

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 122

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Domitille CABELGUEN
Née 23 septembre 1988 à Ploemeur

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2016

**Prévention du tabagisme chez l'adolescent en consultation de médecine générale :
Enquête auprès de 819 lycéens de Loire-Atlantique et du Morbihan.**

Président de jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Madame le Docteur Brigitte TREGOUET

Membres du jury :

Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Monsieur le Docteur Jean-Michel NGUYEN

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Rémy Senand,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Merci pour votre dévouement à transmettre la médecine générale auprès des étudiants.

A Madame la Professeur Marie Grall-Bronnec et Monsieur le Docteur Jean-Michel Nguyen,
Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Brigitte Tregouët,
Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. Merci pour votre disponibilité et vos conseils tout au long de ce travail.

A Madame Christine Pain,
Merci pour ton initiation aux bases statistiques et ta disponibilité.

Aux 819 lycéens ainsi que leurs infirmières scolaires, CPE et proviseurs,
Merci d'avoir accepté de participer à cette étude et m'avoir permis de faire ce travail qui me tenait à cœur.

A l'équipe de gynécologie de Challans, les secrétaires, le Docteur Linet, le Docteur Picaud,
Une grande reconnaissance pour cet accueil lors de mes premiers pas d'interne. Je garde en souvenir votre grande gentillesse et votre disponibilité.

Aux Docteurs Bourdet, Bourdrel, Lebreton, Vernageau ainsi que leurs associés,
Merci de m'avoir ouvert vos cabinets pour mes stages en médecine générale et mes premiers remplacements. Merci de m'avoir transmis votre passion pour la médecine générale, j'en suis très reconnaissante.

A ma famille, mes grands-parents,
Merci pour vos encouragements tout au long de mon cursus et tous ces beaux moments passés en famille.

A mes parents,
Merci de m'avoir soutenu dans toutes les étapes de mon cursus professionnel pour me permettre d'exercer aujourd'hui ce si beau métier. Une grande reconnaissance du temps que vous nous avez accordé le week-end pour nos loisirs. Merci du fond du cœur.

A ma sœur et Thibault, pour tous ces si bons moments passés ensemble et à venir. Merci pour vos conseils et remarques tout au long de ce travail.

A ma belle-famille, pour votre accueil et votre soutien dans cette nouvelle étape de notre vie.

A Marie et Pierre-Maxime,

Je garde en souvenir ces merveilleux moments brestois qui ont illuminé notre externat. En espérant pouvoir revivre ça dans notre nouvelle région.

A mes amis Nantais et co-internes, pour les moments partagés au cours de ces 3 années d'internat.

A l'équipe hennebontaise,

Notre amitié, notre passion partagée, ces grands moments passés tous ensemble m'ont permis de garder le cap durant ces 9 années d'études. Merci de m'avoir changé les idées en période d'examens, de m'avoir soutenu dans les moments un peu plus durs. Je n'oublierai jamais ces franches rigolades, en espérant qu'il nous reste encore de si belles choses à partager.

A Guillaume, pour tout l'amour et le bonheur que tu m'apportes au quotidien.

ABREVIATIONS

OMS : Organisation mondiale de la santé

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

CCLAT : Convention cadre pour la lutte anti-tabac

CMU : Couverture maladie universelle

ALD : Affection de longue durée

HBSC : Health behaviour in school-aged children

ESPAD : European school survey on alcohol and others drugs

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

HAS : Haute autorité de santé

IMC : Indice de masse corporelle

CSP : Catégorie socio-professionnelle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

WHO : World health organization

ORS : Observatoire régional de la santé

COROMA : Collège Romand de médecine de l'addiction

Table des matières

I	INTRODUCTION.....	- 8 -
I.1	Préambule	- 8 -
I.2	Contexte.....	- 10 -
I.2.1	Le tabagisme en France	- 10 -
I.2.2	Un enjeu de santé publique.....	- 15 -
I.2.3	L'adolescent et le tabac	- 19 -
I.2.4	Le rôle du médecin généraliste dans la lutte contre le tabagisme	- 23 -
I.3	Problématiques et objectifs de l'étude.....	- 25 -
I.3.1	Problématiques.....	- 25 -
I.3.2	Objectifs.....	- 25 -
II	MATERIELS ET METHODES.....	- 26 -
II.1	Présentation de l'étude.....	- 26 -
II.1.1	Type d'étude	- 26 -
II.1.2	Durée de l'étude	- 26 -
II.2	Population et recrutement	- 26 -
II.2.1	Lieux de recrutement.....	- 26 -
II.2.2	Population étudiée	- 27 -
II.2.3	Critères d'inclusion et d'exclusion	- 27 -
II.2.4	Recueil de données.....	- 27 -
II.3	Analyse des données.....	- 28 -
II.3.1	Données recueillies.....	- 28 -
II.3.2	Saisie des données et analyse statistique.....	- 29 -
III	RESULTATS	- 30 -
III.1	Participation à l'étude.....	- 30 -

III.2	Données démographiques de la population étudiée.....	- 31 -
III.2.1	Le sexe	- 31 -
III.2.2	L'âge.....	- 31 -
III.2.3	La filière scolaire	- 32 -
III.3	Evaluation du tabagisme des lycéens de notre étude	- 33 -
III.3.1	Prévalence globale.....	- 33 -
III.3.2	Quantité de tabac fumé.....	- 34 -
III.3.3	La dépendance au tabac	- 34 -
III.4	Profil des jeunes fumeurs	- 37 -
III.4.1	Comparaison selon le sexe	- 37 -
III.4.2	Comparaison selon l'âge.....	- 38 -
III.4.3	Comparaison selon l'indice de masse corporelle.....	- 39 -
III.4.4	Comparaison selon l'activité physique	- 40 -
III.4.5	Comparaison selon le niveau et l'orientation scolaire.....	- 42 -
III.4.6	Comparaison selon l'entourage de l'adolescent.....	- 43 -
III.5	Le tabagisme et ses co-addictions.....	- 47 -
III.5.1	Consommation d'alcool	- 47 -
III.5.2	Consommation de cannabis.....	- 48 -
III.5.3	Poly-consommations	- 49 -
III.5.4	Consommation de cigarette électronique	- 49 -
III.6	Le médecin généraliste et le tabagisme de l'adolescent	- 51 -
III.6.1	Fréquence des consultations	- 51 -
III.6.2	Abord de la question du tabagisme en médecine générale	- 52 -
III.6.3	Rôle du médecin dans la prévention du tabagisme selon les adolescents	- 53 -
III.7	Répercussion de l'information reçue sur le sevrage tabagique	- 55 -
III.7.1	Répercussion sur la consommation de tabac	- 55 -

III.7.2	Aides au sevrage	- 56 -
III.7.3	Sources d'informations sur le tabac	- 57 -
IV	DISCUSSION	- 58 -
IV.1	Discussion autour de la méthodologie.....	- 59 -
IV.1.1	Le type d'étude	- 59 -
IV.1.2	Le mode de recrutement et le recueil de données.....	- 59 -
IV.1.3	La population étudiée	- 60 -
IV.2	Discussion autour des résultats	- 62 -
IV.2.1	Prévalence du tabagisme.....	- 62 -
IV.2.2	Déterminants du tabagisme chez l'adolescent.....	- 64 -
IV.2.3	Le rôle du médecin généraliste.....	- 70 -
V	CONCLUSION	- 73 -
VI	BIBLIOGRAPHIE	- 75 -
VII	ANNEXES	- 80 -

I Introduction

I.1 Préambule

« NUIT GRAVEMENT A VOTRE SANTE ».

Voilà ce que chaque fumeur a pu lire régulièrement sur son paquet de cigarettes depuis les années 1990.

Malgré tout, les chiffres restent alarmants : le tabac tue presque 6 millions de personnes chaque année dans le monde, dont 600.000 non-fumeurs exposés au tabagisme passif. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), ce chiffre pourrait dépasser les 8 millions de décès en 2030.(1)

En France, la prévalence du tabagisme apparaît de nouveau en augmentation dans les années 2005 à 2010 après un recul des consommations observé depuis les années 1975 ; La proportion de fumeurs quotidiens est passée de 26.9% à 28.7% en 5 ans.(2)

Malgré de nombreuses mesures collectives prises depuis une vingtaine d'années, le tabagisme ne cesse d'augmenter et en particulier chez les jeunes.

Plusieurs études spécifiquement menées chez l'adolescent sont retrouvées en parallèle d'études plus globales. Il est mis en évidence que l'expérimentation du tabac se fait en moyenne au collège vers l'âge de 13-14 ans. De plus, 90% des fumeurs actuels ont débuté leur consommation avant l'âge de 20 ans.(3)

Ces chiffres ont été bien compris par l'industrie du tabac : « *Les adolescents d'aujourd'hui sont les consommateurs réguliers potentiels de demain, et la très grande majorité des fumeurs commence à fumer à l'adolescence.* » (Myron E. Johnston, chercheur chez Philip Morris, 1981).(4)

Cette lutte contre le tabagisme est donc un enjeu majeur de santé publique, en particulier la prévention de l'initiation chez les adolescents.

Il est légitime, dans ce contexte, de se demander si une prise en charge personnalisée ne serait pas plus efficace en terme de prévention du tabagisme.

Peu d'études ont observé le colloque singulier médecin généraliste / adolescent concernant la prévention de l'initiation au tabagisme et ses conséquences du point de vue de l'adolescent.

Nous avons donc décidé de mener une enquête en lien direct avec cette population adolescente pour essayer de mettre en évidence à quelle fréquence est abordée la question du tabagisme, avec et selon eux, en consultation de médecine générale.

I.2 Contexte

I.2.1 Le tabagisme en France

Le tabagisme est la première cause de mort évitable en France, avec 73.000 décès chaque année lui étant imputé.(1)

En moyenne, 1 fumeur sur 2 meurt prématurément des causes de son tabagisme ; la moitié des décès se situe entre 35 et 69 ans.

Les complications liées au tabac sont nombreuses :

- Les cancers :

Un tiers de ces décès survient par cancer du poumon, soit environ 30.000 décès par an dont plus de 80% des cancers du poumon imputables au tabac.(5)

D'autres organes peuvent également être touchés comme la sphère oropharyngée, le pancréas, la vessie, les reins...

- Les maladies cardio-vasculaires
- Les pathologies respiratoires avec principalement la broncho-pneumopathie chronique obstructive

De nombreuses autres pathologies et effets indésirables y sont également associés : dermatologiques, gynécologiques, ophtalmologiques...

Pour analyser la consommation de tabac dans la population française, nous disposons de deux grands types de données :

Les données des ventes :

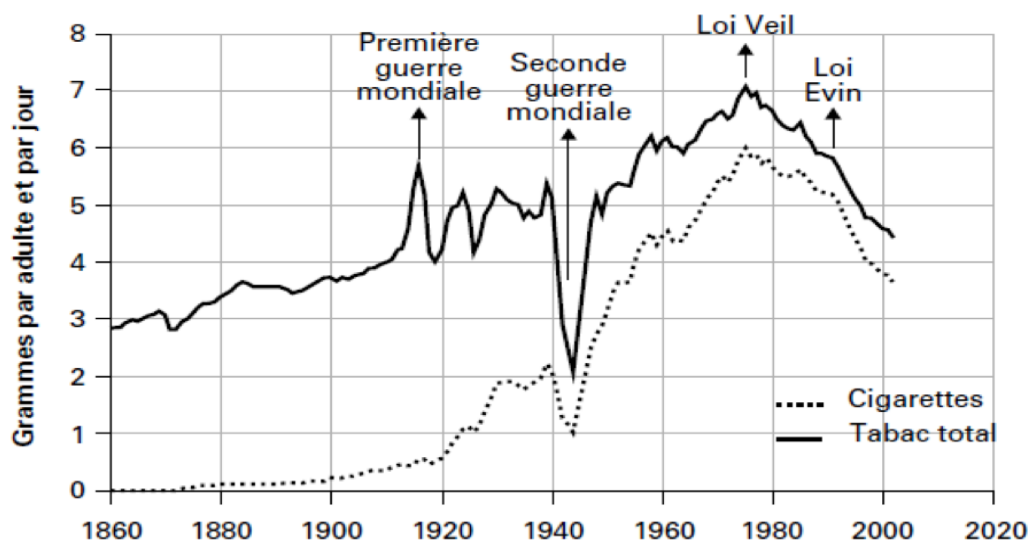
Chaque année, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) publie les chiffres des ventes de tabac en France chez les buralistes, via les données de la direction générale des douanes et des droits indirects.

En 2003, le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°22-23 a publié l'article de Hill et Laplanche sur les chiffres des ventes de cigarettes depuis 1960.(6) (*Graphique 1*)

Nous constatons que les ventes de cigarettes ont augmenté régulièrement entre 1950 et 1975 (consommation moyenne de 7.1 grammes de tabac par jour et par fumeur).

La consommation a ensuite décliné peu avant les années 1980 et les premières lois françaises de lutte contre le tabagisme (Loi Veil puis Loi Evin).

Graphique 1. Evolution des ventes de tabac et de cigarettes en grammes par adulte (15ans et plus) et par jour en France, entre 1860 et 2002.

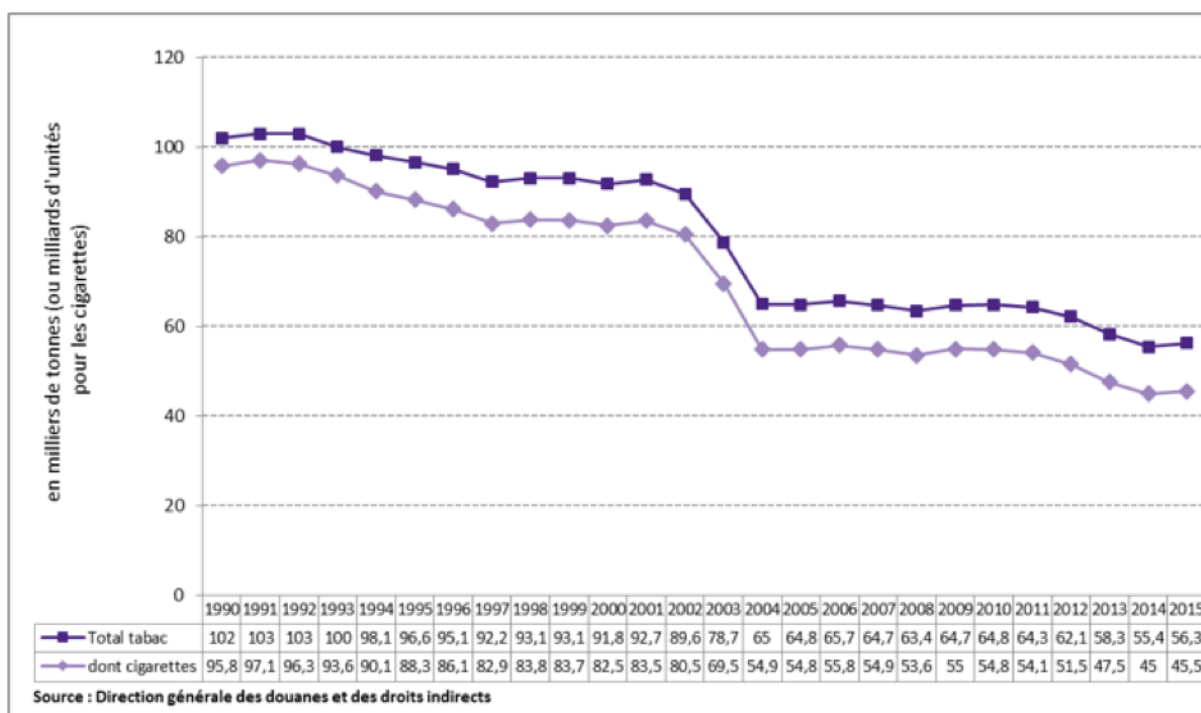


Source : Hill C, Laplanche A. Histoire de la consommation en France. Documentation Française 2003, à paraître [2]

Comme le montre le schéma ci-dessous, le niveau global des ventes de tabac est resté relativement stable de 2005 à 2010. A partir de 2011, les ventes de tabac en France métropolitaine ont établi un recul initialement modéré puis une baisse plus importante entre 2012 et 2014 (-12,5% pour les cigarettes).

L'année 2015, qui n'a pas donné lieu à une augmentation des prix, marque la fin de cette baisse de vente du tabac : pour la première fois depuis 2010, les ventes de tabac et de cigarettes progressent (+1,3% en moyenne). (Graphique 2)

Graphique 2. Evolution des ventes de tabac et de cigarettes en milliers de tonnes (milliers d'unités pour les cigarettes) en France, de 1990 à 2015.



Ces derniers chiffres sont beaucoup moins encourageants d'autant plus que probablement sous-estimés : en effet, jusqu'au début des années 2000, la vente de cigarettes était un bon indicateur de la consommation en France mais le développement d'un marché parallèle a biaisé l'estimation de la consommation réelle de tabac.

Les résultats des sondages :

Plusieurs organismes français se sont intéressés à la consommation de tabac dans la population française.

Les données des « baromètres santé » de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) sont intéressantes car réalisées à intervalles réguliers. Elles permettent donc d'avoir une idée de l'évolutivité des consommations.

Depuis la loi Veil en 1976 et surtout depuis la loi Evin en 1991, la prévalence du tabagisme observait une décroissance d'environ 5% dans les 10-15 années suivantes.(7)

Les résultats du baromètre santé 2010 étaient moins optimistes avec une nouvelle hausse de la consommation tabagique, notamment chez les adolescents et les femmes entre 2005 et 2010.(2) Le schéma ci-dessous rend compte de la prévalence de la consommation de tabac quotidienne par sexe et tranche d'âge. (Graphique 3)

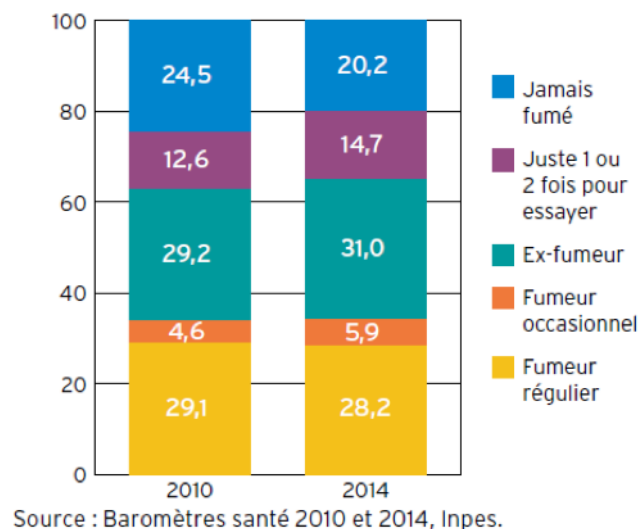
Graphique 3. Evolution de la consommation tabagique, par tranche d'âge et par sexe, de 2000 à 2011.



Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010 (INPES) pour les adultes ; ESCAPAD 2000 à 2011 (OFDT) pour les jeunes de 17 ans

Récemment publiées, les données du baromètre santé 2014 montrent une croissance plus modérée de la prévalence du tabagisme parmi les 15-75 ans (34,1% de fumeurs actuels contre 33.7% en 2010). (*Graphique 4*)

Graphique 4. Evolution du statut tabagique en France chez les 15-75 ans entre 2010 et 2014
(en pourcentage).



On remarque sur le *graphique 4* que le tabagisme régulier (ou quotidien) est lui en légère baisse (-0,9% entre 2010 et 2014 soit 28,2% actuellement), notamment grâce à une baisse plus marquée chez les femmes.(8) Cette relative stabilité de la prévalence du tabagisme (+0,4%) est due à l'augmentation parallèle du tabagisme occasionnel (+1,3%).

Cependant, même si ces chiffres récemment exposés sont moins alarmants que ceux de 2010, la lutte anti-tabac doit se poursuivre et notamment chez les adolescents chez qui cette consommation tabagique tend toujours à s'accroître.

I.2.2 Un enjeu de santé publique

A l'échelle mondiale :

Cette lutte contre le tabagisme s'organise à l'échelle mondiale par la Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT), premier traité négocié sous les auspices de l'OMS. Elle a été élaborée suite à la mondialisation de l'épidémie de tabagisme.

Adoptée en 2003 par l'Assemblée mondiale de la santé, elle est entrée en vigueur le 27 février 2005 et réaffirme le droit de tout peuple au niveau de santé le plus élevé possible.(9) Elle regroupe 168 états signataires (dont la France) ainsi que 12 autres n'ayant pas signé la convention à la date limite du 29 juin 2014.(10)

Les états signataires ont exprimé leur volonté de s'efforcer de bonne foi de la ratifier, de l'accepter ou de l'approuver et de s'abstenir d'agir de façon contraire aux objectifs retenus.

Cette CCLAT regroupe des mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac ainsi que des mesures autres (protection contre le tabagisme passif, réglementation sur l'étiquetage, la composition, la publicité...).

Elle comprend aussi des dispositions fondamentales visant à réduire l'offre (notamment le commerce illicite, la vente aux mineurs et par les mineurs...).(9)

Cette convention représente un jalon dans la promotion de santé publique et apporte une dimension juridique nouvelle à la coopération internationale mise en place.

L'OMS a également défini une journée mondiale sans tabac, qui a lieu chaque année le 31 mai depuis 1987.(11)

A l'échelle nationale :

Sur le plan national, les mesures collectives de lutte contre le tabagisme ont été mises en œuvre bien plus précocement que celles de l'OMS.

- 09 juillet 1976 : La Loi Veil est la première loi française de lutte contre le tabagisme. Elle annonce l'interdiction de publicité sur certains supports (TV, cinéma, radio, presse pour enfants...) et offre une protection nouvelle aux non-fumeurs en interdisant le tabac dans certains lieux affectés à un usage collectif. Elle impose également la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes.(12)
- 10 janvier 1991 : La Loi Evin est un pivot du dispositif légal de lutte contre le tabagisme et contre l'alcoolisme. Elle pose le principe d'une interdiction complète de toute publicité, promotion ou propagande en faveur du tabac. Elle généralise l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif et prévoit également une hausse de la fiscalité en lien avec le commerce tabagique.(13)
- 2003-2007 : Premier plan cancer à l'initiative du Président de la République Jacques Chirac.(14)
- 2003 : Interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans, qui sera consolidée en 2009 par l'interdiction à l'ensemble des mineurs de moins de 18 ans.
- 2003-2004 : Hausses successives des prix du tabac (+39%).
- 15 novembre 2006 : Un nouveau décret fixe les conditions d'applications de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (lieux fermés et couverts accueillant du public ou lieux de travail, établissements de santé, transports en commun, dans l'enceinte des écoles et lycées). Il entre en vigueur le 1^{er} février 2007 sauf pour les débits permanents de boissons à consommer sur place pour lesquels l'interdiction est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008.(15)

- 2006 : Le remboursement des substituts nicotiniques prescrits par un médecin ou une sage-femme devient effectif à hauteur de 50€ par an et par personne (adultes et mineurs de plus de 15 ans), majoré ensuite à 150€ par an pour les jeunes de 20 à 25 ans et les femmes enceintes.

Depuis le 1^{er} juillet 2015 les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c) et les patients en Affection Longue Durée (ALD) pour cancer peuvent également bénéficier de ce forfait.(16)

- 2009-2013 : Lancement du deuxième plan cancer.
- 15 avril 2010 : Un arrêté rend obligatoire des avertissements sanitaires plus visibles : sur la face antérieure du paquet doit figurer l'un des deux messages « fumer tue » ou « fumer nuit gravement à votre santé ou celle de votre entourage ». Sur le dos du paquet, une photo en couleur accompagnée d'une légende illustre les dangers du tabac et les coordonnées de Tabac Info Service y sont indiquées.(17)
- 2014-2019 : Lancement d'un troisième plan cancer impliquant un programme national de réduction du tabagisme en priorisant notamment la prévention de l'initiation des consommations chez les jeunes.(18)(19)
- 25 novembre 2015 : L'assemblée nationale adopte un texte prévoyant l'instauration du paquet de cigarettes neutre à partir de mai 2016. A partir du 1^{er} janvier 2017, seuls les paquets neutres pourront être vendu en France chez les buralistes.(20)

Cette lutte anti-tabac s'inscrit donc dans une politique de santé publique à l'échelle mondiale et nationale.

Néanmoins, malgré ces mesures collectives et après une diminution du tabagisme jusqu'en 2000, une nouvelle hausse des consommations est à déplorer dès 2005.

Cette majoration, qui tend à se stabiliser selon les dernières études publiées en 2014, n'est pas retrouvée chez les adolescents, avec une prévalence toujours en augmentation chez les 15-25 ans.

La prévention du tabagisme chez les adolescents est donc une lutte à mener en parallèle des mesures collectives déjà entreprises.

I.2.3 L'adolescent et le tabac

Des enquêtes en population adolescente ont été menées afin d'évaluer la spécificité de leurs comportements vis-à-vis du tabagisme :

- Health Behaviour in School aged Children (HBSC) : Enquête à l'échelle mondiale dont les derniers résultats sont parus en 2014. Elle est menée sous l'égide de l'OMS tous les 4 ans.

Elle a pour objectif d'appréhender la perception des élèves de 11 à 15 ans de leur santé et de leur vécu. Elle présente un volet « addiction », en rapport avec l'alcool, le tabac et le cannabis.

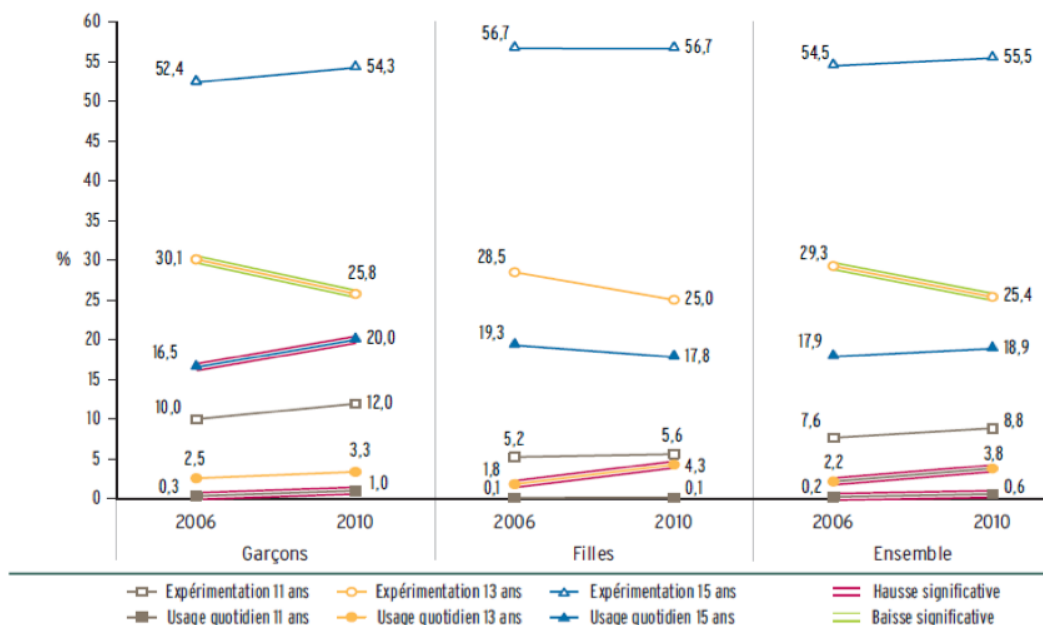
Elle met en évidence une initiation au tabagisme très fréquente au collège. Ainsi, 10.3% des élèves de 6^{ème} ont expérimenté le tabac et 49.1% l'ont fait à la fin du collège. Elle observe également un usage quotidien chez 5,6% des collégiens en classe de 4^{ème} et 12,3% en classe de 3^{ème}.(21)

On remarque donc bien que l'âge charnière d'entrée dans le tabagisme se trouve au milieu des années collège.

Comme nous avons pu le voir précédemment pour la population générale, les résultats de l'étude HBSC de 2010 ont également mis en lumière un recul du tabagisme observé jusqu'aux années 2005 puis une hausse du tabagisme chez les adolescents entre 2006 et 2010.(22)

Le *graphique 5* ci-dessous nous montre également une expérimentation du tabac qui semble se retarder, elle se trouve en baisse à 13 ans mais se majore à 15 ans.

Graphique 5. Evolution du tabagisme à 11, 13 et 15 ans entre 2006 et 2010 et selon le sexe
(en pourcentage).



Source : Enquête HBSC 2010

Les derniers résultats publiés montrent une initiation au tabac en léger recul (27,8% en 2014 contre 30,2% en 2010) et un tabagisme quotidien qui semble marquer le pas, notamment chez les jeunes filles de 4^{ème} (5,4% en 2014 contre 8,6% en 2010).

- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) : Enquête européenne réalisée tous les 4 ans permettant de mesurer et de comparer les consommations de substances psychoactives chez les adolescents de 16 ans scolarisés dans 36 pays en Europe.(23)

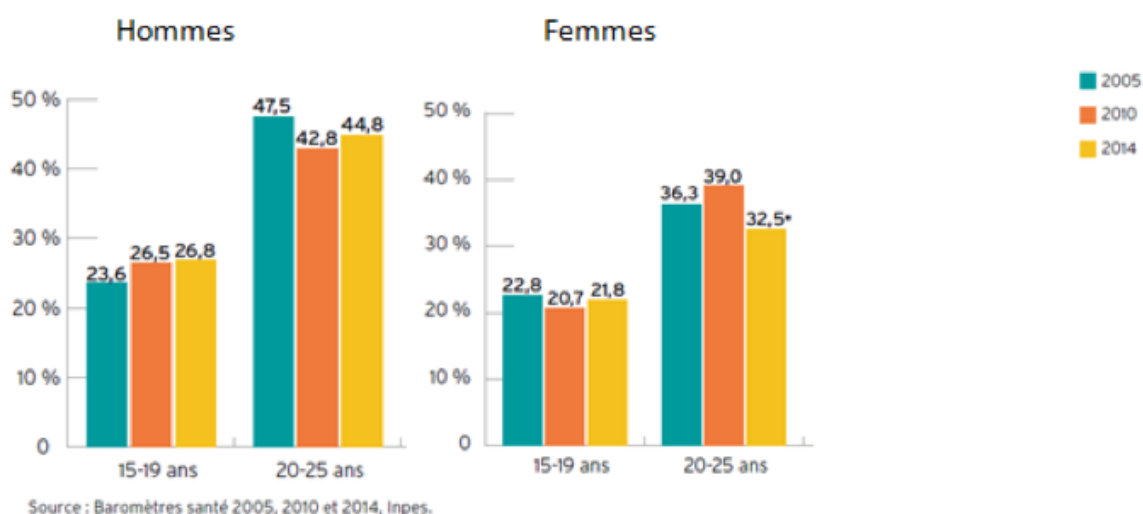
Les derniers chiffres publiés en 2011 retrouvent une initiation au tabac chez 63% des 15-16 ans. L'usage récent (au moins 1 fois au cours du dernier mois) est en nette hausse, passant de 30% à 38% de 2007 à 2011, avec une croissance plus marquée chez les filles (de 31% à 43%).(24)

Au niveau national, nous disposons de différentes sources épidémiologiques :

- L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD) : Enquête mise en œuvre par l'OFDT, avec le soutien de la Direction du Service National. Elle interroge les jeunes français lors de la Journée Défense Citoyenneté. Elle porte notamment sur la consommation de produits psycho-actifs des jeunes de 17 ans.
- Les baromètres santé de L'INPES : Comme décrites précédemment, ces enquêtes épidémiologiques réalisées à intervalles réguliers permettent de suivre l'évolution du tabagisme au fil des générations.

Selon les « baromètres santé », la forte baisse du tabagisme observée chez les jeunes (15-25 ans) depuis la fin des années 1990 s'interrompt dans les années 2005-2010 (prévalence du tabagisme régulier de 23,2% en 2005 contre 23,6% en 2010).

Graphique 6. Evolution de la prévalence du tabagisme régulier chez les hommes et les femmes entre 2005 et 2014 (en pourcentage).



Comme nous le remarquons sur le schéma précédent, hormis chez les femmes de 20 à 25 ans, la prévalence du tabagisme régulier chez les jeunes continue sa progression. (*Graphique 6*)

En 2010, 34.5% des jeunes hommes de 15 à 25 ans consommaient régulièrement du tabac contre 35.8% en 2014 (+1.3%).

Une diminution significative du tabac est observée chez les femmes de 20 à 25ans en 2014 (-6.5%) contrairement à la tranche d'âge des 15-19 ans qui poursuit sa croissance (+1.1%).(8)

Cette décroissance des consommations observée chez les adolescents jusqu'en 2005 semble en partie liée au Plan Cancer 2003 qui priorisait la lutte contre le tabagisme des plus jeunes (interdiction de vente de tabac au mineurs, hausse du prix du tabac, majoration des préventions collectives).(14)

Il est donc important d'essayer de comprendre les facteurs ayant menés à une hausse de cette prévalence et les moyens à mettre en œuvre pour l'enrayer.

I.2.4 Le rôle du médecin généraliste dans la lutte contre le tabagisme

Dans sa définition européenne, la médecine générale « comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins ».(25)

Le médecin généraliste, de par sa fonction et sa place dans le système de soin, a un donc rôle primordial en santé publique.

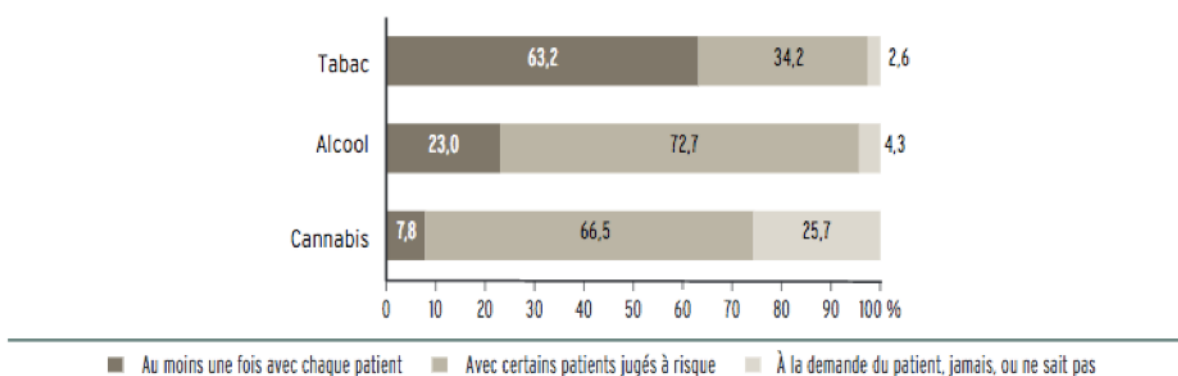
La convention médicale consécutive à la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 le décrit bien : « Leur relation de proximité avec leurs patients les situe également au cœur du développement de la prévention en santé ».(26)

Dans la lutte contre le tabagisme, la prévention singulière faite par le médecin tient une place de choix en association aux mesures collectives déjà initiées.

Malgré tout, les études réalisées en France auprès des médecins généralistes à ce sujet montrent que leurs messages de prévention sont encore trop discrets.

D'après le baromètre santé médecins/pharmaciens de 2009, seulement 63.2% des médecins estiment avoir abordé au moins une fois avec chaque patient leur consommation de tabac et 34.2% des médecins le font avec les patients jugés à risque.(27) (Graphique 7)

Graphique 7. Pratiques médicales concernant l'abord avec les patients de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis (en pourcentage).



Source : Baromètre santé médecins-pharmaciens 2009

Selon l'HAS, le médecin généraliste, en tant qu'acteur de premier recours a un rôle fondamental dans le repérage des fumeurs et l'initiation du sevrage tabagique.(28)

Le référentiel proposé aux médecins généralistes dans ce domaine se limite à 3 objectifs :

- Repérer tous les fumeurs parmi ses patients
- Délivrer un conseil minimal et remettre un document validé sur le sevrage
- Initier le sevrage (si le patient le souhaite)

La pratique du conseil minimal consiste à demander à chaque patient s'il est fumeur et s'il a déjà envisagé la possibilité d'arrêter de fumer.

Les résultats issus d'études randomisées en médecine générale montrent que ce conseil minimal est efficace : Elles observent entre 2% et 5% d'arrêt soutenu dans les suites de cette intervention.(29)

Chaque patient est concerné par ce conseil minimal, de l'adolescent à l'adulte.

En France, le Haut Conseil de la Santé Publique met en avant l'importance des consultations de prévention chez les adolescents. Ces moments peuvent être l'occasion d'aborder la problématique des conduites à risque chez les jeunes.

A ce sujet, la loi sur la protection de l'enfance du 5 mars 2007 a instauré de nouveaux examens de santé systématiques obligatoires pendant l'enfance et l'adolescence.(30) Au cours de leur douzième et quinzième années, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale, souvent réalisée par le médecin scolaire, plus rarement par le médecin de ville.

Ces consultations sont l'occasion d'offrir aux adolescents un lieu d'échange singulier avec le médecin sur la prévention et la connaissance des problèmes de santé et permettent de dépister les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'enrayer le développement de l'adolescent.

Les médecins généralistes utilisent-ils les consultations auprès des adolescents pour aborder le sujet du tabagisme ? Qu'en pensent les adolescents ?

C'est entre autres à ces interrogations que le travail que nous avons réalisé va tenter de répondre.

I.3 Problématiques et objectifs de l'étude

I.3.1 Problématiques

Hormis chez les femmes de plus de 20 ans, la prévalence du tabagisme régulier chez les jeunes de 15 à 25 ans continue de progresser.

De nombreuses mesures collectives d'information et de prévention ont été mises en place depuis plusieurs années.

En parallèle, le médecin généraliste joue un rôle fondamental dans la prévention individuelle de ses patients.

Des études ont déjà été réalisées auprès des médecins généralistes afin de connaître leurs habitudes en matière de prévention du tabagisme. Néanmoins, très peu d'études traitent du regard que peut poser l'adolescent sur le rôle du médecin généraliste dans la prévention du tabagisme.

C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude.

I.3.2 Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de mesurer la fréquence avec laquelle la question du tabagisme est, selon les adolescents, abordée en consultation de médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Caractériser les facteurs influençant le tabagisme chez les adolescents.
- Mettre en évidence une modification de la consommation de tabac selon l'information reçue.
- Evaluer les sources d'informations sur le tabagisme que reçoivent les adolescents.

II Matériels et méthodes

II.1 Présentation de l'étude

II.1.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale afin de déterminer la prévalence de l'abond de la question du tabagisme chez les adolescents en consultation de médecine générale.

II.1.2 Durée de l'étude

L'étude a duré 2 mois, entre mai et juin 2015.

II.2 Population et recrutement

II.2.1 Lieux de recrutement

Le recrutement a eu lieu dans 4 lycées :

- Un lycée à Lorient : Lycée Dupuy de Lôme
- Trois lycées à Nantes : Lycée Léonard de Vinci, lycée Albert Camus, lycée Arago

II.2.2 Population étudiée

La population étudiée se compose d'adolescents de classes de seconde, première et terminale d'établissements publics du Grand-Ouest.

Ces lycéens sont scolarisés dans différentes filières : générale, technologique et professionnelle.

II.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion

Tous les adolescents scolarisés en classe de seconde, première, terminale, quel que soit leur âge ; volontaires pour remplir le questionnaire proposé lors de temps de cours ou d'heures de permanences surveillées.

Critères d'exclusion

Les élèves scolarisés dans ces lycées dans les filières de 3^{ème} pré-bac et prépa post-bac ont été exclus lors de l'analyse des questionnaires.

II.2.4 Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé sous la forme d'un auto-questionnaire anonyme comprenant 29 questions fermées et une question ouverte. (Cf annexe 2)

Le questionnaire a été préalablement testé sur 11 adolescents volontaires consultant au cabinet de médecine générale ou j'exerçais, et sélectionnés aléatoirement par les secrétaires. Les différentes remarques faites par ces jeunes patients nous ont amené à effectuer des modifications sur le fond et la forme de ce questionnaire avant d'en proposer une version définitive.

Ce questionnaire ainsi qu'une notice de préparation à l'étude ont été distribués de différentes manières aux lycéens : (Cf annexe 1)

- Dans les lycées Nantais, les infirmières scolaires ont choisi, avec l'accord des professeurs, les classes dans lesquelles distribuer le questionnaire, en intervenant lors des heures de cours.
- Le recrutement au lycée Dupuy de Lôme s'est fait via les surveillants lors des heures de permanence. Le questionnaire était proposé à chaque lycéen venant en salle de travail de permanence surveillée.

Les lycéens étaient libres d'y participer. L'anonymat était garanti par le fait que chaque lycéen remettait son questionnaire dans une pochette destinée à chaque classe et fermée devant eux.

Tous les questionnaires donnés aux lycéens, qu'ils soient remplis ou non, ont été remis dans ces pochettes.

II.3 Analyse des données

II.3.1 Données recueillies

Une partie du questionnaire comporte les données socio-démographiques relatives aux lycéens : Sexe, âge, classe, poids/taille, activité physique, relations familiales, professions parentales, tabagisme dans l'entourage.

Ensuite, le questionnaire s'oriente davantage vers la consommation de tabac et ses co-addictions : cigarette électronique, alcool et cannabis.

Il nous permet également d'évaluer la dépendance des adolescents fumeurs à l'aide du test de Fagerström ainsi que l'évolution de leur statut tabagique.

La dernière partie s'intéresse plus spécifiquement au rôle tenu par leur médecin généraliste, à l'information qu'il a pu délivrer et aux solutions qu'il a éventuellement proposées aux jeunes tabagiques.

La dernière question, ouverte, s'intéresse au ressenti des adolescents sur le rôle du médecin généraliste dans la prévention du tabagisme.

II.3.2 Saisie des données et analyse statistique

Les données recueillies de façon anonyme dans les questionnaires ont été saisies dans des feuilles de calcul informatisées du logiciel EXCEL 2007.

Les données étaient considérées comme manquantes lorsqu'il n'y avait pas de réponse, ou lorsque les réponses ne correspondaient pas à l'intitulé de la question.

Chaque questionnaire a été numéroté et a fait l'objet d'une ligne dans la feuille de calcul, ce qui a permis de se reporter aux questionnaires correspondants lors des vérifications.

Le traitement statistique des données et les traitements graphiques ont été réalisés avec les logiciels EXCEL 2007 et XLSTAT.

Les données quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne. Les données qualitatives ont été exprimées sous forme d'effectifs et de pourcentage.

Nous avons effectué une analyse univariée de l'ensemble des variables ainsi des analyses croisées entre ces différentes variables.

Pour évaluer la significativité statistique des différences entre deux variables, nous avons utilisé les tests de khi 2 de Pearson. Ces statistiques ont été réalisées via XLSTAT ou BIOSTATGV.

Dans toutes les analyses, nous avons fixé un seuil de significativité α de 5% ($p \leq 0.05$), seuil standard en littérature internationale.

III Résultats

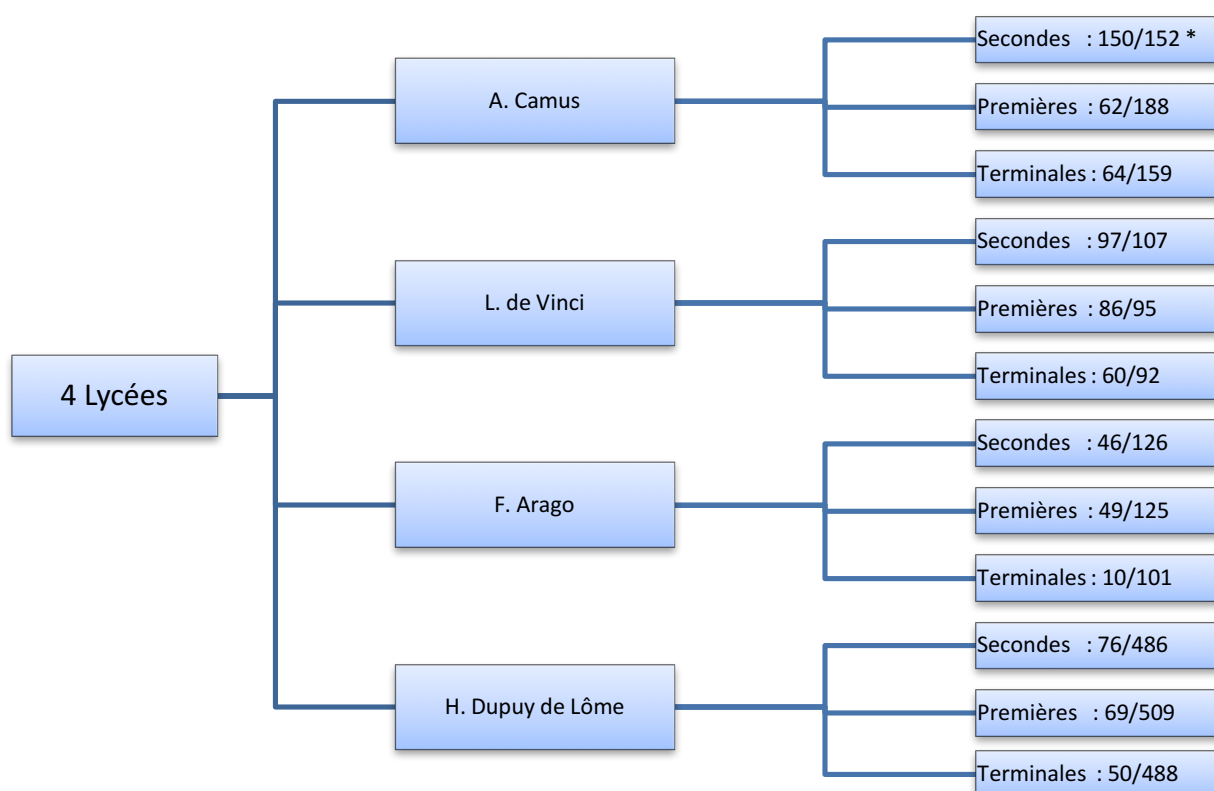
III.1 Participation à l'étude

Huit-cents-dix-neuf (819) lycéens ont accepté de participer à cette étude et rempli correctement les questionnaires proposés.

Les 21 questionnaires vierges ou non analysables qui ont été déposés dans les pochettes ont été exclus de l'analyse.

Le diagramme de flux de l'étude est représenté ci-dessous. (*Tableau 1*)

Tableau 1. Diagramme de l'étude.



* : nombre d'élèves ayant répondu au questionnaire sur le nombre d'élèves total par niveau scolaire

III.2 Données démographiques de la population étudiée

III.2.1 Le sexe

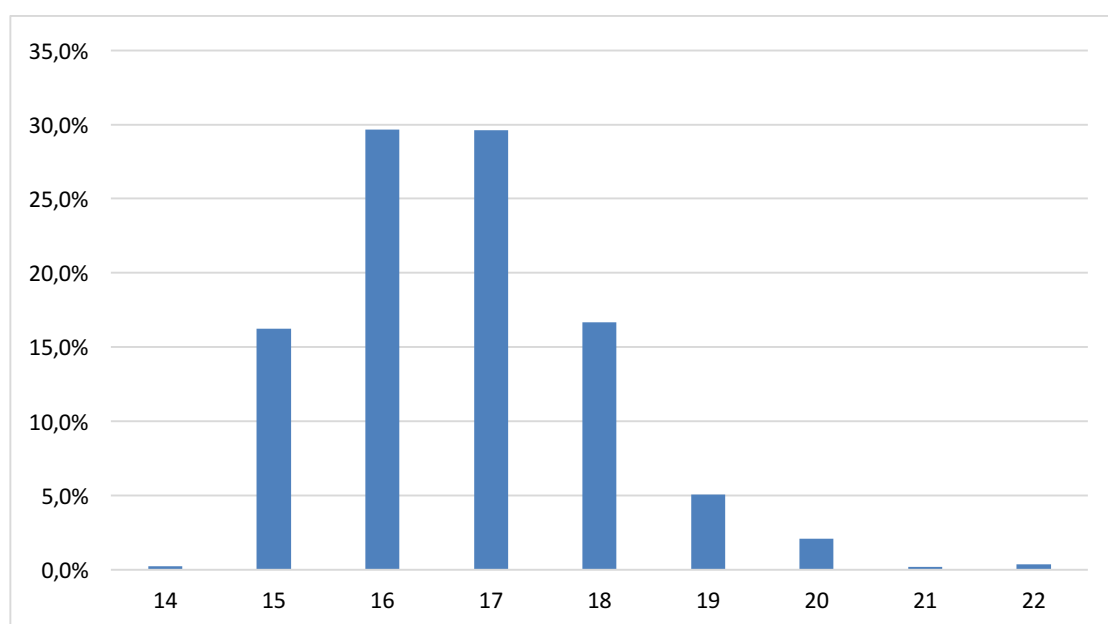
La prédominance était féminine avec 56,5% de femmes (n=461) et 43,5% d'hommes (n=358).

III.2.2 L'âge

L'âge moyen de la population de l'étude était de 16,6 ans (16,7 ans chez les femmes et 16,5 ans chez les hommes) avec des âges extrêmes de 14 ans et 22 ans.

La répartition des lycéens en fonction de l'âge est présentée sur le schéma ci-dessous. (Graphique 8)

Graphique 8. Répartition des lycéens de l'étude en fonction de l'âge (années).



III.2.3 La filière scolaire

Les 819 lycéens étaient répartis dans 4 lycées :

- Lycée Albert Camus : 33,7% (n=276)
- Lycée Arago : 12,8% (n=105)
- Lycée Dupuy de Lôme : 23,8% (n=195)
- Lycée Léonard de Vinci : 29,7% (n=243)

La répartition des sexes et de l'âge dans chaque école est présentée dans le tableau ci-dessous. (*Tableau 2*)

Tableau 2. Répartition des élèves par sexe dans chaque lycée et moyenne d'âge.

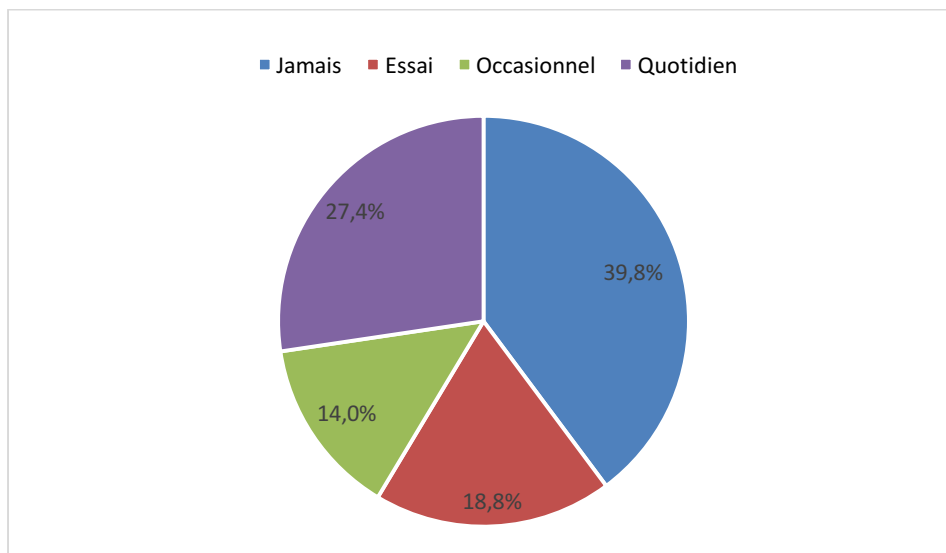
LYCEES	Albert camus	Arago	Dupuy de Lôme	Léonard de Vinci
Femmes	149 (54,0%)	10 (9,5%)	103 (52,8%)	199 (81,9%)
Hommes	127 (46,0%)	95 (90,5%)	92 (47,2%)	44 (18,1%)
TOTAL	276 (100%)	105 (100%)	195 (100%)	243 (100%)
Moyenne d'âge (ans)	16,3	16,7	16,4	17,1

III.3 Evaluation du tabagisme des lycéens de notre étude

III.3.1 Prévalence globale

Le schéma ci-dessous représente la répartition des lycéens en fonction de leur statut tabagique. (*Graphique 9*)

Graphique 9. Répartition en fonction de la fréquence de consommation tabagique.



Sur les 819 lycéens interrogés, 493 avaient déjà consommé du tabac soit 60,2% de notre population.

La majorité des élèves ayant déjà consommé du tabac se décrivait comme des fumeurs quotidiens (45,4% ; n=224). La prévalence du tabagisme régulier (quotidien) dans notre étude était de 27,4% (n=224).

Trois-cents-trente-neuf (339) élèves étaient fumeurs occasionnels ou quotidiens soit une prévalence du tabagisme dans notre étude de 41,4%.

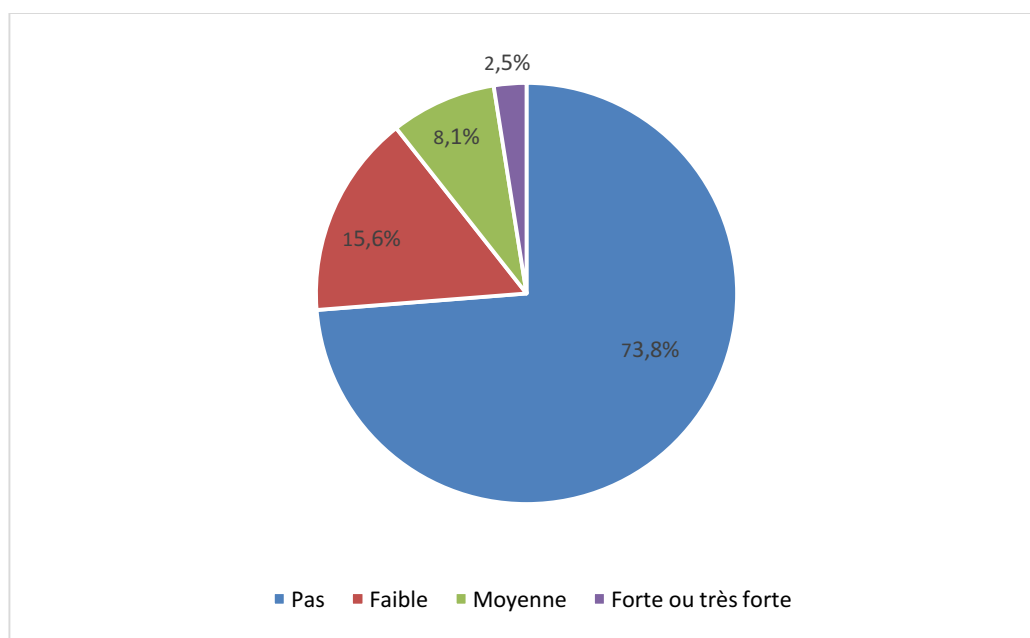
III.3.2 Quantité de tabac fumé

Les adolescents fumant quotidiennement consommaient en moyenne 6,4 cigarettes par jour. La consommation était légèrement plus importante chez les femmes (6,6 cigarettes par jour) que chez les hommes (6,1 cigarettes par jour).

III.3.3 La dépendance au tabac

Nous avons évalué dans notre enquête la dépendance des adolescents fumeurs (la question ne concernait que les 320 lycéens ayant déjà fumé et répondu à cette partie du questionnaire) à l'aide du test de Fagerström.

Graphique 10. Répartition des effectifs selon leur dépendance au tabac via le test de Fagerström.



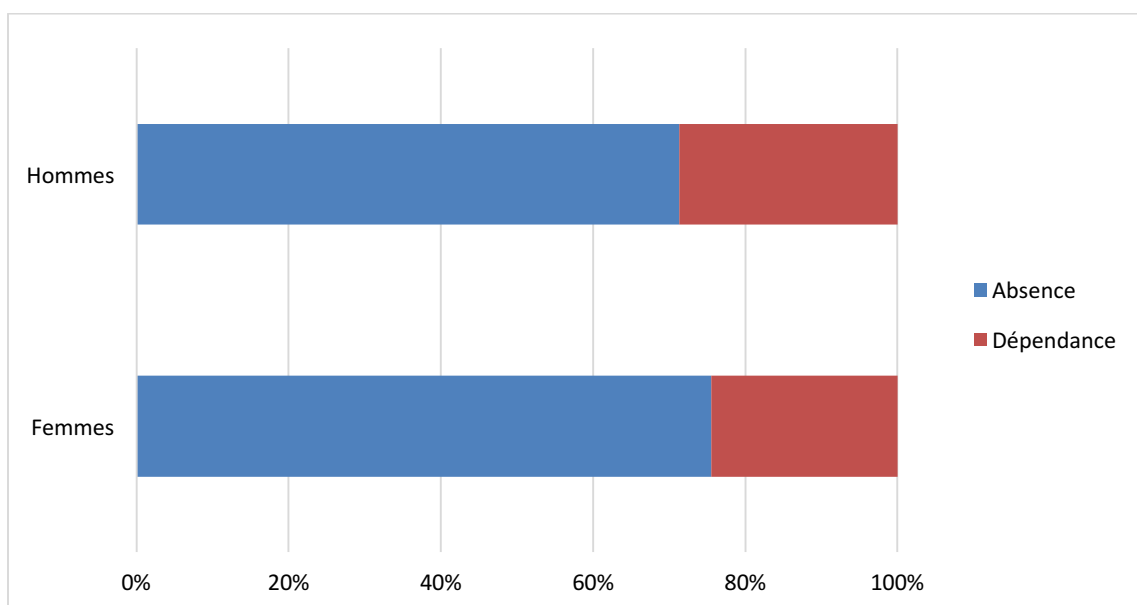
Le schéma présenté ci-dessus montre que la majorité des fumeurs (quotidiens ou occasionnels) ne présentait pas de dépendance vis-à-vis du tabagisme (n= 236 ; 73,8%).

Parmi les fumeurs dépendants, 9,5% (n=8) présentaient une dépendance forte ou très forte au tabac. (*Graphique 10*)

En comparant la dépendance au tabac selon les différents statuts tabagiques, on remarque que la dépendance est effectivement plus élevée chez les fumeurs quotidiens (36,2% ; n=79) que chez les fumeurs occasionnels (4,2% ; n=3) avec une différence statistiquement significative (**p<0,0001**). (*Cf. annexe 3.1*)

Le profil de dépendance en fonction du sexe est représenté dans le graphique 11 ci-dessous.

Graphique 11. Répartition de la dépendance au tabac selon le sexe.

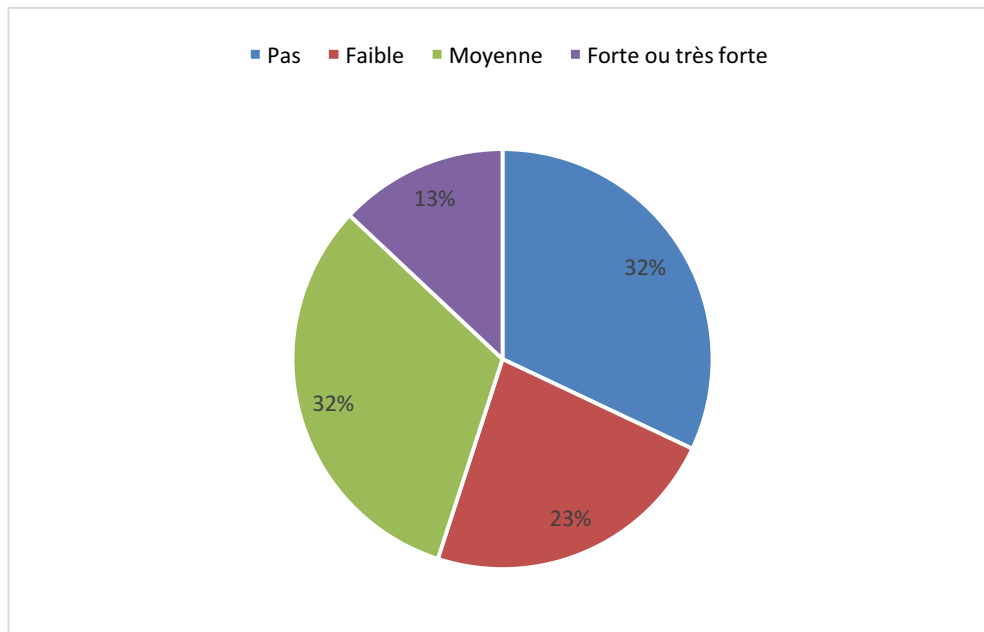


On note que la proportion de personnes dépendantes du tabac semble plus importante chez les hommes (28,7% ; n=39) que chez les femmes (24,5% ; n=45) mais sans différence statistiquement significative entre les 2 groupes (**p=0,47**). (*Cf. annexe 3.2*)

Trois-cents-trente-et-un (331) élèves soit 67,1% des jeunes ayant déjà fumé ont répondu à la question n°22 concernant leur ressenti sur la dépendance.

Le schéma ci-dessous représente les résultats à cette question. (*Graphique 12*)

Graphique 12. Répartition des effectifs en fonction de leur ressenti sur leur dépendance au tabac.



Ils étaient 13,0% (n=43) à ressentir une dépendance forte ou très forte au tabac et 32,0% (n=106) à ne pas se sentir dépendant.

Nous avons comparé ce ressenti et leur dépendance réelle via le test de Fagerström : 117 élèves soit 36,7% (sur les 319 ayant répondu aux 2 questions) évaluaient correctement leur dépendance. La majorité d'entre eux surestimait leur dépendance (n=194 ; 60,8%).

III.4 Profil des jeunes fumeurs

III.4.1 Comparaison selon le sexe

La prévalence du tabagisme en fonction du sexe est présentée dans le tableau ci-dessous.

(Tableau 3)

Tableau 3. Prévalence du tabagisme selon le sexe.

Fréquence tabac	Jamais	Essai	Occasionnel	Quotidien	Total général
Femmes	38,4% (n=177)	16,7% (n=77)	18,4% (n=85)	26,5% (n=122)	100%
Hommes	41,6% (n=149)	21,5% (n=77)	8,4% (n=30)	28,5% (n=102)	100%
Total général	39,8%	18,8%	14,0%	27,4%	100,0%

On remarque que la proportion de lycéens tabagiques (occasionnels et quotidiens) par rapport aux élèves non tabagiques (n'ayant jamais fumé ou essayé seulement) était plus élevée chez les femmes (44,9% ; n=207) que chez les hommes (36,9% ; n=132) avec une différence statistiquement significative (**p=0,025**) entre ces 2 groupes. (Cf. annexe 3.3)

Les hommes considérés comme fumeurs l'étaient quotidiennement pour 77,3% (n=102) d'entre eux contre 58,9% (n=122) chez les femmes avec une différence statistiquement significative (**p=0,0008**) entre ces 2 groupes. (Cf. annexe 3.3)

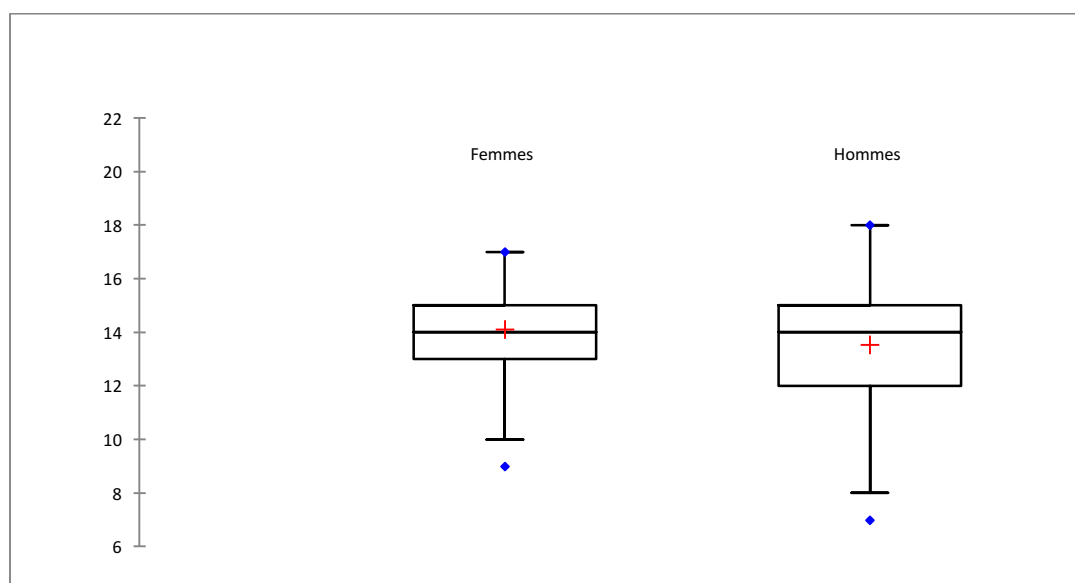
III.4.2 Comparaison selon l'âge

III.4.2.1 Age de l'initiation

Trois-cents-trente-trois (333) élèves n'ont pas renseigné cette question, dont les 326 jeunes n'ayant jamais consommé de tabac.

L'initiation au tabac en fonction du sexe est représentée dans la box plot ci-dessous.
(Graphique 13)

Graphique 13. Age de l'initiation au tabac réparti selon le sexe.



La moyenne d'âge à laquelle les adolescents ont fumé leur 1^{ère} cigarette était de 13.9 ans, avec des extrêmes allant de 7 à 18 ans. Elle est de 14,1 ans chez les femmes et 13,5 ans chez les hommes.

Cette initiation au tabagisme était plus précoce chez les adolescents fumant quotidiennement au moment de l'étude (âge de début à 13,6 ans) que les fumeurs occasionnels (âge de début 14,0 ans) ou n'ayant que rarement fumé (âge de début 14,2ans). La différence entre les fumeurs occasionnels et quotidiens est statistiquement significative ($p=0,019$).

III.4.2.2 Evolution vers un tabagisme quotidien

Dans notre étude, les jeunes qui commençaient à fumer avant l'âge de 14 ans s'orientaient davantage vers une consommation de tabac quotidienne (56,2% ; n=91). Les jeunes débutant la cigarette à 14 ans ou plus tard ne poursuivaient pas leur consommation de tabac (essai) ou le faisaient de manière occasionnelle (59,3% ; n=192). Cette différence est statistiquement significative (**p=0,0018**). (Cf. annexe 3.4)

III.4.3 Comparaison selon l'indice de masse corporelle

Nous avons calculé l'Indice de Masse Corporelle (IMC) correspondant au poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille exprimée en mètre (kg/m²).

L'IMC moyen de notre échantillon était de 20,8 kg/m² (20,7 kg/m² chez les femmes et 20,9 kg/m² chez les hommes) avec un minimum de 14,0 kg/m² et un maximum de 37,4 kg/m².

Nous les avons répartis selon le statut pondéral défini par l'OMS (31) :

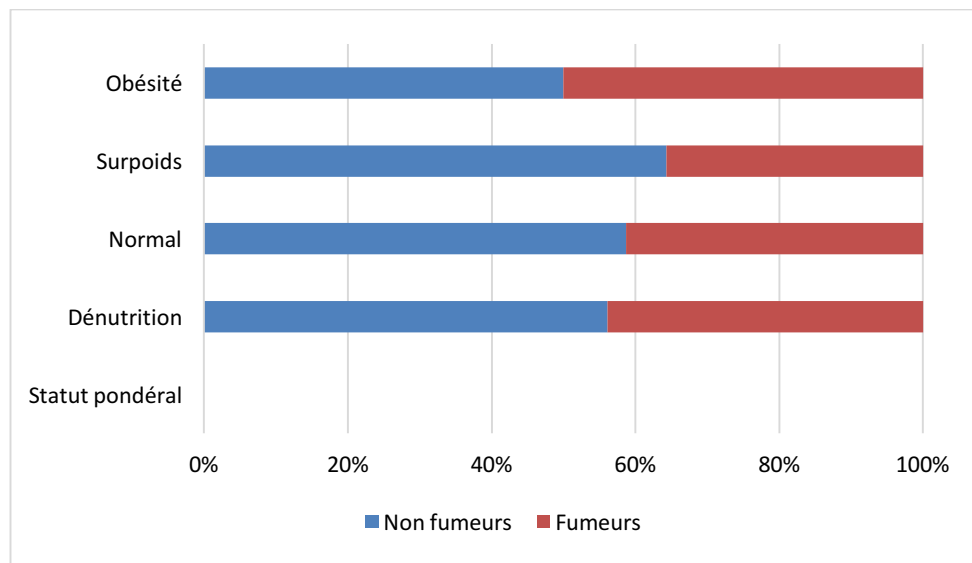
- Dénutrition : IMC < 18,5
- Valeurs de références : 18,5 < IMC < 25
- Surpoids : 25,0 < IMC < 30
- Obésité : IMC ≥ 30,0

Parmi les 758 élèves ayant répondu à cette question, une majorité se trouvait dans la tranche d'IMC allant de 18,5 à 24,9 qui définit la normale selon l'OMS (74,1% ; n=562). Ils étaient 19,5% (n=148) au stade de dénutrition, 5,5% (n=42) dans la tranche définissant le surpoids et 0,8% (n=6) dans celle de l'obésité.

Nous avons également cherché à savoir s'il existe un profil morphologique des patients fumeurs ou non.

Le schéma qui suit nous montre la répartition du statut tabagique en fonction du poids.
(Graphique 14)

Graphique 14. Répartition du statut tabagique en fonction du statut pondéral.



Hormis dans la tranche « obésité », nous remarquons que la part de non-fumeurs est plus importante que celle des adolescent fumeurs (occasionnels et quotidiens). Le tabagisme ne semble donc pas lié à un statut pondéral en particulier.

La faible population d'élèves obèses dans notre étude (n=6 ; 0,8%), ne nous permet pas d'en tirer des conclusions statistiquement significatives.

III.4.4 Comparaison selon l'activité physique

Quatre (4) personnes n'ont pas répondu à la question n°9 concernant l'activité sportive.

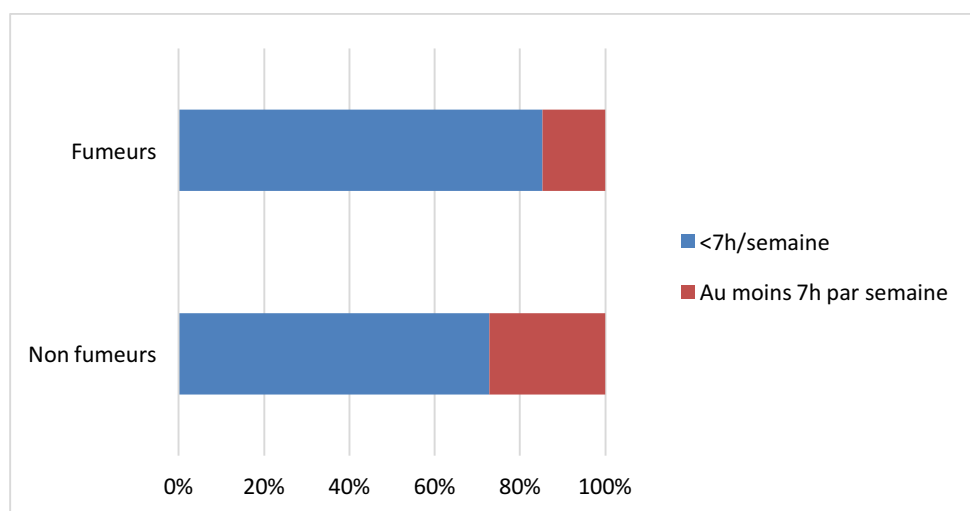
Trois-cents-vingt-deux (322) élèves n'ont pas renseigné le nombre d'heures de sport pratiquées par semaine, dont les 301 se décrivant comme non sportifs.

Soixante-trois virgule un pour cent (63,1%) des adolescents ayant répondu à notre enquête estimaient pratiquer une activité physique (n=514). Ils en faisaient en moyenne 4,8 heures par semaine.

Nous remarquons que les lycéens pratiquant une activité sportive à hauteur de 7 heures de sport hebdomadaires minimum étaient moins touchés par le tabagisme (27,3% de tabagiques ; n=30) que ceux pratiquant moins de 7 heures de sport par semaine (44,7% de fumeurs ; n=173) avec une différence statistiquement significative (**p= 0,0015**) entre ces 2 groupes. (Cf. annexe 3.5)

Le schéma ci-dessous nous montre la fréquence d'activité physique des jeunes en fonction de leur statut tabagique. (Graphique 15)

Graphique 15. Répartition de l'activité physique en fonction du statut tabagique.

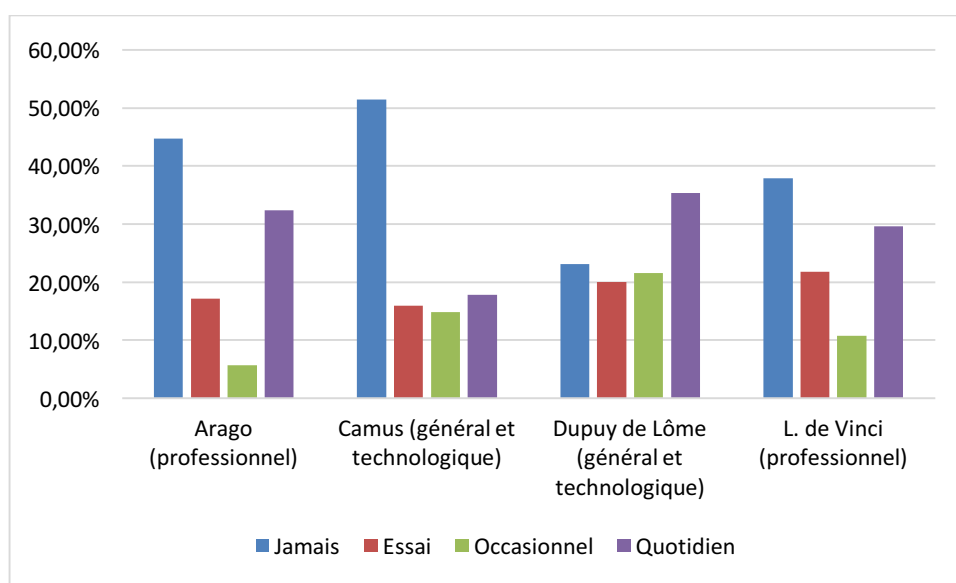


Vingt-sept virgule deux pour cent (27,2% ; n=80) des adolescents non-fumeurs pratiquaient plus de 7 heures de sport par semaine contre 14,8% (n= 30) des fumeurs.

III.4.5 Comparaison selon le niveau et l'orientation scolaire

La fréquence du tabagisme dans chaque école est représentée sur le schéma ci-dessous.
(Graphique 16)

Graphique 16. Répartition selon les statuts tabagiques dans chaque école.



La proportion la plus élevée de fumeurs quotidiens était retrouvée dans le lycée général et technologique Dupuy de Lôme (35,4% ; n=69) et la plus faible, dans le lycée général et technologique Albert Camus (17,8% ; n=49).

En regroupant les statuts tabagiques (Jamais et Essai versus Occasionnel et Quotidien) on remarque que seul le lycée Dupuy de Lôme présentait une majorité de lycéens fumeurs (56,9% ; n=111).

Il existe une différence statistiquement significative entre le fait d'être tabagique et être scolarisé en filière technologique ou non (**p=0,0038**). (Cf. annexe 3.6)

En filière technologique, 68,6% des élèves (n=24) étaient consommateurs, contre 40,5% (n=176) en filière générale et 39,8% (n=139) en filière professionnelle.

III.4.6 Comparaison selon l'entourage de l'adolescent

III.4.6.1 Tabagisme de l'entourage

Huit-cents-dix (810) élèves ont répondu à cette question. Parmi eux, 717 lycéens connaissaient au moins une personne fumeuse dans l'entourage proche soit 88,5%.

Le fait d'avoir au moins une personne tabagique dans son entourage semble favoriser l'initiation au tabagisme chez le jeune avec une différence statistiquement significative (**$p < 0,0001$**) entre ces 2 groupes (Cf. annexe 3.7)

Au sein d'un entourage tabagique, 45,0% (n=324) des adolescents étaient eux aussi consommateurs, alors que 17,2% (n=16) l'étaient dans un environnement non fumeur.

De plus, le fait d'avoir un père et / ou une mère fumeur(se), était particulièrement associé au tabagisme de l'enfant (49,7% ; n=216) par rapport à un entourage fumeur autre que les parents (37,9% ; n=107) avec une différence statistiquement significative (**$p = 0,0027$**). (Cf. annexe 3.7)

III.4.6.2 Relation familiale

Sur les 806 élèves ayant répondu à la question n°12, la majorité des adolescents de notre enquête estimait entretenir de très bons liens intra familiaux (n=353 soit 43,8%).

On remarque que la qualité de la relation familiale (bonne ou très bonne versus mauvaise ou moyenne) était corrélée au statut tabagique de l'adolescent avec une différence statistiquement significative entre ces 2 groupes (**$p < 0,0001$**). (Cf. annexe 3.8)

Dans la catégorie des jeunes évaluant la qualité de leur relation familiale comme étant bonne ou très bonne, le tabagisme était estimé à 38,2% (n=255), contre 57,2% (n=79) dans

la catégorie des adolescents considérant leur relation familiale comme moyenne ou mauvaise.

III.4.6.3 Place des parents en consultation et connaissance du tabagisme de leur enfant

Trente-quatre pour cent (34%) des jeunes (n=274, 14 réponses non reçues) trouvaient que la présence du parent en consultation était un obstacle pour aborder la question du tabagisme avec son médecin.

Les parents étaient informés de la consommation tabagique de leur enfant dans 57,2% des cas (n=206 ; 360 réponses reçues).

III.4.6.4 Profession des parents

La répartition du statut tabagique des enfants en fonction de la profession de leurs parents est représentée dans les tableaux ci-dessous. (*Tableaux 4 et 5*)(32)

Six-cents-soixante-dix (670) élèves ont répondu à la question sur la profession paternelle et 695 concernant la profession maternelle.

Tableau 4. Répartition du statut tabagique des enfants en fonction de la CSP paternelle.

Profession du père	Non fumeurs	Fumeurs	Total général
Agriculteurs	100,0% (n=3)	0,0% (n=0)	100,0%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	60,0% (n=45)	40,0% (n=30)	100,0%
Cadres et prof. Intellectuelles supérieures	48,6% (n=51)	51,4% (n=54)	100,0%
Prof. Intermédiaires	61,4% (n=54)	38,6% (n=34)	100,0%
Employés	59,0% (n=79)	41,0% (n=55)	100,0%
Ouvriers	57,9% (n=99)	42,1% (n=72)	100,0%
Retraités	66,7% (n=10)	33,3% (n=5)	100,0%
Sans activité	53,2% (n=42)	46,8% (n=37)	100,0%
Total général	57,2% (n=383)	42,8% (n=287)	100,0%

Nous remarquons que la proportion d'enfants fumeurs est majoritaire seulement dans la catégorie socioprofessionnelle des « cadres et professions intellectuelles supérieures » (51,4% ; n=54).

Lorsque leur père était affilié à une autre CSP que celle de cadre, 41,2% (n=233) des enfants étaient fumeurs. La différence entre ces 2 groupes n'est pas statistiquement significative (p=0,07). (Cf. annexe 3.9)

La CSP des agriculteurs ne représentait que 3 personnes et celle des retraités 15 personnes. Il est donc difficile d'en tirer des conclusions significatives statistiquement.

Les professions intermédiaires ainsi que les employés semblaient orienter vers un statut non tabagique des enfants (respectivement 61,4% ; n=54 et 59,0% ; n=79) mais sans différence statistiquement significative.

Tableau 5. Répartition du statut tabagique des enfants en fonction de la CSP maternelle.

Profession de la mère	Non fumeurs	Fumeurs	Total général
Agriculteurs	100,0% (n=1)	0,0% (n=0)	100,0%
Artisans, commerçants, chef d'entreprises	48,8% (n=21)	51,2% (n=22)	100,0%
Cadres et prof. Intellectuelles supérieures	42,2% (n=35)	57,8% (n=48)	100,0%
Prof. Intermédiaires	54,2% (n=84)	45,8% (n=71)	100,0%
Employés	60,2% (n=153)	39,8%(n=101)	100,0%
Ouvriers	44,4% (n=12)	55,6% (n=15)	100,0%
Retraités	62,5% (n=5)	37,5% (n=3)	100,0%
Sans profession	65,3% (n=81)	34,7% (n=43)	100,0%
Total général	56,4% (n=392)	43,6%(n=303)	100,0%

Nous remarquons la même tendance dans la CSP des mères « cadres et professions intellectuelles supérieures ». Lorsque que leur mère travaillait en tant que cadre, 57,8% (n=48) des enfants étaient fumeurs contre 41,7% (n=255) lorsque leur mère exerçait tout

autre profession, ou était retraitée ou encore sans profession. Cette différence est statistiquement significative entre les 2 groupes avec **p=0,008**. (Cf. annexe 3.9)

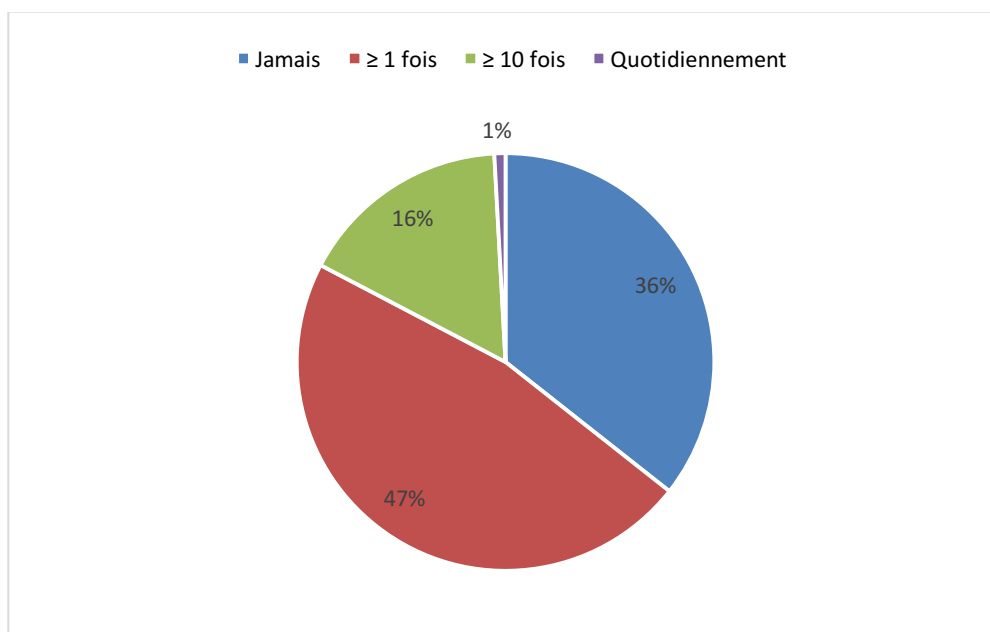
Contrairement à la CSP paternelle, les enfants issus de mère ouvrière étaient majoritairement fumeurs (55,6% ; n= 15). Il n'y pas de différence statistiquement significative entre le tabagisme de l'enfant et le fait que sa mère soit ouvrière ou non (p=0,3). (Cf. annexe 3.9)

III.5 Le tabagisme et ses co-addictions

III.5.1 Consommation d'alcool

Le schéma ci-dessous montre la répartition de la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours parmi les 814 adolescents ayant renseigné la réponse à cet item. (*Graphique 17*)

Graphique 17. Répartition de la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours.



La majorité des jeunes de l'étude avait consommé au moins 1 fois de l'alcool au cours des 30 derniers jours (n=383 soit 47,1%).

Les jeunes n'ayant jamais consommé d'alcool au cours de leur vie représentaient 25,3% de notre population (n=206).

Nous avons souhaité comparer les consommations d'alcool et de tabac.

Vingt-huit virgule un pour cent (28,1%) des adolescents fumeurs (n=95) avaient consommé de l'alcool au moins 10 fois dans le mois contre 9,7% (n=46) des non-fumeurs. Cette différence est statistiquement significative (**p<0,0001**). (Cf. annexe 3.10)

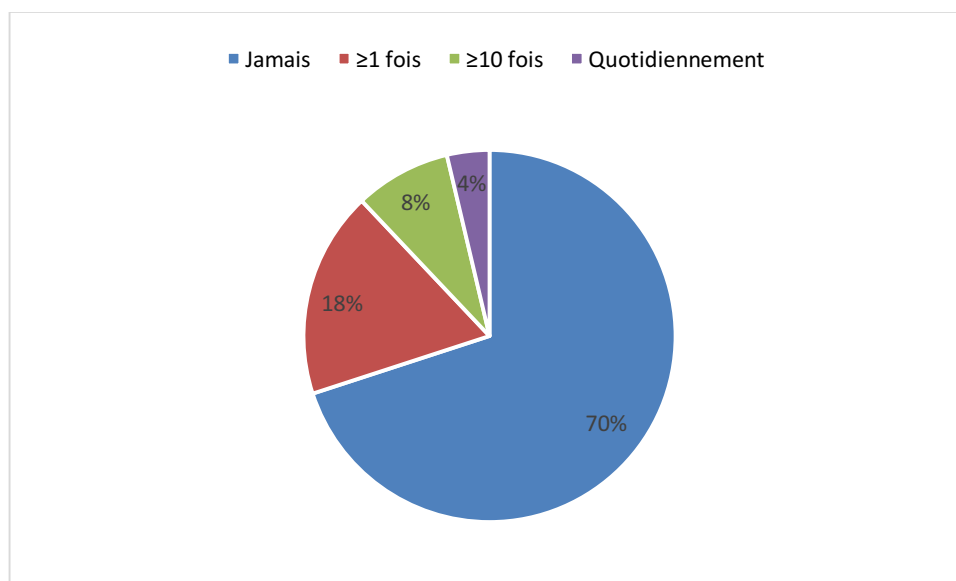
Il existe un lien statistiquement significatif entre le tabagisme et les plus faibles consommations d'alcool (**p<0,0001**). (Cf annexe 3.10)

Chez 84,6% (n=286) des jeunes consommant du tabac, on retrouve une prise d'alcool au moins 1 fois dans le mois précédent, contre 50,0% (n=238) chez les jeunes ne fumant pas.

III.5.2 Consommation de cannabis

La répartition selon le statut cannabique parmi les 813 réponses reçues est représentée ci-dessous. (*Graphique 18*)

Graphique 18. Répartition de la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours.



Soixante-dix pour cent (70,0%) des adolescents (n=569) n'avaient pas consommé de cannabis au cours du dernier mois. Parmi eux, ils étaient 486 (soit 59,8% de notre population) n'ayant jamais essayé cette substance.

Ils étaient 4% (n=30) à en consommer quotidiennement.

Les consommateurs de tabac étaient 60,7% (n=204) à avoir consommé du cannabis dans le mois contre 8,4% (n=40) chez les non tabagiques.

Cette différence entre ces 2 groupes est statistiquement significative (**p<0,0001**). (Cf. annexe 3.11)

Concernant les consommateurs plus réguliers de cannabis, 28,0% (n=94) des fumeurs consommaient du cannabis plus de 10 fois dans le mois, contre 0,8% (n=4) des non-fumeurs. Cette différence est statistiquement significative (**p<0,0001**). (Cf. annexe 3.11)

III.5.3 Poly-consommations

Nous avons voulu comparer les associations de consommations régulières de ces 3 substances. Nous avons pris comme références le tabagisme actif (quotidien et occasionnel) et au moins 10 consommations dans le dernier mois pour l'alcool et le cannabis.

Huit-cents-huit (808) lycéens ont répondu aux 3 questions concernant la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis.

Ils étaient 11,6% (n=94) de notre échantillon à associer tabac et cannabis ainsi que 11,6% (n=94) à consommer régulièrement du tabac et de l'alcool.

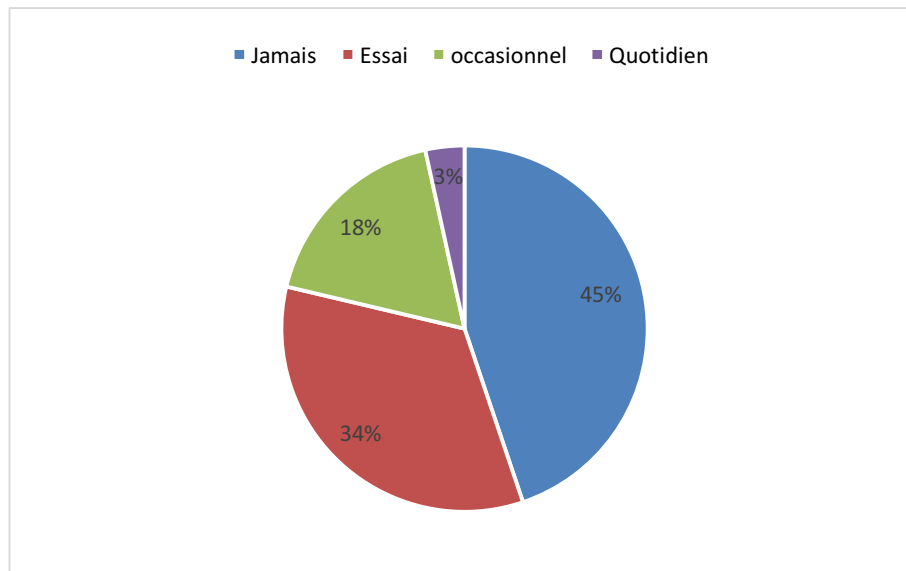
Quatre virgule sept pour cent (4,7%) (n=38) des adolescents de notre étude consommaient régulièrement les 3 substances.

III.5.4 Consommation de cigarette électronique

Sept (7) personnes n'ont pas renseigné leurs consommations. Parmi les 812 adolescents, 44,8% (n=364) n'avaient jamais essayé la cigarette électronique.

La répartition en fonction de l'utilisation de la cigarette électronique est représentée dans le schéma ci-dessous. (*Graphique 19*)

Graphique 19. Répartition de la fréquence d'utilisation de la cigarette électronique.



En interrogeant la consommation de tabac et l'usage de la cigarette électronique, nous retrouvons une corrélation avec le statut tabagique des adolescents.

En effet, 43,5% des jeunes tabagiques utilisaient aussi la cigarette électronique (n=146) contre 5,7% des non tabagiques (n=27) avec une différence statistiquement significative entre les 2 groupes (**p<0.0001**). (*Cf. Annexe 3.12*)

Le médecin généraliste n'avait que très peu parlé de la cigarette électronique à ces patients (2,2% ; n=18, 14 élèves n'ont pas répondu à cette question).

Dans la majorité des cas (88,9% ; n=16), il l'avait fait de façon informelle. Il l'avait proposé chez 2 adolescents comme aide au sevrage tabagique.

III.6 Le médecin généraliste et le tabagisme de l'adolescent

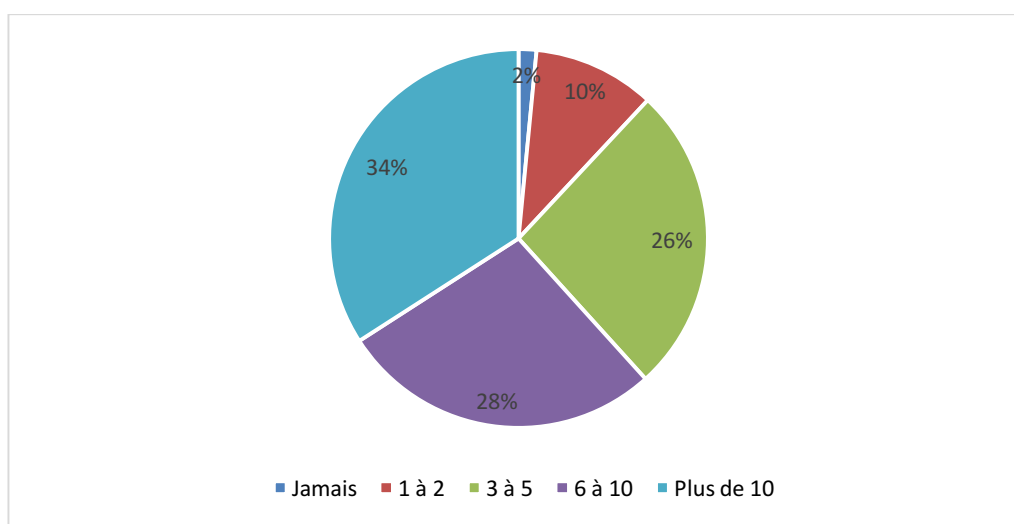
III.6.1 Fréquence des consultations

Sur les 814 jeunes ayant répondu à cette partie du questionnaire, 787 déclaraient avoir un médecin généraliste, soit 96,7%.

Parmi eux, la majorité avait vu son médecin généraliste plus de 10 fois dans les 5 dernières années (34,0%, n=267).

Le schéma ci-dessous nous montre leur répartition en fonction de la fréquence des consultations (786 lycéens ont répondu à cette question). (*Graphique 20*)

Graphique 20. Répartition de la fréquence des consultations chez le médecin généraliste au cours des 5 dernières années.



III.6.2 Abord de la question du tabagisme en médecine générale

La question « Avez-vous déjà fumé ? » avait été posée à 320 élèves (814 réponses reçues).

La prévalence de l'abord de la question du tabagisme en consultation de médecine générale chez les adolescents de notre étude était de 39,3%.

Elle avait été abordée la plupart du temps (42,0% ; n=95) lors d'une consultation pour un suivi (contraception, asthme, examen annuel...) ou lors d'une pathologie aiguë (40,7% ; n=92). Elle a été posée dans 16,4% des cas (n=37) lors d'une consultation pour la réalisation d'un certificat sportif. La réponse à cette question avait été renseignée par 226 lycéens.

Parmi les 494 personnes chez qui cette question du tabac n'avait pas été posée, 10,6% (n=51, 11 n'ont pas répondu à cette question) auraient souhaité que leur médecin leur en parle.

Nous avons reçu 782 réponses à la question concernant la documentation d'informations sur le tabac. Ils sont 47 à en avoir reçu, soit 6,0%.

En comparant cette question du dépistage du tabagisme à la fréquence de consultation des adolescents, on remarque que consulter son médecin généraliste plus d'une fois par an favorise le fait qu'il aborde le sujet avec son patient (46,4%, n=225), contre 30,0% (n=90) chez les jeunes le consultant 1 fois ou moins par an (785 élèves ont répondu à ces 2 questions).

Cette différence entre les 2 groupes est statistiquement significative (**$p < 0,0001$**). (Cf. annexe 3.13)

La question du tabagisme était plus abordée par les médecins généralistes chez les jeunes fumeurs (49,1%, n=166), que chez les non-fumeurs (32,4%, n=154) avec une différence statistiquement significative entre les 2 groupes (**$p < 0,0001$**). (Cf. annexe 3.13)

De plus, cette question était plus fréquemment posée chez les adolescents fumeurs lorsque les parents sont au courant du tabagisme de leur enfant (59,5% ; n=122 ; 386 réponses reçues pour ces 2 questions) que lorsqu'ils ne le sont pas (28,2% ; n=51), avec une différence statistiquement significative entre ces groupes (**p<0,0001**). (Cf. annexe 3.13)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes « femmes » / « hommes » et l'abord de la question du tabagisme par le médecin traitant (p=0,059), malgré que cette question soit plus fréquemment abordée chez les femmes (42,3%, n=194) que chez les hommes (35,5%, n=126) dans notre étude. (Cf. annexe 3.13)

Le médecin abordait moins la question du tabac avec les jeunes sportifs (31,2% ; n=34 ; 495 réponses analysables concernant ces 2 questions) qu'avec les jeunes pratiquant moins de 7h de sport par semaine (43,0% ; n=166). (Cf. annexe 3.13)

Cette différence est statistiquement significative entre ces 2 groupes (**p=0,035**).

Il abordait davantage la question du tabac chez l'enfant dont le père et / ou la mère sont fumeurs (41,0%, n=177) que dans les familles de non-fumeurs (37,8% ; n=141), sans différence statistiquement significative entre ces 2 groupes (p=0,38). (Cf. annexe 3.13) Huit-cents-six (806) élèves ont répondu à ces 2 questions.

III.6.3 Rôle du médecin dans la prévention du tabagisme selon les adolescents

Cinq-cents-seize (516) élèves ont répondu à la dernière question ouverte de notre questionnaire.

Ils étaient 407 (soit 78,9%) à estimer que le médecin généraliste joue un rôle dans la prévention du tabagisme chez les jeunes.

Ce rôle semble plus important chez les adolescents non-fumeurs (80,4% ; n=262) que chez les fumeurs (76,3% ; n=145), sans différence statistiquement significative (p=0,33). (Cf. annexe 3.14)

Lorsque leur médecin avait abordé le sujet du tabac en consultation, ils étaient 85,2% (n=173) à penser que le médecin joue un rôle positif dans la prévention du tabac contre 74,8% (n=234) lorsque ce sujet n'avait jamais été abordé. Cette différence est statistiquement significative (**p=0,006**). (Cf. annexe 3.14)

III.7 Répercussion de l'information reçue sur le sevrage tabagique

III.7.1 Répercussion sur la consommation de tabac

Trois-cents-quarante-trois (343) adolescents soit 69,6% des fumeurs ont répondu à la question n°21a. Ils étaient 71,1% (n=244) à avoir déjà pensé à arrêter de fumer.

Ils étaient plus nombreux (76,3%, n=129) à avoir pensé arrêter de fumer, lorsque leur médecin avait abordé la question sur la consommation de tabac que lorsque la question n'avait pas été posée (65,9%, n=114). Il existe une différence statistiquement significative entre ces 2 groupes (**p=0,045**). (Cf. annexe 3.15)

Parmi les 244 jeunes ayant pensé à arrêter de fumer, 169 avaient déjà essayé d'arrêter soit 70,1% (n=169, 3 réponses absentes).

La durée moyenne de ces arrêts est de 4,9 mois avec des extrêmes allant de 1,5 jours à 2 ans.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le fait que le médecin ait abordé le sujet du tabac et l'arrêt non définitif de la consommation (p=0,11). (Cf. annexe 3.15)

Trois-cent-quarante (340) adolescents ont répondu à la question concernant l'arrêt de la consommation tabagique. Ils étaient 53 (15,6%) à avoir arrêté de fumer. Ils avaient en moyenne arrêté depuis 13,2 mois. Il n'y avait pas de différence sur l'arrêt du tabac selon que le médecin ait posé ou non la question sur la consommation tabagique (p=0,6). (Cf. annexe 3.15)

Il n'existe aucune différence statistiquement significative entre le fait d'utiliser ou non la cigarette électronique et le fait de penser à arrêter, essayer d'arrêter ou arrêter définitivement le tabac. (Cf. annexe 3.16)

Nous remarquons par contre que l'utilisation de la cigarette électronique était associée à un plus faible taux d'arrêt du tabac que les non utilisateurs (11,6% ; n=17 versus 18,6% ; n=36), tout comme ceux ayant déjà essayé d'arrêter (51,7% ; n=75 versus 52,8% ; n=102). Nous retrouvons la même tendance pour les jeunes ayant penser à arrêter : Ils sont 72,8% (n=142) chez les non consommateurs d'e-cigarette contre 68,9% (n=102) chez les consommateurs.

III.7.2 Aides au sevrage

Une aide au sevrage leur avait été proposée dans 1,2% des cas (n=4, 333 réponses reçues à cette question), 2 fois par substituts nicotiniques et 2 fois par une aide non médicamenteuse.

Il s'agissait d'une population plus âgée que notre moyenne d'étude (17,5 ans), avec un début de tabagisme très précoce (12,3 ans).

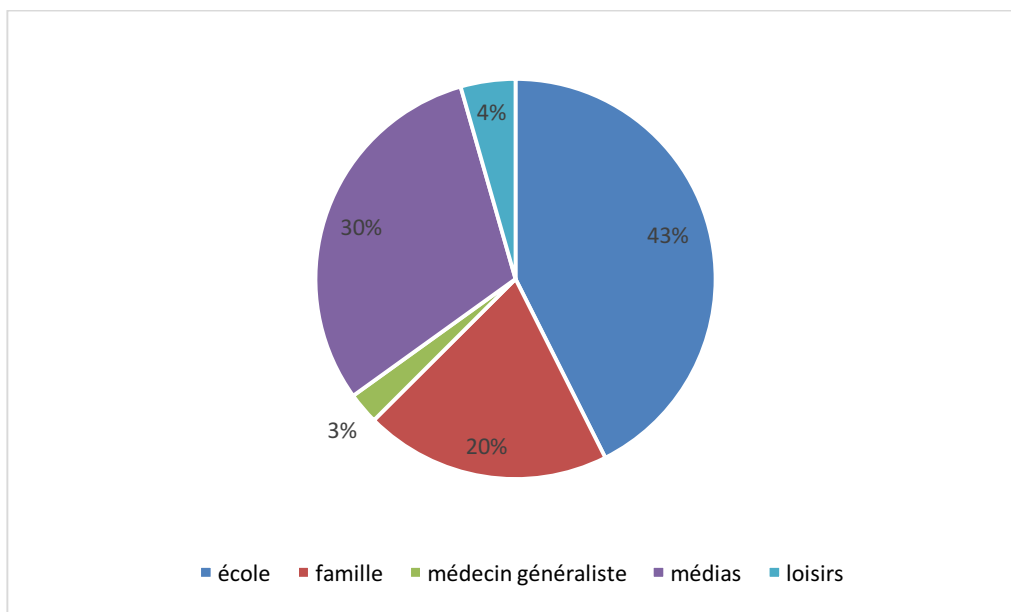
Ils fumaient en moyenne 10,3 cigarettes par jour et présentaient une dépendance variable au test de Fagerström (non dépendant pour l'un, faiblement pour un autre et moyenne pour les 2 autres).

Tous avaient déjà envisagé d'arrêter, 3 avaient déjà essayé (pour une durée moyenne de 9 mois d'arrêt). Aucun n'a définitivement arrêté.

III.7.3 Sources d'informations sur le tabac

Le schéma ci-dessous montre la répartition des informations reçues sur le tabac. (*Graphique 21*)

Graphique 21. Répartition selon les sources d'informations reçues sur le tabac.



Trois-cents-trente-sept (337) élèves ont souhaité répondre à cette question à choix multiples (avec plusieurs réponses possibles). Ils ont fourni 587 réponses concernant les lieux où le plus d'informations leur avait été données.

Selon les lycéens interrogés, le médecin généraliste représente le lieu où le moins d'informations ont été délivrées à ce propos (n=15 soit 2,6%).

Ils estiment avoir reçu le plus d'informations à l'école (n=250 soit 42,6%) et dans les médias (30,5% ; n=179).

IV Discussion

L'objectif principal de notre étude était de mesurer la fréquence avec laquelle la question du tabagisme était abordée en consultation de médecine générale selon les adolescents.

Nous avons décidé de mener cette enquête du fait du peu d'études qui se sont intéressées à la prévention du tabagisme faite par le médecin traitant, du point de vue de l'adolescent.

Notre avons estimé la **prévalence de l'abord de la question du tabagisme chez les adolescents en consultation de médecine générale à 39,3%.**

Ce chiffre de prévalence est bien inférieur à celui exposé dans le Baromètre santé médecin généraliste 2009, où près de deux tiers d'entre eux (63,2%) déclarent avoir au moins une fois, avec chaque patient, abordé la question de la consommation de tabac.(27) Néanmoins, cette étude s'intéresse à la patientèle totale du médecin. Il se pourrait que ce sujet soit moins abordé en population adolescente.

Une étude réalisée en 2012 auprès de 175 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais s'est intéressée au dépistage du tabac que réalise les médecins chez leurs jeunes patients de 12 à 16 ans. Trente-sept pour cent (37%) d'entre eux demandent systématiquement, lors de l'interrogatoire de leur patient, s'il fume. Cinquante-huit virgule cinq pour cent (58,5%) estiment le faire parfois.(33)

Ces chiffres sont davantage en accord avec ceux de notre étude que ceux du Baromètre santé médecin 2009, d'autant plus que la population étudiée est plus proche de notre enquête.

Des études se sont intéressées aux réticences du médecin généraliste face à ces questions de prévention. Il est souvent exprimé un manque de temps en consultation. Mais il est possible que face à un adolescents d'autres facteurs rentrent en jeu : peur de perdre l'alliance thérapeutique, inconfort des parents en consultation...

IV.1 Discussion autour de la méthodologie

IV.1.1 Le type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale, ce qui nous paraissait le plus pertinent pour répondre à notre objectif principal : « Mesurer la fréquence avec laquelle la question du tabagisme est, selon les adolescents, abordée en consultation de médecine générale ».

Le risque de cette méthode réside dans le biais de sélection inévitable et donc un échantillonnage potentiellement peu représentatif de la population générale, ainsi que le biais de non-réponse à certaines questions.

IV.1.2 Le mode de recrutement et le recueil de données

Nous avons décidé de travailler en lien avec les infirmières scolaires et les surveillants de permanence pour la distribution des questionnaires, ce qui nous a permis d'obtenir un nombre de réponses satisfaisant (**819 questionnaires reçus et correctement complétés**).

Sur les 840 questionnaires distribués, 21 n'ont pas été complétés et donc exclus de l'analyse. Seuls les élèves de seconde, première et terminale ont été inclus dans l'analyse pour analyser seulement une population lycéenne.

Ce fort taux de participation peut être interprété comme une marque d'intérêt pour le sujet de la part des élèves. Il se peut néanmoins que certains lycéens se soient sentis contraints de participer à l'étude du fait de la présence de l'infirmière et du professeur lors de la rédaction.

Ce type d'étude et ce mode de recueil exposent par contre à des biais de mémoire, notamment concernant l'initiation au tabagisme, ou le rappel de certaines dates ou âges.

Le recrutement de la population du lycée Dupuy de Lôme s'est fait dans un seul lieu. Seuls les élèves présents lors des heures de permanences libres pouvaient y répondre. Ceci a peut-être sous-estimé le taux de fumeurs dans ce lycée, notamment parce que des adolescents fumeurs pourraient préférer travailler dans des « lieux fumeurs », en dehors de l'établissement donc.

Dans les trois autres lycées, les classes ont été choisies par les infirmières scolaires, sans critère de sélection préétabli par nous-même. Les résultats obtenus dans ces établissements sont donc probablement plus représentatifs de la population lycéenne générale.

Il nous a par ailleurs paru important de sélectionner des établissements généraux, technologiques et professionnels, de 2 régions différentes pour une meilleure représentativité de la population générale. En effet, le document publié en 2013 par l'INPES (d'après les résultats du Baromètre santé INPES de 2010) sur la géographie des pratiques addictives en France, met en avant une part plus élevée de fumeurs quotidiens chez les 15-30 ans en Pays de Loire par rapport au reste de la France.(34)

IV.1.3 La population étudiée

Notre échantillon était majoritairement féminin (56,5%) avec une moyenne d'âge de 16,6 ans.

Les dernières données de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) retrouvent une proportion des sexes inversées dans la tranche d'âge 15-19ans. Au 1^{er} janvier 2016, il y avait 5,8% de femmes et 6,5% d'hommes âgés de 15 à 19 ans, dans la population française.(35)

Cette différence de population de notre étude s'explique par les lycées sélectionnés. En effet, dans la population nationale, les lycéens en filière technologique sont majoritairement masculins (58,5% à la rentrée 2014 selon une étude de l'éducation nationale).(36) A l'inverse, nous retrouvons dans notre étude 60% de femmes en lycées professionnels ainsi que 54,3% de femmes en filière technologique.

IV.2 Discussion autour des résultats

IV.2.1 Prévalence du tabagisme

La **prévalence globale du tabagisme dans notre étude était de 41,4%**. Nous avons considéré, pour calculer cette prévalence, les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels. Elle était de 44,9% chez les femmes et 36,9% chez les hommes pour des moyennes d'âges équivalentes.

Dans l'enquête ESCAPAD réalisée en 2014 auprès de 26351 jeunes de 17 ans, la prévalence du tabagisme (au moins 1 fois dans le mois) est de 43,8% sexe confondu.(37)

Ce résultat un peu plus élevé que le nôtre, peut s'expliquer par le fait que leur moyenne d'âge est également supérieure à la nôtre.

Nous retrouvons dans notre travail une **prévalence du tabagisme régulier (quotidien) de 27,4%**. L'enquête ESCAPAD 2014 expose elle, une prévalence du tabagisme régulier de 32,4%.(37)

En dissociant les deux sexes, nous retrouvons les mêmes caractéristiques que cette dernière enquête : la prévalence du tabagisme (quotidien et occasionnel) est retrouvée plus élevée chez les femmes que chez les hommes (44,9% des femmes dans notre étude et 44,4% dans ESCAPAD) alors que la prévalence du tabagisme quotidien chez les fumeurs s'avère plus élevée chez les hommes que chez les femmes (28,5% des hommes dans notre étude et 33% chez ESCAPAD).

En comparant nos résultats au Baromètre santé 2014, notre prévalence globale du tabagisme régulier est légèrement supérieure à la leur : 26,8% chez les hommes de 15 à 19 ans et 21,8% chez les femmes de 15 à 19 ans.(8)

Nous avons également analysé la dépendance au tabac que présentent les jeunes fumeurs. Pour ce faire, nous nous sommes servis du test de Fagerström car plus fréquemment utilisé

dans la pratique courante chez les médecins généralistes et dans les analyses des enquêtes des Baromètres santé.

Les résultats obtenus montrent que 26,2% des jeunes ont une dépendance au tabac (2,5% ont une dépendance forte ou très forte au tabac et 8,1% une dépendance moyenne).

Les résultats du Baromètre santé 2010 ont été publiés pour la région Pays de Loire concernant la dépendance au tabac des 15-17 ans. Seuls 2 questions du test de Fagerström ont été posées : Le nombre de cigarettes fumées et le délai entre le réveil et la première cigarette fumée. Ils retrouvent dans leur étude 4% de fumeurs avec une forte dépendance au tabac.(38)

Cette différence peut s'expliquer par le fait que les questions non posées dans le Baromètre santé sont plus sujettes aux réponses négatives de la part des adolescents. Le jeune étant scolarisé dans notre étude, il ne peut pas répondre de manière très significative à la question « fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ? » car ils fument souvent plus souvent le midi, le soir ou en week-end que lorsqu'ils sont dans l'établissement.

Dans notre étude, la majorité des adolescents (60,8%) surestimait leur dépendance au tabac lorsque nous avons comparé leur ressenti au résultat du test de Fagerström. Ce chiffre peut s'interpréter de plusieurs façons. D'une part, il s'agit peut-être d'une prise de conscience de la difficulté de sevrage de cette addiction et donc une dépendance ressentie comme très élevée. D'autre part, le test que nous avons utilisé est probablement plus juste pour une population adulte et est responsable dans notre enquête d'un résultat biaisé. Pour un résultat encore plus fiable, nous aurions pu utiliser le test de HONC qui est davantage adapté aux jeunes fumeurs.(39) En effet, il met en évidence une perte de contrôle vis à vis du tabac (et donc une dépendance si la perte d'autonomie est élevée), alors que le test de Fagerström mesure le niveau de dépendance.

IV.2.2 Déterminants du tabagisme chez l'adolescent

Un des objectifs secondaires de cette étude était de comprendre quels facteurs pouvaient influencer l'initiation au tabagisme chez les adolescents et le risque d'évolution vers un tabagisme actif par la suite.

IV.2.2.1 L'initiation au tabagisme et l'évolution avec un tabagisme régulier

Dans notre enquête, l'initiation au tabagisme se fait en moyenne à 13,9 ans (plus précocement chez les jeunes hommes vers 13,5 ans).

Les données françaises de l'étude HBSC réalisée en 2014 retrouvent également une période clé dans l'expérimentation du tabac au collège. En effet, en classe de 6^{ème}, 10,3% des élèves ont déjà expérimenté le tabac, passant à 49,1% en fin de collège.(21)

Dans l'enquête ESCAPAD 2011, parmi les jeunes de 17 ans interrogés, l'âge moyen de la première cigarette est 14,1ans, résultat sensiblement superposable à celui de notre étude.(40)

Nous avons mis en évidence que le fait de débiter une consommation tabagique avant l'âge de 14 ans, favorisait par la suite une consommation de tabac quotidienne (56,2%) ainsi qu'un plus faible arrêt du tabac à plus long terme (4,6% versus 22,2% lorsque le tabac a été débuté après 14 ans).

Concernant l'évolution vers un tabagisme actif, plusieurs études ont également montré que le tabagisme en début d'adolescence est prédicteur de tabagisme à l'âge adulte avec une probabilité de dépendance au tabac plus élevée.

Breslau et Peterson avaient déjà mis en garde, il y a 20 ans, sur le risque du tabagisme précoce. Ils comparaient l'arrêt du tabac chez les jeunes ayant commencé à fumer avant 13 ans, entre 14-16 ans et après 17 ans. Le ratio était de 1,6 chez les jeunes ayant débuté à 14-16 ans et de 2,0 chez les jeunes ayant débuter après 17 ans, par rapport aux fumeurs plus précoces.(41)

L'étude de Khuder et Coll en 1999 montrait que les sujets ayant débuté leurs consommations avant l'âge de 16 ans avaient une probabilité deux fois plus élevée de rester fumeurs à l'âge de 60 ans.(42)

Des neuroscientifiques se sont intéressés aux processus neurobiologiques de l'addiction. Ils ont démontré que la nicotine au niveau cérébral mime les effets de l'acétylcholine dont une de ses actions est de stimuler les neurones dopaminergiques du système de récompense. Lors d'un usage prolongé, la régulation de la nicotine se fait par une augmentation du nombre de récepteurs et donc un potentiel addictif de plus en plus élevé.

D'autre part, nous savons que les substances addictives, dont la nicotine, modulent les processus de plasticité cérébrale de sorte que les comportements de consommation seraient appris, puis renforcés, favorisant l'usage compulsif de substances et aboutissant à l'impossibilité de contrôler sa consommation malgré la connaissance des conséquences négatives.(43)

IV.2.2.2 Les facteurs liés à l'adolescent

Nous avons recherché un éventuel lien entre le tabagisme et la corpulence de l'adolescent. L'étude de Boles et Johnson en 2001 a mis en évidence le lien que pouvaient faire les jeunes de 12 à 17 ans entre le tabac et la perception de leur poids. Ils ont montré qu'au stade de l'expérimentation, les jeunes filles fument éventuellement dans le but de maîtriser leur poids. Aucune différence n'avait été faite entre le poids perçu par les hommes et leur statut tabagique.(44)

Dans notre étude, 45,2% des jeunes au stade de surpoids n'ont jamais fumé, contre 37,7% à la corpulence normale ou 41,2% au stade de dénutrition. Nous ne pouvons donc pas en conclure que le poids seul est à mettre en lien avec le statut tabagique. Nous n'avons pas étudié le ressenti des jeunes sur leur image corporelle, d'où une comparaison impossible avec les résultats cités ci-dessus. De plus, seulement 6 adolescents étaient classés dans la tranche « obésité » de l'INPES. Les résultats auraient été probablement peu significatifs.

Nous avons également étudié l'activité physique des jeunes en fonction de leur statut tabagique. En moyenne, ils pratiquent 4,8 heures de sport par semaine ce qui est bien

inférieur aux recommandations de l'OMS. Selon eux, les enfants et jeunes adultes âgés de 5 à 17 ans devraient accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité moyenne à soutenue.(45) Dans notre étude, seulement 22,1% des jeunes estimant pratiquer une activité physique le faisaient au moins 7 heures par semaine. L'enquête HBSC de 2010 retrouvait également cette insuffisance d'activité sportive, avec 11,5% des jeunes pratiquant au moins 1 heure de sport par jour.(46)

Nous avons mis en évidence que les lycéens pratiquant une activité physique régulière d'au moins 7 heures par semaine étaient moins touchés par le tabagisme que les autres (27,3% de fumeurs contre 44,7% de fumeurs dans le groupe pratiquant moins de 7 heures de sport hebdomadaire). Nous avons choisi cette référence hebdomadaire devant les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique pour la santé.

La filière scolaire semble jouer un rôle dans le tabagisme de l'adolescent. Nous retrouvons une part plus importante de fumeurs en filière technologique (68,6%) qu'en filière générale (40,5%) ou professionnelle (39,8%). La différence de statut tabagique entre filière technologique ou non est statistiquement significative dans notre enquête. Ce résultat reste à discuter devant la faible proportion d'élèves en filière technologique dans notre étude (n= 35).

L'étude réalisée en 2006 par F. Beck chez les 17-18 ans retrouvait un taux de tabagisme plus faible chez les jeunes inscrits en filière générale qu'en filière professionnelle. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait qu'à un âge plus avancé, les élèves de filière professionnelle réalisent des stages en entreprises, hors cadre scolaire, avec un accès au tabac facilité.(47) Les jeunes que nous avons interrogé ne sortent presque pas du cadre scolaire à ce stade de leurs études.

IV.2.2.3 Le rôle de L'entourage

De nombreuses études ont mis en évidence l'importance du rôle joué par l'entourage dans le tabagisme de l'adolescent. Nous retrouvons également cette tendance dans notre travail. Lorsque le tabagisme est présent dans leur entourage, 45% des adolescents sont fumeurs, contre 17,2% des adolescents avec un entourage non fumeur. Le fait que ce soit le père

et/ou la mère qui fume favorise d'autant plus le tabagisme de l'enfant (49,7% contre 37,9% lorsque l'entourage est fumeur sauf les parents).

Une étude française réalisée en 2007 auprès de 542 adolescents et 312 parents retrouve également un lien entre la consommation des parents et celle des enfants, surtout lorsque le père est fumeur. Elle retrouve aussi une influence de la consommation des 2 parents sur la dépendance au tabac de leurs enfants.(48)

Nous avons demandé aux lycéens d'évaluer leur climat familial. Les jeunes estimant avoir une relation familiale moyenne ou mauvaise sont plus touchés par le tabagisme (57,2%) que les enfants jugeant cette relation bonne ou très bonne (38,2%).

L'étude citée précédemment a évalué l'impact du style éducatif. Le style « vigilant » des parents réduirait la consommation de tabac des enfants à l'inverse des styles « négligeant » ou « indulgent ».(48)

L'enquête HBSC 2010 retrouve un moindre tabagisme quotidien parmi les enfants issus de famille « traditionnelle » par rapport à ceux vivant dans une famille monoparentale.

Ces chiffres montrent, entre-autres, que l'influence parentale, les dysfonctionnements intra familiaux, l'équilibre parental ou encore le manque de repères au sein du foyer jouent un rôle majeur dans cette intoxication tabagique.

L'enquête ESCAPAD 2014 a comparé le tabagisme de l'enfant avec le capital économique familial de par la profession et la catégorie sociale des parents. Ils retrouvent un tabagisme plus important chez les enfants issus de familles « très favorisées » ainsi que des milieux « défavorisés ». A l'inverse, les jeunes issus de catégories socioprofessionnelles « intermédiaires » et « modestes » fument moins.(37)

Dans notre étude, nous mettons en avant que le fait d'avoir un parent cadre favorise le tabagisme de l'enfant. Cette différence est significative dans la CSP « cadre et professions intellectuelles supérieures » chez les mère (57,8% de tabagisme chez enfants contre 41,7% lorsque les mères font partie d'une autre CSP). Cette tendance s'explique en partie par l'absence de difficulté financière des enfants pour s'acheter du tabac.

A l'inverse de l'enquête ESCAPAD, les CSP « sans activité » du père et de la mère semblent être associées à un moindre tabagisme des enfants (53,2% et 66,3% de non-fumeurs).

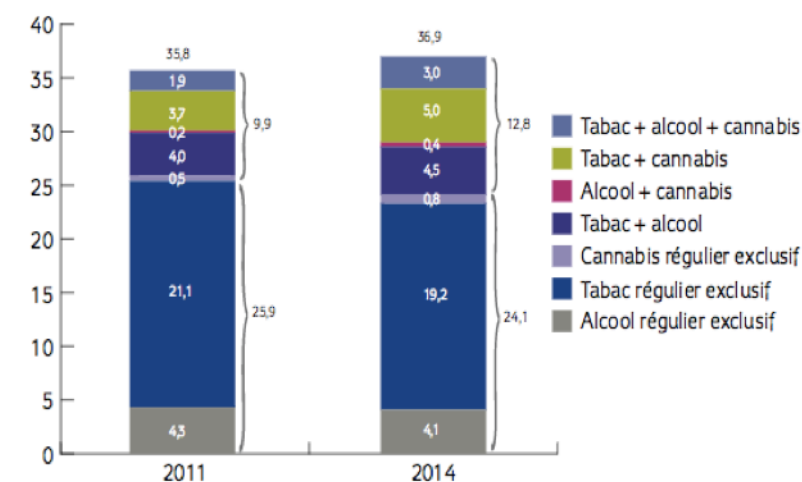
Il en ressort que, quelque soit le milieu social, l'influence tabagique des enfants est surtout issue de l'impact du propre tabagisme des parents.

IV.2.2.4 Le risque des co-addictions

L'enquête ESCAPAD 2014 s'est intéressée à la poly-consommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis des jeunes de 17 ans.(37) Elle concerne 12,8% des adolescents avec un cumul d'usage régulier de tabac et de cannabis le plus répandu (5%). Le terme « d'usage régulier » était défini par au moins 10 consommations dans les 30 derniers jours.

Le schéma ci dessous expose les différentes associations de poly-consommations, ainsi que leur évolution entre 2011 et 2014. (*Graphique 21*)

Graphique 21. Poly-consommations régulières de tabac, alcool et cannabis (en pourcentage).



Source : ESCAPAD 2011, 2014 - OFDT

Les enjeux autour de la poly-addiction sont également retrouvés dans notre étude. Il apparaît que le tabagisme favorise les autres consommations : 84,6% des jeunes fumeurs consomment de l'alcool au moins 1 fois par mois, contre 50% des jeunes ne fumant pas.

Comme dans leur enquête, l'association des consommations de tabac et de cannabis est encore plus marquée, avec une prise de cannabis au cours du dernier mois chez 60,7% des fumeurs contre 8,4% chez les non fumeurs.

Nous avons repris la même définition d'usage régulier pour analyser la consommation d'alcool et de cannabis des élèves que nous avons interrogés. Onze virgule six pour cent (11,6%) des jeunes de notre échantillon associent régulièrement le tabac et l'alcool tout comme le tabac et le cannabis (11,6%).

Concernant la poly addiction tabac/alcool régulier/cannabis régulier dans notre étude, nous retrouvons un chiffre sensiblement supérieur aux résultats d'ESCAPAD 2014 (4,7% versus 3,0%).

Nous retrouvons des résultats similaires entre notre enquête et ESCAPAD 2014 concernant les consommations isolées de substances. Dans notre population, 4,0% des jeunes consomment quotidiennement du cannabis, tout comme l'enquête ESCAPAD 2014. Concernant l'alcool, 0,9% des adolescents interrogés en consomment quotidiennement contre 1,8% selon ESCAPAD 2014.

IV.2.2.5 La cigarette électronique

Développée en Chine au milieu des années 2000, la cigarette électronique est apparue en France en 2007-2008, période du renforcement de l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Cinquante cinq pour cent (55%) de nos lycéens l'ont déjà essayé, et parmi eux 3% l'utilisent quotidiennement. L'enquête ETINCEL-OFDT parue en mai 2014 estime que 31% des 15-24 ans l'ont déjà expérimenté.(7)

Cette utilisation de cigarette électronique est corrélée à la consommation de tabac : 43,5% des jeunes tabagiques de notre étude associent une utilisation de cigarette électronique contre seulement 5,7% des non tabagiques.

Il reste difficile actuellement de se prononcer quant à l'impact de la cigarette électronique sur le comportement tabagique : si chez les adultes la cigarette électronique semble être un moyen de diminution ou d'arrêt du tabac, il semble que l'e-cigarette puisse jouer un rôle dans son initiation chez les plus jeunes.

Il est difficile d'en faire sa promotion devant l'absence de données scientifiques suffisantes sur ses effets secondaires. On remarque d'ailleurs que peu de médecins abordent ce sujet en consultation, notamment auprès des adolescents (2,2% dans notre étude).

IV.2.3 Le rôle du médecin généraliste

Depuis le 1^{er} janvier 2006, tous les jeunes de 16 ans et plus doivent choisir et déclarer un médecin traitant. Quatre vingt seize virgule sept pour cent (96,7%) des adolescents de notre étude déclarent avoir un médecin traitant et le consultent en majorité plus de 2 fois par an.

Malgré des visites relativement fréquentes de l'adolescent chez son médecin, nous avons vu précédemment que seuls 39,3% des médecins avaient abordé la question du tabac au moins une fois avec eux en consultation.

Il est intéressant de voir que les chiffres donnés par les médecins sont supérieurs à ceux donnés par les adolescents que nous avons questionnés. Certains biais notamment de mémorisation peuvent sous estimer ces chiffres, mais, quoi qu'il en soit, le sujet du tabagisme reste trop peu abordé en consultation dans cette tranche d'âge. Il est licite de s'interroger sur la différence retrouvée en terme de prévention. La prévention faite est-elle mal comprise par les jeunes ? Faut-il une information adaptée à l'âge, répétée dans le temps ?

Pour l'HAS, le rôle du médecin dans la prévention du tabagisme passe d'abord par la délivrance d'un conseil minimal. La question que nous posons dans notre questionnaire « votre médecin vous a t'il déjà demandé si vous fumiez » en fait partie.

Une enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine et Loire parue en 2008 s'est intéressée à la pratique du conseil minimal en consultation. Trente-deux pour cent (32%) des médecins déclarent aborder systématiquement le tabagisme en consultation et seulement 20% d'entre eux déclarent pratiquer le conseil minimal.(49)

Nous retrouvons dans notre travail que cette question est plus fréquemment posée chez les jeunes fumeurs. On peut donc se dire que le médecin est probablement au courant de la consommation de ses jeunes patients. Il en est peut-être directement informé par les parents, car cette question est aussi plus posée quand les parents sont au courant du tabagisme de leur enfant.

De plus, le sujet était davantage abordé chez les non sportifs, chez les enfants ayant des parents fumeurs et chez les enfants le consultant plus régulièrement. Les médecins évaluent

probablement déjà les facteurs de risque de tabagisme liés à chaque jeune, et il le fait d'autant mieux lorsqu'il connaît bien son patient.

Il a été démontré que la pratique du conseil minimal est d'autant plus capitale qu'elle permet un arrêt accru du tabac à la différence des patients n'ayant pas reçu ce conseil. Selon l'étude de Slama K. parue en 1995, le fait de poser les 2 questions du conseil minimal (« fumez-vous ? » et « voulez-vous arrêter de fumer ? ») double le taux de succès à l'arrêt et après 1 an, par rapport à l'arrêt spontané dans un groupe témoin.(50)

Nous retrouvons aussi cette tendance. Cinquante-trois virgule un pour cent (53,1%) des lycéens ont pensé à arrêter de fumer lorsque que leur médecin a abordé la question du tabac, contre 46,9% chez ceux pour qui le tabac n'a pas été évoqué en consultation.

Nous n'avons par contre pas retrouvé de différence statistiquement significative entre la pratique du conseil minimal et l'arrêt du tabac. Ce résultat peut aussi s'expliquer par la faible proportion d'élèves ayant arrêté leur consommation dans notre étude (n=53).

De plus, seulement 1,2% des élèves fumeurs se sont vus proposer une aide pour le sevrage tabagique. Ce taux est très faible d'autant que les substituts nicotiniques sont autorisés et remboursés à partir de l'âge de 15 ans. Il s'agit peut-être davantage d'un manque de connaissance de la part du médecin tant sur l'addiction de son patient que sur les traitements eux-mêmes, plutôt qu'une banalisation d'un éventuel sevrage.

Par ailleurs, un des freins souvent exprimé par les médecins pour aborder le problème du tabac avec l'adolescent est la présence des parents lors de la consultation.(51) Une minorité (34%) des jeunes de notre étude trouve que cette présence est un obstacle. Les médecins ont donc sûrement cette idée reçue en tête, d'autant plus que dans notre enquête, les parents sont au courant du tabagisme de leur enfant dans 57,2% des cas.

En fin de questionnaire, nous interrogeons les élèves quant aux lieux où ils avaient reçu le plus d'informations sur le tabac. Il en ressort que la consultation de médecine générale représente le lieu où le moins d'informations a été délivrée à ce sujet (3%). Il est largement devancé par l'école (43%) puis les médias et la famille.

Ce résultat est plutôt en accord avec le faible pourcentage d'abord du tabagisme en consultation révélé par plusieurs études dont notre enquête et pointe la lucidité des adolescents à ce sujet.

Au cours de notre enquête, nous avons posé une dernière question ouverte aux lycéens sur le rôle que joue leur médecin généraliste, selon eux, dans la prévention du tabagisme chez l'adolescent. Pour analyser cette question, nous avons réparti les réponses en 3 secteurs : Pas de réponse/Aucun rôle/Rôle positif dans cette prévention.

Soixante-dix-huit virgule neuf pour cent (78,9%) d'entre eux estiment que le médecin doit faire de la prévention au niveau du tabac dans leur population. Ce résultat n'est pas statistiquement différent entre les fumeurs et les non fumeurs. Il l'est par contre lorsque que le médecin a abordé ou non ce sujet en consultation : ils sont plus nombreux (85,2%) à penser que le médecin doit jouer un rôle de prévention quand leur propre médecin en a déjà parlé avec eux.

Ces résultats sont par contre en contradiction avec leurs réponses à la question n°15 « Si le tabac n'a pas été abordé, auriez-vous souhaité que votre médecin vous en parle » ou seulement 10,6% ont répondu favorablement. Lorsqu'il s'agit de leur situation personnelle, les adolescents sont beaucoup plus réticents, et aborder ce type de prévention est plus compliquée.

Nous remarquons ici toute la difficulté de la prise en charge globale de l'adolescent notamment sur les questions de prévention des risques avec souvent une ambivalence importante concernant leur demande et leurs espérances.

Nous pouvons toutefois souligner qu'une fois la prévention du tabac abordée en consultation, les jeunes semblent avoir des attentes plus importantes auprès de leur médecin notamment sur ce sujet. Il est donc important de développer cette prévention singulière faite par le médecin auprès de ses jeunes patients pour pouvoir espérer dans les années qui viennent, un net recul du tabagisme en France et de ses conséquences.

V Conclusion

Quarante-et-un virgule quatre pour cent (41,4%) des lycéens de notre étude sont fumeurs. Cette forte prévalence du tabagisme chez les jeunes est de nouveau en augmentation ces dernières années malgré de nombreuses mesures de prévention collective mises en place, que ce soit dans les écoles ou à travers les médias.

Les autorités de santé actuelles recommandent à tous les praticiens généralistes la délivrance d'un conseil minimal quant à un sevrage tabagique le plus précoce possible.

Malheureusement, la prévention individuelle auprès des adolescents reste trop faible. Seulement 39,3% des jeunes interrogés se sont vus poser la question « Avez-vous déjà fumé ? » par leur médecin traitant.

Nous avons remarqué que le statut tabagique des jeunes était corrélé à certains déterminants. Un lien entre le tabagisme et l'absence d'activité physique régulière a été retrouvé dans notre étude. Une association significative avec l'exposition à un tabagisme passif est aussi mise en évidence ; les jeunes ayant des parents fumeurs consomment davantage. Des relations intrafamiliales difficiles sont également un facteur d'initiation au tabagisme chez l'enfant. Par ailleurs, les adolescents scolarisés en filière technologique sont majoritairement fumeurs dans notre enquête. Comme retrouvé dans d'autres études, nous avons pu mettre en évidence le risque de co-addiction à l'alcool, au cannabis et maintenant à la cigarette électronique chez les jeunes.

L'identification de ces différents facteurs favorisant peuvent aider les médecins, en cas de manque de temps en consultation comme souvent exprimé de leur part, à axer leur prévention sur certains adolescents. Néanmoins, il reste évident que la prévention doit se faire chez tous les jeunes et le plus précocement possible d'autant plus que l'expérimentation du tabac avant l'âge de 14 ans favorise par la suite une consommation régulière et un plus faible taux d'arrêt à long terme.

Cette enquête nous a permis de nous rendre compte que le tabagisme chez l'adolescent est un sujet difficile à aborder dans la pratique quotidienne. Le médecin généraliste joue un rôle

encore trop discret dans cette mission de prévention, malgré des attentes exprimées par les jeunes interrogés et un impact significatif prouvé du conseil minimal.

Nous avons mis en évidence la discordance entre les attentes du jeune et le fait qu'il ne souhaite pas forcément qu'on lui en parle en consultation. La difficulté du médecin devant cette ambiguïté est de trouver le juste milieu dans la prévention, sans avoir une attitude moralisatrice ou de jugement afin de maintenir le lien de confiance qu'il a pu créer.

Il me semblerait pertinent de mener des études prospectives sur ce sujet ; d'évaluer par exemple le bénéfice d'une consultation de prévention centrée sur la consommation tabagique vers l'âge de 12 – 13 ans. Les critères de jugement pourraient concerner l'âge d'initiation au tabagisme par la suite, le taux de sevrage et sa temporalité pour les adolescents déjà consommateurs ; le tout comparativement à des jeunes n'ayant pas bénéficié d'une telle consultation.

VI Bibliographie

1. INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). Tabac [en ligne]. 2014 [consulté le 19 décembre 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/index.asp>
2. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Peretti-Watel P. Premiers résultats du baromètre santé 2010. Evolutions récentes du tabagisme en France [en ligne]. 2010 [consulté le 17 novembre 2014]. Disponible sur: http://asset.rue89.com/files/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-_sante-2010.pdf
3. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France: analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 [en ligne]. 2010 [consulté le 17 novembre 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>
4. Campaign for tobacco-Free Kids. La publicité en faveur du tabac et les jeunes: les preuves [en ligne]. 2008 [consulté le 25 avril 2016]. Disponible sur: http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/fr/APS_youth_evidence_fr.pdf
5. Institut National du Cancer. Epidémiologie nationale du cancer du poumon. Données essentielles [en ligne]. 2015 [consulté le 23 novembre 2015]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/12-cancer-poumon/34-epidemiologie-nationale-cancer-poumon-donnees-essentielles.html>
6. Institut de veille sanitaire. Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac [en ligne]. 2003 [consulté le 23 novembre 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2003/22_23/beh_22_23_2003.pdf
7. Lermenier A. Le tabac en France: un bilan des années 2004-2014 [en ligne]. 2014 [consulté le 19 décembre 2014]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxalu5.pdf>
8. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Lermenier A, Wilquin J-L, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes. Evolutions [en ligne]. janvier 2015 [consulté le 13 novembre 2015];(31). Disponible sur: <http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2015/02/INPES-Evolutions-tabac.pdf>
9. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [en ligne]. WHO. 2003 [consulté le 17 mai 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/fctc/text_download/fr/
10. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Liste complète des signataires et des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [en ligne]. [consulté le 16 novembre 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/fr/

11. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Journée mondiale sans tabac [en ligne]. 2016 [consulté le 17 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/fr/>
12. République française. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme [en ligne]. Legifrance. 1993 [consulté le 16 novembre 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068551>
13. République française. LOI no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme [en ligne]. Legifrance. 1991 [consulté le 16 novembre 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&categorieLien=id>
14. Institut national du cancer. Le Plan cancer 2003-2007 [en ligne]. 2014 [consulté le 17 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
15. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 nov 15, 2006.
16. Assurance Maladie. L'arrêt du tabac : une prise en charge des substituts nicotiniques [en ligne]. 2016 [consulté le 17 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-arret-du-tabac.php>
17. République française. Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac [en ligne]. Legifrance. 2010 [consulté le 17 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022120525&categorieLien=id>
18. République française. Plan cancer 2014 - 2019. Guérir et prévenir les cancers: donnons les mêmes chances à tous, partout en France [en ligne]. 2014 [consulté le 19 décembre 2014]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/11521-plan-cancer-2014
19. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Marisol Touraine présente le Programme national de réduction du tabagisme [en ligne]. 2014 [consulté le 19 décembre 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-presente-le-programme-national-de-reduction-du-tabagisme.html>
20. République française. Assemblée nationale-XIVe législature-Session ordinaire de 2015-2016-Compte rendu intégral [en ligne]. Assemblée Nationale. 2015 [consulté le 17 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2015-2016/20160066.asp>
21. Spilka S, Ehlinger V, Le Nézet O, Pacoricon D, Ngantcha M, Godeau E. Alcool, tabac et cannabis en 2014 durant les « années collèves » [en ligne]. 2015 [consulté le 17 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssvc.pdf>

22. Arnaud C, Beck F, Cavalin C, Delpierre C, Dupuy M, Ehlinger V, et al. La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) [en ligne]. 2010 [consulté le 19 décembre 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>
23. OFDT (Observatoire française des Drogues et des Toxicomanies). Enquête ESPAD. Historique [en ligne]. 2014 [consulté le 25 avril 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/espas/historique/>
24. Spilka S, Le Nézet O. Premier résultats du volet français de l'enquête European school Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2011 [en ligne]. 2012 [cité 20 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsss5.pdf>
25. Allen J, Heyrman J, Svab I. La définition Européenne de la médecine générale - Médecine de famille [en ligne]. 2002 [consulté le 23 novembre 2015]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
26. République française. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [en ligne]. Legifrance. 2004 [consulté le 23 novembre 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id>
27. Balcou-Debussche M, Baudier F, Beck F, Bourgueil Y, Buttet P, Evrard I, et al. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [en ligne]. 2009 [consulté le 14 décembre 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
28. ANAES (Agence national d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en médecine générale: Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique [en ligne]. 2004 [consulté le 14 décembre 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Reperage_fumeur_ref.pdf
29. ANAES (Agence national d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Conférence de consensus. Arrêt de la consommation du tabac [en ligne]. 1998 [consulté le 17 mai 2016]. Disponible sur: <http://treatobacco.bwa-subway4.co.uk/site/de/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/France%20treatment%20guidelines%20in%20French%201998.pdf>
30. République française. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [en ligne]. Legifrance. 2007 [consulté le 14 décembre 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100>
31. WHO (World Health Organization). Global Database on Body Mass Index. BMI classification [en ligne]. [consulté le 25 avril 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

32. Wikipédia. Professions et catégories socioprofessionnelles en France [en ligne]. 2016 [consulté le 25 avril 2016]. Disponible sur:
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Professions_et_cat%C3%A9gories_socioprofessionnelles_en_France&oldid=123640327
33. Messaadi N, Calafiore M, Cauvin B, Lemaire S, Cottencin O. Dépistage par les médecins généralistes de la consommation de tabac chez les jeunes de 12 à 16 ans. *Presse Médicale*. mars 2013;42(3):e85-8.
34. INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). Alcool, tabac et drogues illicites : Géographie des pratiques addictives en France [en ligne]. 2013 [consulté le 25 juillet 2016]. Disponible sur:
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp131107.pdf>
35. Insee (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux au 1er janvier 2016 [en ligne]. [consulté le 20 mai 2016]. Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150
36. Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche [en ligne]. 2015 [consulté le 20 mai 2016]. Disponible sur:
<http://www.education.gouv.fr/cid57096/reperes-et-references-statistiques.html>
37. Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 [en ligne]. 2015 [consulté le 11 avril 2016]. Disponible sur:
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssv5.pdf>
38. ORS (Observatoire Régional de la Santé) Pays de Loire. Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives [en ligne]. 2012 [consulté le 17 novembre 2014]. Disponible sur:
http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/BSJ/2010BSJpdl_drogues_fevrier2012.pdf
39. INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). Présentation du Dossier de Tabacologie [en ligne]. 2007 [consulté le 25 avril 2016]. Disponible sur:
https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/4.dossier_de_tabacologie/Presentation_du_Dossier_de_Tabacologie.pdf
40. Spilka S, Le Nézet O, Tovar M-L. Les drogues à 17ans: premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 [en ligne]. 2012 [consulté le 19 décembre 2014]. Disponible sur:
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsps2.pdf>
41. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health*. févr 1996;86(2):214-20.
42. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addict Behav*. oct 1999;24(5):673-7.

43. COROMA (Collège Romand de Médecine de l'Addiction). Neurosciences de l'addiction [en ligne]. 2009 [consulté le 25 juillet 2016]. Disponible sur: http://www.bag.admin.ch/shop/00010/00509/index.html?download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJd4N4f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&lang=fr
44. Boles SM, Johnson PB. Gender, weight concerns, and adolescent smoking. *J Addict Dis.* 2001;20(2):5-14.
45. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [en ligne]. 2010 [consulté le 25 avril 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
46. OFDT (Observatoire française des Drogues et des Toxicomanies). Premiers résultats du volet drogues de l'enquête HBSC 2010. Usages d'alcool, tabac et cannabis des 11,13 et 15 ans [en ligne]. 2012 [consulté le 20 décembre 2014]. Disponible sur: http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2012/04/1ersresultats_HBSC2010.pdf
47. Beck F, Legleye S, Spilka S, Peretti-Watel P. Le tabagisme des adolescents : baisse du niveau d'usage et représentations spécifiques. *Psychotropes.* 15 mars 2006;12(1):75-97.
48. Courtois R, Caudrelier N, Legay E, Lalande G, Halimi A, Jonas C. Influence parentale (dépendance tabagique et styles éducatifs) sur la consommation et la dépendance tabagique de leur adolescent. *Presse Médicale.* oct 2007;36(10):1341-9.
49. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Rev Mal Respir.* mai 2010;27(5):431-40.
50. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control.* juin 1995;4(2):162-9.
51. Messaadi N, Calafiore M, Cauvin B, Lemaire S, Cottencin O. Dépistage par les médecins généralistes de la consommation de tabac chez les jeunes de 12 à 16 ans. *Presse Médicale.* mars 2013;42(3):e85-8.

VII Annexes

Annexe n°1 : introduction au questionnaire

Thèse de médecine générale Le tabagisme chez l'adolescent
--

Je suis interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse de fin d'étude, j'effectue un travail de recherche concernant le tabagisme chez l'adolescent.

Ce questionnaire qui vous est remis, s'adresse à toute personne scolarisée en lycée général, technologique ou professionnel.

Vous êtes bien évidemment libre d'y participer ou non.

Il vous faudra moins de 5 minutes pour le compléter.

Toutes les informations recueillies sont soumises au secret médical et seront anonymes.

Merci d'y répondre le plus sincèrement possible afin que cette enquête puisse être au plus proche de la réalité.

Pour toute question ou demande d'informations complémentaires, n'hésitez pas à en faire part à la personne vous distribuant le questionnaire.

Je vous remercie pour votre aide,
Domitille CABELGUEN

Annexe n°2 : questionnaire

Questionnaire d'enquête

Merci de répondre aux questions en cochant la réponse choisie.

1) Etes-vous ? ☐ Une femme ☐ Un homme

2) Quel âge avez-vous ? _____ ans et _____ mois

3) Dans quelle filière êtes-vous scolarisé ?

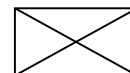
a) Générale : ☐ Seconde ☐ Première ☐ Terminale ☐ Filière : _____

b) Technologique : ☐ Seconde ☐ Première ☐ Terminale ☐ Filière : _____

c) Professionnelle : ☐ Seconde ☐ Première ☐ Terminale ☐ Filière : _____

4) a) Quel est votre poids ? _____

b) Quelle est votre taille ? _____



5) Avez-vous déjà fumé du tabac ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : A quel âge avez-vous fumé votre 1^{ère} cigarette : _____

6) Consommez-vous occasionnellement (de temps en temps) du tabac ? ☐ Oui ☐ Non

Consommez-vous quotidiennement du tabac (au moins 1 cigarette par jour) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ? _____

7) Avez-vous déjà consommé du cannabis ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, au cours des 30 derniers jours : ☐ Au moins 1 fois ☐ Au moins 10 fois ☐ Tous les jours

8) Avez-vous déjà consommé de l'alcool ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, au cours des 30 derniers jours : ☐ Au moins 1 fois ☐ Au moins 10 fois ☐ Tous les jours

9) Pratiquez-vous une activité sportive ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : Combien d'heure(s) par semaine ? _____

10) Quelle est la profession de votre père ? _____ De votre mère ? _____

11) Y a-t-il des personnes tabagiques dans votre entourage ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui : ☐ Père

☐ Mère

☐ Frère/sœur

☐ Grands-parents

☐ Amis

12) Comment considérez-vous la relation avec votre famille ?

☐ Très bonne

☐ Bonne

☐ Moyenne

☐ Mauvaise

13) Avez-vous un médecin généraliste ? ☐ Oui

☐ Non

Si oui : Combien de fois l'avez-vous vu au cours des 5 dernières années ?

☐ Jamais

☐ 1 à 2 fois

☐ 3 à 5 fois

☐ 6 à 10 fois

☐ Plus de 10 fois

14) Votre médecin vous a-t-il déjà demandé si vous fumiez ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui : Quel était le motif de la consultation ? _____

Vous a-t-il donné des documents d'information sur le tabac ? ☐ Oui

☐ Non

15) Si la question du tabac n'a pas été abordée, auriez-vous souhaité que votre médecin vous en parle ?

☐ Oui

☐ Non

16) Pensez-vous que la présence de votre parent en consultation est un obstacle à aborder la question du tabagisme avec votre médecin ? ☐ Oui ☐ Non

17) Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui : Consommez-vous-en occasionnellement (de temps en temps) ?

☐ Oui

☐ Non

Consommez-vous-en quotidiennement ?

☐ Oui

☐ Non

18) Votre médecin vous a-t-il déjà parlé de la cigarette électronique ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui : ☐ Pour informations (risques, avantages...)

☐ Pour aider à l'arrêt du tabac

Si vous n'avez jamais fumé, passez à la question N°31. Sinon, merci de répondre aux questions suivantes :

19) Vos parents sont-ils au courant de votre tabagisme ? ☐ Oui

☐ Non

20) a) Avez-vous déjà pensé à arrêter ? ☐ Oui

☐ Non

b) Avez-vous déjà essayé d'arrêter ? ☐ Oui

☐ Non

Si oui : Quelle a été la durée de l'arrêt ? _____

c) Avez-vous définitivement arrêté ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : Depuis combien de temps ? _____

21) Votre médecin vous a-t-il proposé une aide pour diminuer ou arrêter le tabac ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : Par substituts nicotiniques (gommes, patchs...) : ☐ Oui ☐ Non

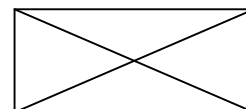
Par médicaments (BUPROPION, VARENICLINE) : ☐ Oui ☐ Non

Autres (psychologue, association...) : ☐ Oui ☐ Non

22) Pensez-vous être dépendant au tabac ?

☐ Pas du tout ☐ Dépendance faible ☐ Dépendance moyenne

☐ Dépendance forte ou très forte



23) Combien de temps après s'être réveillé, fumez-vous votre 1^{ère} cigarette ?

☐ Moins de 6 minutes ☐ 6 à 30 minutes ☐ 31 à 60 minutes ☐ Plus de 60minutes

24) Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits (cinéma, bibliothèque..) ?

☐ Oui ☐ Non

25) Quelle est la cigarette la plus indispensable ? ☐ La première ☐ Une autre

26) Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

☐ Moins de 11 ☐ 11 à 20 ☐ 21 à 30 ☐ Plus de 31

27) Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

☐ Oui ☐ Non

28) Fumez-vous même si vous êtes malade au point de rester au lit ? ☐ Oui ☐ Non

29) Où avez-vous reçu le plus d'informations concernant le tabac ?

☐ Médias (TV, internet, journaux) ☐ Collège / Lycée ☐ Médecin généraliste

☐ Lors de la pratique de loisirs ☐ Par votre famille ☐ Autre : _____

30) A votre avis, quel rôle a votre médecin généraliste dans la prévention du tabagisme chez l'adolescent ?

Merci pour votre aide !

Annexes 3 : détails des analyses statistiques

1. Comparaison de la dépendance au tabac chez les fumeurs occasionnels et quotidiens

	Fumeurs quotidiens	Fumeurs occasionnels
Pas de dépendance (Fageström 0-2)	139	68
Dépendance (Fageström > 2)	79	3

Khi=25,45 **p=4,53 *10⁻⁷**

2. Comparaison de la dépendance au tabac en fonction du sexe :

Sexe	Pas de dépendance	Dépendance
Femmes	139	45
Hommes	97	39

Khi=0,52 p=0,47

3. Comparaison de la prévalence du tabagisme selon le sexe

Sexe	Non tabagique (jamais+essai)	Tabagique (occasionnel et quotidien)
Femmes	254	207
Hommes	226	132

Khi=5,03 **p=0,025**

Sexe	Tabac occasionnel	Tabac quotidien
Femmes	85	122
Hommes	30	102

Khi=11,28 **p=0,0008**

4. Comparaison en fonction de l'âge d'initiation :

	Age de début < 14ans	Age de début ≥ 14ans
Fumeurs quotidiens	91	132
Fumeurs non quotidiens (occasionnels et essais)	71	192

Khi=9,74 **p=0,0018**

5. Comparaison du statut tabagique en fonction de l'activité physique

	Sport ≥ 7h/semaine	Sport < 7h/semaine
Tabagique (quotidien et occasionnel)	30	173
Non tabagique (jamais et essai)	80	214

Khi=10,06 **p=0,0015**

6. Comparaison en fonction de la filière scolaire :

	Non tabagique	Tabagique
Filière professionnelle	210	139
Filière générale	259	176
Filière technologique	11	24

Khi=11,16 **p=0,0038**

7. Comparaison du tabagisme chez le jeune en fonction du tabagisme de l'entourage :

	Tabagisme dans l'entourage	Entourage non tabagique
Tabagique	323	16
Non tabagique	394	77

Khi=25,1 **p=5,46*10⁻⁷**

	Père et / ou mère fumeuse	Entourage tabagique hormis les parents
Tabagique	216	107
Non tabagique	219	175

Khi=9,01 **p=0,0027**

8. Comparaison du tabagisme de l'enfant en fonction de sa relation familiale :

	Relation familiale B ou TB	Relation familiale moyenne/mauvaise
Tabagique	255	79
Non tabagique	413	59

Khi=16,37 **p=5,2*10⁻⁵**

9. Comparaison en fonction de la profession des parents :

CSP du père	Enfant fumeur	Enfant non fumeur
Cadre	54	51
Non cadre	233	332

Khi=3,35 p=0,067

CSP de la mère	Enfant fumeur	Enfant non fumeur
Cadre	48	35
Non cadre	255	357

Khi=7,12 **p=0,0076**

CSP de la mère	Enfant fumeur	Enfant non fumeur
Ouvrière	15	12
Non ouvrière	288	380

Khi=1,17 p=0,28

10. Relation entre la consommation d'alcool et de tabac

Alcoolisation dans les 30 derniers jours	Non tabagique	Tabagique
Moins de 10 fois	430	243
Au moins 10 fois	46	95

Khi=45,66 **$p=1,40*10^{-11}$**

Alcoolisation dans les 30 derniers jours	Non tabagique	Tabagique
Jamais	238	52
Au moins 1 fois	238	286

Khi=101,76 **$p=6,26*10^{-24}$**

11. Relation entre la consommation de cannabis et de tabac

Consommation de cannabis dans les 30 derniers jours	Non tabagique	Tabagique
Jamais	437	132
Au moins 1 fois	40	204

Khi=254,5 **$p=2,70*10^{-57}$**

Consommation de cannabis dans les 30 derniers jours	Non tabagique	Tabagique
Moins de 10 fois	473	242
Au moins 10 fois	4	94

Khi=134,12 **$p=5,14*10^{-31}$**

12. Relation entre consommation de tabac et utilisation de la cigarette électronique

Consommation de cigarette électronique	Non tabagique	Tabagique
Jamais ou Essai	449	190
Occasionnel ou Quotidien	27	146

Khi=165,43 **$p=7,32*10^{-38}$**

13. Abord de la question du tabagisme par le médecin généraliste

➤ En fonction de la fréquence des consultations

	≤ 1 consult / an	>1 consult / an
Question sur le tabagisme non posé par le MG	210	260
Question posée par le MG	90	225

Khi=20,05 **$p=7,54*10^{-6}$**

➤ En fonction du statut tabagique du jeune

	Jeunes non fumeurs	Fumeurs
Tabac non abordé	322	172
Tabac abordé	154	166

Khi=22,57 **$p=2,02*10^{-6}$**

➤ En fonction de la connaissance des parents du statut tabagique de leur enfant

	Parents non au courant	Parents au courant
Tabac non abordé	130	83
Tabac abordé	51	122

Khi=36,91 **$p=1,24*10^{-9}$**

➤ En fonction du sexe

	Femmes	Hommes
Tabac non abordé	265	229
Tabac abordé	194	126

Khi=3,57

p=0,059

➤ En fonction de l'activité physique

	Sport < 7h par semaine	Au moins 7h de sport par semaine
Tabac non abordé	220	75
Tabac abordé	166	34

Khi=4,45

p=0,035

➤ En fonction du statut tabagique des parents :

	Parents non fumeurs	Père et/ou mère fumeurs
Tabac non abordé	233	255
Tabac abordé	141	177

Khi=0,77

p=0,38

14. Rôle du médecin selon les adolescents dans la prévention tabagique

➤ Selon le statut tabagique de l'adolescent

	Non tabagique	Tabagique
Pas de rôle du médecin	64	45
Rôle positif du médecin	262	145

Khi=0,95

p=0,33

- Selon l'abord de la question du tabac par le médecin

	Tabac non abordé	Tabac abordé
Pas de rôle du médecin	79	30
Rôle positif du médecin	234	173

Khi=7,47

p=0,006

15. Sevrage tabagique

- Avoir pensé à arrêter

	Pas pensé à arrêter	Pensé à arrêter
Tabac non abordé par MG	59	114
Tabac abordé par MG	40	129

Khi=4,03

p=0,045

- Avoir essayé d'arrêter

	Pas d'essai	Essai de l'arrêt
Tabac non abordé	81	89
Tabac abordé	95	72

Khi=2,52

p=0,11

- Avoir arrêté de fumer

	Pas d'arrêt	Arrêt
Tabac non abordé	147	24
Tabac abordé	140	28

Khi=0,27

p=0,60

16. Cigarette électronique dans le sevrage tabagique

	Jamais pensé à arrêter	Ont pensé à arrêt
Non consommateur	53	142
Consommateur (occasionnel et quotidien)	46	102

Khi=0,45 p=0,50

	Jamais essayé d'arrêter	Essai d'arrêt
Non consommateur	91	102
Consommateur (occasionnel et quotidien)	70	75

Khi=0,009 p=0,92

	Pas d'arrêt du tabac	Arrêt définitif du tabac
Non consommateur	158	36
Consommateur (occasionnel et quotidien)	129	17

Khi=2,52 p=0,11

Vu, le Président du jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse :

Prévention du tabagisme chez l'adolescent en consultation de médecine générale : Enquête auprès de 819 lycéens de Loire-Atlantique et du Morbihan.

RESUME

Introduction : La prévalence du tabagisme chez les jeunes ne cesse de croître ces dernières années. La Haute Autorité de Santé recommande aux médecins généralistes la réalisation d'un dépistage du tabagisme chez leurs patients dès leur plus jeune âge ainsi que la délivrance d'un conseil minimal. L'objectif principal de cette étude était de mesurer la fréquence avec laquelle la question du tabac est, selon les adolescents, abordée en consultation de médecine générale.

Méthode : Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive auprès des lycéens de Loire-Atlantique et du Morbihan. Le recueil des données s'est effectué par auto-questionnaire de mai à juin 2015.

Résultats : Sur les 819 lycéens inclus, le médecin a déjà abordé la question du tabac en consultation chez 39,3% d'entre eux. Nous retrouvons une prévalence du tabagisme (occasionnel et quotidien) de 41,4% et un tabagisme quotidien chez 27,4% des jeunes. Des facteurs favorisant le tabagisme ont été mis en évidence ainsi qu'un risque de tabagisme actif chez les fumeurs précoces.

Conclusion : Notre étude confirme le faible taux d'abord de la question du tabac en consultation avec les adolescents. Une prévention adaptée à l'âge doit être généralisée dans cette population et guidée par les déterminants d'initiation du tabagisme. C'est en renforçant la prévention précoce chez les jeunes que nous pouvons espérer une baisse du tabagisme dans les années à venir.

MOTS-CLES

Tabac, prévention, médecine générale, adolescents, prévalence, conseil minimal, sevrage