1,52]
Non	113 (0.88%)	8 (0.66%)	121	-	-	réf	-
Test VIH réalisé							
Oui	8867 (71%)	853 (71%)	9720	0.66	Chi2	0,97	[0,85-1,11]
Non	3703 (29%)	345 (29%)	4048	-	-	réf	-

Tableau 6 : Analyse univariée pour les variables de prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les sujets ayant déjà eu des rapports sexuels.

	Population de fumeurs (n=12686)	Population de vapoteurs (n=1212)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Utilisation de préservatif lors de la relation actuelle							
Oui	3781 (37%)	353 (34%)	4134	0.11	Chi2	1,12	[0,98-1,28]
Non	6560 (63%)	685 (66%)	7245	-	-	réf	-
Test VIH réalisé							
Oui	8816 (71%)	851 (71%)	9667	0.66	Chi2	0,97	[0,85-1,11]
Non	3656 (29%)	342 (29%)	3998	-	-	réf	-

Consommation de cannabis

Les tableaux 7 et 8 récapitulent les résultats de l'analyse univariée pour les variables concernant la consommation de cannabis. Il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne la variable d'antécédent de consommation de cannabis ($p=0.98$). Cependant il existe une différence significative pour les variables de consommation lors des 12 derniers mois ($p<0.001$) et lors des 30 derniers jours ($p<0.001$) dans le sous groupe de sujets ayant déjà consommé du cannabis. La population de vapoteurs présente plus de cas de sevrage dans les 12 derniers mois (OR=0.48 ; IC95% [0.41-0.56]) et des 30 derniers jours (OR=0.37 ; IC95% [0.3-0.45]) que la population de fumeurs.

Tableau 7 : Analyse univariée pour la variable de consommation de cannabis

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de vapoteurs (n=1248)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
A déjà consommé du cannabis							
non	3859 (30%)	362 (30%)	4221	0.98	Chi2	1	[0,88-1,14]
oui	8973 (70%)	845 (70%)	9818	-	-	-	-

Tableau 8 : Analyse univariée pour les variables de consommation de cannabis lors des 12 derniers mois et 30 derniers jours dans le sous groupe de sujets ayant déjà consommé du cannabis au cours de leur vie.

	Population de fumeurs (n=8973)	Population de vapoteurs (n=845)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Si oui, a consommé dans les 12 derniers mois							
non	4945 (55%)	609 (72%)	5554	<0.001	Chi2	0,48	[0,41-0,56]
oui	3997 (45%)	234 (28%)	4231	-	-	-	-
Si oui, a consommé dans les 30 derniers jours							
non	6153 (70%)	720 (86%)	6873	<0.001	Chi2	0,37	[0,3-0,45]
oui	2669 (30%)	114 (14%)	2783	-	-	-	-

Consommation de boissons alcoolisées

Les tableaux 9 et 10 récapitulent les résultats de l'analyse univariée pour les variables concernant la consommation de boissons alcoolisées. Il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne la variable d'antécédent de consommation d'alcool ($p=0.91$).

Dans le sous groupe de sujets ayant déjà consommé de l'alcool, il existe une différence significative pour la variable de fréquence de consommation d'alcool ($p<0.01$). Les vapoteurs consomment moins d'alcool que les fumeurs (OR=0.85 ; IC95% [0.75-0.96]).

Tableau 9 : Analyse univariée pour la variable de consommation d'alcool

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de vapoteurs (n=1248)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
A déjà consommé de l'alcool							
non	192 (1.5%)	20 (1.6%)	212	0.77	Chi2	0,91	[0,57-1,45]
oui	13014 (98.5%)	1227 (98.4%)	14241	-	-	réf	-

Tableau 10 : Analyse univariée pour les variables de fréquence de consommation d'alcool et d'inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool pour le sous groupe de sujets ayant consommé de l'alcool dans leur vie.

	Population de fumeurs (n=13014)	Population de vapoteurs (n=1227)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Si oui, fréquence de consommation							
moins d'une fois par semaine	3850 (30%)	407 (34%)	4257	<0.01	Chi2	0,85	[0,75-0,96]
une à plusieurs fois par semaine	8945 (70%)	800 (66%)	9745	-	-	réf	-
Si oui, inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool							
non	10711 (87%)	1001 (87%)	11712	0.93	Chi2	1,01	[084-1,21]
oui	1597 (13%)	151 (13%)	1748	-	-	réf	-

Santé des femmes

Les tableaux 11, 12 et 13 récapitulent les résultats de l'analyse univariée pour les variables de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein chez les femmes. On remarque qu'il y a une différence statistiquement significative pour les deux variables chez les femmes sans distinction d'âge ($p < 0.001$). Les vapoteuses font plus de frottis cervico-utérin (OR=0.44 ; IC95% [0.29-0.66]) et de mammographie (OR=0.7 ; IC95% [0.58-0.84]) que les fumeuses (odd ratio < 1).

Cette différence est également retrouvée pour le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans ($p = 0.04$). Les vapoteuses se font plus dépister que les fumeuses (OR=0.56 ; IC95% [0.33-0.95]). Il n'est pas montré de différence pour la variable de dépistage du cancer du sein chez les femmes entre de plus de 50 ans ($p = 0.49$).

Tableau 11 : Analyse univariée pour les variables de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein pour la totalité des femmes étudiées.

	Population de fumeuses (n=6662)	Population de vapoteuses (n=537)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
A déjà fait un frottis de dépistage							
Oui	5673 (90%)	484 (95.1%)	6157	<0.001	Chi2	0,44	[0,29-0,66]
Non	662 (10%)	25 (4.9%)	687	-	-	réf	-
A déjà fait une mammographie de dépistage							
Oui	3216 (50%)	301 (59%)	3517	<0.001	Chi2	0,7	[0,58-0,84]
Non	3164 (50%)	208 (41%)	3372	-	-	réf	-

Tableau 12 : Analyse univariée pour la variable de dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes concernées par le dépistage recommandé.

	Population de fumeuses (n=5711)	Population de vapoteuses (n=504)	n	p	Test	Odd ratio	IC95%
A déjà fait un frottis de dépistage							
Oui	5136 (94.6%)	465 (96.9%)	5601	0.04	Chi2	0,56	[0,33-0,95]
Non	294 (5.4%)	15 (3.1%)	309	-	-	réf	-

Tableau 13 : Analyse univariée pour la variable de dépistage du cancer du sein pour les femmes concernées par le dépistage organisé.

	Population de fumeuses (n=1688)	Population de vapoteuses (n=155)	n	<i>p</i>	Test	Odd ratio	IC95%
A déjà fait une mammographie de dépistage							
Oui	1579 (98.4%)	139 (97.9%)	1718	0.49	Fisher	1,36	[0,26-4,55]
Non	25 (1.6%)	3 (2.1%)	28	-	-	réf	-

B - Analyse univariée consommateurs mixtes versus fumeurs

Appréciation de l'état de santé générale

L'analyse univariée de l'appréciation de l'état de santé générale montre une différence statistiquement significative ($p < 0.001$) entre la population de consommateurs mixtes et la population de fumeurs. Les fumeurs se sentent globalement en meilleure santé que les consommateurs mixtes (OR=1.41 ; IC95% [1.25-1.6]) et se trouve en meilleure santé par rapport à une personne du même âge (OR=1.45 ; IC95% [1.29-1.62]).

Ces résultats sont récapitulés dans le tableau 14.

Tableau 14 : Analyse univariée pour les variables d'appréciation de l'état de santé.

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de consommateurs mixtes (n=2256)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Appréciation de l'état de santé générale							
Plutôt bonne santé	11172 (87%)	1813 (83%)	12985	<0.001	Chi2	1,41	[1,25-1,6]
Plutôt mauvaise santé	1613 (13%)	368 (17%)	1981	-	-	réf	-
Appréciation de l'état de santé générale par rapport à une personne du même âge							
Plutôt bonne santé	10772 (84%)	1720 (79%)	12492	<0.001	Chi2	1,45	[1,29-1,62]
Plutôt mauvaise santé	1978 (16%)	457 (21%)	2435	-	-	réf	-

Activité physique

Le tableau 15 récapitule les résultats de l'analyse univariée pour l'indicateur d'activité physique hors travail. Il existe une différence statistiquement significative entre la population de consommateurs mixtes et la population de fumeurs ($p=0.017$).

Les fumeurs ont une activité physique plus importante que les consommateurs mixtes (OR=1.12 ; IC95% [1.02-1.23]).

Tableau 15 : Analyse univariée pour l'indicateur d'activité physique hors travail

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de consommateurs mixtes (n=2256)	n	<i>p</i>	test	Odd ratio	IC95%
Indicateur d'effort physique hors travail							
Actif	5636 (43%)	899 (41%)	6535	0.017	Chi2	1,12	[1,02-1,23]
Non actif	7323 (57%)	1307 (59%)	8630	-	-	réf	-

Habitudes alimentaires

Le tableau 16 récapitule les résultats de l'analyse univariée pour les variables concernant les habitudes alimentaires. On remarque des différences statistiquement significatives pour la consommation de produits laitiers ($p < 0.01$), de fruits frais ($p < 0.001$), de légumes crus ou cuits ($p < 0.001$), de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc. ($p = 0.027$), de plats cuisinés ($p < 0.001$), de charcuterie ($p = 0.011$), de soda ($p < 0.001$), de soda light/zéro ($p < 0.001$), de boissons énergétiques ($p < 0.001$), de sucre ($p < 0.001$) et de sel ($p < 0.001$).

Les fumeurs consomment plus de produits laitiers (OR=1.13 ; IC95% [1.03-1.24]), de fruits frais (OR=1.24 ; IC95% [1.13-1.36]), de légumes (OR=1.31 ; IC95% [1.18-1.45]), moins de plats cuisinés (OR=1.27 ; IC95% [1.12-1.43]), de charcuterie (OR=1.13 ; IC95% [1.03-1.24]), de soda (OR=1.21 ; IC95% [1.08-1.35]), de soda light ou zéro (OR=1.55 ; IC95% [1.35-1.78]), de boissons énergétiques (OR=1.82 ; IC95% [1.3-2.55]), de sucre (OR=1.25 ; IC95% [1.13-1.39]) et de sel (OR=1.20 ; IC95% [1.08-1.33]).

De leur côté, les consommateurs mixtes consomment moins de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc. (OR=0.9 ; IC95% [0.82-0.99]).

Tableau 16 : Analyse univariée pour les variables d'habitudes alimentaires

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de consommateurs mixtes (n=2256)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Consommation de produits laitiers							
2-3 fois par semaine ou plus	8700 (67%)	1424 (64%)	10124	<0.01	Chi2	1,13	[1,03-1,24]
1 fois par semaine ou moins	4255 (33%)	790 (36%)	5045	-	-	réf	-
Consommation de poissons/fruits de mer							
2-3 fois par semaine ou plus	2336 (18%)	382 (17%)	2718	0.4	Chi2	1,05	[0,93-1,18]
1 fois par semaine ou moins	10602 (82%)	1827 (83%)	12429	-	-	réf	-

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de consommateurs mixtes (n=2256)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Consommation de fruits frais							
2-3 fois par semaine ou plus	8821 (68%)	1396 (63%)	10217	<0.001	Chi2	1,24	[1,13-1,36]
1 fois par semaine ou moins	4162 (32%)	818 (37%)	4980	-	-	réf	-
Consommation de légumes crus ou cuits							
2-3 fois par semaine ou plus	10103 (78%)	1615 (73%)	11718	<0.001	Chi2	1,31	[1,18-1,45]
1 fois par semaine ou moins	2888 (22%)	603 (27%)	3491	-	-	réf	-
Consommation de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc.							
1 fois par semaine ou moins	8179 (63%)	1448 (66%)	9627	0.027	Chi2	0,9	[0,82-0,99]
2-3 fois par semaine ou plus	4769 (37%)	758 (34%)	5527	-	-	réf	-
Consommation de biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs							
1 fois par semaine ou moins	11167 (86%)	1901 (85%)	13068	0.67	Chi2	1,03	[0,91-1,17]
2-3 fois par semaine ou plus	1847 (14%)	324 (15%)	2171	-	-	réf	-
Consommation de plats cuisinés							
1 fois par semaine ou moins	11167 (86%)	1841 (83%)	13008	<0.001	Chi2	1,27	[1,12-1,43]
2-3 fois par semaine ou plus	1795 (14%)	376 (17%)	2171	-	-	réf	-

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de consommateurs mixtes (n=2256)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Consommation de hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches, etc.							
1 fois par semaine ou moins	11470 (88%)	1108 (90%)	12578	0.061	Chi2	0,83	[0,68-1,01]
2-3 fois par semaine ou plus	1539 (12%)	123 (10%)	1662	-	-	réf	-
Consommation d'aliments frits							
1 fois par semaine ou moins	11218 (86%)	1904 (85%)	13122	0.37	Chi2	1,06	[0,93-1,2]
2-3 fois par semaine ou plus	1797 (14%)	324 (15%)	2121	-	-	réf	-
Consommation de pâtisseries, gâteaux, etc.							
1 fois par semaine ou moins	10099 (78%)	1719 (78%)	11818	0.73	Chi2	1,02	[0,92-1,14]
2-3 fois par semaine ou plus	2873 (22%)	499 (22%)	3372	-	-	réf	-
Consommation de charcuterie							
1 fois par semaine ou moins	8625 (67%)	1412 (64%)	10037	0.011	Chi2	1,13	[1,03-1,24]
2-3 fois par semaine ou plus	4291 (33%)	795 (36%)	5086	-	-	réf	-
Consommation de soda							
1 fois par semaine ou moins	10437 (81%)	1714 (78%)	12151	<0.001	Chi2	1,21	[1,08-1,35]
2-3 fois par semaine ou plus	2455 (19%)	486 (22%)	2941	-	-	réf	-

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de consommateurs mixtes (n=2256)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Consommation de soda light/zéro							
1 fois par semaine ou moins	11768 (90.9%)	1912 (87%)	13680	<0.001	Chi2	1,55	[1,35-1,78]
2-3 fois par semaine ou plus	1178 (9.1%)	296 (13%)	1474	-	-	réf	-
Consommation de boissons énergétiques							
1 fois par semaine ou moins	12853 (98.9%)	2172 (98%)	15025	<0.001	Chi2	1,82	[1,3-2,55]
2-3 fois par semaine ou plus	146 (1.1%)	45 (2%)	191	-	-	réf	-
Consommation quotidienne de sucre							
1 ou 2 par jour ou moins	10274 (79%)	1669 (75%)	11943	<0.001	Chi2	1,25	[1,13-1,39]
plus de 2 par jour	2781 (21%)	564 (25%)	3345	-	-	réf	-
Mange très salé ou resale les plats							
non	9925 (76%)	1619 (73%)	11544	<0.001	Chi2	1,2	[1,08-1,33]
oui	3118 (24%)	609 (27%)	3727	-	-	réf	-

Sommeil

Le tableau 17 récapitule les résultats de l'analyse univariée pour les variables concernant la qualité de sommeil. On constate une différence statistiquement significative pour la totalité des variables analysées ($p < 0.05$).

Les fumeurs ont une qualité de sommeil supérieure aux consommateurs mixtes sur toutes les variables avec des odds ratio supérieurs à 1.

Tableau 17 : Analyse univariée pour les variables de qualité de sommeil

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de consommateurs mixtes (n=2256)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Heures de sommeil par nuit							
Entre 7 et 9 heures	4229 (32%)	588 (27%)	4817	<0.001	Chi2	1,33	[1,2-1,47]
Moins de 7 heures ou plus de 9 heures	8819 (68%)	1626 (73%)	10445	-	-	réf	-
Difficultés d'endormissement (nombre de nuit par mois)							
moins de 8 nuits par mois	10306 (79%)	1621 (73%)	11927	<0.001	Chi2	1,39	[1,25-1,54]
8 nuits ou plus par mois	2756 (21%)	603 (27%)	3359	-	-	réf	-
Réveils multiples (nombre de nuit par mois)							
moins de 8 nuits par mois	9179 (70%)	1507 (68%)	10686	0.021	Chi2	1,12	[1,02-1,23]
8 nuits ou plus par mois	3860 (30%)	711 (32%)	4571	-	-	réf	-
Réveil trop tôt sans rendormissement (nombre de nuit par mois)							
moins de 8 nuits par mois	10835 (83%)	1795 (81%)	12630	<0.01	Chi2	1,18	[1,05-1,32]
8 nuits ou plus par mois	2176 (17%)	425 (19%)	2601	-	-	réf	-
Réveil fatigué (nombre de nuit par mois)							
moins de 8 nuits par mois	9469 (73%)	1447 (65%)	10916	<0.001	Chi2	1,42	[1,29-1,56]
8 nuits ou plus par mois	3526 (27%)	765 (35%)	4291	-	-	réf	-

Prévention vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles

Les tableaux 18 et 19 récapitulent les résultats de l'analyse univariée pour les variables concernant la prévention vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles. Il y a une différence statistiquement significative pour la variable de réalisation de test VIH pour la totalité de la population étudiée ($p < 0.001$).

Les consommateurs mixtes font plus de test de dépistage du VIH que les fumeurs (OR=0.79 ; IC95% [0.71-0.88]).

Cette différence est également visible dans le sous groupe de sujets ayant une activité sexuelle avec le même odd ratio et intervalle de confiance.

Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative pour la variable d'utilisation de préservatif dans le sous groupe de sujets ayant une activité sexuelle ($p = 0.99$).

Tableau 18 : Analyse univariée pour les variables d'antécédent de rapport sexuel et de réalisation de test VIH

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de consommateurs mixtes (n=2256)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
A déjà eu des rapports sexuels							
Oui	12686 (99.12%)	2185 (99.23%)	14871	0.69	Chi2	0,87	[0,52-1,45]
Non	113 (0.88%)	17 (0.77%)	130	-	-	réf	-
Test VIH réalisé							
Oui	8867 (71%)	1629 (75%)	10496	<0.001	Chi2	0,79	[0,71-0,88]
Non	3703 (29%)	538 (25%)	4241	-	-	réf	-

Tableau 19 : Analyse univariée pour les variables de prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les sujets ayant déjà eu des rapports sexuels.

	Population de fumeurs (n=12686)	Population de consommateurs mixtes (n=2185)	n	p	Test	Odd ratio	IC95%
Utilisation de préservatif lors de la relation actuelle							
Oui	3781 (37%)	666 (37%)	4447	0.83	Chi2	0,99	[0,89-1,1]
Non	6560 (63%)	1141 (63%)	7701	-	-	réf	-
Test VIH réalisé							
Oui	8816 (71%)	1618 (75%)	10434	<0.001	Chi2	0,79	[0,71-0,88]
Non	3656 (29%)	531 (25%)	4187	-	-	réf	-

Consommation de cannabis

Les tableaux 20 et 21 récapitulent les résultats de l'analyse univariée pour les variables concernant la consommation de cannabis. Il y a une différence statistiquement significative en ce qui concerne la variable d'antécédent de consommation de cannabis ($p < 0.001$).

Les consommateurs mixtes ont plus fait l'expérience du cannabis au cours de leur vie que les fumeurs (OR=1.23 ; IC95% [1.11-1.36]).

Cependant, il n'y a pas plus de cas de sevrage en cannabis lors des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours dans l'une ou l'autre population (respectivement $p = 0.061$ et 0.14)

Tableau 20 : Analyse univariée pour la variable de consommation de cannabis

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de consommateurs mixtes (n=2256)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
A déjà consommé du cannabis							
non	3859 (30%)	565 (26%)	4424	<0.001	Chi2	1,23	[1,11-1,36]
oui	8973 (70%)	1617 (74%)	10590	-	-	réf	-

Tableau 21 : Analyse univariée pour les variables de consommation de cannabis lors des 12 derniers mois et 30 derniers jours dans le sous groupe de sujets ayant déjà consommé du cannabis au cours de leur vie.

	Population de fumeurs (n=8973)	Population de consommateurs mixtes (n=1617)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
Si oui, a consommé dans les 12 derniers mois							
non	4945 (55%)	932 (58%)	5877	0.061	Chi2	0,9	[0,81-1]
oui	3997 (45%)	679 (42%)	4676	-	-	réf	-
Si oui, a consommé dans les 30 derniers jours							
non	6153 (70%)	1143 (72%)	7296	0.14	Chi2	0,91	[0,81-1,02]
oui	2669 (30%)	453 (28%)	3122	-	-	réf	-

Consommation de boissons alcoolisées

Les tableaux 22 et 23 récapitulent les résultats de l'analyse univariée pour les variables concernant la consommation de boissons alcoolisées. Il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne la variable d'antécédent de consommation d'alcool ($p=0.31$).

Il existe une différence significative pour la variable d'inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool ($p<0.001$).

L'entourage des consommateurs mixtes s'inquiète plus de leur consommation d'alcool (OR=1.33 ; IC95% [1.17-1.51]).

Tableau 22 : Analyse univariée pour la variable de consommation d'alcool

	Population de fumeurs (n=13215)	Population de consommateurs mixtes (n=2256)	n	p	Test	Odd ratio	IC95%
A déjà consommé de l'alcool							
non	192 (1.5%)	26 (1.2%)	218	0.31	Chi2	1,26	[0,83-1,9]
oui	13014 (98.5%)	2227 (98.8%)	15241	-	-	réf	-

Tableau 23 : Analyse univariée pour les variables de fréquence de consommation d'alcool et d'inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool pour le sous groupe de sujets ayant consommé de l'alcool dans leur vie.

	Population de fumeurs (n=13014)	Population de consommateurs mixtes (n=2227)	n	p	Test	Odd ratio	IC95%
Fréquence de consommation							
moins d'une fois par semaine	3850 (30%)	667 (31%)	4517	0.7	Chi2	0,98	[0,89-1,08]
une à plusieurs fois par semaine	8945 (70%)	1518 (69%)	10463	-	-	réf	-
Inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool							
non	10711 (87%)	1744 (83%)	12455	<0.001	Chi2	1,33	[1,17-1,51]
oui	1597 (13%)	346 (17%)	1943	-	-	réf	-

Santé des femmes

Les tableaux 24, 25 et 26 récapitulent les résultats de l'analyse univariée pour les variables de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein chez les femmes. On remarque qu'il y a une différence statistiquement significative pour les deux variables chez les femmes sans distinction d'âge (respectivement $p=0.016$ et $p<0.001$).

Les consommatrices mixtes font globalement plus de frottis cervico-utérin (OR=0.74 ; IC95% [0.58-0.94]) et de mammographie (OR=0.72 ; IC95% [0.63-0.82]) que les fumeuses.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes visées par le dépistage recommandé ($p=0.98$) et du cancer du sein chez les femmes visées par le dépistage organisé ($p=0.23$).

Tableau 24 : Analyse univariée pour les variables de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein pour la totalité des femmes des populations d'étude.

	Population de fumeuses (n=6662)	Population de consommatrices mixtes (n=1056)	n	p	Test	Odd ratio	IC95%
A déjà fait un frottis de dépistage							
Oui	5673 (90%)	918 (92.1%)	6591	0.016	Chi2	0,74	[0,58-0,94]
Non	662 (10%)	79 (7.9%)	741	-	-	réf	-
A déjà fait une mammographie de dépistage							
Oui	3216 (50%)	585 (58%)	3801	<0.001	Chi2	0,72	[0,63-0,82]
Non	3164 (50%)	416 (42%)	3580	-	-	réf	-

Tableau 25 : Analyse univariée pour la variable de dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes concernées par le dépistage recommandé.

	Population de fumeuses (n=5711)	Population de consommatrices mixtes (n=940)	n	p	test	Odd ratio	IC95%
A déjà fait un frottis de dépistage							
Oui	5136 (94.6%)	839 (94.7%)	5975	0.96	Chi2	0,98	[0,71-1,34]
Non	294 (5.4%)	47 (5.3%)	341	-	-	réf	-

Tableau 26 : Analyse univariée pour la variable de dépistage du cancer du sein pour les femmes concernées par le dépistage organisé.

	Population de fumeuses (n=1688)	Population de consommatrices mixtes (n=290)	n	<i>p</i>	Test	Odd ratio	IC95%
A déjà fait une mammographie de dépistage							
Oui	1579 (98.4%)	273 (99.64%)	1852	0.16	Fisher	0,23	[0,01-1,43]
Non	25 (1.6%)	1 (0.36%)	26	-	-	réf	-

C - Analyse multivariée vapoteurs versus fumeurs

Comme il a été précisé dans la partie méthode de ce travail, l'analyse multivariée ne va concerner que les variables ayant un lien avec le statut tabagique pour un p inférieur à 0.20 et chaque modèle multivarié est réalisé avec les variables ayant un lien univarié avec la variable étudiée pour un p inférieur à 0.15.

La réalisation d'une matrice de corrélation et d'un corrélogramme par un test de Pearson a montré un lien important entre les variables appréciation de l'état de santé générale et appréciation de l'état de santé générale par rapport à une personne du même âge.

Un lien important a également été trouvé entre les variables évaluant la qualité de sommeil (en dehors du nombre d'heures de sommeil par nuit).

Ainsi une seule de ces variables est choisie pour un modèle dans le cas où plusieurs seraient présentes : l'appréciation de l'état de santé générale et la difficulté d'endormissement.

Appréciation de l'état de santé générale

Le tableau 27 récapitule les résultats de l'analyse multivariée pour les variables d'appréciation de l'état de santé générale.

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le statut tabagique et l'appréciation de la santé générale (respectivement $p=0.061$ et 0.21).

Tableau 27 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et l'appréciation de l'état de santé.

	odds ratio	IC95%	p	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Appréciation de l'état de santé générale				
Plutôt bonne santé	1,18	[0,99-1,40]	0,061	âge, alimentation, qualité de sommeil, consommation d'alcool et de cannabis, activité physique
Plutôt mauvaise santé	réf	-	-	-
Appréciation de l'état de santé générale par rapport à une personne du même âge				
Plutôt bonne santé	1,11	[0,94-1,30]	0,21	âge, alimentation, qualité de sommeil, consommation d'alcool et de cannabis, activité physique
Plutôt mauvaise santé	réf	-	-	-

Habitudes alimentaires

Le tableau 28 récapitule les résultats de l'analyse multivariée pour les variables d'habitudes alimentaires.

Il y a un lien statistiquement significatif entre le statut tabagique et les variables de consommation de produits laitiers ($p=0.036$), de plats cuisinés ($p=0.012$), de pâtisseries ($p=0.049$), de soda light/zéro ($p<0.001$) et de sel ($p<0.01$).

Les vapoteurs consomment plus de produits laitiers (OR=0.87 ; IC95% [0.77-0.99]) et moins de pâtisseries (OR=0.85 ; IC95% [0.73-0.99]).

Les fumeurs consomment moins de plats cuisinés (OR=1.24 ; IC95% [1.05-1.46]), de soda light ou zéro (OR=1.6 ; IC95% [1.34-1.91]) et moins de sel (OR=1.24 ; IC95% [1.08-1.41]).

Tableau 28 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et les habitudes alimentaires.

	odd ratio	IC95%	p	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Consommation de produits laitiers				
2-3 fois par semaine ou plus	0,87	[0,77-0,99]	0,036	âge, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
1 fois par semaine ou moins	réf	-	-	-
Consommation de fruits frais				
2-3 fois par semaine ou plus	0,96	[0,83-1,10]	0,51	âge, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
1 fois par semaine ou moins	réf	-	-	-
Consommation de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc.				
1 fois par semaine ou moins	0,95	[0,84-1,09]	0,47	âge, sexe, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de plats cuisinés				
1 fois par semaine ou moins	1,24	[1,05-1,46]	0,012	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-

	odd ratio	IC95%	p	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Consommation de hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches, etc.				
1 fois par semaine ou moins	0,9	[0,73-1,12]	0,35	âge, sexe, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de pâtisseries, gâteaux, etc.				
1 fois par semaine ou moins	0,85	[0,73-0,99]	0,049	âge, sexe, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de soda				
1 fois par semaine ou moins	0,88	[0,74-1,05]	0,17	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de soda light/zéro				
1 fois par semaine ou moins	1,6	[1,34-1,91]	<0,001	âge, sexe, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Mange très salé ou resale les plats				
non	1,24	[1,08-1,41]	<0,01	âge, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
oui	réf	-	-	-

Sommeil

Le tableau 29 récapitule les résultats de l'analyse multivariée pour les variables de qualité de sommeil.

Il y a un lien statistique entre le statut tabagique et la variable du nombre de réveil fatigué par mois ($p=0.022$).

Les fumeurs se réveillent généralement moins fatigués que les vapoteurs (OR=1.18 ; IC95% [1.02-1.36]).

Tableau 29 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et la qualité de sommeil.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Difficultés d'endormissement (nombre de nuit par mois)				
moins de 8 nuits par mois	1,14	[0,98-1,33]	0,084	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool, activité physique, réveil fatigué
8 nuits ou plus par mois	réf	-	-	-
Réveil fatigué (nombre de nuit par mois)				
moins de 8 nuits par mois	1,18	[1,02-1,36]	0,022	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, activité physique, difficulté d'endormissement
8 nuits ou plus par mois	réf	-	-	-

Prévention vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles

Le tableau 30 montre le résultat de l'analyse multivariée pour la variable d'utilisation du préservatif lors de la relation actuelle.

Il n'y a pas de lien entre le statut tabagique et l'utilisation de préservatif ($p=0.99$).

Tableau 30 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et l'utilisation de préservatif.

	odd ratio	IC95%	p	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Utilisation de préservatif lors de la relation actuelle (sous groupe actif sexuellement)				
Oui	1	[0,87-1,15]	0,99	âge, consommation d'alcool et de cannabis, réalisation d'un test VIH
Non	réf	-	-	-

Consommation de cannabis

Le tableau 31 montre le résultats de l'analyse multivariée pour les variables de consommation de cannabis lors des 12 derniers mois et des 30 derniers jours pour le sous groupe de sujets ayant déjà consommé du cannabis au cours de la leur vie.

Il y a un lien statistique entre le statut tabagique et le sevrage en cannabis lors des 12 derniers mois ($p < 0.001$) et des 30 derniers jours ($p < 0.001$).

Il y a plus de cas de sevrage lors des 12 derniers mois (OR=0.48 ; IC95% [0.41-0.57]) et des 30 derniers jours (OR=0.37 ; IC95% [0.30-0.47]) chez les vapoteurs exclusifs.

Tableau 31 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et la consommation de cannabis.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Consommation de cannabis dans les 12 derniers mois				
non	0,48	[0,41-0,57]	<0,001	âge, sexe, qualité de sommeil, consommation d'alcool, activité physique.
oui	réf	-	-	-
Consommation de cannabis dans les 30 derniers jours				
non	0,37	[0,30-0,47]	<0,001	âge, sexe, consommation d'alcool, qualité de sommeil
oui	réf	-	-	-

Consommation d'alcool

Le tableau 32 récapitule le résultat de l'analyse multivariée pour la variable de fréquence de consommation d'alcool pour le sous groupe de sujets ayant déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie.

Il y a un lien statistique entre le statut tabagique et la fréquence de consommation d'alcool ($p < 0.001$).

Les vapoteurs consomment moins d'alcool que les fumeurs (OR=0.79 ; IC95% [0.70-0.90]).

Tableau 32 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et la fréquence de consommation d'alcool.

	odd ratio	IC95%	p	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
fréquence de consommation d'alcool				
moins d'une fois par semaine	0,79	[0,70-0,90]	<0,001	âge, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
une à plusieurs fois par semaine	réf	-	-	-

Santé des femmes

Les tableaux 33 et 34 récapitulent les résultats de l'analyse multivariée pour les variables de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

Il y a un lien statistique entre le statut tabagique et la réalisation d'un cervico-utérin ($p=0.014$).

Les vapoteuses font plus de frottis cervico-utérin que les fumeuses (OR=0.58 ; IC95% [0.38-0.90]) tous âges confondus.

Il n'a pas été montré de lien sur les autres variables analysées.

Tableau 33 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein dans la population féminine.

	odd ratio	IC95%	p	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
A déjà fait un frottis de dépistage				
Oui	0,58	[0,38-0,90]	0,014	âge, consommation d'alcool et de cannabis, activité physique, qualité de sommeil, réalisation d'un test VIH
Non	réf	-	-	-
A déjà fait une mammographie de dépistage				
Oui	1	[0,77-1,29]	0,97	âge, consommation d'alcool et de cannabis, activité physique, qualité de sommeil, réalisation d'un test VIH
Non	réf	-	-	-

Tableau 34 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et le dépistage du cancer du col l'utérus dans la population de femme visée par le dépistage recommandé.

	odd ratio	IC95%	p	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
A déjà fait un frottis de dépistage				
Oui	0,6	[0,36-1,02]	0,06	âge, activité physique, qualité de sommeil, réalisation d'un test VIH et d'une mammographie
Non	réf	-	-	-

D - Analyse multivariée consommateurs mixtes versus fumeurs

Appréciation de l'état de santé générale

Le tableau 35 récapitule les résultats de l'analyse multivariée pour les variables d'appréciation de l'état de santé générale.

Il y a un lien statistiquement significatif entre le statut tabagique et les deux variables d'appréciation de la santé générale ($p < 0.001$).

Les fumeurs ont une meilleure appréciation de leur santé générale (OR=1.26 ; IC95% [1.11-1.43] et de leur santé par rapport à quelqu'un du même âge (OR=1.31 ; IC95% [1.17-1.48]).

Tableau 35 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et l'appréciation de l'état de santé.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Appréciation de l'état de santé générale				
Plutôt bonne santé	1,26	[1,11-1,43]	<0,001	âge, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique, réalisation d'un test VIH
Plutôt mauvaise santé	réf	-	-	-
Appréciation de l'état de santé générale par rapport à une personne du même âge				
Plutôt bonne santé	1,31	[1,17-1,48]	<0,001	âge, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
Plutôt mauvaise santé	réf	-	-	-

Activité physique

Le tableau 36 récapitule le résultat de l'analyse multivariée pour la variable d'activité physique hors travail.

Il n'y a pas de lien statistique entre le statut tabagique et avoir une activité physique hors travail ($p=0.48$).

Tableau 36 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et faire de l'activité physique.

	odd ratio	IC95%	p	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Indicateur d'effort physique hors travail				
Actif	1,03	[0,94-1,14]	0,48	âge, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil
Non actif	réf	-	-	-

Habitudes alimentaires

Le tableau 37 récapitule les résultats des analyses multivariées pour les variables d'habitudes alimentaires retenues après l'analyse univariée.

Il y a un lien statistique entre le statut tabagique et les variables de consommation de produits laitiers ($p=0.048$), de légumes crus ou cuits ($p<0.01$), de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons etc. ($p<0.01$), de plats cuisinés ($p=0.01$), de soda light ou zéro ($p<0.001$), de boissons énergétiques ($p<0.01$), de sucre ($p<0.01$) et de sel ($p=0.019$).

Les utilisateurs mixtes consomment moins de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc. (OR=0.86 ; IC95% [0.78-0.96]).

Les fumeurs consomment plus de produits laitiers (OR=1.1 ; IC95% [1-1.21]), de légumes (OR=1.18 ; IC95% [1.05-1.32]), moins de plats cuisinés (OR=1.18 ; IC95% [1.04-1.34]), de soda light/zéro (OR=1.49 ; IC95% [1.29-1.71]), de boissons énergétiques (OR=1.6 ; IC95% [1.13-2.27]), de sucre (OR=1.15 ; IC95% [1.03-1.29]) et de sel (OR=1.13 ; IC95% [1.02-1.25]).

Tableau 37 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et les habitudes alimentaires.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Consommation de produits laitiers				
2-3 fois par semaine ou plus	1,1	[1-1,21]	0,048	âge, sexe, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil et activité physique
1 fois par semaine ou moins	réf	-	-	-
Consommation de fruits frais				
2-3 fois par semaine ou plus	1,08	[0,97-1,20]	0,14	âge, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
1 fois par semaine ou moins	réf	-	-	-
Consommation de légumes crus ou cuits				
2-3 fois par semaine ou plus	1,18	[1,05-1,32]	<0,01	âge, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
1 fois par semaine ou moins	réf	-	-	-

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Consommation de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc.				
1 fois par semaine ou moins	0,86	[0,78-0,96]	<0,01	âge, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de plats cuisinés				
1 fois par semaine ou moins	1,18	[1,04-1,34]	0,01	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches, etc.				
1 fois par semaine ou moins	1,06	[0,91-1,22]	0,47	âge, sexe, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de charcuterie				
1 fois par semaine ou moins	1,06	[0,96-1,17]	0,24	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de soda				
1 fois par semaine ou moins	1,06	[0,94-1,20]	0,33	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de soda light/zéro				
1 fois par semaine ou moins	1,49	[1,29-1,71]	<0,001	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de boissons énergétiques				
1 fois par semaine ou moins	1,6	[1,13-2,27]	<0,01	âge, sexe, alimentation
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Consommation quotidienne de sucre				
1 ou 2 par jour ou moins	1,15	[1,03-1,29]	<0,01	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool, qualité de sommeil, activité physique
plus de 2 par jour	réf	-	-	-
Mange très salé ou resale les plats				
non	1,13	[1,02-1,25]	0,019	âge, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
oui	réf	-	-	-

Sommeil

Le tableau 38 récapitule les résultats des analyses multivariées pour les variables de qualité de sommeil.

Il existe un lien statistique entre le statut tabagique et la qualité de sommeil pour le nombre d'heures de sommeil ($p < 0.001$), les difficultés d'endormissement ($p < 0.01$) et le nombre de réveil fatigué par mois ($p < 0.001$).

Les fumeurs ont une meilleure qualité de sommeil avec moins de difficultés d'endormissement (OR=1.2 ; IC95% [1.07-1.34]), moins de réveil fatigué par mois (OR=1.3 ; IC95% [1.17-1.45]). Ils ont également un meilleur temps de sommeil (OR=1.21 ; IC95% [1.09-1.35]).

Tableau 38 : Analyses multivariées du lien entre statut tabagique et qualité de sommeil.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Heures de sommeil par nuit				
Entre 7 et 9 heures	1,21	[1,09-1,35]	<0,001	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
Moins de 7 heures ou plus de 9 heures	réf	-	-	-
Difficultés d'endormissement (nombre de nuit par mois)				
moins de 8 nuits par mois	1,2	[1,07-1,34]	<0,01	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
8 nuits ou plus par mois	réf	-	-	-
Réveils multiples (nombre de nuit par mois)				
moins de 8 nuits par mois	0,97	[0,87-1,08]	0,57	âge, sexe, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil
8 nuits ou plus par mois	réf	-	-	-

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Réveil trop tôt sans rendormissement (nombre de nuit par mois)				
moins de 8 nuits par mois	0,97	[0,85-1,10]	0,6	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil
8 nuits ou plus par mois	réf	-	-	-
Réveil fatigué (nombre de nuit par mois)				
moins de 8 nuits par mois	1,3	[1,17-1,45]	<0,001	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil et activité physique
8 nuits ou plus par mois	réf	-	-	-

Prévention vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles

Les tableaux 39 et 40 récapitulent les résultats des analyses multivariées pour la variable de réalisation d'un test VIH pour la totalité de la population étudiée et le sous groupe de sujets ayant déjà eu des rapports sexuels.

Il y a un lien dans les deux groupes entre le statut tabagique et la réalisation d'un test VIH ($p < 0.001$).

Les consommateurs mixtes font plus de dépistage du VIH que les fumeurs, qu'ils soient actifs sexuellement (OR=0.82 ; IC95% [0.74-0.92]) ou non (OR=0.81 ; IC95% [0.73-0.91]).

Tableau 39 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et la réalisation d'un test VIH.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Test VIH réalisé				
Oui	0,81	[0,73-0,91]	<0,001	âge, sexe, consommation d'alcool et de cannabis
Non	réf	-	-	-

Tableau 40 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et la réalisation d'un test VIH dans le sous groupe de sujets ayant déjà eu des rapports sexuels.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Test VIH réalisé				
Oui	0,82	[0,74-0,92]	<0,001	âge, sexe, utilisation de préservatif, consommation d'alcool et de cannabis
Non	réf	-	-	-

Consommation de cannabis

Les tableaux 41 et 42 récapitulent les résultats des analyses multivariées pour les variables de consommation de cannabis.

Les consommateurs mixtes ont plus fait l'expérience du cannabis au cours de leur vie que les fumeurs ($p < 0.001$; OR=1.25 ; IC95% [1.11-1.41]).

Cependant il n'y a pas de lien entre le statut tabagique et la consommation de cannabis lors des 12 derniers mois ($p = 0.19$) et les 30 derniers jours ($p = 0.58$) dans la population de sujets ayant déjà consommé du cannabis au cours de leur vie.

Tableau 41 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et avoir consommé du cannabis au cours de la vie.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
A déjà consommé du cannabis				
non	1,25	[1,11-1,41]	<0,001	âge, sexe, consommation d'alcool, qualité de sommeil et activité physique
oui	réf	-	-	-

Tableau 42 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et avoir consommé du cannabis lors des 12 derniers mois et des 30 derniers jours pour les sujets ayant déjà consommé du cannabis au cours de leur vie.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
consommation de cannabis dans les 12 derniers mois				
non	0,9	[0,76-1,06]	0,19	âge, sexe, consommation de cannabis dans les 30 derniers jours, consommation d'alcool, qualité de sommeil et activité physique
oui	réf	-	-	-
consommation de cannabis dans les 30 derniers jours				
non	0,95	[0,78-1,13]	0,58	âge, sexe, consommation de cannabis dans les 12 derniers mois, consommation d'alcool, qualité de sommeil, activité physique
oui	réf	-	-	-

Consommation d'alcool

Le tableau 43 récapitule l'analyse multivariée pour la variable d'inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool pour les sujets ayant déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie.

Il y a un lien statistique entre le statut tabagique et cette variable ($p < 0.001$).

L'entourage des utilisateurs mixtes s'est plus souvent inquiété de leur consommation d'alcool que l'entourage des fumeurs (OR=1.25 ; IC95% [1.10-1.43]).

Tableau 43 : Analyse multivariée du lien entre le statut tabagique et la notion d'inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool chez les sujets ayant déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool				
non	1,25	[1,10-1,43]	<0,001	âge, consommation d'alcool et de cannabis, fréquence de consommation d'alcool, qualité de sommeil et activité physique
oui	réf	-	-	-

Santé des femmes

Les tableaux 44 et 45 récapitulent les analyses multivariées pour les variables de dépistage des cancers du col de l'utérus et du cancer du sein.

Il y a un lien statistique entre le statut tabagique et la réalisation d'une mammographie de dépistage ($p < 0.01$).

Les consommatrices mixtes font globalement plus de mammographie de dépistage hors dépistage organisé que les fumeuses (odd ratio = 0.76 ; IC95% [0.62-0.93]).

Il n'y a pas de différence statistique dans le cadre du dépistage organisé ($p = 0.12$).

Tableau 44 : Analyse multivariée du lien entre statut tabagique et réalisation d'un test de dépistage pour le cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
A déjà fait un frottis de dépistage				
Oui	0,96	[0,74-1,25]	0,76	âge, consommation d'alcool et de cannabis, réalisation d'un test VIH et d'une mammographie.
Non	réf	-	-	-
A déjà fait une mammographie de dépistage				
Oui	0,76	[0,62-0,93]	<0,01	âge, consommation d'alcool et de cannabis, réalisation d'un test VIH et d'un frottis cervico-utérin
Non	réf	-	-	-

Tableau 45 : Analyse multivariée du lien entre statut tabagique et réalisation d'une mammographie de dépistage dans le sous groupe de femmes visées par le dépistage systématique.

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
A déjà fait une mammographie de dépistage				
Oui	0,28	[0,06-1,42]	0,12	Age
Non	réf	-	-	-

Discussion

Principaux résultats

La prévalence du tabagisme actif quel que soit le mode de consommation (cigarette, cigarillo, cigare ou pipe) dans la population étudiée est de 18.5% et celle du vapotage est de 4.2%. Le baromètre santé 2016 évalue la prévalence du tabagisme actif dans la population générale à 34.5% (28.7% pour le tabagisme quotidien) et celle du vapotage à 3.3%(36). Deux aspects inhérents à la cohorte peuvent expliquer cette différence. Les participants sont tous affiliés au régime général de la sécurité sociale. Leur participation à la cohorte suggère l'hypothèse qu'ils sont sensibles aux problèmes de santé. Ces deux points entraînent un biais de sélection.

Les analyses statistiques multivariées ne montrent pas de lien entre utiliser la cigarette électronique et avoir une meilleure hygiène de vie par rapport aux fumeurs. Dans ce cadre, 33 variables ont été étudiées. En analyse multivariée, la population de vapoteurs exclusifs n'a une meilleure hygiène de vie que pour 5 de ces variables contre 4 pour les fumeurs ($p=1$). La population de consommateurs mixtes n'a une meilleure hygiène de vie que pour 2 de ces variables contre 11 pour les fumeurs ($p=0.011$; OR=7.5 ; IC95% [1.43-76.4]). Ces résultats sont récapitulés dans les tableaux 46 et 47.

Tableau 46 : Récapitulatif des résultats significatifs de l'analyse multivariée comparant vapoteurs exclusifs et fumeurs

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Consommation de produits laitiers				
2-3 fois par semaine ou plus	0,87	[0,77-0,99]	0,036	âge, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
1 fois par semaine ou moins	réf	-	-	-
Consommation de plats cuisinés				
1 fois par semaine ou moins	1,24	[1,05-1,46]	0,012	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de pâtisseries, gâteaux, etc.				
1 fois par semaine ou moins	0,85	[0,73-0,99]	0,049	âge, sexe, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-

	odd ratio	IC95%	p	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Consommation de soda light/zéro				
1 fois par semaine ou moins	1,6	[1,34-1,91]	<0,001	âge, sexe, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Mange très salé ou resale les plats				
non	1,24	[1,08-1,41]	<0,01	âge, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
oui	réf	-	-	-
Réveil fatigué (nombre de nuit par mois)				
moins de 8 nuits par mois	1,18	[1,02-1,36]	0,022	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, activité physique, difficulté d'endormissement
8 nuits ou plus par mois	réf	-	-	-
Consommation de cannabis dans les 12 derniers mois				
non	0,48	[0,41-0,57]	<0,001	âge, sexe, qualité de sommeil, consommation d'alcool, activité physique.
oui	réf	-	-	-
Consommation de cannabis dans les 30 derniers jours				
non	0,37	[0,30-0,47]	<0,001	âge, sexe, consommation d'alcool, qualité de sommeil
oui	réf	-	-	-
fréquence de consommation d'alcool				
moins d'une fois par semaine	0,79	[0,70-0,90]	<0,001	âge, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
une à plusieurs fois par semaine	réf	-	-	-

Tableau 47 : Récapitulatif des résultats significatifs de l'analyse multivariée comparant consommateurs mixtes et fumeurs

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Appréciation de l'état de santé générale				
Plutôt bonne santé	1,26	[1,11-1,43]	<0,001	âge, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique, réalisation d'un test VIH
Plutôt mauvaise santé	réf	-	-	-
Appréciation de l'état de santé générale par rapport à une personne du même âge				
Plutôt bonne santé	1,31	[1,17-1,48]	<0,001	âge, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
Plutôt mauvaise santé	réf	-	-	-
Consommation de produits laitiers				
2-3 fois par semaine ou plus	1,1	[1-1,21]	0,048	âge, sexe, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil et activité physique
1 fois par semaine ou moins	réf	-	-	-
Consommation de légumes crus ou cuits				
2-3 fois par semaine ou plus	1,18	[1,05-1,32]	<0,01	âge, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
1 fois par semaine ou moins	réf	-	-	-
Consommation de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc.				
1 fois par semaine ou moins	0,86	[0,78-0,96]	<0,01	âge, alimentation, consommation de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Consommation de plats cuisinés				
1 fois par semaine ou moins	1,18	[1,04-1,34]	0,01	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de soda light/zéro				
1 fois par semaine ou moins	1,49	[1,29-1,71]	<0,001	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation de boissons énergétiques				
1 fois par semaine ou moins	1,6	[1,13-2,27]	<0,01	âge, sexe, alimentation
2-3 fois par semaine ou plus	réf	-	-	-
Consommation quotidienne de sucre				
1 ou 2 par jour ou moins	1,15	[1,03-1,29]	<0,01	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool, qualité de sommeil, activité physique
plus de 2 par jour	réf	-	-	-
Mange très salé ou resale les plats				
non	1,13	[1,02-1,25]	0,019	âge, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
oui	réf	-	-	-
Heures de sommeil par nuit				
Entre 7 et 9 heures	1,21	[1,09-1,35]	<0,001	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
Moins de 7 heures ou plus de 9 heures	réf	-	-	-
Difficultés d'endormissement (nombre de nuit par mois)				
moins de 8 nuits par mois	1,2	[1,07-1,34]	<0,01	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil, activité physique
8 nuits ou plus par mois	réf	-	-	-

	odd ratio	IC95%	<i>p</i>	catégories de variables utilisées pour le modèle multivarié
Réveil fatigué (nombre de nuit par mois)				
moins de 8 nuits par mois	1,3	[1,17-1,45]	<0,001	âge, sexe, alimentation, consommation d'alcool et de cannabis, qualité de sommeil et activité physique
8 nuits ou plus par mois	réf	-	-	-
Test VIH réalisé				
Oui	0,81	[0,73-0,91]	<0,001	âge, sexe, consommation d'alcool et de cannabis
Non	réf	-	-	-
Test VIH réalisé sous groupe actif sexuel				
Oui	0,82	[0,74-0,92]	<0,001	âge, sexe, utilisation de préservatif, consommation d'alcool et de cannabis
Non	réf	-	-	-
A déjà consommé du cannabis				
non	1,25	[1,11-1,41]	<0,001	âge, sexe, consommation d'alcool, qualité de sommeil et activité physique
oui	réf	-	-	-
Si oui, inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool				
non	1,25	[1,10-1,43]	<0,001	âge, consommation d'alcool et de cannabis, fréquence de consommation d'alcool, qualité de sommeil et activité physique
oui	réf	-	-	-

Ils montrent que les utilisateurs de la cigarette électronique :

- n'ont pas de meilleures habitudes alimentaires
- ne font pas plus d'activité physique hors travail
- n'ont pas une meilleure qualité de sommeil

Les femmes utilisatrices de la cigarette électronique ne s'impliquent pas plus dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

Parmi les 5 variables pour lesquelles la population de vapoteurs exclusifs a une meilleure hygiène de vie, on souligne une attitude positive vis-à-vis des substances addictives (alcool et cannabis). Concernant la consommation d'alcool, il a été démontré une corrélation positive avec le tabagisme. Une étude montre que la consommation d'alcool est corrélée à la quantité de cigarette fumée(78). Cette association est d'autant plus importante chez les alcoolos-dépendants avec une

prévalence du tabagisme dans cette population de 83% à 100%(79). L'usage du cannabis suit la même corrélation. Chez les adolescents occidentaux, la cigarette s'associe dans plus de 25% des cas à la résine de cannabis(80). La baisse de la consommation d'alcool et le sevrage en cannabis sont liés avec l'arrêt de la consommation de tabac grâce à la cigarette électronique (en dehors de certains mésusages).

Un fumeur en mauvaise santé est plus à même de remettre son tabagisme en question. Cela peut inciter cette population à diminuer sa consommation de tabac en utilisant la cigarette électronique. Cette hypothèse explique que les consommateurs mixtes ont une mauvaise appréciation de leur santé générale par rapport aux fumeurs car ils seraient au début de leur démarche de sevrage.

Forces et faiblesses de l'étude

Les forces de l'étude viennent du nombre important de participants sélectionnés sur un tirage au sort dans la population affiliée à la sécurité sociale entre 18 et 69 ans. Leur appréciation vis à vis de la cigarette électronique n'intervient pas dans leur recrutement. Ainsi, 16719 sujets ont été sélectionnés pour notre étude. Nous avons eu un taux inférieur à 5% de données manquantes pour les variables étudiées.

Les faiblesses de l'étude prennent plusieurs aspects. Le premier d'entre eux est le type de l'étude, il s'agit d'une étude descriptive transversale. Les études descriptives ont un niveau de preuve de C soit un faible niveau de preuve scientifique(81). Le second est le biais de sélection inhérent à la cohorte CONSTANCES. Les participants sont sélectionnés uniquement parmi les affiliés au régime général de la sécurité sociale. En sont ainsi exclus les libéraux, agriculteurs indépendants, etc. Par conséquent nous ne pourrions extrapoler les résultats à la population générale.

De plus, l'âge d'inclusion (18 à 69 ans) exclu les personnes mineures et les personnes de plus de 69 ans. Hors l'utilisation de la cigarette électronique chez les adolescents n'est pas négligeable. Le baromètre santé 2016 évaluait la prévalence du vapotage chez les 15-24 ans à 1.2%(36). Une étude parmi des adolescents parisiens en 2013 retrouvait un taux d'expérimentation du produit de 17.9% sur 3151 répondants âgés de 12 à 19 ans(82).

Les motivations des utilisateurs de la cigarette électronique

La motivation principale exprimée par les utilisateurs de la cigarette électronique est de diminuer leur consommation de tabac ou d'arrêter de fumer(13,26,28). Les études réalisées montre un réel bénéfice de la cigarette électronique dans la diminution de tabac consommé avec une baisse de 50% à un an(23–25). Les autres motivations exprimées sont une toxicité moindre (pour l'utilisateur et l'entourage), économiques (prix plus faibles que le tabac) et hygiéniques (absence de cendres ou de mauvaises odeurs)(26).

Cependant, l'étude la plus significative (19414 sujets inclus provenant de 10 pays européens) exposant les motivations impliquées dans l'utilisation de la cigarette électronique présente un biais important de sélection. Elle signale avoir recruté les sujets à partir d'un site pro cigarette électronique(26). Même remarque pour une autre étude montrant le lien entre utilisation de la cigarette électronique, abstinence au tabac et amélioration de la qualité de vie. Le recrutement des participants s'est fait via un questionnaire publié sur un site de vente de cigarette électronique sur internet(12).

L'association entre vapotage et prévention individuelle de santé n'a été démontrée par aucune étude indépendante et sérieusement menée. Il en est de même pour le taux d'abstinence au tabac à un an en comparant cigarette électronique versus TNS ou placebo. Une étude recherchant un lien entre utilisation de cigarette électronique et avoir une attitude de prévention individuelle de santé chez les adolescents est parue en 2017. Elle conclue sur l'absence de lien statistique. Elle trouve également que les utilisateurs mixtes consomment plus d'alcool et d'autres drogues que les vapoteurs exclusifs(83). Enfin, plusieurs publications soulignent le fait qu'une dégradation de l'état de santé est très rarement une motivation suffisante à l'arrêt du tabac, hormis une exception : être hospitalisé pour un évènement cardiaque majeur secondaire à la consommation de tabac(84,85). Ces résultats montrent l'absence d'attitude de prévention individuelle de santé chez les vapoteurs et vont dans le sens de notre observation.

En parcourant les forums d'utilisateurs à la recherche d'informations sur le sujet, nous remarquons rapidement que les vapoteurs n'ont pas la motivation de se sevrer en nicotine. Ils cherchent un moyen de poursuivre leur consommation sans être exposé aux autres substances nocives émises par la combustion du tabac. Cela correspond au message principal délivré par les industriels et les commerçants. Cela suggère que la décision des consommateurs est influencée par la publicité sur internet.

L'aspect financier dans le choix d'utiliser la cigarette électronique est également important. La mesure phare du programme MPOWER ayant un impact direct sur le tabagisme est l'augmentation des prix du tabac. En France, la baisse de consommation est fortement corrélée à la hausse des prix comme le montre très bien la figure 4. L'objectif des autorités est d'atteindre un paquet de cigarette à 10 euros en 2020.

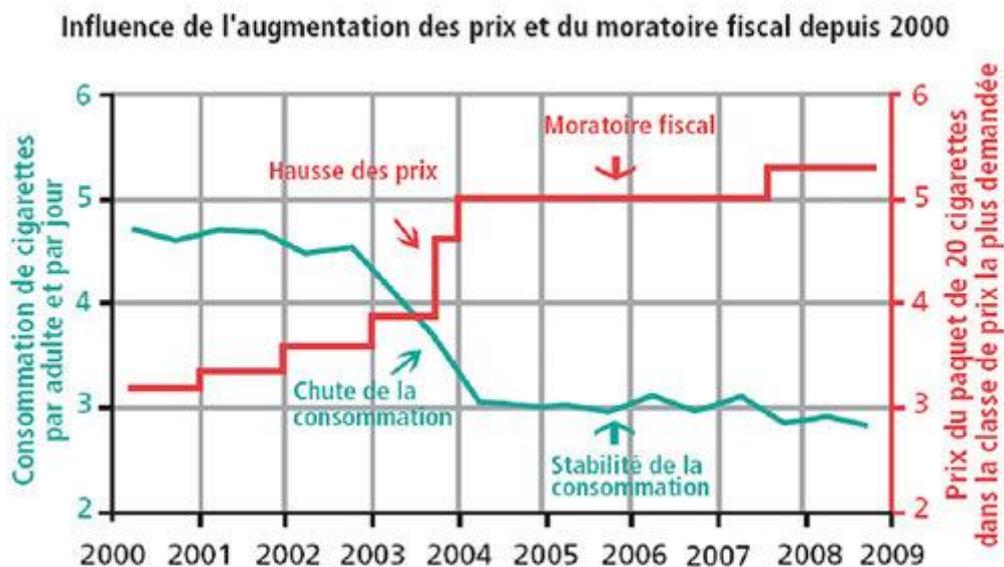


Figure 4 : Evolution des prix et de la consommation de tabac entre 2000 et 2009

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce constat a déjà été fait par les lobbies du tabac avec des études de marché réalisées à partir des sites internet de vapotage. Cela a certainement eu pour conséquence le développement par les grands groupes d'autres systèmes de délivrance de nicotine sans combustion du tabac et moins taxés :

- la Japan Tobacco International commercialise des produits « heat not burn ». Il s'agit de dispositif chauffant du tabac à de faibles températures et diffusant un aérosol contenant de la nicotine et des arômes.
- Philip Morris International a mis au point IQOS. Le dispositif consiste en de mini-cigarettes à insérer dans un petit appareil qui chauffe le tabac à 330°C et libère un aérosol de tabac. Le système fonctionne par pyrolyse.
- Reynolds American Inc n'est pas en reste avec leur système Revo. Il s'agit d'un vaporisateur qui chauffe du tabac sans le brûler via une pointe de charbon ardent et délire un aérosol aromatisé.

Nous sommes donc invités à penser que les vapoteurs ne sont pas motivés à prendre d'autres choix pour se sevrer du tabac. Ils sont, au contraire, incités par la publicité à rester dépendant à la nicotine.

L'addiction à la cigarette électronique

La cigarette électronique, bien qu'elle soit considérée par les utilisateurs comme un moyen de diminuer leur consommation de tabac voire de l'arrêter complètement, reste avant tout un système servant à délivrer de la nicotine.

La nicotine est une substance psycho active dont dépend en partie la dépendance tabagique. Cette dépendance vient principalement de sa cinétique d'absorption dans le sang par voie respiratoire et de sa distribution au cerveau. La nicotine arrive au cerveau entre 9 et 19 secondes après inhalation. Lors de la consommation d'une cigarette, la concentration plasmatique artérielle en nicotine augmente jusqu'à atteindre son pic au bout de 5 à 7 minutes. Qu'elle soit inhalée en fumant ou en vapotant, la consommation de nicotine entretient la dépendance par stimulations rapides et efficaces des récepteurs nicotiniques de l'aire tegmentale ventrale au niveau du mésencéphale.

Les TNS ne présentent pas cette cinétique ce qui explique leur intérêt dans le sevrage tabagique. Les patchs délivrent de faibles doses de nicotine à un rythme continu. Les gommes à mâcher délivrent un pic de nicotine en 30 minutes. Cette absorption se poursuit pendant plus de 30 minutes après que le produit ait été retiré de la bouche (effet retardé de la nicotine déglutie). Cette cinétique les rend utile lors d'instantanés de manque qui peuvent survenir malgré l'usage d'un dispositif transdermique(86).

L'inhalation de nicotine, par combustion de tabac ou par vapotage, entraîne son passage rapide dans la circulation pulmonaire. Elle est rapidement délivrée en importante concentration par voie artérielle au cerveau. Un déséquilibre artério-veineux apparaît, entraînant le besoin de renouveler l'absorption de nicotine. Les TNS assurent quant à eux un équilibre artério-veineux permettant une délivrance cérébrale stable et continue en nicotine, supprimant la sensation de manque.

Aujourd'hui, les dispositifs de plus en plus performant de cigarette électronique peuvent délivrer des concentrations de nicotine aussi élevées à chaque bouffée que lors de la consommation d'une cigarette classique(87). On voit également apparaître des comportements à risque autour de la cigarette électronique : Power-vaping, Sub-ohm-vaping, Dry burn. Ces techniques permettent généralement d'obtenir des aérosols plus denses et se rapprocher de la sensation délivrée par la cigarette(49).

La cigarette électronique auto-entretien la dépendance à la nicotine d'autant plus que les utilisateurs vapotent dans des situations où les fumeurs s'abstiennent (en famille, lieux privés où le tabac est interdit, etc.).

Enfin, l'addiction à la nicotine est banalisée par les lobbies sur internet alors qu'il est prouvé que la nicotine a un effet néfaste sur le système cardiovasculaire (augmentation de la pression artérielle, augmentation du rythme cardiaque)(87). Cette banalisation est un frein à la motivation du consommateur à se délivrer de son addiction.

Cigarette électronique et autres addictions

Une étude américaine, publiée en septembre 2018, « Electronic Cigarette Use and Risk of Harmful Alcohol Consumption in the U.S. Population », montre 3 résultats intéressants :

- l'utilisation de la cigarette électronique augmente le risque de consommation nocive d'alcool.
- la consommation mixte (tabac et vapotage) est associée à un risque supplémentaire de consommation nocive d'alcool
- le risque de consommation nocive d'alcool est plus élevé si le vapotage n'est pas quotidien(88).

Ces résultats rejoignent partiellement les nôtres. Cette comparaison est néanmoins à prendre avec prudence, les populations étudiées n'étant pas similaires.

Nos résultats montreraient également un lien fort entre l'utilisation de la cigarette électronique exclusive et le sevrage en cannabis lors des 12 derniers mois et les 30 derniers jours ($p < 0.001$). Cependant ce lien est également à prendre avec prudence. L'apparition du vapotage a fait apparaître une nouvelle méthode de consommation d'une substance non psycho active issue du cannabis : le cannabidiol(89). Selon une enquête de consommateur réalisées en septembre 2018 sur 759 sujets, les consommateurs de cannabidiol sont majoritairement des hommes (69%) entre 25 et 34 ans (37%). 20% justifient leur consommation de cannabidiol par la compensation de l'arrêt du cannabis. 32% d'entre eux étaient auparavant des consommateurs réguliers de cannabis(90). Enfin, Il existe sur internet des modes d'emploi afin de fabriquer des liquides contenant du THC à partir de cannabis voire même des liquides contenant déjà du THC.

Les données obtenues à partir de la cohorte CONSTANCES ne prennent pas en compte ces différents aspects. Il nous est donc impossible, d'après les données analysées, de conclure à l'existence d'un lien entre utilisation de la cigarette électronique et réduction de la consommation de substances dérivées du cannabis.

Parmi les autres addictions notables, certains utilisateurs déclarent consommer de la cocaïne à partir de leur cigarette électronique. Plus récemment, on note l'apparition dans les liquides d'une drogue de synthèse, le Buddha Blue. Il s'agit d'un cannabinoïde de synthèse aux effets secondaires cardiovasculaires et neuropsychologiques graves(49,91).

Vapoteurs et messages délivrés par les professionnels de santé

Les messages délivrés par les professionnels de santé sont confus et parfois contradictoires sur la question de l'utilisation de la cigarette électronique comme outil d'aide au sevrage tabagique. De nombreuses études concluent que d'autres recherches sont nécessaires. Les médecins généralistes sont peu informés et les experts divisés.

Les autorités de santé n'ont pas de discours consensuel sur le sujet et communiquent des recommandations à l'opposé les unes des autres : l'OMS recommande de réglementer la cigarette électronique et demande aux industriels de fournir les preuves scientifiques des allégations au sujet des inhalateurs électroniques de nicotine(17). La FDA menace d'interdire la commercialisation du produit si l'entrée dans la tabaco-dépendance des adolescents n'est pas combattue par les industriels alors qu'en Angleterre, le Royal College of Physicians et le Public Health England recommande l'utilisation du produit pour le sevrage tabagique(19,20). En Belgique, les liquides contenant de la nicotine sont vendus en pharmacie au même titre que les autres TNS tandis que les liquides sans nicotine sont vendus librement.

En France, la cigarette électronique est considérée comme un produit de consommation courante. Son encadrement législatif est indépendant de celui sur les produits du tabac(16). Il n'existe pas de taxe spécifique sur la vente des produits de vapotage. Un rapport d'expert réalisé par L'OFT a émis, en mai 2013, 28 recommandations spécifiques sur la cigarette électronique(92). Il convient que l'objectif prioritaire est l'arrêt de toute consommation mais le fardeau du tabac justifie une politique de réduction des risques.

Les divergences de la législation mondiale profitent, sans aucun doute, aux industriels de la cigarette électronique et aux lobbies du tabac. Au sein de la communauté médicale française règne une grande division sur le sujet. Quelques tabacologues aimeraient promouvoir le modèle anglais mais ils ne sont pas majoritaires. Depuis 5 ans, des communications sont présentées au congrès annuel de la Société Française de Tabacologie pour développer des méthodes d'utilisation de ce produit. Cela va encore être le cas les 29 et 30 novembre 2018 où la question de l'usage de la cigarette électronique comme outil supplémentaire pour le sevrage tabagique sera débattue en prenant pour modèle un service de psychiatrie en Angleterre. L'alliance de lutte contre le tabac prodigue une grande prudence sur le sujet(93).

Dans ces divergences d'opinion, aucune recommandation claire n'a été donnée aux médecins généralistes et spécialistes. Face aux questions pratiques du consommateur (incident, accident, mésusages), l'absence de connaissances des médecins doit être soulignée et constitue un facteur évident d'éloignement du vapoteur vis-à-vis des professionnels de santé. Ils préfèrent alors se tourner vers les professionnels (commerçants) qui, assurés et rassurant, prodiguent avec beaucoup de professionnalisme des conseils et avis « pseudo médicaux ». Ce comportement s'intègre dans le « quantified self ». Il correspond à la volonté d'être d'avantage « le

propre acteur de son bien-être et de sa santé » et évolue en dehors de toute prise en charge médicale(94). Le consommateur se considère comme expert et rejette, parfois violemment, tout avis médical n'allant pas dans son sens.

Le marketing bien construit autour de la cigarette électronique utilise deux stratégies. D'un côté, il met en avant des messages positifs d'efficacité, rassurant et sur l'innocuité du produit. D'un autre côté, il discrédite le monde médical et minimise les effets des TNS reconnus. Ces messages, parfois appuyés par des publications scientifiques, sont très bien relayés par les internautes, professionnels ou non. Ce système est efficace et contourne la législation française interdisant la publicité.

Nous sommes donc face à un phénomène dangereux où le consommateur se fie aux commerçants et à internet où l'industrie de la cigarette électronique a la main mise. Il y reçoit de fausses informations pouvant mettre sa santé en danger ou discréditant le monde médical. Cela rappelle l'accélération du développement du tabagisme au XXe siècle grâce à la mondialisation et à internet(95).

L'avenir de la cigarette électronique en France

Le Haut Conseil de Santé publique a déjà invité à la réflexion sur la création d'une cigarette électronique médicalisée dans son avis du 22 février 2016(21).

La cigarette électronique a actuellement le statut de produit de consommation courante, fait admis par la société française. Ce statut pourrait être un frein important à la « médicalisation » du dispositif.

Dans l'hypothèse où la prise en charge médicale de la cigarette électronique était décidée, les vapoteurs auraient la possibilité de revenir vers leur médecin traitant ou leur tabacologue pour l'information, la prescription du produit et la prévention du mésusage. Il serait alors possible pour le tabacologue ou le médecin traitant d'informer sur les autres mesures d'hygiène de vie bénéfiques pour la santé en plus de l'arrêt du tabac. Il serait également possible au médecin d'informer et de prescrire des TNS compatibles avec la consommation de la cigarette électronique dans l'objectif d'un sevrage aux produits délivrant de la nicotine.

Les expérimentateurs de la vape se font de plus en plus rares par rapport aux utilisateurs quotidiens. Le baromètre santé 2016 constate une augmentation de la part des consommateurs quotidiens par rapport aux consommateurs occasionnels (un pour deux en 2014 contre 3 pour 4 en 2016)(36). Cela induit l'idée que le nombre d'expérimentateurs baisse avec le temps et que le vapotage s'inscrit actuellement autour d'un noyau dur d'utilisateurs.

En comparaison, la prescription de TNS concernait 2 726 417 patients en 2017 avec une augmentation de 28.5% par rapport à 2016 selon une enquête de l'OFDT(96). Ces chiffres ne prennent hélas pas en compte les prescriptions hospitalières.

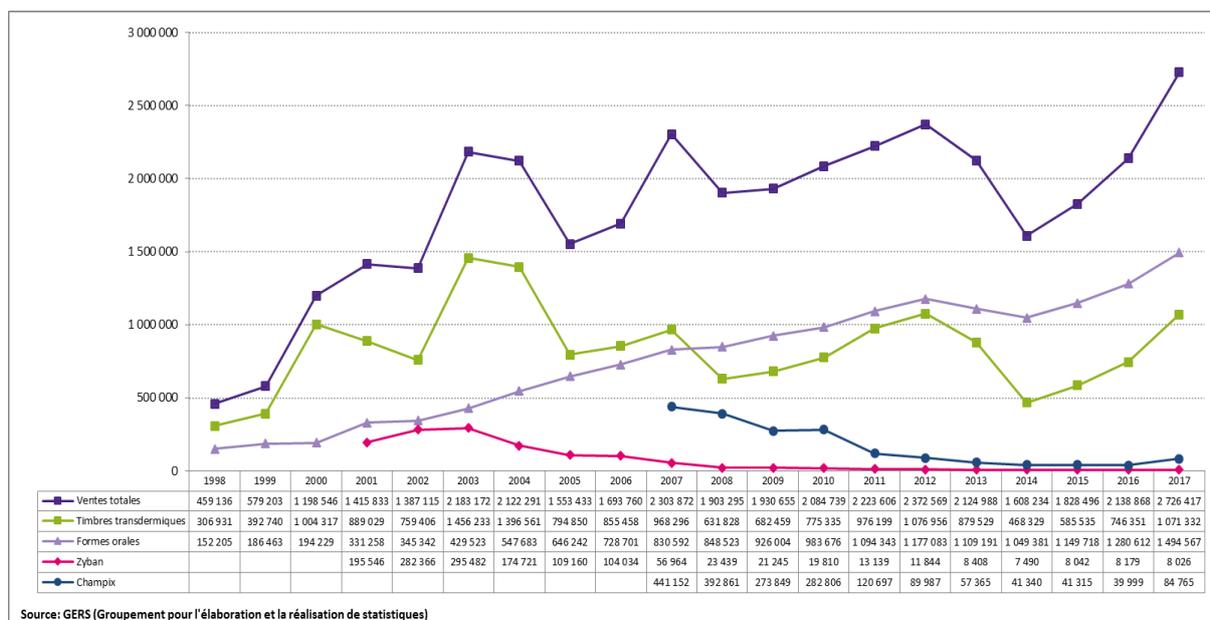


Figure 5 : Evolution depuis 1998 de la vente des traitements pour l'arrêt du tabac

A l'origine de cette forte augmentation d'utilisation de ces traitements, on retrouve plusieurs causes en 2017 : hausse des prix du tabac, le paquet neutre standardisé,

le mois sans tabac et le remboursement systématique des TNS à hauteur de 65%(96).

Malgré les campagnes de discrédit autour des TNS, les consommateurs de cigarette électronique n'hésitent pas à les utiliser afin de les aider à freiner leur consommation de nicotine.

L'utilisation de ce produit semble se stabiliser autour d'un noyau dur d'utilisateurs tandis que l'utilisation des TNS est de plus en plus importante. Cela implique que les patients souhaitant se sevrer en nicotine continue majoritairement à faire confiance à leur médecin.

Conclusion

La cigarette électronique a été validée par une expertise en 2016 comme un mode de consommation de nicotine moins toxique que le tabac et pouvant être un outil de sevrage. Les études montrent majoritairement un effet sur la diminution de la consommation de tabac à 1 an (50%), néanmoins aucune n'a comparé le taux de sevrage à un an entre l'utilisation de la cigarette électronique et des TNS reconnus.

La motivation principale des vapoteurs est de se sevrer du tabac et plus particulièrement des substances toxiques contenues dans la fumée. La toxicité moindre de la cigarette électronique, idée largement diffusée par les professionnels de la vape, les motive à l'usage de ce produit de consommation.

En réalité, les vapoteurs entretiennent leur dépendance à la nicotine. La tabaco-dépendance est une maladie chronique dont les rechutes sont fréquentes en raison de la présence des récepteurs nicotiques. Leur dépolarisation rapide et massive auto-entretient cette dépendance chimique. La pharmacocinétique de la nicotine, lors de l'utilisation de la cigarette électronique, est équivalente à celle d'une cigarette. L'action de vapoter entretient également la dépendance psychologique et comportementale. Partant de ces deux constats, on comprendra que le vapotage ne s'inscrit pas dans un changement constructif pour réussir un sevrage en nicotine.

Nous aurions pu espérer que la décision d'utiliser la cigarette électronique pour mode de sevrage « sain » s'inscrirait dans une démarche personnelle de prévention de santé et de meilleure hygiène de vie. Notre étude, certes non longitudinale mais portant sur 16719 sujets, ne l'affirme pas. Nos résultats n'indiquent pas que le vapotage soit associé à une activité physique plus importante, une meilleure hygiène alimentaire, une meilleure qualité de sommeil et une implication plus importante des femmes dans le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. La baisse de la consommation d'alcool et le sevrage en cannabis sont uniquement en lien avec l'arrêt de la consommation de tabac.

Ces résultats s'expliquent en partie par le fait que les vapoteurs ne prennent pas l'avis du médecin généraliste avant d'utiliser la cigarette électronique. Les médecins généralistes sont mal informés et les experts divisés sur le sujet. Les autorités de santé n'émettent pas un message fort et consensuel vis-à-vis de la cigarette électronique. Cette situation profite aux professionnels de la vape qui encadrent les actuels et futurs consommateurs en leur communiquant des messages rassurants et des informations « pseudo médicales ».

Le tabagisme a connu un phénomène d'accroissement important dans le dernier tiers du XXe siècle avec la mondialisation et les images véhiculées par la télévision et le cinéma. Le baromètre santé 2016 semblait pointer du doigt une stagnation de la consommation de cigarette électronique en France. Cependant, devant la rapidité de l'information véhiculée par internet, le développement de la cigarette électronique peut devenir exponentiel.

Il est nécessaire de rapprocher les consommateurs de cigarette électronique avec le monde médical. Un message consensuel sur le produit doit être diffusé pour combattre les fausses informations (nicotine inoffensive, TNS placebo, innocuité de la cigarette électronique, etc.). Les organismes de santé publique doivent adopter une position claire et unanime sur le sujet et donner les résultats des recherches en cours. Une solution serait, peut-être, de créer un site d'information médicale sur internet dédié aux patients et aux professionnels de santé.

Il est surprenant que la cigarette électronique, de part son mode d'administration de nicotine contenue dans les e-liquides, garde le statut de produit de consommation courante en France. Ce produit ne subit ni les taxes imposées sur les produits du tabac ni les contrôles et les règles de mises sur le marché d'un médicament. Sa fabrication et commercialisation dépendent uniquement des industriels liés aux lobbies du tabac. Concernant sa prescription dans le sevrage tabagique, le débat actuel serait enrichi par des études indépendantes donnant le taux d'abstinence à un an en utilisant ce produit versus TNS. En attendant ces résultats, les e-liquides contenant de la nicotine devraient être apparentés aux produits du tabac et, ainsi, être soumis à la même réglementation et taxation.

Conclusion générale

Notre travail consistait à rechercher un lien entre l'utilisation de la cigarette électronique et l'adoption d'une meilleure hygiène de vie.

L'objectif était d'étendre le conseil médical de prévention primaire à d'autres sujets que le tabagisme comme l'alimentation, l'activité physique ou la consommation d'alcool et de stupéfiants chez les patients vapoteurs qui semblaient être dans une démarche de prévention de santé.

Contrairement à ce que l'on aurait pu espérer dans notre étude portant sur 16719 personnes, nous ne pouvons pas conclure en l'existence d'un lien entre vapoter et adopter d'une meilleure hygiène de vie.

Après revue de la littérature et lecture de plusieurs forums d'utilisateurs de ce produit, il apparaît que les vapoteurs ne sont pas dans une démarche globale de prévention individuelle de santé. Pour autant, ils cherchent principalement un mode de consommation de nicotine sans être exposés aux substances toxiques contenues dans la fumée du tabac. Ils ne sont pas dans une démarche comportementale réfléchie et constructive pour réussir un sevrage en nicotine.

Ceci est probablement la conséquence des divergences de législation mondiale, du manque de formation des médecins et de la division des experts. Cela profite aux professionnels de la cigarette électronique qui encadrent les utilisateurs. Cette encadrement transforme les vapoteurs en « experts » du produit et les incite à rejeter le discours médical qui ne va pas dans le sens de leurs « certitudes ».

Le médecin généraliste a la tâche difficile d'évaluer les connaissances et les certitudes du patient vapoteur. L'objectif est de l'éloigner de l'encadrement purement commercial de la cigarette électronique et de débiter une démarche de soin. Pour cela, le médecin doit bâtir une relation de confiance, relayer une information scientifique claire et impartiale et délivrer un conseil médical constructif et motivant la volonté de sevrage tabagique.

Pour le sevrage tabagique, l'utilisation de la cigarette ne doit pas être découragée. La cigarette électronique est moins toxique que la consommation de tabac mais ne traite pas l'addiction à la nicotine et expose à la rechute. Son utilisation peut s'inscrire dans une politique de réduction des risques par l'intervention du médecin généraliste. Les TNS reconnus doivent rester les traitements de première intention à proposer à un patient désirant soigner son addiction à la nicotine et peuvent être utilisés conjointement à la cigarette électronique.

In fine, le rôle du médecin généraliste et du tabacologue est d'aider le patient à se sevrer définitivement du tabac. Dans ce but, l'arsenal thérapeutique est varié (TNS, bupropion, varénicline, psychothérapie cognitivo-comportementale) et peut être complété par la cigarette électronique si le patient le souhaite, l'important étant de préserver le lien thérapeutique. Du fait du manque d'informations scientifiques sur son efficacité dans le sevrage, l'utilisation de la cigarette électronique doit être à l'initiative du patient. En attendant des études sérieuses prouvant son efficacité dans

le sevrage tabagique des études sérieuses et indépendantes n'auront pas démontré son efficacité dans le sevrage tabagique, les professionnels de santé ne doivent pas considérer la cigarette électronique comme un traitement de l'addiction au tabac ou à la nicotine.

En conclusion, le vapotage s'inscrit dans une démarche de réduction du tabagisme et en prévention primaire des pathologies secondaires aux substances toxiques de la fumée du tabac. Cette motivation doit être comprise et développée par les médecins généralistes en délivrant des conseils d'hygiène de vie portant sur les sujets que nous avons étudiés lors de ce travail.

Annexes

Annexe A : Formulaire de consentement à la participation à la cohorte CONSTANCES (3 exemplaires).

Numéro Constances


* C T 1 0 1 0 1 *


**cohorte
CONSTANCES**
Améliorer la santé de demain



Exemplaire destiné
à l'équipe Constances

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nom:

Prénom:

Né(e): / / 1 9
 jour mois année

J'ai pris connaissance de la note d'information qui m'a été remise concernant le programme de recherche épidémiologique de la cohorte Constances. J'ai bien pris connaissance des informations sur les buts de la recherche, et qu'en complément des données déjà recueillies par questionnaire, des données pourront être collectées avec mon accord, auprès des médecins du Centre d'examen de santé, des Caisses d'assurance maladie et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, des hôpitaux et des professionnels de santé. J'ai pu poser toutes les questions que j'estime nécessaires pour m'éclairer. Ces données seront analysées de façon strictement confidentielle et à des fins exclusives de recherche. J'ai pris connaissance de la possibilité de vérifier leur exactitude et de la possibilité de demander leur destruction ultérieure auprès de :

Dr. Marie Zins ou Pr. Marcel Goldberg, responsables de la recherche Cohorte Constances
UMS Inserm UVSQ « Cohortes en population »
Hôpital Paul Brousse - Bâtiment 15-16 - 16 avenue Paul Vaillant Couturier 94807 Villejuif Cedex

**Si vous acceptez que ces données soient transmises aux chercheurs de l'Inserm,
veuillez l'indiquer ci-dessous, en cochant les cases correspondantes.**

- J'accepte la transmission des données concernant mon bilan de santé ₁ Oul ₂ Non
- J'accepte le recueil des données me concernant auprès des Caisses d'assurance maladie (consommations de médicaments et actes de laboratoires, consultations de médecins et autres professionnels de santé), des hôpitaux et des professionnels de santé ₁ Oul ₂ Non
- J'accepte la transmission des données concernant mes événements professionnels (situation de salariat, chômage, périodes assimilées) issues de la Caisse nationale d'assurance vieillesse ₁ Oul ₂ Non
- Afin de pouvoir continuer à recevoir des questionnaires, j'accepte en cas de déménagement la transmission par La Poste du suivi de mon adresse ₁ Oul ₂ Non
- J'accepte d'être appelé par un enquêteur soumis au secret médical et sous la responsabilité de l'équipe Constances pour fournir en cas de besoin des informations sur ma santé ₁ Oul ₂ Non

➔ **Si oui, à quel(s) numéro(s) peut-on vous joindre ?**

Téléphone personnel fixe :

Téléphone portable :

Mon consentement ne dégage pas les organisateurs de cette recherche de leurs responsabilités.

Fait à :

Le : / / 2 0 **Signature**

 jour mois année

11



v2

Annexe B : Questionnaire d'inclusion de la cohorte CONSTANCES. Partie mode de vie et santé.


Numéro Constances

Mode de vie et santé

A remplir à votre domicile

 **0 805 02 02 63**
APPELÉ GRATUITEMENT DEPUIS UN POSTÉFIXE



Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'**intérêt général et de qualité statistique** sans avoir de caractère obligatoire.

Visa n°**2015A 707AU** du Ministre des affaires sociales et de la santé, du Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, et du Ministre des finances et des comptes publics, du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, valable pour l'année 2015.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'UMS 011 Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en populations ».

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du Dr Marie Zins et du Pr Marcel Goldberg, UMS 011 Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population », Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex.

13



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire:

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Quel est votre sexe ?

₁ Masculin ₂ Féminin

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / 1 9 A A
jour mois année

I. VOTRE SANTÉ

1. Comment jugez-vous votre état de santé général ?

Très bon Très mauvais
A B C D E F G H

2. Comment jugez-vous votre état de santé général par rapport à une personne de votre entourage du même âge ?

Très bon Très mauvais
A B C D E F G H



II. ACTIVITÉ PHYSIQUE

3. Dans votre **travail actuel** ou dans votre **dernier emploi si vous ne travaillez pas actuellement**, quel degré d'effort physique vous est-il (était-il) demandé **habituellement** ? (une seule réponse possible)

- ₁ Travail sédentaire
- ₂ Travail léger : marche, petite manutention (moins de 10 kg)
- ₃ Travail moyen : manutention d'objets assez lourds (entre 10 kg et 25 kg)
- ₄ Travaux de force : manutention lourde (25 kg et plus)
- ₅ N'a jamais travaillé

4. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fait **régulièrement** des trajets à pied, à vélo... (pour le travail ou non) ?

- ₁ Non
- ₂ Oui, moins de 15 minutes par trajet
- ₃ Oui, 15 minutes et plus par trajet

➔ Si oui (quel que soit le temps de trajet) :

• Combien de fois par semaine **en moyenne** ?

• Depuis combien d'années ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez depuis combien d'années :

année(s)

5. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fait **régulièrement** du sport (hors trajets, bricolage, jardinage et ménage) ?

- ₁ Non
- ₂ Oui, moins de 2 heures par semaine
- ₃ Oui, 2 heures et plus par semaine

➔ Si oui (quel que soit le nombre d'heures) :

• Combien de fois par semaine **en moyenne** ?

• Depuis combien d'années ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez depuis combien d'années :

année(s)

6. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fait **régulièrement** des travaux de bricolage, jardinage ou ménage ?

- ₁ Non
- ₂ Oui, moins de 2 heures par semaine
- ₃ Oui, 2 heures et plus par semaine

➔ Si oui (quel que soit le nombre d'heures) :

• Combien de fois par semaine **en moyenne** ?

• Depuis combien d'années ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez depuis combien d'années :

année(s)



III. ALIMENTATION

7. *Pensez-vous que votre alimentation est équilibrée ?*

Tout à fait Pas du tout
A B C D E F G H

8. *Pour vous, manger représente avant tout : (plusieurs réponses possibles)*

- ₁ Une chose indispensable pour vivre
- ₁ Un moyen de conserver la santé
- ₁ Un plaisir gustatif
- ₁ Un bon moment à partager avec d'autres
- ₁ Une contrainte

9. *Habituellement, en semaine, où prenez-vous le plus souvent votre repas de midi ?*

(Considérez les jours où vous travaillez si vous exercez un emploi ou les jours de cours si vous êtes scolarisé(e) ou étudiant(e))

- ₁ Chez vous
- ₂ À la cantine (restaurant d'entreprise, école, restaurant universitaire...)
- ₃ Sur le lieu de travail (mais pas à la cantine)
- ₄ Chez des amis
- ₅ Au fast food, dans un snack
- ₆ Au restaurant, pizzeria, cafétéria
- ₇ Au café, bistrot
- ₈ Dans la rue ou dans un parc
- ₉ Autre

10. *Actuellement, suivez-vous un régime alimentaire ?*

₁ Oui ₂ Non

↪ Si oui :

- Ce régime vous a-t-il été prescrit par un(e) professionnel(le) de santé : médecin généraliste, médecin spécialiste (nutritionniste ou endocrinologue), diététicien(ne) ?
 ₁ Oui ₂ Non
- Pour quelle raison suivez-vous ce régime ? (plusieurs réponses possibles)
 - ₁ Pour une raison médicale sans lien avec un problème de surpoids (allergie alimentaire, régime sans sel...)
 - ₁ Pour maigrir
 - ₁ Pour ne pas prendre de poids
 - ₁ Pour rester en forme
 - ₁ Autre(s) raison(s) (végétarien, conviction personnelle ou religieuse...)

11. *Actuellement, considérez-vous que vous êtes :*

- ₁ Beaucoup trop maigre
- ₂ Un peu trop maigre
- ₃ D'un poids normal
- ₄ Un peu trop gros(se)
- ₅ Beaucoup trop gros(se)
- ₆ Ne sait pas



12. **Habituellement**, à quelle fréquence consommez-vous les aliments ou boissons suivants, quel que soit leur mode de conservation (**frais, en conserve ou surgelé**), le moment de consommation (**repas ou hors repas**) et le lieu (**domicile ou hors domicile**) ?

■ Pour les questions marquées d'une *, répondez en excluant les produits allégés ou lights. Ils font l'objet de questions spécifiques.

• Aliments :	Jamais ou presque	Moins d'1 fois par semaine	Environ 1 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	4 à 6 fois par semaine	1 fois par jour ou plus Dans ce cas, combien de fois ou d'unités par jour ?
Viande (bœuf, veau, agneau, porc...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Volaille (poulet, dinde...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Poisson ou fruits de mer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
(Eufs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Charcuterie et abats (jambon, pâté, lard, boudin, andouillette...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Lait	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Produits laitiers (petits suisses, yaourts, fromage blanc...)*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Desserts sucrés (entremets, crèmes desserts, mousses, glaces...)*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Produits laitiers et desserts allégés (à 0 % ou 20 %)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Fromages*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Fromages allégés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Pain blanc, biscottes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Pain complet, intégral, au sarrasin, aux céréales, de seigle, biscottes complètes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Céréales pour le petit-déjeuner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Féculents (pâtes, pommes de terre, riz, semoule...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Riz complet ou brun, pâtes complètes...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Légumes crus (crudités) ou cuits	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Fruits frais (y compris fruits pressés)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Plats cuisinés du commerce (en conserve, surgelés, traiteur : couscous, cassoulet, choucroute...)*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Plats cuisinés du commerce allégés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Plats de restauration rapide (hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>



	Jamais ou presque	Moins d'1 fois par semaine	Environ 1 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	4 à 6 fois par semaine	1 fois par jour ou plus Dans ce cas, combien de fois ou d'unités par jour ?
Aliments frits (frites, chips, beignets, viandes ou poissons panés...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Pâtisseries, gâteaux, viennoiseries	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat... *	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Biscuits sucrés, barres chocolatées ou de céréales, bonbons, chocolat... allégés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Beurre, margarine (au petit déjeuner, en accompagnement, dans la préparation des repas)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Huile (assaisonnement ou cuisson)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>

• Boissons :

	Jamais ou presque	Moins d'1 fois par semaine	Environ 1 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	4 à 6 fois par semaine	1 fois par jour ou plus Dans ce cas, combien de verres ou de tasses ?
Café	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Thé	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Jus ou nectar de fruits du commerce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Soda (Orangina, Schweppes...), boisson aromatisée sucrée (Oasis, Ice tea...)*	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Soda, boisson aromatisée light ou zéro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>
Boisson énergisante (Red bull, Monster...) (à l'exclusion du café et des boissons pour sportifs)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="text"/>

13. Combien de sucre (blanc, brun, roux...) consommez-vous par jour (café, thé, yaourt...) ? (nombre de morceaux ou de cuillerées à café)

₁ Jamais ou rarement ₂ 1 ou 2 ₃ 3 ou 4 ₄ 5 ou plus

14. Combien de sucre allégé ou édulcorant (aspartame, stévia, sirop d'agave ...) consommez-vous par jour (café, thé, yaourt...) ? (nombre de morceaux, sucrettes ou de cuillerées à café)

₁ Jamais ou rarement ₂ 1 ou 2 ₃ 3 ou 4 ₄ 5 ou plus

15. Aimez-vous manger très salé ou resalez-vous vos plats avant de les avoir goûtés ?

₁ Oui ₂ Non



V. SANTÉ RESPIRATOIRE

22. Dans l'ensemble, **depuis 10 ans**, pensez-vous que l'état de vos bronches et de votre respiration (en dehors de l'âge) :

- ₁ N'a pas changé ₂ S'est amélioré ₃ S'est détérioré

23. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui :

- Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?

- ₁ Oui ₂ Non

- Avez-vous eu ces sifflements alors que vous n'étiez pas enrhumé(e) ?

- ₁ Oui ₂ Non

24. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

25. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

26. Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

27. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

28. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁ Oui ₂ Non

29. Toussez-vous **habituellement** en vous levant, en hiver ?

- ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui, tousez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

- ₁ Oui ₂ Non

30. Toussez-vous **habituellement** pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

- ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui, tousez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

- ₁ Oui ₂ Non

31. Avez-vous **habituellement** des crachats provenant de la poitrine en vous levant, en hiver ?

- ₁ Oui ₂ Non

↳ Si oui, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

- ₁ Oui ₂ Non



32. Avez-vous **habituellement** des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

₁ Oui ₂ Non

33. Êtes-vous essouffé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, êtes-vous essouffé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

₁ Oui ₂ Non

34. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?

₁ Oui ₂ Non

35. Avez-vous déjà eu de l'asthme ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• Cela a-t-il été confirmé par un médecin ? ₁ Oui ₂ Non

• A quel âge avez-vous eu votre **première** crise d'asthme ? ans

• A quel âge avez-vous eu votre **dernière** crise d'asthme ? ans

• Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des **12 derniers mois** ?

₁ Oui ₂ Non

• Prenez-vous **actuellement** des médicaments contre l'asthme ?
(y compris produits inhalés, aérosols, comprimés...)

₁ Oui ₂ Non

36. Avez-vous déjà eu des allergies nasales, y compris le rhume des foins ?

₁ Oui ₂ Non

37. Avez-vous déjà eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumé(e) et n'aviez pas la grippe ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• Aviez-vous les yeux qui piquaient ou qui pleuraient quand vous aviez ces problèmes de nez ?

₁ Oui ₂ Non

• Avez-vous eu ces problèmes de nez dans les **12 derniers mois** ?

₁ Oui ₂ Non



VI. DIABÈTE

38. Si vous êtes une femme : un professionnel de santé (médecin ou autre) vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteinte de diabète gestationnel (c'est-à-dire un diabète **découvert pendant** une de vos grossesses, traité par insuline ou par une modification de l'alimentation et de l'activité physique) ?

- ₁ Non concernée (vous n'avez jamais été enceinte)
₂ Oui
₃ Non

39. Un professionnel de santé (médecin ou autre) vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) de diabète (**en dehors** d'un diabète gestationnel) ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez directement à la partie suivante : VII. TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES, page 12.

40. À quel âge vous a-t-on dit pour la **première fois** que vous étiez diabétique ? ans

41. Consultez-vous **régulièrement** un médecin pour le suivi de votre diabète ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, s'agit-il :

- ₁ D'un médecin généraliste ₁ D'un spécialiste (endocrinologue, diabétologue,...)

42. Actuellement, êtes-vous traité(e) pour votre diabète par des comprimés ?

- ₁ Oui ₂ Non

43. Actuellement, êtes-vous traité(e) pour votre diabète par une ou plusieurs injections d'insuline ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, à quel âge environ avez-vous commencé les injections d'insuline ? ans

44. Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée (ou bien glycosylée, encore appelée HbA1c) ?

- ₁ Oui ₂ Non

45. Avez-vous déjà eu un dosage d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

➔ Si oui, quel est votre **dernier** résultat d'hémoglobine glyquée (HbA1c) ? , %

46. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous consulté (pour votre diabète ou pour une autre raison) :

- Un ophtalmologiste ₁ Oui ₂ Non
- Un professionnel des pieds (podologue, pédicure) ₁ Oui ₂ Non
- Un néphrologue ₁ Oui ₂ Non
- Un diététicien ₁ Oui ₂ Non

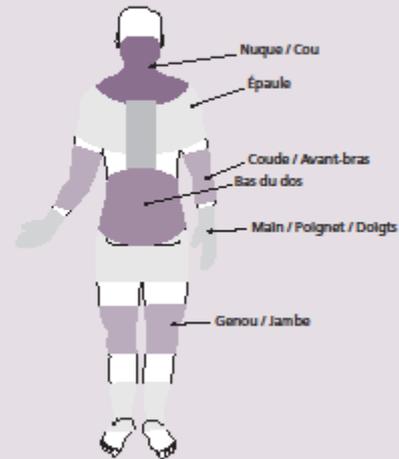


VII. TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

47. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes (courbatures, douleurs, gênes, engourdissements) au niveau des zones du corps suivantes ?

Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante.

- Nuque / Cou ₁ Oui ₂ Non
- Epaule ₁ Oui ₂ Non
- Coude / Avant-bras ₁ Oui ₂ Non
- Main / Poignet / Doigts ₁ Oui ₂ Non
- Bas du dos ₁ Oui ₂ Non
- Genou / Jambe ₁ Oui ₂ Non



■ Si non à toutes ces questions, passez directement à la question 52, page 14.

48. Au cours des 12 derniers mois, combien de temps au total, avez-vous souffert au niveau des zones du corps suivantes ?

Pour chacune des zones du corps, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Moins de 24 heures	De 1 à 7 jours	De 8 à 30 jours	Plus de 30 jours	En permanence
Nuque / Cou	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Epaule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Coude / Avant-bras	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Main / Poignet / Doigts	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Bas du dos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Genou / Jambe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

49. Si vous avez souffert de douleurs du bas du dos (lombalgies) au moins un jour au cours des 12 derniers mois, s'agissait-il de :

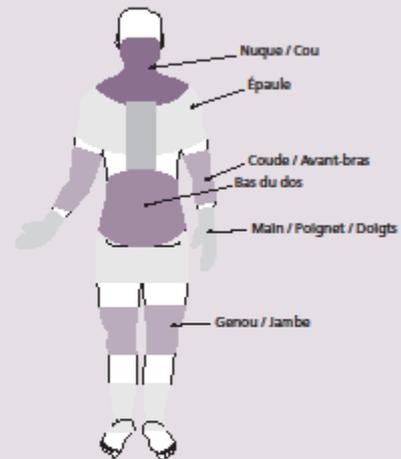
- Sciatique, avec des douleurs s'étendant plus bas que le genou ₁ Oui ₂ Non
- Sciatique, avec des douleurs ne dépassant pas le genou ₁ Oui ₂ Non
- Lumbago (douleur lombaire aiguë localisée) ₁ Oui ₂ Non
- Autre type de lombalgie ₁ Oui ₂ Non



50. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des problèmes (courbatures, douleurs, gênes, engourdissements) au niveau des zones du corps suivantes ?

Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante.

- Nuque / Cou ₁ Oui ₂ Non
- Epaule ₁ Oui ₂ Non
- Coude / Avant-bras ₁ Oui ₂ Non
- Main / Poignet / Doigts ₁ Oui ₂ Non
- Bas du dos ₁ Oui ₂ Non
- Genou / Jambe ₁ Oui ₂ Non



■ Si non à toutes ces questions, passez **directement** à la **question 52, page 14**

51. Au moment où vous remplissez le questionnaire, comment évaluez-vous l'intensité de ce(s) problème(s), sur l'échelle ci-dessous ?

Pour chacune des zones du corps, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

- Nuque / Cou Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Épaule Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Coude / Avant-bras Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Main / Poignet / Doigts Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Bas du dos Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Genou / Jambe Ni gêne ni douleur Douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



VIII. VOTRE MORAL

55. Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Au cours de la dernière semaine, indiquez la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste. Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Jamais, très rarement (moins d'1 jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



IX. VOTRE SOMMEIL

56. Au cours du dernier mois, indiquez combien de jours :

	Jamais	1 à 3 jours	4 à 7 jours	8 à 14 jours	15 à 21 jours	22 à 31 jours
Vous avez eu des difficultés à vous endormir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Vous vous êtes réveillé(e) plusieurs fois par nuit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Vous vous êtes réveillé(e) beaucoup trop tôt sans pouvoir vous rendormir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Vous vous êtes réveillé(e) après une nuit de sommeil de durée habituelle en vous sentant fatigué(e) ou épuisé(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

57. Au cours de la dernière semaine (en dehors du week-end), combien de temps avez-vous dormi en moyenne par nuit ?

- | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ Moins de 5 heures | <input type="checkbox"/> ₇ 7 heures 30 |
| <input type="checkbox"/> ₂ 5 heures | <input type="checkbox"/> ₈ 8 heures |
| <input type="checkbox"/> ₃ 5 heures 30 | <input type="checkbox"/> ₉ 8 heures 30 |
| <input type="checkbox"/> ₄ 6 heures | <input type="checkbox"/> ₁₀ 9 heures |
| <input type="checkbox"/> ₅ 6 heures 30 | <input type="checkbox"/> ₁₁ 9 heures 30 |
| <input type="checkbox"/> ₆ 7 heures | <input type="checkbox"/> ₁₂ 10 heures et plus |



X. LIMITATIONS

58. Depuis au moins 6 mois, êtes-vous limité(e), c'est-à-dire avez-vous des difficultés à cause d'un problème de santé, pour effectuer les activités courantes (à la maison, au travail, pendant les loisirs) en vous comparant aux personnes de votre âge ?

- ₁ Oui, fortement limité(e)
- ₂ Oui, limité(e)
- ₃ Oui, légèrement limité(e)
- ₄ Non

➔ Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Accident de la circulation routière
- ₁ Autre accident corporel (accident domestique, lié à une activité sportive, du travail...)
- ₁ Trouble(s) de la vision ou de l'audition
- ₁ Maladie(s) chronique(s) (diabète, sclérose en plaques...)
- ₁ Séquelle(s) de maladie
- ₁ Arthrose
- ₁ Douleurs importantes
- ₁ Surcharge pondérale
- ₁ Etat dépressif
- ₁ Troubles du sommeil
- ₁ Fatigue importante
- ₁ Migraines
- ₁ Troubles psychiques (anxiété, troubles du comportement, phobies, TOC...)
- ₁ Malformation congénitale (c'est-à-dire depuis la naissance)
- ₁ Autre raison de santé

59. Pouvez-vous monter ou descendre seul(e) un étage d'escalier ?

- ₁ Oui, sans aucune difficulté
- ₂ Oui, mais avec quelques difficultés
- ₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
- ₄ Non

➔ Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ?

- ₁ Oui
- ₂ Non



60. Pouvez-vous marcher un kilomètre seul(e) sans vous arrêter (en marchant avec ou sans cannes, béquilles...)?

- ₁ Oui, sans aucune difficulté
₂ Oui, mais avec quelques difficultés
₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
₄ Non

➔ Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ?

- ₁ Oui ₂ Non

61. Pouvez-vous porter seul(e) un objet de 5 kilos sur une distance de 10 mètres (par exemple un filet de provisions, un cartable) ?

- ₁ Oui, sans aucune difficulté
₂ Oui, mais avec quelques difficultés
₃ Oui, mais avec beaucoup de difficultés
₄ Non

➔ Si non, pouvez-vous le faire avec l'aide d'une autre personne ?

- ₁ Oui ₂ Non

62. Dans la vie courante, éprouvez-vous des difficultés de lecture, d'écriture ou de calcul ?

- De lecture (y compris avec des lunettes) : ₁ Oui ₂ Non
- D'écriture (y compris avec des lunettes) : ₁ Oui ₂ Non
- De calcul : ₁ Oui ₂ Non

63. Avez-vous besoin d'une aide pour vous occuper des papiers, des démarches administratives (exemples : chèques, feuilles de soins...) ?

- ₁ Jamais
₂ Parfois
₃ Souvent
₄ Toujours

64. Remplissez-vous ce questionnaire ?

- ₁ Vous-même
₂ Avec l'aide d'un proche
₃ Avec l'aide d'une personne du Centre d'examen de santé

65. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistant(e) social(e), éducateur(trice)) pour vous-même ?

- ₁ Oui ₂ Non



XI. FOYER ET CADRE DE VIE

66. De quelle zone géographique êtes-vous originaire ?

- ₁ France métropolitaine
- ₂ DOM-TOM
- ₃ Europe
- ₄ Afrique du Nord
- ₅ Afrique noire (ou subsaharienne)
- ₆ Asie
- ₇ Autre
- ₈ Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre

67. Si vous n'êtes pas né(e) en France, à quel âge y êtes-vous arrivé(e) ? ans

68. Quelle est votre nationalité ?

- ₁ Français(e) de naissance
- ₂ Français(e) par acquisition (naturalisation)
- ₃ De nationalité étrangère

69. Quand vous étiez enfant, dans quelle(s) langue(s) vous parlaient *habituellement* vos parents ou les personnes qui vous ont élevé(e) ?

- ₁ Le français uniquement
- ₂ Une ou plusieurs langues, mais pas le français
- ₃ Le français et une ou plusieurs autres langues

70. De quelle zone géographique votre père est-il originaire ?

- ₁ France métropolitaine
- ₂ DOM-TOM
- ₃ Europe
- ₄ Afrique du Nord
- ₅ Afrique noire (ou subsaharienne)
- ₆ Asie
- ₇ Autre
- ₈ Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre

71. De quelle zone géographique votre mère est-elle originaire ?

- ₁ France métropolitaine
- ₂ DOM-TOM
- ₃ Europe
- ₄ Afrique du Nord
- ₅ Afrique noire (ou subsaharienne)
- ₆ Asie
- ₇ Autre
- ₈ Ne sait pas ou ne souhaite pas répondre



72. Quelle était la catégorie socioprofessionnelle de votre père **pendant votre adolescence** ?

- ₁ Agriculteur exploitant
- ₂ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- ₃ Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)
- ₄ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier, assistant social, technicien, contremaître, agent de maîtrise...)
- ₅ Employé (employé de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
- ₆ Ouvrier
- ₇ Au foyer, sans profession
- ₈ Autre, précisez :
- ₉ Ne peut pas répondre

73. Quelle était la catégorie socioprofessionnelle de votre mère **pendant votre adolescence** ?

- ₁ Agricultrice exploitante ou conjointe sur exploitation
- ₂ Artisan, commerçante, chef d'entreprise ou conjointe collaboratrice
- ₃ Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)
- ₄ Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmière, assistante sociale, technicienne, contremaître, agent de maîtrise...)
- ₅ Employée (employée de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
- ₆ Ouvrière
- ₇ Au foyer, sans profession
- ₈ Autre, précisez :
- ₉ Ne peut pas répondre

74. Quel est le diplôme le **plus élevé** que vous avez obtenu ?

- ₁ Sans diplôme
- ₂ Certificat de formation générale (CFG), Certificat d'études primaires, Diplôme national du brevet (BEPC ou Brevet des Collèges)
- ₃ Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), Brevet d'études professionnelles (BEP)
- ₄ Baccalauréat ou diplôme équivalent ^(a)
- ₅ Bac +2 ou +3 ^(b)
- ₆ Bac +4 ^(c)
- ₇ Bac +5 ou plus ^(d)
- ₈ Autre, précisez :

^(a) Exemples : Capacité en droit, Diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU), Brevet Professionnel (BP), Brevet de Technicien (BT), Probatoire du Diplôme d'Etudes Comptables Supérieures (DECS)

^(b) Exemples : Brevet de technicien supérieur (BTS), Diplôme universitaire de technologie (DUT), Brevet de Maîtrise (BM), Diplôme des Métiers d'Arts (DMA), Diplôme d'études universitaires générales (DEUG), Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST), Licence, Licence professionnelle

^(c) Exemples : Maîtrise, Maîtrise des Sciences et Techniques (MST), Maîtrise des Sciences de Gestion (MSG), Master 1

^(d) Exemples : Diplôme d'études approfondies (DEA), Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS), Master 2, Doctorat, Diplôme de recherche technologique (DRT)



75. Ce diplôme a-t-il été obtenu dans le cadre d'une validation des acquis professionnels ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

76. Quelle est votre situation de famille **actuelle** au sens de l'état civil ?

- ₁ Célibataire (jamais marié(e))
₂ Pacsé(e)
₃ Marié(e)
₄ Séparé(e)
₅ Divorcé(e)
₆ Veuf(ve)

77. Dans le domicile où vous résidez **le plus souvent**, vivez-vous :

• En couple :

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, avez-vous une relation amoureuse, sentimentale suivie ?

- ₁ Oui ₂ Non

• Avec vos enfants ou ceux de votre conjoint(e) :

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? enfant(s)

• Avec d'autres personnes (famille, amis...) :

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, avec combien :

- d'ascendants (parents, beaux parents ou grands-parents) ? ascendant(s)
- de personnes autres que des ascendants ? personne(s)

78. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants (biologiques ou adoptés) ?

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien (qu'ils habitent ou non à votre domicile) ? enfant(s)

■ Si vous ne vivez pas en couple actuellement, passez directement à la question 81, page 22.

79. Quelle est la situation **actuelle** de votre conjoint(e) vis-à-vis de l'emploi ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Occupe un emploi, y compris s'il (elle) est en arrêt maladie, congé sans solde ou disponibilité, congé maternité/paternité/d'adoption/parental
- ₁ Demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- ₁ Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
- ₁ En formation (lycéen(ne), étudiant(e), stagiaire, apprenti(e)...)
- ₁ Ne travaille pas pour raison de santé (invalidité, maladie chronique...)
- ₁ Au foyer, sans profession
- ₁ Autre, précisez :



80. Quelle est la catégorie socioprofessionnelle actuelle de votre conjoint(e) ou celle qu'il (elle) a occupée le plus longtemps s'il (elle) n'occupe pas d'emploi actuellement (retraite, chômage ...) ?

- 1 Agriculteur(trice) exploitant(e) ou conjoint(e) sur exploitation
- 2 Artisan, commerçant(e), chef d'entreprise ou conjoint(e) collaborateur(trice)
- 3 Cadre, profession intellectuelle supérieure (ingénieur, médecin...)
- 4 Profession intermédiaire (professeur des écoles, infirmier(ère), assistant(e) social(e), technicien(ne), contremaître, agent de maîtrise...)
- 5 Employé(e) (employé(e) de bureau ou de commerce, garde d'enfants, agent de service...)
- 6 Ouvrier(ère)
- 7 N'a jamais travaillé
- 8 Autre, précisez :

81. Quelle est l'origine de vos revenus personnels ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 Revenus professionnels
- 1 Indemnités ou allocations de chômage
- 1 Pension(s) de retraite, pension(s) de réversion, allocation(s) de pré-retraite, allocation(s) du minimum vieillesse, allocation de solidarité aux personnes âgées...
- 1 Revenu de solidarité active (RSA)
- 1 Allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation personnalisée d'autonomie (APA), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou pour frais professionnels (ACFP), prestation de compensation, pension d'invalidité, allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), rente d'incapacité permanente partielle
- 1 Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), allocation journalière de présence parentale (AJPP)
- 1 Autre(s) aide(s) familiale(s) : allocation(s) de prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), complément familial, allocation de soutien familial
- 1 Aide(s) au logement : allocation de logement, aide personnalisée au logement
- 1 Indemnités journalières de l'Assurance maladie en cas de maladie, maladie professionnelle, accident du travail, maternité ou paternité ou adoption
- 1 Revenus du capital (loyers, dividendes...)
- 1 Pension(s) alimentaire(s)
- 1 Aide régulière de la famille ou de proches
- 1 Bourse, aide pour financer ses études
- 1 Sans revenus personnels ou uniquement ceux du (de la) conjoint(e)
- 1 Autre, précisez :



82. *Quel est le montant total des revenus mensuels nets de votre foyer (c'est-à-dire la somme des revenus des personnes de votre foyer ou vos propres revenus si vous vivez seul(e), quelle qu'en soit l'origine) ?*

- ₁ Moins de 450 €
- ₂ De 450 € à moins de 1 000 €
- ₃ De 1 000 € à moins de 1 500 €
- ₄ De 1 500 € à moins de 2 100 €
- ₅ De 2 100 € à moins de 2 800 €
- ₆ De 2 800 € à moins de 4 200 €
- ₇ 4 200 € ou plus
- ₈ Ne sait pas répondre
- ₉ Ne souhaite pas répondre

83. *Au total, combien de personnes (vous-même, conjoint(e), personne(s) à charge...) contribuent aux revenus de votre foyer quelle qu'en soit l'origine (salaire, retraite, prestation sociale, patrimoine...) ?*

personne(s) contribue(nt) au revenu du foyer

84. *Actuellement, avez-vous un ou plusieurs emprunts en cours (immobiliers, prêts personnels, revolving, leasing, achats à crédit...)?*

- ₁ Oui
- ₂ Non

85. *Actuellement, avez-vous une ou plusieurs pensions alimentaires à verser à quelqu'un qui ne vit pas avec vous ?*

- ₁ Oui
- ₂ Non

86. *Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même ou votre conjoint, à certains soins de santé pour des raisons financières ?*

- ₁ Oui
- ₂ Non

87. *Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vos enfants, à certains soins de santé pour des raisons financières ?*

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Non concerné(e)

88. *Y a-t-il des moments dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, emprunts...)?*

- ₁ Non, et cela n'est jamais arrivé
- ₂ Non, mais cela est arrivé dans le passé
- ₃ Oui, depuis moins d'un an
- ₄ Oui, depuis plusieurs années



XII. VIE SEXUELLE

89. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

→ Si non, passez directement à la question 104, page 26.

90. A quel âge avez-vous eu votre **premier** rapport sexuel ? ans ₁ Ne souhaite pas répondre

91. Était-ce : ₁ Avec un homme ₂ Avec une femme ₃ Ne souhaite pas répondre

92. Au cours de **votre** vie, avec combien de partenaires différent(e)s avez-vous eu des rapports sexuels ?

- partenaire(s) ₁ Ne souhaite pas répondre

93. Était-ce :

- ₁ Uniquement des hommes
₂ Uniquement des femmes
₃ Des hommes et des femmes
₄ Ne souhaite pas répondre

94. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu un nouveau ou une nouvelle partenaire ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

95. Au cours du **mois dernier**, avez-vous eu des rapports sexuels ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

→ Si oui, était-ce :

- ₂ 1 à 3 fois dans le mois
₃ 1 à 2 fois par semaine
₄ 3 à 6 fois par semaine
₅ 1 fois par jour ou plus

96. **Actuellement**, avez-vous des rapports sexuels avec un(e) partenaire stable ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

97. Au cours de **votre relation actuelle**, avez-vous utilisé ou utilisez-vous des préservatifs ?

- ₁ Oui
₂ Non
₃ Pas de relation actuelle
₄ Ne souhaite pas répondre

→ Si oui, est-ce ou était-ce pour vous protéger du sida ?

- ₁ Non, vous l'utilisez ou vous l'avez utilisé pour d'autres raisons
₂ Oui, vous l'avez utilisé à un moment de votre relation pour vous protéger du sida, puis vous avez arrêté
₃ Oui, vous l'utilisez encore pour vous protéger du sida mais pas systématiquement
₄ Oui, vous l'utilisez encore systématiquement pour vous protéger du sida



98. *Avez-vous déjà réalisé un test VIH ?*

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

99. *Si vous êtes un homme, êtes-vous circoncis ?*

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

100. *Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs au cours des rapports (ou immédiatement après ceux-ci) ?*

- ₁ Jamais ou exceptionnellement
₂ Parfois
₃ Souvent
₄ Toujours
₅ Ne souhaite pas répondre

101. *Si vous avez des douleurs au cours des rapports sexuels, de quelle manière ces douleurs retentissent-elles sur les rapports ?*

- ₁ Les douleurs ne gênent pas les rapports
₂ Les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à interrompre ceux-ci
₃ Les douleurs obligent parfois à interrompre le rapport
₄ Les rapports sont impossibles à cause de la douleur
₅ Ne souhaite pas répondre

102. *Actuellement, votre vie sexuelle vous paraît-elle :*

- ₁ Pas du tout satisfaisante
₂ Pas très satisfaisante
₃ Satisfaisante
₄ Très satisfaisante
₅ Ne souhaite pas répondre

103. *Actuellement, votre vie de couple vous paraît-elle :*

- ₁ Pas du tout satisfaisante
₂ Pas très satisfaisante
₃ Satisfaisante
₄ Très satisfaisante
₅ Ne souhaite pas répondre
₆ Non concerné(e)



XIII. CONSOMMATION DE TABAC ET DE CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

104. *Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du tabac (au moins 100 cigarettes (soit 5 paquets) ou 50 cigarillos ou 50 pipes ou 25 cigares) ?*

₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez directement à la question 107, page 27.

➔ Si oui :

• A quel âge avez-vous commencé ? ans

• Fumez-vous encore **actuellement** ? ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, à quel âge avez-vous arrêté (**dernier arrêt**) ? ans

105. *Si vous vous êtes déjà arrêté puis avez recommencé, combien de temps au total ces périodes d'arrêt ont-elles duré ?*

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez combien d'années au total : année(s)

106. *Sur l'ensemble de vos périodes de consommation, avez-vous fumé :*

• La cigarette (hors cigarette électronique) : ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• Pendant combien d'années ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez combien d'années : année(s)

• Combien de cigarettes par jour **en moyenne** ?

₁ Moins d'1 cigarette par jour

₂ 1 cigarette ou plus par jour

➔ Indiquez combien de cigarettes par jour **en moyenne** : cigarette(s)

• Le cigarillo, le cigare, la pipe : ₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui :

• Pendant combien d'années ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez combien d'années : année(s)

• Combien par jour **en moyenne** ?

₁ Moins d'1 par jour

₂ 1 ou plus par jour

➔ Indiquez combien par jour **en moyenne** :



107. Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez directement à la partie suivante : XIV. CONSOMMATION DE CANNABIS, page 27.

➔ Si oui :

• Depuis combien d'années ?

₁ Moins d'1 an

₂ 1 an ou plus

➔ Indiquez combien d'années au total : année(s)

Actuellement :

• Utilisez-vous des cigarettes électroniques jetables ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, indiquez combien de cigarettes par jour en moyenne : cigarette(s)

• Utilisez-vous des cigarettes électroniques rechargeables ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, indiquez combien de ml par jour en moyenne : ml

• Quel dosage en nicotine utilisez-vous en moyenne (mg/ml) ?

₁ 0 (sans nicotine)

₂ Moins de 6

₃ 6-12

₄ 13 ou plus

XIV. CONSOMMATION DE CANNABIS

108. Vous a-t-on déjà proposé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

109. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne souhaite pas répondre

➔ Si oui :

• Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien de fois en avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois ?

fois

• Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien de fois en avez-vous consommé au cours des 30 derniers jours ?

fois



XV. CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES

110. *Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé des boissons alcoolisées (vin, apéritif, cidre, bière...)?*

- ₁ Oui ₂ Non

➔ Si non, passez directement à la partie suivante : XVI. VIE AU TRAVAIL, page 31

111. *Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées ?*

- ₁ 1 à plusieurs fois par semaine

➔ Indiquez combien de jours par semaine : jour(s)

- ₂ 2 à 3 fois par mois
₃ 1 fois par mois ou moins
₄ Jamais

➔ Indiquez pourquoi :

- ₁ Pour des raisons de santé
₂ Par goût
₃ Autre

■ Si vous ne consommez **Jamais** de boissons alcoolisées, passez directement à la question 119, page 30.

Les 3 questions suivantes portent sur votre consommation de boissons alcoolisées standard.
Pour y répondre, référez-vous aux illustrations ci-dessous.

Une boisson alcoolisée standard

25 cl de bière à 5°	12,5 cl de champagne à 12°	12,5 cl de vin à 12°	2,5 cl de pastis à 45°	4 cl de digestif à 40°	4 cl de whisky à 40°	2,5 cl de digestif à 45°
---------------------------	----------------------------------	----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------------------

Tous ces verres standards contiennent la même quantité d'alcool (10 grammes)
Une « chope » de bière (de 50 cl) ou une double « dose » d'alcool fort équivalent à deux boissons standard.

112. *Les jours où vous consommez de l'alcool, combien de boissons alcoolisées standard buvez-vous en moyenne au cours d'une journée ?*

boisson(s) alcoolisée(s) standard



113. A quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six boissons alcoolisées standard ou plus au cours d'une même occasion ?

- ₁ Jamais
- ₂ Moins d'une fois par mois
- ₃ Chaque mois
- ₄ Chaque semaine
- ₅ Chaque jour ou presque

114. Au cours des 12 derniers mois, quel est le nombre maximal de boissons alcoolisées standard que vous avez consommées en 1 jour ?

boisson(s) alcoolisée(s) standard

115. En pensant aux 12 derniers mois, répondez aux questions suivantes :

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour ou presque
Combien de fois n'avez-vous pas pu faire ce que normalement vous auriez dû faire, parce que vous aviez bu ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez bu ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

116. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- ₁ Oui ₂ Non
- ➔ Si non, cela vous est-il arrivé auparavant ? ₁ Oui ₂ Non

117. Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool ou vous a conseillé de la diminuer ?

- ₁ Oui ₂ Non
- ➔ Si non, cela vous est-il arrivé auparavant ? ₁ Oui ₂ Non



118. Pouvez-vous décrire votre consommation de boissons alcoolisées standard au cours de la dernière semaine ?

Si vous n'avez pas consommé de boisson alcoolisée les jours indiqués, cochez « Aucune boisson alcoolisée ».

	Aucune boisson alcoolisée	Bière, cidre	Vin, Champagne	Alcool fort	Apéritif	Premix*	Cocktail
			Rouge, blanc, rosé	Whisky, Vodka, Pastis, etc.	Suze, Martini, etc.		Gin tonic, Punch, Téquila sunrise, etc.
		Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de verres standard	Nb de bouteilles 30 cl	Nb de verres standard
Du Lundi au Jeudi (Nombre de verres par jour en moyenne)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Samedi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Premix : petite bouteille de 30 cl contenant un mélange d'alcool et de soda d'environ 5° : Smirnoff Ice™, Boomerang™, etc.

119. À quel âge avez-vous bu au moins une boisson alcoolisée standard pour la première fois ? ans

120. Avez-vous déjà été saoul(e) ?

1 Oui 2 Non

➔ Si oui, quel âge aviez-vous la première fois ? ans



XVI. VIE AU TRAVAIL

121. **Actuellement, exercez-vous un emploi ?**

₁ Oui ₂ Non

→ Si non, passez directement à la question 123, page 32

122. *Pour les questions suivantes cochez la case qui correspond le mieux à votre situation dans votre emploi actuel. Si vous avez plusieurs emplois, répondez pour votre emploi principal (celui qui vous prend le plus de temps).*

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Mes perspectives de promotion sont faibles	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Ma sécurité d'emploi est menacée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Je commence à penser à des problèmes liés au travail dès que je me lève le matin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais me coucher	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Quand j'ai remis à plus tard quelque chose que j'aurais dû faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



123. Avez-vous accès à Internet ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, accepteriez-vous de remplir un questionnaire par Internet ?

₁ Oui ₂ Non

Merci de votre participation

UMS 011 Inserm UVSQ « Cohortes épidémiologiques en population »
Hôpital Paul Brousse, Bat. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier 94807 Villejuif Cedex
Site Web : <http://www.constances.fr> – e-mail : contact@constances.fr



MINISTRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Annexe C : Questionnaire d'inclusion de la cohorte CONSTANCES. Partie mode de vie et santé.



Numéro Constances

Santé des femmes

A remplir au Centre d'examens de santé

 **0 805 02 02 63**
APPEL GRATUIT DEPUIS TOUTES POSTES FIXES



**STATISTIQUE
PUBLIQUE**

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire.

Visa n°2015A707AU du Ministre des affaires sociales et de la santé, du Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et du Ministre des finances et des comptes publics, du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, valable pour l'année 2015.

En application de la loi n°51-711 du 7 Juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'UMS 011 Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en populations ».

La loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du Dr Marie Zins et du Pr Marcel Goldberg, UMS 011 Inserm UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population », Hôpital Paul Brousse, Bât. 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex.

11



Ce questionnaire porte sur les événements gynécologiques qui peuvent survenir tout au long de la vie d'une femme et influencer sur sa santé.

En fonction de votre âge ou de vos réponses aux questions, vous ne serez pas concernée par certaines questions ou parties entières de ce questionnaire.

■ Pour plus de facilité, répondez aux questions dans l'ordre et laissez-vous guider par nos indications.



Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : / / 2 0
jour mois année

Quelle est votre date de naissance ? / / 1 9
jour mois année

A quel âge avez-vous eu vos premières règles ? ans

I. RÈGLES ET CYCLES MENSTRUELS

1. Quelle est la date de vos dernières règles (même approximative) ? / /
jour mois année

■ Si cette date remonte à moins de 3 mois, passez directement à la question 3 (page 6).

2. Vous n'avez PAS eu vos règles depuis 3 mois ou plus :

a) Est-ce depuis : , moins de 12 mois , 12 mois ou plus

b) Est-ce que (plusieurs réponses possibles) :

- , vous êtes enceinte
- , vous allaitez
- , vous portez un stérilet hormonal (MIRENA®)
- , vous prenez la pilule en continu (ou une pilule qui supprime les règles)

, vous avez eu une ablation de l'utérus, précisez la date: /
mois année

, vous avez eu une ablation des 2 ovaires, précisez la date: /
mois année

, vous êtes ménopausée

, autre situation, précisez :

■ Passez ensuite directement à la partie II: CONTRACEPTION (page 7)



3. En vous basant sur vos 3 derniers cycles,

a) Vos règles sont-elles :

- ₁ régulières spontanément (cycles de 24 à 32 jours environ)
₂ régulières sous pilule ou autre traitement hormonal
₃ Irrégulières

b) Quelle est la durée moyenne de vos **règles** (nombre de jours de saignements) ?

jours

c) Quelle est la durée de vos **cycles menstruels** (comptez du 1^{er} jour des règles jusqu'au 1^{er} jour des règles suivantes) ? Indiquez une durée minimale et une durée maximale.

Exemple : si vos 3 derniers cycles étalent respectivement de 31, 26 et 28 jours, indiquez « durée minimale : 26 jours » et « durée maximale : 31 jours ».

durée minimale : jours durée maximale : jours

d) Comment évaluez-vous l'intensité moyenne de vos douleurs de règles ? Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

aucune douleur douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. En dehors des douleurs de règles, souffrez-vous régulièrement de douleurs localisées au bas-ventre ?

- ₁ Oui ₂ Non

5. Avez-vous des douleurs des seins avant vos règles ?

- ₁ Oui ₂ Non

→ Si oui :

a) S'agit-il de douleurs concernant : ₁ un seul sein ₂ les deux seins

b) Pendant combien de jours avez-vous mal aux seins avant les règles :

- ₁ moins de 4 jours ₂ 4 à 8 jours ₃ 9 à 15 jours ₄ plus de 15 jours

c) Vos douleurs des seins disparaissent-elles (ou s'atténuent-elles fortement) avec l'apparition des règles ?

- ₁ Oui ₂ Non

d) Vos douleurs des seins sont-elles apparues :

- ₁ spontanément
₂ sous traitement hormonal uniquement (contraception, traitement pour infertilité...)



II. CONTRACEPTION

6. Au cours de votre vie avez-vous déjà utilisé la pilule contraceptive ?

- ₁ Oui ₂ Non

→ Si oui :

a) A quel âge avez-vous commencé à la prendre ? ans

b) Pendant combien de temps en tout l'avez-vous prise (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez prise) :

- ₁ moins d'1 an
₂ entre 1 et 3 ans
₃ entre 3 et 5 ans
₄ plus de 5 ans

■ Si vous êtes actuellement enceinte ou ménopausée, passez directement à la partie III: FERTILITÉ (page 8)

7. Actuellement, utilisez-vous un moyen pour éviter d'être enceinte ?

- ₁ Oui ₂ Non

→ Si oui, précisez lequel (lesquels) : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ La pilule, précisez laquelle :
- ₁ Un autre traitement hormonal
- ₁ Un stérilet (Dispositif Intra Utérin, DIU), précisez : ₁ Au cuivre
₂ Hormonal (MIRENA®)
₃ Ne sait pas
- ₁ Le préservatif masculin (capote)
- ₁ L'anneau contraceptif (NUVARING®)
- ₁ L'implant contraceptif (IMPLANON®)
- ₁ Le patch contraceptif (EVRA®)
- ₁ Des crèmes ou ovules spermicides
- ₁ Le diaphragme ou la cape cervicale
- ₁ Le préservatif féminin
- ₁ Le retrait du partenaire avant éjaculation (coït interrompu)
- ₁ Vous n'avez pas de rapport sexuel les jours à risque (méthode naturelle, Ogino, températures...)
- ₁ Vous ou votre partenaire avez eu une intervention pour devenir stérile (ligature des trompes, vasectomie)
- ₁ Autre moyen, précisez :



III. FERTILITÉ

8. Avez-vous déjà eu, vous ou votre partenaire, une ou plusieurs interventions dans le but d'améliorer la fertilité de votre couple ?

- ₁ oui, vous ₂ oui, votre partenaire ₃ oui, tous les deux ₄ non, ni vous ni votre partenaire

9. Avez-vous déjà eu une salpingite (infection aiguë atteignant les trompes) ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

→ Si oui, avez-vous reçu un traitement par antibiotiques ?

- ₁ Oui ₂ Non

■ Si vous êtes ménopausée, passez directement à la partie IV: GROSSESSES (page 9)

10. Au cours des 6 derniers mois, vous ou votre partenaire avez-vous consulté un médecin en raison de difficultés à obtenir une grossesse ?

- ₁ oui, vous ₂ oui, votre partenaire ₃ oui, tous les deux ₄ non, ni vous ni votre partenaire

11. Au cours des 6 derniers mois, vous ou votre partenaire avez-vous utilisé (ou utilisez-vous actuellement) un traitement médical pour favoriser la survenue d'une grossesse ?

- ₁ oui, vous ₂ oui, votre partenaire ₃ oui, tous les deux ₄ non, ni vous ni votre partenaire

■ Si vous êtes actuellement enceinte, passez directement à la partie IV: GROSSESSES (page 9)

12. Diriez-vous que vous souhaitez avoir une grossesse :

- ₁ dans les 6 prochains mois
₂ dans 6 mois à 1 an
₃ dans 1 an à 2 ans
₄ dans plus de 2 ans
₅ vous ne souhaitez pas (ou plus) avoir de grossesse
₆ vous ne pouvez pas (ou plus) avoir de grossesse

13. Est-ce que vous cherchez actuellement à être enceinte ?

- ₁ Oui ₂ Non



IV. GROSSESSES

Pour les questions 14 à 16, tenez compte de toutes vos grossesses, quelle que soit la façon dont elles se sont terminées : y compris dans le cas d'IVG (Interruption volontaire de grossesse), de grossesse extra-utérine, de fausse-couche spontanée même très précoce, d'IMG (Interruption médicale de grossesse), d'enfant mort-né.

14. Avez-vous déjà été enceinte, quelle que soit la façon dont la grossesse s'est terminée ?

₁ Oui (y compris si vous êtes actuellement enceinte) ₂ Non

■ Si vous n'avez jamais été enceinte, passez directement à la PARTIE V: MALADIES DES SEINS (page 11).

15. Au total, combien de grossesses avez-vous eues (y compris la grossesse actuelle si vous êtes enceinte), quelle que soit la façon dont elles se sont terminées ?

grossesses

16. A quelle date s'est terminée votre dernière grossesse (quelle qu'en soit l'issue) ?

/ /
jour mois année

₁ Je suis actuellement enceinte

17. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs grossesses extra-utérines (grossesse se développant de façon anormale en dehors de l'utérus, par exemple dans la trompe) ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? grossesse(s) extra-utérine(s)

18. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs fausses couches ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? fausse(s) couche(s)

19. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs IVG (Interruption volontaire de grossesse) ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? IVG

20. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs IMG (Interruption médicale de grossesse, avortement « thérapeutique ») ?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, combien ? IMG



21. Combien d'enfants avez-vous eus (enfants biologiques nés vivants ou non après 5 mois de grossesse) ?

enfant(s)

22. Pour chacun de vos enfants nés vivants, indiquez dans le tableau ci-après : son sexe, son année de naissance, son poids de naissance, le mode d'accouchement (voie naturelle ou césarienne), si vous l'avez allaité (même partiellement) et, si oui, pendant combien de mois :

Enfant	Sexe		Année de naissance	Poids à la naissance		Mode d'accouchement		Allaitement				
	M ⁽¹⁾	F ⁽¹⁾			kg	g	Césa ⁽²⁾	VN ⁽²⁾	oui	non	combien de mois ⁽³⁾	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

(1) M= masculin ; F= féminin

(2) Césa = césarienne ; VN=voies naturelles

(3) si vous avez allaité moins d'un mois, indiquez « 0 » ; entre 1 et 2 mois indiquez « 1 », etc.

23. Avez-vous eu des enfants mort-nés ?

Oui Non

→ Si oui, précisez, pour chacun, en quelle année et s'il s'agissait d'une grossesse multiple (jumeaux, triplés...):

Enfant 1 A A A A grossesse multiple : Oui Non

Enfant 2 A A A A grossesse multiple : Oui Non

Enfant 3 A A A A grossesse multiple : Oui Non

Enfant 4 A A A A grossesse multiple : Oui Non



V. MALADIES DES SEINS

24. Avez-vous déjà souffert d'une affection au(x) sein(s) ?

₁ Oui

₂ Non

→ Si oui :

a) De quelle(s) affection(s) s'agissait-il ? (plusieurs réponses possibles)

₁ kyste(s) du sein

₁ microcalcifications du sein

₁ adénofibrome du sein

₁ maladie fibrokystique du sein

₁ cancer du sein

₁ autre maladie des seins, précisez :

₁ ne sait pas

b) Avez-vous été opérée ou avez-vous eu une biopsie d'un (des) sein(s) pour cette (ces) affection(s) ?

₁ Oui

₂ Non

→ Si oui, en quelle(s) année(s) ? (si vous avez subi plusieurs interventions au niveau des seins, indiquez seulement les deux plus récentes)

A A A A

année

A A A A

année

25. Avez-vous déjà eu une intervention esthétique au niveau des seins ?

₁ Oui

₂ Non

→ Si oui, en quelle(s) année(s) ? (si vous avez subi plusieurs interventions au niveau des seins, indiquez seulement les deux plus récentes)

A A A A

année

A A A A

année



VI. SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

26. Avez-vous déjà eu un ou plusieurs frottis du col de l'utérus (frottis cervico-vaginal pour le dépistage du cancer du col de l'utérus) ?

- ₁ Oui ₂ Non

→ Si oui,

a) A quand remonte le **dernier** frottis ?

M M / A A A A
mols année

b) Ce **dernier** frottis a-t-il été réalisé par :

- ₁ un médecin généraliste
₂ un gynécologue
₃ autre, précisez :

27. Avez-vous déjà eu une ou plusieurs ostéodensitométries (mesure de la masse osseuse) ?

- ₁ Oui ₂ Non

→ Si oui, à quand remonte le **dernier** examen ?

M M / A A A A
mols année

28. Avez-vous déjà eu une ou plusieurs mammographies (radiographie des seins) ?

- ₁ Oui ₂ Non

→ Si oui :

a) A quand remonte le **dernier** examen ?

M M / A A A A
mols année

b) Cette **dernière** mammographie vous a-t-elle été prescrite :

- ₁ par invitation dans le cadre du **dépistage organisé** du cancer du sein
₂ par votre médecin, en l'**absence de symptômes** particuliers (examen « de routine »)
₃ suite à la découverte d'une **anomalie au niveau du sein** (« boule », écoulement du mamelon, douleur, rougeur cutanée...) ou dans le cadre d'un **suivi** (cancer...)

c) Si cette dernière mammographie n'a pas été réalisée dans le cadre du **dépistage organisé**, vous a-t-elle été prescrite par :

- ₁ un médecin généraliste
₂ un gynécologue
₃ un autre médecin, précisez :



VII. MÉNOPAUSE

29. Etes-vous ménopausée ?

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

→ Si oui :

a) Votre ménopause a-t-elle été confirmée par des dosages hormonaux ?

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

b) A quel âge avez-vous été ménopausée ? ans

Si vous ne vous souvenez pas exactement, est-ce depuis :

₁ 1 à 2 ans

₂ 2 à 5 ans

₃ 5 à 10 ans

₄ plus de 10 ans

30. Suivez-vous actuellement un traitement en rapport avec la ménopause ?

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

→ Si oui, est-ce un traitement par (plusieurs réponses possibles) :

₁ hormones

₁ traitement local vaginal

₁ traitement **non hormonal** contre les bouffées de chaleur

₁ homéopathie

₁ plantes; si oui, précisez s'il s'agit de phyto-oestrogènes (dont le soja) ?

₁ Oui

₂ Non

₃ Ne sait pas

₁ acupuncture

₁ autre, précisez :

₁ ne sait pas

■ Si vous ne prenez pas actuellement de traitement hormonal en rapport avec la ménopause, passez directement à la question 32 (page 14)



31. Si vous prenez **actuellement** un traitement **hormonal** en rapport avec la ménopause :

a) Précisez le nom, la dose par jour et le nombre de jours par mois pour chacun des produits que vous prenez dans le cadre de ce traitement :

Nom du produit	Dose par jour	Nombre de jours par mois
Exemple : ESTREVA [®]	1 comprimé 1,5 mg par jour	du 10 ^e au 25 ^e jour
Exemple : CLIMARA [®]	patch dosé à 50	un patch tous les 6 jours

b) Depuis quand prenez-vous un traitement hormonal en rapport avec la ménopause (celui ou ceux cités ci-dessus ou un autre équivalent) ?

₁ depuis moins d'un an :

précisez le mois et l'année de début du traitement :

M M / A A A A

₂ depuis un an ou plus :

précisez l'année de début du traitement :

A A A A

Passez directement à la partie VIII : AUTRES TRAITEMENTS GYNÉCOLOGIQUES (page 15)

32. Si vous ne **prenez pas actuellement de traitement hormonal** en rapport avec la ménopause, en avez-vous pris dans le passé ?

₁ Oui

₂ Non

➔ Si oui, pendant combien de temps ?

₁ pendant moins d'un an ; précisez pendant combien de mois : mois

₂ pendant un an ou plus ; précisez pendant combien d'années : années

VIII. AUTRES TRAITEMENTS GYNÉCOLOGIQUES

33. Actuellement, suivez-vous un traitement hormonal en rapport avec des problèmes gynécologiques, hors ménopause (par exemple pour douleurs aux seins, fibrome, ...)?

1 Oui 2 Non

↳ Si oui, précisez le nom du ou des médicaments, la chronologie de la prise par rapport au cycle menstruel, ainsi que la date de début de ce traitement :

NOM du Médicament	Chronologie	DATE de début
Exemple : SURGESTONE 500*	* au <input type="text"/> au <input type="text"/> * jour du cycle	1 0 / 1 2 / 1 9 9 8 jour mois année
<input type="text"/>	* au <input type="text"/> au <input type="text"/> * jour du cycle	J J / M M / A A A A jour mois année
<input type="text"/>	* au <input type="text"/> au <input type="text"/> * jour du cycle	J J / M M / A A A A jour mois année
<input type="text"/>	* au <input type="text"/> au <input type="text"/> * jour du cycle	J J / M M / A A A A jour mois année



Annexe D : Analyse multivariée montrant l'association entre être un ancien fumeur et faire l'expérience d'une amélioration des fonctions physiologiques et de conditions pathologiques après utilisation de la cigarette électronique.

Dependent variable	Former smoker	
	OR (95% CI)	p value
Physiologic functions		
Physical status	1.85 (1.70–2.00)	<0.001
Smell	2.66 (2.41–2.93)	<0.001
Taste	2.31 (2.11–2.53)	<0.001
Breathing	2.10 (1.90–2.31)	<0.001
Appetite	1.28 (1.18–1.39)	<0.001
Sexual performance	1.52 (1.39–1.67)	<0.001
Mood	1.67 (1.53–1.82)	<0.001
Memory	1.49 (1.33–1.67)	<0.001
Sleep	1.53 (1.41–1.66)	<0.001
Endurance	1.90 (1.75–2.06)	<0.001
Disease conditions		
Diabetes	1.81 (1.07–3.07)	0.026
Hypertension	1.96 (1.52–2.53)	<0.001
Cholesterol	2.20 (1.61–3.02)	<0.001
Thyroid disease	1.80 (1.12–2.89)	0.015
CAD	2.02 (1.01–4.04)	0.048
Asthma	2.23 (1.58–3.15)	<0.001
COPD	1.73 (1.16–2.58)	0.008

Abbreviations: CAD, coronary artery disease; COPD, chronic obstructive lung disease.

Annexe E : Tableau descriptif de la population totale

	Population CONSTANCES incluse dans l'étude (n=83605)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Sexe		
hommes	39651	47,4
Femmes	43954	52,6
Classe d'âge		
18,5-30 ans	12820	15,3
30,5-40 ans	17117	20,5
40,5-50 ans	18796	22,5
50,5-60 ans	17674	21,1
plus de 60 ans	17198	20,6
Statut tabagique		
Fumeurs	13215	15,8
Vapoteurs	1248	1,5
Mixtes	2256	2,7
Non fumeurs	66886	80,0
	Santé générale	
Appréciation de santé générale		
Très bonne santé	39424	47,2
Assez bonne santé	33247	39,8
Mauvaise santé	8144	9,7
Non répondant	2790	3,3
Appréciation de santé générale par rapport à une personne du même âge		
Très bonne santé	41013	49,1
Assez bonne santé	29424	35,2
Mauvaise santé	10122	12,1
Non répondant	3046	3,6
	Effort physique	
Indicateur d'effort physique		
pas actif=0	2100	2,5
1	5757	6,9
2	14355	17,2
3	17508	20,9
4	19931	23,8
5	13100	15,7
Très actif=6	8641	10,3
Non calculable (manque de donnée)	2213	2,6

	Population CONSTANCES incluse dans l'étude (n=83605)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Habitudes alimentaires	
Consommation de produits laitiers		
Jamais ou presque	8135	9,7
Moins d'une fois par semaine	6548	7,8
Une fois par semaine	6136	7,3
2 à 3 fois par semaine	15182	18,2
4 à 6 fois par semaine	19340	23,1
Une fois par jour ou plus	26243	31,4
Non répondant	2021	2,4
Consommation de poissons/fruits de mer		
Jamais ou presque	7528	9,0
Moins d'une fois par semaine	20285	24,3
Une fois par semaine	33809	40,4
2 à 3 fois par semaine	17562	21,0
4 à 6 fois par semaine	1897	2,3
Une fois par jour ou plus	689	0,8
Non répondant	1835	2,2
Consommation de fruits frais		
Jamais ou presque	3350	4,0
Moins d'une fois par semaine	5717	6,8
Une fois par semaine	7370	8,8
2 à 3 fois par semaine	16299	19,5
4 à 6 fois par semaine	19515	23,3
Une fois par jour ou plus	29624	35,4
Non répondant	1730	2,1
Consommation de légumes crus ou cuits		
Jamais ou presque	1760	2,1
Moins d'une fois par semaine	4035	4,8
Une fois par semaine	7755	9,3
2 à 3 fois par semaine	20473	24,5
4 à 6 fois par semaine	23737	28,4
Une fois par jour ou plus	24200	28,9
Non répondant	1645	2,0
Consommation de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc.		
Jamais ou presque	18605	22,3
Moins d'une fois par semaine	17845	21,3
Une fois par semaine	12707	15,2
2 à 3 fois par semaine	15460	18,5
4 à 6 fois par semaine	9268	11,1
Une fois par jour ou plus	7453	8,9
Non répondant	2267	2,7

	Population CONSTANCES incluse dans l'étude (n=83605)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Consommation de biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs		
Jamais ou presque	21803	26,1
Moins d'une fois par semaine	31479	37,7
Une fois par semaine	19539	23,4
2 à 3 fois par semaine	7487	9,0
4 à 6 fois par semaine	1254	1,5
Une fois par jour ou plus	447	0,5
Non répondant	1596	1,9
Consommation de plats cuisinés		
Jamais ou presque	43810	52,4
Moins d'une fois par semaine	19105	22,9
Une fois par semaine	10097	12,1
2 à 3 fois par semaine	6552	7,8
4 à 6 fois par semaine	1770	2,1
Une fois par jour ou plus	440	0,5
Non répondant	1831	2,2
Consommation de hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches, etc.		
Jamais ou presque	35341	42,3
Moins d'une fois par semaine	27365	32,7
Une fois par semaine	13208	15,8
2 à 3 fois par semaine	4852	5,8
4 à 6 fois par semaine	980	1,2
Une fois par jour ou plus	269	0,3
Non répondant	1590	1,9
Consommation d'aliments frits		
Jamais ou presque	26211	31,4
Moins d'une fois par semaine	30526	36,5
Une fois par semaine	17614	21,1
2 à 3 fois par semaine	6417	7,7
4 à 6 fois par semaine	933	1,1
Une fois par jour ou plus	346	0,4
Non répondant	1558	1,9
Consommation de pâtisseries, gâteaux, etc.		
Jamais ou presque	14872	17,8
Moins d'une fois par semaine	27889	33,4
Une fois par semaine	21487	25,7
2 à 3 fois par semaine	12283	14,7
4 à 6 fois par semaine	3596	4,3
Une fois par jour ou plus	1619	1,9
Non répondant	1859	2,2

	Population CONSTANCES incluse dans l'étude (n=83605)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Consommation de charcuterie		
Jamais ou presque	13684	16,4
Moins d'une fois par semaine	21594	25,8
Une fois par semaine	22414	26,8
2 à 3 fois par semaine	18190	21,8
4 à 6 fois par semaine	4306	5,2
Une fois par jour ou plus	1243	1,5
Non répondant	2174	2,6
Consommation de soda		
Jamais ou presque	51456	61,5
Moins d'une fois par semaine	14876	17,8
Une fois par semaine	6555	7,8
2 à 3 fois par semaine	4796	5,7
4 à 6 fois par semaine	2086	2,5
Une fois par jour ou plus	1610	1,9
Non répondant	2226	2,7
Consommation de soda light/zéro		
Jamais ou presque	66068	79,0
Moins d'une fois par semaine	6696	8,0
Une fois par semaine	3179	3,8
2 à 3 fois par semaine	2662	3,2
4 à 6 fois par semaine	1428	1,7
Une fois par jour ou plus	1516	1,8
Non répondant	2056	2,5
Consommation de boissons énergétiques		
Jamais ou presque	79157	94,7
Moins d'une fois par semaine	1741	2,1
Une fois par semaine	513	0,6
2 à 3 fois par semaine	226	0,3
4 à 6 fois par semaine	85	0,1
Une fois par jour ou plus	63	0,1
Non répondant	1820	2,2
Consommation quotidienne de sucre		
Jamais ou rarement	48498	58,0
1 ou 2	22988	27,5
3 ou 4	8108	9,7
5 ou plus	2740	3,3
Non répondant	1271	1,5
Mange très salé ou resale les plats		
Oui	14062	16,8
Non	68191	81,6
Non répondant	1352	1,6

	Population CONSTANCES incluse dans l'étude (n=83605)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Sommeil	
Heures de sommeil par nuit		
Moins de 7 heures	50830	60,8
Entre 7 et 9 heures	28309	33,9
Plus de 9 heures	3287	3,9
Non répondant	1179	1,4
Difficultés d'endormissement (nombre de nuit par mois)		
Jamais	32099	38,4
1 à 3 jours	25852	30,9
4 à 7 jours	10522	12,6
8 à 14 jours	5637	6,7
15 à 21 jours	3827	4,6
22 à 31 jours	4178	5,0
Non répondant	1490	1,8
Réveils multiples (nombre de nuit par mois)		
Jamais	18917	22,6
1 à 3 jours	24570	29,4
4 à 7 jours	11568	13,8
8 à 14 jours	8118	9,7
15 à 21 jours	7044	8,4
22 à 31 jours	11667	14,0
Non répondant	1721	2,1
Réveil trop tôt sans rendormissement (nombre de nuit par mois)		
Jamais	35207	42,1
1 à 3 jours	23176	27,7
4 à 7 jours	9297	11,1
8 à 14 jours	5913	7,1
15 à 21 jours	4259	5,1
22 à 31 jours	3792	4,5
Non répondant	1961	2,3
Réveil fatigué (nombre de nuit par mois)		
Jamais	30695	36,7
1 à 3 jours	22654	27,1
4 à 7 jours	10482	12,5
8 à 14 jours	7193	8,6
15 à 21 jours	5400	6,5
22 à 31 jours	4843	5,8
Non répondant	2338	2,8

	Population CONSTANCES incluse dans l'étude (n=83605)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Vie sexuelle	
A déjà eu des rapports sexuels		
Oui	77961	93,2
Non	1526	1,8
Ne souhaite pas répondre	3174	3,8
Non répondant	944	1,1
Si oui, utilisation de préservatif lors de la relation actuelle		
Oui	21341	27,4
Non	43832	56,2
Pas de relation actuelle	7075	9,1
Ne souhaite pas répondre	2288	2,9
Non répondant	3425	4,4
Test VIH réalisé		
Oui	48698	58,2
Non	28218	33,8
Ne souhaite pas répondre	1299	1,6
Non répondant	5390	6,4
	Cannabis	
A déjà consommé du cannabis		
Oui	30703	36,7
Non	50007	59,8
Ne souhaite pas répondre	849	1,0
Non répondant	2046	2,4
Si oui, a consommé dans les 12 derniers mois		
Oui	7799	25,4
Non	22810	74,3
Non répondant	94	0,3
Si oui, a consommé dans les 30 derniers jours		
Oui	4213	13,7
Non	25843	84,2
Non répondant	647	2,1

	Population CONSTANCES incluse dans l'étude (n=83605)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Alcool	
A déjà consommé de l'alcool		
Oui	80441	96,2
Non	3015	3,6
Non répondant	149	0,2
Si oui, fréquence de consommation		
1 à plusieurs fois par semaine	48702	60,5
2 à 3 fois par mois	15903	19,8
1 fois par mois ou moins	10599	13,2
Jamais	3687	4,6
Non répondant	1550	1,9
Si oui, inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool		
Oui	4933	6,1
Non	69875	86,9
Non répondant	5633	7,0
	Prévention des femmes (frottis, mammographie)	
A déjà fait un frottis de dépistage		
Nombre de femmes concernées	37243	
Oui	33692	90,5
Non	1723	4,6
Non répondante	1828	4,9
A déjà fait une mammographie de dépistage		
Nombre de femmes concernées	17565	
Oui	16420	93,5
Non	163	0,9
Non répondante	982	5,6

Annexe F : Tableau descriptif de la population de fumeurs

	Fumeurs (n=13215)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Sexe		
Hommes	6553	49,6
Femmes	6662	50,4
Classe d'âge		
18,5-30 ans	3128	23,7
30,5-40 ans	3570	27,0
40,5-50 ans	2975	22,5
50,5-60 ans	2299	17,4
plus de 60 ans	1243	9,4
	Santé générale	
Appréciation de santé générale		
Très bonne santé	5540	41,9
Assez bonne santé	5632	42,6
Mauvaise santé	1613	12,2
Non répondant	430	3,3
Appréciation de santé générale par rapport à une personne du même âge		
Très bonne santé	5724	43,3
Assez bonne santé	5048	38,2
Mauvaise santé	1978	15,0
Non répondant	465	3,5
	Effort physique	
Indicateur d'effort physique		
pas actif=0	447	3,4
1	1181	8,9
2	2729	20,7
3	2966	22,4
4	3099	23,5
5	1695	12,8
Très actif=6	842	6,4
Non calculable (manque de donnée)	256	1,9

	Fumeurs (n=13215)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Habitudes alimentaires	
Consommation de produits laitiers		
Jamais ou presque	1559	11,8
Moins d'une fois par semaine	1352	10,2
Une fois par semaine	1344	10,2
2 à 3 fois par semaine	2757	20,9
4 à 6 fois par semaine	2861	21,6
Une fois par jour ou plus	3082	23,3
Non répondant	260	2,0
Consommation de poissons/fruits de mer		
Jamais ou presque	1794	13,6
Moins d'une fois par semaine	3778	28,6
Une fois par semaine	5030	38,1
2 à 3 fois par semaine	2005	15,2
4 à 6 fois par semaine	247	1,9
Une fois par jour ou plus	84	0,6
Non répondant	277	2,1
Consommation de fruits frais		
Jamais ou presque	967	7,3
Moins d'une fois par semaine	1477	11,2
Une fois par semaine	1718	13,0
2 à 3 fois par semaine	2999	22,7
4 à 6 fois par semaine	2796	21,2
Une fois par jour ou plus	3026	22,9
Non répondant	232	1,8
Consommation de légumes crus ou cuits		
Jamais ou presque	404	3,1
Moins d'une fois par semaine	867	6,6
Une fois par semaine	1617	12,2
2 à 3 fois par semaine	3680	27,8
4 à 6 fois par semaine	3638	27,5
Une fois par jour ou plus	2785	21,1
Non répondant	224	1,7
Consommation de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc.		
Jamais ou presque	3040	23,0
Moins d'une fois par semaine	2942	22,3
Une fois par semaine	2197	16,6
2 à 3 fois par semaine	2525	19,1
4 à 6 fois par semaine	1364	10,3
Une fois par jour ou plus	880	6,7
Non répondant	267	2,0

	Fumeurs (n=13215)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Consommation de biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs		
Jamais ou presque	3209	24,3
Moins d'une fois par semaine	4674	35,4
Une fois par semaine	3284	24,9
2 à 3 fois par semaine	1521	11,5
4 à 6 fois par semaine	246	1,9
Une fois par jour ou plus	80	0,6
Non répondant	201	1,5
Consommation de plats cuisinés		
Jamais ou presque	6464	48,9
Moins d'une fois par semaine	2832	21,4
Une fois par semaine	1871	14,2
2 à 3 fois par semaine	1309	9,9
4 à 6 fois par semaine	403	3,0
Une fois par jour ou plus	83	0,6
Non répondant	253	1,9
Consommation de hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches, etc.		
Jamais ou presque	4252	32,2
Moins d'une fois par semaine	4502	34,1
Une fois par semaine	2716	20,6
2 à 3 fois par semaine	1186	9,0
4 à 6 fois par semaine	280	2,1
Une fois par jour ou plus	73	0,6
Non répondant	206	1,6
Consommation d'aliments frits		
Jamais ou presque	3275	24,8
Moins d'une fois par semaine	4735	35,8
Une fois par semaine	3208	24,3
2 à 3 fois par semaine	1486	11,2
4 à 6 fois par semaine	227	1,7
Une fois par jour ou plus	84	0,6
Non répondant	200	1,5
Consommation de pâtisseries, gâteaux, etc.		
Jamais ou presque	2716	20,6
Moins d'une fois par semaine	4329	32,8
Une fois par semaine	3054	23,1
2 à 3 fois par semaine	1961	14,8
4 à 6 fois par semaine	642	4,9
Une fois par jour ou plus	270	2,0
Non répondant	243	1,8

	Fumeurs (n=13215)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Consommation de charcuterie		
Jamais ou presque	2030	15,4
Moins d'une fois par semaine	3209	24,3
Une fois par semaine	3386	25,6
2 à 3 fois par semaine	3144	23,8
4 à 6 fois par semaine	912	6,9
Une fois par jour ou plus	235	1,8
Non répondant	299	2,3
Consommation de soda		
Jamais ou presque	6696	50,7
Moins d'une fois par semaine	2362	17,9
Une fois par semaine	1379	10,4
2 à 3 fois par semaine	1255	9,5
4 à 6 fois par semaine	631	4,8
Une fois par jour ou plus	569	4,3
Non répondant	323	2,4
Consommation de soda light/zéro		
Jamais ou presque	10174	77,0
Moins d'une fois par semaine	1011	7,7
Une fois par semaine	583	4,4
2 à 3 fois par semaine	486	3,7
4 à 6 fois par semaine	309	2,3
Une fois par jour ou plus	383	2,9
Non répondant	269	2,0
Consommation de boissons énergétiques		
Jamais ou presque	12177	92,1
Moins d'une fois par semaine	495	3,7
Une fois par semaine	181	1,4
2 à 3 fois par semaine	92	0,7
4 à 6 fois par semaine	35	0,3
Une fois par jour ou plus	19	0,1
Non répondant	216	1,6
Consommation quotidienne de sucre		
Jamais ou rarement	6812	51,5
1 ou 2	3462	26,2
3 ou 4	1774	13,4
5 ou plus	1007	7,6
Non répondant	160	1,2
Mange très salé ou resale les plats		
Oui	3118	23,6
Non	9925	75,1
Non répondant	172	1,3

	Fumeurs (n=13215)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Sommeil	
Heures de sommeil par nuit		
Moins de 7 heures	8286	62,7
Entre 7 et 9 heures	4229	32,0
Plus de 9 heures	533	4,0
Non répondant	167	1,3
Difficultés d'endormissement (nombre de nuit par mois)		
Jamais	4622	35,0
1 à 3 jours	3919	29,7
4 à 7 jours	1765	13,4
8 à 14 jours	1142	8,6
15 à 21 jours	739	5,6
22 à 31 jours	875	6,6
Non répondant	153	1,2
Réveils multiples (nombre de nuit par mois)		
Jamais	3600	27,2
1 à 3 jours	3777	28,6
4 à 7 jours	1802	13,6
8 à 14 jours	1329	10,1
15 à 21 jours	1023	7,7
22 à 31 jours	1508	11,4
Non répondant	176	1,3
Réveil trop tôt sans rendormissement (nombre de nuit par mois)		
Jamais	6025	45,6
1 à 3 jours	3436	26,0
4 à 7 jours	1374	10,4
8 à 14 jours	901	6,8
15 à 21 jours	637	4,8
22 à 31 jours	638	4,8
Non répondant	204	1,5
Réveil fatigué (nombre de nuit par mois)		
Jamais	3885	29,4
1 à 3 jours	3618	27,4
4 à 7 jours	1966	14,9
8 à 14 jours	1402	10,6
15 à 21 jours	1105	8,4
22 à 31 jours	1019	7,7
Non répondant	220	1,7

	Fumeurs (n=13215)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Vie sexuelle	
A déjà eu des rapports sexuels		
Oui	12686	96,0
Non	113	0,9
Ne souhaite pas répondre	300	2,3
Non répondant	116	0,9
Si oui, utilisation de préservatif lors de la relation actuelle		
Oui	3781	29,8
Non	6560	51,7
Pas de relation actuelle	1541	12,1
Ne souhaite pas répondre	275	2,2
Non répondant	529	4,2
Test VIH réalisé		
Oui	8867	67,1
Non	3703	28,0
Ne souhaite pas répondre	128	1,0
Non répondant	517	3,9
	Cannabis	
A déjà consommé du cannabis		
Oui	8973	67,9
Non	3859	29,2
Ne souhaite pas répondre	249	1,9
Non répondant	134	1,0
Si oui, a consommé dans les 12 derniers mois		
Oui	3997	44,5
Non	4945	55,1
Non répondant	31	0,3
Si oui, a consommé dans les 30 derniers jours		
Oui	2669	29,7
Non	6153	68,6
Non répondant	151	1,7

	Fumeurs (n=13215)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Alcool	
A déjà consommé de l'alcool		
Oui	13014	98,5
Non	192	1,5
Non répondant	9	0,1
Si oui, fréquence de consommation		
1 à plusieurs fois par semaine	8945	68,7
2 à 3 fois par mois	2161	16,6
1 fois par mois ou moins	1231	9,5
Jamais	458	3,5
Non répondant	219	1,7
Si oui, inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool		
Oui	1597	12,3
Non	10711	82,3
Non répondant	706	5,4
	Prévention des femmes (frottis, mammographie)	
A déjà fait un frottis de dépistage		
Nombre de femmes concernées	5711	
Oui	5136	89,9
Non	294	5,1
Non répondante	281	4,9
A déjà fait une mammographie de dépistage		
Nombre de femmes concernées	1688	
Oui	1579	93,5
Non	25	1,5
Non répondante	84	5,0

Annexe G : Tableau descriptif de la population de vapoteurs exclusifs

	Vapoteurs (n=1248)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Sexe		
Hommes	711	57,0
Femmes	537	43,0
Classe d'âge		
18,5-30 ans	159	12,7
30,5-40 ans	362	29,0
40,5-50 ans	370	29,7
50,5-60 ans	241	19,3
plus de 60 ans	116	9,3
	Santé générale	
Appréciation de santé générale		
Très bonne santé	489	39,2
Assez bonne santé	525	42,1
Mauvaise santé	185	14,8
Non répondant	49	3,9
Appréciation de santé générale par rapport à une personne du même âge		
Très bonne santé	527	42,2
Assez bonne santé	461	36,9
Mauvaise santé	210	16,8
Non répondant	50	4,0
	Effort physique	
Indicateur d'effort physique		
pas actif=0	43	3,4
1	136	10,9
2	262	21,0
3	257	20,6
4	303	24,3
5	163	13,1
Très actif=6	70	5,6
Non calculable (manque de donnée)	14	1,1

	Vapoteurs (n=1248)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Habitudes alimentaires	
Consommation de produits laitiers		
Jamais ou presque	134	10,7
Moins d'une fois par semaine	126	10,1
Une fois par semaine	99	7,9
2 à 3 fois par semaine	254	20,4
4 à 6 fois par semaine	302	24,2
Une fois par jour ou plus	309	24,8
Non répondant	24	1,9
Consommation de poissons/fruits de mer		
Jamais ou presque	153	12,3
Moins d'une fois par semaine	366	29,3
Une fois par semaine	482	38,6
2 à 3 fois par semaine	196	15,7
4 à 6 fois par semaine	25	2,0
Une fois par jour ou plus	2	0,2
Non répondant	24	1,9
Consommation de fruits frais		
Jamais ou presque	90	7,2
Moins d'une fois par semaine	138	11,1
Une fois par semaine	142	11,4
2 à 3 fois par semaine	293	23,5
4 à 6 fois par semaine	263	21,1
Une fois par jour ou plus	299	24,0
Non répondant	23	1,8
Consommation de légumes crus ou cuits		
Jamais ou presque	40	3,2
Moins d'une fois par semaine	80	6,4
Une fois par semaine	139	11,1
2 à 3 fois par semaine	346	27,7
4 à 6 fois par semaine	335	26,8
Une fois par jour ou plus	288	23,1
Non répondant	20	1,6
Consommation de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc.		
Jamais ou presque	329	26,4
Moins d'une fois par semaine	273	21,9
Une fois par semaine	195	15,6
2 à 3 fois par semaine	224	17,9
4 à 6 fois par semaine	128	10,3
Une fois par jour ou plus	72	5,8
Non répondant	27	2,2

	Vapoteurs (n=1248)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Consommation de biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs		
Jamais ou presque	331	26,5
Moins d'une fois par semaine	445	35,7
Une fois par semaine	276	22,1
2 à 3 fois par semaine	143	11,5
4 à 6 fois par semaine	27	2,2
Une fois par jour ou plus	6	0,5
Non répondant	20	1,6
Consommation de plats cuisinés		
Jamais ou presque	580	46,5
Moins d'une fois par semaine	274	22,0
Une fois par semaine	178	14,3
2 à 3 fois par semaine	140	11,2
4 à 6 fois par semaine	48	3,8
Une fois par jour ou plus	7	0,6
Non répondant	21	1,7
Consommation de hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches, etc.		
Jamais ou presque	435	34,9
Moins d'une fois par semaine	450	36,1
Une fois par semaine	223	17,9
2 à 3 fois par semaine	101	8,1
4 à 6 fois par semaine	19	1,5
Une fois par jour ou plus	3	0,2
Non répondant	17	1,4
Consommation d'aliments frits		
Jamais ou presque	350	28,0
Moins d'une fois par semaine	419	33,6
Une fois par semaine	302	24,2
2 à 3 fois par semaine	136	10,9
4 à 6 fois par semaine	19	1,5
Une fois par jour ou plus	3	0,2
Non répondant	19	1,5
Consommation de pâtisseries, gâteaux, etc.		
Jamais ou presque	271	21,7
Moins d'une fois par semaine	438	35,1
Une fois par semaine	282	22,6
2 à 3 fois par semaine	162	13,0
4 à 6 fois par semaine	53	4,2
Une fois par jour ou plus	21	1,7
Non répondant	21	1,7

	Vapoteurs (n=1248)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Consommation de charcuterie		
Jamais ou presque	215	17,2
Moins d'une fois par semaine	307	24,6
Une fois par semaine	304	24,4
2 à 3 fois par semaine	303	24,3
4 à 6 fois par semaine	82	6,6
Une fois par jour ou plus	11	0,9
Non répondant	26	2,1
Consommation de soda		
Jamais ou presque	703	56,3
Moins d'une fois par semaine	212	17,0
Une fois par semaine	102	8,2
2 à 3 fois par semaine	109	8,7
4 à 6 fois par semaine	48	3,8
Une fois par jour ou plus	39	3,1
Non répondant	35	2,8
Consommation de soda light/zéro		
Jamais ou presque	895	71,7
Moins d'une fois par semaine	120	9,6
Une fois par semaine	47	3,8
2 à 3 fois par semaine	67	5,4
4 à 6 fois par semaine	43	3,4
Une fois par jour ou plus	58	4,6
Non répondant	18	1,4
Consommation de boissons énergétiques		
Jamais ou presque	1162	93,1
Moins d'une fois par semaine	41	3,3
Une fois par semaine	16	1,3
2 à 3 fois par semaine	2	0,2
4 à 6 fois par semaine	3	0,2
Une fois par jour ou plus	1	0,1
Non répondant	23	1,8
Consommation quotidienne de sucre		
Jamais ou rarement	680	54,5
1 ou 2	310	24,8
3 ou 4	155	12,4
5 ou plus	91	7,3
Non répondant	12	1,0
Mange très salé ou resale les plats		
Oui	333	26,7
Non	902	72,3
Non répondant	13	1,0

	Vapoteurs (n=1248)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Sommeil	
Heures de sommeil par nuit		
Moins de 7 heures	794	63,6
Entre 7 et 9 heures	383	30,7
Plus de 9 heures	52	4,2
Non répondant	19	1,5
Difficultés d'endormissement (nombre de nuit par mois)		
Jamais	423	33,9
1 à 3 jours	331	26,5
4 à 7 jours	197	15,8
8 à 14 jours	111	8,9
15 à 21 jours	71	5,7
22 à 31 jours	103	8,3
Non répondant	12	1,0
Réveils multiples (nombre de nuit par mois)		
Jamais	343	27,5
1 à 3 jours	348	27,9
4 à 7 jours	181	14,5
8 à 14 jours	122	9,8
15 à 21 jours	107	8,6
22 à 31 jours	130	10,4
Non répondant	17	1,4
Réveil trop tôt sans rendormissement (nombre de nuit par mois)		
Jamais	566	45,4
1 à 3 jours	327	26,2
4 à 7 jours	130	10,4
8 à 14 jours	93	7,5
15 à 21 jours	59	4,7
22 à 31 jours	55	4,4
Non répondant	18	1,4
Réveil fatigué (nombre de nuit par mois)		
Jamais	375	30,0
1 à 3 jours	315	25,2
4 à 7 jours	176	14,1
8 à 14 jours	146	11,7
15 à 21 jours	114	9,1
22 à 31 jours	104	8,3
Non répondant	18	1,4

	Vapoteurs (n=1248)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Vie sexuelle	
A déjà eu des rapports sexuels		
Oui	1212	97,1
Non	8	0,6
Ne souhaite pas répondre	23	1,8
Non répondant	5	0,4
Si oui, utilisation de préservatif lors de la relation actuelle		
Oui	353	29,1
Non	685	56,5
Pas de relation actuelle	100	8,3
Ne souhaite pas répondre	22	1,8
Non répondant	52	4,3
Test VIH réalisé		
Oui	853	68,3
Non	345	27,6
Ne souhaite pas répondre	12	1,0
Non répondant	38	3,0
	Cannabis	
A déjà consommé du cannabis		
Oui	845	67,7
Non	362	29,0
Ne souhaite pas répondre	15	1,2
Non répondant	26	2,1
Si oui, a consommé dans les 12 derniers mois		
Oui	234	27,7
Non	609	72,1
Non répondant	2	0,2
Si oui, a consommé dans les 30 derniers jours		
Oui	114	13,5
Non	720	85,2
Non répondant	11	1,3

	Vapoteurs (n=1248)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Alcool	
A déjà consommé de l'alcool		
Oui	1227	98,3
Non	20	1,6
Non répondant	1	0,1
Si oui, fréquence de consommation		
1 à plusieurs fois par semaine	800	65,2
2 à 3 fois par mois	224	18,3
1 fois par mois ou moins	126	10,3
Jamais	57	4,6
Non répondant	20	1,6
Si oui, inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool		
Oui	151	12,3
Non	1001	81,6
Non répondant	75	6,1
	Prévention des femmes (frottis, mammographie)	
A déjà fait un frottis de dépistage		
Nombre de femmes concernées	504	
Oui	465	92,3
Non	15	3,0
Non répondante	24	4,8
A déjà fait une mammographie de dépistage		
Nombre de femmes concernées	155	
Oui	139	89,7
Non	3	1,9
Non répondante	13	8,4

Annexe H : Tableau descriptif de la population de consommateurs mixtes

	Mixtes (n=2256)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Sexe		
Hommes	1200	53,2
Femmes	1056	46,8
Classe d'âge		
18,5-30 ans	449	19,9
30,5-40 ans	665	29,5
40,5-50 ans	578	25,6
50,5-60 ans	392	17,4
plus de 60 ans	172	7,6
	Santé générale	
Appréciation de santé générale		
Très bonne santé	803	35,6
Assez bonne santé	1010	44,8
Mauvaise santé	368	16,3
Non répondant	75	3,3
Appréciation de santé générale par rapport à une personne du même âge		
Très bonne santé	837	37,1
Assez bonne santé	883	39,1
Mauvaise santé	457	20,3
Non répondant	79	3,5
	Effort physique	
Indicateur d'effort physique		
pas actif=0	88	3,9
1	205	9,1
2	493	21,9
3	521	23,1
4	522	23,1
5	252	11,2
Très actif=6	125	5,5
Non calculable (manque de donnée)	50	2,2

	Mixtes (n=2256)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Habitudes alimentaires	
Consommation de produits laitiers		
Jamais ou presque	288	12,8
Moins d'une fois par semaine	266	11,8
Une fois par semaine	236	10,5
2 à 3 fois par semaine	451	20,0
4 à 6 fois par semaine	489	21,7
Une fois par jour ou plus	484	21,5
Non répondant	42	1,9
Consommation de poissons/fruits de mer		
Jamais ou presque	344	15,2
Moins d'une fois par semaine	674	29,9
Une fois par semaine	809	35,9
2 à 3 fois par semaine	334	14,8
4 à 6 fois par semaine	33	1,5
Une fois par jour ou plus	15	0,7
Non répondant	47	2,1
Consommation de fruits frais		
Jamais ou presque	231	10,2
Moins d'une fois par semaine	288	12,8
Une fois par semaine	299	13,3
2 à 3 fois par semaine	531	23,5
4 à 6 fois par semaine	424	18,8
Une fois par jour ou plus	441	19,5
Non répondant	42	1,9
Consommation de légumes crus ou cuits		
Jamais ou presque	98	4,3
Moins d'une fois par semaine	196	8,7
Une fois par semaine	309	13,7
2 à 3 fois par semaine	633	28,1
4 à 6 fois par semaine	578	25,6
Une fois par jour ou plus	404	17,9
Non répondant	38	1,7
Consommation de biscuits sucrés, chocolat, céréales, bonbons, etc.		
Jamais ou presque	526	23,3
Moins d'une fois par semaine	514	22,8
Une fois par semaine	408	18,1
2 à 3 fois par semaine	399	17,7
4 à 6 fois par semaine	225	10,0
Une fois par jour ou plus	134	5,9
Non répondant	50	2,2

	Mixtes (n=2256)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Consommation de biscuits salés, cacahouètes, et autres produits apéritifs		
Jamais ou presque	569	25,2
Moins d'une fois par semaine	763	33,8
Une fois par semaine	569	25,2
2 à 3 fois par semaine	254	11,3
4 à 6 fois par semaine	50	2,2
Une fois par jour ou plus	20	0,9
Non répondant	31	1,4
Consommation de plats cuisinés		
Jamais ou presque	967	42,9
Moins d'une fois par semaine	522	23,1
Une fois par semaine	352	15,6
2 à 3 fois par semaine	281	12,5
4 à 6 fois par semaine	81	3,6
Une fois par jour ou plus	14	0,6
Non répondant	39	1,7
Consommation de hamburgers, kebab, sandwich, pizza, quiches, etc.		
Jamais ou presque	649	28,8
Moins d'une fois par semaine	768	34,0
Une fois par semaine	501	22,2
2 à 3 fois par semaine	232	10,3
4 à 6 fois par semaine	59	2,6
Une fois par jour ou plus	13	0,6
Non répondant	34	1,5
Consommation d'aliments frits		
Jamais ou presque	535	23,7
Moins d'une fois par semaine	765	33,9
Une fois par semaine	604	26,8
2 à 3 fois par semaine	244	10,8
4 à 6 fois par semaine	63	2,8
Une fois par jour ou plus	17	0,8
Non répondant	28	1,2
Consommation de pâtisseries, gâteaux, etc.		
Jamais ou presque	520	23,0
Moins d'une fois par semaine	675	29,9
Une fois par semaine	524	23,2
2 à 3 fois par semaine	345	15,3
4 à 6 fois par semaine	109	4,8
Une fois par jour ou plus	45	2,0
Non répondant	38	1,7

	Mixtes (n=2256)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
Consommation de charcuterie		
Jamais ou presque	341	15,1
Moins d'une fois par semaine	517	22,9
Une fois par semaine	554	24,6
2 à 3 fois par semaine	587	26,0
4 à 6 fois par semaine	169	7,5
Une fois par jour ou plus	39	1,7
Non répondant	49	2,2
Consommation de soda		
Jamais ou presque	1055	46,8
Moins d'une fois par semaine	410	18,2
Une fois par semaine	249	11,0
2 à 3 fois par semaine	238	10,5
4 à 6 fois par semaine	123	5,5
Une fois par jour ou plus	125	5,5
Non répondant	56	2,5
Consommation de soda light/zéro		
Jamais ou presque	1595	70,7
Moins d'une fois par semaine	192	8,5
Une fois par semaine	125	5,5
2 à 3 fois par semaine	120	5,3
4 à 6 fois par semaine	87	3,9
Une fois par jour ou plus	89	3,9
Non répondant	48	2,1
Consommation de boissons énergétiques		
Jamais ou presque	2024	89,7
Moins d'une fois par semaine	102	4,5
Une fois par semaine	46	2,0
2 à 3 fois par semaine	25	1,1
4 à 6 fois par semaine	13	0,6
Une fois par jour ou plus	7	0,3
Non répondant	39	1,7
Consommation quotidienne de sucre		
Jamais ou rarement	1114	49,4
1 ou 2	555	24,6
3 ou 4	365	16,2
5 ou plus	199	8,8
Non répondant	23	1,0
Mange très salé ou resale les plats		
Oui	609	27,0
Non	1619	71,8
Non répondant	28	1,2

	Mixtes (n=2256)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Sommeil	
Heures de sommeil par nuit		
Moins de 7 heures	1529	67,8
Entre 7 et 9 heures	588	26,1
Plus de 9 heures	97	4,3
Non répondant	42	1,9
Difficultés d'endormissement (nombre de nuit par mois)		
Jamais	663	29,4
1 à 3 jours	637	28,2
4 à 7 jours	321	14,2
8 à 14 jours	225	10,0
15 à 21 jours	160	7,1
22 à 31 jours	218	9,7
Non répondant	32	1,4
Réveils multiples (nombre de nuit par mois)		
Jamais	604	26,8
1 à 3 jours	622	27,6
4 à 7 jours	281	12,5
8 à 14 jours	229	10,2
15 à 21 jours	188	8,3
22 à 31 jours	294	13,0
Non répondant	38	1,7
Réveil trop tôt sans rendormissement (nombre de nuit par mois)		
Jamais	970	43,0
1 à 3 jours	584	25,9
4 à 7 jours	241	10,7
8 à 14 jours	146	6,5
15 à 21 jours	141	6,3
22 à 31 jours	138	6,1
Non répondant	36	1,6
Réveil fatigué (nombre de nuit par mois)		
Jamais	530	23,5
1 à 3 jours	567	25,1
4 à 7 jours	350	15,5
8 à 14 jours	298	13,2
15 à 21 jours	238	10,5
22 à 31 jours	229	10,2
Non répondant	44	2,0

	Mixtes (n=2256)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Vie sexuelle	
A déjà eu des rapports sexuels		
Oui	2185	96,9
Non	17	0,8
Ne souhaite pas répondre	38	1,7
Non répondant	16	0,7
Si oui, utilisation de préservatif lors de la relation actuelle		
Oui	666	30,5
Non	1141	52,2
Pas de relation actuelle	245	11,2
Ne souhaite pas répondre	41	1,9
Non répondant	92	4,2
Test VIH réalisé		
Oui	1629	72,2
Non	538	23,8
Ne souhaite pas répondre	21	0,9
Non répondant	68	3,0
	Cannabis	
A déjà consommé du cannabis		
Oui	1617	71,7
Non	565	25,0
Ne souhaite pas répondre	34	1,5
Non répondant	40	1,8
Si oui, a consommé dans les 12 derniers mois		
Oui	679	42,0
Non	932	57,6
Non répondant	6	0,4
Si oui, a consommé dans les 30 derniers jours		
Oui	453	28,0
Non	1143	70,7
Non répondant	21	1,3

	Mixtes (n=2256)	
	Nombre de sujet	Pourcentage de sujet
	Alcool	
A déjà consommé de l'alcool		
Oui	2227	98,7
Non	26	1,2
Non répondant	3	0,1
Si oui, fréquence de consommation		
1 à plusieurs fois par semaine	1518	68,2
2 à 3 fois par mois	336	15,1
1 fois par mois ou moins	241	10,8
Jamais	90	4,0
Non répondant	42	1,9
Si oui, inquiétude de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool		
Oui	346	15,5
Non	1744	78,3
Non répondant	137	6,2
	Prévention des femmes (frottis, mammographie)	
A déjà fait un frottis de dépistage		
Nombre de femmes concernées	940	
Oui	839	89,3
Non	47	5,0
Non répondante	54	5,7
A déjà fait une mammographie de dépistage		
Nombre de femmes concernées	290	
Oui	273	94,1
Non	1	0,3
Non répondante	16	5,5

Bibliographie

1. Song Y, Zhao L, Palipudi KM, Asma S, Morton J, Talley B, et al. Tracking MPOWER in 14 countries: results from the Global Adult Tobacco Survey, 2008–2010. *Glob Health Promot.* 2016;23(2_suppl):24–37.
2. Campagna D, Amaradio MD, Sands MF, Polosa R. Respiratory infections and pneumonia: potential benefits of switching from smoking to vaping. *Pneumonia* [Internet]. déc 2016 [cité 13 févr 2018];8(1). Disponible sur: <http://pneumonia.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41479-016-0001-2>
3. World Health Organization, éditeur. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. 62 p.
4. Organisation mondiale de la santé. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies.* 2017.
5. Warner KE. *An endgame for tobacco?* BMJ Publishing Group Ltd; 2013.
6. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control.* Geneva: World Health Organization; 2005.
7. World Health Organization, Research for International Tobacco Control, éditeurs. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package.* Geneva: World Health Organization; 2008. 329 p.
8. Espacenet - Document original [Internet]. [cité 1 janv 2018]. Disponible sur: https://worldwide.espacenet.com/publicationDetails/originalDocument?CC=US&NR=3200819A&KC=A&FT=D&ND=&date=19650817&DB=&locale=fr_EP#
9. Government of Canada IC. *Canadian Patent Database / Base de données sur les brevets canadiens* [Internet]. 2015 [cité 1 janv 2018]. Disponible sur: <http://brevets-patents.ic.gc.ca/opic-cipo/cpd/eng/patent/2518174/summary.html>
10. Histoire de la cigarette électronique [Internet]. *Nouvelle Vape.* [cité 1 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.nouvellevape.com/content/19-histoire-de-la-cigarette-electronique>
11. Premiers résultats tabac et e-cigarette - Caractéristiques et évolutions récentes - Résultats du Baromètre santé Inpes 2014. :10.
12. Gucht DV, Adriaens K, Baeyens F. Online Vape Shop Customers Who Use E-Cigarettes Report Abstinence from Smoking and Improved Quality of Life, But a Substantial Minority Still Have Vaping-Related Health Concerns. *Int J Environ Res Public Health.* 17 juill 2017;14(7):798.
13. Pokhrel P, Herzog TA, Muranaka N, Fagan P. Young adult e-cigarette users' reasons for liking and not liking e-cigarettes: A qualitative study. *Psychol Health.* déc 2015;30(12):1450-69.

14. Baweja R, Curci KM, Yingst J, Veldheer S, Hrabovsky S, Wilson SJ, et al. Views of Experienced Electronic Cigarette Users. *Addict Res Theory*. 2016;24(1):80-8.
15. Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE [Internet]. 127, 32014L0040 avr 29, 2014. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/dir/2014/40/oj/fra>
16. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 1 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180101>
17. FCTC_COP6_10Rev1-fr.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/147440/1/FCTC_COP6_10Rev1-fr.pdf
18. Commissioner O of the. Press Announcements - FDA announces comprehensive regulatory plan to shift trajectory of tobacco-related disease, death [Internet]. [cité 30 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm568923.htm>
19. Royal College of Physicians (London), Tobacco Advisory Group. Nicotine without smoke: tobacco harm reduction : a report. London: Royal College of Physicians; 2016.
20. McNeill A, Brose LS, Calder R, Hitchman SC, Hajek P, McRobbie H. E-cigarettes: an evidence update. *Public Health Engl*. 2015;3.
21. HCSP. Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541>
22. Anpaa-CP_Vapotage_15112017.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: http://www.addictologie.org/dist/telecharges/Anpaa-CP_Vapotage_15112017.pdf
23. Adriaens K, Van Gucht D, Declerck P, Baeyens F. Effectiveness of the Electronic Cigarette: An Eight-Week Flemish Study with Six-Month Follow-up on Smoking Reduction, Craving and Experienced Benefits and Complaints. *Int J Environ Res Public Health*. nov 2014;11(11):11220-48.
24. Polosa R, Caponnetto P, Morjaria JB, Papale G, Campagna D, Russo C. Effect of an electronic nicotine delivery device (e-Cigarette) on smoking reduction and cessation: a prospective 6-month pilot study. *BMC Public Health*. 11 oct 2011;11:786.
25. Caponnetto P, Campagna D, Cibella F, Morjaria JB, Caruso M, Russo C, et al. Efficiency and Safety of an eElectronic cigAreTte (ECLAT) as Tobacco Cigarettes Substitute: A Prospective 12-Month Randomized Control Design Study. *Le Foll B*, éditeur. *PLoS ONE*. 24 juin 2013;8(6):e66317.

26. Farsalinos KE, Romagna G, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Voudris V. Characteristics, Perceived Side Effects and Benefits of Electronic Cigarette Use: A Worldwide Survey of More than 19,000 Consumers. *Int J Environ Res Public Health*. avr 2014;11(4):4356-73.
27. Weier M. Moving beyond vaping as a cessation-only practice. *Addiction*. mars 2018;113(3):406-7.
28. Jankowski M, Brożek G, Lawson J, Skoczyński S, Zejda J. E-smoking: Emerging public health problem? *Int J Occup Med Environ Health* [Internet]. 10 mars 2017 [cité 30 déc 2017]; Disponible sur: <http://www.journalsssystem.com/ijomeh/E-smoking-emerging-public-health-problem-,67520,0,2.html>
29. Cervellati F, Muresan X, Sticozzi C, Gambari R, Montagner G, Forman H, et al. Comparative effects between electronic and cigarette smoke in human keratinocytes and epithelial lung cells. *Toxicol Vitro Int J Publ Assoc BIBRA*. août 2014;28(5):999-1005.
30. Azzopardi D, Patel K, Jaunky T, Santopietro S, Camacho OM, McAughey J, et al. Electronic cigarette aerosol induces significantly less cytotoxicity than tobacco smoke. *Toxicol Mech Methods*. 23 juill 2016;26(6):477-91.
31. Sassano MF, Davis ES, Keating JE, Zorn BT, Kochar TK, Wolfgang MC, et al. Evaluation of e-liquid toxicity using an open-source high-throughput screening assay. *Khosla C, éditeur. PLOS Biol*. 27 mars 2018;16(3):e2003904.
32. Zins M, Goldberg M, Berkman L. La cohorte CONSTANCES: une infrastructure pour la recherche et la santé publique. *Bull Épidémiol Hebd*. 2016;35–36.
33. CIG.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.constances.fr/assets/pdf/CIG.pdf>
34. Andler R, Guignard R, Wilquin J-L, Beck F, Nguyen-Thanh V. L'usage de la cigarette électronique en France en 2014. *Évolutions*. 2015;
35. Lermenier A, Palle C. Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique. *Prévalence Comport Achat Usage Motiv Util Cigar Électronique St-Denis OFDT*. 2014;
36. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard J, Nguyen-Thanh V. Tabac et e-cigarette en France: niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Épidémiologique Hebd BEH*. 2017;214-22.
37. Wu L, Sun S, He Y, Zeng J. Effect of Smoking Reduction Therapy on Smoking Cessation for Smokers without an Intention to Quit: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*. sept 2015;12(9):10235-53.
38. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 14 nov 2012 [cité 23 nov 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000146.pub4>

39. substituts-nicotiniques_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3933/document/substituts-nicotiniques_assurance-maladie.pdf
40. CHAMPIX (tartrate de varénicline) Mode D'action Et Pharmacologie Clinique | Information Médicale Pfizer - Canada [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.pfizermedicalinformation.ca/fr-ca/champix/mode-daction-et-pharmacologie-clinique#>
41. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Can Med Assoc J*. 6 sept 2011;183(12):1359-66.
42. CT-14982_CHAMPIX_PIC_INS_Avis3_CT14982.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14982_CHAMPIX_PIC_INS_Avis3_CT14982.pdf
43. Huecker MR, Saadabadi A. Bupropion. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2017 [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470212/>
44. Recommandation de bonne pratique. LES STRATEGIES THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES ET NON-MEDICAMENTEUSES DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAC. AFSSAPS. mai 2003;
45. Mishra S. Are e-cigarettes beneficial for public health: Hume's guillotine—The debate continues? Elsevier; 2017.
46. Chen J, Bullen C, Dirks K. A Comparative Health Risk Assessment of Electronic Cigarettes and Conventional Cigarettes. *Int J Environ Res Public Health*. 5 avr 2017;14(4):382.
47. Czogala J, Goniewicz ML, Fidelus B, Zielinska-Danch W, Travers MJ, Sobczak A. Secondhand Exposure to Vapors From Electronic Cigarettes. *Nicotine Tob Res*. juin 2014;16(6):655-62.
48. Bush D, Goniewicz ML. A pilot study on nicotine residues in houses of electronic cigarette (e-cigarette) users, tobacco smokers, and non-users of nicotine-containing products. *Int J Drug Policy*. juin 2015;26(6):609-11.
49. Slim S, Cozzolino D. Modalités d'usage et d'encadrement médical de la cigarette électronique au sein d'une population adulte francilienne. [Paris]: Paris VII; 2018.
50. Levy DT, Borland R, Lindblom EN, Goniewicz ML, Meza R, Holford TR, et al. Potential deaths averted in USA by replacing cigarettes with e-cigarettes. *Tob Control*. janv 2018;27(1):18-25.
51. Manzoli L, Flacco ME, Ferrante M, La Vecchia C, Siliquini R, Ricciardi W, et al. Cohort study of electronic cigarette use: effectiveness and safety at 24 months. *Tob Control*. mai 2017;26(3):284-92.

52. Brose LS, Hitchman SC, Brown J, West R, McNeill A. Is the use of electronic cigarettes while smoking associated with smoking cessation attempts, cessation and reduced cigarette consumption? A survey with a 1-year follow-up. *Addict Abingdon Engl.* juill 2015;110(7):1160-8.
53. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *The Lancet.* 16 nov 2013;382(9905):1629-37.
54. Aubin H-J, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ.* 10 juill 2012;345(jul10 2):e4439-e4439.
55. Farsalinos KE, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Savvopoulou M, Voudris V. Acute effects of using an electronic nicotine-delivery device (electronic cigarette) on myocardial function: comparison with the effects of regular cigarettes. *BMC Cardiovasc Disord.* 23 juin 2014;14:78.
56. Boulay M-È, Henry C, Bossé Y, Boulet L-P, Morissette MC. Acute effects of nicotine-free and flavour-free electronic cigarette use on lung functions in healthy and asthmatic individuals. *Respir Res [Internet].* déc 2017 [cité 19 janv 2018];18(1). Disponible sur: <http://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12931-017-0518-9>
57. Polosa R, Morjaria J, Caponnetto P, Battaglia E, Russo C, Ciampi C, et al. Blood Pressure Control in Smokers with Arterial Hypertension Who Switched to Electronic Cigarettes. *Int J Environ Res Public Health.* 11 nov 2016;13(11):1123.
58. Farsalinos K, Cibella F, Caponnetto P, Campagna D, Morjaria JB, Battaglia E, et al. Effect of continuous smoking reduction and abstinence on blood pressure and heart rate in smokers switching to electronic cigarettes. *Intern Emerg Med.* 2016;11:85-94.
59. Polosa R, Morjaria JB, Caponnetto P, Prosperini U, Russo C, Pennisi A, et al. Evidence for harm reduction in COPD smokers who switch to electronic cigarettes. *Respir Res [Internet].* déc 2016 [cité 19 janv 2018];17(1). Disponible sur: <http://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12931-016-0481-x>
60. Morjaria J, Mondati E, Polosa R. E-cigarettes in patients with COPD: current perspectives. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 1 nov 2017;12:3203-10.
61. Polosa R, Morjaria J, Caponnetto P, Caruso M, Strano S, Battaglia E, et al. Effect of Smoking Abstinence and Reduction in Asthmatic Smokers Switching to Electronic Cigarettes: Evidence for Harm Reversal. *Int J Environ Res Public Health.* mai 2014;11(5):4965-77.
62. *Global-action-plan-on-PA-DRAFT-2-Dec-2017.pdf [Internet].* [cité 27 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/ncds/governance/Global-action-plan-on-PA-DRAFT-2-Dec-2017.pdf?ua=1>
63. *Global recommendations on physical activity for health.* Genève: WHO; 2010.

64. Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 6 déc 2012;345(dec06 1):e7666-e7666.
65. Calenzani G, Santos FF dos, Wittmer VL, Freitas GKF, Paro FM. Prevalence of musculoskeletal symptoms in obese patients candidates for bariatric surgery and its impact on health related quality of life. *Arch Endocrinol Metab*. 13 févr 2017;61(4):319-25.
66. Karlsson T, Rosendahl-Riise H, Dierkes J, Drevon CA, Tell GS, Nygård O. Associations between fish intake and the metabolic syndrome and its components among middle-aged men and women: the Hordaland Health Study. *Food Nutr Res*. janv 2017;61(1):1347479.
67. Deshpande G, Mapanga RF, Essop MF. Frequent Sugar-Sweetened Beverage Consumption and the Onset of Cardiometabolic Diseases: Cause for Concern? *J Endocr Soc*. 2 nov 2017;1(11):1372-85.
68. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE, et al. Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes. *N Engl J Med*. 14 août 2014;371(7):624-34.
69. Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res*. juin 2009;18(2):148-58.
70. Hublin C, Partinen M, Koskenvuo M, Kaprio J. Sleep and mortality: a population-based 22-year follow-up study. *Sleep*. 2007;30(10):1245–1253.
71. Heslop P, Smith GD, Metcalfe C, Macleod J, Hart C. Sleep duration and mortality: the effect of short or long sleep duration on cardiovascular and all-cause mortality in working men and women. *Sleep Med*. juill 2002;3(4):305-14.
72. Aquatias S, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Cannabis: quels effets sur le comportement et la santé? Paris: INSERM; 2001.
73. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff A-S. Le cancer du col de l'utérus: état des connaissances en 2014. *Coord Sci Coord*. 2014;220.
74. Lastier D, Salines E, Rogel A. Programme de dépistage du cancer du sein en France : Résultats 20052006. :29.
75. plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf [Internet]. [cité 16 avr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>
76. Confidentialité | L'espace scientifique | Cohorte Constances [Internet]. [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.constances.fr/espace-scientifique/confidentialite.php>
77. Conditions générales d'utilisation [Internet]. pvalue.io. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.pvalue.io/cgu/>
78. Friedman GD, Tekawa I, Klatsky AL, Sidney S, Armstrong MA. Alcohol drinking and cigarette smoking: an exploration of the association in middle-aged men and women. *Drug Alcohol Depend*. mai 1991;27(3):283-90.

79. DiFranza JR, Guerrera MP. Alcoholism and smoking. *J Stud Alcohol*. mars 1990;51(2):130-5.
80. Amos A, Wiltshire S, Bostock Y, Haw S, McNeill A. 'You can't go without a fag...you need it for your hash'--a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people. *Addict Abingdon Engl*. janv 2004;99(1):77-81.
81. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique: état des lieux. Saint Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2016.
82. Dautzenberg B, Berlin I, Tanguy M-L, Rieu N, Birkui P. Factors associated with experimentation of electronic cigarettes among Parisian teenagers in 2013. *Tob Induc Dis* [Internet]. déc 2015 [cité 16 nov 2018];13(1). Disponible sur: <http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Issue-December-2015,2092>
83. Dunbar MS, Tucker JS, Ewing BA, Pedersen ER, Miles JNV, Shih RA, et al. Frequency of E-cigarette Use, Health Status, and Risk and Protective Health Behaviors in Adolescents: *J Addict Med*. 2017;11(1):55-62.
84. Holm M, Schiöler L, Andersson E, Forsberg B, Gislason T, Janson C, et al. Predictors of smoking cessation: A longitudinal study in a large cohort of smokers. *Respir Med*. nov 2017;132:164-9.
85. Pokhrel P, Herzog TA. Reasons for quitting cigarette smoking and electronic cigarette use for cessation help. *Psychol Addict Behav*. 2015;29(1):114-21.
86. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). *Tabac: comprendre la dépendance pour agir*. Paris: INSERM; 2004.
87. Benowitz NL, Burbank AD. Cardiovascular Toxicity of Nicotine: Implications for Electronic Cigarette Use. *Trends Cardiovasc Med*. août 2016;26(6):515-23.
88. Roberts W, Moore KE, Peltier MR, Verplaetse TL, Oberleitner L, Hacker R, et al. Electronic Cigarette Use and Risk of Harmful Alcohol Consumption in the U.S. Population. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 4 oct 2018 [cité 16 nov 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/acer.13889>
89. Giroud C, de Cesare M, Berthet A, Varlet V, Concha-Lozano N, Favrat B. E-Cigarettes: A Review of New Trends in Cannabis Use. *Int J Environ Res Public Health*. 21 août 2015;12(8):9988-10008.
90. Enquête exclusive sur les consommateurs de CBD (e-liquide, huile...) - e-liquide cbd [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://e-liquide-cbd.info/enquete-consommateur-cbd.html>
91. BAILLY G. Importante saisie de Buddha Blues, la drogue e-liquide [Internet]. *Vaping Post*. 2017 [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: <https://fr.vapingpost.com/importante-saisie-de-buddha-blues-la-droque-e-liquide/>
92. Office Français de prévention du Tabagisme. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette [Internet]. France: Office Français de prévention du Tabagisme; 2013 mai. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000328.pdf>

93. Alliance contre le tabac. Avis 2017 sur les dispositifs électroniques de vapotage (cigarettes électroniques) [Internet]. 2017 [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: <https://static1.squarespace.com/static/596743e64c8b03c8de5120de/t/5a674b4b53450a2008b0ab7c/1516718930491/AVIS+2017+-+CIGARETTES+ELECTRONIQUES+-+v03+WEB.pdf>
94. Fontaine A, Artigas F. Étude qualitative auprès des utilisateurs de cigarette électronique : pratiques, usages, représentations. Santé Publique. 2017;29(6):793.
95. le-tabac-en-france-maj-2015.pdf [Internet]. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.gustaveroussy.fr/sites/default/files/le-tabac-en-france-maj-2015.pdf>
96. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2017. :11.

Résumé

Introduction : Plusieurs études et enquêtes ont été publiées depuis l'apparition de la cigarette électronique afin de fournir des preuves scientifiques sur les bénéfices et la toxicité du dispositif. Elles concluent toutes à la nécessité de poursuivre la recherche. Les vapoteurs ayant une attitude de prévention vis-à-vis du tabac, prennent-ils d'autres mesures de prévention individuelle de santé?

Méthode : Nous avons utilisé pour cette étude descriptive quantitative transversale la cohorte en population CONSTANCES. Nous avons comparé les modes de vie de vapoteurs exclusifs et de consommateurs mixtes à une population de fumeur. L'objectif est d'évaluer le lien entre utiliser la cigarette électronique et avoir une attitude de prévention de santé vis-à-vis d'autres sujets que le tabac.

Résultats : Dans notre population, la prévalence du vapotage est de 4.2% et celle du tabagisme actif est de 18.5%. Les vapoteurs ont une attitude de prévention de santé par rapport aux fumeurs sur 5 variables contre 4 ($p=1$). Les consommateurs mixtes ont une attitude de prévention de santé par rapport aux fumeurs sur 2 variables contre 11 ($p<0.011$).

Discussion : Nos résultats ne montrent pas de lien entre utiliser la cigarette électronique et prendre d'autres mesures de prévention individuelle de santé. La principale motivation exprimée par les vapoteurs est de trouver un mode de consommation de nicotine moins nocif pour la santé. Du fait de l'absence de discours consensuel des autorités médicales et le matraquage marketing des professionnels du secteur, les vapoteurs se tournent vers les forums d'utilisateurs pour répondre à leurs interrogations et rejettent les conseils de leur médecin lorsque ce dernier ne va pas dans leur sens vis-à-vis du produit.

Conclusion : les organismes de santé publique doivent adopter une position claire et unanime sur le sujet. Il faut rapprocher l'utilisateur de son médecin, lever l'ambiguïté secondaire au statut de produit de consommation courante et conférer aux liquides contenant de la nicotine le statut de produit du tabac.

Mots clefs : Vapotage, Addiction, Mode de vie, Exercice physique, Alimentation et nutrition, Prévention primaire

Abstract

Introduction: Many studies and surveys have been published in order to provide scientific evidences about benefits and toxicity of electronic cigarette. They all conclude about the need to continue the research. Since vapers have an attitude of health prevention regarding their tobacco consumption, do they enforce others measures of health prevention?

Method: We did a transversal quantitative study using the french cohort CONSTANCES. We compared the lifestyle of a population composed of vapers and a population composed of dual users to a population of smokers to evaluate the link between using electronic cigarette and having a health prevention attitude about others topics than tobacco.

Results: The prevalence of vaping and smoking were respectively 4.2% and 18.5% in our studied population. Vapers have a health preventive attitude regarding 5 items compared to smokers when smokers have a health preventive attitude regarding 4 items compared to vapers ($p=1$). Dual users have a health preventive attitude regarding 2 items compared to smokers when smokers have a health preventive attitude regarding 11 items compared to dual users ($p=0.011$).

Discussion: Our results did not show any link between using electronic cigarette and having a health prevention attitude about others topics. The main motivation for vaping expressed by users is to find a harmless way for nicotine consumption compared to tobacco. Due to the lack of consensual message from medical authorities and the marketing hype of the industry and the vendors, vapers look mainly to users forums on the web to answer their questions and reject their physician's advices when he does not follow their thoughts about electronic cigarette.

Conclusion: Medical Authorities must adopt a clear and consensual position about this product. There is a need to conciliate users with their physician and classify the liquids with nicotine as a tobacco product.

Key words: Vaping, Behavior, Addictive, Life Style, Exercise, Diet, Nutrition, Primary Prevention

Résumé

Introduction : Plusieurs études et enquêtes ont été publiées depuis l'apparition de la cigarette électronique afin de fournir des preuves scientifiques sur les bénéfices et la toxicité du dispositif. Elles concluent toutes à la nécessité de poursuivre la recherche. Les vapoteurs ayant une attitude de prévention vis-à-vis du tabac, prennent-ils d'autres mesures de prévention individuelle de santé?

Méthode : Nous avons utilisé pour cette étude descriptive quantitative transversale la cohorte en population CONSTANCES. Nous avons comparé les modes de vie de vapoteurs exclusifs et de consommateurs mixtes à une population de fumeur. L'objectif est d'évaluer le lien entre utiliser la cigarette électronique et avoir une attitude de prévention de santé vis-à-vis d'autres sujets que le tabac.

Résultats : Dans notre population, la prévalence du vapotage est de 4.2% et celle du tabagisme actif est de 18.5%. Les vapoteurs ont une attitude de prévention de santé par rapport aux fumeurs sur 5 variables contre 4 ($p=1$). Les consommateurs mixtes ont une attitude de prévention de santé par rapport aux fumeurs sur 2 variables contre 11 ($p<0.011$).

Discussion : Nos résultats ne montrent pas de lien entre utiliser la cigarette électronique et prendre d'autres mesures de prévention individuelle de santé. La principale motivation exprimée par les vapoteurs est de trouver un mode de consommation de nicotine moins nocif pour la santé. Du fait de l'absence de discours consensuel des autorités médicales et le matraquage marketing des professionnels du secteur, les vapoteurs se tournent vers les forums d'utilisateurs pour répondre à leurs interrogations et rejettent les conseils de leur médecin lorsque ce dernier ne va pas dans leur sens vis-à-vis du produit.

Conclusion : Les organismes de santé publique doivent adopter une position claire et unanime sur le sujet. Il faut rapprocher l'utilisateur de son médecin, lever l'ambiguïté secondaire au statut de produit de consommation courante et conférer aux liquides contenant de la nicotine le statut de produit du tabac.

Mots clefs : Vapotage, Addiction, Mode de vie, Exercice physique, Alimentation et nutrition, Prévention primaire

Discipline : Médecine générale

UFR : UFR des sciences de la santé Simone Veil