

Mémoire original

Caractéristiques des adolescents fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie

Characteristics of smoker adolescents seeking smoking cessation services

A.-L. Le Faou^{a,b,*}, C. Plard^c, N. Rodon^d, G. Lagrue^e

^a Assistance publique–Hôpitaux de Paris, hôpital européen Georges-Pompidou, centre de tabacologie, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

^b Unité de recherche 4069, fondation MGEN : « Épidémiologie, évaluation et politiques de santé », université Paris-V–René-Descartes, France

^c Service de santé publique et économie de la santé, hôpital Fernand-Widal, 200, rue du Faubourg-Saint-Denis, 75010 Paris, France

^d Laboratoire de santé publique et informatique médicale (SPIM), université Paris-V–René-Descartes, 15, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris, France

^e Assistance publique–Hôpitaux de Paris, hôpital Albert-Chenevier, centre de tabacologie, 40, rue de Mesly, 94000 Créteil, France

Reçu le 28 juin 2006 ; accepté le 4 avril 2007

Disponible sur internet le 01 juin 2007

Résumé

La prévalence du tabagisme chez les jeunes de 15 à 19 ans est estimée à 31 % en France. Pourtant peu de publications françaises ont porté sur les caractéristiques des jeunes fumeurs souhaitant s'engager dans une démarche de sevrage. Le développement des consultations de tabacologie en France à partir de 2000 a été accompagné par la création d'un système informatisé dans le cadre d'un programme national.

Objectif. – Étudier les caractéristiques des fumeurs âgés de moins de 19 ans consultant dans des centres spécialisés participant à ce programme national.

Méthodes. – À partir d'une extraction de la base nationale informatisée des consultations de tabacologie (CDT), une analyse transversale des caractéristiques tabagiques, médicales et de la prise en charge thérapeutique des fumeurs âgés de moins de 19 ans a été menée au cours de la période 2001–2005, soit 321 adolescents représentant 1,3 % de l'ensemble des consultants.

Résultats. – Ces 321 fumeurs âgés en moyenne de 16,6 ans [extrêmes 13–18 ans] s'adressant aux CDT étaient majoritairement des filles (56,4 %). Un antécédent dépressif était déclaré dans 19 % des cas et un score anormal au questionnaire *hospital anxiety depression* était observé dans 34 % des cas pour l'item « anxiété » et 6 % des cas pour l'item « dépression ». Ces jeunes fumeurs consommaient en moyenne 15,3 cigarettes par jour et une dépendance forte au tabac était retrouvée chez 24,1 % d'entre eux. Dans tous les cas, un traitement de substitution nicotinique était prescrit dans le cadre du sevrage.

Conclusion. – La dépendance tabagique chez les 321 adolescents désirant arrêter de fumer était forte avec, pour plus d'un tiers des patients, une symptomatologie anxiodépressive. Même si le pourcentage d'adolescents consultant en CDT est faible, ces données méritent d'être prises en compte pour permettre la mise en œuvre d'interventions adaptées d'aide au sevrage tabagique chez les adolescents fumeurs, en particulier en milieu scolaire.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

In France, the prevalence of tobacco consumption is 31% for teenagers between 15 and 19 years old. Nevertheless, few French studies have been published on the characteristics of young smokers seeking smoking cessation services. The development of smoking cessation centres in France since 1999 was associated to the setting up of a e-transfer system in order to evaluate the adequacy between these services and the needs of smokers.

Objective. – To analyse the characteristics of smokers aged less than 19 years registered in the smoking cessation services national database.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anne-laurence.le-faou@spim.jussieu.fr (A.-L. Le Faou).

Methods. – A cross-sectional population-based study has been conducted in the smoking cessation services participating in the national database. The study population included 321 young smokers attending the smoking cessation centres during the period 2001–2005.

Results. – The 321 smokers (mean age 16.6 years) were mostly girls (56.4%). A background of depression was declared by 19% of young smokers and an abnormal result was found for the hospital anxiety depression-screening test among 34% of the population for the anxiety scale and 6% for the depression scale. Mean daily tobacco consumption was 15.3 cigarettes per day and heavy nicotine dependence was found for 24.1% of the population. A nicotine replacement therapy was prescribed for every smoker.

Conclusion. – Nicotine dependence was heavy for 24.1% of the 321 young smokers seeking smoking cessation services. More than 1/3 had an abnormal result for the hospital anxiety depression-screening test. Tailored interventions for smoking cessation should be available for adolescent's smokers, especially school-based services.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Adolescent ; Tabagisme ; Sevrage ; Dépression ; Dépendance nicotinique

La prévalence du tabagisme des jeunes est de 31,8 % chez les garçons et 30,7 % chez les filles dans la tranche d'âge 15–19 ans [1]. On a noté cependant chez les jeunes de 15 à 19 ans une diminution de la prévalence tabagique entre 1999 et 2004 (–6,4 % pour les garçons de 15 à 19 ans et –13,3 % chez les filles) [1] et une diminution significative de la fréquence du tabagisme quotidien des jeunes garçons et filles de 17 ans entre 2000 et 2003 ($p < 0,001$) [2].

Deux aspects sont à prendre en compte dans la lutte contre le tabagisme des jeunes : empêcher l'initiation tabagique et faciliter l'arrêt individuel chez les jeunes fumeurs. Plusieurs mesures ont ainsi été mises en œuvre depuis les années 1970 :

- interdiction de fumer dans les lieux publics et les lycées [3, 4] ;
- distributions gratuites proscrites et augmentation régulière des prix des cigarettes [5] ;
- interdiction de vendre du tabac aux mineurs de moins de 16 ans et des paquets de moins de 20 cigarettes ;
- sensibilisation au risque tabagique dans les établissements scolaires [6].

Ces mesures sont d'autant plus importantes qu'une prise en charge précoce du tabagisme est primordiale pour limiter les répercussions à l'âge adulte. On reconnaît en effet, un lien entre la consommation de tabac à l'adolescence et la survenue de complications dès l'âge de 30 ans (troubles respiratoires et neurocomportementaux) [7]. En outre, le risque de cancer bronchopulmonaire augmente en fonction de la précocité de l'âge de début de la consommation de tabac [8].

Les travaux français portant sur des lycéens fumeurs de 15 ans et plus ont montré que 88 % d'entre eux envisageaient un sevrage [9]. Cet article a pour objectif d'analyser le profil des adolescents de moins de 19 ans qui se sont adressés aux consultations de tabacologie participant au programme des consultations de tabacologie (CDT) en France entre 2001 et 2005.

1. Population et méthodes

Il s'agit d'une analyse transversale de la base de données nationale des CDT [10]. La population d'étude était constituée de l'ensemble des fumeurs de moins de 19 ans ayant

fréquenté une des consultations de tabacologie participant au programme CDT au cours de la période 2001–2005 et pour lesquels une analyse descriptive des variables recueillies dans le dossier électronique CDT a été menée. Les données recueillies par autoquestionnaire, vérifiées et discutées par le tabacologue en consultation puis enregistrées dans CDT étaient :

- sociodémographiques ;
- médicales :
 - présence de maladies ;
 - autres addictions ;
 - prise de médicaments psychoactifs ;
 - antécédent de dépression ayant entraîné un arrêt des activités.

Pour dépister un état anxieux et/ou dépressif, un test de dépistage, le HAD (*hospital anxiety depression*) a été effectué, un score supérieur ou égal à 11 étant choisi comme seuil [11]. Un questionnaire simple de dépistage, le questionnaire DETA (Drogue, Entourage, Trop, Alcool), a été utilisé pour mettre en évidence un éventuel mésusage d'alcool [12] ;

- tabacologiques :
 - consommation journalière de cigarettes ;
 - degré de dépendance (test de Fagerström) [13] ;
 - âge du patient au début du tabagisme ;
 - nombre d'arrêts antérieurs du tabac de durée supérieure ou égale à sept jours ;
 - taux de CO expiré (en partie par million, ppm).

À l'aide du test de Fagerström, la dépendance tabagique a été classée en faible (< 5), moyenne (de 5 à 6) et forte (≥ 7). Le traitement éventuellement instauré suite à la première consultation était également enregistré (pharmacologique, thérapie cognitivocomportementale). Les données de suivi ont été analysées : pourcentage de second rendez-vous dans un délai d'un mois et statut tabagique au cours de cette période, pourcentage de rendez-vous supérieur ou égal à deux. La durée du sevrage n'était pas enregistrée.

Les comparaisons de proportions ont été effectuées au moyen d'un test du χ^2 ou d'un test exact de Fisher quand les effectifs étaient insuffisants.

2. Résultats

2.1. Caractéristiques générales de la population

Au cours de la période 2001–2005, les consultations d'aide au sevrage tabagique du programme CDT ont reçu 25 000 fumeurs dont 321 jeunes de moins de 19 ans, soit 1,3 % de l'ensemble des consultants (67,6 % avaient moins de 18 ans). L'âge moyen des consultants était de 16,6 ans et la plus jeune consultante était âgée de 13 ans. Les jeunes filles constituaient la majorité de la population (56,4 %) ($p < 0,05$).

La grande majorité (72 %) poursuivait encore des études, essentiellement dans la tranche des moins de 18 ans. Vingt-six pour cent avaient pourtant déjà un emploi ou étaient inactifs.

Dans 44 % des cas, une démarche personnelle avait amené ces jeunes fumeurs à consulter. Un médecin hospitalier avait orienté le jeune fumeur vers la consultation de tabacologie dans 21 % des cas. Il s'agissait d'un pédiatre (48,4 % des cas), d'un pneumologue (19,4 %), d'un gynécologue (12,9 %). Cinq pour cent des jeunes filles étaient enceintes. Dans plus d'un tiers des cas (35 %), les modalités de la prise de contact avec la CDT n'étaient pas précisées.

2.2. Caractéristiques médicales

Un asthme était présent dans 19 % des cas. Treize pour cent de ces jeunes fumeurs déclaraient avoir eu un épisode dépressif ayant entraîné un arrêt de leurs activités. Six pour cent avaient un score D-HAD supérieur ou égal à 11 et 34 %, un score A-HAD supérieur ou égal à 11, cette caractéristique d'anxiété étant plus souvent retrouvée chez les jeunes filles ($p < 0,02$). Une consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs était constatée, respectivement dans 7,5 et 6,9 % des cas, chez ces jeunes fumeurs. Le score D-HAD était plus souvent anormal chez les jeunes avant 18 ans ($p < 0,05$) dont 10,7 % prenaient des médicaments psychotropes. Le mésusage d'alcool était

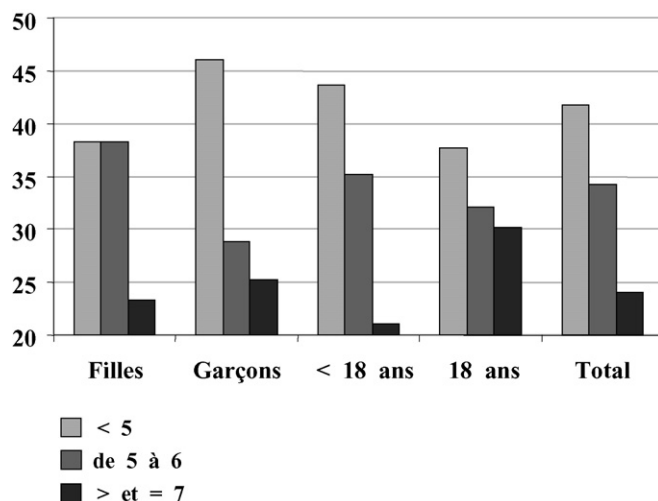


Fig. 1. Répartition des réponses au test de Fagerström en pourcentage en fonction du sexe et de l'âge.

retrouvé chez 6,5 % des jeunes (test DETA supérieur ou égal à deux).

2.3. Comportement et dépendance tabagique

La consommation quotidienne de cigarettes était en moyenne de 15,3 (extrêmes 2–40) comparable chez les filles et les garçons. L'âge moyen au moment du début de la consommation de tabac était de $13,2 \pm 2$ ans (extrêmes : 7–17). Le test de Fagerström montrait une dépendance forte pour 24,1 % des jeunes. La dépendance physique au tabac n'était pas différente entre les garçons et les filles (Fig. 1). Le taux de CO expiré était élevé, 70 % des jeunes ayant un taux supérieur ou égal à 15 (Tableau 1 et Fig. 2). Cinquante pour cent des adolescents n'avaient jamais effectué de tentatives de sevrage ayant duré plus d'une semaine.

Tableau 1

Statut tabagique et données psychologiques des 321 adolescents enregistrés dans la base nationale informatisée CDTnet

	Filles		Garçons	
	< 18 ans Nombre = 119	18 ans Nombre = 65	< 18 ans Nombre = 99	18 ans Nombre = 43
<i>Statut tabagique</i>				
Âge moyen	15,9	18	16	18
Âge de début du tabagisme (moyenne)	13,2	13,8	12,7	14,1
Consommation journalière de cigarettes (moyenne)	14,4	16,6	14,2	18,5
Test de Fagerström (moyenne)	4,8	5	4,5	5
Test de Fagerström < 5 (%)	39,7	35,9	48,5	40,5
Test de Fagerström de 5 à 6	40,5	34,4	28,9	28,6
Test de Fagerström ≥ 7	19,8	29,7	22,7	31
Taux de CO expiré en particules par million (moyenne)	24,2	23,5	22,7	23,2
<i>Données psychologiques</i>				
Antécédent déclaré de dépression (%)	13,8	14,1	12,4	9,5
Test A-HAD (score moyen)	9,7	8,8	7,6	9,4
Test A-HAD ≥ 11 (%)	45,7	32,8	23,7	28,5
Test D-HAD (score moyen)	5,2	4,3	4,6	4,8
Test D-HAD ≥ 11 (%)	9,5	1,6	7,2	2,4

HAD : *hospital anxiety depression*.

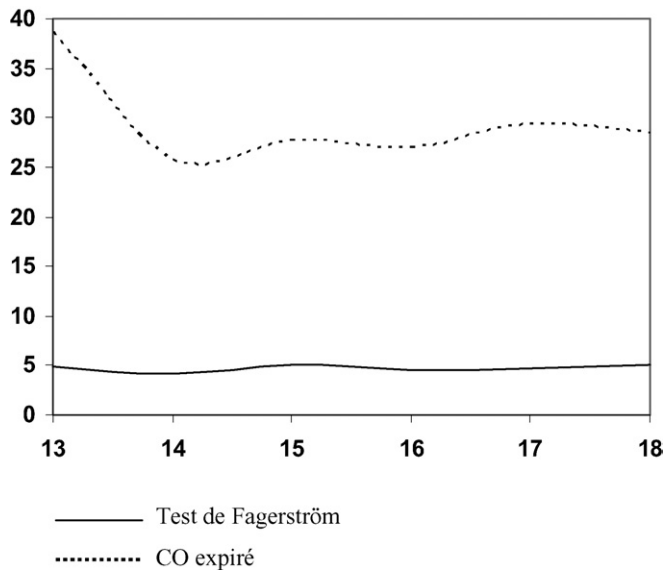


Fig. 2. Répartition du score moyen au test de Fagerström et du taux moyen de CO expiré en fonction de l'âge.

2.4. Traitements instaurés

Un traitement de substitution nicotinique avait été prescrit dans tous les cas : gommes à mâcher, associées à des comprimés sublinguaux dans 6,7 % des cas et à des inhalateurs pour 6,1 %. Les timbres avaient été prescrits chez 21,4 % des jeunes. Un seul fumeur âgé de 18 ans avait eu une prescription de Zyban® (bupropion). Des séances de thérapie cognitivocomportementale avaient été prescrites dans 18,8 % des cas. Une prescription de psychotropes a concerné 7,7 % des jeunes : 41,7 % avaient moins de 18 ans.

2.5. Suivis

Cent dix-sept patients ont été revus au moins une fois dans un délai d'un mois après leur première visite soit un taux de suivi de 36,4 % et 56 jeunes ont bénéficié de plus de deux consultations de suivi (17,4 %). Un arrêt du tabagisme a été noté pour 36,2 % des jeunes à la deuxième consultation. Cet arrêt a concerné autant de filles que de garçons. Cependant, 12,8 % des jeunes revus avaient rechuté après une première période d'arrêt au cours de la période de suivi.

3. Discussion

Le pourcentage extrêmement faible de jeunes de moins de 19 ans s'adressant aux consultations de tabacologie CDT au cours de la période 2001–2005 nous a surpris. L'analyse des données 2001–2003 avait effectivement permis de mettre en évidence une sous-représentation des fumeurs les plus jeunes [10]. Les jeunes fumeurs, pour lesquels l'arrêt serait bénéfique en termes de morbidité et mortalité évitées, ne fréquentent pas les consultations de tabacologie. Une première raison est sans doute le degré insuffisant de la motivation à l'arrêt à cet âge. En outre, la localisation hospitalière de

ces consultations peut constituer un obstacle important aux demandes de sevrage de ce groupe de population. Enfin, il existe certainement une méconnaissance de l'existence des consultations de tabacologie par les professionnels s'occupant d'adolescents ou du moins, de l'accueil possible de jeunes dans ces consultations.

La validité des résultats obtenus par cette étude transversale doit être discutée. Pour certaines variables médicales recueillies, il est possible que des biais de déclaration soient intervenus, même si les informations consignées par le fumeur dans l'autoquestionnaire étaient revues par les tabacologues lors de l'entretien individuel ou de groupe. Ainsi, pour la consommation de tabac, le recueil des données comporte des incertitudes. Seule la consommation de cigarettes est enregistrée et toutes les autres consommations de tabac sont traduites en « équivalent-cigarette ». Ce mode de recueil a pu conduire à une sous-estimation du nombre de cigarettes fumées, notamment, pour ce qui est de la consommation du tabac à rouler dont la consommation a quasiment doublé entre 1999 et 2003, passant de 24,3 à 47 %, ce qui s'explique certainement par son prix inférieur à celui des cigarettes [14]. Pour les coaddictions autres que l'abus ou la dépendance à l'alcool, l'imprécision de la variable « autres dépendances » a rendu impossible l'interprétation des données. La formulation peu précise, qui avait été choisie pour des raisons de confidentialité du dossier informatisé, n'a pas permis de connaître le type de produit consommé et d'en apprécier les modalités de consommation, en particulier pour le cannabis. En effet, un usage régulier de cannabis est actuellement retrouvé chez plus de 50 % des adolescents fumeurs quotidiens [15]. Cela contribue à sous-estimer le nombre de cigarettes, puisque le « joint » comporte toujours un mélange de résine et de tabac provenant d'une cigarette. Cependant, la bonne concordance dans les résultats d'interrogatoire sur les variables de consommation tabagique, en particulier le nombre de cigarettes fumées journalièrement, le test de Fagerström et le résultat de la mesure du CO, démontre globalement l'exactitude de ces trois informations, recueillies indépendamment les unes des autres. Pour mieux appréhender la consommation de cannabis dans la population consultant dans les centres CDT, une évaluation de la fréquence de sa consommation a été introduite dans la nouvelle version du dossier de tabacologie, après accord de la CNIL. Le recueil de la consommation de cannabis permettra de savoir quelle proportion de jeunes parmi les consultants continue à fumer des joints tout en renonçant à la consommation de cigarettes. En effet, la demande de sevrage tabagique sans souhait d'arrêt de consommer des joints se rencontre en pratique clinique [16]. Or, les données de la littérature montrent que les utilisateurs de cannabis ont une dépendance tabagique qui s'installe plus précocement, qui est plus intense [17] et qui conduit à un arrêt de tabac plus tardif [18]. Ces données conduisent à préconiser un sevrage global tabac—cannabis aux nombreux jeunes concernés par cette coaddiction. La généralisation de ces résultats doit également être discutée car les consultations de tabacologie qui participent au programme CDT ne correspondent pas à un échantillon représentatif tiré au sort des consultations de tabacologie du territoire national.

Malgré les limites mentionnées, notre étude comporte des faits originaux. En effet, les principales données disponibles chez les adolescents fumeurs proviennent des enquêtes nationales représentatives telles que ESPAD (*european School survey on alcohol and other drugs*) [19], de l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) [15] et du Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé [20]. Mais il n'existait pas à notre connaissance d'études décrivant les caractéristiques des jeunes fumeurs s'engageant dans une démarche de sevrage tabagique en France. La population des jeunes fumeurs enregistrés dans les CDT est très spécifique. Elle n'est pas représentative de la population des jeunes de 12 à 18 ans, mais elle correspond à une population ciblée ayant eu recours à une aide médicale spécialisée. Une démarche personnelle était à l'origine de la consultation chez 44 % de ces jeunes, ce qui diffère sensiblement des données qualitatives publiées au Royaume-Uni [21]. En effet, le souhait d'arrêt ne correspond pas toujours à une motivation réelle. Pour ce qui est de nos données, la faible compliance au premier rendez-vous de suivi (36,4 %) peut être un témoin de la fluctuation au cours du temps de la motivation à l'arrêt du tabac. Il serait intéressant de savoir à quel stade de changement de comportement ces adolescents se situent sur l'échelle de Prochaska [21]. En particulier, il faudrait différencier ceux qui sont au stade « indécision » de ceux qui sont au stade « action », prêts à une tentative de sevrage. Dans cet objectif, il serait nécessaire d'étudier systématiquement le degré de motivation en utilisant à la fois une échelle visuelle analogique et un questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac. En outre, des professionnels de santé sont intervenus dans 22 % des cas pour orienter les jeunes vers les consultations de tabacologie, en particulier en raison de l'existence d'une affection pulmonaire (19 % d'asthme) ou d'une grossesse.

La consommation tabagique avait débuté en moyenne à 13,2 ans, ce qui correspond à l'âge d'initiation tabagique de l'étude ESCAPAD 2003, bien que ces deux populations ne soient pas comparables (13,6 ans) [2]. La prédominance de jeunes filles dans ces consultations peut être partiellement expliquée par une orientation par les services de gynécologie du fait d'une grossesse (5 % étaient enceintes).

Les jeunes consultants étaient sans doute dans des situations instables puisque 26 % n'étaient pas scolarisés, ce qui pourrait faire présager une situation sociale difficile. De plus, cette idée d'isolement social est renforcée par la présence de troubles psychologiques ayant nécessité une prescription de psychotropes chez 10,7 % des consultants. Ces situations particulières peuvent être une explication à la forte dépendance au tabac retrouvée chez ces adolescents s'adressant aux CDT. En effet, la consommation de cigarettes chez ces 13–18 ans était importante (62,7 % fumaient plus de dix cigarettes par jour, 15,3 cigarettes par jour en moyenne) et la dépendance tabagique était forte (score de Fagerström supérieur ou égal à sept dans 24,1 % des cas). Dans les données françaises, une forte dépendance tabagique était retrouvée dans 12 % des cas au cours de l'enquête ESCAPAD 2003 : le mini-Fagerström avait été utilisé en modifiant la première question du test pour l'adapter à

la situation de l'adolescent : fumer sa première cigarette avant le réveil ou avant de quitter son domicile [15]. En effet, certaines questions du test de Fagerström ne sont pas adaptées au comportement tabagique de l'adolescent. Le délai de la première cigarette est souvent plus important en raison des contraintes familiales ; le nombre de cigarettes n'a pas encore atteint chez le fumeur adolescent son maximum (ce qui survient généralement autour de 25–30 ans). Le test classique tend donc à minimiser le score du questionnaire de Fagerström et le pourcentage d'adolescents avec forte dépendance est donc vraisemblablement plus élevé. La Fig. 2 montre ainsi un taux de Fagerström en fonction de l'âge qui reste moyen dans nos données et pourtant associé à un taux de CO expiré élevé. L'utilisation d'un test de dépendance adapté à l'adolescent (le *hooked on nicotine checklist*, HONC) devrait être systématiquement proposée aux jeunes fumeurs [22]. Ainsi, ce test sera inclus dans la version 2007 du dossier CDT.

Le mésusage d'alcool n'a été rapporté que chez 6,5 % des consultants, ce qui peut s'expliquer en partie car les femmes étaient surreprésentées chez les jeunes fumeurs consultant dans les CDT et que la consommation régulière d'alcool des adolescentes est inférieure à celle des adolescents [15]. Il est possible que le test DETA ne soit pas adapté aux jeunes fumeurs car ce test porte sur la consommation d'alcool au cours de la vie entière. Il est probable que l'utilisation de l'*alcohol use disorders identification test* (AUDIT) aurait été préférable en raison de la plus grande sensibilité de ce test dans un objectif de dépistage [23].

Dans l'étude de Chabrol et al., 20 % seulement des jeunes étaient prêts à se faire aider médicalement [9]. Toutefois, ils envisageaient l'emploi de substituts nicotiques. Cette différence de recours aux soins spécialisés peut s'expliquer par le niveau de dépendance différent de ces deux populations de fumeurs. En effet, dans notre étude une dépendance forte au tabac était retrouvée chez 24,1 % des jeunes versus 14,6 % seulement dans l'étude de Chabrol et al. [9]. Cette différence peut partiellement s'expliquer par le fait que la population CDT était sélectionnée, constituée majoritairement, soit de jeunes fumeurs consultant spontanément pour un tabagisme sévère n'ayant pu s'arrêter seuls, soit de jeunes patients suivis en milieu hospitalier.

Enfin, un des faits importants de cette série est la fréquence des troubles psychopathologiques anxiodépressifs. L'antécédent de dépression, notion purement déclarative, devrait être confirmé au cours d'un entretien psychologique individuel utilisant les critères de « dépression vie entière » du DSM IV [24], les items du CES-D [25] ou le *beck depression inventory* (BDI) [26]. Toutefois, le diagnostic d'état dépressif est difficile à porter chez l'adolescent car les formes à symptomatologie larvée sont nombreuses et difficiles à reconnaître, et leur humeur est fluctuante d'où la nécessité de multiplier les échelles utilisées. De fait, le pourcentage d'adolescents en population générale présentant un score HAD-D supérieur ou égal à 11 n'est pas connu en France. Par ailleurs, des tests évaluant d'une part les troubles des conduites et d'autre part, la personnalité de l'adolescent serait à recommander pour adapter la prise en charge. Enfin,

une meilleure approche de la motivation à arrêter de fumer aurait pu être utilisée par le test QMAT ; ainsi, les stratégies visant à encourager la motivation ont montré un intérêt dans le cadre du sevrage tabagique [27].

Dans les consultations CDT qui participent au programme national, un traitement de substitution nicotinique a été prescrit dans tous les cas. Les psychotropes ont aussi été utilisés pour cette population jeune (7,7 %) en raison des composantes anxieuses et dépressives retrouvées chez ces adolescents et des troubles comportementaux liés à l'arrêt du tabac (nervosité, irritabilité, tristesse, trouble du sommeil). Les thérapies cognitivocomportementales, qui pourraient constituer une alternative à ces traitements ou une aide supplémentaire sont encore peu répandues (18,8 %) dans ces consultations faute de moyens. En outre, l'efficacité des substituts nicotiniques sur le sevrage n'est pas validée chez les jeunes. Les données de la littérature fournissent des résultats contradictoires. Ainsi, dans l'étude de Hanson et al., tout était fait pour faciliter la motivation à l'arrêt : les timbres étaient fournis gratuitement, les participants recevaient \$50 à chaque visite et une prime supplémentaire en cas d'arrêt validé par la mesure d'un taux de CO expiré inférieur à huit ppm [28]. Malgré cela, le pourcentage d'arrêt en faveur du groupe traité par rapport à un placebo, significatif à la deuxième et quatrième semaine, ne l'était plus à la huitième et la dixième semaine de l'étude. Cependant, le traitement de substitution nicotinique avait entraîné une diminution des symptômes de sevrage et une réduction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement avec une baisse du CO dans l'air expiré. Toutefois, pour Moolchan et al., les timbres nicotiniques ont été efficaces sur le sevrage en association avec une thérapie cognitivocomportementale par rapport au groupe placebo dans un essai randomisé contrôlé ($p < 0,04$) [29]. Dans notre série, nous ne savons pas si les traitements de substitution nicotinique ont été systématiquement utilisés et ce d'autant plus qu'ils n'étaient pas encore pris en charge par la sécurité sociale dans le cadre d'un forfait annuel.

Pour mieux prendre en considération les difficultés des jeunes fumeurs souhaitant débiter un sevrage en France, il serait souhaitable de pouvoir les interroger. Selon une étude qualitative menée au Royaume-Uni auprès de jeunes fumeurs (13–16 ans) motivés pour arrêter de fumer à partir d'un échantillon randomisé de dix écoles, il apparaît que ceux-ci étaient nombreux à connaître les méthodes d'aide au sevrage tabagique mais ils en avaient une perception d'inefficacité. Peu d'entre eux étaient au courant de la possibilité d'un soutien professionnel lors d'un sevrage tabagique. Les enquêtés exprimaient leur intérêt pour des services d'aide au sevrage tabagique en milieu scolaire, permettant des conseils professionnels, l'obtention d'un traitement de substitution nicotinique gratuit et garantissant une confidentialité [30].

4. Conclusion

Dans notre étude, très peu de jeunes de moins de 19 ans ont eu recours aux consultations de tabacologie pour leur sevrage entre 2001 et 2005 par rapport à l'ensemble des consultants

(1,3 %). Il est possible que la localisation essentiellement hospitalière de ces consultations soit un frein à l'accès aux soins spécialisés des jeunes fumeurs. Les 321 jeunes vus en consultation de tabacologie étaient fortement dépendants et avaient souvent des troubles psychologiques importants. Ces résultats méritent d'être connus pour permettre des interventions adaptées d'aide au sevrage tabagique chez les adolescents fumeurs, notamment en milieu scolaire.

Références

- [1] Guilbert P, Gautier A, Beck F, et al. Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004–2005. BEH 2005;21–22: 97–8.
- [2] Beck F, Legleye S, Spilka S. Baisse du tabagisme parmi les adolescents : principaux résultats de l'enquête Escapad, France, 2003. BEH 2005;21–22:99–100.
- [3] Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. 1976.
- [4] Décret n° 92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique. 1992.
- [5] Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 1991.
- [6] Loi n° 2003-715 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. 2003.
- [7] Brook JS, Brook DW, Zhang C, et al. Tobacco use and health in young adulthood. J Genet Psychol 2004;165:310–23.
- [8] Engeland A, Haldorsen T, Andersen A, et al. The impact of smoking habits on lung cancer risk: 28 years' observation of 26,000 Norwegian men and women. Cancer Causes Control 1996;7:366–76.
- [9] Chabrol H, Faury R, Mullet E, et al. Étude de la dépendance nicotinique chez 342 adolescents fumeurs. Arch Pediatr 2000;7:1064–71.
- [10] Le Faou AL, Scemama O, Ruelland A, et al. Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie. Analyse de la base nationale CDT. Rev Mal Respir 2005;22:739–50.
- [11] Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361–70.
- [12] Malet L, Llorca PM, Reynaud M. Intérêt de l'utilisation systématique à l'hôpital d'un questionnaire de dépistage en alcoologie. Le questionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool). Presse Med 2005;34:502–5.
- [13] Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119–27.
- [14] Arwidson P, Léon C, Lydié N, et al. Évolutions récentes de la consommation de tabac en France. BEH 2004;22–23:95–6.
- [15] Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes ESCAPAD 2003. Tendances 2004;39:1–4.
- [16] Amos A, Wiltshire S, Bostock Y, et al. You can't go without a fag...you need it for your hash—a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people. Addiction 2004;99:77–81.
- [17] Patton GC, Coffey C, Carlin JB, et al. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. Addiction 2005;100:1518–25.
- [18] Ford DE, Vu HT, Anthony JC. Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. Drug Alcohol Depend 2002;67:243–8.
- [19] Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommation en 2003 et évolution depuis dix ans. Tendances 2004;35:1–5.
- [20] Oddoux K, Peretti-Watel P, Baudier F, Guilbert P, Baudier F, Gautier A. Tabac. In: (sous la direction de), editors. Baromètre Santé 2000 « Résultats ». Paris: Éditions CFES; 2001.
- [21] Amos A, Wiltshire S, Haw S, et al. Ambivalence and uncertainty: experiences of and attitudes towards addiction and smoking cessation in the mid-to-late teens. Health Educ Res 2006;21:181–91.

- [22] DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:397–403.
- [23] Schmidt A, Barry KL, Fleming MF. Detection of problem drinkers: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *South Med J* 1995;88:52–9.
- [24] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [25] Chabrol H, Montovany A, Chouicha K, et al. Étude de la CES-D dans un échantillon de 1953 adolescents scolarisés. *Encephale* 2002;28:429–32.
- [26] Barrera Jr. M, Garrison-Jones CV. Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1988;16:263–73.
- [27] Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med* 2001;20:68–74.
- [28] Hanson K, Allen S, Jensen S, et al. Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine Tob Res* 2003;5:515–26.
- [29] Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, et al. Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. *Pediatrics* 2005;115:e407–14.
- [30] Molyneux A, Lewis S, Coleman T, et al. Designing smoking cessation services for school-age smokers: a survey and qualitative study. *Nicotine Tob Res* 2006;8:539–46.