

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE LIMOGES

SCD UNIV.LIMOGES

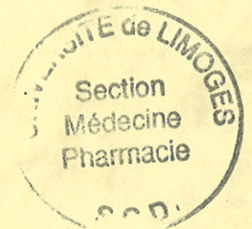


D 035 143038 7

ANNEE 2005

THESE N° 102/1

**PREVENTION DU TABAGISME A L'ECOLE :  
REVUE DE LITTERATURE ET  
A PROPOS D'UNE EXPERIENCE LIMOUSINE**



THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 3 FEVRIER 2005

PAR

**Fabienne TIGÉ**

Née le 27 Juin 1977 à Brive-La-Gaillarde

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur LASKAR  
M. le Professeur LACROIX  
M. le Professeur MELLONI  
M. le Professeur TUBIANA  
M. le Docteur ABOYANS  
M. le Docteur BOULLAUD

Président  
Juge  
Juge  
Juge  
Membre invité  
Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES



FACULTE DE LIMOGES

---

ANNEE 2005

THESE N°

**PREVENTION DU TABAGISME A L'ECOLE :  
REVUE DE LITTERATURE ET  
A PROPOS D'UNE EXPERIENCE LIMOUSINE**

THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

---

Présentée et soutenue publiquement le : 3 FEVRIER 2005

PAR

**Fabienne TIGÉ**

Née le 27 Juin 1977 à Brive-La-Gaillarde

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur LASKAR  
M. le Professeur LACROIX  
M. le Professeur MELLONI  
M. le Professeur TUBIANA  
M. le Docteur ABOYANS  
M. le Docteur BOULLAUD

Président  
Juge  
Juge  
Juge  
Membre invité  
Membre invité

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**

---

**DOYEN DE LA FACULTE:**

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

**ASSESEURS:**

Monsieur le Professeur LASKAR Marc  
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis  
Monsieur le Professeur COGNE Michel

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

ROCHE Doriane

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

\* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel  
ADENIS Jean-Paul \* (C.S)  
ALAIN Jean-Luc  
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)  
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)  
ARNAUD Jean-Paul (C.S)  
AUBARD Yves (C.S)  
BEDANE Christophe (C.S)  
BERTIN Philippe  
BESSEDE Jean-Pierre  
BONNAUD François (C.S)  
BONNETBLANC Jean-Marie  
BORDESSOULE Dominique (C.S)  
CHAPOT René  
CHARISSOUX Jean-Louis  
CLAVERE Pierre (C.S)  
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)  
COGNE Michel (C.S)  
COLOMBEAU Pierre  
CORNU Elisabeth  
COURATIER Philippe  
CUBERTAFOND Pierre  
DANTOINE Thierry  
DARDE Marie-Laure (C.S)  
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)  
DENIS François (C.S)  
DESCOTTES Bernard (C.S)  
DUDOGNON Pierre (C.S)  
DUMAS Jean-Philippe (C.S)  
DUMONT Daniel (C.S)  
FEISS Pierre (C.S)  
FEUILLARD Jean (C.S)  
GAINANT Alain (C.S)  
GAROUX Roger (C.S)  
GASTINNE Hervé (C.S)  
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile  
LABROUSSE François (C.S)  
LACROIX Philippe  
LASKAR Marc (C.S)  
LE MEUR Yannick  
LEROUX-ROBERT Claude (surnombre)  
LIENHARDT-ROUSSIE Anne  
MABIT Christian  
MARQUET Pierre

PHYSIOLOGIE  
OPHTALMOLOGIE  
CHIRURGIE INFANTILE  
NEPHROLOGIE  
MEDECINE INTERNE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  
DERMATOLOGIE  
THERAPEUTIQUE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
PNEUMOLOGIE  
DERMATOLOGIE  
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
RADIOTHERAPIE  
PSYCHIATRIE ADULTES  
IMMUNOLOGIE  
UROLOGIE  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
NEUROLOGIE  
CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE  
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT  
PARASITOLOGIE  
PEDIATRIE  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE  
ANATOMIE  
REEDUCATION FONCTIONNELLE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE  
MEDECINE DU TRAVAIL  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
HEMATOLOGIE  
CHIRURGIE DIGESTIVE  
PEDOPSYCHIATRIE  
REANIMATION MEDICALE  
IMMUNOLOGIE  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
NEPHROLOGIE  
NEPHROLOGIE  
PEDIATRIE  
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE

**MAUBON** Antoine (C.S)  
**MELLONI** Boris  
**MENIER** Robert (sumombre)  
**MERLE** Louis  
**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)  
**MOULIES** Dominique (C.S)  
**NATHAN-DENIZOT** Nathalie  
**PARAF** François  
**PILLEGAND** Bernard  
**PIVA** Claude (C.S)  
**PREUX** Pierre-Marie  
**RIGAUD** Michel (C.S)  
**SALLE** Jean-Yves  
**SAUTEREAU** Denis (C.S)  
**SAUVAGE** Jean-Pierre (C.S)  
**STURTZ** Franck  
**TEISSIER-CLEMENT** Marie-Pierre  
**TREVES** Richard (C.S)  
**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (C.S)  
**VALLAT** Jean-Michel (C.S)  
**VALLEIX** Denis  
**VANDROUX** Jean-Claude (C.S)  
**VERGNE-NEGRE** Alain (C.S)  
**VIDAL** Elisabeth (C.S)  
**VIGNON** Philippe  
**VIROT** Patrice (C.S)  
**WEINBRECK** Pierre (C.S)  
**YARDIN** Catherine (C.S)

RADIOLOGIE  
 PNEUMOLOGIE  
 PHYSIOLOGIE  
 PHARMACOLOGIE  
 NEUROCHIRURGIE  
 CHIRURGIE INFANTILE  
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 MEDECINE LEGALE  
 INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES  
 RHUMATOLOGIE  
 CANCEROLOGIE  
 NEUROLOGIE  
 ANATOMIE  
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION  
 MEDECINE INTERNE  
 REANIMATION MEDICALE  
 CARDIOLOGIE  
 MALADIES INFECTIEUSES  
 HISTOLOGIE-CYTOLOGIE, CYTOGENETIQUE ET BIOLOGIE  
 CELLULAIRE ET DE LA REPRODUCTION

**PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS**

**BUCHON** Daniel

MEDECINE GENERALE

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

**BUISSON** Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

**ALAIN** Sophie  
**ANTONINI** Marie-Thérèse  
**BOUTEILLE** Bernard  
**CHABLE** Hélène  
**DAVIET** Jean-Christophe  
**DRUET-CABANAC** Michel  
**DURAND-FONTANIER** Sylvaine  
**ESCLAIRE** Françoise

Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière  
 Explorations Fonctionnelles Physiologiques  
 Parasitologie - mycologie  
 Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles  
 Médecine physique et réadaptation  
 Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
 Anatomie  
 Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de  
 Biologie cellulaire et de la reproduction  
 laboratoire d'hématologie  
 Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles  
 Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière  
 Anatomie et cytologie pathologiques  
 Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière  
 Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de  
 Biologie cellulaire et de la reproduction  
 Rhumatologie

**JULIA** Annie  
**LAPLAUD** Paul  
**MOUNIER** Marcelle  
**PETIT** Barbara  
**PLOY** Marie-Cécile  
**RONDELAUD** Daniel  
**VERGNE-SALLE** Pascale

A Monsieur le Professeur Laskar

Professeur de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

CHU de Limoges

Qui me fait le grand honneur de présider cette  
thèse.

Qu'il soit assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Melloni

Pneumologue

CHU de Limoges

Qui m'a fait découvrir l'exercice de la Médecine.

A Madame le Professeur Tubiana

Oncologue

CHU de Limoges

Pour sa compréhension et son grand savoir.

A Monsieur le Professeur Lacroix

Médecin vasculaire

Pour sa gentillesse.

A Monsieur le Docteur Aboyans

Cardiologue et tabacologue

CHU de Limoges

Qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse, m'a  
aidé à son élaboration avec patience et gentillesse.

Qu'il soit assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Boullaud

Médecin scolaire coordinatrice

Pour sa sympathie.

A mes parents

Qui ont tant lutté pour la réussite de leurs enfants,  
je vous remercie de votre amour, de votre  
dévouement, que vous nous accordez .

Que nos réussites, présentes et futures, honorent  
ceux qui en furent les artisans.



A mes grand-parents

Qui ont su me donner le goût des études.

Que leurs mémoires soient honorées.

A M.Denise et P.Robert

Qui me manquent tout particulièrement en ce jour

Que D.... les protège.

A mes Maîtres d' école et à mes Professeurs

Pour leur savoir, leur dévouement et l'indulgence  
qu'ils m'ont accordé.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma  
reconnaissance et de mon profond respect.

Au Docteur Sandrine Pontier

Qui m'a ouvert les portes de la Faculté de  
médecine.

Que sa mémoire soit honorée.

Aux Docteur Charles Olivier et Juliana Klefstad-Sillonville

Dont la bonté et l'humanité ont suscité en moi la  
vocation de devenir un des leurs.

Aux Docteurs M.Prevost, D.Buchon, et M.H Herbach

Médecins généralistes

Pour leur savoir, la qualité de leurs enseignements  
et la chaleur de leur famille.

Au Docteur C.Roustit

Pédiatre

Pour son aide.

A Delphine et à Lactitia

Avec vous, j'ai commencé mes études, avec vous je les achève. Que de chemin parcouru ensemble. Je vous remercie pour votre soutien au cours de mes études, pour votre compréhension et votre fidélité.

Trouvez ici le témoignage d'une sincère amitié.

A mon frère Guillaume

En qui je fonde de nombreux espoirs.

Qu'il trouve ici l'expression de mon affection.

A mes oncles et tantes

Qui m'ont toujours encouragée dans les études.

A ma cousine et amie Nathalie

A mes cousins Cécile et Eric

Pour leur gentillesse et leur complicité.

A ma cousine Caroline

En qui je fonde de nombreux espoirs.

A Julien

Pour sa complicité et sa patience.

Qu'il trouve ici l'expression de mon amour.

Remerciements à La Ligue contre le cancer ainsi qu'au Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances à Limoges.

« Soyons réalistes, exigeons l'impossible »...

Ernesto « Che » Guevara



# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>19</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>22</b>
1) Méthode de sélection	22
2) Méthode d'observation	22
3) Type d'action d'éducation à la santé	23
4) Méthode d'analyse des données	25
<b>RESULTATS</b>	<b>26</b>
<b>A- La population :</b>	<b>26</b>
1) La proportion des fumeurs	26
2) L'âge de la première cigarette	27

<b>B- La consommation :</b>	<b>27</b>
1) Fumeurs >ou=5 cigarettes par jour	28
2) Fumeurs quotidiens	29
3) Fumeurs hebdomadaires	29
<b>DISCUSSION</b>	<b>30</b>
<b>A- Education par les pairs :</b>	<b>30</b>
1) Le choix des pairs et les principes d'intervention	30
2) Comment les jeunes entrent dans le tabagisme	31
3) Méthodes de prévention	33
<b>B- Les expériences déjà réalisées dans ce domaine</b>	<b>33</b>

<b>C- Expérience Limousine</b>	<b>36</b>
1) Résultat principal	36
2) Critique méthodologique :	36
a) Le problème des perdus de vue	
b) Le problème de l'anonymat	
3) Particularités du sevrage tabagique chez l'adolescent	37
4) Le coût des Programmes d'éducation à la santé	38
<b>CONCLUSION</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>46</b>
Le questionnaire utilisé pour les trois enquêtes	47

## INTRODUCTION

Le premier traité international dans le domaine de la Santé Publique vise à réduire le tabagisme dans le monde (1). L'évaluation de l'impact d'une action d'éducation à la santé sur la consommation tabagique des jeunes est l'objet de cette thèse et s'inscrit dans le développement récent de cette politique de prévention.

Le tabac constitue la première cause de mortalité prématurée et évitable en France. Soixante mille décès prématurés par an en France sont liés au tabagisme :

- le tiers des cancers toutes localisations confondues
- le quart des maladies cardiovasculaires
- le quart des maladies respiratoires (2)
- 50% des fumeurs ayant commencé à l'adolescence mourront victimes du tabac, et 50% avant 69 ans (3).

Chez la femme enceinte, le fœtus subit le tabagisme passif ; les conséquences peuvent être un retard de croissance intra-utérin ; le risque de mort subite du nourrisson est accru ; la fréquence des infections ORL et bronchiques chez l'enfant sera plus grande (de 70% si c'est la mère qui fume, et de 30% si c'est le père qui fume) et de même, la gravité de l'asthme.

La liste des méfaits ne cesse de s'allonger avec l'augmentation du risque d'ostéoporose et des complications diabétiques et d'infertilité, mais aussi le taux des infections post-opératoires (4).

Fumer est toxique selon :

- l'âge du début : 90% des fumeurs ont commencé avant 20 ans, l'âge moyen est de 14 ans. Plus le début est précoce et plus la dépendance est forte ; les adolescents qui n'ont pas commencé avant 18 ans ont plus de chance d'arrêter après 23 ans (3).
- la durée d'exposition et le nombre de cigarettes fumées: le risque de cancer bronchique est multiplié par deux lorsque la quantité journalière est doublée, et par vingt lorsque c'est la durée de la consommation qui est doublée (3).

Les facteurs de risque du tabagisme sont génétiques, environnementaux, et socio-économiques. Fumer est considéré comme utile pour se stimuler, ou au contraire pour se calmer, pour satisfaire sa recherche de sensations, gérer son anxiété, ou simplement faciliter son intégration sociale, et cela quel que soit le taux de nicotine.

L'initiation au tabagisme ne peut s'expliquer par la nicotine car au départ, elle exerce plutôt un effet aversif (4).

Les prévisions ANAES en 2025 sont : une multiplication du risque des décès par deux chez l'homme, et par dix chez la femme (5).

La politique de prévention a débuté avec des dispositifs législatifs sur la publicité pour le tabac avec la loi Veil (9/07/76) puis la loi Evin (10/01/91) (6).

La politique actuelle de Santé Publique en France est de repousser l'âge moyen d'initiation à 16 ans et de diminuer le tabagisme des jeunes de 30%.

Parmi les jeunes de 11 à 19 ans, 14,5% fument quotidiennement, 7,8% fument occasionnellement (7). Au lycée, les filles fument un peu plus que les garçons. Entre 11 et 18 ans, le taux de fumeurs passe de 6% à 43% parmi les garçons, et de 5% à 41% parmi les filles. Dans le même temps, la proportion de fumeurs quotidiens s'accroît de 2% à 34% pour les garçons et de 1% à 31% pour les filles.

Ainsi, parmi les fumeurs les plus jeunes, un tiers a une consommation quotidienne (7).

Les quantités de cigarettes fumées augmentent rapidement au cours de l'adolescence (5) : au total, 8% fument plus de 10 cigarettes par jour, proportion identique pour garçons et filles mais qui passe de 1% (parmi les 11-13ans) à 22% (parmi les 18 ans et plus).

Les 12-14 ans déclarent fumer en moyenne 4 cigarettes par jour, les 20-24 ans: 11,9. La première cigarette est au collège à 13,1 ans pour les garçons, et 13,5 ans pour les filles (7).

Au sortir du collège, les élèves seraient 40% à avoir reçu une information sur les substances illicites et 20% sur les substances licites (cette information pouvant se limiter à la diffusion d'une brochure). L'information pouvait être incomplète, contradictoire, parfois conduite par du personnel non informé.

D'après les enquêtes de M. Choquet, les rencontres entre pairs sont des occasions privilégiées pour augmenter sa consommation de tabac. Ainsi, 82% fument plus que d'habitude quand ils sont avec les copains, contre seulement 31% lorsqu'ils assistent à une fête de famille. Les situations propices évoquées sont pour 63% la contrariété, pour 55% le cafard ou la tristesse, pour 49% la solitude (7).

Or dans le domaine de la prévention des comportements à risque de l'adolescent, la crédibilité des adultes est parfois mise à défaut.

Un des moyens de communication est de passer par les pairs, c'est-à-dire par la communication des adolescents entre eux, et ceci s'appuie donc sur :

- la participation ou l'adhésion des personnes que suscite la transmission d'un message.
- un processus de construction de compétences à l'intérieur d'un groupe.
- une création de partage et d'échanges sur un territoire commun (8).

L'éducation à la santé est reconnue efficace si elle est non ciblée sur le produit, mais sur la recherche d'autonomie, et si les enseignants, le milieu familial, et les médecins sont partie prenante.

Ainsi, notre étude a pour objectif de réduire le tabagisme à l'adolescence, et elle évalue une action d'éducation sur le tabagisme au sein d'un collège, basée sur l'éducation par les pairs. Cette action s'est déroulée sur 3 ans, de 2000 à 2003, au sein du collège Corot à Aix-Sur-Vienne.

## MATERIEL ET METHODES

### **1) Méthode de sélection :**

Trois enquêtes prospectives ont été conduites sur les élèves du collège d'Aix-Sur-Vienne, de classes 5<sup>ème</sup> (N1=427), 4<sup>ème</sup> (N2=423), et 3<sup>ème</sup> (N3=340).

Ils ont été soumis à un même questionnaire en 2000-2001 (enquête 1) puis en 2001-2002 (enquête 2), et en 2002-2003 (enquête 3) ; nous précisons que cette dernière évaluation a été réalisée à la rentrée 2003-2004.

Ainsi, nous avons recueilli 1190 questionnaires.

### **2) Méthode d'observation :**

Un questionnaire rédigé par le service de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire a permis le recueil des données (voir annexes) sur :

- les variables socio-démographiques telle la classe
- l'existence ou non du tabagisme
- l'âge d'initiation à la première cigarette si l'enfant a répondu être fumeur
- le niveau de consommation
- le comportement à pouvoir ne pas fumer dans les endroits interdits
- la motivation pour arrêter de fumer

### 3) Type d'action d'éducation à la santé :

#### ▪ Conférence en 2001 :

Tous les élèves de 5ème ont reçu une intervention de prévention menée par le Professeur Laskar et le Docteur Aboyans.

Celle-ci a porté sur :

- les méfaits du tabac en terme de santé
- l'aspect économique: notion d'argent perdu par comparaison de valeurs
- la dépendance: "mieux vaut ne pas commencer"

Des élèves volontaires (70-80) ont pu rencontrer des patients et, par exemple, un journaliste opéré transplanté.

Une dizaine de groupes de travail ont traité chacun une question particulière dans l'objectif de réaliser une exposition.

#### ▪ Réalisation d'une exposition en 2002 :

Des élèves de 4ème y ont participé, avec le soutien de leur professeur de S.V.T.

Ces mêmes élèves ont participé à une conférence de presse à l'occasion de la Journée Mondiale du Tabac.

#### ▪ Enregistrement d'une pièce de théâtre en 2003 :

Des élèves de 3ème ont réalisé une pièce de théâtre sur le thème du tabac ; ils ont ainsi joué des petites scènes enregistrées sur cassette vidéo.

▪ **Présentation à leurs pairs** au sein du même collège, de l'exposition et des petites scènes (classes de 6ème, 5ème, et 3ème en 2002, puis classes de 6ème, 5ème, et 4ème en 2003).



Par la suite, ces supports de prévention ont servi à l'occasion d'interventions dans les écoles primaires et quatre ou cinq autres collèges, et des dessins ont aussi été exposés dans des établissements scolaires, par exemple à Périgueux, à Isle, à St-Yrieix.

En fait, cette même population d'élèves a bénéficié durant ces trois ans d'interventions diverses avec le Professeur Laskar et le Docteur Aboyans qui ont pu les guider dans les séances de réalisation de l'exposition, voire dans leur recherche sur Internet, ou dans la validation scientifique de leur travail.

Les planches de l'exposition illustrent en effet :

- la notion de tabagisme passif
- l'équivalence du tabac à une drogue
- l'amputation et l'artérite oblitérante des membres inférieurs comme séquelles possibles
- le rôle du tabac dans les maladies cardiovasculaires (athérosclérose / thrombose, AVC, accidents cardiaques)
- des radiographies pulmonaires et des photos comparatives de poumons sains et de poumons tabagiques
- l'altération des capacités respiratoires avec les alertes que sont la toux et l'essoufflement
- la notion de toxicologie du tabac qui cause chaque année : 60000 morts (soit 8 fois plus que les accidents de la route en 2000), 20000 cancers bronchiques, 15000 insuffisances respiratoires, 20000 maladies cardio-vasculaires, 3500 cancers des voies respiratoires, 1500 cancers de la vessie
- les étapes de la fabrication du tabac, des cultures du tabac au produit fini
- le tabac à travers l'Histoire
- l'entrée des jeunes dans le tabagisme au moment de l'adolescence pour imiter les grands, goûter à l'interdit, s'intégrer dans un groupe, avoir l'esprit de contradiction, attirer l'attention, puis la dépendance
- l'âge d'initiation (de 12 à 19 ans: ils sont 3 à 60% à fumer). Les parents et les proches jouent un rôle important à tous les stades. Les jeunes fumeront d'autant plus que les parents sont fumeurs. Interdire de fumer n'a pas d'effet véritable sauf peut-être sur la quantité de cigarettes fumées.
- l'économie du tabac
- la législation (la Loi Evin).

Ces planches ont été exposées au pavillon du Verdurier à Limoges en 2003. En 2004, elles ont été prêtées pour une campagne de prévention du lycée Renoir.

#### **4) Méthodes d'analyse des données :**

Chaque questionnaire a constitué une unité statistique, à partir de laquelle ont été enregistrées les variables.

La comparaison des proportions a été faite à l'aide d'un test de chi-2. Les moyennes ont été comparées par un test de Student.

L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel Statview 4.0.

## RESULTATS

### A- La population :

#### 1) La proportion des fumeurs :

Parmi les 1190 questionnaires auxquels ont répondu les élèves des classes de 5ème, 4ème, et 3ème, 427 ont été recueillis dans l'enquête 1 (en 2000-2001), 422 dans l'enquête 2 (en 2001-2002), et 340 dans l'enquête 3 (en 2003 2004).

**Tableau 1-Répartition par classes et enquêtes.**

Proportion des fumeurs	Enquête 1	Enquête 2	Enquête3
Classes de 3ème	141 (33%)	137 (32%)	<b>97 (29%)</b>
Classes de 4ème	129 (30%)	<b>128 (30%)</b>	93 (27%)
Classes de 5ème	<b>157 (37%)</b>	157 (37%)	150 (44%)
Total des élèves	427	422	340

**En gras : évolution de la génération suivie.**

## 2) L'âge de la première cigarette :

L'âge moyen du premier tabac était :

- dans l'enquête 3, de  $12,0 \pm 1,7$  ans
- dans l'enquête 2, de  $11,4 \pm 2,0$  ans
- dans l'enquête 1, de  $11,3 \pm 2,3$  ans

**Tableau 2-Age de la 1<sup>o</sup>cigarette selon la classe et l'enquête.**

Age moyen 1er tabac	Enquête 1	Enquête 2	Enquête 3
Classes de 3 <sup>o</sup>	11,8 ans	12,1 ans	<b>12,6 ans</b>
Classes de 4 <sup>o</sup>	11,1 ans	<b>11,1 ans</b>	11,9 ans
Classes de 5 <sup>o</sup>	<b>10,6 ans</b>	10,7 ans	11,7 ans

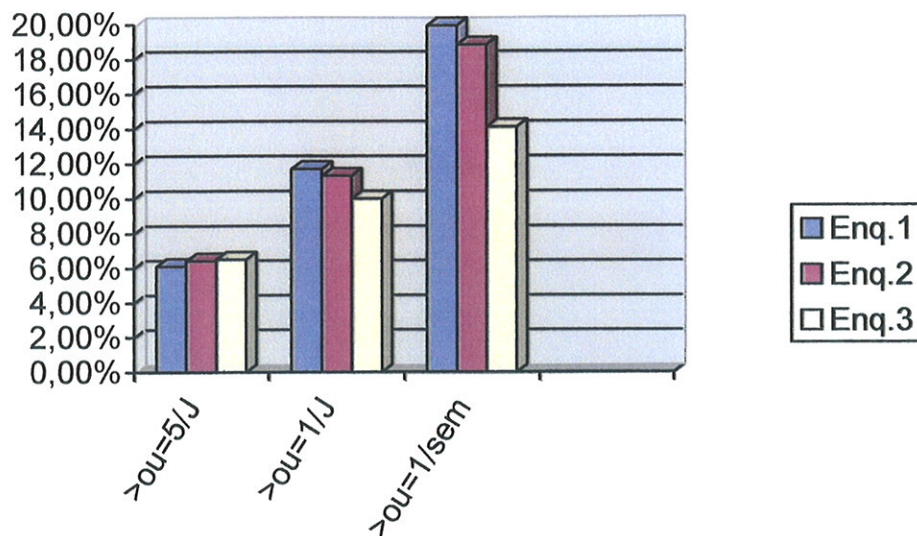
**En gras : évolution de la génération suivie.**

Il n'y a pas de différence significative entre les différentes enquêtes.

## **B- La consommation :**

Nous avons évalué le tabagisme par trois définitions :

- fumeurs hebdomadaires : consommation  $\geq 1$  cigarette / semaine
- fumeurs quotidiens : consommation  $\geq 1$  cigarette / jour
- fumeurs  $\geq 5$  cigarettes / jour : consommation  $\geq 5$  cigarettes / jour



**Figure 1-Prévalence du tabagisme dans les 3 enquêtes.**

1) Fumeurs >ou=5 cigarettes/jour :

**Tableau 3-Répartition de la consommation >ou=5 cigarettes/J selon la classe et l'enquête.**

Fumeurs	Enquête 1	Enquête 2	Enquête 3
Classes de 3°	15 (10,6%)	14 (10,2%)	<b>8 (8,2%)</b>
Classes de 4°	4 (3,1%)	<b>5 (3,9%)</b>	5 (5,34%)
Classes de 5°	<b>7 (4,5%)</b>	8 (5,1%)	9 (6%)

**En gras : évolution de la génération suivie.**

Les différences entre les classes dans l'enquête 3 et l'enquête 1 ne sont pas significatives.

2) Fumeurs quotidiens :

**Tableau 4-Répartition de la consommation >ou=1 cigarette/J selon la classe et l'enquête.**

Fumeurs	Enquête 1	Enquête 2	Enquête 3
Classes de 3°	26 (18,4%)	23 (16,8%)	<b>14 (14,4%)</b>
Classes de 4°	13 (10,1%)	<b>14 (10,9%)</b>	7 (7,5%)
Classes de 5°	<b>11 (7,0%)</b>	11 (7,0%)	13 (8,7%)

**En gras : évolution de la génération suivie.**

Les différences entre les classes dans l'enquête 3 et l'enquête 1 ne sont pas significatives.

3) Fumeurs hebdomadaires :

**Tableau 5-Répartition de la consommation >ou=1 cigarette/sem. Selon la classe et l'enquête.**

Fumeurs	Enquête 1	Enquête 2	Enquête 3
Classes de 3°	37 (26,2%)	36 (26,3%)	<b>16 (16,5%)*</b>
Classes de 4°	27 (20,9%)	<b>24 (18,7%)</b>	14 (15,0%)
Classes de 5°	<b>21 (13,4%)</b>	18 (11,5%)	18 (12%)

**En gras : évolution de la génération suivie.**

\*p<0,05 par rapport à l'enquête 1.

## DISCUSSION

### **A- L'éducation par les pairs :**

#### **1) Le choix des pairs et les principes d'intervention :**

Les pairs sont selon les programmes des élèves soit plus âgés, soit du même âge que les élèves qui reçoivent une action de prévention ; les résultats sont similaires dans les 2 cas.

Ils peuvent être désignés s'ils sont non-fumeurs ou ex-fumeurs pour représenter une image de leader non fumeur ou bien ils peuvent être des volontaires qui seront sélectionnés après avoir été soumis à des tests.

Leur intervention auprès des élèves peut se faire avec les enseignants pendant les cours, mais dans la plupart des programmes, les pair-leaders s'organisent en dehors des cours et sans enseignant, des activités au sein de petits groupes de discussions, sous forme par exemple de jeux de rôle, ou de brainstorming (9).

L'éducation par les pairs permet de modifier l'environnement, la personnalité, et les facteurs qui influencent l'abus de drogues ; elle est basée sur des concepts psychosociaux.

Les pairs servent de modèle, et font de la non-consommation une norme plus acceptable que la consommation. Au niveau de la personnalité, ils renforcent l'importance des responsabilités et de la valeur que représente la santé, et au niveau comportemental, ils enseignent les moyens de résister à la pression en société.

En comparaison aux programmes scolaires, ceci peut s'opérer en-dehors de l'école ; il est difficile de confronter l'éducation par des adultes formés (10) à celle qui est confiée à des pairs formés (11). En fait, les pairs ont une meilleure crédibilité, et des notions préconçues sur la façon d'enseigner à un groupe d'adolescents un changement de comportement ; ils peuvent aussi se transmettre entre eux l'opportunité de devenir eux-même actifs, responsables vis-à-vis de leur propre santé et de celle des autres.

## 2) Comment les jeunes entrent dans le tabagisme :

De l'initiation à la dépendance tabagique, on observe cinq étapes (11) :

- Préparation et anticipation :

Les facteurs de risques psychosociaux (12) interviennent avec des déterminants d'ordre personnel (sexe, âge, personnalité, convictions, croyances, connaissances, valeurs, objectifs), d'ordre familial (tabagisme parental, type de famille, style éducatif, rapports entre parents et enfants, catégorie socioprofessionnelle), et d'ordre social (rôle des médias et de la publicité).

Il faut préciser que le niveau socio-économique des jeunes ou de leur famille n'est pas corrélé avec le tabagisme (13).

- Essais :

L'initiation s'opère avant tout par le groupe de pairs (14) : le rôle du groupe est primordial quand l'adolescent s'éloigne de l'enclos familial. Ce lien implique que l'on fasse comme les autres tout en affirmant son originalité (15).

Dans l'enquête de l'INSERM (16) : 90% de jeunes sont satisfaits de leurs relations avec les copains, 2% en sont insatisfaits ; ceux qui ne sont ni l'un ni l'autre (7%) sont moins nombreux à consommer que les autres.

A ce stade, la disponibilité du tabac (la législation) est influente.



▪ Expérimentations :

Les premières expériences sont influencées selon la propre estime de soi, l'image de soi, et la capacité à refuser l'offre.

L'enquête ESCAPAD de 2001 (enquête transversale réalisée chaque année auprès d'adolescents par un auto-questionnaire distribué au cours de la Journée d'appel de préparation à la défense) a montré que la précocité dans l'expérimentation jouerait un rôle important dans le passage à une consommation quotidienne.

Les lois d'interdiction et les taxes sur les prix du tabac sont encore efficaces à ce stade.

▪ Consommation régulière :

La consommation est d'abord « festive » (15), pendant « les années collège ».

Dans l'adolescence, le fait de priser du tabac dénote un comportement à risque (17).

Entre 11 et 19 ans, une diversité de troubles et de conduites est en jeu : dans l'enquête nationale de M. Choquet en 1994, 15% consomment quotidiennement du tabac (18). Dans notre étude, ils étaient 14,4 % dans l'enquête 3, en classe de 3ème.

Il est à noter que la consommation dans les lycées d'enseignement professionnel est plus importante que dans les lycées d'enseignement général ou en 1ère année de Faculté (19).

Ces comportements peuvent perdurer en présence de troubles de la personnalité, de manque de ressources propres ou familiales, ou simplement d'un manque de choix (20).

La consommation apporte un effet « déstressant » devant une difficulté ou un événement triste (21).

▪ Passage à la dépendance :

La consommation devient « addictive », souvent lors du passage du collège au lycée (15), soit environ 3 ans après l'initiation (11).

### **3) Méthodes de prévention :**

L'initiation au tabagisme se fait entre 11 et 16 ans.

Avant cet âge, il existe des actions de prévention en milieu scolaire qui sont quasiment exclusivement menées par des associations spécialisées dans la prévention des risques respiratoires et oncogènes à long-terme : citons La Ligue contre le cancer , avec ses clubs «pataclap» (22). La prévention primaire est la mesure la moins coûteuse, et la plus efficace (23). Les enseignants aussi jouent un rôle important avant 12 ans dans l'image que les jeunes ont du tabac et du tabagisme, alors que les jeunes sont opposés au tabac.

Ensuite, le langage à adopter vis-à-vis de l'adolescence doit être différent, il est indispensable de renforcer l'information, avec la participation du corps médical également dans l'accompagnement du choix.

Un des modes de prévention des plus efficaces chez l'adolescent est celui qui consiste à intervenir sur les leaders de classes, des groupes de pairs qui, secondairement influenceront les comportements de leurs pairs (24) des classes plus jeunes (25).

### **B- Les expériences déjà réalisées dans ce domaine :**

▪ Dans le Minnesota en 1988 (26) :

Un programme sur les influences sociales et les moyens de résister aux pressions (médias, famille, pairs) a été réalisé avec des groupes de pairs avec et sans leaders et comprenant des étudiants soit du même âge (grade 7, équivalent aux classes de 5<sup>e</sup>) soit plus âgés. Après 2 ans de suivi, c'est la fréquence du tabagisme qui avait diminué au sein de ces élèves.

Un autre programme portait sur les conséquences cardiovasculaires du tabagisme et comportait la projection de vidéo-films à des élèves de grade 7, des interventions réalisées par des pairs sélectionnés et des enseignants formés puis par les jeunes eux-mêmes dans la communauté. A la fin de l'année, il y avait une baisse significative de la proportion des fumeurs hebdomadaires (5%) par rapport à la population témoin (8%).

Notre étude a aussi retrouvé une diminution significative du taux de fumeurs hebdomadaires (16,5%) par rapport à la population témoin (26,2%).

▪ A Oslo en 1988 (26) :

Un programme qui portait sur les conséquences sur la santé et sur l'influence sociale été réalisé sur 828 élèves randomisés dans trois cohortes parmi les grades 5 (10 ans), 6 (11ans) et 7 (12 ans) de 6 écoles. Les intervenants étaient des adultes et des pairs-leader de même grade. Les résultats, deux ans après un pré-test ont montré une réduction du taux d'incidence de nouveaux fumeurs (diminution de 44% pour les élèves de grade 5, de 42% pour les élèves de grade 6 et de 21% pour les élèves de grade 7).

▪ Au Canada en 1988 (27) :

Un programme qui portait aussi sur les influences sociales et les conséquences sur la santé à court et long terme par des jeux de rôle avec des groupes de pairs de grade 6 de septembre à juin a montré une diminution du tabagisme hebdomadaire pour les garçons :

**Tableau 6-Réduction du taux de tabagisme hebdomadaire de septembre à juin.**

	témoin	Elèves éduqués
Septembre	Garçons : -12% Filles : -21,8 %	Garçons : -17,7% Filles : -25,6%
Juin	Garçons : -18,7% Filles : -34,6%	Garçons : -17,2% Filles : -25%

▪ Aux Etats-Unis :

En 1998 en Floride (28), une étude incluait plusieurs programmes de prévention à l'école (approche sociale avec les pairs, campagnes massives médiatisées, interdictions de fumer dans l'établissement scolaire, restrictions de l'accès au tabac et de la publicité, augmentation des prix). Le résultat le plus satisfaisant était celui du programme qui incluait des activités d'éducation par les pairs (mais qui ne débutait pas par l'augmentation des taxes). Sur 8000 jeunes de 12 à 17 ans qui ont participé à ces activités, on notait même une diminution du tabagisme dans les 30 premiers jours au niveau de collège : 18,5% à 15% , et au niveau de lycée : 27,4% à 25,2%.

En 1999, une méta-analyse américaine et canadienne (29) sur l'évaluation des programmes de prévention durant trois ans comparait l'approche sous forme d'information sur les risques sur la santé, ou sur les facteurs individuels (croyances, valeurs, représentation personnelle, propre estime, image de soi, gestion du stress) ou sur les modèles de résistance à l'influence sociale, basés sur les pairs et la famille, qui exercent une influence extérieure (positive ou négative). C'est le programme basé sur les pairs (dont l'intervention aidait à construire des capacités à résister à l'influence négative des pairs fumeurs) qui a conclu aux résultats les plus satisfaisants. D'ailleurs, une autre méta-analyse publiée entre 1974 et 1991 signale que les programmes centrés sur l'influence sociale, dont l'influence des pairs, réduisaient le tabagisme de 5 à 30%.

En 2003, en Californie (30), 25 études (méta-analyses, et études longitudinales) ont porté sur des programmes d'au moins deux ans de suivi entre le niveau de collège (12-15 ans) et le niveau de lycée (16-19 ans). Les analyses portaient sur les réponses aux questionnaires et sur la mesure du taux de nicotine dans la salive, et les programmes de prévention étaient basés sur l'influence sociale (prévention scolaire avec des pairs-leaders qui avaient reçu une formation, projections de films). Les résultats ont montré une réduction du tabagisme de 11% parmi les 12-15 ans, et parmi les 15-17 ans, 57% avaient maintenu cette abstinence.

Dans notre expérience Limousine, nous avons réduit de 10% le tabagisme hebdomadaire, en valeur absolue, soit en valeur relative une réduction de 37%.

## **C- Expérience Limousine :**

### **1) Résultat principal :**

Ce sont ceux qui fumaient le moins (0 à 1 cigarette par semaine) qui sont sensibles à l'éducation par les pairs.

Nous observons ainsi une baisse de l'initiation au tabagisme (31, 32).

C'est aussi le résultat des études similaires ci-dessus, qui incluent le rôle des pairs.

Par ailleurs, notre étude analysait trois années d'évolution, et ce sont les interventions de longues durée, comme l'étaient aussi les études ci-dessus, qui seraient plus efficaces qu'une action ponctuelle, de même que leur évaluation (32) dans le passage à l'établissement secondaire (après 15 ans, l'habitude s'installe) (25, 34).

En revanche, on n'observe pas de différence significative sur ceux qui fument plus d'une cigarette par jour .

### **2) Critique méthodologique :**

#### **a) Le problème des perdus de vue :**

Au sein de la cohorte étudiée lors de la troisième enquête, nous devons préciser que le recueil des données en 2003 pour les classes de 3ème du collège d'Aixe-Sur-Vienne n'a pas pu se faire en raison des grèves à la fin de cette année scolaire.

Nous avons dû retrouver ces élèves en classes de seconde dans leurs lycées d'affectation respectifs en Haute-Vienne, ainsi qu'en Creuse et en Corrèze, alors qu'ils avaient été choisis initialement lorsqu'ils étaient en classes de 5ème en 2000-2001.

Certains ont été perdus de vue (on compte 83 élèves de moins dans l'enquête 3 par rapport à l'enquête 1).

b) Le problème de l'anonymat :

Le respect de l'anonymat a permis aux élèves de s'exprimer librement, mais en revanche, il nous a empêché de suivre individuellement les collégiens à travers les trois enquêtes (35).

c) Le problème de l'âge ou la nécessité d'aborder le sevrage chez les adolescents fumeurs (36) :

Les travaux du Pr Dautzenberg ont montré que la prévention du tabagisme chez l'adolescent devait intégrer la notion de sevrage pour éviter le passage à la dépendance (37).

Dans notre action, aucune aide au sevrage n'a été proposée.

**3) Particularités du sevrage tabagique chez l'adolescent :**

Selon les enquêtes conduites par «Paris sans tabac» en 2004, l'entrée des jeunes dans le tabagisme pour les 12-18 ans dépasse 40% (38).

Le tabac peut aussi être une porte ouverte sur d'autres drogues (17,39) : parmi les consommateurs réguliers, 53% ont déjà expérimenté une drogue illicite (18) ; Une enquête INSERM a publié en 2003 un accroissement de la consommation cannabique, en France, qui serait plus importante que dans les autres pays d'Europe (40).

Bien que les efforts se soient jusqu'à présent concentrés sur une prévention de l'initiation au tabagisme des jeunes, il est nécessaire de développer chez eux des modalités de sevrage (41, 42, 43).

Dans notre étude, 49% des élèves projettent d'arrêter de fumer.

Le désir d'arrêter intervient donc rapidement après le début de la consommation, comme en atteste l'analyse pour la région Ile-de-France de mars 2000 où la moitié des jeunes de 12 à 19 ans ont déclaré désirer arrêter de fumer (22).

Le désir de se maintenir en bonne santé constitue un argument plus souvent avancé dans la décision d'arrêt des jeunes fumeurs (23, 41) : la confrontation aux inconvénients pour la pratique d'un sport de compétition ou pour la prise de la pilule

contraceptive chez les filles permet parfois de déstabiliser l'habitude naissante. La mesure du CO dans l'air expiré et le test de Fagerström qui mesure la dépendance est également bien compris (25).

La prise en compte des critères économiques est le motif d'arrêt le plus fréquemment cité (22, 41, 44).

Les techniques de sevrage utilisés chez l'adulte comme les patchs ou gommes de nicotine, ou encore les produits antidépresseurs tel le Zyban, seraient inefficaces (21, 45).

Le recours aux dispositifs de soins est rarement envisagé (41).

Enfin, les programmes communautaires développés par le National Cancer Institute aux Etats-Unis à l'usage des 13-20 ans, ainsi que les concours de «classes non fumeurs» proposées dans divers pays dont la France, et les programmes d'auto-assistance ont montré leur efficacité (41).

#### **4) Le coût des programmes d'éducation à la santé :**

Les études évaluant l'impact de l'intervention sociale sur la santé sont rares. Elles concernent de préférence l'éducation à la santé (46). Aux Etats-Unis, les organismes d'assurance privés ont vite perçu que fumer, c'est autant de dépenses de santé supplémentaires laissées à leur charge.

En 2001, une étude californienne basée sur l'influence sociale auprès des jeunes, qui avait permis de réduire jusqu'à 56% en 4 ans la consommation tabagique, a montré que le rapport coût-efficacité était favorable (47).

## CONCLUSION

Le tabac est un problème de santé publique et une préoccupation dans les établissements scolaires.

L'éducation par les pairs est une méthode utilisée en prévention.

Elle consiste à intervenir sur des groupes de pairs qui, secondairement, influenceront les comportements de leurs pairs des classes plus jeunes. Dans une démarche de promotion de la santé, ce programme de prévention au collège vise à renforcer l'image positive du non-fumeur, et à rendre le tabac socialement inacceptable.

Nos résultats montrent que parmi les fumeurs collégiens (dont la proportion dans notre étude est voisine de la proportion nationale : environ 60%), le bénéfice sur la réduction de la consommation tabagique après trois années d'action d'éducation par les pairs est essentiellement sur les adolescents qui ne fument que de façon occasionnelle (hebdomadaire).

C'est donc une baisse de l'initiation au tabagisme que nous observons.

D'autres enquêtes basées aussi sur l'importance de l'entourage, et sur l'influence sociale, avec des groupes de pairs, sur des jeunes de 12 à 16 ans et pendant au moins deux ans d'évaluation ont montré des résultats similaires.

En ce qui concerne les fumeurs quotidiens qui seraient aussi de la même proportion (14%) que la moyenne nationale, nous avons été inefficaces.

Nous avons donc été plus efficace en prévention primaire du tabagisme qu'en prévention secondaire. C'est peut-être en raison de la différence des situations psychosociales des jeunes.



En effet, la consommation peut prendre des caractéristiques psychopathologiques, et devenir «addictive». Des programmes de sevrage chez l'adolescent sont donc aussi indispensables. Les jeunes sont plus réceptifs à l'argumentation psychologique (intérêt de passer par les pairs). Par ailleurs, les consultations chez les dentistes, gynécologues, et médecins généralistes permettent des interventions minimales privilégiées.

Par ailleurs, les interventions en milieu scolaire contre le tabac, sont efficaces si elles sont combinées avec les autres moyens de prévention dans la société.

Enfin, l'accès au tabac peut être une porte ouverte à la consommation de drogues illicites, et notamment du cannabis.

La législation sur les taxes afin de limiter la disponibilité du tabac est la mesure efficace en complément des interventions en milieu scolaire, surtout au stade de l'initiation et de l'expérimentation tabagique.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. **Traité international antitabac.** Rev. Prescr., 2004, 24, 254, 704.
2. **La Loi Evin face au tabac : Rapport.** Rev. Prescr., 2001, 21, 214, 146.
3. **LAJOUX J.L., TIGE F., VALADE H.** Prévention contre le tabagisme chez l'adolescent et l'adulte jeune. Mémoire du D.U de prévention des maladies cancéreuses, 2003.
4. **CARMONA R.** Points forts de l'actualité : la liste des méfaits du tabagisme ne cesse de s'allonger . Rev. Prat.- Médecine générale, 2004, 18, 656/657, 743.
5. **GUILBER T., BAUDIER F., GAUTIER A.** Baromètre santé 2000 : résultats. 2, CFES (comité français d'éducation pour la santé).
6. **PITIE B., SCHILTZ P.** Le tabac . Paris : Presses Universitaires de France, 1999 (Que Sais- Je ?, 87).
7. **CHOQUET M.** Adolescents : enquête nationale. Paris, INSERM, 2000.
8. **CHALON L., ERLICH M., MARTINS A.[ET AL].** Repères pour une formation à la prévention. MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), 2001, 40.
9. **KLEPP KI, HELPER A, PERRY CL.** The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. J Sch Health, 1986 ; 56 (9) : 407-411.
10. **MELLANBY AR, REES JB, TRIPP JH.** Peer-led and adult-led school education : a critical review of available comparative research. Health Ed Res, 2000 ; 15 (5) : 533-545.

**11. U .S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, FLAY.** Preventing tobacco use among young people. The Surgeon General's report, 1989, 223.

**12. HOSSEMANT C., BOUYER S., GROUPE ATESS.** Le Tabagisme au quotidien : déterminants du tabagisme chez l'adolescent [1992], 111-113.

**13. CPAM de la Creuse, Comité Départemental interministériel de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Creuse.** Les jeunes en Creuse : synthèse du rapport d'étude sur les pratiques et représentations des conduites à risque [2004], 39 p.

**14. HARRIS L., MORVAN Y., BASIER A.** Etude «Jamais sans la première cigarette» : enquête menée par la Fédération Française de Cardiologie, 2004, 54 p.

**15. MARCELLI D., ALVIN P.** Médecine de l'adolescent. Paris : Masson, 2000, 237-242 (Pour le praticien).

**16. CHOQUET M., LEDOUX S., HASSLER C.** Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée. Paris : INSERM- OFDT- MENRT, 1999, 1, 80-81.

**17. CFES [Comité Français d'Education pour la Santé].** Dans l'adolescence, le fait de priser du tabac dénote un comportement à risque. Tabac Actualités, 2002, 23, 4.

**18. CHOQUET M.** Adolescents : enquête Nationale. Paris : INSERM, 1994, 264.

**19. POSTIL D.** Addiction cannabique : à propos d'une enquête sur la consommation de substances psychoactives chez les jeunes adultes scolarisés à Limoges. Thèse de doctorat en médecine. Limoges : Université de Limoges, 2001.

**20. COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES.** Vers une génération sans tabac : guide pratique européen destiné aux intervenants. La ligue nationale contre le cancer, 1996, 75p.

- 21. CLARK V, MILLER D, CRESWELL J [ET AL].** In Conversation : High School Students About Tobacco Use and Prevention Strategies. *Qualitative Health Research*, 2002 ; 12 (9) : 1264-1283.
- 22 . ORS ILE-DE-FRANCE, CRIPS ILE-DE-France.** La consommation de tabac chez les jeunes : données épidémiologiques et prévention. *Bulletin de Santé Hebdomadaire*, 2003, 7.
- 23. PLETCHER JR, SCHWARZ D, MD, MPH.** Current concepts in adolescent smoking. *Current Opinion in Pediatrics*, 2000 ; 12 : 447.
- 24. CHALON L., ERLICH M., MARTINS A. [ET AL].** Repères pour une formation à la prévention. *MILDT* 2001, 40-48.
- 25. SETBON G.** Facteurs influençant le tabagisme chez les élèves des collèges et lycées parisiens. Thèse de doctorat en médecine. Pitié-Salpêtrière : Université Pierre et Marie Curie (Paris VI), 1997.
- 26. BEST J, THOMSON S, SANTI S [ET AL].** Preventing cigarette smoking among school children. *Ann Rev Public Health*, 1988 ; 9 : 161-201.
- 27. GARCIA J, D'AVERNAS J, BEST J.** Smoking prevention for Ontario school children: we know what works, now let's make it happen. *Can J Public Health*, 1988 ; 79 (3) : S55-60.
- 28. WAKEFIELD M, CHALOUPKA F.** Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA. *Tob Control*, 2000 ; 9 (2) : 177-186.
- 29. LANTZ P, JACOBSON P, WARNER K [ET AL].** Investing in youth tobacco control : a review of smoking prevention a control strategies. *Tob Control*, 2000 ; 9 (1) : 47-63.
- 30. M.P.H S, PH.D. S.** A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev Med*, 2003 ; 37 (5) : 451-474.

- 31. INPES [Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé].** Les Interventions en milieu scolaire contre le tabac : seules, elles ne peuvent pas grand chose. Tabac Actualités, 2003, 36, 4.
- 32. INPES [Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé].** Ne jamais dire: « Si j'avais su » !. Tabac Actualités, 2003, 39, 10.
- 33. TONNESSEN P.** How to reduce smoking among teenagers. Eur Resp J, 2002 ; 19 : 1-3.
- 34. CFES.[Comité Français d'Education pour la Santé], INPES. [Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé].** Promouvoir la vie sans tabac auprès des jeunes. Tabac Actualités, 2002, 27, 9.
- 35. SANCHO-GARNIER H.** Evaluation des programmes de prévention du tabagisme. Rev. Prat., 1993, 43, 10, 1254.
- 36. JONES D, SCHROEDER J, MOOLCHAN E.** Time spent with friends who smoke and quit attempts among teen smokers. Add Beh, 2004 ; 29 (4) : 723-729.
- 37. DAUZENBERG B.** Le Tabagisme. Paris : Privat, 1996. Les Classiques Santé .
- 38. DAUTZENBERG B.** Vers une éradication du tabagisme ? Le Concours Médical-Actualité, 2004, 126, 9, 491.
- 39. CLARK D, CORNELIUS J.** Childhood psychopathology and adolescent cigarette smoking : a prospective survival analysis in children at high risk for substance use disorders. Add Beh, 2004.
- 40. CHOQUET M, MORIN D, HASSLER C [ET AL].** Is alcohol, tobacco, and cannabis use as well as polydrug use increasing in France ?. Add Beh, 2004 ; 29 (3) : 607-614.
- 41. ANAES [Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé].** Arrêt de la consommation du tabac : conférence de consensus, texte long des recommandations 1998, 16-17.

**42. Les 70 mesures du plan cancer [en ligne]. Disponible sur : [http : www.plan-cancer.fr](http://www.plan-cancer.fr).**

**43. CFES [Comité Français d'Education pour la Santé].** Alcool, tabac, vaccination, nutrition : quelles pratiques d'éducation pour la santé dans les Centres d'examens de santé, 2000, 3.

**44. VANDYKE E, RIESENBERG L.** Effectiveness of a school-based intervention at changing preadolescents' tobacco use and attitudes. *J Sch Health*, 2002 ; 72 (6) : 224.

**45. GARISON M, CHRISTAKIS DA, BE E [ET AL].** Smoking cessation interventions for adolescents-a systematic review. *Am J Prev Med*, 2003 ; 25(4) : 363-7.

**46. CASTEL D.** Evaluer les programmes d'éducation à la santé. *Le Concours Médical*, 2004, 126, 21, 1222.

**47. TENGSTADT, OSGOOD ND, CHEN LL.** The cost-effectiveness of intensive national school-based anti-tobacco education: results from the tobacco policy model. *Prev Med*, 2001 ; 33 (6) :558-70.

## ANNEXE

Le questionnaire utilisé pour les 3 enquêtes.

QUESTIONNAIRE SUR LE TABAGISME

1) Avez-vous déjà fumé une cigarette ?

- oui ... à quel age avez vous fumé la première ? \_\_\_\_\_ ans  
 non, je n'ai jamais fumé

2) Actuellement combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- je ne fume pas actuellement  
 environ 1 par semaine  
 au moins 1 par jour  
 au moins 5 par jour  
 au moins 10 par jour  
 plus de 10 cigarettes / jour

3) Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- non  oui

4) Vos parents sont-ils fumeurs ?

- non, mes parents ne fument pas.  
 oui, mon père fume  
 oui, ma mère fume  
 oui, ma mère et mon père fument

5) Si vous fumez, vos parents sont-ils au courant ?

- je ne fume pas  
 je fume, mais mes parents me l'interdisent  
 je fume et mes parents le tolèrent

6) Avez-vous le projet d'arrêter de fumer cette année ?

- je ne fume pas !  
 je fume, mais je ne projette pas d'arrêter  
 je fume et je ne compte pas arrêter cette année



## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 102

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

Le tabac est un problème de santé publique national et international.

Au collège, la consommation tabagique est une préoccupation, d'autant plus qu'elle est la porte ouverte à la consommation de cannabis.

La prévention du tabagisme à l'école nécessite d'adapter un langage en fonction de l'âge ; Entre 12 et 15 ans, elle vise à aider les jeunes à ne pas commencer et pour ceux qui fument régulièrement à arrêter.

Au collège, un des modes de prévention les plus efficaces est celui qui fait intervenir les jeunes entre eux, des groupes de pairs, qui influencent le comportement de leur pairs dans la même classe et sur les classes plus jeunes. Le programme est basé sur l'influence sociale afin de renforcer l'image du non fumeur, et d'augmenter la capacité des plus jeunes à refuser la cigarette.

Dans une action de prévention, 3 enquêtes transversales ont été réalisées au collège Corot d'Aixe-sur-Vienne ; Une action d'éducation sur 3 ans a débuté sur les élèves de classe 5<sup>e</sup> en 2000, puis cette « équipe relais » a sensibilisé à son tour les élèves des classes 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> sur 3 ans.

Un même questionnaire a été soumis aux classes de 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, et 3<sup>e</sup> en 2000-2001, puis en 2001-2002, puis en 2002-2003.

Cette action de prévention, de longue durée, dans cette tranche d'âge, est efficace essentiellement sur ceux qui ne fumaient qu'occasionnellement (de 0 à 1 cigarette par semaine) avec une baisse de 37% de l'initiation au tabagisme, mais en revanche, elle est inefficace sur ceux qui sont fumeurs réguliers. Ces résultats concordent avec les données de la littérature.

L'entrée dans le tabagisme est d'abord festive, mais la consommation à l'adolescence peut devenir addictive.

Dans notre étude, 49% des jeunes fumeurs ont le projet d'arrêter.

Il est donc important que les différents moyens d'actions de prévention soit combinés.

**MOTS- CLES** : Tabac / Prévention / Adolescents / Pairs / Enquête / Santé Publique.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, qualification médecine générale.

Faculté de médecine de Limoges,  
2, rue du Docteur Marcland  
87025 Limoges Cedex