

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2004-2005

THESE N° *1112*

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 143072 1

**TABAGISME DES JEUNES EN INSERTION :
ETAT DES LIEUX, PROPOSITIONS D'AIDE AU SEVRAGE**

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 25 avril 2005

PAR

**Chloé GROUSSON RACHEZ
Née le 21 février 1976 à Strasbourg**

Directeur de thèse : M. le Docteur François TOURAINÉ

EXAMINATEURS DE LA THESE

**M. le Professeur François BONNAUD
M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT
M. le Professeur Alain VERGNENEGRE
M. le Docteur Jean-Gabriel BUISSON
M. le Docteur François TOURAINÉ
Mme le Docteur Sylvie SARETTO**

**Président
Juge
Juge
Juge
Membre invité
Membre invité**

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2004-2005

THESE N° *mu*

**TABAGISME DES JEUNES EN INSERTION :
ETAT DES LIEUX, PROPOSITIONS D'AIDE AU SEVRAGE**

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 25 avril 2005

PAR

**Chloé GROUSSON RACHEZ
Née le 21 février 1976 à Strasbourg**

Directeur de thèse : M. le Docteur François TOURAINÉ

EXAMINATEURS DE LA THESE

**M. le Professeur François BONNAUD
M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT
M. le Professeur Alain VERGNENEGRE
M. le Docteur Jean-Gabriel BUISSON
M. le Docteur François TOURAINÉ
Mme le Docteur Sylvie SARETTO**

**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	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
CHAPOT René	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	CHIRURGIE UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LE MEUR Yannick	NEPHROLOGIE
LE ROUX-ROBERT Claude (surnombre)	NEPHROLOGIE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE

MAUBON Antoine (C.S)
MELLONI Boris
MENIER Robert (surnombre)
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)
VERGNENEGRE 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 Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
ANTONINI Marie-Thérèse Explorations Fonctionnelles Physiologiques
BOUTEILLE Bernard Parasitologie - mycologie
CHABLE Hélène Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles
DAVIET Jean-Christophe Médecine physique et réadaptation
DRUET-CABANAC Michel Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DURAND-FONTANIER Sylvaine Anatomie
ESCLAIRE Françoise Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de
Biologie cellulaire et de la reproduction
laboratoire d'hématologie
Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles
JULIA Annie Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
LAPLAUD Paul Anatomie et cytologie pathologiques
MOUNIER Marcelle Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
PETIT Barbara Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de
Biologie cellulaire et de la reproduction
PLOY Marie-Cécile Rhumatologie
RONDELAUD Daniel
VERGNE-SALLE Pascale

REMERCIEMENTS

à M. François Touraine qui a permis la réalisation de cette thèse,

à Mme Sylvie Saretto pour son aide précieuse,

à M. Claude Kuntz, à Mme Emilie Labbe, et au Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé (CETAF), pour m'avoir aimablement fourni une extraction des données de l'Assurance Maladie collectées par le CETAF,

et à tous ceux qui ont contribué à mener à bien ce travail : Sylvie Sahd, M. Soyer du CRESLI, Mme Sylvie Moncourier, Mmes Thibaut Parron et Robuchon, et les équipes des deux Missions Locales de la Haute-Vienne.

Je dédie ce travail à ma famille et la remercie pour son soutien inconditionnel.

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	p8
<u>I- ETAT DES LIEUX DU TABAGISME DES 16-25 ANS EN INSERTION</u>	p9
<u>1- APPROCHE THEORIQUE : SYNTHESE DE LA LITTERATURE</u>	p9
<u>1.1- Cadre général : le tabagisme des 16-25 ans en France</u>	p9
<u>1.1.1- Un enjeu majeur de santé publique</u>	p9
<u>1.1.2- Adolescents : la cible privilégiée des cigarettiers</u>	p9
<u>1.1.3- Epidémiologie</u>	p10
a- Données internationales	p10
b- Données nationales	p10
c- Données du Limousin	p11
d- Evolution	p12
<u>1.2- Synthèse des actions d'aide au sevrage tabagique dans le milieu scolaire et étudiant</u>	p13
<u>1.2.1- Programmes d'aide à l'arrêt du tabac : méthodes validées au plan international</u>	p13
a- Stratégies d'auto-prise en charge	p13
b- Programmes de groupes	p14
c- Interventions brèves par des médecins	p15
d- Interventions brèves par d'autres professionnels de santé	p15
e- Aide pharmacologique	p16
f- Thérapies cognitivo-comportementales	p16
<u>1.2.2- Programmes d'aide à l'arrêt du tabac dans les universités</u>	p16
a- Etudes validées	p16
b- Un exemple français	p18
<u>1.3- Adolescents et jeunes en insertion</u>	p18
<u>1.3.1- Eléments sociologiques</u>	p18
a- Présentation des Missions Locales	p19
b- Données médico-sociales : enquête CFI-PAQUE	p19
c- Typologie du public des Missions Locales de la Haute-Vienne	p20
<i>Mission Locale de l'agglomération de Limoges</i>	p20
<i>Mission Locale rurale de la Haute-Vienne</i>	p21
<u>1.3.2- Caractéristiques de leur tabagisme</u>	p21
a- Enquête CFI-PAQUE	p21
b- Enquête ESCAPAD	p21
c- Etude du Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examen de Santé (CETAF)	p22
d- Conclusion	p25

<u>1.4- Synthèse des actions d'aide au sevrage tabagique chez les jeunes en insertion</u>	p25
<u>1.4.1- Etudes publiées</u>	p25
<u>1.4.2- Actions n'ayant pas fait l'objet de publications</u>	p26
<u>2- APPROCHE DE TERRAIN : ETUDE QUALITATIVE SUR LE TABAGISME DES JEUNES EN INSERTION ET LEURS BESOINS EN MATIERE D'AIDE AU SEVRAGE</u>	p28
<u>2.1- Matériel et méthode</u>	p28
<u>2.2- Population d'étude</u>	p28
<u>2.2.1- Répartition géographique</u>	p28
<u>2.2.2- Age moyen</u>	p29
<u>2.2.3- Répartition selon le sexe</u>	p29
<u>2.2.4- Niveau d'études</u>	p30
<u>2.2.5- Situation professionnelle</u>	p31
<u>2.2.6- Situation familiale</u>	p31
<u>2.2.7- Nationalité</u>	p32
<u>2.2.8- Cas particuliers</u>	p33
<u>2.3- Résultats</u>	p33
<u>2.3.1- Statut tabagique</u>	p33
a- Population entière	p33
b- Répartition des fumeurs selon le sexe	p34
c- Répartition des fumeurs selon l'origine ethnique	p34
d- Répartition des fumeurs selon le secteur	p35
e- Statut tabagique de l'entourage	p35
<u>2.3.2- Consommation quotidienne des fumeurs</u>	p36
<u>2.3.3- Ancienneté du tabagisme</u>	p36
<u>2.3.4- Etat d'esprit des jeunes en insertion vis-à-vis de leur tabagisme</u>	p36
<u>2.3.5- Origine des premières cigarettes</u>	p38
<u>2.3.6- Tentatives passées d'arrêt du tabac des fumeurs actuels</u>	p39
<u>2.3.7- Attitude de l'entourage vis-à-vis du tabagisme des jeunes</u>	p39
<u>2.3.8- Informations reçues et connaissances sur les dangers du tabac</u>	p41
a- Proportion de jeunes déclarant avoir reçu des informations	p41
b- Sources d'information citées	p41
c- Etat de leurs connaissances	p42
<u>2.3.9- Motivation pour l'arrêt du tabac</u>	p43
<u>2.3.10- Aides jugées utiles par les jeunes interrogés concernant le sevrage tabagique</u>	p44
a- Types d'aides	p44
b- Lieux souhaités	p45
<u>2.3.11- Consommations associées d'autres produits</u>	p46

<u>II- DISCUSSION</u>	p48
<u>1-QUI SONT LES 16-25 ANS EN INSERTION INTERROGES ?</u>	p48
<u>1.1-Un peu plus de femmes que d'hommes</u>	p48
<u>1.2-Une moyenne d'âge proche de 20 ans</u>	p48
<u>1.3-Situation familiale et d'hébergement</u>	p48
<u>1.4-Des difficultés sociales</u>	p49
<u>1.5-Un niveau scolaire généralement faible</u>	p49
<u>1.6-Conclusion</u>	p50
<u>2-TABAGISME DES 16-25 ANS INTERROGES</u>	p50
<u>2.1- Un tabagisme plus marqué que chez les 16-25 ans scolarisés ou actifs</u>	p50
<u>2.2- Impact du secteur géographique, de l'ethnie, et de l'entourage</u>	p51
a- Impact du secteur géographique	p51
b- Impact de l'origine ethnique	p52
c- Impact de l'entourage	p52
<u>2.3- Connaissances des jeunes interrogés sur le tabac</u>	p53
<u>2.4- Etat d'esprit des jeunes interrogés vis-à-vis du tabac et désir d'arrêt</u>	p53
<u>2.5- Consommations associées</u>	p54
<u>2.6- Conclusion</u>	p54
<u>3- QUELLE AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE PROPOSER AUX 16-25 ANS EN INSERTION ?</u>	p54
<u>3.1- Nécessité d'une intervention basée sur le respect</u>	p54
<u>3.2- Inscrire les actions d'aide au sevrage dans une campagne plus générale de lutte contre le tabac</u>	p55
a- La peur comme facteur incitatif à l'arrêt ?	p55
b- Parler des risques de l'association tabac-pilule	p56
c- Informer sur les méthodes d'aide à l'arrêt du tabac	p56
d- Diffuser le conseil minimal	p56
e- Sous quelle forme mettre en place une campagne d'information sur le tabac ?	p56
f- Quels lieux seraient concernés par cette campagne générale sur le tabac ?	p57
<u>3.3- Apporter une aide spécifique à ceux qui le souhaitent</u>	p57
a- les brochures	p58
b- Les substituts nicotiniques gratuits	p58
c- Apporter un soutien psychologique	p58
<i>Proposer des groupes d'aide à l'arrêt du tabac</i>	p59
<i>Améliorer l'accès des jeunes en insertion aux consultations tabac</i>	p59
<u>3.4- Conclusion</u>	p60
<u>CONCLUSION</u>	p61
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p62
<u>ANNEXES</u>	P66

INTRODUCTION

Le tabac est reconnu en France comme la première cause de mortalité évitable, avec 60 000 décès par an selon les données les plus récentes (1). La lutte contre le tabac constitue donc une préoccupation majeure de santé publique. Malgré les efforts consacrés à l'information sur les méfaits du tabagisme, la proportion de jeunes fumeurs ne cesse d'augmenter : ils sont aujourd'hui un sur deux à fumer dans la tranche d'âge 18-25 ans (2).

Si le tabagisme des jeunes dans le milieu scolaire et étudiant a fait l'objet de nombreuses études lors de la dernière décennie, rares sont celles qui se sont consacrées à la frange la moins captive de cette population, à savoir les 16-25 ans en insertion, c'est à dire sortis du milieu scolaire et non insérés dans le monde du travail.

Le but de cette thèse, au travers des données existantes et d'une étude qualitative de terrain basée sur des entretiens semi-directifs, est d'une part de mieux connaître le comportement tabagique de ces jeunes, et d'autre part d'évaluer leur désir de sevrage et leurs besoins d'aide en la matière.

Le choix des Missions Locales, comme cadre pour la réalisation des entretiens, s'est imposé étant donné leur rôle central dans l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en France aujourd'hui.

I- ETAT DES LIEUX DU TABAGISME DES 16-25 ANS EN INSERTION

1-APPROCHE THEORIQUE : SYNTHESE DE LA LITTERATURE

1.1- Cadre général : le tabagisme des 16-25 ans en France

1-1-1 Un enjeu majeur de santé publique

Depuis 1968, l'âge des premières cigarettes s'est rapidement abaissé et survient actuellement souvent dès 12-13 ans. Or plus le début du tabagisme est précoce, plus l'installation de la dépendance est rapide et plus grave sont les complications (3). Si le tabagisme des adolescents et des jeunes adultes français reste à son niveau actuel, le nombre des décès liés au tabac sera multiplié par deux pour les hommes et par dix pour les femmes en 2025 (4). Le tabagisme des adolescents constitue donc un enjeu majeur en santé publique.

La lutte contre le tabac s'est intensifiée ces dernières années dans le cadre du Plan Cancer mis en place par les autorités françaises. L'accent a été mis, entre autres, sur les jeunes dans la loi 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à diminuer leur consommation par des mesures répressives (interdiction de la vente aux moins de 16 ans, interdiction de la vente en petit conditionnement), et par la sensibilisation dans le cadre scolaire. Cette loi prévoyait également une évaluation de la gratuité des substituts nicotiques comme facteur incitatif à l'arrêt du tabac chez les moins de 18 ans.

1-1-2 Adolescents : la cible privilégiée des cigarettiers

L'adolescence est un moment de la vie de grande vulnérabilité vis-à-vis des produits psychoactifs. Pour Germain DUCLOS (5) « l'adolescence est une période cruciale en ce qui concerne le développement et la consolidation de l'estime de soi », donnée essentielle de la personnalité. Par ailleurs, l'adolescent est curieux de tout puisque la construction de sa personnalité se fait au travers des rencontres, expériences et confrontations avec son environnement. Naturellement attiré par la nouveauté, la transgression des interdits et les prises de risque, l'adolescent cherche à expérimenter dans tous les domaines.

Les difficultés rencontrées à cet âge de construction de la personnalité et donc de fragilité, peuvent engendrer un profond malaise, et les adolescents seront alors tentés d'y répondre par de multiples expérimentations, dont les produits psychoactifs.

L'industrie du tabac le sait bien, qui utilise largement des stratégies marketing directes et indirectes pour exploiter la faible estime de soi de bon nombre d'adolescents et donner l'illusion d'une réponse, à la portée de chacun, aux problèmes qu'ils rencontrent. Grâce aux effets positifs de l'exposition aiguë à la nicotine sur le système de récompense cérébrale (6), la sensation d'apaisement est immédiate et la tentation de renouveler l'expérience est très grande. La dépendance s'installe alors très rapidement et durablement.

Si la publicité directe est dorénavant interdite, il n'en reste pas moins vrai que la cigarette est toujours valorisée par les médias et notamment le cinéma.

Pour lutter à armes égales, les techniques de Marketing social commencent à se développer au service de la prévention du comportement tabagique des jeunes français afin d'élaborer des campagnes de lutte anti-tabac plus efficaces. Le Marketing social utilise les

mêmes méthodes que le marketing commercial, mais au service d'une idée à promouvoir et non d'un objet à acheter. Il réalise neuf étapes (7):

- analyser le problème social contre lequel le praticien souhaite lutter
- choisir une cible d'action prioritaire
- fixer les objectifs à atteindre
- connaître la cible : études de marché qualitatives et quantitatives
- choisir un concept de campagne
- élaborer le plan de campagne prenant en compte 4 paramètres : le « produit », le « prix », la « distribution » et la « communication ».
- pré-tester le plan de campagne
- appliquer le plan de campagne
- évaluer et modifier le plan de campagne.

1-1-3 Epidémiologie

a- Données internationales

La " *Health behaviour in school-aged children (HBSC)* " organisée en 1997/1998 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans 31 pays du monde a permis de recueillir les données de 123 227 adolescents âgés de 11, 13 et 15 ans respectivement. L'analyse des données (8) a montré qu'à 11 ans, environ 20 % des adolescents rapportaient avoir essayé le tabac. A 13 ans ils étaient entre 40 et 50 % et à 15 ans entre 60 et 70 %.

Dans l'étude *Youth risk behaviour survey (YRBS)* réalisée aux Etats-Unis en 1999 (9), 70 % des 15 231 étudiants des lycées publics et privés interviewés avaient essayé une cigarette, 35 % avaient fumé au moins 1 cigarette dans les trente jours précédents l'enquête, 17 % avaient fumé au moins 1 paquet dans les 30 derniers jours et 5% au moins 10 cigarettes par jour. Par ailleurs toutes les études américaines montrent que les noirs fument sensiblement moins que les blancs et les hispaniques, sans que ce phénomène soit aujourd'hui bien compris.

Dans l'*European school survey on alcohol and other drugs (ESPAD)* réalisée en 1999 (10) dans les écoles de trente pays européens parmi 91 773 étudiants nés en 1983 à l'aide d'un questionnaire auto-administré, plus des deux tiers (soit 69 %) avaient déjà fumé au moins une cigarette au cours de leur vie. Près de 7 % des jeunes européens fumaient au moins 11 cigarettes par jour, avec toutefois une grande variabilité entre les pays.

b- Données nationales

Dans le classement européen de l'étude ESPAD 1999, la France vient en douzième position avec 72% de jeunes de 15-16 ans qui ont fumé au moins une fois du tabac au cours de leur vie et se situe proche de la moyenne européenne dans la consommation d'au moins 11 cigarettes et plus par jour avec 6% de fumeurs actuels.

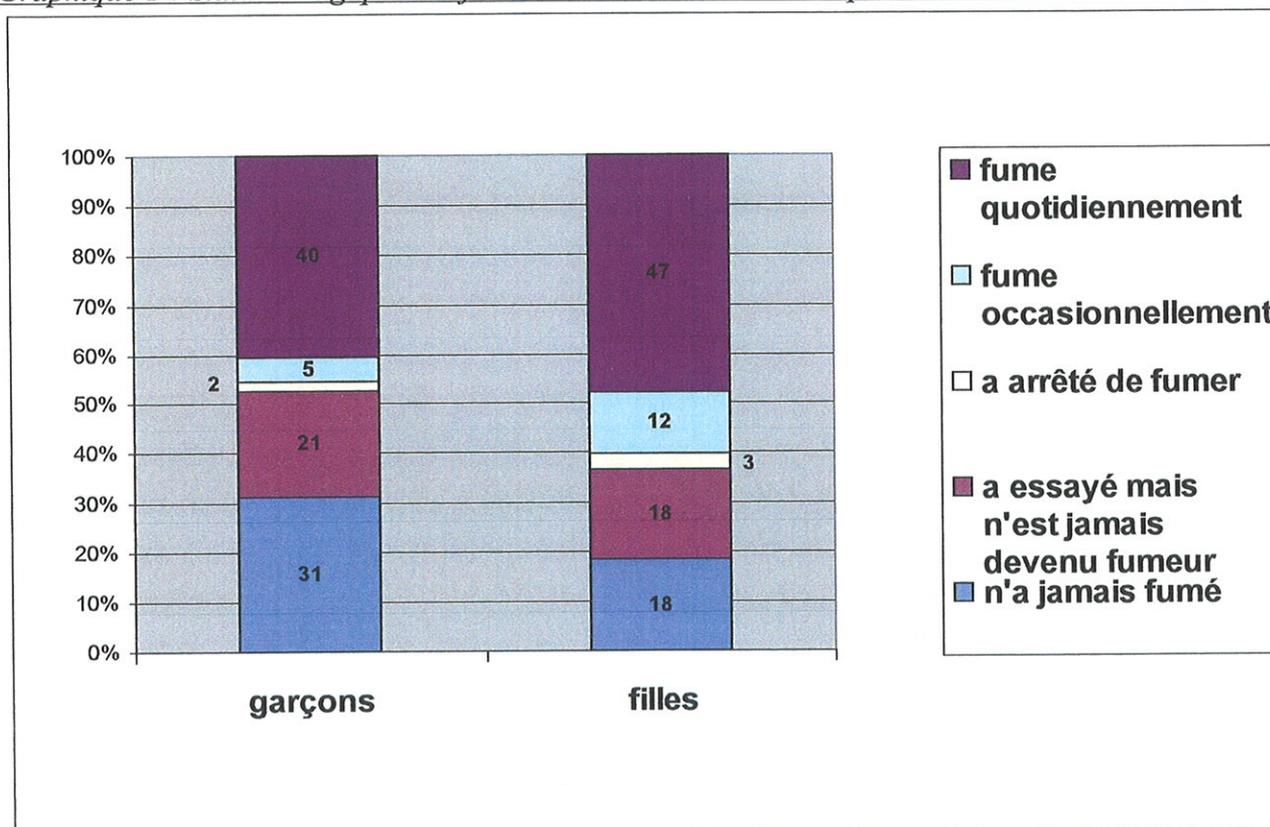
L'enquête ESCAPAD 2000 a été réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), auprès de 14 000 jeunes âgés de 17 à 19 ans lors des Journées d'Appel et de Préparation à la Défense (JAPD) à l'aide d'un questionnaire auto-administré (11). Les jeunes scolarisés ayant déjà expérimenté le tabac à 17 ans représentent 79,5 % pour les filles et 74,6 % pour les garçons ; 51,0 % des filles de 17 ans fument et 40,6 % des filles fument de façon quotidienne ; pour les garçons au même âge, les fumeurs représentent 47,6 % (39,4 % de fumeurs quotidiens).

Le Baromètre santé élaboré par l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES) est une enquête périodique faite par téléphone sur un échantillon représentatif de la population. L'édition 2000 (2) retrouvait, pour les 12-25 ans, 36,7 % de fumeurs, sans différence significative entre les sexes, parmi lesquels 29,9 % de fumeurs réguliers. Leur consommation moyenne était de 10,2 cigarettes par jour. La dépendance, évaluée par le test de Fagerström simplifié (mini-test), était moyenne pour 21,9 % des fumeurs et forte pour 5,2 % des fumeurs.

c- Données du Limousin

L'exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2000/2001 pour la région Limousin a permis de recueillir les données d'un échantillon de 261 adolescents de 17 à 18 ans (12). 81 % des filles ont déjà fumé une cigarette au cours de leur vie, contre 70 % des garçons. Le tabagisme quotidien concerne aussi un peu plus souvent les filles (47 % contre 40 %).

Graphique 1 : Statut tabagique des jeunes en Limousin dans l'enquête ESCAPAD 2000-2001



Source : OFDT, ESCAPAD 2000-2001, Exploitation limousin

L'âge d'expérimentation se situe en moyenne vers 13,5 ans pour les garçons et 14 ans pour les filles.

La prévalence de l'expérimentation du tabac des garçons du Limousin est moins élevée que dans le reste de la France. Pour le tabagisme quotidien, les niveaux observés sont très proches de ceux du reste de la France pour les garçons, mais plus élevés pour les filles. Par ailleurs, l'âge moyen de l'expérimentation dans le Limousin ne diffère pas de l'âge moyen mesuré dans le reste de la France.

Tableau 1 : Comparaison des usages du tabac à 17-18 ans en Limousin et dans les autres régions françaises par sexe

Garçons	Limousin	Autres régions
Usages au cours de la vie	70 %	78 %
Usage quotidien	40 %	40 %
Age moyen de 1 ^{er} usage	13,5 ans	13,6 ans
Filles	Limousin	Autres régions
Usages au cours de la vie	81 %	80 %
Usage quotidien	47 %	40 %
Age moyen de 1 ^{er} usage	14,1 ans	13,8 ans

Source : OFDT, ESCAPAD 2000-2001, exploitation Limousin

d- Evolution

Si la tendance à la baisse du tabagisme pour la population globale en France est confirmée dans le Baromètre santé 2000, elle ne doit pas faire oublier les disparités existantes et notamment l'inquiétante augmentation du tabagisme des jeunes et des femmes. En effet, contrairement à ce qui se passe aux Etats-Unis, la prévalence du tabagisme des jeunes a beaucoup augmenté en Europe dans les années 90 comme l'a illustré l'enquête ESPAD dont les données ont pu être comparées dans 30 pays européens entre 1993 et 1999 (10). La proportion de ceux qui ont fumé au moins une fois durant leur vie avait augmenté très nettement et ce quel que soit l'âge et le sexe. La différence entre 1993 et 1999 est d'environ 20 points.

Depuis 1999, on assiste en revanche à une stabilisation des prévalences de jeunes fumeurs, et même à une légère baisse dans les pays d'Europe occidentale, selon l'enquête ESPAD 2003 (13).

En France, le pourcentage de jeunes ayant consommé au moins une fois du tabac a augmenté entre 1993 et 1999 d'environ 20 points également, pour les deux sexes et à tout âge (14). La consommation répétée de tabac tendait à augmenter aussi, concernant davantage les filles.

Comme dans l'enquête ESPAD 2003, les 2 dernières éditions de l'enquête ESCAPAD en 2002 et 2003 semblent montrer un infléchissement de la prévalence du tabagisme des jeunes ces 3 dernières années : entre 2000 et 2003, le pourcentage de fumeurs à 17-18 ans est passé de 50,7 % à 47,0 % chez les filles, et de 49,8 % à 45,0 % chez les garçons (15).

Cette tendance à la baisse est également confirmée par une étude du CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé), consistant en une analyse statistique sur les données des Centres d'Examen de Santé de 22 régions françaises et concernant 244 245 jeunes âgés de 16 à 25 ans entre 1999 et 2003. Cette analyse montre une diminution régulière de la prévalence des fumeurs dans cette tranche d'âge quel que soit le sexe.

Serait-ce que les efforts récents en matière de prévention commencent à payer ? Ces résultats positifs récents ne doivent pas faire oublier qu'il reste encore beaucoup à faire.

1.2- Synthèse des actions d'aide au sevrage tabagique dans le milieu scolaire et étudiant

D'après les données du Baromètre santé jeunes de 1997 (16), 39 % des fumeurs veulent arrêter et 32% des fumeurs ont essayé. Dans le Baromètre santé 2000, l'envie d'arrêter de fumer a été analysée auprès des étudiants fumeurs : ils sont 51 % à déclarer avoir envie d'arrêter, les femmes sont plus enclines à le déclarer (58 %) que les hommes (48 %) et enfin les étudiants fumeurs vivant en couple souhaitent plus souvent arrêter de fumer (61 %) que les autres.

1.2.1- Programmes d'aide à l'arrêt du tabac : méthodes validées au plan international

Les données de ce paragraphe sont tirées de l'expertise collective de l'INSERM sur la prise en charge du tabagisme chez les étudiants s'appuyant sur les données scientifiques disponibles au premier semestre 2002 (17).

a- Stratégies d'auto-prise en charge

Les brochures ont été les premières techniques d'auto-prise en charge employées pour aider les fumeurs à arrêter. Elles présentent plusieurs avantages : diffusables à grande échelle, adaptables à des populations particulières, coût réduit. Leur limite importante est que beaucoup d'entre elles ne sont pas lues ni même ouvertes. L'expertise collective de l'INSERM a conclu que l'analyse des études sur les brochures est en faveur de leur utilisation dans l'aide à l'arrêt. Elle s'appuie notamment sur une méta-analyse (18), prenant en compte 9 essais, et montrant que les fumeurs qui ont reçu des brochures ont un peu plus de chance de s'arrêter que ceux qui n'ont rien reçu (OR 1,23 ; IC 95 % [1,02-1,49]).

En France, la mutuelle MCD propose depuis 2001 à ses adhérents fumeurs de 15 à 49 ans un guide d'auto-sevrage dans le cadre d'une campagne intitulée « Aujourd'hui j'arrête ! », en partenariat avec la Ligue contre le Cancer et la Mutualité Française. Elle propose également dans le cadre de cette campagne, la prise en charge partielle du coût des médicaments validés pour l'arrêt du tabac.

Les systèmes experts se sont développés ces 10 dernières années. Ils proposent aux fumeurs un questionnaire qui est ensuite traité par un programme informatique qui sélectionne des avis et conseils personnalisés en fonction des réponses données par les utilisateurs. L'expertise collective de l'INSERM a répertorié 3 systèmes experts dont deux qui ont été évalués. Le premier développé par Velicer et coll. en 1993 (19) a été évalué à deux reprises en 1993 (19) et 1999 (20). Les résultats montrent que les personnes ayant bénéficié du système expert s'arrêtent plus de fumer que celles ayant reçu seulement des brochures et ce, même un an et demi après le début de l'étude : à 18 mois, le taux de personnes abstinentes depuis 6 mois est de 9,3 % contre 6,4% avec les brochures ($p < 0,05$).

Le second système expert évalué a été réalisé par l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Genève (21). Il a également prouvé son efficacité (22). En effet 7 mois après l'entrée dans le programme, le taux d'abstinence pendant les 4 semaines précédentes est 2,6 fois plus élevé dans le groupe intervention que dans le groupe témoin (5,8 % *versus* 2,2 %, $p < 0,001$).

En France, il n'existe pas de système expert, et les deux systèmes décrits précédemment n'ont pas fait l'objet d'étude sur la population française.

Quant aux conseils téléphoniques d'aide à l'arrêt, ils ont été reconnus comme étant une stratégie coût-efficace (23).

En France il existe deux lignes téléphoniques délivrant des informations et des conseils sur le tabac : Tabac Info Service et Drogues Alcool Tabac Info Service. Il est difficile de connaître la proportion de jeunes fumeurs utilisant ce service.

Enfin les concours type « *Quit and win* » et les programmes TV ont également fait la preuve de leur efficacité dans les milieux anglo-saxons (24) et en Finlande (25), mais doivent être davantage testés dans les pays de culture latine pour connaître leur faisabilité et acceptabilité.

Les recherches menées ces trente dernières années suggèrent que les techniques d'auto-prise en charge sont les méthodes préférées des fumeurs pour s'arrêter. Environ 90 % des fumeurs arrêtent ainsi de fumer sans aide Médicale (26). Ces méthodes n'augmentent que modérément les chances de réussite de sevrage des fumeurs par rapport aux autres méthodes. Cependant cette relative efficacité doit être pondérée par le nombre important de personnes qu'il est possible d'atteindre en une seule fois grâce à ces techniques.

Les facteurs liés au succès des démarches d'auto-prise en charge, sont (17) :

- un soutien par un programme communautaire,
- une activité de publicité diffuse,
- une population ciblée importante,
- des messages et un contenu adaptés aux populations concernées.

b- Les programmes de groupes

En milieu scolaire

Ce sont historiquement les premières méthodes proposées aux jeunes. Elles sont essentiellement proposées dans le cadre scolaire et n'atteignent donc pas les jeunes fumeurs qui ne fréquentent plus l'école après 16 ans. La principale difficulté de ces méthodes reste les modalités d'organisation et de recrutement.

On peut citer l'exemple du programme *No Ifs, Ands, or Butts (Fini les si et les mais)*, ayant fait l'objet d'une étude canadienne sur Toronto et York en 1993 (27). Ce programme s'adressait à des élèves du secondaire, sous forme de 6 séances en 4 semaines. Il avait pour objectifs :

- préconiser le changement comportemental en plusieurs étapes,
- renforcer les motivations d'arrêt et l'estime de soi,
- constater les effets nuisibles immédiats du tabac et les bienfaits de l'arrêt.

Les résultats étaient un taux de sevrage de 27,5 % à la fin du programme.

Dans l'entreprise

En 1998, Eriksen et Gottlieb (28) ont analysé 52 programmes d'aide à l'arrêt du tabac en entreprise. Ils ont constaté que les interventions prévoyant des actions en groupe ont eu plus d'impact que les interventions minimales. Cependant il paraissait difficile d'avoir une

idée précise de l'impact de ces interventions, tant les méthodes d'évaluation, les effectifs, les types d'employés et d'actions étaient hétérogènes.

c- Interventions brèves par des médecins

USDHHS est une méta-analyse réalisée en 2000 à partir de 43 études (29). Elle met en évidence un effet des conseils d'arrêt croissant en fonction de leur intensité (tableau 2). Cependant, au-delà d'une heure et demi de conseils (durée totale cumulée de plusieurs contacts), il existe un effet de saturation et aucune conséquence bénéfique supplémentaire n'est mise en évidence (tableau 3).

Tableau 2 : Efficacité des conseils d'arrêt du tabac en fonction de leur intensité : méta-analyse réalisée à partir de 43 études (d'après USDHHS, 2000)

Intensité du conseil	nombre de bras	OR estimé (IC 95 %)	Taux de sevrage estimé (IC 95 %)
Pas de conseil	30	1	10,9
Conseil minimum (<3 min)	19	1,3 (1,01-1,6)	13,4 (10,9-16,6)
Conseil court (3-10 min)	16	1,6 (1,2-2,0)	16,0 (12,8-19,2)
Conseil plus intensif (>10 min)	55	2,3 (2,0-2,7)	22,1 (19,4-24,7)

Source : Expertise collective de l'INSERM sur la prise en charge du tabagisme chez les étudiants

Tableau 3 : Efficacité des conseils d'arrêt du tabac en fonction du temps total de contact avec le fumeur : méta-analyse réalisée à partir de 35 études (d'après USDHHS, 2000)

Temps total de contact	nombre de bras	OR estimé (IC 95 %)	Taux de sevrage estimé (IC 95 %)
0	16	1,0	11,0
1-3 minutes	12	1,4 (1,1-1,8)	14,4 (11,3-17,5)
4-30 minutes	20	1,9 (1,5-2,3)	18,8 (15,6-22,0)
31-90 minutes	16	3,0 (2,3-3,8)	26,5 (21,5-35,5)
91-300 minutes	16	3,2 (2,3-4,6)	28,4 (21,3-35,5)
>300 minutes	15	2,8 (2,0-3,9)	25,5 (19,2-31,7)

Source : Expertise collective de l'INSERM sur la prise en charge du tabagisme chez les étudiants

De plus, le statut fumeur du médecin généraliste n'affecte pas son efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac (30).

d- Interventions brèves par d'autres professionnels de santé

Celles des infirmières ont fait l'objet de nombreuses publications et notamment une méta-analyse reprenant 19 essais (31). Il en résulte que les fumeurs bénéficiant de l'intervention brève d'aide à l'arrêt par des infirmières ont plus de chance d'arrêter de fumer que ceux qui n'en ont pas bénéficié (OR=1,43 ; IC 95 % [1,24-1,66]).

Concernant les interventions brèves de dentistes ou pharmaciens, aucun essai randomisé n'a été réalisé.

e- Aide pharmacologique

Traitements substitutifs nicotiniques

Ils sont disponibles en France sous forme de gomme à mâcher, de timbre transdermique, de comprimés sublinguaux et sous forme d'inhaleur. Ils constituent un traitement efficace du sevrage tabagique chez les patients dépendants (niveau de preuve =1, c'est-à-dire le plus élevé selon les recommandations de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)). Ils permettent de doubler le taux d'abstinence (32). Les mentions légales des substituts nicotiniques préconisent une durée de traitement de 8 à 12 semaines avec diminution progressive des doses. Leur utilisation ne semble pas dangereuse chez les adolescents. Toutefois, ils ne sont à utiliser qu'en cas de dépendance avérée (moyenne et forte), et conformément à l'autorisation de mise sur le marché, après 15 ans.

Depuis la circulaire n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003, une expérimentation est en cours dans 22 lycées français concernant la délivrance ponctuelle de substituts nicotiniques (pastilles sublinguales) par les infirmières scolaires, associée à d'autres mesures de lutte contre le tabagisme. Une évaluation de ce dispositif dans les lycées pilotes est prévue, mais n'a pas encore été rendue publique.

Bupropion LP (Zyban®)

C'est un anti-dépresseur ayant obtenu l'AMM en France uniquement dans l'indication « aide au sevrage tabagique ». Son efficacité a été démontrée dans plusieurs essais thérapeutiques contrôlés (niveau de preuve =1). Son efficacité est comparable à celle des substituts nicotiniques, mais son utilisation est contre-indiquée chez les moins de 18 ans (32).

f- Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales sont des techniques validées et recommandées par l'AFSSAPS dans l'arrêt du tabac et la prévention des rechutes (32). Leur utilisation permet de multiplier par deux le taux d'abstinence tabagique à 6 mois (niveau de preuve =1). Elles constituent une aide complémentaire de l'aide pharmacologique, l'association des deux méthodes augmentant les chances de succès par rapport à l'utilisation exclusive de l'une ou l'autre. Cependant, peu de praticiens sont formés à ces techniques et la nomenclature ne prend pas en compte ce type de traitement.

1.2.2- Programmes d'aide à l'arrêt dans les universités

a- Essais randomisés

L'expertise collective de l'INSERM (17) sur la prise en charge du tabagisme chez les étudiants n'a retrouvé que 3 essais randomisés référencés dans Medline ou la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), concernant des programmes d'aide à l'arrêt du tabac chez les étudiants.

Walsh et coll. (33) ont étudié les effets, sur 360 athlètes appartenant aux équipes de football américain et de baseball de 16 universités, d'un programme d'incitation à l'arrêt du

tabac à chiquer comprenant : un examen buccal, un conseil d'arrêt, une mise en évidence des lésions buccales de certains joueurs et la présentation de photographies de personnes du même âge ayant des cancers oraux mutilants, un guide d'aide à l'arrêt, une consultation particulière pour les utilisateurs de tabac à chiquer avec un hygiéniste dentaire, une proposition de gommes à la nicotine à 2 mg et un suivi par téléphone le jour de l'arrêt et à 1 mois. Leur étude prouve qu'une telle intervention peut doubler à 1 an les taux d'arrêt du tabac à chiquer chez des athlètes de football américains ou de baseball (respectivement 35 % dans le groupe intervention contre 16 % dans le groupe témoin), et que la peur peut être utilisée comme facteur incitatif à l'arrêt. Par contre, la mise à disposition de gommes à la nicotine n'a pas eu d'impact spécifique sur les taux d'arrêt et peu d'athlètes (n=24) les ont utilisées.

Etter et coll. (34) ont réalisé une enquête de type avant-après et ici-ailleurs pour évaluer l'impact d'un programme d'université sans tabac à Genève en 1996. Cette action a comporté une interdiction absolue du tabac en dehors de quelques lieux fumeurs, une campagne d'information et des conseils d'aide à l'arrêt dispensés dans les locaux des services de santé de l'université et accompagnés de brochures et d'une liste d'adresses de consultations d'aide à l'arrêt en dehors de l'université. Quatre mois après le début du programme, l'analyse des résultats montre que 3,8 % des fumeurs ont essayé d'arrêter alors qu'ils n'étaient que 2 % avant l'action et qu'aucun changement n'est mesuré dans les facultés témoins. Par ailleurs l'entente entre fumeurs et non fumeurs s'est améliorée et le pourcentage de fumeurs dans la cafétéria (lieu non fumeur) décroît, passant de 16 % avant l'action à 3 % après. En revanche, le programme n'a pas eu d'impact sur la prévalence de fumeurs, et très peu de personnes ont utilisé le service d'aide à l'arrêt.

Les auteurs reconnaissent que ce manque de résultat peut être dû à l'absence de suivi dans le temps, mais aussi au fait que le programme ait été mis en place avec du matériel non testé, et sans étude de marketing social préalable.

Hellmann et coll. (35) ont réalisé une enquête de type avant-après dans un campus nord-américain d'environ 25 000 étudiants, mesurant l'efficacité du conseil minimal donné par des médecins formés du service de santé universitaire. Environ 50 % des étudiants ont été perdus de vue à 6 mois. Aucun impact positif du conseil minimum n'a pu être mis en évidence. Par contre dans cette étude, le style du médecin est apparu comme étant un facteur important dans la perception du message : les étudiants sont opposés à ce qu'on leur donne une leçon et ont plus de chance d'accepter les conseils s'ils sont traités comme des adultes de même intelligence, les recommandations étant données sans jugement, scientifiquement et de manière cordiale.

Ces études mettent en évidence plusieurs éléments à prendre en compte pour la mise en place d'aide au sevrage tabagique en milieu étudiant :

- il semble nécessaire de réaliser une enquête de marketing social avant la mise en place d'un programme d'aide à l'arrêt,
- il semble difficile d'assurer un suivi dans le cadre des services de santé universitaires,
- la peur peut être utilisée comme un facteur incitatif à l'arrêt,
- en plus des actions d'aide à l'arrêt, il paraît souhaitable de mettre en place des programmes plus généraux sur le tabac pour réduire le tabagisme passif et peut-être limiter l'entrée dans le tabagisme d'un certain nombre d'étudiants (34).

b- Un exemple français

En France, l'équipe médicale du Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de l'Université de Toulouse a constaté par ses travaux depuis 1991 (36) que la faculté n'est pas le lieu où l'on commence à fumer, mais celui où l'on continue de le faire et où s'installerait une consommation régulière : il faudrait donc privilégier l'aide à l'arrêt du tabac plutôt que la prévention primaire. Cette équipe a ainsi mis au point une méthode d'aide à l'arrêt du tabac depuis 1999, la méthode BRAVO, proposant une série de 7 consultations associées à un cahier de suivi. Pour sa mise en place, une équipe multidisciplinaire a été spécifiquement formée, un espace « Dialogue-Tabac » a été ouvert et des journées mensuelles ont été organisées. On remarque que cette méthode n'est pas utilisée de façon isolée, mais s'inscrit bien dans le cadre d'actions plus globales de lutte contre le tabac organisées dans les universités de Toulouse. Elle devrait bientôt faire l'objet d'une véritable étude statistique.

1.3- Adolescents et jeunes en insertion

La Journée mondiale sans tabac placée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), avait pour thème en 2004 Tabac et Pauvreté, mettant en avant le cercle vicieux auquel est confrontée la population pauvre de nos pays développés : la pauvreté est liée statistiquement à une consommation de tabac plus élevée, qui elle-même aggrave la pauvreté.

Cette réalité a été particulièrement mise en évidence aux Etats-Unis (37) et au Royaume-Uni (38) où le nombre de fumeurs baisse mais où les fumeurs qui restent appartiennent de plus en plus à des classes sociales défavorisées. Non seulement le taux de tabagisme est plus important mais l'arrêt du tabagisme n'existe presque pas dans la catégorie la plus défavorisée (38) (39). Pourtant, environ deux tiers des fumeurs de faibles revenus dans ces pays veulent arrêter. Ils indiquent par de nombreux symptômes (temps entre le réveil et la première cigarette, difficultés à s'abstenir dans la journée, et quantité d'inhalation) un niveau de dépendance plus élevé (40), et souvent se sentent exclus des soins d'aide à l'arrêt (41).

D'après l'expertise collective de l'INSERM sur la prise en charge du tabagisme en milieu étudiant (17), le niveau socio-économique des jeunes français modifierait peu leur comportement tabagique. Les auteurs expliquent ce fait par la banalisation voire la valorisation (au cinéma par exemple) du tabagisme dans la société française, et par la grande tolérance des non-fumeurs vis-à-vis du tabagisme de leurs pairs.

Cependant nous allons voir que des études françaises retrouvent un lien statistique fort entre précarité et tabagisme chez les 16-25 ans.

1.3.1- Eléments sociologiques

Ces jeunes, que l'on peut également qualifier de jeunes en insertion, représentent par définition une population non captive, difficile à étudier et donc mal connue. Les données existantes à l'heure actuelle sont rares et concernent essentiellement les jeunes suivis par les Missions Locales.

a- Présentation des Missions Locales

Depuis 1982, elles constituent un réseau d'aide à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes âgés de 16 à 25 ans avec 331 agences réparties sur tout le territoire national. Elles s'adressent donc en priorité aux 16-25 ans sortis du milieu scolaire et non insérés dans le monde professionnel. Pour favoriser cette insertion, elles développent un partenariat local avec tous les organismes susceptibles d'apporter une aide dans les domaines de l'emploi et de la formation en priorité, mais également dans celui du logement, du droit, des transports et de la santé. Elles sont financées par les Communes des territoires concernés, les Conseils Généraux, les Conseils Régionaux, l'Etat et l'Union Européenne.

En 1999, elles accompagnaient 1,3 millions de jeunes, soit à peu près 20 % des jeunes de 16 à 25 ans. Quand on sait que environ 18 % des jeunes de cette tranche d'âge sont au chômage, on peut donc considérer qu'une grande majorité de jeunes en insertion est en contact avec les missions locales.

b- Données médico-sociales : enquête CFI-PAQUE

Cette enquête (42) a été réalisée en 1993 par l'Unité 472 de l'INSERM en collaboration avec la Délégation à la formation professionnelle et la Direction Générale de la santé auprès de 3117 sujets inclus dans les programmes CFI (Crédit Formation Individualisé) et PAQUE (Programme Actif de QUalification vers l'Emploi, équivalent de l'actuel programme TRACE), deux dispositifs d'insertion des jeunes existant alors au sein des missions locales. 2831 dossiers complets ont été recueillis, dans 10 départements français ; 48,1 % faisaient partie du programme PAQUE concernant des jeunes en très grande difficulté et 51,9 % du programme CFI s'adressant à des jeunes plus qualifiés.

Les résultats ont été comparés, le cas échéant, aux données sur les jeunes scolarisés de même âge.

L'âge moyen était de 21,4 ans, le niveau scolaire faible (2,5 % seulement ont atteint le niveau IV, c'est-à-dire le baccalauréat).

Les jeunes étaient issus en grande partie de familles socialement défavorisées (parents chômeurs, retraités, séparés, en invalidité, de nationalité étrangère ou français d'origine étrangère).

Ils vivaient surtout avec leur famille et entretenaient de bonnes relations avec elle dans la majorité des cas, mais 8 % tout de même avaient un logement précaire (6 % étaient en foyer et 2 % sans domicile fixe). Ils étaient en général bien socialisés, bien que sortant moins entre pairs que les jeunes scolarisés de même âge. 40 % des filles et 20 % des garçons déclaraient avoir une vie de couple, et 14 % un enfant à charge (avec une grande majorité de filles). Le taux de grossesses, établi à 29 %, était 10 fois plus élevé que pour les filles scolarisées.

9 % des jeunes n'étaient pas couverts par l'assurance maladie, 1 sur 3 seulement possédaient une mutuelle, la plupart avaient une couverture vaccinale partielle et les pathologies banales étaient globalement moins bien prises en charge que chez les jeunes scolarisés.

Enfin, les jeunes CFI-PAQUE souffraient davantage de malaise psychologique (avec un taux de tentative de suicide 2 fois plus élevé que dans le milieu scolaire), et de violences subies (1 sur 3 contre 1 sur 5 en milieu scolaire), les conduites violentes étant 2 fois plus fréquentes qu'en milieu scolaire.

c- Typologie du public des Missions Locales de la Haute-Vienne

Il existe 2 Missions Locales en Haute-Vienne : la Mission Locale de l'agglomération de Limoges et la Mission Locale rurale de la Haute-Vienne. Leur organisation détaillée est donnée en annexe.

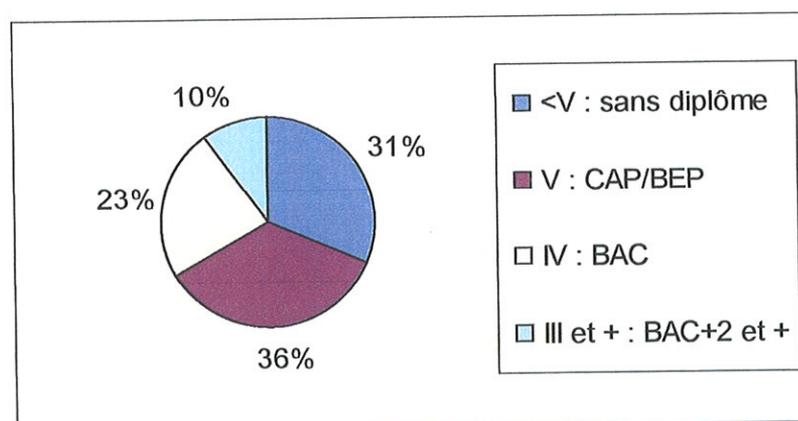
Mission locale de l'agglomération de Limoges (chiffres issus de son rapport d'activité 2003)

En 2003, 1707 jeunes ont établi avec elle un premier contact et 3751 ont été accompagnés dans le cadre d'un parcours social et professionnel, avec en moyenne 5 contacts par jeune sur l'année. La répartition de ces jeunes entre les sexes était à peu près équivalente dans les deux cas : 51 % de femmes, 49 % d'hommes pour les jeunes reçus en premier accueil, et 52 % de femmes, 48 % d'hommes pour les jeunes suivis sur l'année.

Le niveau d'études des jeunes en contact est faible puisque 10 % seulement du public a un niveau supérieur au baccalauréat, le niveau des femmes étant supérieur à celui des hommes (20,5 % ont un niveau baccalauréat et plus contre 13 % des hommes).

La répartition par niveau scolaire des jeunes en contact (hommes et femmes confondus) est présentée dans le graphique 2.

Graphique 2 : Répartition par niveau scolaire des jeunes en contact avec la mission locale de l'agglomération de Limoges



Leur répartition par tranche d'âge est présentée dans le tableau 4 .

Tableau 4 : Répartition par tranche d'âge des jeunes :

< 18 ans	4 %
18 – 21 ans	44,5 %
22 – 25 ans	46 %
> 26 ans	5,5 %

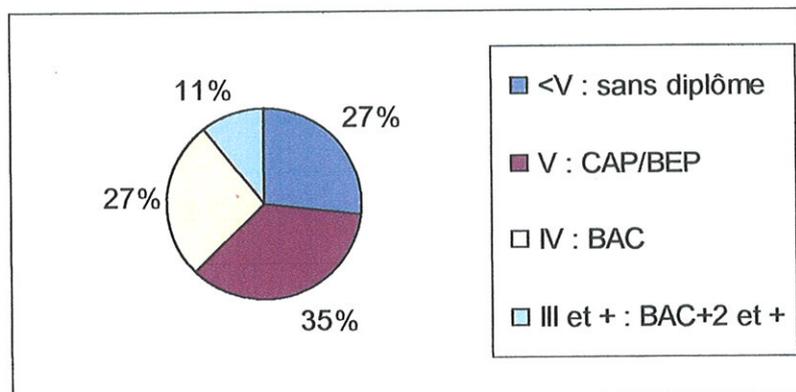
Enfin, leur hébergement est pour 43,5 % en famille, 41 % autonome, et pour 15,5 % précaire avec des disparités importantes entre l'antenne du centre ville et celles des quartiers périphériques, les logements précaires et autonomes étant beaucoup plus élevés en centre ville (respectivement 21 % et 59,5 %).

Mission locale rurale de la Haute-Vienne (chiffres issus du compte-rendu d'assemblée générale d'avril 2004)

En 2003, 686 jeunes ont été reçus en premier accueil et 1840 ont été en contact avec la structure, dont 55 % de femmes et 45 % d'hommes. 89 % du public avaient moins de 26 ans, avec une faible proportion de mineurs.

Le niveau des jeunes en contact est présenté dans le graphique ci-dessous

Graphique 3 : Répartition par niveau scolaire des jeunes en contact avec la Mission Locale rurale



Les jeunes femmes ont là aussi un niveau d'études plus élevé que celui des hommes et représentent 64 % des jeunes de niveau IV et plus.

On note que 50 % des jeunes de niveau III et plus ont été reçus dans la mission locale dans le cadre de la reconversion des Emplois Jeunes.

Enfin, les célibataires sont majoritaires (81 %), 61 % des jeunes en contact sont hébergés par leur famille, 31,5 % sont locataires et 7,3 % ont un logement précaire.

1.3.2- Caractéristiques de leur tabagisme

a- Enquête CFI-PAQUE

Dans l'enquête CFI-PAQUE de l'INSERM (42), les jeunes en insertion avaient un tabagisme plus important que les jeunes scolarisés (respectivement 55 % et 45 % de fumeur parmi les moins de 20 ans), alors que leur consommation de drogues illicites, d'alcool et de psychotropes était égale voire inférieure, concernant davantage les jeunes CFI que les jeunes PAQUE, les garçons que les filles, et les français que les étrangers.

b- Enquête ESCAPAD

L'enquête ESCAPAD 2000 (10) a mis en évidence qu'à sexe et âge comparable, relativement aux élèves de l'enseignement général, technique ou supérieur, les élèves de l'enseignement professionnel et les adolescents non scolarisés consomment plus d'alcool, de tabac et de cannabis, mais que cette relation est surtout vérifiée pour le niveau le plus élevé de consommation (dans les 30 derniers jours : au moins 10 fois pour l'alcool et le cannabis, plus

de 10 cigarettes par jour pour le tabac). Ainsi les jeunes non scolarisés ont 2 fois plus de risque de fumer quotidiennement du tabac que les jeunes scolarisés en filière professionnelle, et 2,9 fois plus que les jeunes de même âge scolarisés en filière générale. De même, lorsqu'ils fument, le risque pour les jeunes non scolarisés de fumer plus de 10 cigarettes par jour plutôt que 1 à 10 est 2,82 fois plus élevé que pour les jeunes scolarisés en filière générale.

Le tableau 5 indique l'expérimentation et l'usage quotidien du tabac pendant les 30 derniers jours en fonction du statut scolaire, selon le sexe et l'âge.

Tableau 5 : Expérimentation du tabac au cours de la vie en fonction du statut scolaire selon le sexe et l'âge

Statut	Prévalence de l'expérimentation (%)			
	17 ans		18 ans	19 ans
	filles	garçons	garçons	garçons
Scolaire	79,2	75,6	77,9	82,7
Hors scolaire	89,1	88,0	87,9	93,3

Source : Escapad 2000, OFDT

On constate que la prévalence de l'expérimentation du tabac est plus élevée chez les jeunes non scolarisés quel que soit l'âge et le sexe, et atteint la quasi-totalité de cette population.

Tableau 6 : Usage quotidien du tabac pendant les trente derniers jours en fonction du statut scolaire selon le sexe et l'âge

Statut	Prévalence de l'usage (%)			
	17 ans		18 ans	19 ans
	filles	garçons	garçons	garçons
Scolaire	39,8	41,3	44,5	50,6
Hors scolaire	67,3	63,4	68,7	75,9

Source : Escapad 2000, OFDT

On constate qu'en ce qui concerne la prévalence de l'usage, l'écart se creuse davantage : elle atteint ainsi 67,3 % pour les filles de 17 ans non scolarisées contre 39,8 % pour celles qui le sont, et 63,4 % pour les garçons de 17 ans non scolarisés contre 41,3 % pour leurs pairs scolarisés.

c- Etude du Centre Technique d'Appui et de formation des Centres d'Examens de Santé de la CNAMTS (CETAF)

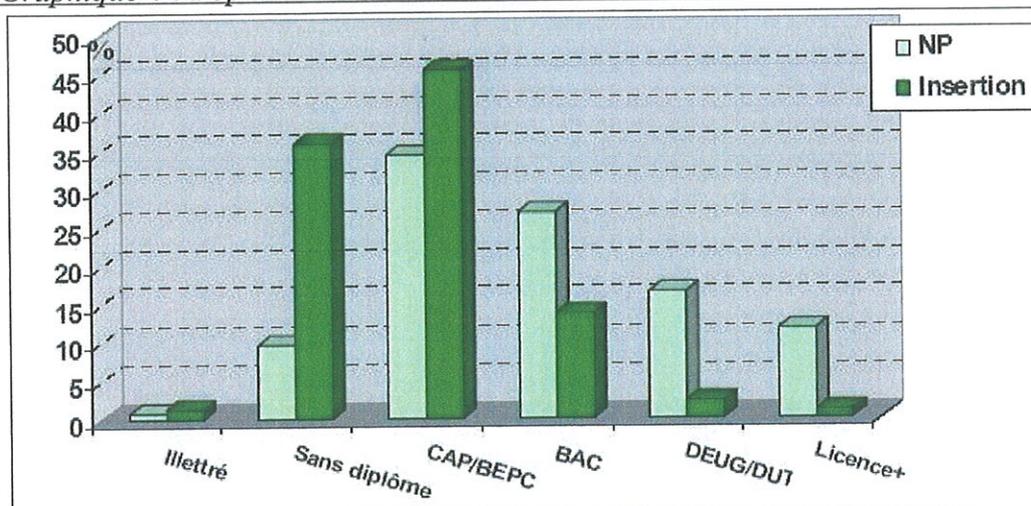
Une autre source importante de données sur le tabagisme des jeunes sortis du milieu scolaire est le CETAF, Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examen de Santé (CES). Les CES constituent un service de prévention de la CNAMTS en proposant un bilan de santé gratuit à tous les assurés relevant du régime général et prioritairement aux personnes en situation de précarité, aux étudiants et aux retraités. A titre indicatif, le compte rendu d'activité 2003 du Centre Régional d'Examen de Santé du Limousin a dénombré 655 jeunes de 16 à 25 ans en voie d'insertion reçus durant l'année. L'origine du recrutement était pour 16,52 % les Missions Locales ou les Permanences d'Accueil d'Information et

d'Orientation (PAIO), 64,65 % les organismes de formation, 18,85 % des invitations du Centre et 3,13 % d'autres origines (médecins, assistantes sociales,...).

Présentation

Le CETAF a ainsi réalisé récemment une analyse statistique des données des CES des 22 régions françaises sur les 16-25 ans en insertion, comparés à la population des CES de même âge non précaire, pour les années 1999 à 2003 (2). Cela représentait une population totale de 244 245 jeunes dont 105 901 jeunes en insertion, soit 43,4 %, et 138 344 jeunes non précaires, soit 56,6 %. Le pourcentage d'hommes et de femmes différait peu entre les deux catégories : 40 % d'hommes chez les jeunes en insertion et 44 % chez les non précaires. Par contre la répartition par âge était différente, les âges extrêmes étant plus représentés chez les jeunes non précaires. La répartition selon le niveau d'études mettait également en évidence des disparités entre les deux groupes, les jeunes en insertion ayant un niveau plus faible.

Graphique 4 : Population de l'étude CETAF selon le niveau d'étude



Source : Données Assurance Maladie - Cetaf, 1999-2003

NP : non précaires

Une comparaison de la répartition selon la catégorie socio-professionnelle des jeunes non précaires de cette étude avec les jeunes du recensement INSEE RGP 1999 a été effectuée, elle mettait en évidence peu de différence entre les 2 groupes.

Résultats

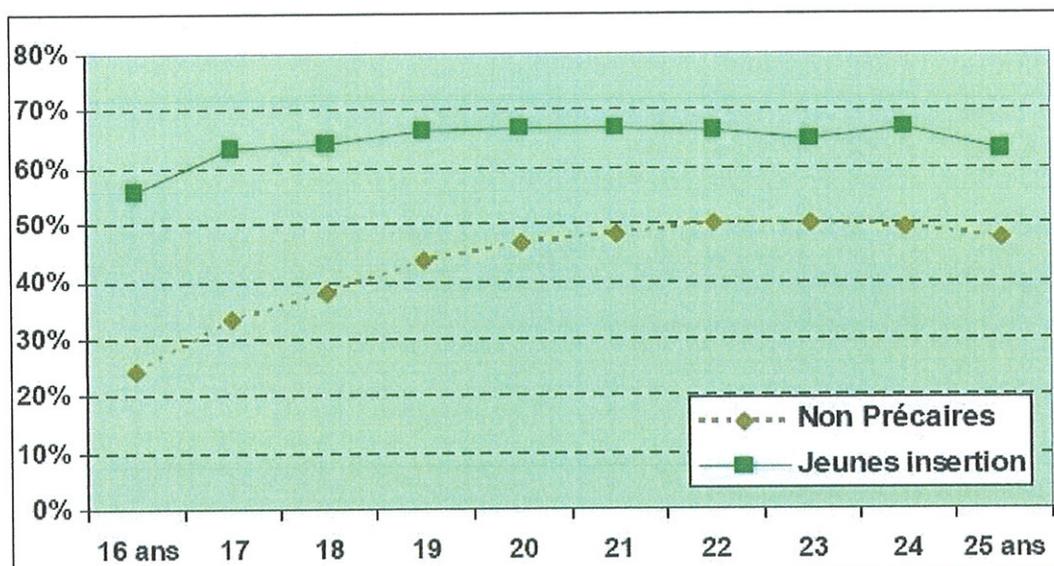
- 65 % des jeunes hommes en insertion fument contre 41,8 % des jeunes hommes non précaires, de même, 56,7 % des jeunes femmes en insertion fument contre 36,2 % des jeunes femmes non précaires.

	Hommes		Femmes	
	Nombres	%	Nombres	%
Jeunes en insertion				
Fumeur	30 319	65,0	33 404	56,7
Non Fumeur	16 302	35,0	25 555	43,3
Total	46 621	100,0	58 959	100,0
Non précaire				
Fumeur	23 226	41,8	29 709	36,2
Non Fumeur	32 274	58,2	52 297	63,8
Total	55 500	100,0	82 006	100,0

Source : Données Assurance Maladie - Cetaf, 1999-2003

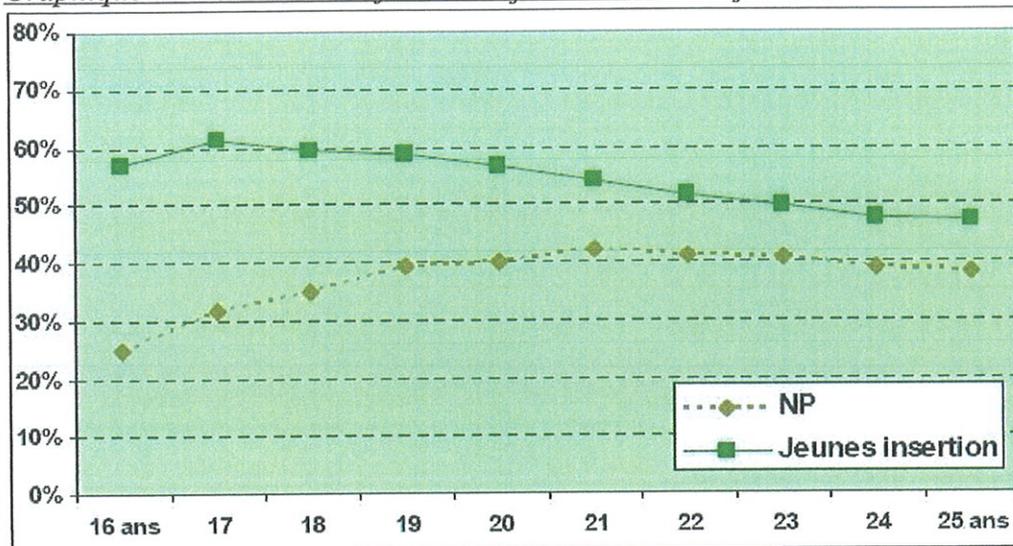
- Les jeunes en insertion ont ainsi 1,5 fois plus de risque d'être fumeur.
- Les risques relatifs sont très différents selon l'âge : en effet à 16 ans, les jeunes en insertion ont 2,3 fois plus de risque d'être fumeur, tandis qu'à 25 ans, le risque diminue très nettement et vaut 1,3 pour les hommes et 1,2 pour les femmes .

Graphique 5 : Prévalences ajustées de fumeurs chez les hommes



Source : Données Assurance Maladie - Cetaf, 1999-2003

Graphique 6 : Prévalences ajustées de fumeurs chez les femmes



Source : Données Assurance Maladie - Cetaf, 1999-2003

NP : non précaires

- Les prévalences d'être fumeur diminuent avec le temps entre 1999 et 2003 pour les deux sexes et dans les deux catégories précaires et non précaires.
- Il n'y avait pas de différence significative entre les jeunes du Limousin et ceux des autres régions.

d-Conclusion

Ces études mettent en évidence une plus grande vulnérabilité des jeunes en insertion vis-à-vis du tabagisme, avec des risques relatifs allant jusqu'à 2,9 par rapport à la population de même âge scolarisée ou socialement insérée. Or comme nous allons le voir au chapitre suivant, les dispositifs de prévention et d'aide au sevrage tabagique s'adressant spécifiquement à cette population sont quasi-inexistants.

1.4- Synthèse des actions d'aide au sevrage tabagique chez les jeunes en insertion

1.4.1- Etudes publiées

A ce jour, il semblerait qu'une seule étude ait été publiée dans ce domaine, et celle-ci ne visait pas seulement les 16-25 ans en insertion mais la population précaire en général. Cette étude intitulée « Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique proposé à des populations en situation de précarité dans les Centres d'examen de santé » (43) compare l'efficacité de la gratuité des substituts à celle d'une simple incitation au sevrage tabagique dispensée par les médecins des Centres d'Examen de Santé sous la forme du conseil minimal.

La conclusion de cette étude était que la gratuité des substituts nicotiques constitue un argument supplémentaire pour mieux sensibiliser le fumeur précaire, l'engager dans une démarche de sevrage et faciliter sa prise en charge avec une réelle probabilité de réussite sur le court terme. Mais comme le montre le tableau 7, ceci était surtout vrai pour les tranches

d'âge supérieures à 34 ans, mais pour les 16-24 ans, la gratuité des substituts nicotiques ne semblait pas apporter de réel bénéfice.

Tableau 7 : Facteurs associés à la réussite d'un sevrage tabagique à 6 mois

Déterminants		Odds ratio*	IC (95%)
Groupe	Témoin	1	
	Intervention	2,79	1,84 - 4,20
Age	16-24 ans	1	
	25-34 ans	1,44	0,84 - 2,48
	35-44 ans	1,88	1,11 - 3,19
	45-50 ans	2,36	1,25 - 4,43
Motivation	faible	1	
	moyenne	2,10	0,98 - 4,50
	forte	3,79	1,74 - 7,94
Dépendance au tabac (Fagerström)	forte	1	
	moyenne	1,52	0,99 - 2,33
	faible	2,00	1,18 - 3,45
Utilité de l'information	Non	1	
	Oui	1,85	1,03 - 3,32
Constante : -1,99			

* Odds ratio estimés à partir d'un modèle de régression logistique incluant le groupe de CES, l'âge, l'âge de début du tabagisme, la motivation à l'arrêt, la dépendance, l'utilité de l'information

Source : BEH n°22-23/2001

1.4.2- Actions n'ayant pas fait l'objet de publications

Afin de recenser ces actions, une recherche de publications sur internet a été effectuée, et différents organismes et institutions ont été contactés tels que : les Missions Locales, la Direction Régionale de la Santé, la Direction Départementale de la Santé, le Centre d'Examens de Santé du Limousin, l'Observatoire Régional de la Santé et les Comités Départementaux pour l'Education à la Santé.

Deux actions se sont déroulées en Limousin. La première concerne le foyer PAUL NICOLAS à Limoges, accueillant des jeunes placés sous la protection judiciaire de la jeunesse.

La seconde a été élaborée par la Mission Locale Rurale de la Haute-Vienne. Elle devait se dérouler de la façon suivante :

- proposer un questionnaire sur le tabac au cours d'un entretien avec un conseiller social,
- proposer aux jeunes désirant arrêter de fumer de participer à une séance d'information sur le tabac organisée par des professionnels de santé,
- recruter un groupe de jeunes fumeurs désirant arrêter à la fin de la séance d'informations,
- proposer à ce groupe une aide spécifique et un suivi par un tabacologue.

Les jeunes ont volontiers répondu au questionnaire proposé, mais seulement 3 d'entre eux se sont présentés aux séances d'information organisées, et aucun n'a accepté d'être aidé. L'expérience n'a pas été renouvelée.

Au plan national, aucune action n'a pu être retrouvée. Cependant il est probable qu'il en existe d'autres, isolées, comme celles citées pour le Limousin, leur diffusion restant très confidentielle. On peut alors regretter que ces expériences, mêmes modestes, ne donnent lieu à des publications, ce qui permettrait de les recenser et d'améliorer la qualité de l'aide proposée à l'avenir.

En conclusion, on peut faire le constat que les actions d'aide au sevrage tabagique à destination des jeunes en insertion sont rares, bien qu'ils fument plus que leurs pairs scolarisés ou étudiants. Elles sont donc à développer.

2-APPROCHE DE TERRAIN : ETUDE QUALITATIVE SUR LE TABAGISME DES JEUNES EN INSERTION ET LEURS BESOINS EN MATIERE D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

Le but de cette étude qualitative est de mieux connaître les caractéristiques du tabagisme des jeunes sortis du milieu scolaire non insérés dans le monde du travail, et d'évaluer leurs besoins en matière d'aide au sevrage, afin de pouvoir proposer une réponse adaptée.

2.1-Matériel et méthode

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens individuels semi-directifs qui se sont déroulés dans les locaux des Missions locales de la Haute-Vienne grâce à l'accord de leurs directrices, Mmes Christine Thibaut Parron et Agnès Robuchon. Une grille de questions ouvertes et fermées a été réalisée, servant de support à la passation des entretiens dont le texte complet est donné en annexe.

Pour limiter les biais de recrutement, il était demandé aux jeunes rencontrés sur place, aux heures habituelles d'ouverture, de bien vouloir accorder un moment pour des questions sur le tabac, sans s'enquérir au préalable de leur statut fumeur ou non fumeur. Cinq journées ont été consacrées à la permanence du centre ville de la Mission Locale de l'agglomération de Limoges et quatre autres journées aux antennes de la Mission Locale Rurale de la Haute-Vienne (Saint-Junien, Bellac, Saint-Yriex La Perche et Ambazac).

Les entretiens ont été proposés à 150 jeunes au cours des troisième et quatrième semaines de novembre 2004. Cette proposition était généralement faite lors d'un contact individuel, les refus dans ce cas étant rares (n=6) et tous motivés par le manque de disponibilité. Plus rarement, l'information sur la nature de ces entretiens a été donnée collectivement, les refus étant alors plus nombreux (n=17).

Ainsi, sur les 150 entretiens proposés, 126 ont été menés à terme. La durée moyenne de ces entretiens était de dix minutes environ pour les fumeurs, trois minutes pour les non fumeurs.

Les données ont été exploitées grâce au tableur Excel.

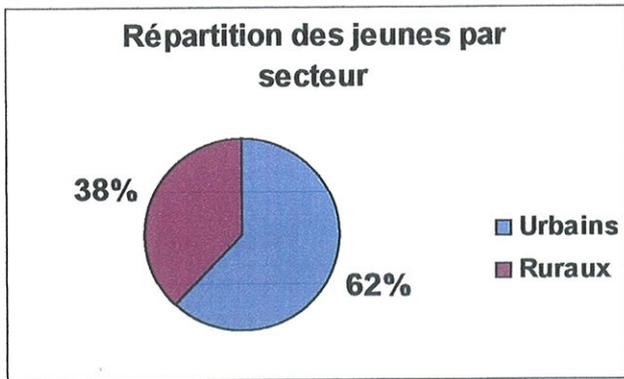
2.2-Population d'étude

2.2.1-Répartition géographique

La répartition géographique des jeunes interrogés était assez inégale, avec 62 % de jeunes urbains et 38 % de ruraux.

Tableau 8 et graphique 7 : Répartition des jeunes interrogés par secteur

Urbains	78
Ruraux	48
Total	126



2.2.2- Age moyen

L'âge moyen était de 20,7 ans (écart-type 2,1), sans différence significative entre les deux sexes, avec un âge moyen légèrement supérieur en milieu urbain par rapport au milieu rural.

Tableaux 9 et 10 : Moyenne d'âge en fonction du secteur et du sexe

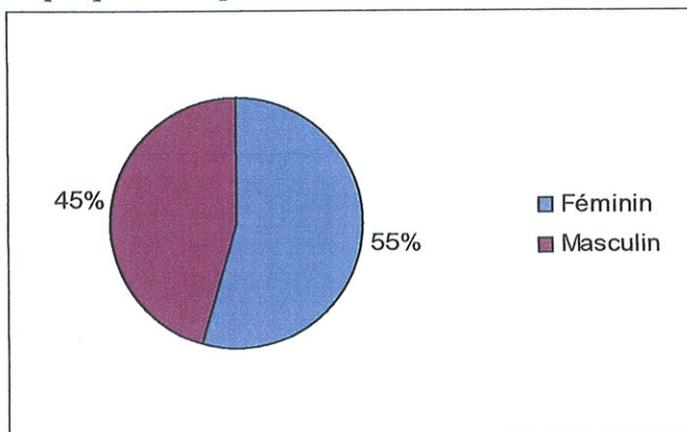
Secteur		
rural	Age moyen	20,2
	Écart type	2,1
urbain	Age moyen	21
	Écart type	2,2
Total	Age moyen	20,7
	Écart type	2,2

Sexe		
Féminin	Age moyen	20,8
	Écart type	2,2
Masculin	Age moyen	20,7
	Écart type	2,2
Total	Age moyen	20,7
	Écart type	2,2

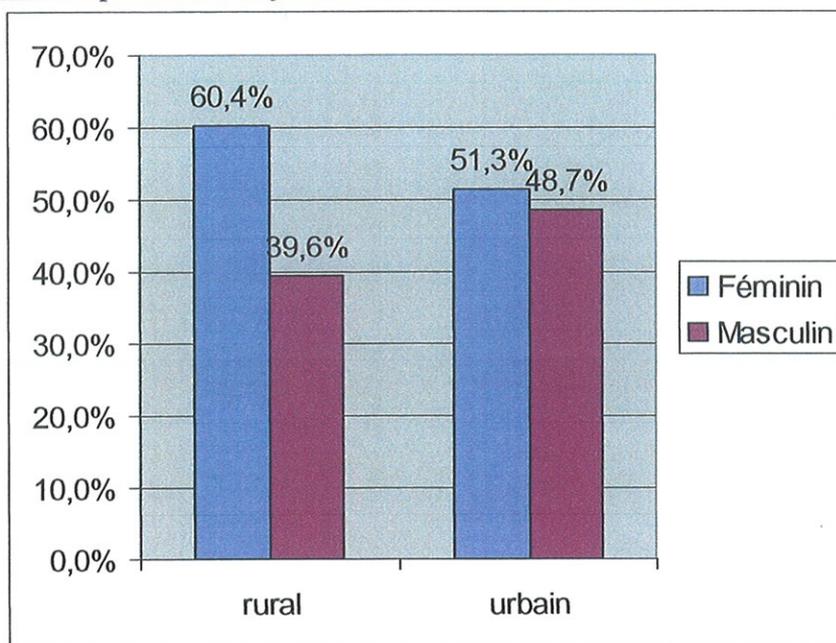
2.2.3-Répartition selon le sexe

Parmi les jeunes interrogés, il y avait davantage de femmes que d'hommes (55 % contre 45 %), avec un déséquilibre plus marqué en secteur rural.

Graphique 8 : Répartition des jeunes selon le sexe



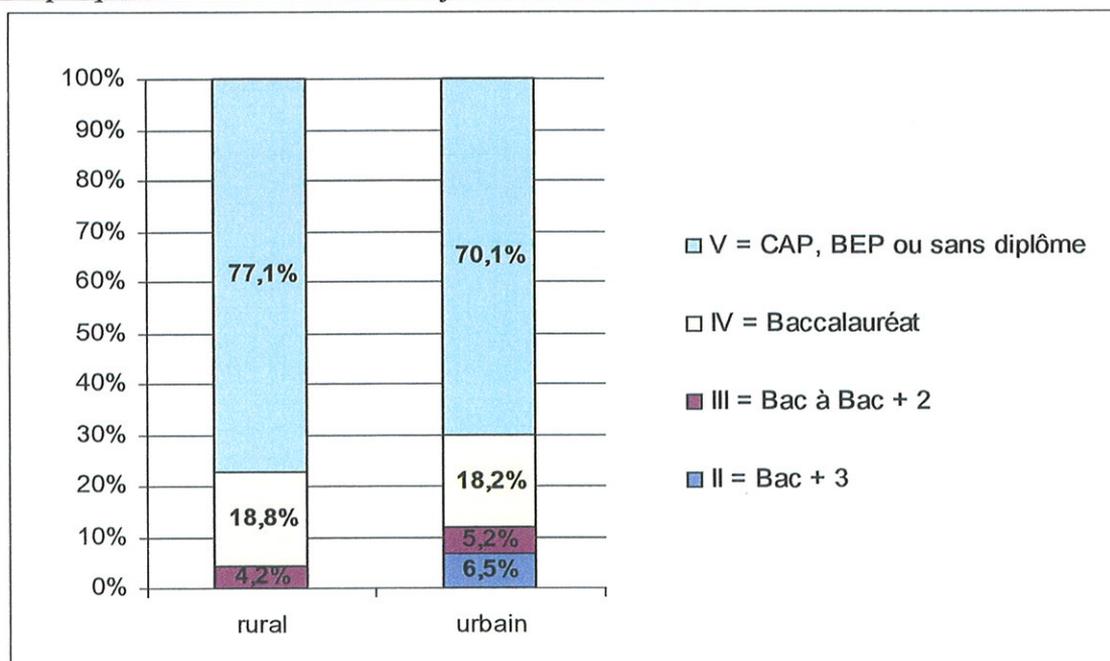
Graphique 9 : Répartition des jeunes selon le sexe et le secteur



2.2.4- Niveau d'études

125 jeunes ont répondu à cette question. Le niveau d'études des jeunes interrogés est très majoritairement inférieur ou égal au niveau V : c'est en effet le cas de 77,1 % des jeunes en milieu rural et de 70,1 % des jeunes en milieu urbain. Il existe une petite différence de niveau entre les jeunes de la Mission locale Rurale et ceux de l'agglomération de Limoges, ces derniers étant mieux représentés dans les niveaux II et III.

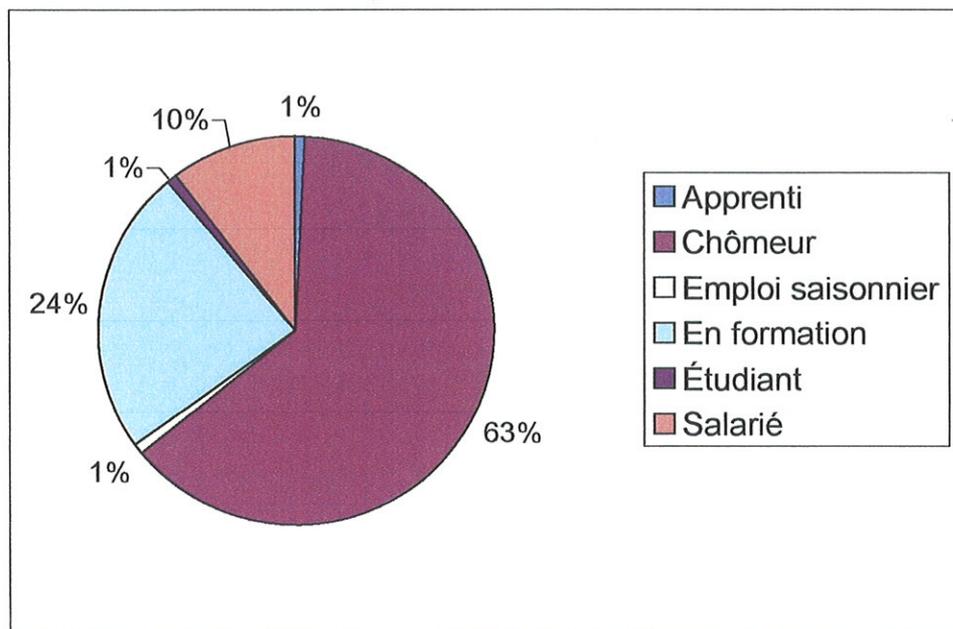
Graphique 10 : Niveau d'étude en fonction du secteur



2.2.5-Situation professionnelle

La situation professionnelle des jeunes interrogés était dans 63 % des cas la recherche d'un emploi, 24 % étaient en formation, et 10 % étaient salariés. Parmi les jeunes en formation 60 % d'entre eux faisaient partie de programme d'aide à l'insertion professionnelle, s'adressant à des jeunes très peu qualifiés. Enfin il faut noter également que tous les jeunes salariés interrogés avaient un emploi précaire (CDI temps partiel inférieur au mi-temps, CDD courts, intérim...) et continuaient parallèlement la recherche d'un emploi stable.

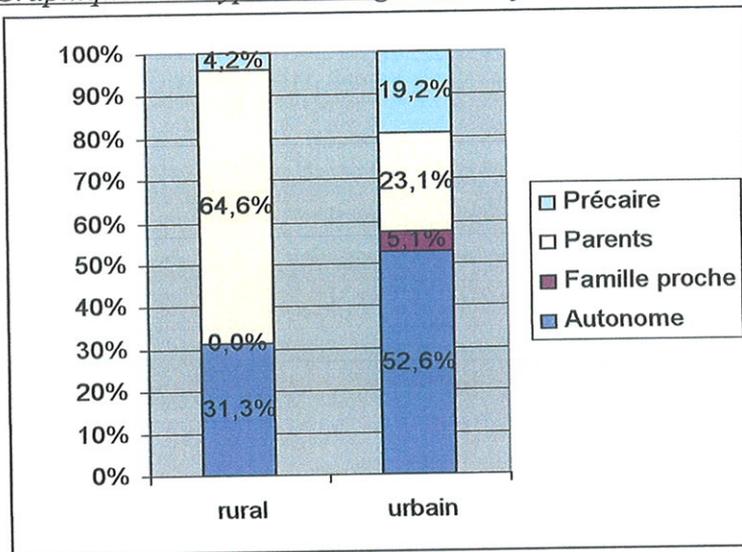
Graphique 11 : Situation professionnelle des jeunes interrogés



2.2.6-Situation familiale

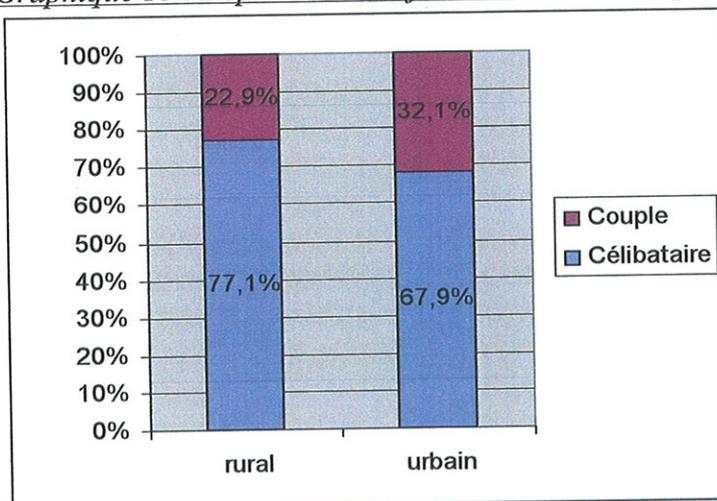
La situation familiale des jeunes interrogés différait selon le secteur géographique. En secteur rural les jeunes vivaient plus souvent chez leurs parents qu'en secteur urbain (respectivement 64,6 % et 23 %), et la proportion de jeunes hébergés de façon précaire était plus faible (4,2 % contre 23,1

Graphique 12 : Type d'hébergement en fonction du secteur



La majorité des jeunes interrogés étaient célibataires. Les jeunes vivant en couple étaient un peu plus nombreux en secteur urbain par rapport au secteur rural (32,1 % contre 22,9 %).

Graphique 13 : Répartition des jeunes vivant en couple selon le secteur



Au total ils étaient 7,1 % à avoir un ou plusieurs enfants à charge, mais cette situation concernait proportionnellement deux fois plus les jeunes du secteur rural par rapport au secteur urbain (10,4 % contre 5,1 %).

2.2.7-Nationalité

La plupart des jeunes interrogés étaient de nationalité française, 10 étant de nationalité étrangère : 3 venaient du Maghreb, 3 d'Afrique noire, 2 de Belgique et 2 de pays d'Europe de l'est.

2.2.8-Cas particuliers

Parmi les jeunes rencontrés, deux m'ont déclaré avoir eu des sanctions judiciaires, et trois présentaient des troubles psychiatriques suivis et traités.

2-3 Résultats

2.3.1-Statut tabagique

a- Population entière

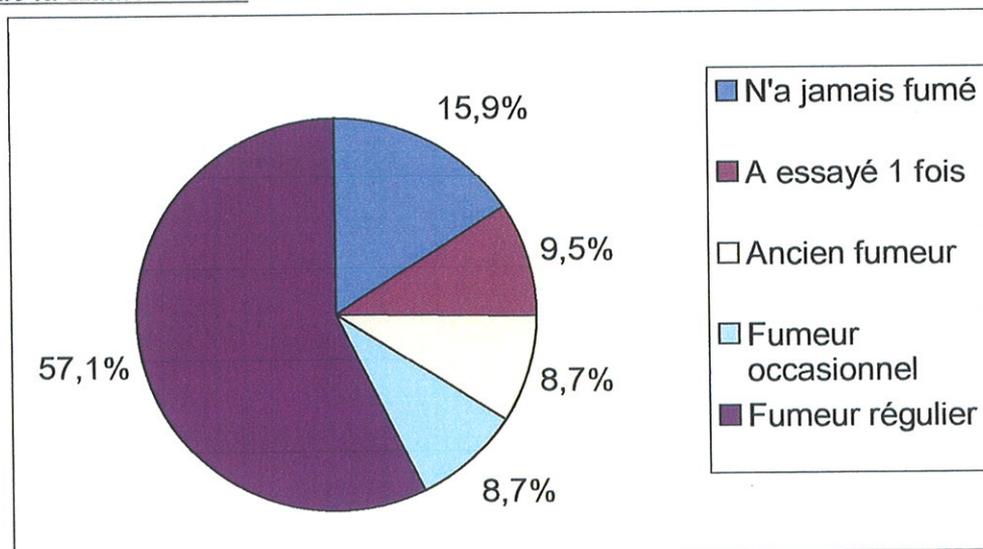
Parmi les 16-25 ans en insertion que j'ai interviewés dans les Missions locales, 65,9 % étaient fumeurs, tels que définis par le Baromètre Santé (2).

Tableau 11 : Statut tabagique des jeunes interviewés : résultats globaux

	Nombre de jeunes	Pourcentage
Non fumeur	43	34,1 %
Fumeur	83	65,9 %
Total	126	100 %

Les fumeurs étaient majoritairement des fumeurs réguliers (57,1 % des 126 jeunes interrogés). Les anciens fumeurs représentaient 8,7 % des jeunes interrogés et la plupart avaient arrêté le tabac depuis plusieurs mois ou années. Enfin, 15,9 % des jeunes n'avaient jamais expérimenté le tabac au cours de leur vie et 9,5 % l'avaient expérimenté sans suite.

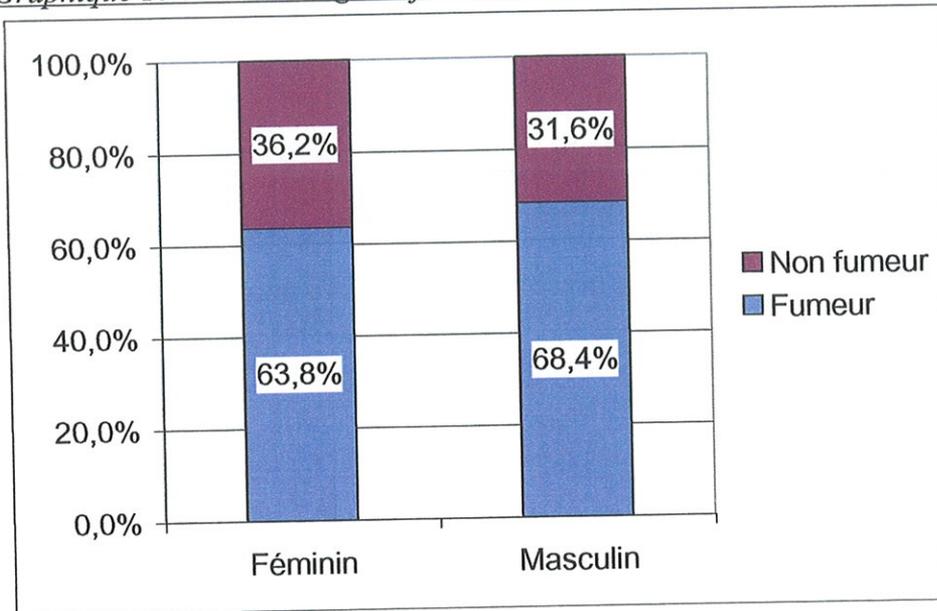
Graphique 14 : Statut tabagique détaillé des 16-25 ans en insertion dans les Missions Locales de la Haute-Vienne



b- Répartition des fumeurs selon le sexe

La prévalence de fumeurs différait peu selon le sexe puisqu'elle était de 63,8 % pour les femmes et de 68,4 % pour les hommes.

Graphique 15 : Pourcentage de fumeurs selon le sexe



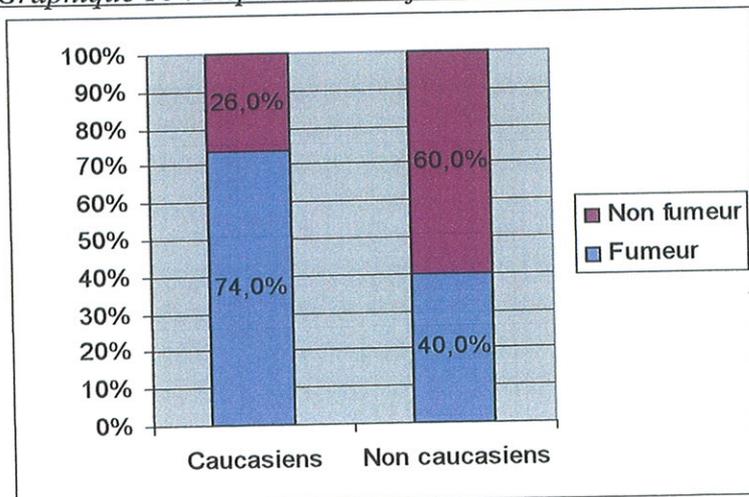
c- Répartition selon l'origine ethnique

L'origine ethnique des jeunes interrogés semblait influencer leur comportement tabagique. En effet, les jeunes caucasiens étaient plus souvent fumeur que les non caucasiens.

Tableau 12 : Répartition des fumeurs selon leur origine ethnique : en valeur

Origine ethnique	Fumeur	Non fumeur	Total
Caucasiens	71	25	96
Non caucasiens	12	18	30

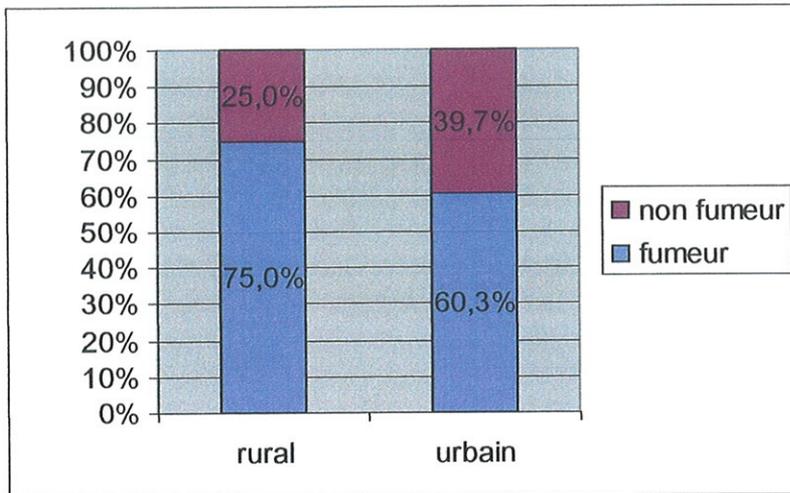
Graphique 16 : Répartition des fumeurs selon leur origine ethnique : en pourcentage



d- Répartition des fumeurs selon le secteur

La prévalence de fumeurs en milieu rural était plus élevée qu'en milieu urbain, et représentait 75 % des jeunes interrogés dans la Mission Locale Rurale.

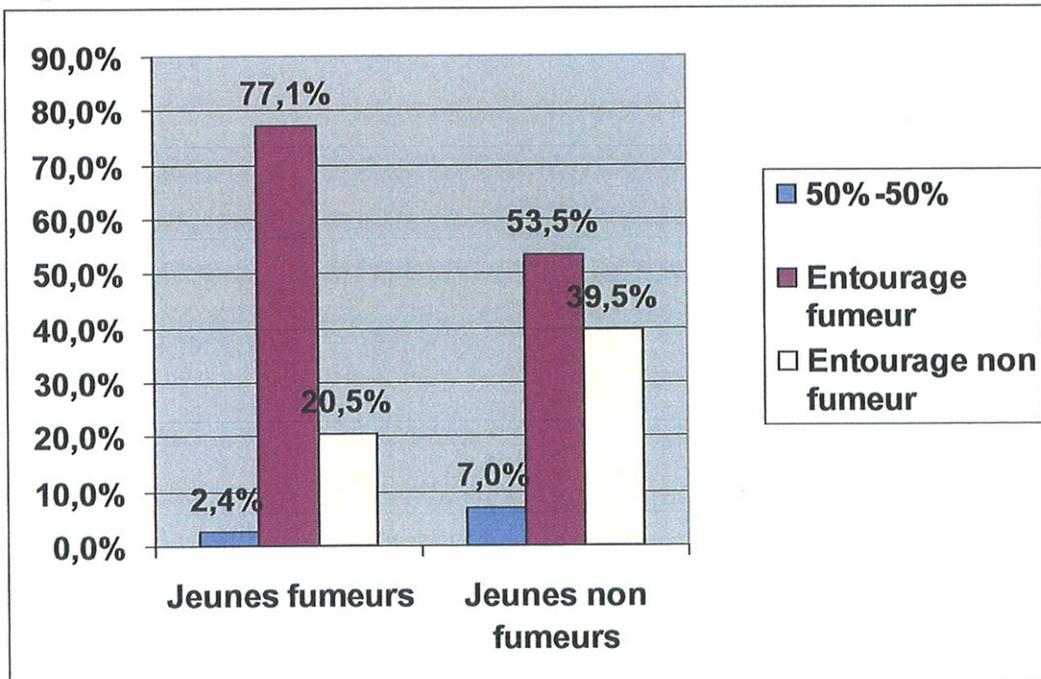
Graphique 17 : Répartition des fumeurs en fonction du secteur



e- Statut tabagique de l'entourage

Dans l'ensemble les jeunes disaient de leur entourage qu'il était majoritairement fumeur, avec toutefois une différence assez nette selon que le jeune était lui-même fumeur ou non : 53,5 % des jeunes non fumeurs considéraient leur entourage comme majoritairement fumeur contre 77,1 % des jeunes fumeurs.

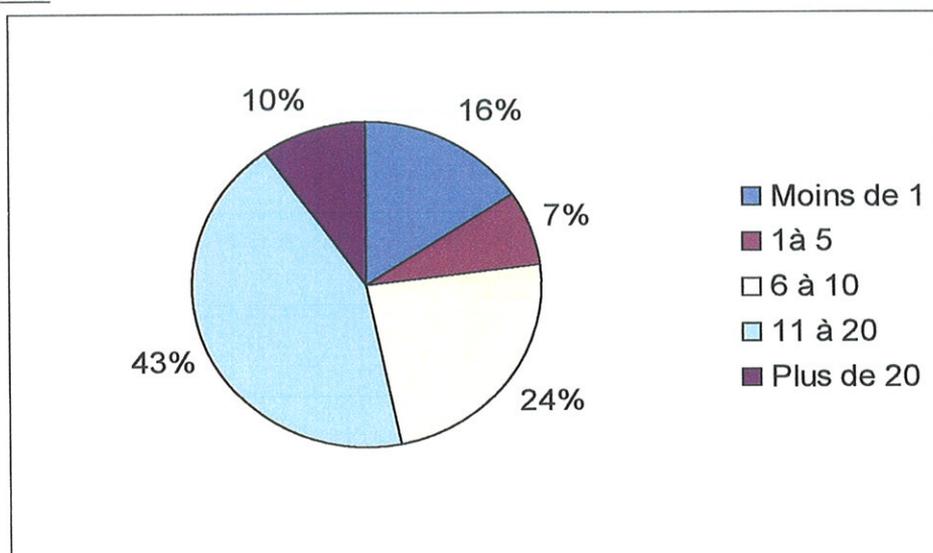
Graphique 18 : Statut tabagique de l'entourage selon le statut tabagique des jeunes



2.3.2-Consommation quotidienne des fumeurs

Les fumeurs consommant plus d'un paquet de cigarettes par jour représentaient 10 % de la totalité des jeunes fumeurs interrogés. La plupart, soit 43 % des fumeurs, fumait en moyenne 11 à 20 cigarettes par jour, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Graphique 19 : Consommation quotidienne des fumeurs évaluée en nombre de cigarettes par jour



2.3.3-Ancienneté du tabagisme

L'immense majorité des jeunes fumeurs interrogés fumaient depuis plus d'un an, comme on peut le constater dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13 : Ancienneté du tabagisme des 16-25 ans fumeurs en insertion

>1an	79
>6 mois à 1 an	1
3 mois à 6 mois	3
<3 mois	0
Total	83

En moyenne, les jeunes fumeurs interrogés fumaient depuis 4,7 ans. L'âge moyen de début du tabagisme régulier pour les fumeurs se situait vers 14,2 ans, avec un écart type équivalent à 2,45 ans. Pour les expérimentateurs et les anciens fumeurs, l'âge moyen se situait en revanche vers 16,2 ans l'écart type étant équivalent à 2,84 ans.

2.3.4- Etat d'esprit des jeunes en insertion vis-à-vis de leur tabagisme

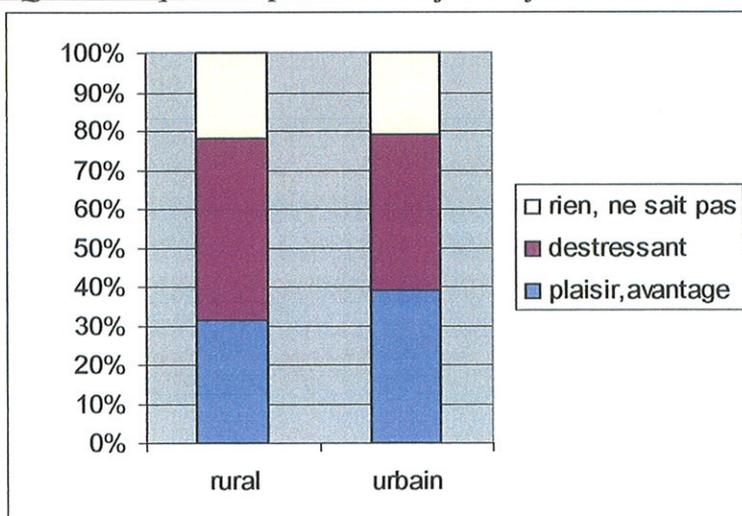
A la question ouverte « qu'est ce qui vous plaît dans le fait de fumer », la réponse la plus citée était le caractère « déstressant » de la cigarette, citée par 6 jeunes fumeurs sur 10, suivie de la réponse « rien » citée par 21 % des jeunes. Les plaisirs de la cigarette, quels qu'ils soient, restaient ainsi marginaux dans les réponses données.

Tableau 14 : Ce qui plaît aux jeunes en insertion dans le fait de fumer

Ce qui plaît dans le fait de fumer	Nombre de réponses	Fréquence des réponses
Déstressant	49	60%
Rien	17	21%
Geste	8	10%
Plaisir fin repas	7	9%
Goût	6	7%
Trompe l'ennui	3	4%
Coupe faim	2	2%
Aspirer la fumée	1	1%
Ça m'amuse de souffler la fumée	1	1%
Donne assurance	1	1%
Endort	1	1%
Pas de plaisir	1	1%
Plaisir	1	1%
Réchauffe	1	1%
Synonyme de pause	1	1%
Aide à la digestion	1	1%
Au lieu de prendre des médicaments...	1	1%
Deviens méchant si fume pas	1	1%
Etre comme les autres	1	1%
Fume surtout du cannabis	1	1%
M'aide à ne pas fumer du cannabis	1	1%
Occupe les mains	1	1%
Ne sait pas	5	6%
Nombre moyen de réponses par personne	1,38	
Ecart-type	0,49	

Le nombre moyen de réponses par jeune interrogé, était plus faible en milieu rural : 1,32 contre 1,45 en milieu urbain. Le contenu des réponses, en revanche différait peu entre les deux secteurs, les avantages et les plaisirs de la cigarette restant minoritaires dans les deux cas.

Graphique 20 : Répartition des réponses données selon le secteur géographique à la question « Qu'est-ce qui vous plaît dans le fait de fumer ? »



Les réponses à la question « Qu'est ce qui vous déplaît dans le fait de fumer ? » étaient plus nombreuses, et sont regroupées par items dans le tableau ci-dessous. Pour 22 % des jeunes fumeurs interrogés, il n'y avait rien de déplaisant dans le fait de fumer, mais pour les autres, la nuisance du tabac sur la santé était prédominante, suivie des aspects financiers et des désagréments physiques (odeur, haleine, dents tâchées...). On remarque que 7 % des jeunes sont préoccupés par le fait qu'ils sont responsables d'un tabagisme passif.

Tableau 15 : Ce qui déplaît aux jeunes en insertion dans le fait de fumer

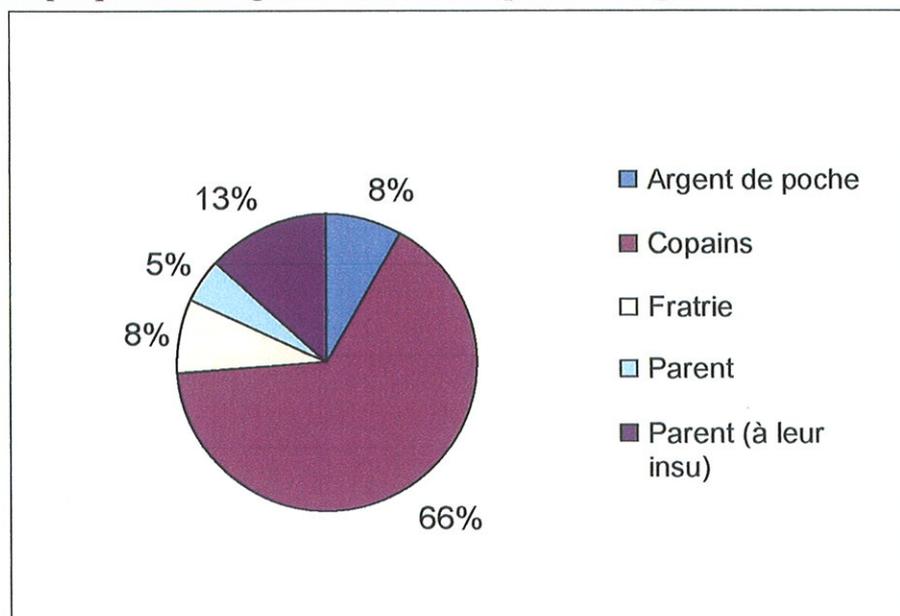
Ce qui déplaît dans le fait de fumer	Nombre de réponses	Fréquence des réponses
Nuit à la santé	33	41%
Aspects financiers	28	35%
Odeur	28	35%
Désagréments physiques	26	32%
Rien	18	22%
Dépendance	9	11%
Désagréments psy	9	11%
Tabagisme passif infligé aux autres	6	7%
Troubles appétit	4	5%
Nombre moyen de réponses par personne	1,99	
Ecart-type	1,08	

Là encore, le nombre de réponses par jeune fumeur interrogé était un peu plus élevé en secteur urbain qu'en secteur rural.

2.3.5- Origine des premières cigarettes

Dans 66 % des cas les jeunes fumeurs déclaraient que leur première cigarette leur avait été donnée par leurs pairs ; 13 % l'avaient prise dans le paquet d'un de leurs parents à son insu, enfin 13 % des jeunes fumeurs ont déclaré qu'elle leur avait été donnée par un membre de leur famille (fratrie ou parents).

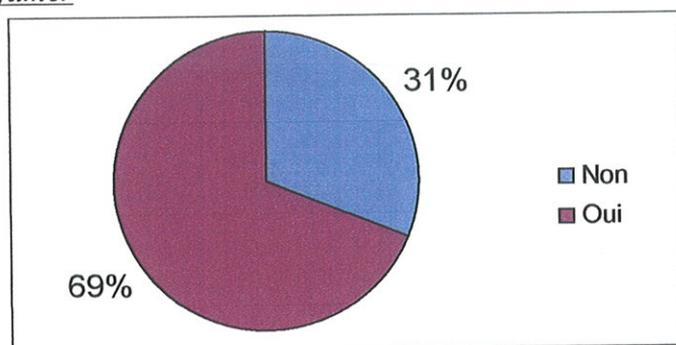
Graphique 21 : Origine déclarée de la première cigarette



2.3.6- Tentatives passées d'arrêt du tabac des fumeurs actuels

Dans 69 % des cas les jeunes fumeurs interrogés ont déclaré avoir déjà fait une ou plusieurs tentatives d'arrêt du tabac. La définition retenue pour les tentatives d'arrêt du tabac était la volonté d'arrêt, accompagnée d'un sevrage d'au moins 24 heures.

Graphique 22 : Pourcentage des jeunes fumeurs interrogés ayant déjà essayé d'arrêter de fumer



La proportion de jeunes ayant déjà fait au moins une tentative d'arrêt du tabac n'était pas très différente entre les deux secteurs : 67 % en secteur rural et 70 % en secteur urbain.

Parmi ceux qui déclaraient avoir déjà arrêté de fumer, seulement 18 % (soit 10 jeunes) avaient utilisé une aide : 4 jeunes avaient utilisé des patchs sur une durée inférieure à celle recommandée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (32), 3 avaient été soutenus par un proche, 2 avaient utilisé les cigarettes au menthol pensant que c'était un moyen d'arrêter, et le dernier avait compensé par des excès alimentaires.

Les raisons invoquées pour expliquer la reprise peuvent être regroupées en trois catégories principales. Celle qui vient largement en tête est la présence d'un entourage fumeur, citée par 31 jeunes, c'est-à-dire 54,4 % des jeunes ayant fait une tentative d'arrêt. Puis ce sont les symptômes du sevrage nicotinique (la nervosité, le « manque »...), cités par 16 jeunes, soit 28 % des jeunes ayant tenté l'arrêt du tabac, et enfin un contexte personnel défavorable cité à 13 reprises.

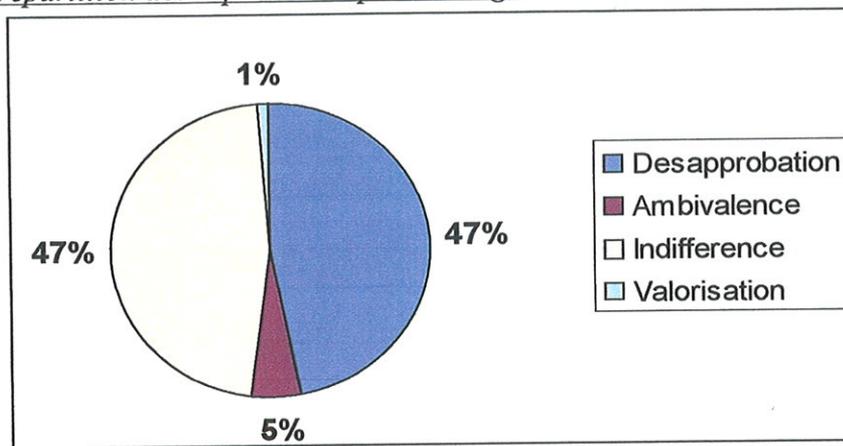
2.3.7- Attitude de l'entourage vis-à-vis du tabagisme des jeunes

Concernant l'attitude de l'entourage vis-à-vis de leur tabagisme, les jeunes interrogés se partageaient en deux groupes : 47 % considéraient leur entourage comme majoritairement désapprobateur et 47 % considéraient que c'était plutôt l'indifférence qui dominait. Enfin, 5 % soulignaient l'ambivalence de leur entourage, désapprobateur mais fumeur.

Tableau 16 : Attitude de l'entourage vis-à-vis du tabagisme des jeunes interrogés : répartition des réponses en valeur

Types de réponses	Nombre de réponses
Desapprobation	39
Ambivalence	4
Indifférence	39
Valorisation	1
Total	83

Graphique 23 : Attitude de l'entourage vis-à-vis du tabagisme des jeunes interrogés : répartition des réponses en pourcentage

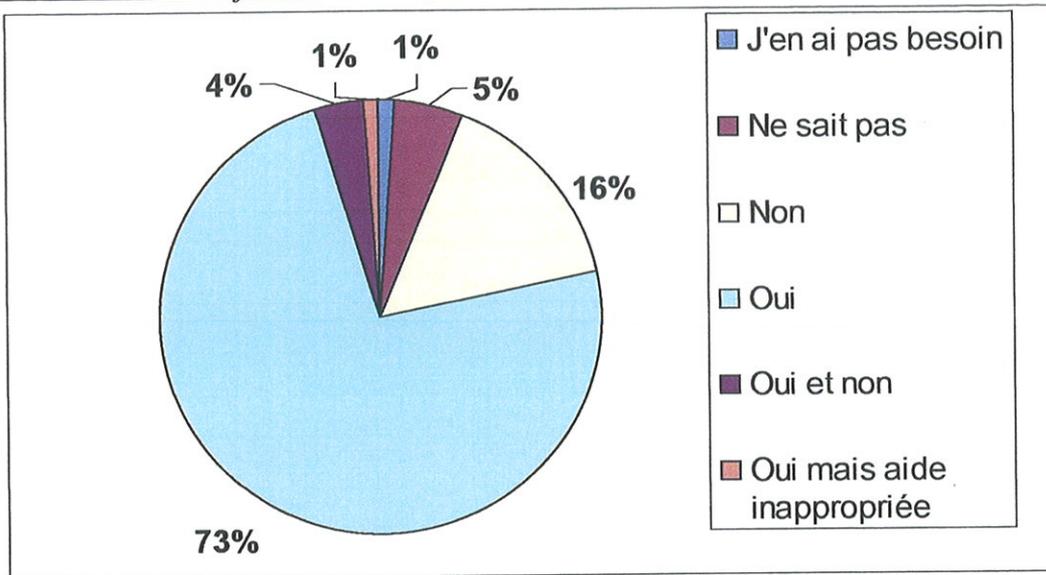


Pour autant, les jeunes pensaient majoritairement que leur entourage les soutiendrait dans leur éventuelle démarche d'arrêt du tabac : 73 % d'entre eux considéraient en effet que leur entourage serait un soutien, contre 16 % qui pensaient le contraire. Là encore, quelques uns mettaient en avant l'ambivalence de leur entourage à les soutenir le cas échéant.

Tableau 17 : Réponses à la question « Pensez-vous que votre entourage vous soutiendrait si vous arrêtez de fumer ? » : en valeur

Types de réponses	Nombre de réponses
Non	13
Oui	61
Oui et non	3
Ne sait pas	4
Je n'en ai pas besoin	1
Oui mais aide inappropriée	1
Total	83

Graphique 24 : Réponses à la question « Pensez-vous que votre entourage vous soutiendrait si vous arrêtiez de fumer ? » : en pourcentage

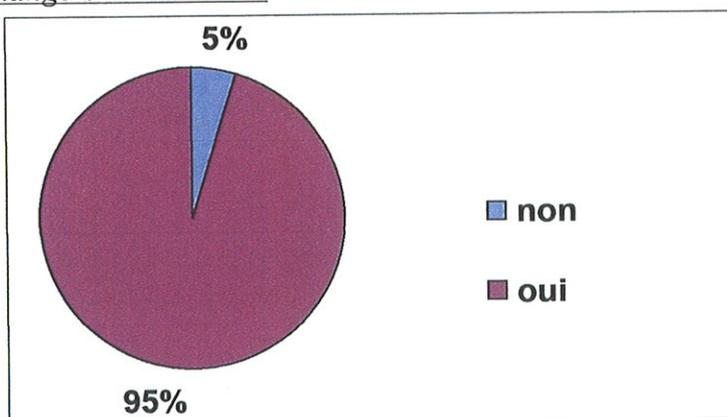


2.3.8- Informations reçues et connaissances sur les dangers du tabac

a- Proportion de jeunes déclarant avoir reçu une information

95 % des jeunes en insertion interrogés ont déclaré avoir été informés des dangers du tabac.

Graphique 25 : Répartition des réponses à la question « vous a-t-on déjà informé sur les dangers du tabac ? »



b- Sources d'information citées

Les informations sur les dangers du tabac que les jeunes avaient reçues émanaient principalement de leur entourage, cité par 62,7 % des jeunes fumeurs interrogés, puis du médecin traitant, cité par 38,6 % d'entre eux, puis des intervenants extérieurs venant faire des actions de prévention dans les collèges et lycées, cités dans 27,7 % des cas. Un certain nombre d'autres personnes ou sources d'informations ont été également citées, telles que : les infirmières scolaires, les professeurs, la publicité et la télévision.

En moyenne, les jeunes citaient 2,1 sources d'informations sur les dangers du tabac. La plupart se considéraient comme bien informés sur le sujet.

Tableau 18 : Réponses à la question « par qui avez-vous été informé(e) sur les dangers du tabac ? »

Sources citées	Nombre de réponses	Fréquence des réponses
Entourage	52	62,7%
Médecin traitant	32	38,6%
Intervenants extérieurs au collège ou au lycée	23	27,7%
Infirmière scolaire	15	18,1%
Professeurs	13	15,7%
Publicité	13	15,7%
Télévision	10	12,0%
Autres médecins (centres d'examen de santé, gynécologues)	10	12,0%
Livres	2	2,4%
Surveillants au collège	2	2,4%
Bénévoles d'association sur les MST	1	1,2%
Formateurs du GRETA	1	1,2%
Information Mission Locale	1	1,2%
Internet	1	1,2%
Intervenants extérieurs en centre de formation	1	1,2%
Médecin scolaire	1	1,2%
Nombre moyen de réponses par personne	2,1	

c- Etat de leurs connaissances

Deux questions exploraient ensuite l'état des connaissances de ce public concernant les dangers du tabac.

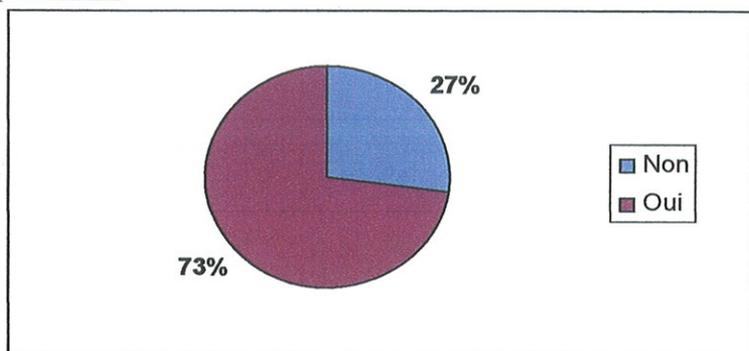
La première demandait aux jeunes de citer trois dangers du tabac sur la santé. Le nombre moyen de réponses par personne était de 2,7. Parmi les réponses données, le cancer arrivait en tête, cité par 83,1 % des jeunes, ensuite les maladies respiratoires, cités par 59 % d'entre eux, puis les problèmes cardio-vasculaires, cités dans à peine plus d'un tiers des cas. Le nombre moyen de réponses données par les jeunes était similaire en secteur urbain et en secteur rural.

Tableau 19 : Dangers du tabac sur la santé cités par les jeunes interrogés

Dangers du tabac cités	Nombre de réponses	Fréquence des réponses
Cancers	69	83,1%
Maladies respiratoires	49	59,0%
Problèmes cardio-vasculaires	29	34,9%
Dépendance	11	13,3%
Stérilité	8	9,6%
"ça tue"	8	9,6%
Tabagisme passif	5	6,0%
Fœtotoxicité	4	4,8%
Danger social si précarité	2	2,4%
Impuissance	1	1,2%
Autres (cutanés, dentaires, digestifs...)	37	44,6%
Nombre moyen de réponses par personne	2,7	

La seconde question évaluait si les fumeuses interrogées connaissaient le danger que constitue l'association tabac-pilule. On constate qu'environ un quart des jeunes fumeuses ignorait un tel danger.

Graphique 26 : Réponses à la question « connaissez-vous les dangers de l'association tabac-pilule ? »

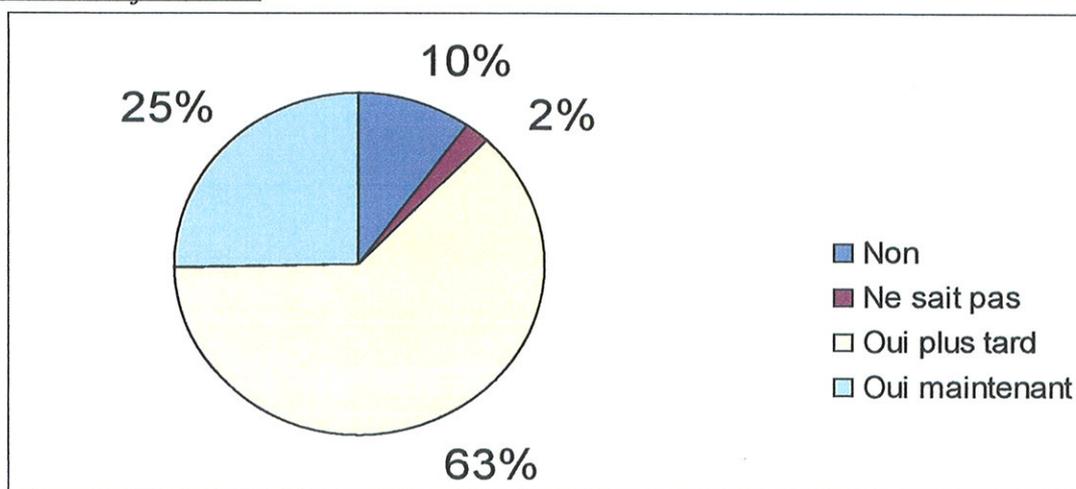


Parmi celles qui savaient que cette association constituait un danger, un tiers ne savaient pas de quel danger il s'agissait, et un autre tiers avaient des croyances erronées (diminution de l'efficacité de la pilule, risque majoré de cancer, stérilité). Seulement 18 % savaient que l'association tabac-pilule majore les risques cardio-vasculaires.

2.3.9- Motivation pour l'arrêt du tabac

A la question « voulez-vous arrêter de fumer ? », un quart, soit 21 jeunes, ont répondu « oui, maintenant » au moment des entretiens, et près de 2 jeunes sur 3 envisageait l'arrêt du tabac dans un avenir plus ou moins proche.

Graphique 27 : Répartition des différents types de réponses à la question « Voulez-vous arrêter de fumer ? »



Quelle que soit leur réponse à cette première question, on leur demandait ensuite de situer leur motivation pour arrêter de fumer dès le lendemain sur une échelle analogique allant de 0 à 10, 0 correspondant à l'absence totale de motivation et 10 à une motivation très élevée, proche d'une intention ferme. Très peu de jeunes ont eu des difficultés pour répondre à cette

question, la majorité donnant une réponse rapide et non hésitante. Pour ceux qui avaient répondu « oui maintenant » à la question « voulez-vous arrêter de fumer ? », la moyenne des réponses données était égale à 7,5, tandis que pour ceux qui avaient répondu « plus tard » la moyenne était de 3,2.

Tableau 20 : Degré moyen de motivation pour l'arrêt du tabac dès le lendemain en fonction du désir d'arrêt exprimé

Désir d'arrêt	Degré moyen de motivation	Ecart type
Oui maintenant	7,5	1,76
Oui plus tard	3,43	2,29
Ne sait pas	2,5	3,54
Non	0,125	0,356
Toutes personnes confondues	4,13	3,01

Par ailleurs, le degré moyen de motivation pour arrêter de fumer était légèrement plus faible en milieu rural par rapport au milieu urbain.

Tableau 21 : Degré moyen de motivation pour l'arrêt du tabac : comparaison entre secteur rural et secteur urbain

Secteur	Degré moyen de motivation	Ecart type
rural	3,625	2,47
urbain	4,52	3,35
Toutes personnes confondues	4,13	3,01

Il existe une corrélation entre le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente et l'échelle analogique de motivation à l'arrêt : entre 0 et 4, le fumeur se situe dans la phase de précontemplation (fumeur heureux), entre 5 et 9 il se situe dans la phase de contemplation (ambivalence), et à 10 il est dans la phase de préparation à l'arrêt, cette dernière phase étant généralement court-circuitée chez les jeunes. Ainsi, 49,4 % des jeunes interrogés étaient dans la phase d'ambivalence vis-à-vis du tabac, et 4,9 % étaient en phase de préparation de l'arrêt, comme le montre le tableau 22.

Tableau 22 : Répartition des fumeurs selon le degré de motivation à l'arrêt du tabac

Degré de motivation	Nombre de réponses	Pourcentage des réponses
0 à 4	37	44,5%
5 à 9	41	49,4%
10	4	4,9%
Non réponse	1	1,2%
Total	83	

2.3.10- Aides jugées utiles par les jeunes interrogés concernant le sevrage tabagique

a- Types d'aides

Seulement 18,1 % des jeunes interrogés ont jugé qu'aucune aide ne leur serait utile pour arrêter de fumer parmi toutes celles qui leur étaient proposées. Pour les autres, ils ont cité en moyenne 1,6 réponses, les aides les plus souhaitées étant l'aide pharmacologique

gratuite, citée par 44,6 % des jeunes, le soutien psychologique individuel, cité par 31,3 % des jeunes, puis les séances d'information par des professionnels. Enfin, les séances de soutien psychologique en groupe ont intéressé 14,5 % des jeunes, soit 12 personnes.

Tableau 23 : Types d'aides au sevrage tabagique souhaitées par les jeunes interrogés

Type d'aide souhaitée	Nombre de réponses	Fréquence des réponses
Aide pharmacologique gratuite	37	44,6%
Soutien psychologique individuel	26	31,3%
Séances d'informations par des professionnels	22	26,5%
Aucune	15	18,1%
Soutien psychologique en groupe	12	14,5%
Brochures	9	10,8%
Séances d'informations par des pairs	7	8,4%
Support multimédia	3	3,6%

Les jeunes désirant arrêter de fumer immédiatement au moment des entretiens étaient plus souvent désireux que les autres d'avoir des substituts nicotiques gratuits et des séances d'aide au sevrage en groupe. Ils étaient moins intéressés que l'ensemble de la population pour des séances d'information. Enfin, ils étaient plus rares à penser qu'aucune aide parmi celles proposées ne leur serait utile, et citaient en moyenne 2 de celles-ci, contre 1,4 pour la totalité des jeunes.

Tableau 24 : Comparaison des types d'aide souhaités entre les jeunes désirant arrêter tout de suite et l'ensemble des jeunes fumeurs interrogés

Type d'aide souhaitée	Fréquence des réponses	
	Jeunes voulant arrêter maintenant	Totalité des jeunes
Aide pharmacologique gratuite	57,00%	44,60%
Soutien psychologique individuel	24,00%	31,30%
Séances organisées par des professionnels	15,00%	26,50%
Soutien psychologique en groupe	24,00%	14,50%
Brochures	14,00%	10,80%
Séances organisées par des pairs	7,00%	8,40%
Support multimédia	0,00%	3,60%
Aucune	10,00%	18,10%
Nombre moyen de réponses par personne	2	1,4

b- Lieux souhaités

Les lieux dans lesquels les jeunes interrogés jugeaient utile qu'on leur propose ces aides ont été par ordre décroissant : les cabinets des médecins traitants, les Missions locales, l'hôpital, les associations sportives ou de quartier et les maisons de l'adolescence si celles-ci existaient en Haute-Vienne. Ils citaient en moyenne 2,5 lieux chacun.

Tableau 25 : Lieux souhaités par les jeunes pour recevoir une aide au sevrage tabagique

Lieu souhaité pour recevoir l'aide	Nombre de réponses	Fréquence des réponses
Cabinet du médecin traitant	41	49,4%
Missions locales	39	47,0%
Hôpital	34	41,0%
Associations sportives ou de quartier	32	38,6%
Maisons de l'adolescence	32	38,6%
Centres d'Examens de Santé	17	20,5%
Nulle part	6	7,2%
CRIJ	1	1,2%
Nombre moyen de réponses par personne	2,43	

Enfin, quand on leur demandait quel autre type d'aide pourrait leur être personnellement utile pour arrêter de fumer, 25,3 % répondaient « la volonté », 14,4 % répondaient « avoir une vie équilibrée » et 15,6 % pensaient utile de renforcer le dispositif de lutte contre le tabac (campagnes plus percutantes, augmentation du prix...).

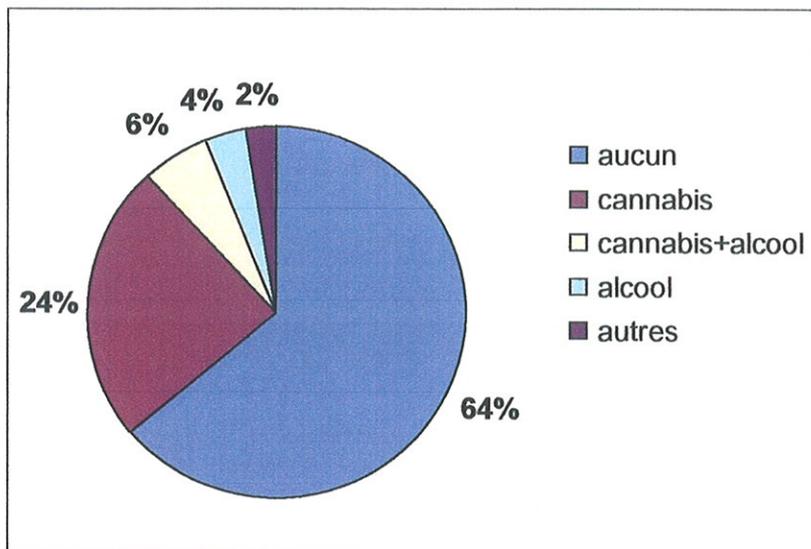
Tableau 26 : Autres types d'aides à l'arrêt du tabac citées par les jeunes interrogés

Autres aides leur paraissant utiles	Nombre de réponses	Fréquence des réponses
Aucune	35	42,1%
La volonté, la motivation, le courage	21	25,3%
Avoir une vie équilibrée	12	14,4%
Renforcement du dispositif de lutte contre le tabac	8	9,6%
Campagnes utilisant la peur	5	6,0%
Avoir un entourage non fumeur	5	6,0%
Autres (acupuncture, hypnose...)	3	3,6%
Nombre moyen de réponse par personne	1,1	

2.3.11- Consommations associées d'autres produits

Environ un quart des jeunes interrogés ont déclaré consommer du cannabis, régulièrement ou occasionnellement, 4 % consommaient de l'alcool de façon régulière, et 6 % cumulaient les consommations régulières de cannabis et d'alcool. Enfin, 2 % des jeunes interrogés avaient consommé d'autres substances illicites que le cannabis au cours de leur vie.

Graphique 26 : Consommations associées d'autres produits



II- DISCUSSION

1- QUI SONT LES 16-25 ANS EN INSERTION INTERROGES ?

Pour commencer, il faut noter que le contact avec ces jeunes a été facile : ils se sont laissés aborder aisément en général, se rendant disponibles immédiatement et se prêtant volontiers au jeu des entretiens. Parmi les jeunes ayant accepté d'y participer, seuls 4 ont été réticents ou critiques, et aucun n'a été en difficulté pour répondre aux questions posées, hormis un jeune d'origine étrangère parlant mal le français. Enfin, le taux de refus a été de 16 %, ce qui est assez faible, et peut laisser présager que ces jeunes seraient peu hostiles à la mise en place d'aide au sevrage tabagique le cas échéant.

1.1- Un peu plus de femmes que d'hommes

Concernant la répartition de ces jeunes interrogés selon le sexe, on constate que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes (55 % contre 45 %), ce qui était également le cas dans l'étude du CETAF (60 % de femmes et 40 % d'hommes chez les jeunes en insertion), ainsi que dans les données des Missions Locales de la Haute-Vienne.

La répartition entre les sexes des jeunes interrogés en secteur urbain est d'ailleurs identique à celle de la population de la Mission Locale de l'agglomération de Limoges, tandis qu'en secteur rural, les femmes interrogées sont légèrement surreprésentées (60,4 % contre 55 % de femmes dans la population générale de la Mission Locale Rurale de la Haute-Vienne). Ceci peut s'expliquer par le fait que dans les antennes de la Mission Locale rurale de la Haute-Vienne, les entretiens ont été réalisés en partie auprès de jeunes en formation d'aide à l'insertion professionnelle (AIP), le flux quotidien de jeunes se présentant dans ces antennes étant insuffisant pour réaliser un nombre satisfaisant d'entretiens. Or dans ces AIP, les femmes étaient nettement majoritaires.

1.2- Une moyenne d'âge proche de 20 ans

L'âge moyen des jeunes interrogés était de 20,7 ans, soit un peu plus élevé que la moyenne d'âge des 16-25 ans en insertion de l'étude du CETAF (2), où l'âge moyen était d'environ 20 ans, et un peu plus bas que dans l'enquête CFI-PAQUE (42), où l'âge moyen était de 21,4 ans.

1.3- Situation familiale et d'hébergement

La majorité (71,4 %) des jeunes interrogés étaient célibataires, et 7,1 % avaient au moins un enfant à charge.

Le type de logement variait d'une Mission Locale à l'autre : majoritairement familial en milieu rural (64,6 %), et à l'inverse, plutôt autonome (52,6 %) et précaire (19,2 %) en milieu urbain. Ces proportions sont conservées par rapport aux données des Missions locales.

1.4- Des difficultés sociales

Les jeunes interrogés ont incontestablement des difficultés d'ordre social, au premier rang desquelles des difficultés à l'insertion professionnelle. En effet, 63 % d'entre eux étaient à la recherche d'un emploi, 14,4 % étaient en formation d'aide à l'insertion professionnelle, et 11 % avaient un emploi précaire. A cette situation, s'ajoutent des difficultés liées à la précarité du logement pour 13,5 % d'entre eux.

Concernant la situation professionnelle, il y a très peu de différences entre les jeunes des Missions locales et les 16-25 ans en insertion de l'étude du CETAF, dans laquelle les salariés représentent moins de 10 % de la population étudiée. On constate également que même les salariés étaient en situation difficile, aucun n'ayant un emploi stable à temps plein. Ces jeunes étaient donc tous en situation de précarité s'agissant de leur situation professionnelle.

Le taux moyen de jeunes interrogés ayant un logement précaire est proche de celui de la population générale des deux Missions Locales réunies, celui-ci étant d'environ 14 %. Par contre, ce taux était nettement plus élevé que dans l'enquête CFI-PAQUE faite par l'INSERM en 1993 (42), le taux de jeunes ayant un logement précaire étant alors de 8 %. Cette apparente aggravation de la précarité du logement de ces jeunes en 10 ans pose question : reflète-t-elle une dégradation de leurs conditions de vie, ou bien la population des Missions locales a-t-elle changée, augmentant leur accessibilité à un public plus défavorisé qu'auparavant ?

En revanche, il faut remarquer que tous les jeunes interrogés étaient couverts par l'assurance maladie, alors que dans l'enquête CFI-PAQUE ils étaient 9 % à ne pas l'être. Ceci s'explique par le fait que depuis le premier janvier 2000, il existe la Couverture Maladie Universelle.

1.5- Un niveau scolaire généralement faible

En moyenne, sur les deux Missions Locales de la Haute-Vienne, 73 % des jeunes interrogés avaient un niveau inférieur ou égal au CAP ou au BEP, alors qu'ils n'étaient que 45 % chez les 16-25 ans non précaires dans l'étude du CETAF, population rappelons-le, comparable à celle du recensement INSEE RGP 1999. On remarque que le niveau des jeunes interrogés était inférieur à celui de la population générale des Missions Locales, en particulier pour les jeunes interrogés en secteur rural. En effet, le taux de jeunes interrogés ayant un niveau inférieur ou égal au niveau V (CAP/BEP) était de 70,1 % en milieu urbain, contre 67 % d'après les données de la Mission locale de l'agglomération de Limoges, et de 77,1 % en secteur rural contre 62 % d'après les données de la Mission Locale rurale de la Haute-Vienne. Cette nette différence en secteur rural peut s'expliquer par le même biais de recrutement déjà évoqué au sujet de répartition selon les sexes : le flux quotidien des jeunes se présentant dans les antennes de la Mission Locale rurale étant variable, mais généralement trop faible pour la réalisation d'un nombre satisfaisant d'entretiens, ceux-ci ont été complétés par des entretiens réalisés sur les lieux de formation d'aide à l'insertion professionnelle (AIP). Or ces formations concernaient des jeunes en plus grande difficulté, avec un niveau d'étude plus faible en moyenne que l'ensemble des jeunes accueillis par la Mission Locale rurale.

Cependant, le niveau scolaire des jeunes interrogés était plus élevé que celui des 16-25 ans en insertion de l'étude du CETAF, où le taux de jeunes ayant un niveau inférieur ou égal au CAP/BEP atteignait 81 %.

1.6- Conclusion

D'une façon générale, on peut conclure que cet échantillon de 126 jeunes interrogés correspond bien à la population ciblée au départ, à savoir les 16-25 ans sortis du milieu scolaire et non insérés dans le monde du travail. Leurs caractéristiques sociales sont assez proches de celles des jeunes en insertions des 2 études réalisées au plan national (CETAF, CFI-PAQUE). Les remarques suivantes permettent cependant d'apporter quelques précisions :

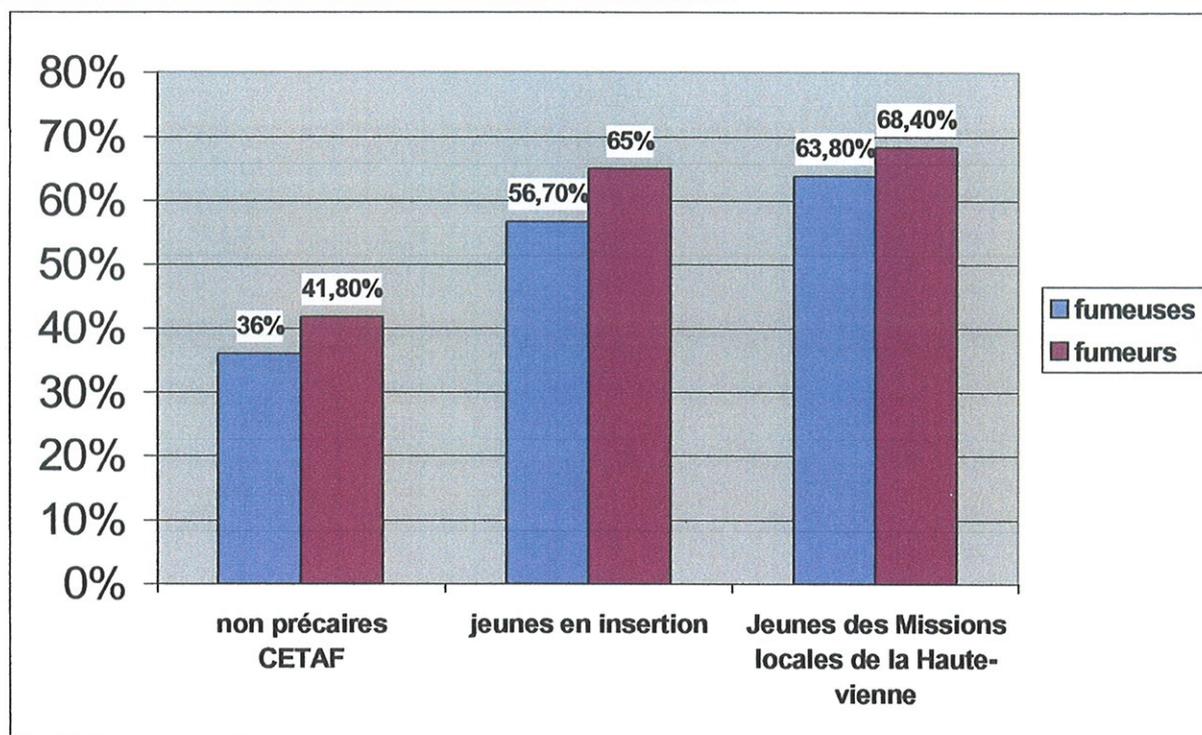
- la population urbaine de cette étude est semblable à celle de la Mission Locale de l'agglomération de Limoges,
- il existe par contre un biais de recrutement en ce qui concerne la population rurale, expliquant des résultats un peu discordants s'agissant du niveau d'étude et de la répartition selon le sexe,
- la population interrogée se différencie peu de celle étudiée dans l'analyse du CETAF (bien celle-ci soit un peu plus féminine, et avec un niveau d'étude plus bas),
- elle est enfin un peu différente de celle étudiée en 1993 par l'INSERM dans l'enquête CFI-PAQUE (42) (elle est un peu plus jeune, ayant deux fois plus souvent un logement précaire, avec disparition des jeunes n'ayant pas de couverture sociale).

2- TABAGISME DES 16-25 ANS EN INSERTION INTERROGES

2.1 Un tabagisme plus marqué que chez les 16-25 ans scolarisés ou actifs

Dans l'étude du CETAF, les 16-25 ans en insertion avaient 1,5 fois plus de risque d'être fumeurs que les 16-25 ans scolarisés ou actifs. L'étude de terrain réalisée auprès des jeunes des Missions Locales de la Haute-Vienne retrouve des prévalences de fumeurs encore plus élevées que celles des 16-25 ans en insertion du CETAF, en particulier pour les femmes.

Graphique 27 : Comparaison des prévalences de fumeurs entre l'étude du CETAF et l'étude de terrain dans les Missions Locales de la Haute-Vienne



Ces résultats sont également corrélés par ceux de l'enquête ESCAPAD 2000 (11), où à 17 ans, les prévalences de fumeurs parmi les jeunes scolarisés sont de 39,8 % pour les filles et 41,3 % pour les garçons, contre 67,3 % des filles et 63,4 % des garçons chez les jeunes non scolarisés.

De même, pour les fumeurs, la consommation quotidienne est plus élevée chez les 16-25 ans en insertion que chez les 16-25 scolarisés ou actifs. En effet, la prévalence de jeunes fumeurs consommant 11 à 20 cigarettes par jour dans les Missions Locales de la Haute-Vienne est deux fois plus élevée que celle des jeunes de l'enquête ESCAPAD 2000 ayant la même consommation quotidienne. Ceci ne peut s'expliquer par la seule différence d'âge. En effet, l'enquête ESCAPAD 2000 retrouvait effectivement un risque 2,82 fois plus élevé pour les jeunes non scolarisés de fumer plus de 10 cigarettes par jour plutôt que 1 à 10, par rapport aux jeunes scolarisés en filière générale.

L'étude réalisée auprès de 126 jeunes des Missions Locales de la Haute-Vienne retrouve ainsi des résultats aussi préoccupants que ceux de deux grandes études nationales sur le tabagisme des jeunes en insertion. Elle confirme que ces jeunes, quel que soit leur sexe, sont beaucoup plus souvent fumeurs, et avec une consommation tabagique plus élevée que les jeunes scolarisés ou actifs.

2.2 Impact du secteur géographique, de l'ethnie et de l'entourage sur le tabagisme des jeunes interrogés

a. Impact du secteur géographique

Parmi les jeunes interrogés dans les Missions Locales de la Haute-Vienne, la prévalence de fumeurs était plus élevée en secteur rural (75 %), qu'en secteur urbain (60 %).

Cependant, les jeunes interrogés en secteur rural étaient moins nombreux (n=48) qu'en secteur urbain (n=78), ce qui peut constituer un biais de recrutement. Ce résultat doit donc être interprété avec prudence.

En revanche, en ce qui concerne leur attitude et leurs connaissances vis-à-vis du tabac, il ne semblait pas y avoir de différence entre les deux secteurs :

- le contenu des réponses concernant les plaisirs liés au tabac était superposable,
- la proportion de jeunes ayant fait au moins une tentative d'arrêt du tabac était la même,
- le nombre de réponses données à la question « Citez 3 dangers du tabac » était identique.

b. Impact de l'origine ethnique

La plupart des études américaines sur le tabac montrent que les noirs fument moins que les hispaniques et les blancs (44). Si le phénomène est aujourd'hui encore incompris, ce constat laisse penser que l'origine ethnico-culturelle aurait un impact sur le tabagisme des différentes populations. Parmi les jeunes interrogés dans les Missions Locales de la Haute-Vienne, on retrouvait également une nette différence de prévalence du tabac selon que les jeunes étaient de type caucasien ou non : 74 % de fumeurs parmi les caucasiens (n=96), et 40 % parmi les non caucasiens (n=30).

Ce résultat doit également être interprété avec prudence compte tenu de la petite taille de l'échantillon. Toutefois, cette question mériterait d'être étudiée de façon plus approfondie.

c. Impact de l'entourage

Il est certain que l'entourage joue un grand rôle dans le tabagisme des jeunes en insertion interrogés.

Tout d'abord, il a un impact sur l'entrée dans le tabagisme. En effet, lors des entretiens, 77 % des fumeurs avaient un entourage majoritairement fumeur, contre 40 % des non-fumeurs. De plus, dans 79 % des cas, la première cigarette leur avait été donnée par un membre de leur entourage. Si cet entourage était surtout constitué par les pairs, il ne faut pas négliger l'importance de la famille et des parents, donnant accès à la première cigarette pour 1 jeune sur 4.

Ensuite, l'entourage de ces jeunes les conforte probablement dans leur tabagisme, par son indifférence ou son ambivalence, majoritaires pour 53 % des fumeurs interrogés.

Enfin, il joue également un rôle dans la reprise du tabac après tentative d'arrêt. En effet, 54,4 % des jeunes dans ce cas, considéraient que le fait d'avoir un entourage fumeur était la principale cause de leur reprise. De même, 6 % des fumeurs interrogés pensaient que le fait d'avoir un entourage non fumeur pourrait les aider à arrêter de fumer.

En conclusion on peut dire qu'à l'heure actuelle l'entourage joue un rôle négatif vis-à-vis du tabagisme des jeunes en insertion interrogés, que ce soit pour son instauration, son maintien, ou la reprise après tentative d'arrêt. Mais en poursuivant la dévalorisation de l'image de la cigarette dans notre société, en responsabilisant davantage les parents et les adultes fumeurs en général, on peut espérer passer d'un impact négatif à un impact positif de l'entourage sur le tabagisme de ces jeunes.

2.3 Connaissances des jeunes interrogés sur le tabac

La quasi-totalité des jeunes interrogés (95 %) avait reçu une information sur les dangers du tabac. En moyenne, les jeunes citaient 2,1 sources d'information, parmi lesquelles, par ordre de fréquence décroissant : l'entourage, le médecin traitant, les intervenants extérieurs lors de séances d'éducation à la santé dans le cadre scolaire, les professeurs et les infirmières scolaires.

A la question « citez 3 dangers du tabac sur la santé », le nombre moyen de réponses par jeune interrogé était de 2,7. Les 3 items les plus souvent cités étaient, par ordre de fréquence décroissant : les cancers, les maladies respiratoires et les maladies cardio-vasculaires.

Ces résultats paraissent satisfaisants. De plus, au cours des entretiens, plusieurs jeunes ont exprimé un certain agacement vis-à-vis de cette question des dangers du tabac, considérant qu'ils étaient sur-informés.

En revanche, parmi les fumeuses interrogées, seulement 18 % savaient que l'association tabac - pilule majore les risques cardio-vasculaires, et 27 % ne savaient pas que cette association constitue un danger pour la santé. Même si une partie de ces jeunes femmes n'étaient pas concernées par cette association et n'avaient donc pas été informées des dangers par les prescripteurs de contraception orale, on peut toutefois s'inquiéter de leur faible niveau de connaissances sur le sujet.

Dans l'ensemble, on peut donc considérer que les jeunes interrogés sont correctement informés des dangers du tabac sur la santé, sauf en ce qui concerne l'association tabac - pilule, pour laquelle les connaissances sont insuffisantes.

2.4 Etat d'esprit des jeunes interrogés vis-à-vis du tabac et désir d'arrêt

L'ambivalence des ces jeunes vis-à-vis du tabac est grande, comme le montrent les éléments suivants :

- 88 % des jeunes fumeurs interrogés ont déclaré envisager l'arrêt du tabac : 25 % immédiatement au moment des entretiens, et 63 % dans un avenir plus ou moins proche,
- 49,4 % étaient dans la phase de contemplation selon le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente, et 4,9 % dans la phase de préparation à l'arrêt du tabac,
- 69 % des jeunes interrogés avaient fait au moins une tentative d'arrêt,
- à la question « Qu'est-ce qui vous plaît dans le fait de fumer ? », les jeunes ont répondu massivement que cela les « destressait » (60% d'entre eux), ou que ça ne leur apportait rien (21 % d'entre eux),
- chaque jeune fumeur donnait en moyenne 1,4 réponses pour les aspects positifs du tabac (dont le caractère destressant), contre 2 pour les aspects négatifs : ceci est une technique utilisée par les thérapies cognitivo-comportementales pour renforcer ou faire prendre conscience d'une ambivalence chez un patient.

Comparativement aux données du Baromètre Santé auprès des étudiants français de 17 à 30 ans en 1999 (2), les jeunes en insertion interrogés déclarent beaucoup plus souvent vouloir arrêter de fumer : ils sont en effet 88 % contre 51 % pour les étudiants interviewés par le Baromètre Santé. Une telle différence peut-elle s'expliquer seulement par les progrès réalisés en matière de lutte contre le tabac entre 1999 et 2004 ? Ou bien

l'ambivalence des jeunes en insertion vis-à-vis du tabac est-elle réellement plus grande que celle des étudiants ?

2.5 Consommations associées

Dans l'enquête CFI-PAQUE de l'INSERM datant de 1993 (42), les jeunes en insertion ne consommaient pas plus de produits illicites, d'alcool et de psychotropes que les jeunes scolarisés.

En revanche, dans l'enquête ESCAPAD 2000 (11), les adolescents non scolarisés de 17 ans consommaient plus de cannabis et d'alcool que les jeunes de même âge scolarisés, cette relation étant surtout vérifiée pour les niveau de consommation les plus élevés.

D'après l'enquête ESCAPAD 2003 (15), 1 adolescent de 17-18 ans sur 3 (26,3 % des filles et 37,9 % des garçons, soit 32,3 % en tout), déclare avoir consommé du cannabis durant le dernier mois. L'usage régulier de l'alcool à 17 ans concerne 7,5 des filles et 21,2 % des garçons.

Parmi les jeunes en insertion interrogés dans les Missions Locales de la Haute-Vienne, 30 % déclaraient consommer du cannabis de façon occasionnelle ou régulière, et 10 % avaient une consommation d'alcool excessive. Ces données sont tout à fait comparables à celles de l'enquête ESCAPAD 2003.

2.6 Conclusion

Les jeunes en insertion interrogés fument beaucoup plus que les jeunes de même âge scolarisés ou actifs : non seulement la prévalence de fumeurs est plus élevée, mais leur consommation quotidienne est nettement supérieure.

Le stress qu'ils ressentent semble être un facteur essentiel dans le maintien de leur tabagisme.

Leur ambivalence vis-à-vis du tabac est grande, et ils déclarent plus souvent que les étudiants vouloir arrêter de fumer.

Enfin, ils n'ont pas une consommation de cannabis d'alcool ou de produits illicites plus importante que les jeunes scolarisés ou étudiants.

3-QUELLE AIDE PROPOSER AUX 16-25 ANS EN INSERTION ?

Alors que se développe l'aide au sevrage tabagique chez les étudiants, il n'existe, à l'heure actuelle, aucun programme spécifique pour les jeunes en insertion. Or devant l'importance du tabagisme chez ces jeunes, et leur désir d'arrêt élevé, un programme d'aide au sevrage doit être mis en place. Cette dernière partie propose des pistes pour l'élaboration de ce programme.

3.1- Nécessité d'une intervention basée sur le respect

L'étude américaine Hellmann et coll. (35) avait montré que les étudiants étaient opposés à ce qu'on leur donne une leçon, et avaient plus de chance d'accepter les conseils

s'ils étaient traités comme des adultes de même intelligence, les recommandations étant données sans jugement, scientifiquement et de manière cordiale.

Les techniques cognitivo-comportementales telles que l'écoute active semi-directive fondée sur l'empathie, le respect et l'authenticité de l'intervenant, développées notamment par Carl R. Rogers, ne préconisent d'ailleurs pas autre chose. Elles permettent l'instauration d'un climat de confiance, terreau indispensable à une relation d'aide constructive.

Que les intervenants adoptent une telle attitude semble fondamental à la réussite d'un programme d'aide à l'arrêt du tabac pour les jeunes en insertion. En effet, au cours des entretiens, il était perceptible que pour bon nombre de ces jeunes, parler du tabac équivalait à recevoir une leçon. Ceci fut évidemment très nuisible au message délivré et a pu même, dans certains cas, avoir les effets contraires à ceux espérés.

Cette première remarque implique, de fait, la nécessité de former à ces méthodes, les personnes susceptibles d'aider les jeunes à arrêter de fumer.

3.2 Inscrire les actions d'aide au sevrage dans une campagne plus générale de lutte contre le tabac

L'étude randomisée d'Etter et coll. en 1999 (34), notait dans ses conclusions, qu'il était souhaitable de mettre en place des programmes généraux sur le tabac en même temps que des actions d'aide à l'arrêt. C'est également ce qui se passe dans les universités de Toulouse où le programme BRAVO s'inscrit dans un cadre plus large de sensibilisation (36).

L'objectif est double :

- réduire le tabagisme passif, voire l'entrée dans le tabagisme d'un certain nombre de jeunes, par le respect de la loi Evin.
- augmenter l'ambivalence des fumeurs en luttant contre la banalisation du tabac.

De nombreux auteurs s'accordent à dire que de telles campagnes doivent être élaborées grâce aux techniques de marketing social, afin d'optimiser leur efficacité (17).

Pour les jeunes en insertion rencontrés dans les Missions Locales, les résultats des entretiens permettent de suggérer plusieurs pistes.

a- La peur comme facteur incitatif à l'arrêt ?

Dans l'étude américaine réalisée par Walsh et coll. en 1999 (33), la peur avait été utilisée avec succès dans un programme d'incitation de l'arrêt du tabac à chiquer.

Parmi les jeunes en insertion fumeurs des Missions locales, 6 % citaient spontanément les campagnes basées sur la peur comme moyen utile à l'arrêt. Mais la question posée était « Voyez-vous autre chose pouvant vous être utile à arrêter de fumer ? » et non pas « Pensez-vous que des campagnes basées sur la peur vous inciteraient à arrêter de fumer ? ». On peut supposer que dans le deuxième cas, où la question posée est fermée, les réponses en faveur de telles campagnes seraient plus nombreuses. Ceci reste à vérifier.

b- Parler des risques de l'association tabac-pilule

Parler des risques de l'association tabac-pilule serait utile à plusieurs titres.

D'abord parce que les connaissances des jeunes fumeuses interrogées en la matière sont insuffisantes : entre celles qui ont des croyances erronées et celles qui ne savent pas que l'association du tabac et de la pilule est contre-indiquée, seules 18 % sont correctement informées.

Ensuite, aborder cette question permet de parler également des effets du tabac sur la baisse de la fertilité et la grossesse, pour essayer d'en prévenir les risques.

Enfin, pour certaines, non ou mal informées de ce risque, cela peut être un argument supplémentaire pour arrêter de fumer.

c- Informer sur les méthodes d'aide à l'arrêt du tabac

Dans l'ensemble, les jeunes fumeurs interrogés avaient des connaissances très partielles sur les méthodes d'aide à l'arrêt du tabac. En effet, rares étaient ceux qui avaient utilisé une méthode validée pour arrêter de fumer. Il s'agissait en l'occurrence des substituts nicotiques qu'ils n'avaient d'ailleurs pas utilisé selon les recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

En revanche, ils ont en général manifesté de la curiosité pour ces différentes méthodes, posant des questions sur leur efficacité au moment des entretiens.

Parler de ces méthodes, rappeler qu'elles existent et les rendre accessibles, peut décider un certain nombre de jeunes à faire de nouvelles tentatives d'arrêt.

d- Diffuser le conseil minimal

La méta-analyse USDHHS (29) et celle de Rice et Stead (31), réalisées en 2000, ont montré l'efficacité du conseil minimal des médecins et des infirmières sur l'arrêt du tabac. Cependant, les jeunes entre 16 et 25 ans ont peu d'occasions de consulter un médecin, et les jeunes en insertion consultent encore moins que les autres, selon les données de l'enquête CFI-PAQUE (42). De plus, les infirmières sont rares dans les institutions qu'ils fréquentent et elles ne peuvent voir l'ensemble de ces jeunes. Le conseil minimal est donc plus difficile à mettre en œuvre pour eux, par les voies classiques, que pour le reste de la population.

Cependant, dans les Missions locales, la plupart des jeunes sont suivis individuellement par des conseillers sociaux. Peut-être serait-il envisageable de former ces conseillers au conseil minimal sur le sevrage tabagique ? Ce serait là un moyen très efficace de sensibiliser les jeunes à l'arrêt du tabac, qui pourrait s'associer à la distribution de brochures.

e- Sous quelle forme mettre en place une campagne d'information sur le tabac ?

Une campagne n'est crédible que dans un contexte où la loi Evin est respectée. C'est le pré requis minimal mais indispensable à la réussite de tout programme.

Ensuite, les informations et les conseils pour arrêter de fumer pourraient être donnés selon plusieurs modalités complémentaires.

Des séances d'informations doivent être régulièrement proposées par des professionnels, puisque 1 jeune fumeur interrogé sur 4 les juge utiles. Outre leur caractère informatif, elles permettent la prise de contact de ces jeunes avec les professionnels susceptibles de les aider ultérieurement, ou de les orienter vers une aide adaptée à leur situation.

Des brochures synthétisant les informations, les conseils et l'aide existante, ne doivent pas être négligées, compte tenu de leur faible coût et de leur facilité de mise en œuvre.

Des affiches se rapportant au contenu des séances et des brochures, permettraient d'attirer l'attention du plus grand nombre de jeunes susceptibles d'être intéressés.

Enfin, lorsque 30 % des jeunes interrogés citent la publicité et la télévision, comme source d'information sur le tabac, on peut penser que l'utilisation de spots télévisés percutants, utilisant notamment la peur, pourrait être utile.

f- Quels lieux seraient concernés par cette campagne générale sur le tabac ?

Au cours des entretiens réalisés dans les Missions Locales de la Haute-Vienne, les jeunes en insertion retenaient en moyenne 2,4 lieux pour la mise en place d'une aide au sevrage tabagique, sans que l'un ne se démarque véritablement des autres.

Les brochures et les affiches, doivent donc être disponibles dans tous les lieux fréquentés par ces jeunes : cabinets des médecins traitants, Missions Locales, hôpitaux, associations sportives ou de quartier, Centres d'Examens de Santé, et Maisons de l'adolescence dans les villes où elles existent. Leur large diffusion doit permettre, si possible, de surmonter une grande difficulté : toucher les jeunes au moment où ils veulent arrêter de fumer. En servant de relais à l'information, elles permettent de conseiller les jeunes en matière de sevrage tabagique et d'orienter ceux qui le désirent vers une aide adaptée.

S'agissant des séances d'information faites par des professionnels, s'adressant à tous, les motivations des jeunes pour y assister seront diverses, allant de la simple curiosité à la recherche d'un aide concrète. Par conséquent, pour toucher un large public, le lieu choisi doit être familier et bien fréquenté. Celui qui semble le plus adapté est la Mission Locale. En effet, c'est un lieu que les jeunes en insertion fréquentent régulièrement, et qui leur est spécifiquement destiné. D'ailleurs, au cours des entretiens, ils étaient 47 % à penser que la Mission Locale était un lieu adapté à la mise en place d'une aide au sevrage tabagique.

3.3 Apporter une aide spécifique à ceux qui le souhaitent

Ces aides concrètes concernent les jeunes fumeurs qui ont l'intention d'arrêter de fumer à court terme. Ils représentaient 25 % des fumeurs interrogés dans l'étude de terrain réalisée dans les Missions Locales de la Haute-Vienne.

a- Les brochures

Les brochures donnant des conseils concrets pour arrêter de fumer doivent pouvoir être distribuées à ceux qui veulent arrêter par eux-mêmes. En effet, l'expertise collective de l'INSERM sur la prise en charge du tabagisme chez les étudiants (45), a conclu que l'analyse des études sur les brochures est en faveur de leur utilisation dans l'aide à l'arrêt. De plus, l'étude de terrain réalisée auprès des jeunes en insertion des Missions Locales de la Haute-Vienne, montre que 11 % des fumeurs interrogés les jugeaient utiles.

b- Les substituts nicotiques gratuits

L'étude du CETAF sur l'évaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique proposé à des populations précaires (43), n'a pas montré de réel bénéfice de cette mesure pour les 16-24 ans, contrairement aux populations d'âge supérieur.

De même, l'étude américaine réalisée en 1999 par Walsh et coll. sur l'efficacité d'un programme d'incitation à l'arrêt du tabac à chiquer proposé aux athlètes de football américain de 16 universités (33), n'a pas retrouvé d'impact spécifique de la mise à disposition de gommes à la nicotine sur le taux d'arrêt.

Pour autant, le Baromètre Santé 2000 (2), utilisant le test de Fagerström simplifié (mini-test), retrouvait une dépendance moyenne pour 21,9 % des 12-25 ans, et une dépendance forte pour 5,2 % d'entre eux.

On peut regretter que la mesure du degré de dépendance par ce test n'ait pas été faite dans l'étude de terrain réalisée auprès de jeunes des Missions Locales de la Haute-Vienne. Cependant, celle-ci mettait en évidence que 28 % des jeunes ayant repris le tabac après tentative d'arrêt, jugeaient les symptômes de sevrage nicotique responsables de leur reprise. De plus, 44,6 % d'entre eux jugeaient que la gratuité des substituts nicotiques était une mesure utile pour les aider à arrêter de fumer. Cette mesure était celle qu'ils citaient le plus fréquemment. Ce taux atteignait 57 % des fumeurs voulant arrêter le tabac immédiatement au moment des entretiens.

Bien que la dépendance nicotique concerne 1 jeune sur 4, les études publiées sur l'efficacité de la gratuité des substituts nicotique n'ont pas permis de montrer un réel bénéfice de cette mesure pour l'arrêt du tabac chez les 16-25 ans. Pourtant, dans l'étude de terrain réalisée auprès de 126 jeunes des Missions Locales de la Haute-Vienne, la moitié des fumeurs considéraient que l'accès à des substituts nicotiques gratuits leur serait utile pour arrêter de fumer.

L'infléchissement récent du tabagisme dans la population générale, et la plus grande médiatisation des méthodes d'aide à l'arrêt du tabac ces dernières années, auraient-elle eu un impact positif sur l'acceptation de ces méthodes par les jeunes en insertion ?

c- Apporter un soutien psychologique

En effet, le stress semble jouer un rôle important dans le maintien du tabagisme de ces jeunes : le caractère déstressant de la cigarette reste pour 60 % des jeunes fumeurs interrogés son seul avantage, et ils étaient nombreux à dire que leurs difficultés actuelles constituaient un frein pour s'arrêter de fumer.

Proposer des groupes d'aide à l'arrêt du tabac

En effet, cette méthode apporte de bons résultats :

- dans le milieu scolaire, comme l'a montré l'étude sur le programme *No Ifs, Ands, or Butts* réalisée par l'Association Pulmonaire Canadienne en 1989 (27),
- dans le monde de l'entreprise d'après les résultats de l'analyse de 52 programmes réalisée par Eriksen et Gottlieb en 1998 (28).

Parmi les jeunes fumeurs en insertion interrogés dans les Missions Locales de la Haute-Vienne, 14,5 % d'entre eux étaient intéressés par cette méthode. Ils étaient 24 % parmi ceux qui désiraient arrêter de fumer immédiatement au moment des entretiens, soit 5 jeunes. Cela représente 4 % de la population interrogée. Si l'on considère que l'échantillon étudié est représentatif de la population de 16 à 25 ans fréquentant les Missions Locales de la Haute-Vienne, on peut dire que plus de 200 jeunes en insertion pourraient être intéressés par la mise en place de groupes d'aide à l'arrêt du tabac en Haute-Vienne. Ce chiffre justifie de réfléchir à l'élaboration de tels programmes.

Les lieux où la mise en place de ces groupes d'aide à l'arrêt serait la plus facile sont : les Missions Locales, l'hôpital, les Maisons de l'adolescence et les Centres d'Examens de Santé. Cet ordre respecte les souhaits exprimés par les jeunes interrogés.

Améliorer l'accès des jeunes en insertion aux consultations tabac

La méta-analyse USDHHS réalisée en 2000 (29) a montré qu'un conseil intensif par un médecin (plus de 10 minutes), multipliait par 2 le taux de sevrage, par rapport à l'absence de conseil.

En Haute-Vienne, outre les médecins généralistes, il existe trois lieux proposant des consultations tabac : le CHU de Limoges, le Centre d'Examen de Santé du Limousin (CRESLI), et une consultation de tabacologie libérale.

A l'heure actuelle, les jeunes fumeurs en insertion ne font pas appel à ces consultations, ou à leur médecin traitant, pour arrêter de fumer. En effet, aucun, parmi les 83 interrogés, ne les a mentionnés quand ils citaient les aides utilisées lors de tentatives d'arrêt. Or ils étaient 31,3 % à souhaiter un soutien psychologique individuel, s'ils venaient à envisager l'arrêt du tabac. On peut donc émettre plusieurs hypothèses :

- ces jeunes ne pensent pas consulter pas leur médecin traitant pour ce motif,
- ils n'utilisent pas les consultations tabac parce qu'ils ne les connaissent pas, ou bien parce qu'ils n'imaginent pas qu'elles puissent leur être adressées.

Si ces consultations ne doivent pas accueillir tous les jeunes voulant arrêter de fumer, elles doivent cependant être accessibles à ceux qui n'ont pas réussi à arrêter de fumer avec les autres méthodes.

La diffusion des informations sur les consultations existantes auprès des jeunes en insertion, grâce aux brochures, aux affiches, au conseil minimal par les personnes au contact, et aux séances de sensibilisation, devrait améliorer leur accès à ces consultations. Par ailleurs, on peut envisager que, parallèlement aux séances de sensibilisation et aux séances de groupe, des consultations de tabacologie soient proposées dans les locaux des Missions Locales.

3.4- Conclusion

Un programme d'aide à l'arrêt du tabac visant les 16-25 ans en insertion est nécessaire compte tenu de l'importance de leur tabagisme, et de leur volonté d'arrêt. De plus il est réalisable, car ces jeunes, souvent considérés comme une population non captive, sont en fait faciles à atteindre au sein des Missions Locales et des Centres d'Examen de Santé.

Un tel programme pourra comporter :

- une campagne de sensibilisation sur le tabac, réalisée grâce aux techniques de Marketing social, visant à générer une ambivalence chez les fumeurs heureux, et augmenter l'ambivalence des fumeurs projetant un jour d'arrêter : affiches, séances d'information, brochures, conseil minimal , voire spots télévisuels ;
- pour les jeunes ayant l'intention d'arrêter prochainement, apporter des aides concrètes, telles que des brochures contenant des conseils pour l'arrêt du tabac, la gratuité des substituts nicotiques, la mise en place de groupes de sevrage, et des consultations de tabacologie si besoin ;
- la formation des personnes impliquées dans la réalisation de ce programme, car la qualité de la relation entre ces personnes et les jeunes conditionne la réussite ;

CONCLUSION

Le tabagisme des jeunes en France constitue un enjeu majeur de santé publique. Après une hausse considérable autour des années 90, les progrès récents réalisés en matière de prévention, dans le cadre notamment du plan cancer, ont permis d'observer une tendance à la baisse des prévalences de fumeurs ces quatre dernières années. Cependant, s'il existe une importante mobilisation pour renforcer le dispositif de lutte contre le tabac chez les jeunes scolarisés et étudiants, aucune aide organisée n'est apportée aux 16-25 ans en insertion.

Or ces jeunes fument davantage que les scolaires et les étudiants : ils ont en effet 1,5 fois plus de risque de fumer que ces derniers, et leur consommation quotidienne est plus élevée. De plus, leur ambivalence vis-à-vis du tabac est grande, et ils déclarent beaucoup plus souvent que les jeunes scolarisés vouloir arrêter de fumer dans un avenir plus ou moins proche.

Par conséquent, un programme d'aide à l'arrêt du tabac doit leur être proposé. Il devra associer une campagne de sensibilisation et d'incitation à l'arrêt du tabac, des séances d'information par des professionnels sur les méthodes d'arrêt, et des propositions d'aides concrètes telles que la gratuité des substituts nicotiques, des groupes de sevrage, et une prise en charge individuelle pour ceux qui le souhaitent. La mise en œuvre de ce programme nécessite :

- la réalisation d'une enquête de marketing social pour adapter au mieux les supports d'information (brochures, affiches) à la population des 16-25 ans en insertion,
- la formation des intervenants au contact des jeunes,
- l'amélioration de l'accès de ces jeunes aux consultations de tabacologie existantes.

Enfin, les Missions Locales et les Centres d'Examen de Santé semblent être des lieux privilégiés pour la mise en œuvre d'un tel programme.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé). Thématique tabac. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/>. (Page consultée le 21/03/05)
- (2) ODDOUX K, PERETTI-WATEL P, BAUDIER F. Tabac. In : Baromètre Santé 2000. Vanves : CFES, 2001 : p.77-118
- (3) LAGRUE G, MAUTRAIT C. Adolescents : cannabis et tabac. Le courrier des addictions, 2001, 3, p.119-120
- (4) HILL C. Épidémiologie du tabagisme. Presse Med 1996, 25, p.959-962
- (5) DUCLOS G. et al. L'estime de soi de nos adolescents : guide pratique à l'usage des parents. Editions Hôpital Sainte Justine, Université de Montréal, 1995
- (6) LEBARGY F. Adaptation des techniques de sevrage tabagique au degré de dépendance. In : INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Tabagisme : prise en charge chez les étudiants. Paris : INSERM, 2004, 194p. (Expertise collective)
- (7) GALLOPEL K. Le marketing social au service de la prévention du comportement tabagique des jeunes français. In : INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Tabagisme : prise en charge chez les étudiants. Paris : INSERM, 2004, 194p. (Expertise collective)
- (8) GAGHAINN SN, FRANÇOIS Y. Substance use. In : Health and health behaviour among young people. WHO Policy series: Health policy for children and adolescents Issues 1.2000, p.97-114
- (9) CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Tobacco use among high school students – Unated States 1997. Morbidity Mortality Weekly Report, 1998,47, p.386-389
- (10) THE 1999 ESPAD REPORT. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries, HIBBELL B, ANDERSON B, AHLSTRSM S, BALAKIREVA O, BJARNSON T, KOKKEVI A, MORGAN M, Eds, the Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), the Pompidou Group of the Council of Europe, Stockholm, 2000
- (11) BECK F, LEGLEYE S, PERETTI-WATEL P. Regards sur la fin de l'adolescence : consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000. Paris : OFDT, 2000, 226p.
- (12) BECK F, LEGLEYE S. Les consommations de produits psychoactifs à la fin de l'adolescence en Limousin : Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2000/2001. Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr>.

- (13) HIBELL B, ANDERSSON B, BJARNASSON T, et al. The Espad report 2003 : alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Eds, the Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), the Pompidou Group of the Council of Europe, Stockholm, 2004
- (14) CHOQUET M, LEDOUX S, HASSLER C, et al. Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999 et évolution 1993-1999. Tendances 2000, 6, p. 1-4
- (15) BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Drogues à l'adolescence : niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France. ESCAPAD 2003. Saint-Denis : OFDT, 2004
- (16) BAUDIER F, JANVRIN MP, ARENES J. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris : CFES 1998
- (17) INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Tabagisme : prise en charge chez les étudiants. Paris : INSERM, 2004. (Expertise collective)
- (18) LANCASTER T, STEAD LF. Self help intervention for smoking cessation (Cochrane Revue). In : The Cochrane Library, Oxford, Updates Software, 2002, 1, p. 1-51
- (19) VELICER WF, PROCHASKA JO, BELLIS JM, et al. An expert system intervention for smoking cessation. Addict behav 1993, 18, p. 269-290
- (20) VELICER WF, PROCHASKA JO, FAVA JL, et al. Interactive versus noninteractive interventions and dose-responds relationships for stage-matched smoking cessation programs in a managed care setting. Health Psychol 1999, 18, p; 21-28
- (21) ETTER JF. A smoking prevention expert system. Rev Med Suisse Romande 1998, 118, p. 515-516
- (22) ETTER JF, PERNEGER TV. Effectivness of a computer-taylorred smoking cessation program : a randomizes trial. Arch Intern Med 2001, 161, p. 2596-2601
- (23) GLYNN TJ, BOYD GM, GRUMAN JC. Essential elements of self-help / minimal intervention strategies for smoking cessation. Health Education Quartely, 1990, 17, p. 329-345
- (24) GLASGOW RE, KLESGES RC, MIZES JS, et al. Quitting smoking : strategies used and variables associated with succes in a stop-smoking contest. J Consult Clin Psychol 1985, 53, p. 905-912
- (25) KORHENEN T, PUSKA P. International Quit and Win : succesfull globa action for smoking cessation. Cent Eur J Public Health 2000, 8, p. 62-64

- (26) FIORE MC, NOVOTNY TE, PIERCE JP, et al. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help ? JAMA 1990, 263, p. 2760-2765
- (27) SANTE CANADA. Programmes de renoncement au tabagisme : répertoire de ressources et de programmes canadiens de renoncement au tabagisme. Mise à jour 2000 [en ligne]. Disponibles sur le site : http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/pdf/inventory_y.pdf
- (28) ERIKSEN MP, GOTTLIEB NH. A review of health impact of smoking control at the work place. Am J Health Promot 1998, 13, p. 83-104
- (29) USDHHS. Brief Clinical Interventions. In : Clinical Practice Guideline. Treating tobacco use and dependants, U.S. Departement of Health and Human Services eds. 2000, p. 25-35
- (30) SLAMA K, KARSENTY ., HIRSCH A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation program for patients. Addiction 1999, 94, p. 125-132
- (31) RICE VH, STEAD LF. Nursing intervention for smoking cessation (Cochrane Revue). In : The Cochrane Library, Oxford, Update Software, 2000, 4, p. 1-14
- (32) AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé). Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac : recommandation de bonne pratique. In : INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Tabagisme : prise en charge chez les étudiants. Paris : INSERM, 2004, 194 p. (Expertise collective)
- (33) WALSH MM, HILTON JF, MASOUREDIS CM, et al. Smokeless Tobacco Cessation Intervention for College Athletes : results after 1 year. Am J Public Health 1999, 89, p. 228-234
- (34) ETTER JF, RONCHI A, PERNEGER TV. Short-term impact of a university based smoke free campaign. J Epidemiol Community Health 1999,53, p.710-715
- (35) HELLMANN R, O'SHEA RM, KUNZ ML, et al. University health service physician intervention with cigarette smokers. J Am Coll Health 1988,37, p.91-93
- (36) NAVARO F, VIALAS C. Aide à l'arrêt du tabac chez les étudiants : l'expérience des universités toulousaines. In : INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Tabagisme : Prise en charge chez les étudiants. Paris : INSERM, 2004, 194 p. (Expertise collective)
- (37) FLINT AJ, NOVOTNY TE. Poverty status and cigarette smoking prevalence and cessation in the United States, 1983-1993, the independent risk of being poor. Tobacco control 1997,6, p.14-18
- (38) MARSH A, MACKAY S. Poor smokers. London: Policy Studies Institute 1994

- (39) JARVIS M. Smoking and health inequalities. Factsheet. ASH London website 2000. p.1-5
- (40) SAMHSA. (U.S. OFFICE OF APPLIED STUDIES). Summary of finding from the 2000 National household survey on drug abuse. Chapitre 4, 2001 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA>
- (41) WILTSHIRE S, BANCROFT A, AMOS A, et al. "They're doing people a service"-qualitative study of smoking, smuggling, and social deprivation. Br Med J 2001, 323, p.203-207
- (42) CHOQUET M, IKSIL B. Jeunes en insertion: enquête CFI-PAQUE (dispositif 16-25 ans). Paris : INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), 1994, Rapport de recherche 1-221. Extraits [en ligne] disponibles sur : http://ifr69.vjf.inserm.fr/~ado472/ENQUETES/CFI_PAQUE/CFI_PAQUE.html
- (43) KUNTZ C, SPYCKERELLE Y, GIORDANELLA JP. Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique proposée à des populations en situation de précarité dans les centres d'examen de santé. In : BEH, 2001, 22-23
- (44) INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Epidémiologie du tabagisme. In : Tabagisme : Prise en charge chez les étudiants. Paris : INSERM, 2004, 194 p.
- (45) INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale). Programmes d'aide à l'arrêt du tabac : méthodes et évaluation de leur efficacité. In : Tabagisme : Prise en charge chez les étudiants. Paris : INSERM, 2004, 194 p.

ANNEXES

GRILLE DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Je suis étudiante en médecine et je fais une étude sur le tabagisme des jeunes de 16 à 25 ans qui fréquentent les missions locales, dans le but de déterminer quel type d'aide on pourrait leur proposer pour arrêter de fumer. Naturellement, vos réponses aux questions que je vais vous poser resteront strictement confidentielles.

1- Quel est votre âge ? _____

2- Vous êtes de sexe :

- masculin
- féminin

3- Actuellement ?

- Vous n'avez jamais fumé
- Vous avez essayé seulement une fois
- Vous avez déjà fumé plusieurs fois
mais vous ne fumez plus maintenant
- Vous fumez de temps en temps
- Vous fumez régulièrement

- Passez à la rubrique non fumeur
- Passez à la rubrique ancien fumeur
- Passez à la rubrique ancien fumeur
- Passez à la rubrique fumeur
- Passez à la rubrique fumeur

NON FUMEUR

4- Pourquoi ne fumez-vous pas ?

ANCIEN FUMEUR

5- Pourquoi avez-vous arrêté de fumer ?

FUMEUR

6- A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? _____

7a- D'habitude, vous fumez en moyenne :

- Pas tous les jours, renseignez question 7b
- 1 à 5 cigarettes par jour
- 6 à 10 cigarettes par jour
- 11 à 20 cigarettes par jour
- Plus de 20 cigarettes par jour

7b- Vous fumez en moyenne par semaine:

- 1 à 5 cigarettes par semaine
- 6 à 10 cigarettes par semaine
- 11 à 20 cigarettes par semaine
- Plus de 20 cigarettes par semaine

7c- Qu'est-ce qui vous plait dans le fait de fumer ?

7d- Qu'est-ce qui vous déplaît dans le fait de fumer ?

8- D'où venaient vos premières cigarettes ?

- Parents
- Copains
- Frères/sœurs
- Achetées avec votre argent de poche ?
- Autre : _____

9- Depuis combien de temps fumez-vous régulièrement ?

- Moins de 3 mois
- 3 à 6 mois
- Plus de 6 mois à 1 an
- Plus de 1 an, précisez : _____

10- Quelqu'un vous a-t-il déjà parlé des effets du tabagisme sur la santé ?

- Oui
- Non

11- Si oui, qui ? _____

12- Citez 3 dangers du tabac sur la santé :

-
-
-

13- (*Pour les sujets de sexe féminin*) Connaissez-vous les dangers de l'association tabac + pilule ?

- Oui
- Non

Si oui, quels sont-ils ?

14- Avez-vous déjà arrêté de fumer ?

- Oui
- Non

Si oui, combien de fois ? _____

Durée de l'arrêt le plus long : _____

15- Aviez-vous utilisé une aide particulière ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ? _____

16- Qu'est-ce qui vous a fait recommencer ?

17- Voulez-vous arrêter de fumer ?

- Oui, dès maintenant
- Oui, mais plus tard
- Non

18- Quel est votre degré de motivation pour arrêter de fumer dès demain (0 à 10) ? _____

19- Que pensent vos proches de votre tabagisme ?

- Indifférence
- Désapprobation
- Valorisation
- Autre : _____

20- Vous soutiendraient-ils si vous arrêtiez de fumer ?

- Oui
- Non

21- Si vous aviez envie d'arrêter de fumer, quelle(s) aide(s) vous paraîtrait utile ?

- Information et conseils
 - sur support papier
 - sur support multimédia
 - séances animées par des professionnels
 - séances animées par vos pairs
- Séances de soutien psychologique individuel
- Séances de soutien psychologique en groupe
- Aide pharmacologique : patch, gommes,

22- Dans quel lieu souhaiteriez-vous qu'elles se situent ?

- Missions locales
- Associations sportives ou de quartier
- Centres d'examen de santé (sécurité sociale)
- Hôpital (consultation tabacologie)
- Maison d'adolescence, points écoute jeunes
- Cabinet du médecin traitant

23- Pensez-vous à autre chose qui puisse vous être utile pour arrêter de fumer ?

24- Consommez-vous d'autres produits ?

- Alcool (régulièrement)
- Cannabis
- Autres

POUR TOUS

25- Votre entourage est-il en majorité :

- Fumeur
- Non fumeur

26- Quel est votre niveau d'étude ?

27- Quelle votre situation professionnelle ?

- Salarié
- Apprenti
- En formation
- Chômeur
- Autre : _____

28- Quelle est votre situation familiale ?

- Célibataire
- En couple
- Avec enfants
- Sans enfant

29- Où habitez-vous ?

- Chez vos parents
- Hébergement autonome
- Hébergement précaire

30- Quelle est votre nationalité ?

- Française
- Etrangère

31- Avez-vous une couverture sociale ?

- Oui
- Non

ORGANISATION DES MISSIONS LOCALES DE LA HAUTE-VIENNE

Elles couvrent l'ensemble du territoire de la Haute-Vienne.

MISSION LOCALE DE L'AGGLOMERATION DE LIMOGES

Permanence centre ville

18 rue Aigueperse
87000 LIMOGES

Antennes de quartier

Val de l'Aurence
31 rue Marcel Vardelle
87100 LIMOGES

87280 LIMOGES

Portes-Ferrées
29 rue des Portes-Ferrées
87000 LIMOGES

Bastide
3 rue Gauguin
87100 LIMOGES

Permanence du Sablard
Centre médico-social, 1 rue Charles Bach
87000 LIMOGES

Beaubreuil
44 rue Rhin et Danube

Permanences Mairies : Condat, Couzeix, Feytiat, Isle, Nieul, Le Palais sur Vienne, Panazol, Nantiat, Rilhac Rancon, Saint Just le Martel.

MISSION LOCALE RURALE DE LA HAUTE VIENNE

Siège à Saint Yriex la Perche
64 Place de la Nation
87500 Saint Yriex la Perche

Antenne de Saint Junien
Cité Administrative Martial Pascaud BP 93
87203 Sait Junien

Antenne de Bellac
2 rue du coq
87300 Bellac

Antenne Relais d'Aixe sur Vienne
7 rue Victor Hugo
87700 Aixe sur Vienne

Permanences : Ambazac, Bessines sur Gartempe, Magnac Laval, Mezieres sur Issoire, Chateauponsac, Le Dorat, Saint Sulpice les Feuilles, Nexon, Pierre Buffière, Saint Germain les Belles, Chateauneuf la Forêt, Eymoutiers, Saint Léonard de Noblat.

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.

RESUME

Les 16-25 ans en insertion, c'est-à-dire non scolarisés et non insérés dans le monde du travail, sont une population mal connue, notamment en ce qui concerne le tabac. Ce travail fait un état des lieux du tabagisme de ces jeunes en France, et des propositions pour la mise en place d'un programme d'aide au sevrage. Il s'appuie sur une revue de la littérature concernant le tabagisme des jeunes scolarisés et non scolarisés, sur les données récentes des Centres d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie montrant une relation entre précarité et tabagisme, et sur une étude qualitative de terrain réalisée auprès de 126 jeunes dans les Missions Locales de la Haute-Vienne, à l'aide d'entretiens semi-directifs. Ces éléments montrent que les jeunes en insertion fument beaucoup plus que leurs pairs scolarisés et sont plus nombreux que ces derniers à exprimer leur désir d'arrêt. Pourtant, contrairement aux jeunes scolarisés, aucune aide spécifique ne leur est proposée. L'étude de terrain permet de penser qu'un programme d'aide au sevrage tabagique est réalisable. Celui-ci devra associer une campagne de sensibilisation et des aides concrètes telles que la gratuité des substituts nicotiniques, des groupes de sevrage, et une prise en charge individuelle pour ceux qui le souhaitent.

MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES

Jeunes, Insertion, Non scolarisés, Tabagisme, Aide au sevrage tabagique.

**UNIVERSITE DE LIMOGES - FACULTE DE MEDECINE,
2 rue de Dr Marcland,
87025 LIMOGES CEDEX**