

Tabac et adolescence

Enquête sur les motivations et les connaissances des effets du tabac

N. Hastier, K. Quinque, A.S. Bonnel, S. Leménager, P. Le Roux

Résumé

Introduction Le tabagisme chez les adolescents est une préoccupation de santé publique. L'objectif de notre enquête prospective et descriptive a été de mieux comprendre les habitudes tabagiques des adolescents.

Méthodes Un questionnaire a été distribué aux enfants de 12 à 16 ans se présentant aux Urgences Pédiatriques du Havre de septembre 2003 à mai 2004. Les items recueillis ont porté sur les habitudes et les connaissances sur le tabagisme.

Résultats Cent réponses ont été recueillies chez des adolescents avec une moyenne d'âge de 14 ans. Nous avons trouvé 35 % de fumeurs. Chez les fumeurs, la moyenne d'âge du début du tabagisme est à 12,2 ans. Les filles fument significativement plus que les garçons (42 % versus 22 %, $p < 0,01$). Le sexe ratio est de 2,8 (26 filles et 9 garçons). Le degré de dépendance a été évalué par le score de Fagerström. La moitié des adolescents interrogés sont moyennement à fortement dépendants (score > 5), malgré une consommation quotidienne de 5 cigarettes en moyenne. La consommation d'autres « drogues » a été signalée chez 51,5 % des fumeurs. Sur les 100 adolescents, 7 ont arrêté de fumer, mais 3 pensent fumer à nouveau un jour. Les adolescents de famille monoparentale ou séparée fument significativement plus que si les parents sont en couple (58,3 % versus 41,6 %, $p < 0,01$). La classe de troisième a représenté le pic de prise de contact avec le tabac.

Conclusion Le tabac chez les adolescents est une conduite à risque justifiant la poursuite des actions de prévention par l'ensemble des médecins.

Mots-clés : Tabac • Adolescent • Dépendance • Nicotine • Addiction.

Service des Urgences pédiatriques, Groupe hospitalier, Le Havre, France.

Correspondance : P. Le Roux

Service des Urgences pédiatriques, Groupe hospitalier, 55, bis rue Gustave Flaubert, 76600 Le Havre.

pleroux@ch-havre.fr

Réception version princeps à la Revue : 26.08.2005.

Retour aux auteurs pour révision : 12.10.2005.

Réception 1^{ère} version révisée : 02.02.2006.

Acceptation définitive : 14.02.2006.

Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 237-41

**Smoking and adolescent.
An inquiry into motivation and knowledge
of the effects of tobacco**

N. Hastier, K. Quinque, A.S. Bonnel, S. Leménager, P. Le Roux

Summary

Introduction The nicotineism at the teenagers is a concern of public health. The objective of our prospective and descriptive investigation was to better include/understand the nicotinic practices of the teenagers.

Methods A questionnaire was distributed to the children from 12 to 16 years presenting at the Paediatric emergency department of Le Havre from September 2003 on May 2004. The items collected related to the practices and knowledge on the nicotineism.

Results Hundred answers were collected at teenagers with an average age 14 years. We found 35% of smokers. Among smokers, the average age of the beginning of the nicotineism is at 12,2 years. The girls smoke significantly more than the boys (42% versus 22%, $p < 0.01$).

Sex ratio is 2,8 (26 girls and 9 boys). The degree of dependence was evaluated by the score of Fagerström. Half of the questioned teenagers are fairly with strongly dependent (score > 5), in spite of a daily consumption of 5 cigarettes on average. The consumption of other "drugs" was announced at 51.5% of the smokers. On the 100 teenagers, 7 stopped smoking, but 3 think of smoking a day again. The teenagers of single-parent family or separate smoke significantly more than if the parents are in couple (58.3% versus 41.6, $p < 0.01$). The class of third represented the peak of making of contact with the tobacco.

Conclusion The tobacco at the teenagers is a control at the risk justifying the continuation of the actions of prevention by the whole of the doctors.

Key-words: Tobacco • Adolescent • Smoke patterns • Addiction • Dependence.

Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 237-41
pleroux@ch-havre.fr

Introduction

Le tabagisme est responsable de 60 000 décès par an en France. C'est la première cause de mortalité évitable. L'évolution récente de la consommation de tabac montre en France une diminution de la vente des cigarettes de 13,5 % en 2003 par rapport à 2002, parallèlement à une augmentation du prix de 40 % entre 2003 et 2004. La prévalence du tabagisme était de 34,5 % en 1999 contre 30,4 % en 2003, et pour la tranche d'âge 15-24 ans elle est passée de 32,4 % à 29,1 % [1]. L'initiation du tabagisme se fait généralement au moment de l'adolescence.

Nous avons réalisé une enquête prospective dans le service des Urgences médico-chirurgicales pédiatriques du Groupe Hospitalier du Havre. Elle avait pour objectif d'évaluer le taux du tabagisme chez les adolescents et de caractériser les principaux facteurs jouant un rôle potentiel dans l'attrait vers le tabac et dans la connaissance par les adolescents des effets nocifs sur leur santé.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale, réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire écrit, remis en main propre à chaque adolescent après consentement oral de l'adolescent et de l'adulte l'accompagnant. Cent adolescents âgés de 12 à 16 ans ont été inclus de manière aléatoire (présence de S.L.) lors des passages aux urgences quel que soit le motif de consultation médico-chirurgicale (sans sélection des pathologies diagnostiquées), sur la période de septembre 2003 à mai 2004. Le questionnaire a comporté 86 questions. Ce questionnaire a inclus des items centrés sur 4 parties : 1) les conditions sociodémographiques familiales, 2) le contexte tabagique de la famille et les circonstances de découverte et les habitudes de tabagisme de l'adolescent, les notions d'image du tabac pour le jeune et son entourage, 3) les anciens fumeurs et 4) les non fumeurs. Les adolescents fumeurs ont rempli en plus le test de Fagerström. Le score de Fagerström permet de calculer le taux de dépendance : score entre 0 et 2 : pas de dépendance, score entre 3 et 4 : dépendance faible, score entre 5 et 6 : dépendance moyenne, – score entre 7 et 8 : dépendance forte et score entre 9 et 10 : dépendance très forte.

Nous avons défini comme fumeurs les jeunes qui déclarent fumer au moins une cigarette par jour. L'âge de début correspond à l'âge rapporté de la première cigarette. Nous avons considéré arbitrairement comme anciens fumeurs ceux qui au moment de l'enquête ont déclaré ne plus fumer aucune cigarette depuis au moins six mois. Les non-fumeurs ont déclaré ne jamais avoir fumé.

Statistiques

Les résultats ont été analysés sous le logiciel informatique SPHINX[®]. Les variables qualitatives ont été comparées à

l'aide du test statistique du χ^2 . La significativité statistique est fixée à $p < 0,05$.

Résultats

Description des conditions sociodémographiques

Les cent questionnaires remis ont tous été récupérés et exploités. L'âge moyen de notre population est de $14,1 \pm 1,8$ ans. Le sexe ratio est de 1,5. La médiane du niveau scolaire se situait sur la classe de quatrième (fig. 1). Nous avons noté un fort taux de redoublement (48 %) sans pouvoir apporter de comparaison dans cette analyse descriptive. Les parents vivent en couple dans 59 % des cas, la taille de la famille a été en moyenne de 4,2 personnes. Les deux tiers des jeunes interrogés ont au moins un parent fumeur (55 % des mères, 67 % des pères). La moitié, environ, des adolescents ont un membre de leur fratrie qui fume déjà (44 % un frère, 40 % une sœur). Les adolescents ont déclaré leur père ayant une activité professionnelle dans 91 % et dans 38 % des cas leur mère. Nous n'avons pas analysé les relations tabac et activité professionnelle des parents. Les adolescents ont déclaré pratiquer des activités sportives pour 64 % d'entre eux, voire de compétitions chez un tiers.

Le tabagisme

Sur les 100 adolescents, 35 sont fumeurs (soit 35 %). Les filles fument significativement plus que les garçons (42 % *versus* 22 %, $p < 0,01$). Chez les fumeurs, la moyenne d'âge de début du tabagisme est de 12,2 ans (fig. 2). La découverte de la cigarette a été pour 74,3 % avec les copains, pour 48,6 % en vacances et pour 31,4 % en cours d'année. Les membres de la famille ont été évoqués « découvreurs » par 17 % des adolescents. Nous ne retrouvons pas d'influence statistiquement significative du statut tabagique de la famille dans le tabagisme des adolescents questionnés, ni du redoublement scolaire. Le tabagisme a été rapporté plus souvent dans les familles monoparentales ou séparées *versus* parents en couple (58,3 % *versus* 41,6 %, $p < 0,01$). Le pic de début du tabagisme a été constaté en classe de troisième (fig. 3).

La majorité (87,5 %) des adolescents ont noté fumer à domicile. Chez 48,3 % des fumeurs, le score de Fagerström a été supérieur ou égal à 5 ; ils sont ainsi moyennement à fortement dépendant (fig. 4). Environ deux tiers des adolescents

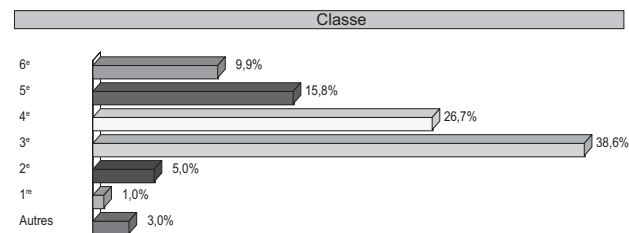


Fig. 1. Niveau scolaire des adolescents.

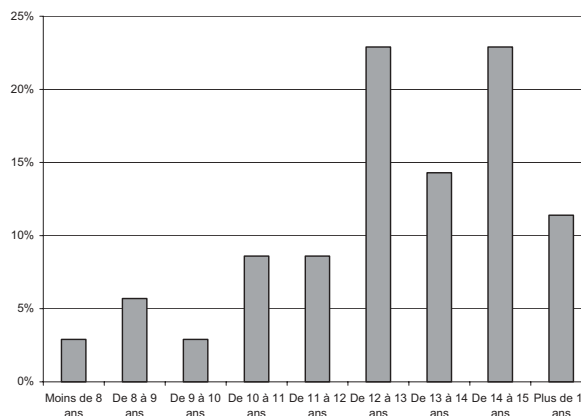


Fig. 2. Âge de début du tabagisme.

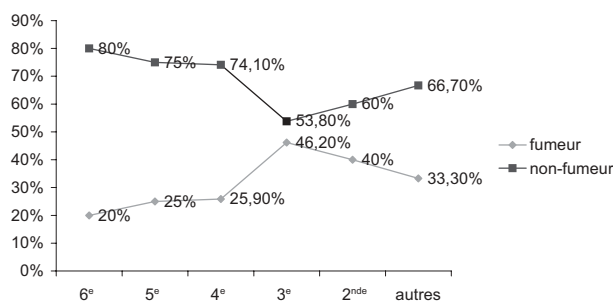


Fig. 3. Tabagisme selon le niveau scolaire.

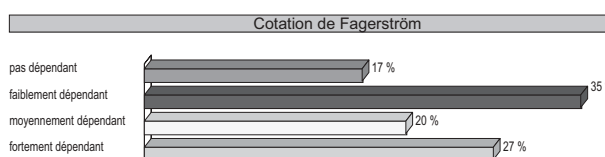


Fig. 4. Test de Fagerström.

(62,8 %) ont rapporté fumer leur première cigarette moins d'une heure après le réveil. Le nombre moyen de cigarette par jour a été noté de 8 ± 2 . Quarante pour cent fument moins de 5 cigarettes par jour, 65,7 % moins de 10 et 11 % plus de 20. Le plus souvent, les adolescents ont noté que la meilleure cigarette a été fumée le matin pour 34 % d'entre eux et pour 40 % le midi. Ils ont signalé fumer même en étant malades dans 66 % des cas. Quant au type de tabagisme, 79,4 % ont évoqué fumer des « blondes », seulement 23,5 % des « légères ». Un tiers des adolescents fumeurs a rapporté ressentir des conséquences négatives sur leur activité sportive et sur leur santé (essentiellement la toux en relation avec le tabac). La pratique sportive n'a pas d'impact sur le tabagisme. Un quart a pensé que le tabac joue un rôle positif dans leurs relations amicales et/ou affectives. 65,7 % des fumeurs ont une

bonne image des non-fumeurs. Nous rappelons que les questionnaires ont été remis de manière aléatoire. Concernant les addictions associées : 52,9 % des fumeurs ont relaté consommer « parfois » de l'alcool et 8,8 % « souvent ». La consommation d'autres « drogues » (hachisch) a été signalée par 51,5 % des fumeurs. En ce qui concerne l'arrêt du tabac : 68,5 % ont déjà essayé d'arrêter. Chez 86,9 %, l'arrêt a duré moins de 6 mois. Cinquante pour cent ont envisagé arrêter de fumer : 6/35 en raison des risques sur la santé, 3 en raison du prix. Les autres raisons évoquées sont l'essoufflement au sport, la prise de contraceptif oral, une grossesse, la dépendance au tabac. La moitié a envisagé diminuer leur consommation. Cependant sur les 35 fumeurs, un tiers n'a pas envisagé modifier son comportement vis-à-vis de la cigarette quelle que soit la réponse précédente.

Les anciens fumeurs

Sur les 100 adolescents interrogés, 7 ont arrêté de fumer. La moyenne d'âge de début du tabagisme a été de 10,7 ans. Quatre consommaient cinq cigarettes ou moins, 5 n'ont pas ressenti l'arrêt comme une épreuve difficile, mais 3 ont rapporté fumer à nouveau ultérieurement. Aucun n'a évoqué avoir eu besoin d'aide à l'arrêt du tabac. Cinq sur sept ne se sont pas sentis mieux au sein de l'école depuis l'arrêt, mais 2/7 ont trouvé un mieux chez eux. Le faible nombre de cette sous-population ne permet d'analyser les autres items et de les comparer aux fumeurs, notamment pour l'âge d'arrêt (grande dispersion).

Les non-fumeurs

Nous avons relevé 58 enfants ayant déclaré n'avoir jamais fumé. Parmi eux, 39,5 % ont noté ne pas fumer par peur pour leur santé, trois quarts n'ont jamais ressenti l'envie de fumer. Au niveau de la réaction de l'entourage, 90 % pensent être approuvés par leur famille dans ce statut de non-fumeur, mais 12 % ne se sentaient pas approuvés par leurs camarades dans cette position de « refus » du tabac. Les non-fumeurs ont une mauvaise image des fumeurs dans 68,3 %. Tous ont déclaré ne jamais consommer d'autres drogues (alcool, haschich).

L'autorité parentale est ressentie de façon comparable chez les fumeurs et chez les non-fumeurs. Nous ne mettons pas en évidence de différence significative entre le taux de redoublement observé. Concernant les informations générales sur les méfaits du tabac, nous ne mettons pas en évidence de différence significative sur la perception de l'information reçue entre fumeurs et non fumeurs. Les questions sur l'accès au tabac et sur le budget n'ont pas été exploitables car non ou insuffisamment remplies.

Discussion

La tendance globale selon les données des baromètres santé en France est à une diminution régulière du tabagisme

chez les adultes comme chez les adolescents [2]. Entre 1999 et 2004, la prévalence totale est passée de 33,2 à 29,9 % ; avec en 2004 33,4 % d'hommes pour 26,6 % de femmes [2]. Chez les 16-17 ans, une tendance à la baisse est également rapportée pour la consommation quotidienne passant de 31 % à 25 % entre 1999 et 2003 chez les garçons et de 35 à 28 % chez les filles [3]. Le biais du recrutement hospitalier aux urgences de notre étude peut altérer les comparaisons. L'atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français rapporte un tabagisme quotidien chez 41 % des jeunes de 17 ans en Haute-Normandie (moyenne nationale 39 %) [4]. En 2002, sur le plan national, les filles fumaient leur première cigarette à 13,7 ans en moyenne et les garçons à 13,6 ans [5]. Dans notre étude, l'âge moyen de début est plus jeune (12,2 ans). En 2002, les garçons devenaient des fumeurs réguliers vers 14,7 ans et les filles vers 14,8 ans [6]. Nous avons retenu la définition de l'usage régulier du tabac dès une cigarette par jour [3].

Nous avons constaté une surreprésentation significative des filles fumeuses dans notre enquête par rapport aux données nationales sans pouvoir retenir des motifs particuliers (42 % de filles et 22 % de garçons pour notre groupe *versus* 34 % de filles et 37 % de garçons selon l'enquête ESPAD 2003) [3]. Dans le recrutement du service, nous n'avons pas de déséquilibre fille/garçon lors des demandes de consultation en urgence. En 1999 pour Baudier et coll. [7], les 12-18 ans fumaient en moyenne 7,6 cigarettes par jour, ces chiffres sont similaires à ceux de notre enquête (moyenne à 8 cig.). En France l'initiation au tabac se fait en règle générale avec des camarades (51 %) et en famille pour 22 % [8]. Dans notre étude, l'initiation se fait majoritairement avec les amis et pendant les vacances. Chez les jeunes non-fumeurs français, 54 % citent l'interdiction parentale comme motif de ne pas fumer [9]. Dans notre étude, seulement 16 % des jeunes citent cette raison, 39,5 % ne fument pas par peur des risques pour leur santé. Par rapport aux facteurs sociaux favorisant le tabagisme des jeunes, le fait de fumer leur permet de s'identifier aux adultes, de transgresser les interdits [10]. Dans notre étude seulement 2,6 % des jeunes reconnaissent que fumer donne l'image d'être adulte. Dans l'étude ACE (*Adverse Childhood Experiences*) il a été montré un taux de fumeurs plus important chez les personnes ayant connu une difficulté : émotionnelle, physique, abus, mère battue, parents séparés, toxicomanie, alcool... ; mais plus particulièrement chez les garçons [11]. Nous n'avons pas posé de question sur les raisons ayant amené les jeunes à fumer, mais les enfants de parents séparés fument significativement plus que les autres. La consommation de tabac par les parents et la fratrie a été notée également comme un important facteur influençant le tabagisme des jeunes. En France, on estime que trois quarts des enfants dont les deux parents fument, sont fumeurs [10, 12]. Nous n'avons pas retrouvé de relation significative entre le tabagisme des parents et des jeunes questionnés. La désapprobation parentale joue un rôle important dans la lutte anti-tabac des jeunes [13]. Dans notre étude, 87,5 % des fumeurs le font à domicile, avec

le consentement des parents selon les adolescents interrogés. Au niveau économique, l'argent de poche favorise le tabagisme des jeunes, en général le tabac représente 50 % de leur budget [9]. Nous n'avons pu cerner le rôle de l'interdiction de vente du tabac au moins de seize ans faute de données suffisantes. Dans notre étude, 71,8 % des jeunes pensent être bien informés sur les méfaits du tabac et ont cité le cancer, les problèmes de santé respiratoire, les maladies cardio-pulmonaires, la mort, la dépendance... Mais cela n'a pas évité le tabagisme de 34 % d'entre eux. Le taux de fumeurs en France est moins important chez les jeunes ayant reçu des informations dans l'enseignement primaire (32 % *versus* 25 %) [14]. Nous avons utilisé le score de Fagerström pour l'évaluation de la dépendance à la nicotine. Ce score, référence en tabacologie adulte teste surtout la dépendance physique à la nicotine. Son objectif est d'adapter chez l'adulte les méthodes de substitution nicotinique. Il n'est pas validé chez l'adolescent. Un score supérieur à 5 a été retrouvé chez 48 % des adolescents fumeurs malgré une consommation moyenne de moins de 5 cigarettes par jour. Ceci montre la dissociation entre le comportement vis-à-vis du tabac et/ou de la nicotine et la quantité quotidienne de cigarettes. Le score de Fagerström a été utilisé pour évaluer les patchs et les gommes chez les adolescents dans un programme d'aide à l'arrêt du tabac (score > 5 pour l'inclusion) [15]. Les données constatées sur les addictions (alcool, cannabis) sont comparables aux données régionales et nationales [3, 4]. Dans notre étude, 7 % disent être des anciens fumeurs, mais 50 % pensent fumer de nouveau dans le futur. Parmi les fumeurs, 68,5 % ont déjà arrêté de fumer en moyenne moins d'un mois. Les aides pharmacologiques constituent un apport de nicotine par patch, gommes ou pastilles. Les substituts nicotiniques ont l'AMM à partir de 15 ans. Le butropion n'est pas recommandé chez les moins de 18 ans. D'autres moyens peuvent être associés : les psychotropes, les aides psychologiques [15], les consultations anti-tabac sans oublier les mesures préventives : l'augmentation des prix du tabac, l'interdiction de vente au moins de 16 ans (mise en vigueur depuis le 6 septembre 2004), l'interdiction du tabac dans les établissements scolaires.

Conclusion

Notre enquête a permis d'évaluer la fréquence du tabagisme chez les adolescents se présentant aux Urgences Pédiatriques du Havre. Nous avons pu mettre en évidence l'importance de la tolérance familiale et du tabagisme chez les adolescentes, ce qui présume de plus en plus de conséquences sur les futurs bébés, surtout au niveau des pathologies respiratoires. Grâce au test de Fagerström, nous avons pu tenter d'évaluer la dépendance (moyenne à forte) chez ces adolescents

malgré une consommation quotidienne « modeste ». Leurs connaissances sur les effets du tabac sur la santé ont semblé bonnes mais ne modifiant pas ou peu leur comportement. Des efforts de prévention restent indispensables.

Références

- 1 Arwidson P, Léon C, Lydié N, Wilquin JL, Guilbert P : Évolutions récentes de la consommation de tabac en France. *BEH* 2004 ; 22-23 : 95-6.
- 2 Guilbert P, Gautier A, Beck F, Peretti-Watel P, Wilquin JL, Léon C, Legleye S, Arwidson P : Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005. *BEH* 2005 ; 21-22 : 97-8.
- 3 Choquet M, Beck F, Hasseler C, Spilka S, Morin D, Legleye S : Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommation en 2003 et évolutions depuis dix ans. *Tendances* 2004, OFDT-INSERM. www.ofdt.fr
- 4 Beck F, Legleye S, Spilka S : Atlas régional de produits psychoactifs des jeunes français. Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. OFDT-ESCAPAD. www.ofdt.fr.
- 5 Saadjian M, Gouitaa M, Lanteaume A, Ramadour M, Vervloet D, Charpin D : Facteurs associés au tabagisme en classe de sixième. *Rev Mal Respir* 2002 ; 19 : 431-4.
- 6 Beck F, Legleye S : Tabac à l'adolescence : résultats de l'enquête Escapad 2002. *BEH* 2003 ; 22-23 : 101-2.
- 7 Baudier F, Orlandini C, Oddoux K, Guilbert P : Les Français et le tabac. *Concours Med* 2000 ; 122 : 1538-42.
- 8 Oriol P, Patois E, Guenin-Tostain F, Kauffmann F : Facteurs de risque du tabagisme chez les jeunes de 11 à 16 ans. *Rev Mal Respir* 1998 ; 5 : 393-400.
- 9 Grizeau D, Baudier F, Allemand H : Opinions et comportements des adolescents français face au tabac en 1995. *Arch Pédiatr* 1997 ; 4 : 1079-1086.
- 10 Tredaniel J, Hirsch A. Épidémiologie et pathologie liées au tabac. *Rev Prat* 1998 ; 48 : 433-5.
- 11 Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, Giovino GA : Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 1999 ; 282 : 1652-8.
- 12 Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP : Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000 ; 284 : 717-22.
- 13 Beier SR, Rosenfeld WD, Spitalny KC, Bontempo AN : The potential role of an adult mentor in influencing high-risk behaviours in adolescents. *Arch Pédiatr Adolesc Med* 2000 ; 154 : 327-31.
- 14 Renard F, Deccache A : Réflexion sur les aspects éducatifs de la prévention du tabagisme : quelle communication avec l'adolescent ? *Arch Pédiatr* 2004 ; 11 : 599-600.
- 15 Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heischman SJ, Schroeder JR : Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. *Pediatrics* 2005 ; 115 : e407-e414.