

**Programme pilote d'aide à la désaccoutumance au  
tabac chez les jeunes :  
étude exploratoire**

***Rapport - Résultats - Recommandations***



*«La dépendance, elle ne me semble pas réelle. Elle n'est qu'illusion. Chaque homme est capable de tout... L'homme se plaît dans cette impression de dépendance, il se sent moins seul»  
Amélie 17 ans*

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>2</b>
<b>AUTEURS DU RAPPORT</b> .....	<b>3</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>3</b>
<b>FINANCEMENT</b> .....	<b>3</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>5</b>
<b>1 INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>2 HISTORIQUE DU PROJET ET MANDAT</b> .....	<b>7</b>
<b>3 REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	<b>8</b>
3.1 LES JEUNES FACE A LA CIGARETTE .....	8
3.2 LES JEUNES ET LES AUTRES SUBSTANCES .....	9
3.3 LA PHASE D’INITIATION CHEZ LE JEUNE .....	9
3.4 LES DEMARCHES D’ARRET.....	10
3.5 L’EFFICACITE DES PROGRAMMES D’AIDE AU SEVRAGE.....	10
3.6 LE CONTENU DES PROGRAMMES .....	11
3.7 L’EVALUATION DE LA DEPENDANCE.....	12
3.8 LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES ET LE BUPROPION .....	12
3.9 RESUME DE L’APPORT BIBLIOGRAPHIQUE.....	13
<b>4 OBJECTIFS DE L’ETUDE</b> .....	<b>14</b>
<b>5 CADRE DE L’ETUDE</b> .....	<b>14</b>
5.1 LA CONSULTATION SANTE JEUNES (CSJ).....	14
5.2 LE SERVICE DE SANTE DE LA JEUNESSE (SSJ) .....	15
5.3 LES ECOLES DE L’ENSEIGNEMENT DU POST-OBLIGATOIRE.....	15
5.4 LE CENTRE D’INFORMATION ET DE PREVENTION DU TABAGISME (CIPRET).....	15
<b>6 METHODES</b> .....	<b>16</b>
6.1 ORGANISATION DE L’ETUDE .....	16
6.2 ENJEUX ÉTHIQUES .....	16
6.3 PHASE INITIALE : EVALUER LA DEMANDE ET LES ATTENTES DES JEUNES ENTRE 16 ET 20 ANS EN MATIERE D’AIDE A LA DESACCOUTUMANCE AU TABAC ET/OU CANNABIS .....	16
6.4 DEUXIEME PHASE : DEVELOPPER ET TESTER UN PROGRAMME SUR UNE POPULATION DE JEUNES QUI ENVISAGENT D’ARRETER DE FUMER .....	18
6.5 GESTION DES DONNÉES ET ANALYSES .....	22
<b>7 RESULTATS</b> .....	<b>23</b>
7.1 LE SONDAGE D’OPINION .....	23
7.2 LES GROUPES DE DISCUSSION .....	42
7.3 L’INTERVENTION.....	49
<b>8 DISCUSSION</b> .....	<b>51</b>
<b>9 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>54</b>
<b>10 BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>57</b>
<b>11 ANNEXES</b> .....	<b>66</b>

## Auteurs du rapport

Le rapport final résulte d'une contribution d'une équipe composée du Dr Françoise Narring, médecin adjoint, responsable de la Consultation santé Jeunes (CSJ) aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), de Evelyne Laszlo, responsable du projet, licenciée en sciences sociales et ayant un post-grade en tabacologie, de Nadia Camparini, psychologue, coordinatrice du projet, du Dr Jean-Paul Humair, médecin-adjoint à la Policlinique de médecine, département de médecine communautaire aux HUG, du Dr Barbara Broers, médecin-adjoint à la Policlinique de Médecine du département de médecine communautaire ainsi que de Léonie Chinet, psychologue ayant développé le protocole initial de ce projet.

## Remerciements

Nous remercions l'ensemble des jeunes qui ont accepté de répondre aux différents questionnaires et qui ont participé aux groupes de discussion.

Nous remercions les directions des différentes écoles ainsi que leurs délégués qui nous ont ouvert leur établissement.

Nous remercions les différents collaborateurs/trices du Service de Santé de la Jeunesse (SSJ) et notamment les infirmières scolaires qui ont apporté leur contribution non seulement à la diffusion du programme, mais également pour le contenu de l'intervention.

Nous remercions Monsieur Paul Bouvier, médecin directeur du SSJ pour sa collaboration.

Nous remercions le Dr Jean-Charles Rielle, médecin directeur du post-obligatoire du SSJ pour sa collaboration.

Nous remercions l'Office fédéral de la santé publique pour leur soutien financier.

## Financement

Ce projet a été financé par le fonds de prévention du tabagisme de l'Office fédéral de la santé publique. Pour plus d'information sur l'ordonnance et sur le fonds de prévention du tabagisme :

[http://www.admin.ch/ch/f/rs/641\\_316/](http://www.admin.ch/ch/f/rs/641_316/) et

[http://www.prevention-tabagisme.ch/Fonds\\_f.html](http://www.prevention-tabagisme.ch/Fonds_f.html)

## Liste des abréviations

CSJ	Consultation santé jeunes (Genève)
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
OFSP	Office fédéral de la santé publique (Berne)
SSJ	Service de santé de la jeunesse (Genève)
CIPRET	Centre d'information et de prévention du tabagisme (Genève)
SGIPA	Société genevoise pour l'intégration professionnelle
CEPTA	Centre d'enseignement professionnel technique et artisanal
ECG	Ecole de culture générale
AT	Association suisse pour la prévention du tabagisme
SRED	Service de recherche en éducation de l'enseignement du post-obligatoire
IB	Intervention brève
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
SMASH	Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (2002)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children

## Résumé

Le tabagisme est un problème prioritaire en santé publique. Les études dans ce domaine tendent à montrer que les risques de développer des maladies et de mourir précocement sont liés à la *durée* et à l'*intensité* de la consommation de tabac. Par ailleurs, la précocité et l'importance du tabagisme augmentent le risque de dépendance à l'âge adulte (O'Loughlin et al., 2003), c'est pourquoi il est important d'aider les jeunes à « penser à arrêter » de fumer dans un premier temps, puis de les aider concrètement à arrêter. En Suisse, plus de la moitié des jeunes fumeurs envisagent d'arrêter de fumer et parmi eux près de 9% ont l'intention de le faire dans les 30 jours, cependant les aides individualisées à l'arrêt leur sont peu voire pas accessibles. Cette progression de la motivation et l'importance d'intervenir précocement sur la consommation de tabac justifient la mise en place de mesures de soutien à la désaccoutumance au tabac ciblées pour les jeunes fumeurs.

Le présent projet vise à développer et évaluer un programme pilote d'aide à l'arrêt du tabac spécifiquement adapté aux adolescents. Les objectifs sont :

- évaluer la *demande* et les *attentes* des jeunes entre 16 et 20 ans en matière d'aide à la désaccoutumance au tabac à l'aide d'un sondage dans les écoles du post-obligatoire et de groupes de discussion
- développer et *tester* la faisabilité d'un programme sur une population de jeunes qui envisagent d'arrêter de fumer.

Les résultats du sondage (n=1527 jeunes, 37% de fumeurs occasionnels ou réguliers) et du groupe de discussion montrent que les jeunes souhaitent généralement arrêter de fumer seul ou avec un(e) ami(e). La volonté est mise en avant pour justifier qu'ils n'ont pas besoin d'aide pour arrêter de fumer. Ils sont peu conscients des mécanismes de la dépendance. Une très grande majorité ont essayé d'arrêter de fumer sans y parvenir et ont donc déjà vécu la rechute. Ce vécu négatif les empêche souvent de réitérer l'expérience. Par ailleurs les jeunes font rarement la démarche pour trouver du soutien « puisque la volonté suffit » ! Il incombe probablement aux professionnels d'aller vers les jeunes, d'explicitier clairement le contenu d'une aide au sevrage et par là-même, de leur donner accès à un soutien spécifique.

Un programme test d'aide à la désaccoutumance au tabac a été proposé à 29 jeunes. Le jeune pouvait y participer gratuitement, seul ou accompagné d'une autre personne (individu). Quatre à cinq séances lui ont été proposées, chacune basée sur une approche cognitivo-comportementale avec prescription de substitut nicotinique si nécessaire. Parmi les 29 jeunes inscrits, seule une minorité est parvenue à suivre plusieurs rendez-vous et à arrêter de fumer (n=3). Le nombre est donc insuffisant pour apporter des conclusions.

Nous avons rencontré d'importantes difficultés à recruter des jeunes pour suivre le programme d'aide à l'arrêt. Il est vraisemblable que plusieurs facteurs ont eu un impact sur la qualité du recrutement. Tout d'abord un laps de temps trop court nous a été attribué pour réaliser l'ensemble du protocole. Ensuite, le manque de temps à disposition des intervenants en contact avec des jeunes pour relayer et donner les informations sur le programme a joué en la défaveur du recrutement. D'autre part, probablement un des facteurs le plus important, les jeunes ne perçoivent pas la nécessité d'une prise en charge pour cette problématique. Peu sensibilisés, ils ignorent quels sont les mécanismes de dépendance et quelles sont les méthodes efficaces pour arrêter de fumer. Peut-être, le fait de participer à un projet pilote d'aide à l'arrêt dans un cadre de recherche a pu être vécu par les jeunes comme une pression supplémentaire qui ne leur laissait pas la possibilité d'échouer.

Ce programme pilote a permis d'établir quelques recommandations à suivre lors de l'élaboration de programme d'aide à la désaccoutumance au tabac (voir chapitre 9). Désormais, il devient impératif de réaliser des études randomisées en Suisse afin de déterminer les meilleures méthodes d'enrôlement dans un programme, l'influence des pairs dans la démarche d'arrêt et l'efficacité de cette approche.

Les jeunes qui ont reçu des informations sur le programme et ceux qui sont venus à la Consultation Santé Jeunes savent désormais qu'il existe un lieu à Genève où ils peuvent être aidés. Depuis de nombreuses années des interventions de prévention primaire essayent de donner les moyens aux jeunes de ne pas commencer à fumer; on y ajoute désormais une intervention de prévention secondaire avec un service aidant les jeunes à arrêter de fumer qui s'inscrit dans un réseau visant à promouvoir le sevrage.

## 1 Introduction

Le tabagisme est un problème prioritaire en santé publique. Les études dans ce domaine montrent que les risques de développer des maladies et de mourir précocement sont liés à la *durée* et à l'*intensité* de la consommation de tabac. Par ailleurs, la précocité et l'importance du tabagisme augmentent le risque de dépendance à l'âge adulte (O'Loughlin et al., 2003); plus la consommation de tabac est précoce et importante, plus la dépendance est forte à l'âge adulte et peut s'accompagner d'autres consommations à risque (Moolchan, 2000).

L'usage du cannabis a tendance à se généraliser au cours de ces 10 dernières années, de même que la précocité de l'accès à une telle substance (SMASH 2002). Un nombre grandissant d'adolescents font une consommation quotidienne de cannabis avec comme conséquences des problèmes scolaires ou professionnels (Lynskey & Hall, 2000), ainsi que la possible transition vers une dépendance avérée à la nicotine.

Ces données soulignent l'importance de proposer aux jeunes un soutien à la désaccoutumance le plus tôt possible (Moolchan, 2000). La lutte contre le tabagisme s'est largement développée en Suisse durant les dernières décennies. Néanmoins, bien que plus de la moitié des jeunes fumeurs envisage d'arrêter un jour de fumer, dont 9% dans les 30 jours, (Keller et al., 2003), les aides individualisées à l'arrêt leur sont peu, voire pas accessibles. De fait, il devient essentiel aujourd'hui de développer des programmes attractifs et adaptés d'aide au sevrage pour les jeunes fumeurs.

## 2 Historique du projet et mandat

En automne 2003, la Consultation Santé Jeunes des HUG a tout d'abord cherché à développer, en collaboration avec le Département de Médecine Communautaire, un projet visant le dépistage de la consommation de substances psychoactives et notamment du cannabis, ainsi que l'intervention précoce dans les structures médicales de premier recours pour adolescents. Or, les tentatives de mise en place d'un projet de ce type ont montré qu'il était prématuré (trop peu de recherches, réceptivité encore insuffisante de la part des structures médicales et du public large, etc.). La mise en place d'un programme d'aide à la désaccoutumance tabagique en collaboration avec la consultation spécifique stop-tabac de la policlinique de médecine est alors apparue comme une première étape, nécessaire et plus réaliste. Il ne s'agit pas d'oublier les autres consommations dont le cannabis et l'alcool qui seront également évaluées, mais le tabac apparaît comme un angle d'approche plus accessible.

En printemps 2004, un protocole présentant un projet pilote d'aide à la désaccoutumance au tabac a été soumis à l'OFSP pour une demande de subvention. Celle-ci a été acceptée en été 2004. La mise en place du protocole a débuté en octobre 2004.

## 3 Revue de la littérature

### 3.1 Les jeunes face à la cigarette

D'après les données épidémiologiques récentes, 26,5% des garçons et 25% des filles âgés de 15-16 ans fument régulièrement, soit un sur quatre. Les fumeurs de cette tranche d'âge ont commencé à fumer relativement jeunes, soit en moyenne entre 12 et 13 ans (ISPA, 2003). L'initiation précoce prédit une plus forte dépendance, une plus faible capacité à cesser de fumer et un risque plus élevé de maladies et d'hospitalisation (Lando et al., 1999). Par ailleurs, la dépendance à la cigarette se développe étonnamment vite, même parmi les adolescents qui ne sont pas encore de gros fumeurs (O'Loughlin et al., 2003).

Les jeunes sont une cible privilégiée de la publicité pour le tabac, comme en témoignent les documents secrets des cigarettiers rendus public depuis une dizaine d'années. La vulnérabilité des jeunes face au tabac incite en contrepartie à prendre des mesures politiques spécifiques en matière de lutte contre le tabagisme. Ainsi, l'augmentation du prix des cigarettes a un impact particulièrement important sur les jeunes consommateurs dont les ressources financières sont limitées. Une étude lausannoise a démontré qu'une augmentation de 10% du prix du paquet de cigarettes entraîne une diminution de 7 à 8% de la consommation chez les jeunes (Holly, 1999).

La forme et le contenu des campagnes publicitaires tendent également à cibler les jeunes (Dubois & Tramier, 2003), raison pour laquelle les mesures visant à les limiter, voire les interdire, contribuent à prévenir le début du tabagisme (OFSP, 2003). A cet égard, un des principaux messages véhiculés par la publicité pour le tabac qui prône que fumer est un comportement réservé aux adultes, fait écho à la vulnérabilité spécifique des jeunes. En effet, le passage de l'enfance à l'âge adulte ne se fait pas sans une remise en question profonde des bases identitaires. Les changements liés à l'arrivée de la puberté confrontent le jeune à la nécessité de quitter son statut d'enfant dépendant de ses parents pour acquérir une identité en tant qu'individu à part entière. Ce processus de construction identitaire ne va pas sans une fragilisation, qui explique l'influence particulière du groupe des pairs et des modèles de comportement adultes à ce moment du développement (Ladame, 2003). Ainsi, l'amalgame que proposent les messages publicitaires entre fumer et être adulte s'avèrent particulièrement efficace face à des jeunes en quête d'identité. De même, l'exposition des adolescents aux scènes cinématographiques incluant une consommation de cigarettes est associée de façon dose-dépendante à l'initiation au tabac (Dalton et coll, 2003).

D'autre part, l'étendue du tabagisme dans l'entourage proche est nettement liée à la présence et l'importance du comportement tabagique chez les adolescents. Les jeunes qui fument ont plus souvent que les autres, et en plus grand nombre, des copains, des frères et sœurs et des parents fumeurs (Keller et al., 2003 ; Vink, 2003). En corollaire, les adolescents qui diminuent ou arrêtent la cigarette ont moins d'amis qui fument et sont également moins exposés à la fumée dans leur entourage familial (Santé Canada, 2000 ; Benuck et al., 2001). Les problèmes au sein des familles (abus verbal, abus physique, utilisation de substances illicites, séparation ou divorce des parents, incarcération d'un membre de la famille etc..) jouent un rôle prépondérant dans l'initiation au tabac (Anda et coll. ,1999).

Par ailleurs, les adolescents tendent à surestimer le nombre de jeunes qui fument dans leur entourage (OFSP, 2001 ; Keller et al., 2003). Cette perception erronée de la norme montre l'impact dominant de la publicité pour le tabac au détriment des informations objectives dans cette population particulièrement influençable.

### ***3.2 Les jeunes et les autres substances***

Il existe peu d'études publiées investiguant les relations entre l'évolution du tabagisme et la consommation d'autres substances induisant une dépendance. Cependant, l'expérience pratique dans le domaine de la médecine des addictions montre qu'il existe, lors de la phase de sevrage d'une substance, une consommation compensatoire d'autres substances.

En ce qui concerne l'évolution du tabagisme dans le contexte développemental de l'adolescence, quelques études suggèrent une hypothèse bidirectionnelle, à savoir que la diminution du tabagisme peut induire l'émergence ou l'augmentation de la consommation d'autres substances par un phénomène compensatoire, ou qu'à l'inverse elle pourrait bloquer la chronicisation de ce type de comportement (Amos et al., 2004 ; Ford et al., 2002; McCambridge & Strang, 2004). En tous les cas, il paraît essentiel de s'inscrire dans une approche intégrative qui prenne en considération l'ensemble des consommations de substances addictives (Humfleet & Haas, 2004).

### ***3.3 La phase d'initiation chez le jeune***

Les études montrent que des difficultés personnelles telles que l'anxiété, la dépression et une faible estime de soi sont des facteurs de risque d'initiation du tabagisme (Donovan, 2000). Ainsi, l'image de bien-être prônée dans la publicité pour le tabac semble particulièrement efficace pour amener les jeunes à commencer à fumer puis pour renforcer ce comportement. En effet, la perspective d'être « mieux dans sa tête » lorsqu'on fume, moins stressé, plus indépendant, moins seul et « mieux dans son corps », moins grosse pour les filles, est tout à fait attractif pour eux.

### **3.4 Les démarches d'arrêt**

Les enquêtes menées auprès des fumeurs adultes montrent que la majorité désire arrêter de fumer dans un avenir plus ou moins proche. C'est aussi le cas chez les jeunes fumeurs, parmi lesquels 52% des fumeurs envisagent d'arrêter, dont 9% projettent de le faire dans les 30 prochains jours (Keller et al., 2003). Cependant, ce projet est loin d'être réalisé par bon nombre de jeunes fumeurs, dont un sur cinq évoque l'incapacité à arriver à arrêter comme raison de fumer (ISPA, 2003). Ils ne perçoivent pas de la même manière que l'adulte les risques du tabagisme et ne sont pas toujours conscients du rôle prépondérant que joue la dépendance dans la difficulté du sevrage.(Prokhorov, 2001) Généralement, ils ignorent où ils peuvent trouver de l'aide et font rarement une démarche pour trouver du soutien (Grimshaw G. et al., 2003). Selon une étude récente (Leatherdale et Mc Donald, 2005), dans la plupart des cas, ils entreprennent la démarche seuls (85%) ou avec l'aide des proches, des amis (32%). Le médecin (12%), l'information à l'école (7%), l'Internet (5%), la documentation (5%) ne semblent pas susciter un intérêt élevé chez les jeunes qui souhaitent arrêter de fumer

En ce qui concerne l'arrêt du tabac, la dépendance nicotinique, le syndrome de sevrage et le processus d'arrêt par stades de motivation semblent être relativement semblables chez les jeunes et chez les adultes. Les performances cognitives se détériorent de la même manière dans les deux groupes d'individus pendant les périodes d'abstinence (Pbert et coll., 2003).

### **3.5 L'efficacité des programmes d'aide au sevrage**

Les études cliniques sur les programmes d'aide à l'arrêt du tabac chez les jeunes ne démontrent qu'une efficacité limitée, surtout à long terme, en raison notamment de la difficulté à recruter et à suivre cette population (Garrison et al., 2003). De manière générale, ces études, peu nombreuses, présentent beaucoup de limitations : rarement contrôlées et/ou randomisées, portant sur de petits échantillons, une méthodologie de qualité faible à moyenne et un suivi à court terme (Backinger 2003). Il est à noter que l'offre de soutien à la désaccoutumance tabagique pour les adolescents est encore relativement restreinte, et que si l'investigation du tabagisme tend à se généraliser dans le cadre des consultations médicales pour adolescents, elle ne débouche que très rarement sur une proposition de traitement ou sur un suivi (Klein et al., 2001 ; Pbert et al., 2003).

Maule et collègues (2003) relèvent la difficulté de concilier les contraintes méthodologiques et la réalité clinique pour ce groupe spécifique, et soulignent l'importance de pouvoir se référer à des lignes directrices dans la pratique clinique. Une revue des interventions d'arrêt du tabac chez les adolescents avec comparaison à un groupe contrôle a montré un taux d'arrêt moyen au-delà de trois mois de 12% contre 7% dans les interventions contrôlées (Sussman et al., 1999).

Les taux d'arrêt les plus élevés ont été observés dans les programmes scolaires (17%) et les systèmes experts informatiques (13%). Dans les interventions en milieu scolaire, des séances à contenu psycho-éducatif en classe ont permis d'obtenir des taux d'arrêt significativement plus élevés (17% à trois mois et 22% à cinq mois) (Sussman et al., 2001 ; Dino et al., 2001). Une étude randomisée suisse a montré qu'un système expert informatique était particulièrement efficace chez les adolescents de 15 à 19 ans (taux d'arrêt à six mois de 15% versus 4%) par rapport aux adultes (6% versus 2%) (Etter & Perneger, 2001). Par contre, il n'existe aucune étude ayant testé l'efficacité d'une intervention brève du clinicien en médecine de premier recours. Quelques études contrôlées n'ont pas montré l'efficacité des consultations spécifiques pour l'arrêt du tabac dans diverses populations d'adolescents.

### **3.6 Le contenu des programmes**

En ce qui concerne le contenu de ces programmes, l'approche cognitivo-comportementale est généralement recommandée, du moins tant que des approches plus spécifiques pour les adolescents n'auront pas fait leurs preuves. Ces derniers doivent mettre l'accent sur les méthodes pour préparer l'arrêt et les stratégies pour éviter la rechute (McDonald et al., 2003 ; Milton et al., 2003). De manière générale, le recours à des stratégies comportementales alternatives semble jouer un rôle important dans l'arrêt du tabac chez les jeunes (Pallonen, 1998 ; Patten et al., 2001). Sussmann et al. (2002) mettent en évidence le fait que les programmes qui ont davantage d'impact sont ceux qui mettent l'accent sur le renforcement de la motivation, qui se déroulent dans les classes et qui promettent une récompense.

L'influence des pairs constitue également une composante spécifique de l'arrêt du tabac chez les jeunes, et plusieurs auteurs relèvent l'importance de la prendre en considération dans les programmes d'aide à la désaccoutumance qui leur sont adressés, notamment en ce qui concerne le type d'activités partagées et plus généralement les sous-cultures de groupes (Bonard et al., 2001 ; Moolchan, 2000 ; Patten et al., 2001). Moolchan (2000) souligne par ailleurs le rôle social que joue la cigarette dans la vie et l'image de soi des adolescents, et propose d'utiliser les groupes de discussion pour aborder cette question.

En ce qui concerne le choix des méthodes, l'entretien motivationnel, largement utilisé avec les adultes, semble également une technique utile avec les adolescents, chez qui un nombre limité de séances (cinq séances versus douze) semble garantir une efficacité satisfaisante pour un meilleur taux de rétention dans le programme (Baer & Peterson, 2002).

D'autre part, le recours à des programmes sur ordinateur – soit pour dispenser des informations de bases, soit comme complément à un traitement individuel ou pharmacologique - semble bien répondre aux caractéristiques à privilégier selon les adolescents, à savoir le non jugement, la confidentialité et le contrôle personnel sur la décision d'arrêter ; cette technique garantit par ailleurs un très bon rapport coût-efficacité (Vuckovic et al., 2003 ; Etter, 2002).

### **3.7 L'évaluation de la dépendance**

L'évaluation du degré de dépendance au tabac permet de déterminer s'il y a une nécessité ou non de prescrire un traitement à base de substituts nicotiques ou de bupropion. Certains instruments validés ont été développés spécifiquement pour l'adolescent et permettent d'obtenir des scores sur une échelle de dépendance. Ainsi Prokhorov et al. (1996) proposent une adaptation du test de Fagerström pour les adolescents (voir le FTQ en annexe 11.1) alors que DiFranza et al. (2002) ont développé un questionnaire de 10 items évaluant la dépendance nicotinique chez les jeunes (voir le HONC ; Hooked On Nicotine Checklist en annexe 11. 2).

### **3.8 Les substituts nicotiques et le bupropion**

Il existe peu d'études cliniques contrôlées effectuées chez les adolescents sur le recours aux substituts nicotiques et au bupropion, deux traitements pharmacologiques démontrés efficaces chez l'adulte. A ce jour les résultats sont contradictoires. Le traitement au moyen de patchs transdermiques, qui a été le plus expérimenté chez les adolescents, ne semble pas contre-indiqué pour cette population, bien que la grande variabilité observée dans la motivation à arrêter chez les jeunes puisse contribuer à diminuer l'efficacité de ce type de traitement (Smith et al., 1996 ; West et al., 2000). Quelques études n'ont pas trouvé d'effet positif du patch ni pour contrer les symptômes subjectifs de manque tels que l'angoisse ou le besoin urgent de consommer, ni pour augmenter le taux d'abstinence dans un traitement conjoint avec une intervention comportementale minimale (Killen et al., 2001 ; Hurt et al., 2000). Une étude relève une diminution du « craving » chez les adolescents recevant le patch comparés à un groupe placebo, bien que l'abstinence ne diffère pas entre ces deux groupes à sept et trente jours (Hanson et al., 2003). Dans un essai randomisé placebo, Moolchan et al. (2005) ont démontré une efficacité de l'utilisation des patchs (18%), des gommes (6.5%) par rapport au placebo (2.5%). Le traitement a par ailleurs été associé à une thérapie cognitivo-comportementale et à un suivi 3 mois après l'arrêt du traitement. Les revues de la littérature à ce sujet soulignent cependant le manque d'études satisfaisantes du point de vue méthodologique pour permettre de se prononcer sur l'efficacité de ces traitements chez les adolescents. Dans leurs recommandations, les groupes d'experts proposent d'identifier systématiquement le tabagisme chez les jeunes et de les conseiller en adaptant les stratégies utilisées chez l'adulte notamment selon le degré de dépendance (Hopkins et al., 2001).

### **3.9 Résumé de l'apport bibliographique**

En Suisse, plus de la moitié des jeunes fumeurs envisagent d'arrêter de fumer et parmi eux 9% ont l'intention de le faire dans les 30 jours. Les jeunes ne perçoivent pas de la même manière que l'adulte les risques du tabagisme et ne sont pas toujours conscients du rôle prépondérant que joue la dépendance dans la difficulté du sevrage : dans la plupart des cas, ils entreprendront la démarche seuls. De plus, les aides individualisées à l'arrêt ne leur sont peu voire pas accessibles.

Bien que leur motivation à arrêter de fumer soit généralement plus faible et plus fluctuante que celle des adultes, l'importance d'intervenir précocement sur la consommation de tabac et de faire progresser la motivation à arrêter chez tous les fumeurs justifient la mise en place de mesures de soutien à la désaccoutumance au tabac ciblées pour les jeunes fumeurs. Par ailleurs, les connaissances scientifiques accumulées dans ce domaine montrent qu'il est essentiel de développer des programmes de désaccoutumance ciblés pour les jeunes fumeurs, et de les formater de façon à les rendre attractifs et adaptés pour cette population particulière.

Une des principales limites fréquemment décrite est la difficulté à enrôler les jeunes qui souhaitent arrêter de fumer dans ce type de programme. A ce jour, trop peu d'études **randomisées** sur les méthodes de recrutement et sur l'efficacité des programmes de sevrage chez les jeunes ont été réalisées à l'échelle internationale et les résultats sont contradictoires. Il serait judicieux d'étudier la spécificité suisse éventuelle par un essai randomisé.

## 4 Objectifs de l'étude

Le présent projet vise à développer et évaluer **un programme pilote** d'aide à l'arrêt du tabac qui soit spécifiquement adapté aux adolescents, et qui s'ajuste à l'offre déjà présente en matière de prévention et de traitement à travers une collaboration étroite avec les structures actives dans ce domaine (SSJ, écoles, hôpitaux, médecins, CIPRET).

Dans cette perspective, il est prévu d'évaluer l'attractivité d'un tel programme en fonction de divers paramètres : **la nécessité, l'accessibilité, la faisabilité, le soutien individuel par rapport au soutien en groupe, l'aide médicamenteuse.**

Il s'agit avant tout d'une démarche exploratoire dont les **objectifs spécifiques** sont :

- évaluer la *demande* et les *attentes* des jeunes entre 16 et 20 ans en matière d'aide à la désaccoutumance au tabac,
- développer et *tester* la faisabilité d'un programme sur une population de jeunes qui envisagent d'arrêter de fumer.

A moyen terme, l'objectif du projet est de constituer une étape préliminaire d'un essai clinique randomisé et contrôlé visant l'évaluation de l'efficacité et l'implantation proprement dite d'un programme de désaccoutumance adapté pour les adolescents pour autant que le besoin et la faisabilité puissent être démontrées.

## 5 Cadre de l'étude

### 5.1 La consultation santé jeunes (CSJ)

Fruit d'une collaboration transversale, la CSJ propose un lieu de consultation pour les adolescents et jeunes adultes de 16 à 20 ans. Fonctionnant comme service de santé primaire (« primary care »), la CSJ offre des soins interdisciplinaires et coordonnés grâce à un important travail de réseau avec les services et institutions existantes. Elle est rattachée au Département de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Cinq départements – gynécologie et obstétrique, médecine communautaire, médecine interne, pédiatrie, et psychiatrie – y sont présents et travaillent en réseau avec les écoles, les foyers, les services sociaux et les autres spécialistes des services de santé. La CSJ assure les prestations suivantes :

- entretiens médicaux, psychologiques ou infirmiers,
- entretiens de motivation (substances, poids, habitudes de vie)
- activités de formation et de recherche dans le domaine de la santé des adolescents.

## **5.2 Le service de santé de la jeunesse (SSJ)**

Le SSJ est rattaché au Département de l'instruction publique, dans le cadre de l'Office de la jeunesse, qui regroupe tout un ensemble de services sociaux et médicaux pour la protection des jeunes et la promotion des droits de la jeunesse. Sa mission est de

- promouvoir la santé physique, psychique et sociale,
- protéger la santé et le développement contre des menaces à l'intégrité et au bien-être,
- prévenir les atteintes à la santé et limiter les conséquences sanitaires et sociales des maladies chroniques et handicaps.

Le SSJ réunit plusieurs équipes d'infirmières de santé publique, des éducateurs-trices à la santé, des médecins spécialisés en pédiatrie et en santé publique, des psychologues, des diététiciennes et un ensemble de personnel administratif. Ces personnes spécialisées travaillent principalement dans les écoles publiques et privées, les crèches, les institutions pour la jeunesse, les lieux d'apprentissages, mais aussi auprès du grand public.

## **5.3 Les écoles de l'enseignement du post-obligatoire**

A la suite du cycle d'orientation, les écoles de **l'enseignement secondaire** post-obligatoire offrent aux élèves la possibilité de poursuivre leur formation dans **la filière gymnasiale** (collège), la **filière professionnelle** et la **filière école de culture générale** (ECG). Dans le cadre de ces formations, les élèves acquièrent les connaissances et les compétences qui leur donneront accès aux hautes écoles et aux écoles supérieures ou leur permettront d'exercer une activité professionnelle. Pour les élèves qui ont des difficultés à choisir une formation, il existe des structures d'accueil, d'insertion et d'orientation.

## **5.4 Le centre d'information et de prévention du tabagisme (CIPRET)**

Le CIPRET est une association subventionnée par le Département de la Santé du Canton de Genève, dont le rôle est d'informer la population genevoise sur le tabagisme, d'élaborer des actions de prévention du tabagisme sur le territoire genevois et de faire le lien avec les autres organismes luttant contre le tabagisme, au niveau cantonal, intercantonal, fédéral, national et international. Les activités comprennent :

- campagnes ciblées : jeunes, tabagisme passif, entreprises et lieux publics, tout public
- parrainage de manifestations sportives et culturelles
- interventions auprès des pouvoirs publics, de la justice et des médias sur des questions concernant le tabagisme et sa prévention
- interventions dans les entreprises, institutions et associations pour les aider à limiter ou supprimer l'exposition à la fumée passive

En milieu scolaire, le CIPRET intervient essentiellement sur demande des éducateurs/trices pour la santé et des infirmières du Service de santé de la jeunesse ou des conseillers sociaux des différents établissements (qui agissent également de concert avec le SSJ).

## **6 Méthodes**

### **6.1 Organisation de l'étude**

Le déroulement de l'étude s'est opéré en deux phases. La phase initiale, qui consistait en l'évaluation des besoins, a duré d'octobre 2004 à février 2005. Dans un premier temps, un questionnaire a été soumis à 1527 jeunes. Dans un deuxième temps, 2 groupes de discussion ont été réalisés auprès d'un public cible afin d'approfondir les résultats du questionnaire.

La deuxième phase, qui consistait à pré-tester un programme pilote d'aide à la désaccoutumance auprès de 30 jeunes (répartis dans 3 groupes différents) a débuté en avril et s'est terminée en octobre 2005.

### **6.2 Enjeux éthiques**

Les enjeux éthiques de cette recherche ont fait l'objet d'une demande auprès de différents experts de deux commissions d'éthiques. En mai 2004, le protocole a été soumis et accepté par le Comité départemental d'éthique de médecine des HUG et le Service de recherche en éducation (SRED) de l'enseignement du post-obligatoire. L'anonymat des réponses est garanti par l'absence de toute identification sur les différents formulaires. Les participants au sondage étaient libres de ne pas répondre à tout ou à une partie du questionnaire. Ceux qui ont participé aux groupes de discussion n'ont été identifiés que par leur âge et les initiales de leur prénom. Une autorisation parentale n'a pas été nécessaire étant donné que les sujets étaient âgés de 16 ans et plus.

### **6.3 Phase initiale : évaluer la demande et les attentes des jeunes entre 16 et 20 ans en matière d'aide à la désaccoutumance au tabac et/ou cannabis**

#### **6.3.1 Sondage d'opinion et méthode d'échantillonnage**

Dans le but d'évaluer la demande et les attentes des jeunes entre 16 et 20 ans en matière d'aide à la désaccoutumance au tabac, un questionnaire destiné aux adolescents a été élaboré (voir annexe 11.3). Pour ce faire, nous nous sommes inspirés d'une revue de la littérature scientifique et des différents questionnaires répertoriés, ainsi que des recommandations apportées par un groupe d'experts. Ce questionnaire a été pré-testé auprès de quelques jeunes.

Les questions portent sur certains aspects socio-démographiques (3 questions), sur la consommation et les comportements du tabac, du cannabis et de l'alcool (8 questions), sur les critères d'aide à la désaccoutumance selon le jeune (thèmes dont il faut parler, temps à disposition, méthodes, lieux d'intervention, besoins, 8 questions), sur la nécessité d'élaborer un programme (2 questions).

Des contacts ont été pris avec les collaborateurs du service de santé de la jeunesse (SSJ) et des rencontres ont été organisées avec les directeurs, directeurs-adjoints, responsables de groupe-conseil en santé de diverses écoles du canton afin de présenter notre projet et de créer des synergies.

Dès la mi-novembre et ce jusqu'à fin décembre, les questionnaires ont été distribués auprès des élèves de différents établissements de l'enseignement post-obligatoire. Dans une école, les questionnaires ont été distribués à l'ensemble des élèves lors d'une journée « santé » de l'établissement. Quelques questionnaires ont été récoltés à la consultation santé jeunes (HUG) et sur internet. Le projet initial prévoyait la passation de 200 questionnaires, mais à la demande des directions d'établissements, nous avons recueilli 1527 questionnaires et ce en deux mois.

Les jeunes interrogés ont entre 14 et 20 ans. La moyenne d'âge est de 17 ans, le nombre de garçons (48.8%) est légèrement inférieur au nombre de filles (51.2%). La majeure partie des jeunes interrogés sont issus de **l'école** (77%). La répartition des écoles est variée mais **non représentative** des différentes filières de scolarité, avec notamment un collège ayant un taux de participation élevé :

Filières	Nombres de questionnaires
Collège/école de commerce Nicolas-Bouvier	313
Collège Calvin	698
ECG Jean-Piaget et ECG Henry- Dunant	149
la SGIPA formation pré-professionnelle	151
le CEPTA	169
Consultation santé jeunes	9
Internet	38
<b>Total</b>	<b>1527</b>

### **6.3.2 Organisation des groupes de discussion**

Durant le mois de février 2005, nous avons réuni deux des trois groupes de discussion envisagés avec des jeunes entre 16 et 20 remplissant des critères de participation bien précis. Afin d'explicitier ces critères et les objectifs de ces groupes de discussion, un dépliant a été distribué aux jeunes intéressés.

*Le premier groupe* était composé de jeunes qui fumaient depuis au moins 6 mois et envisageaient d'arrêter de fumer.

*Le second groupe* réunissait des jeunes qui fumaient au moins 20 cigarettes par jour et consommaient également d'autres substances (cannabis, alcool).

Les jeunes recrutés sont issus d'une filière de formation pré-professionnelle (SGIPA). Leur recrutement s'est fait par l'intermédiaire des enseignants avec le soutien de la direction. Un dédommagement de 20 Frs (bon pour livres) a été offert à tous les jeunes.

Les groupes de discussion ont eu lieu à la maison de quartier de Plainpalais, 1 rue de la Tour, à Genève et ont été animés par une psychologue et une tabacologue. Des observateurs ont participé aux discussions ; un médecin spécialiste en médecine de l'addiction des HUG a été présent lors du premier groupe, alors qu'un médecin de la consultation de désaccoutumance au tabac des HUG a assisté au deuxième groupe..

Les questions discutées avec les jeunes (voir annexe 11.4) se voulaient ouvertes et très larges afin de ne pas influencer la réflexion. Ces questions avaient été formulées en tenant compte des résultats du questionnaire et ont permis de les approfondir. Elles leur ont été présentées sous forme de diaporama.

En début de séance il a été demandé aux jeunes de respecter le discours des autres participants. Il leur a également été précisé qu'aucun nom ne serait utilisé lors de la retranscription des enregistrements et que la discrétion leur était assurée.

## ***6.4 Deuxième phase : développer et tester un programme sur une population de jeunes qui envisagent d'arrêter de fumer***

### **6.4.1 Protocole d'intervention**

Le programme pilote d'aide à l'arrêt (voir annexe 11.5) est composé de cinq séances (sixième séance facultative) échelonnées sur une durée de trois mois. Les adolescents participant au programme choisissent une des deux modalités possible d'aide à l'arrêt : l'une en **groupe** et l'autre **individuelle, voire à deux**. Les consultations individuelles ou à deux, appelées aussi consultations « individuo », sont proposées par des médecins de la Consultation Santé Jeunes,

formés à la prise en charge de patients souhaitant arrêter de fumer (formation « Vivre sans tabac » de la Ligue Pulmonaire Suisse). Les séances de groupe sont animées par une tabacologue et une psychologue formée à la prise en charge de patients souhaitant arrêter de fumer. L'intervention est composée d'une à deux consultations pré-arrêt et de quatre consultations post arrêt, quelle que soit la modalité d'aide. Concrètement, la première consultation pré-arrêt a lieu au temps zéro (T0), une seconde consultation pré-arrêt peut avoir lieu 1 à 2 semaines après (facultative) (T0'). Quant aux consultations post-arrêt, elles surviennent 1 semaine (T1), 2 semaines (T2), 4 semaines (T3) et 6 semaines (T4) après l'arrêt. Le contenu des séances se base d'une part, sur les approches motivationnelles et cognitivo-comportementales, et d'autre part, sur un contenu élaboré de façon à répondre plus particulièrement aux besoins spécifiques des adolescents à chaque étape du processus d'arrêt. Pour les participants qui présentent une dépendance avérée à la nicotine et qui sont fortement motivés à arrêter, le médecin peut proposer le recours à un substitut nicotinique de leur choix (Hanson et al., 2003 ; Hurt et al., 2000). Les participants recevant un substitut nicotinique indiquent à chaque séance dans quelle mesure ils ont suivi la prescription. Toutes les séances et les éventuels traitements médicamenteux sont offerts **gratuitement**.

#### **6.4.2 Critères d'inclusion**

L'aide à l'arrêt est proposée aux jeunes âgés entre 15 et 20 ans qui fument régulièrement (au moins une cigarette par jour depuis au moins six mois) et qui envisagent d'arrêter de fumer dans les **30 jours**.

#### **6.4.3 Méthode de recrutement**

Le recrutement s'est fait de manière active par des rencontres avec des jeunes et des professionnels, et de manière passive par la distribution de dépliants et le placardage d'affiches.

##### ***Méthode active***

Nous avons rencontré des jeunes dans le cadre de groupes de discussion et lors de l'animation d'ateliers « santé » sur le thème du tabac dans les ECG Henri-Dunant et Jean Piaget. A la fin de chaque intervention, nous avons fait circuler une liste où les jeunes intéressés à recevoir une information sur le programme d'aide à la désaccoutumance au tabac ont laissé leurs coordonnées. Une fois établi le contenu des séances, nous les avons contactés par téléphone et leur avons proposé une aide à l'arrêt, individuelle, à deux ou en groupe. Des rendez-vous ont été fixés avec les jeunes intéressés, une confirmation du rendez-vous leur a été envoyée par SMS ou par courrier.

### ***Méthode passive***

Nous avons remis 50 dépliants et 20 petites affiches aux infirmières scolaires du SSJ et aux membres du groupe santé des écoles du post-obligatoire au cours d'une séance de présentation du projet. Nous avons transmis 30 dépliants et 5 affiches au secrétariat d'une école pré-professionnelle (SGIPA) qui les a fait distribuer par les enseignants dans les classes. Nous avons également mis des affiches à l'ECG Henri-Dunant et laissé des dépliants. D'autres dépliants et affiches ont été fournis au collège Calvin. Cependant pour des raisons internes, indépendantes du projet, ces dépliants n'ont pas été distribués aux élèves. Pour terminer nous avons placardé deux affiches à la consultation Santé Jeunes.

#### **6.4.4 Choix des questionnaires**

Deux temps de mesure étaient prévus, au début et à la fin du programme en présence des intervenants qui étaient disponibles pour répondre aux questions des participants. Le protocole comprenait six auto-questionnaires mesurant

1. la dépendance au tabac,
2. la consommation de tabac dans l'entourage familial et social,
3. la consommation problématique d'autres substances psychoactives,
4. le stade de motivation au changement,
5. les tentations de fumer,
6. ainsi que des questions générales sur les données sociodémographiques.

Le remplissage des questionnaires durait 25 à 40 minutes et était complété par une mesure du CO expiré évaluant la consommation récente de tabac.

- Le **FTND** (Fagerström Test for Nicotine Dependence, Heatherton et al., 1991) est un auto-questionnaire largement utilisé en recherche et en clinique. Il est composé de six questions sur la consommation de cigarettes et les habitudes associées qui mesurent la dépendance à la nicotine. Le FTND a fait l'objet d'une traduction et d'une étude de validation rigoureuse en français (Etter et al., 1999).
- Le **Questionnaire sur la consommation de tabac** (tiré de O'Loughlin et al., 2003) : ce questionnaire mesure l'âge du début de la consommation, la consommation actuelle, les variations importantes (pics de consommation), les tentatives d'arrêt et les méthodes utilisées, ainsi que des questions sur la consommation de tabac chez les membres de la famille et les pairs et les attitudes parentales vis-à-vis de la consommation de tabac. Les questions générales sur les données socio-démographiques seront également tirées de cet instrument.

- La **DEP-ADO** (Grille de Dépistage de Consommation Problématique pour Adolescents, Guyon et al., 2000) a été développé par le RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives) au Québec. Il s'agit d'un questionnaire comprenant huit questions concernant la consommation de tabac, d'alcool et de drogues ainsi que les problèmes associés. Cet instrument fournit une information objective sur les quantités consommées et la fréquence de consommation, l'âge de début de la consommation ainsi que certains comportements à risque liés à la consommation (prise par voie intraveineuse).
- Le **stade de changement** est mesuré au moyen des trois questions proposées par Pallonen et collègues (1998) évaluant le degré de préparation à arrêter de fumer des adolescents qui fument régulièrement. Ces questions se référant à l'intervalle de temps prévu avant l'arrêt et celui séparant de la dernière tentative d'arrêt, permettent de classer les adolescents fumeurs dans les stades de « pré-contemplation », de « contemplation » ou de « préparation ».
- Le questionnaire sur les **tentations de fumer** développé par Velicer et collègues (1990) a été adapté pour l'utilisation avec les adolescents (Pallonen, 1998) ; certains auteurs ont par ailleurs proposé de prendre en considération les préoccupations liées à la prise pondérale (Plummer et al., 2001). La version complète de l'instrument comporte 14 assertions décrivant des situations dans lesquelles la tentation de fumer est généralement très forte. Les items sont cotés sur des échelles de Likert allant de 1 (=pas du tout tenté(e)) à 5 (=extrêmement tenté(e)). Ils sont regroupés en quatre dimensions, à savoir les situations sociales positives, les situations liées à des émotions négatives, le poids des habitudes et le contrôle pondéral.
- Le test du monoxyde de carbone expiré (**CO Test**) est une mesure permettant de contrôler la consommation de tabac récente rapportée par les fumeurs. Une valeur de CO supérieure ou égale à 10 ppm correspond à un tabagisme actif alors qu'une valeur inférieure correspond à une abstinence de tabac ou une exposition à la fumée passive. L'utilisation de cette méthode peut en outre constituer un moyen de soutenir le travail de motivation à arrêter de fumer.

### **6.4.5 Kit d'information destiné au jeune**

Afin de compléter l'information donnée par le spécialiste lors de la consultation et de permettre au jeune une démarche personnalisée, nous avons réuni un certain nombre de documents dans un kit qui était donné aux participants lors de la première consultation. Ainsi le jeune y a trouvé :

- une brochure d'information générale sur l'arrêt du tabac
- un « journal perso » qui permet au jeune fumeur de faire le point sur sa consommation et ses circonstances selon des critères d'évaluation précis (voir annexe 11.6)
- un dépliant « arrêter de fumer : ce qui peut m'aider » qui présente les 10 meilleures recommandations dans une démarche d'arrêt, avec des exemples de stratégies de diversion à l'envie de fumer (voir annexe 11.7)
- un dépliant d'information sur le cannabis
- des adresses : [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch) et [www.nuitgrave.ch](http://www.nuitgrave.ch)
- stylos et autocollants.

## **6.5 Gestion des données et analyses**

### **6.5.1 Le sondage d'opinion**

Les questionnaires, auto-administrés, ont fait l'objet d'une double saisie par des opérateurs spécialisés auprès de Data Conversion Services SA, pour l'ensemble des questions fermées, assurant ainsi un taux d'erreur de saisie extrêmement faible. Les questions ouvertes ont été saisies au sein de la Consultation Santé Jeunes par un stagiaire et d'autres professionnels. La phase de nettoyage des données a permis un re-codage des questions ouvertes, permettant ainsi de créer des catégories d'items.

L'analyse des questions fermées a été effectuée avec le programme statistique SPSS. L'analyse des réponses aux questions ouvertes a été effectuée par le comptage de mots-clés recueillis à la lecture du texte. Ces mots-clés ont ensuite été regroupés en catégories.

### **6.5.2 Les groupes de discussion**

Les discussions ont été enregistrées et retranscrites. Les notes des intervenants et des observateurs ont permis de compléter les retranscriptions. L'analyse de ces écrits a permis de faire surgir des thèmes distincts.

## 7 Résultats

### 7.1 Le sondage d'opinion

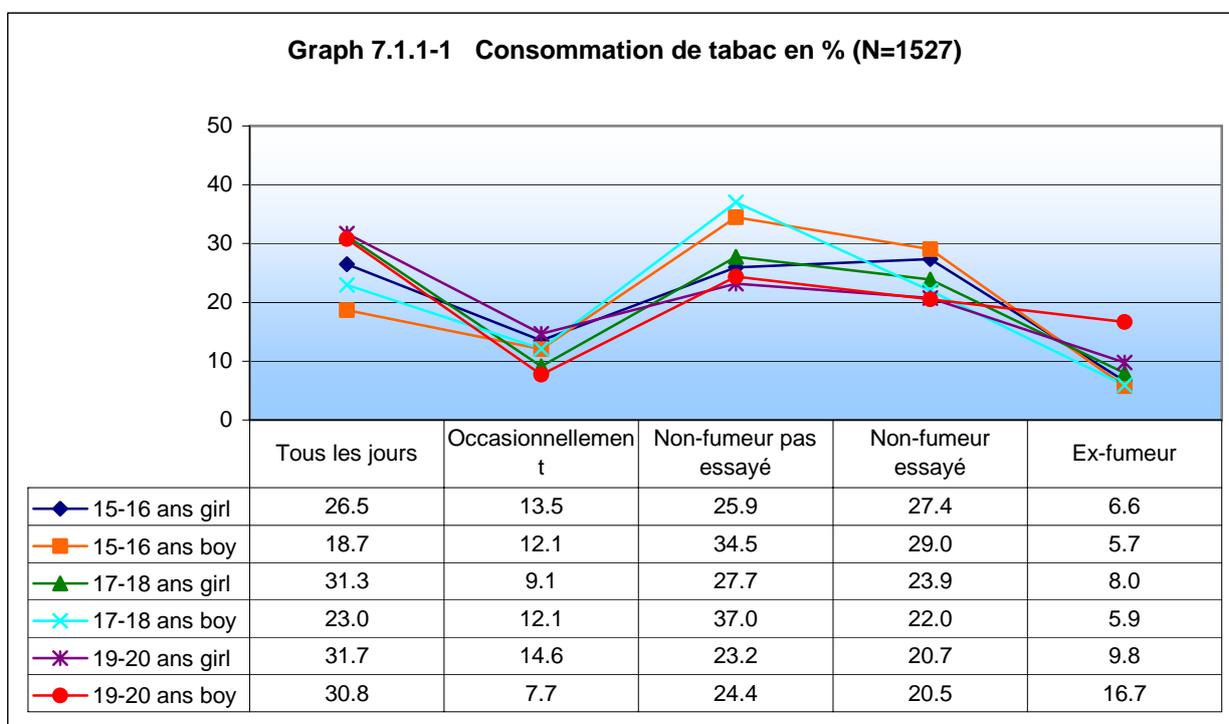
#### 7.1.1 Les données quantitatives

##### 7.1.1.1 CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Au cours de la période d'investigation (d'octobre à décembre 2004), 1527 jeunes ont répondu au sondage sur le tabagisme. La répartition entre les filles (50.9%) et les garçons (48.6%) est homogène. L'âge moyen est de 16.7 ans. Parmi les 1527 jeunes, 77.2% sont à l'école, 21% en formation professionnelle ou en formation pré-professionnelle (SGIPA), 0.2% travaillent. Notre échantillon n'est donc **pas représentatif** de l'ensemble de la population des jeunes genevois. Nos résultats sont régulièrement comparés avec ceux de l'étude SMASH (2002) et HBSC (2003) dans le but de comparer nos données à un échantillon national de jeunes du même âge (16-20 ans).

##### 7.1.1.2 CONSOMMATION DE TABAC

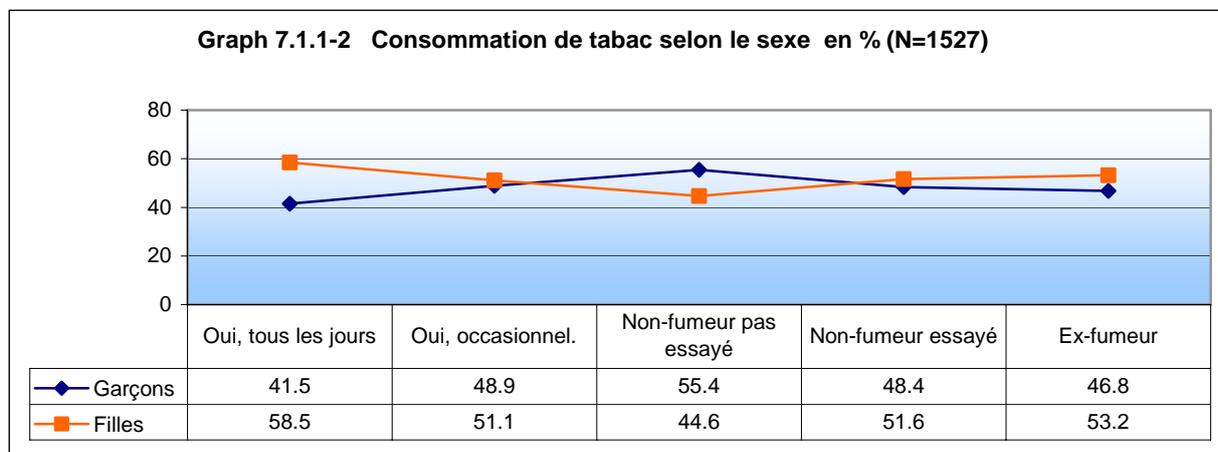
Parmi les jeunes interrogés (n=1527), **36.8%** fument la cigarette (fumeurs réguliers 25.1% ; fumeurs occas.11.7%), 7.4% sont des ex-fumeurs et **55.8%** sont des **non-fumeurs**.



Lorsqu'on différencie les jeunes en fonction de leur âge, on remarque que plus l'âge augmente, plus la consommation quotidienne est importante et plus le pourcentage d'ex-fumeurs est élevé.

Ainsi dans la tranche d'âge des 19-20 ans nous avons plus de 13 % **d'ex-fumeurs**.

Ces résultats coïncident avec ceux des études HBSC (2003) et SMASH (2002) qui estiment le pourcentage de fumeurs réguliers de l'ordre de 18.5% chez les jeunes âgés de 15 ans et de 35% chez les jeunes de 20 ans.



Chez les *fumeurs réguliers* (n=383), **le pourcentage de filles (58.5%) est significativement plus élevé que celui des garçons (41.5%)**. Inversement, le pourcentage de *jeunes n'ayant pas essayé de fumer* (n=462) est significativement plus élevé chez les garçons (55.4% versus 44.6% pour les filles) (p=0.03). Selon l'étude SMASH (2002), les différences entre filles et garçons sont faibles mais tout de même significatives, notamment entre 19 et 20 ans où les garçons sont un peu plus nombreux à fumer quotidiennement (39.8% des garçons versus 31.9% des filles).

Si l'on considère l'activité du jeune, on peut relever une nette différence entre les jeunes qui sont à l'école et ceux qui sont en formation professionnelle ou en pré-professionnelle (SGIPA et CEPTA), notamment dans la consommation quotidienne (25.2% versus 58.3% pour les filles et 13.6% versus 38.9% pour les garçons) (p=.000). Ces résultats vont dans le même sens que l'étude SMASH (2002) où il est démontré **une différence d'un tiers voire de la moitié entre apprentis et élèves**. Par ailleurs, on note que plus on avance dans l'âge, plus la différence entre école et filière professionnelle s'estompe.

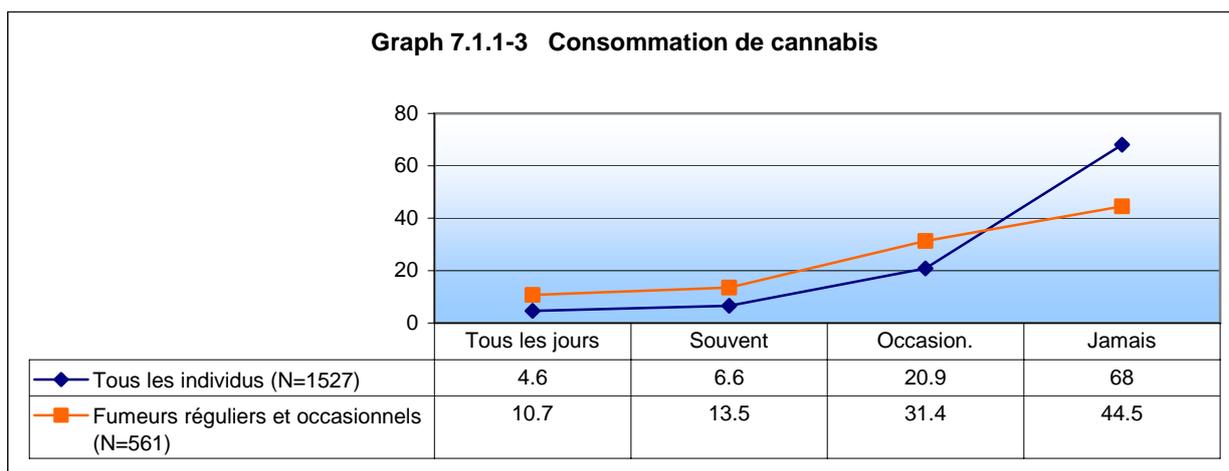
Les fumeurs réguliers consomment en moyenne **11** cigarettes par jour (la médiane est de 10 cig/jour), tandis que la consommation des fumeurs *occasionnels* avoisine les **4.5** cigarettes/jour en moyenne (la médiane est de 2.5 cig/jour) (p=.000). Les apprentis garçons semblent fumer significativement plus, avec une moyenne qui se situe plutôt autour de 15 cigarettes par jour. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude SMASH (2002).

En moyenne, le jeune fumeur régulier attend 95 minutes (**1heure35**) avant de fumer sa première cigarette. Le fumeur occasionnel prendra sa première cigarette 195 minutes après son réveil, soit **3heures15** (p=.000). Les médianes sont un peu inférieures (60 et 120 minutes). Dans l'étude SMASH (2002), 70% des garçons fument leur première cigarette dans un délai d'une heure suivant leur réveil. En ce qui nous concerne, même si nos médianes corroborent ces résultats, nous trouvons des valeurs nettement inférieures, puisque 35% des jeunes fumeurs entament leur première cigarette dans l'heure qui suit le réveil, quel que soit le sexe .

### 7.1.1.3 CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES

#### Cannabis

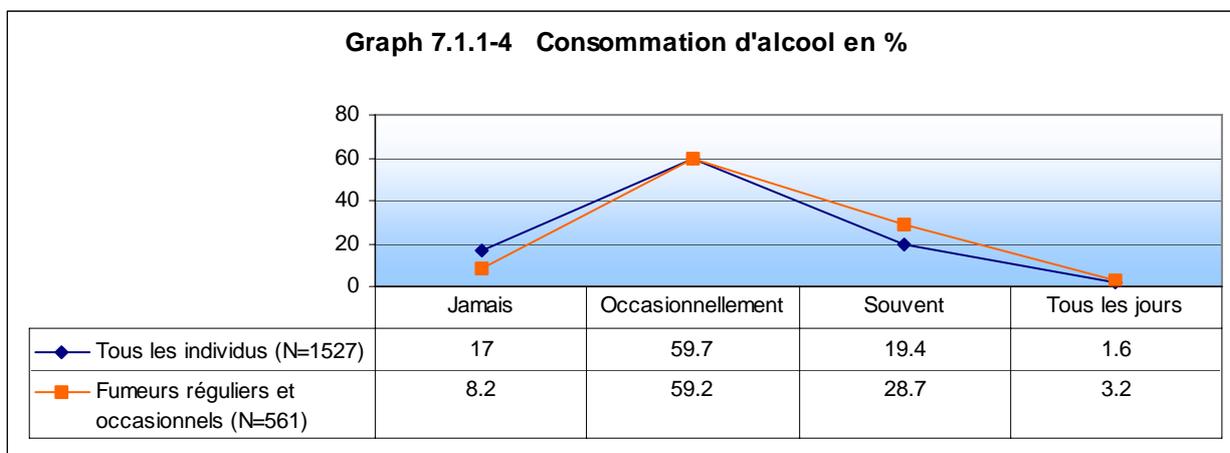
On constate que 32% de l'ensemble des jeunes consomment du cannabis (n=1527), dont **4.6%** quotidiennement et **6.6%** souvent. Si l'on considère **uniquement les fumeurs réguliers et occasionnels** (n=561), on relève que les valeurs sont nettement supérieures avec **10.7%** de consommateurs de cannabis quotidien et **13.5%** qui consomment souvent.



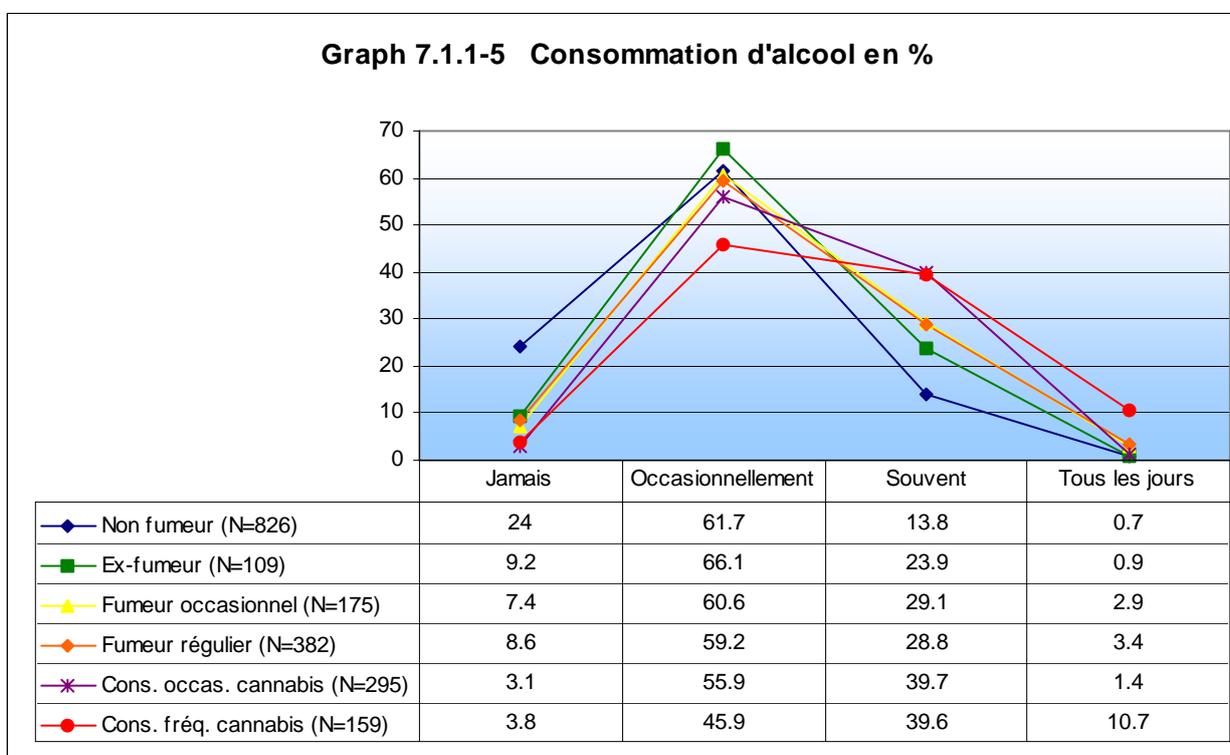
Si on différencie le groupe des fumeurs (régul. + occas.) (n=561) en fonction du **sexe**, on constate que les garçons fumeurs (15%) sont plus nombreux à consommer tous les jours du cannabis que les filles fumeuses (7.3%), il en va de même pour ceux qui consomment « souvent » du cannabis où l'on obtient respectivement 16.3% de garçons et 11.3% de filles (p=.004). Les données de l'étude SMASH (2002) se différencient légèrement avec 12.7% des garçons et 3.8% des filles qui consomment tous les jours du cannabis, mais il faut relever que leurs données concernent l'ensemble des jeunes et pas seulement les fumeurs. Tout comme l'étude SMASH (2002), on ne distingue pas de grande différence de consommation de cannabis entre *apprentis* et *élèves*.

## Alcool

Parmi les 1527 jeunes interrogés, 59.7% consomment occasionnellement de l'alcool et 21% consomment souvent ou tous les jours.



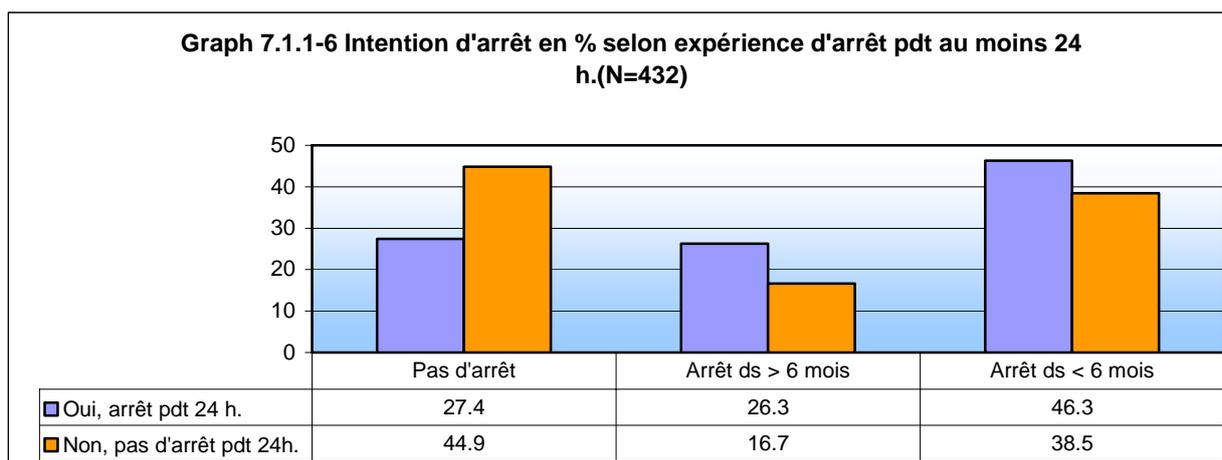
Il importe de mettre en avant le fait que **les ex-fumeurs sont beaucoup moins enclins** à consommer « souvent » et « tous les jours » de l'alcool que les fumeurs, d'où l'importance d'amener le jeune à arrêter de fumer. Inversement, on s'aperçoit que les grands consommateurs de cannabis sont 10.7% à boire quotidiennement ( $p=.000$ ). Ceci met en évidence la nécessité de détecter l'ensemble des facteurs de risque dans un modèle d'intervention brève.



### 7.1.1.4 INTENTION D'ARRÊT

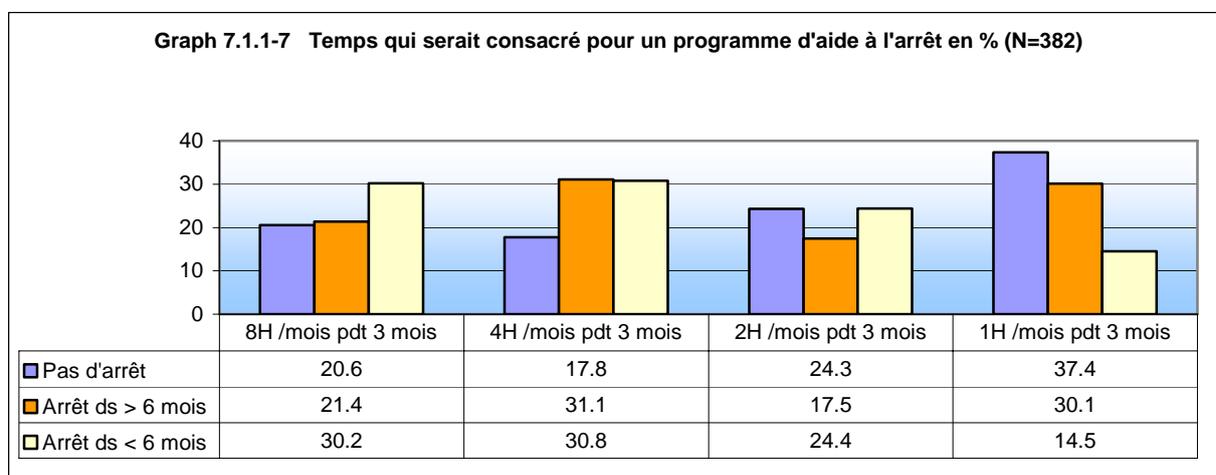
Parmi les jeunes répondants (n=497) qui fument régulièrement ou occasionnellement la cigarette, **44%** disent avoir l'intention d'arrêter au cours des 6 prochains mois.

Si on considère les fumeurs de cannabis (occasionnellement, souvent, tous les jours) qui fument également la cigarette (régulièrement, occasionnellement) (n=297), on constate que l'intention d'arrêter de fumer la cigarette au cours des 6 prochains mois est inférieure (**40.7%**). Il n'y a pas de différence significative dans l'intention d'arrêt selon le *type d'activité*.



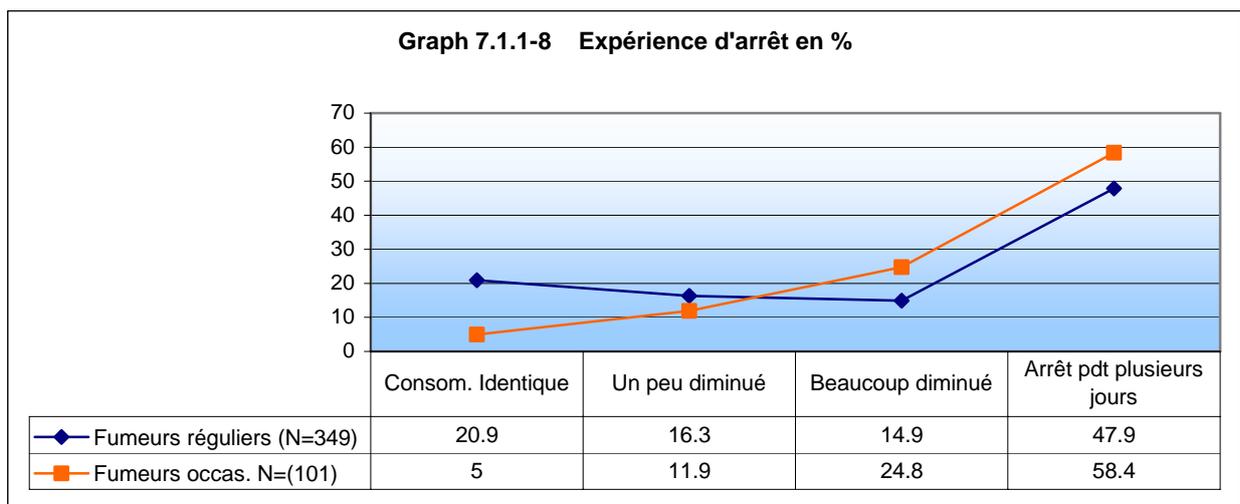
Les fumeurs qui ont déjà réalisé une tentative d'arrêt pendant au moins 24 H. (N=432) sont plus nombreux à vouloir arrêter de fumer à court (46.3%) et à long terme (26.3%) ( $p=.008$ ).

Les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer dans moins de 6 mois sont prêts à passer plus de temps que les autres pour suivre un programme d'aide à l'arrêt (60% entre 8H et 4H/mois pendant 3 mois) ( $p= .000$ ). En revanche si on considère les jeunes fumeurs (n=561) indépendamment de leur intention d'arrêter de fumer, on ne distingue pas de réelle différence dans le nombre d'heures choisies (de 1H à 8H/mois pendant 3 mois).



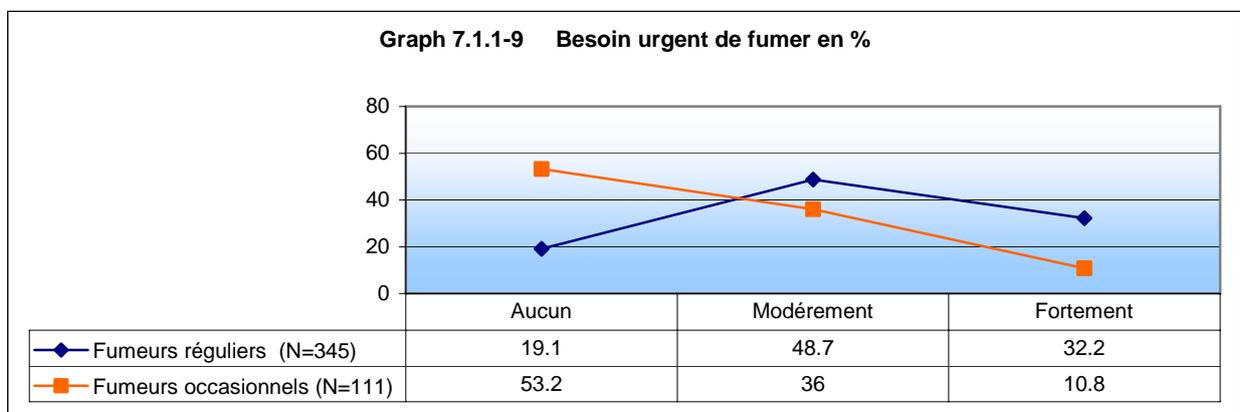
### 7.1.1.5 EXPÉRIENCE D'ARRÊT

Parmi les jeunes fumeurs réguliers (n=383), ils sont 47.9% à avoir réussi à arrêter de fumer pendant plusieurs jours tandis qu'ils sont 58.4% parmi les fumeurs occasionnels (P=.000). Parmi ceux qui ont échoué, ils sont plus de 30% à avoir diminué leur consommation après cette tentative chez les fumeurs réguliers et plus de 35% chez les fumeurs occasionnels. Visiblement il est plus facile de réduire sa consommation ou d'arrêter de fumer lorsque l'on est fumeur occasionnel. En tout, ils sont plus de 80%, respectivement 95%, à avoir déjà essayé d'arrêter de fumer pendant au moins 24 heures.



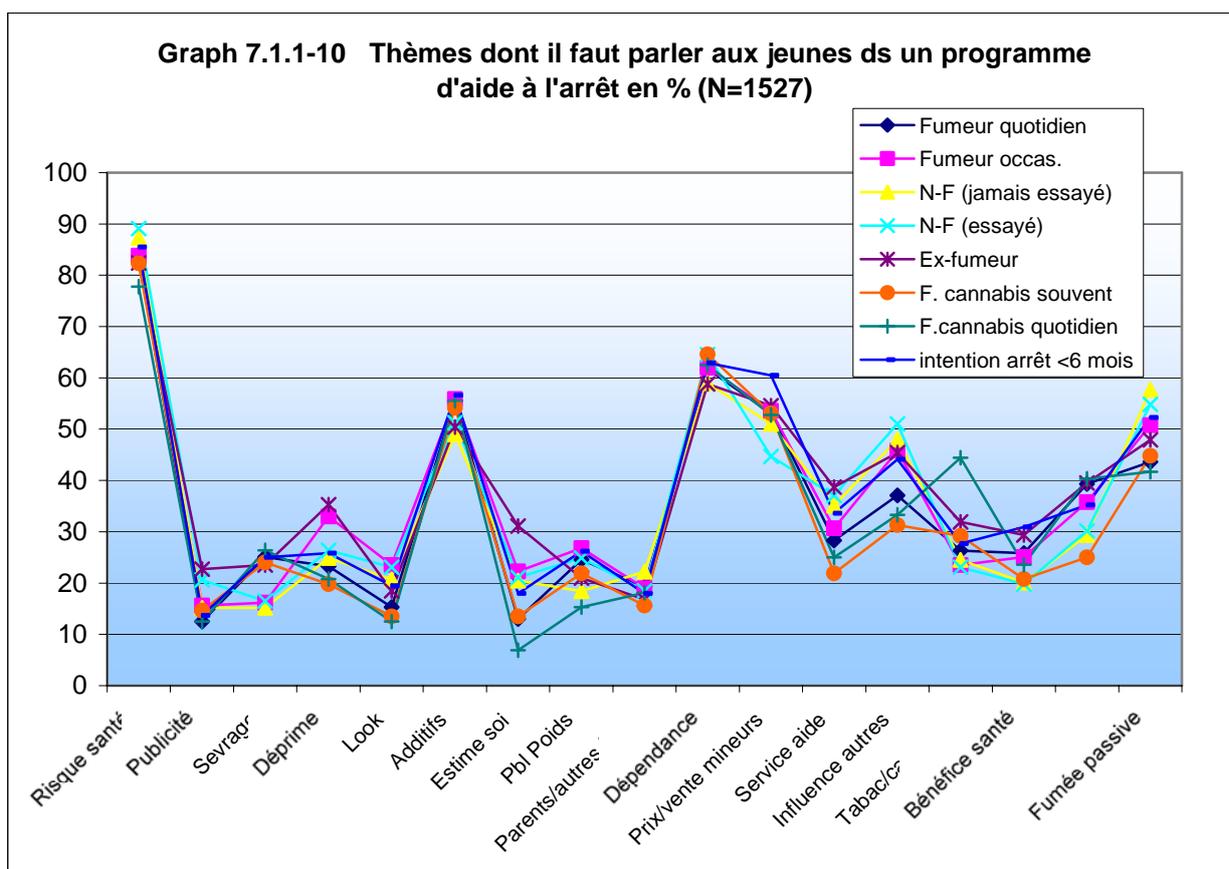
### 7.1.1.6 SYMPTÔMES DE SEVRAGE

Lorsqu'ils ont arrêté, les fumeurs réguliers (n=345) ont ressenti **3 fois plus** une forte envie de cigarettes que les fumeurs occasionnels. On peut ici mettre en évidence une dépendance certaine chez 80% des fumeurs réguliers. On ne dénote pas de différence significative selon le sexe et selon l'âge.



### 7.1.1.7 THÈMES IMPORTANTS À ABORDER DANS UN PROGRAMME D'AIDE À L'ARRÊT SELON LES JEUNES

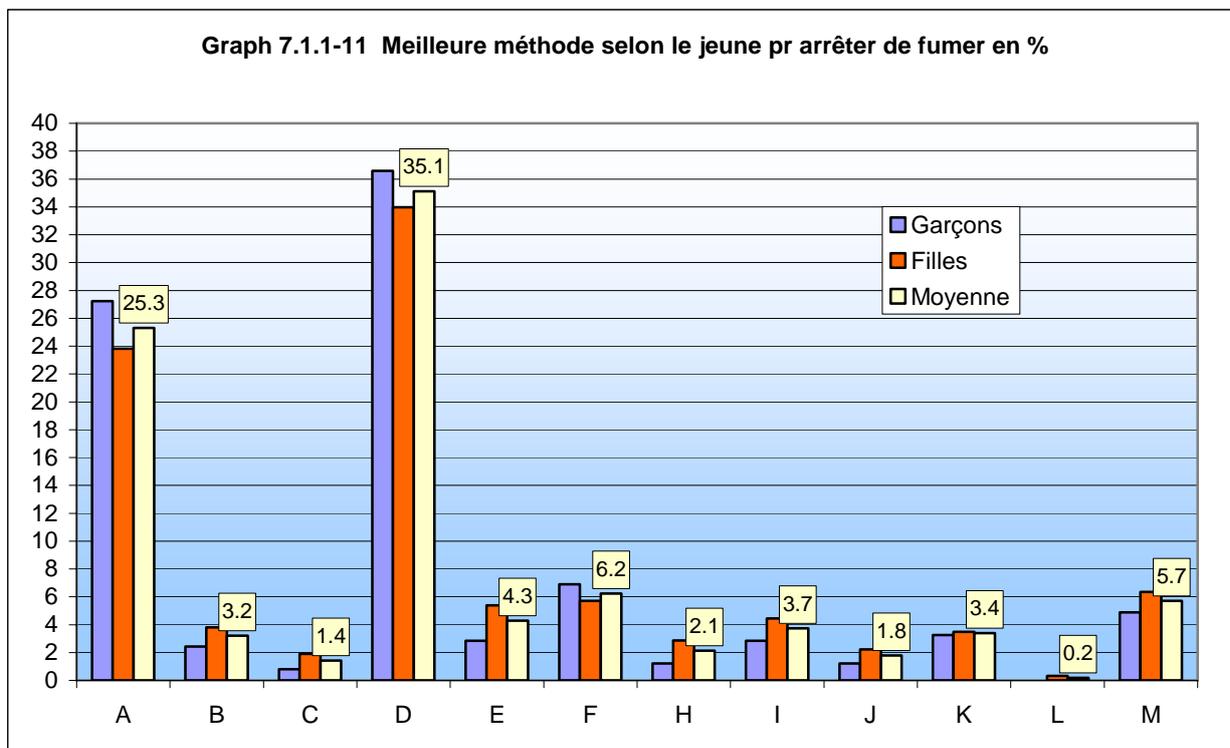
Nous avons demandé aux jeunes d'ordonner par priorité un certain nombre de propositions. Pour 85.2% des jeunes interrogés, **les risques pour la santé** sont les thèmes les plus importants à traiter dans un programme d'aide à la désaccoutumance au tabac. Ces résultats sont surprenants si l'on se réfère à la littérature scientifique qui montre qu'une action qui sensibilise le jeune sur les risques encourus par la cigarette sur sa santé n'a pas d'impact. Il conviendrait d'approfondir ce que sous-entendent les jeunes par-là. S'agit-il d'un simple report du discours de l'adulte ? Est-ce que le jeune exprime une vraie inquiétude pour des problèmes de santé à court terme ? à long terme ? Est-ce que la jeune génération est davantage confrontée aux conséquences du tabagisme (maladie d'un proche) ? D'autres thèmes tels que la **dépendance** (61.2%), les **additifs chimiques** contenus dans la cigarette (52.4%), **le prix et la vente** de tabac aux mineurs (51.4%), la **fumée passive** (51%), ainsi que **l'influence des autres** (45.5%) sont également relevés par les jeunes.



En considérant les fumeurs occasionnels, les fumeurs réguliers, les non-fumeurs, les ex-fumeurs, les fumeurs réguliers de cannabis et la motivation à arrêter de fumer dans les 6 mois, on constate que la courbe suit une tendance générale assez identique.

### 7.1.1.8 COMMENT AIDER UN JEUNE À ARRÊTER DE FUMER ?

Les jeunes fumeurs (N=561) pensent que le meilleur moyen pour réussir à arrêter de fumer est **d'arrêter à deux** (avec partenaire, ami(e), frère ou sœur) (35.1%). Le fait de recevoir le **soutien d'un(e) ami(e)** (25.3%) est également une condition très importante. On relève que les autres propositions n'obtiennent que des scores modestes. Les séances en groupe et individuelles avec des professionnels de santé ne suscitent quasiment aucun intérêt auprès des jeunes.

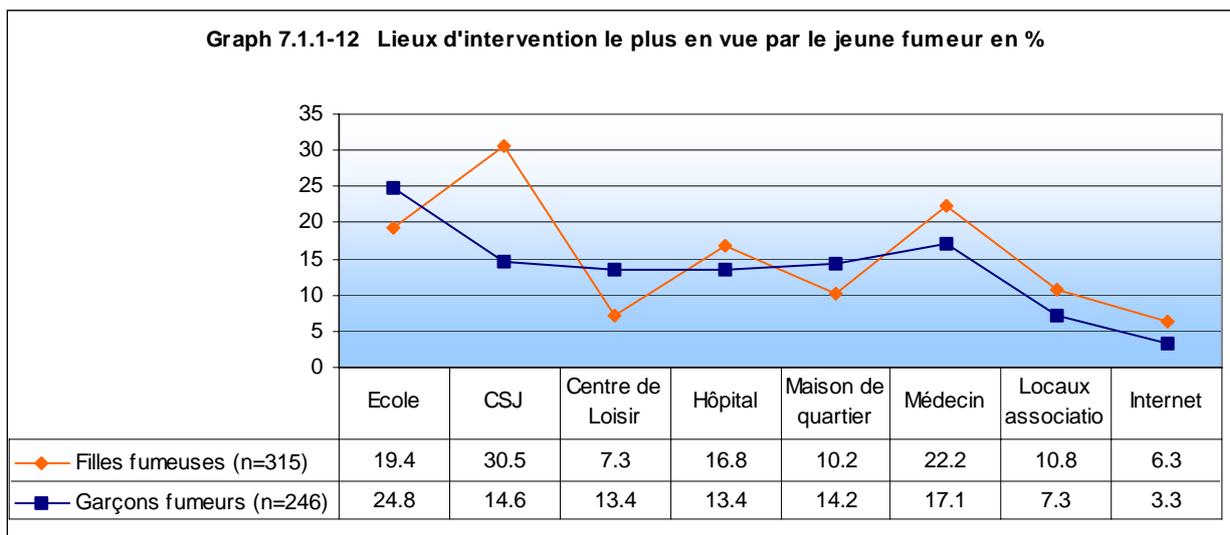


A	Être soutenu(e) par un(e) ami(e)	H	Recevoir des conseils diététiques
B	Participer à des séances en groupe	I	Faire de la relaxation
C	Participer à des séances individuelles	J	Confidentialité (que cela ne se sache pas)
D	Arrêter de fumer à deux (partenaire, copains, frère ou sœur)	K	Que les parents (beaux-parents) arrêtent en même temps
E	Avoir accès à un service gratuit	L	Participer à un programme sur Internet
F	Utiliser des médicaments qui aident à arrêter (patch, chewing gum, comprimé à la nicotine, Zyban®)	M	Autre (préciser)

### 7.1.1.9 LIEU POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

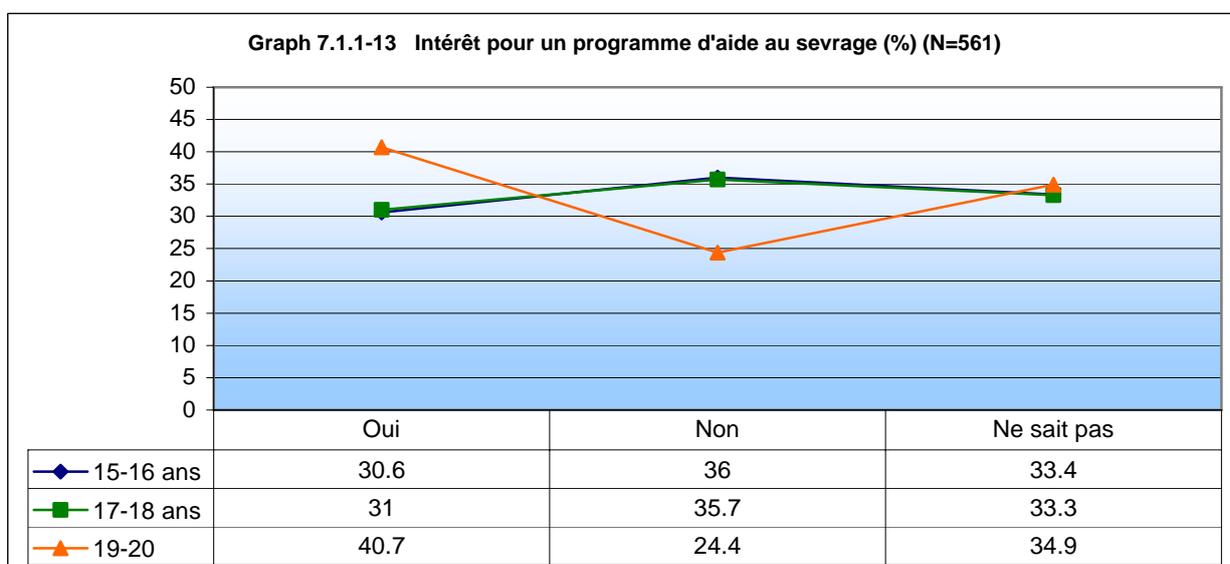
Pour l'ensemble des répondants (n=1527), la **Consultation Santé Jeunes (CSJ)** (27.6%) et **l'école** (20.3%) sont les lieux les plus appropriés pour suivre un programme d'aide à l'arrêt. Le **médecin** (8.9%) est également cité comme une ressource importante.

Les filles ont une préférence pour la CSJ (p=.000) et les locaux associatifs (p=.007) alors que les garçons préfèrent l'école (p=.000). On peut expliquer cette différence du fait que la fille est davantage prise en charge d'un point de vue médical, notamment gynécologique, que le garçon qui n'a pas forcément un médecin de famille.



### 7.1.1.10 BESOIN D'UN PROGRAMME D'AIDE À L'ARRÊT

Lorsqu'on demande aux jeunes s'ils pensent suivre *un programme d'aide à l'arrêt* le jour où ils décident d'arrêter de fumer (n=581), il y a pratiquement autant de réponses affirmatives (34.1%), négatives (32%) que de réponses hésitantes « ne pas savoir » (33,8%). Les filles (56.1%) perçoivent davantage que les garçons (43.9%) l'intérêt d'un programme d'aide à l'arrêt. On relève par ailleurs qu'un grand nombre de filles sont beaucoup plus hésitantes (64.3%) dans leur réponse que les garçons (35.7%) (p=.000). On observe que la perception de la nécessité de suivre un programme de sevrage est plus élevée chez le jeune adulte entre 19 et 20 ans. On peut supposer que d'une façon générale le jeune ignore en quoi peut consister un tel programme et par là-même quelles sont les meilleures méthodes d'aide à l'arrêt. Les propositions qui ont démontré leur efficacité et qui sont en lien avec des stratégies cognitivo-comportementales ne suscitent pas d'intérêts et ne semblent pas interpeller le jeune.



#### 7.1.1.11 EN RÉSUMÉ (ANALYSE QUANTITATIVE)

A ce stade de l'analyse, une large proportion de jeunes démontrent une claire intention d'arrêter de fumer. Parmi les fumeurs réguliers, un taux important de jeunes ont déjà essayé sérieusement d'arrêter pendant au moins 24 heures. Ceux qui ont entrepris par le passé une tentative d'arrêt sont plus nombreux à vouloir arrêter de fumer dans les 6 mois. Les symptômes de sevrage sont 3 fois plus élevés chez les fumeurs réguliers qu'occasionnels et le nombre de jours d'arrêt varie considérablement, mais est nettement plus élevé chez les fumeurs occasionnels.

Il en ressort une nécessité de proposer une aide adaptée aux jeunes qui souhaitent arrêter de fumer. Certains jeunes ont déjà acquis de l'expérience et sont prêts à consacrer du temps pour cela. La santé, la dépendance, les additifs, l'influence des autres sont des thèmes qui les intéressent tout particulièrement. Selon eux, le **soutien d'un(e) ami(e)**, qu'il (elle) ait ou non de l'expérience, et **l'arrêt du tabac à deux** (partenaires, copains, frère ou soeur) sont des facteurs importants de réussite. Les stratégies pour faire diversion à l'envie de fumer sont peu mises en avant (relaxation, estime de soi, sport, Internet) de même que la nécessité d'utiliser un traitement médicamenteux (substituts nicotiques). Les jeunes fumeurs ne sont pas intéressés à participer à des séances individuelles ou en groupe pour arrêter de fumer. D'une manière générale, pour les jeunes filles l'information et le soutien devraient plutôt avoir lieu dans un centre de consultation santé adapté aux jeunes, tandis que les garçons préféreraient que cela se passe à l'école. Le médecin est considéré comme une ressource importante, surtout pour les filles. Les jeunes restent assez indécis sur la nécessité d'un programme et d'une prise en charge médicalisée pour arrêter de fumer. De fait ils ignorent, pour la plupart, qu'elles sont les méthodes efficaces pour arrêter de fumer.

## 7.1.2 Les données qualitatives

Le questionnaire comprenait 3 questions ouvertes afin de permettre au jeune de préciser ces réponses. Les données qualitatives ainsi recueillies ont été analysées par comptage de mots. L'analyse du contenu des réponses a été faite sur la base des critères suivants : la présence ou l'absence du tabagisme (fumeurs versus non-fumeurs), le sexe, l'intention ou non d'arrêter de fumer (intention dans les 6 mois, intention dans plus de 6 mois, pas d'intention d'arrêter) et l'activité des jeunes (école, formation pré-professionnelle, formation professionnelle ou travail).

### 7.1.2.1 QU'EST CE QUI POURRAIT AIDER UN JEUNE DE MOINS DE 20 ANS À ARRÊTER DE FUMER ?

L'analyse du texte a été effectuée par le comptage de mots-clés recueillis à la lecture des réponses. Il s'agit des mots suivants : prix, vendre, coût, volonté, lui-même, courage, motivation, cancer, mort, maladie, risques, santé, méfait, copain/copine, ami(e), entourage, parents, soutien, prévention, photo, publicité, chewing-gum, patch, sport. Ces mots ont ensuite été regroupés en 7 catégories : le prix, la volonté, l'entourage, la santé, la prévention, les substituts et le sport.

#### Analyse en fonction du sexe et de la présence ou l'absence de tabagisme

Les mots-clés qui apparaissent le plus souvent sont le **prix** (« hausse des *prix* du paquet », « *prix* du paquet à 10 Frs », « augmentation du *prix* du tabac ») et la **volonté** (« il faut une *volonté* de fer ») (tableau 1). Le prix est relevé prioritairement par les non-fumeurs et la volonté par les fumeurs.

	Filles non-fumeuses (n=463)	Filles fumeuses (n=315)	Garçons non-fumeurs (n=495)	Garçons fumeurs (n=246)
Prix	15.8	10.8	10.9	9.8
Volonté	13.4	13.3	7.5	11.8

Cependant lorsqu'on fait une analyse par catégories, les résultats diffèrent quelque peu.

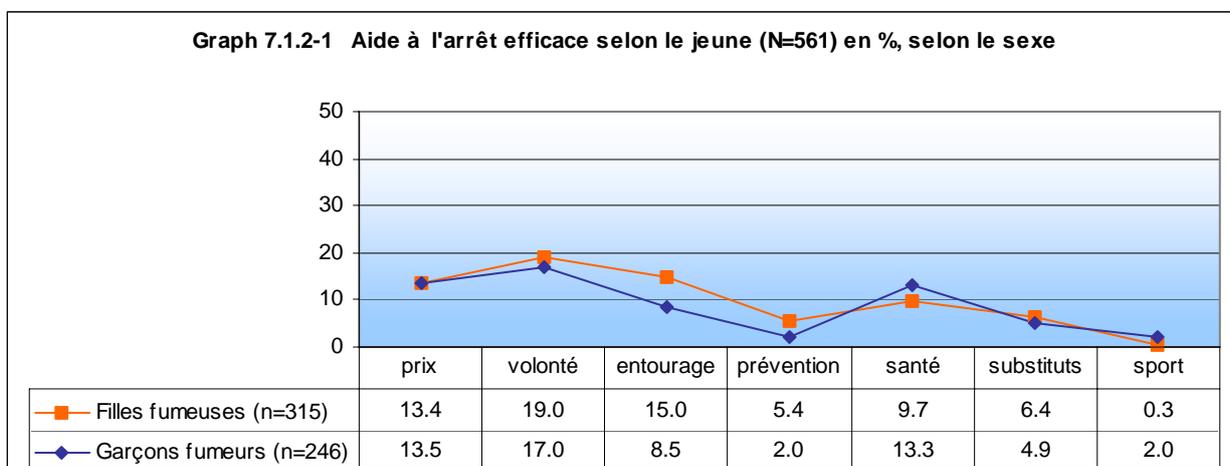
**Tableau 2** : % des catégories de mots, en fonction du sexe et du tabagisme

Filles non fumeuses (n=463)		Filles fumeuses (n=315)		Garçons non-fumeurs (n=495)		Garçons fumeurs (n=246)	
Catégories	%	Catégories	%	Catégories	%	Catégories	%
Entourage	24.6	Volonté	19.0	Prix	13.3	Volonté	17.0
Volonté	19.6	Entourage	15.0	Entourage	12.4	Prix	13.5
Prix	17.9	Prix	13.4	Volonté	11.1	Santé	13.3
Santé	16.0	Santé	9.7	Santé	10.6	Entourage	8.5
Prévention	6.5	Substituts	6.4	Prévention	4.2	Substituts	4.9
Substituts	2.5	Prévention	5.4	Sport	3.4	Prévention	2.0
Sport	1.7	Sport	0.3	Substituts	2.0	Sport	2.0

La réponse la plus fréquemment donnée par les fumeurs est la **volonté**. Le jeune fumeur pense que la volonté joue un rôle moteur dans la démarche d'arrêt et ignore par là-même les mécanismes complexes de la dépendance. Par ailleurs, les fumeurs, filles et garçons (graphiques 1 et 2), énoncent beaucoup moins souvent l'entourage (amis, famille) comme une ressource d'aide à l'arrêt que leurs homologues non-fumeurs. Ceci pourrait être expliqué par le fait que l'entourage des fumeurs est souvent composé de fumeurs et est, de ce fait, considéré comme moins soutenant lors d'une démarche d'arrêt.

Les campagnes de prévention et les substituts nicotiques sont peu nommés par les jeunes en général. **Les fumeurs énoncent plus souvent les substituts comme moyen d'aide à l'arrêt que les non-fumeurs**. On note également que, pour les filles qui fument, parler des risques pour la santé est moins considéré comme un moyen d'agir sur le tabagisme que pour les garçons.

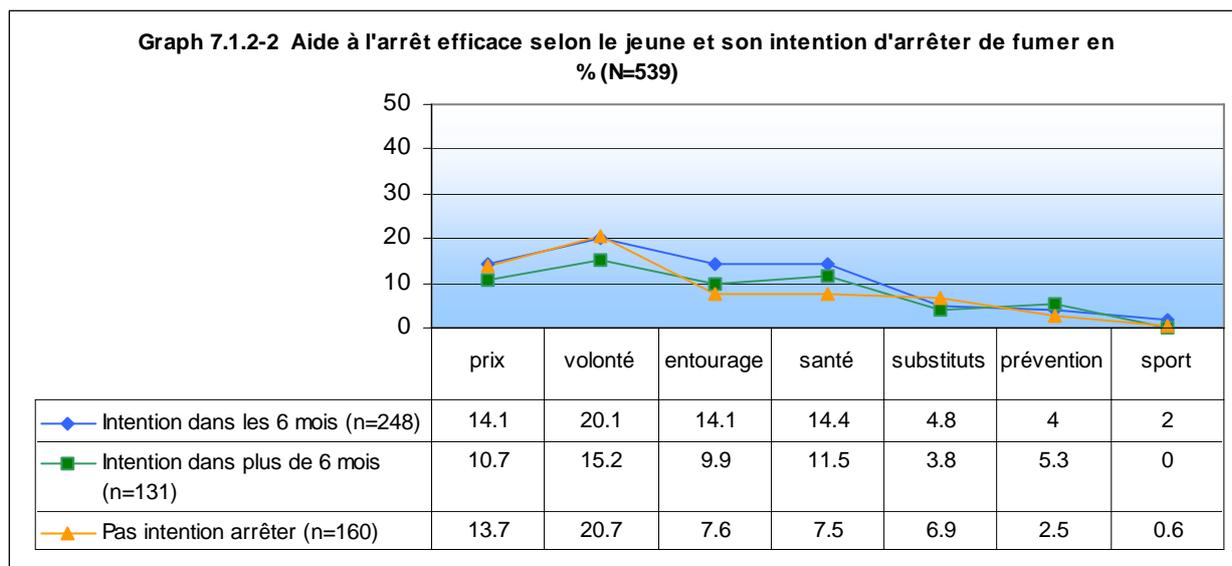
Le graphique 7.1.2-1 montre que les filles qui fument accordent une plus grande importance au soutien de l'entourage que les garçons fumeurs (15% pour les filles, 8.5% pour les garçons).



De manière générale, le sport est très peu énoncé par les jeunes. Durant cette période de vie ils investissent vraisemblablement davantage leur temps dans une activité scolaire ou professionnelle et dans les sorties avec leur ami(e)s.

### Analyse en fonction de l'intention ou non d'arrêter de fumer

Les jeunes qui disent avoir l'intention d'arrêter de fumer dans les 6 mois se différencient-ils de ceux qui l'envisagent à plus long terme ou de ceux qui ne l'envisagent pas ?

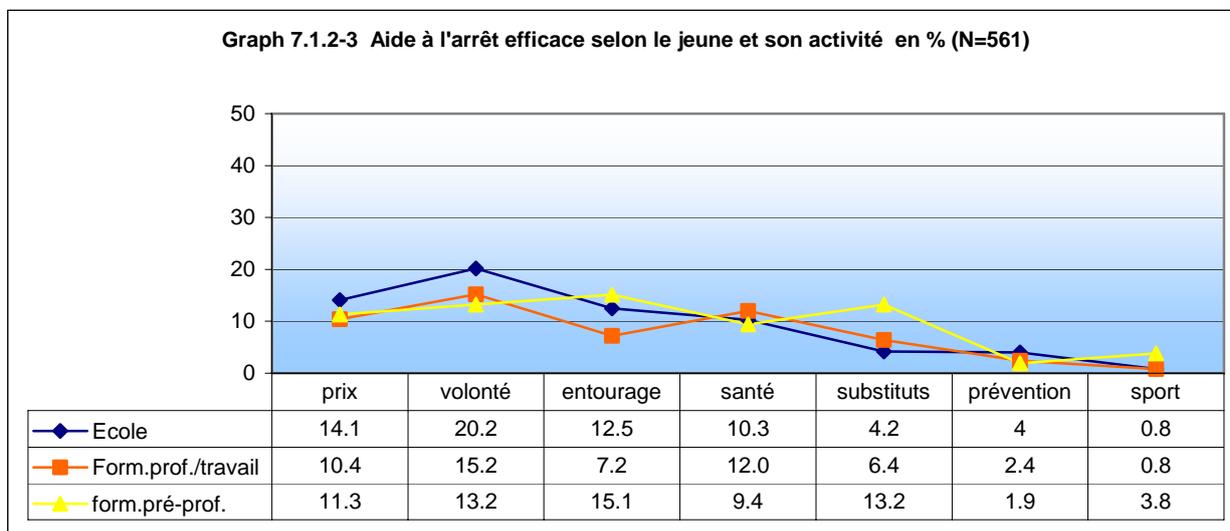


Le graphique 7.1.2-2 montre que la **volonté** prime avant tout pour les trois catégories de jeunes. Les jeunes qui ont l'intention d'arrêter de fumer dans les 6 mois et ceux qui ne l'envisagent pas ont des scores similaires (20.1% pour les premiers et 20.7% pour les seconds), alors que les jeunes qui envisagent l'arrêt dans plus de 6 mois ont un score inférieur (15.2%). Si on considère le **prix**, le schéma est identique : respectivement 14.1%, 13.7% et 10.7%.

On note que les jeunes qui envisagent l'arrêt dans les 6 mois sont plus sensibles aux **questions de santé** (14.4%) que ceux qui l'envisagent dans plus de 6 mois (11.5%) et que ceux qui n'envisagent pas l'arrêt (7.5%). Ils sont également plus sensibles au rôle que **l'entourage** peut avoir pour les soutenir dans leur démarche (14.1%, versus 9.9% pour ceux qui ont l'intention dans plus de 6 mois et 7.6% pour ceux qui n'ont pas l'intention d'arrêter).

## Analyse en fonction de l'activité des fumeurs (réguliers et occasionnels)

L'activité a été divisée en 3 catégories : école, formation professionnelle ou travail, et formation pré-professionnelle (SGIPA).



Dans le graphique 7.1.2-3, on remarque que les étudiants se différencient des deux autres types de jeunes par un taux plus élevé de réponses dans la catégorie volonté. Ils pensent vraisemblablement que la volonté (20.2%) suffit à leur permettre d'arrêter de fumer, ils ont par conséquent moins besoin des autres (12.5) et de substituts (4.2%).

Les jeunes qui sont en formation pré-professionnelle se différencient des deux autres catégories de jeunes en ce qu'ils énoncent moins la volonté comme moyen d'aide à l'arrêt et davantage le support de l'entourage et des substituts. Pour ces jeunes la volonté ne suffit pas pour arrêter de fumer, peut-être ont-ils une plus faible confiance en eux et en leur capacité à y arriver. Ils semblent donc plus enclins à rechercher une aide à l'extérieur.

Pour les apprentis la volonté joue un rôle capital pour arrêter de fumer, bien plus que l'entourage (7.2%) ou les substituts (6.4%). Leur entourage (famille, amis) est fréquemment composé de fumeurs, ce qui pourrait expliquer pourquoi ces jeunes ne se tournent pas vers eux pour recevoir un soutien lors d'une démarche d'arrêt. Cependant, l'entourage des jeunes en formation pré-professionnelle comprend également de nombreux fumeurs, alors qu'est-ce qui peut bien les différencier? Il est probable que les jeunes apprentis, insérés dans une activité professionnelle sont plus indépendants et certainement moins enclins à se reposer sur l'extérieur.

### 7.1.2.2 À VOTRE AVIS, À QUI UN JEUNE DE MOINS DE 20 ANS QUI SOUHAITE ARRÊTER DE FUMER, DEVRAIT-IL S'ADRESSER POUR OBTENIR DU SOUTIEN ?

#### Analyse en fonction du sexe et de la présence ou absence de tabagisme

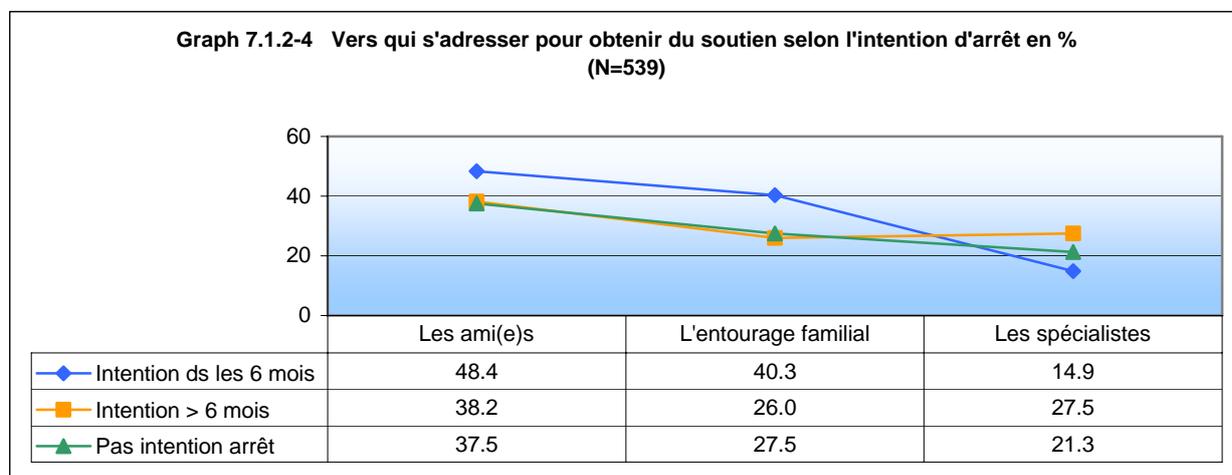
Comme précédemment, l'analyse des réponses des jeunes a été faite par le comptage des mots-clés qui sont apparus le plus fréquemment dans le texte. Il s'agit des mots-clés suivants : ami(e), copain/copine, pote, parent, famille, entourage, proche, sœur, frère, spécialiste, spécialisé, psychologue, médecin, pharmacie, association, professeur, infirmière, hôpital. Nous avons regroupé ces mots-clés en trois différentes catégories : amis, famille, spécialistes.

	Filles non-fumeuses (n= 463)	Filles fumeuses (n=315)	Garçons non-fumeurs (n=495)	Garçons fumeurs (n=246)
Amis(es)	43.0	42.9	42.2	45.1
Famille	44.7	32.7	31.1	30.1
Spécialistes	33.3	25.1	17.8	15.4
Médecin	17.5	15.2	10.3	7.7

De manière générale, les jeunes se tournent **d'abord vers leurs amis(es) avant de demander du soutien à la famille, puis au spécialiste**. Si on considère la catégorie « spécialistes », le **médecin** est celui qui est le plus fréquemment cité par les jeunes. Les filles le mentionnent plus souvent que les garçons, certainement parce qu'elles ont un contact plus régulier avec le monde médical que les garçons (prescription pilule, règles douloureuses, etc.) au cours de cette période de la vie.

#### Analyse en fonction de l'intention ou non d'arrêter de fumer

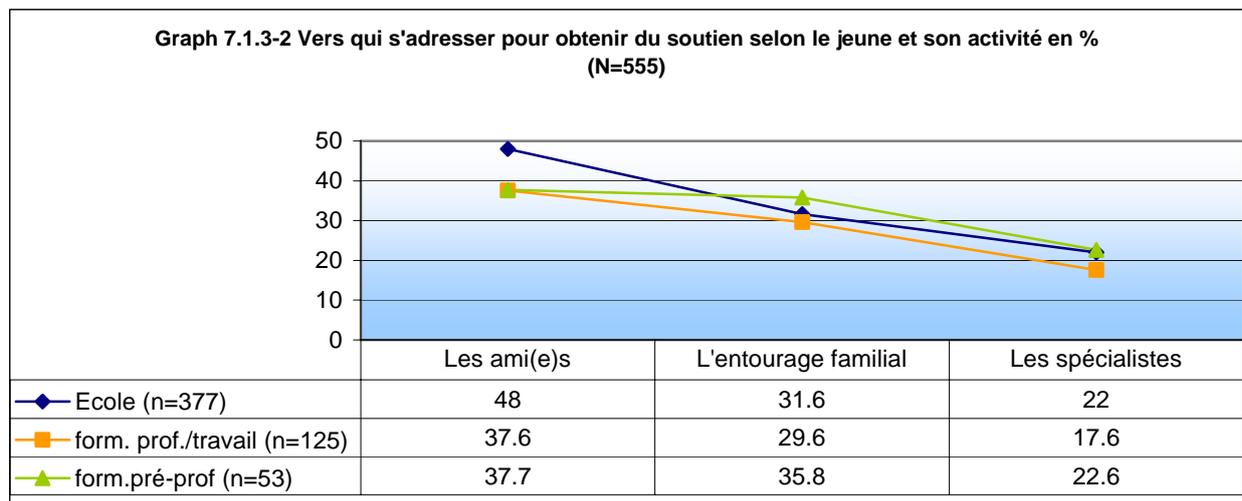
Les jeunes qui disent avoir l'intention d'arrêter dans les 6 mois (n=248) se différencient-ils de ceux qui l'envisagent à plus long terme (n=131) ou de ceux qui ne l'envisagent pas (n=160) ?



Comme cité ci-dessus, **les amis et la famille sont considérés par les jeunes comme des ressources d'aide à l'arrêt, ceci est d'autant plus vrai pour ceux qui ont l'intention d'arrêter dans les 6 mois.** En revanche, si on considère la catégorie « spécialistes », la tendance s'inverse : **les jeunes qui ont l'intention d'arrêter dans les 6 mois sont moins enclins à rencontrer un spécialiste** que ne le sont les jeunes qui ont l'intention d'arrêter dans plus de 6 mois. Les jeunes qui disent avoir l'intention d'arrêter de fumer dans les 6 mois disent par là-même qu'ils ont la volonté de le faire seul, avec éventuellement l'appui d'amis ou de membres de la famille.

### **Analyse en fonction de l'activité des fumeurs (réguliers et occasionnels)**

Les jeunes ont été regroupés en trois catégories : école, formation professionnelle ou travail, et formation pré-professionnelle (SGIPA).



Les trois groupes de jeunes mettent l'accent sur le soutien des amis avant tout. On relève cependant que les jeunes en formation pré-professionnelle citent presque aussi fréquemment l'entourage familial que les amis. Quant aux apprentis, ce sont eux qui sont le moins enclins à se tourner vers des professionnels pour recevoir une aide pour arrêter de fumer. Ces résultats correspondent à ceux trouvés au chapitre 7.1.2.1.3.

### **7.1.2.3 DANS QUELLES CIRCONSTANCES LES JEUNES QUI ONT ESSAYÉ D'ARRÊTER DE FUMER ONT-ILS RESENTI LE BESOIN URGENT DE RE-FUMER ?**

Cette analyse, par comptage manuel, ne concerne que les jeunes qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer et qui ont ressenti modérément ou fortement des symptômes de sevrage.

Les résultats sont résumés dans le tableau 5 :

Tableau 5 : circonstances des symptômes de sevrage

	Nombre de filles	Nombre de garçons	Total
➤ En présence d'autres fumeurs	21	8	32
➤ Pour combler manque, avoir trop envie, irritabilité, stress, déprime	18	11	30
➤ Après les repas, réveil, avant dormir	5	7	13
➤ Ennui, passe-temps, m'embête	2	4	6
➤ En boîte de nuit	7	2	9
➤ Avec alcool, café	3	5	7
➤ Gestes	6	5	11
➤ Ne pas avoir la force d'arrêter	1	1	1

Ils montrent que les jeunes sont **très sensibles à la présence des autres fumeurs** et aux **symptômes de sevrage**. Ce sont principalement ces deux phénomènes qui incitent le jeune à re-fumer. Ces résultats révèlent l'importance d'informer les jeunes sur les symptômes de sevrage, leur durée et les substituts nicotiques à prendre pour y faire face, ainsi que la nécessité de leur proposer des moyens pour faire face aux situations de tentation.

#### 7.1.2.4 COMMENTAIRES SUR LA NECESSITE D'UN PROGRAMME D'AIDE À L'ARRET

Les données quantitatives révèlent une forte ambivalence quant à la nécessité d'un programme d'aide à l'arrêt. En effet il y a presque autant de réponses affirmatives, négatives que de « ne sais pas ». Certains jeunes ont commenté leurs réponses. Nous les avons subdivisées en deux parties : la majorité ne pense pas avoir besoin d'un programme d'aide à l'arrêt, et pour le justifier, ils mettent en avant la volonté et leur besoin d'autonomie (n=38). Pour une minorité plus ambivalente (n=13), l'utilité d'un programme dépend de divers facteurs : anonymat, confidentialité, gratuité, moment, horaire et avec qui le faire (ex. amis).

#### 7.1.2.5 REMARQUES COMPLEMENTAIRES DES FUMEURS REGULIERS SUR LE TABAGISME

Nous avons classés les remarques des jeunes par thèmes. Voici quelques citations :

##### La dépendance (n=24)

Volonté, arrêter c'est possible, les jeunes ne sont pas accros comme les adultes

Si on commence, c'est foutu. Ne jamais commencer sinon on ne peut plus s'en passer

Beaucoup de jeunes ne comprennent pas qu'il existe une dépendance physique au tabac

On pense que cela n'arrive qu'aux autres

### Les plus jeunes (n=9)

Ne pas vendre aux mineurs, demander carte identité

Plus d'info pour les très jeunes

Parents fumeurs font fumer passivement leur enfant, c'est injuste. Fumée passive

### La société (n=5)

Les médias poussent à la consommation, c'est la faute à la société, à l'Etat qui laisse vendre une substance nocive, plus de contrôle de la part de l'Etat

Si personne ne fumait, les vieux n'auraient pas de retraite

### Risques (n=14)

Ne pas parler des risques, on les connaît. Ne pas faire la morale

Pas assez informé sur effets du tabac sur le corps, montrer des photos des victimes du tabac

Quand on est au cycle ou au collège on n'a pas conscience de tous les mauvais côté du tabac

### Prix (n=11)

Augmenter les prix, ça ne sert à rien

Augmenter les prix, les gens se ruinent pour ne pas être en manque

### Pourquoi fumer (n=5)

Ça m'a permis de me sentir extraverti

Je fume pour ne pas manger

**Les jeunes fument pour faire bien. Il faudrait inverser la tendance, il faudrait qu'arrêter soit cool et il ne faut pas que ce soit des adultes qui le disent !**

### Autres (n=7)

Il est plus facile de ne pas essayer que d'essayer d'arrêter plus tard

Chacun est libre de se détruire, d'assumer son mode de vie

Les jeunes n'ont pas le temps, ni la force de consacrer du temps à des séances pour arrêter

### Quoi faire (n=25)

Il faut un vaccin pour le détester, un vaccin anti-tabac

Interdiction dans les bars, lieux de rencontre, travail

Ne plus vendre de cigarettes

Donner des patchs gratuitement comme les préservatifs

Moins de publicité

Créer du « tabac moins nocif », sans additif, cigarette bonne pour la santé

L'interdiction ne renforce que l'envie de fumer

Pour les moins de 20 ans il devrait plus s'agir de prévention que de soins

Agir au niveau des fabricants, condamner les fabricants

### 7.1.2.6 EN RÉSUMÉ (ANALYSE QUALITATIVE)

Lorsqu'on demande aux jeunes quelles sont les méthodes efficaces pour cesser de fumer, ils pensent d'abord qu'ils aient ou non l'intention d'arrêter de fumer, que **c'est une question de volonté**; ils mettent ensuite en évidence l'augmentation du prix des cigarettes, le soutien des amis, de la famille et en dernier lieu le soutien des spécialistes (en particulier le médecin). En revanche, la prévention, les substituts nicotiniques et le sport sont peu nommés.

Lorsqu'on différencie les jeunes en fonction de leur activité, on remarque que les étudiants se dirigeraient plutôt vers leur entourage proche, et non vers les spécialistes pour obtenir un soutien dans une démarche d'arrêt. Les apprentis comptent surtout sur eux-mêmes et peu sur leur entourage et les substituts. Ces deux groupes de jeunes se différencient des jeunes en formation pré-professionnelle qui énoncent moins la volonté et davantage le soutien de l'entourage et les substituts pour les aider dans cette démarche. Sont-ils plus conscients de la difficulté qu'il y a à arrêter seul ? Ou ont-ils moins confiance en leur capacité à arrêter seul ?

Les commentaires énoncés à la fin de ce sondage montrent une grande différence entre les jeunes en termes de connaissances tabagiques. Ainsi des controverses apparaissent en ce qui concernent les thèmes de la dépendance, du prix des cigarettes et des risques pour la santé.

La mise en avant de la volonté, le peu de cas fait aux substituts et au soutien des spécialistes, de même que les fausses notions de certains jeunes au sujet du tabagisme nous montrent clairement qu'il faut corriger un certain nombre de perceptions normatives et continuer à donner des informations conséquentes, spécifiques aux jeunes sur le tabagisme, comme par exemple sur les mécanismes de la dépendance et les moyens d'y faire face.

## 7.2 Les groupes de discussion

Nous avons rencontré dix jeunes issus d'une filière de formation pré professionnelle, six dans un premier groupe (1 garçon et 5 filles) et quatre dans un deuxième groupe (2 garçons et 2 filles). L'âge moyen des jeunes est respectivement de 16 ans pour le groupe 1 et de 17 ans pour le groupe 2. Parmi les jeunes du groupe 1, seules deux personnes souhaitaient véritablement arrêter de fumer ; dans le groupe 2 un jeune souhaitait arrêter avec un copain. Les participants sont pour la plupart dépendants de leur cigarette, ils fument tôt le matin au réveil, au lit, avec le café du matin.... Ils consomment en moyenne 12-15 cigarettes par jour. Certains fument un paquet par jour. Ils disent commencer à fumer pour « se la péter », ensuite, il s'agit plutôt de faire comme les autres. D'ailleurs, dans leur entourage, un grand nombre de personnes fument ; il s'agit des amis(es), des parents ou des frères et sœurs.

### 7.2.1 Ce qu'ils apprécient dans la cigarette

Certains apprécient l'effet calmant, dé-stressant de la cigarette.

« Quand je suis stressé ça passe bien »

« ...après une épreuve,.. à la pause.. »

Pour d'autres, la cigarette réveille le matin.

« Moi, je trouve que la cigarette c'est pas dé-stressant, c'est plutôt stressant justement (...), je me sens vif.. c'est comme si ça nous réveillait »

Elle coupe l'appétit et aide à digérer.

« Juste après un joint je me fume une cigarette... j'ai beaucoup moins envie de manger, je me force à pas aller manger. Si je fume des joints et que j'ai pas de clopes, alors là, je vous dis pas les kilos que je prends ». « Après le repas ça passe très bien, ça fait digérer »

### 7.2.2 Ce qu'ils apprécient pas dans la cigarette

Ils n'aiment pas les conséquences à long terme que la cigarette peut engendrer tels que les problèmes de santé. Ils n'apprécient pas le prix des cigarettes, les mélanges, l'odeur, le goût, les conséquences esthétiques (dents/doigts jaunes), les pubs contre le tabac.

« ...il y a une odeur de la fumée froide... elle est tellement différente...quand j'ai une clope dans la bouche, au bec je sens plus l'odeur que je n'aimais pas avant juste avant quand j'avais pas allumé encore la clope, c'est ça que j'aime pas dans la cigarette. C'est pour ça que je fume dans les endroits, ou par exemple dans les soirées, je fume parce que sinon avec l'odeur je m'étouffe ».

La cigarette est une habitude. Ils pensent être dépendants avant tout du geste. La dépendance à la nicotine est mentionnée, mais semble moins importante.

« Moi j'ai l'intention d'arrêter la clop, parce que moi ce que j'aime bien, c'est bizarre mais ce qui me manque c'est surtout le geste ou le fait d'allumer la clop ou le joint ou tenir la cigarette...moi je sais que c'est obsessionnel je sais pas »

### **7.2.3 Ce qu'ils apprécient dans le joint (groupe 3)**

Ils aiment dans le cannabis son goût, son effet dé-stressant, relaxant, le fait de bien rigoler et de ne pas « se prendre trop la tête ». Le cannabis est également un moyen de contact, ils le consomment généralement en groupe, car la consommation en solo est plutôt considérée négativement, elle est plutôt signe d'une dépendance à la substance.

« Le goût, moi j'aime beaucoup. Moi j'apprécie les différentes (sortes).. par exemple le shit j'aime différents shits...j'aime pas fumer tout le temps la même chose en fait j'aime bien un peu diversifier »

«... et surtout moi ça me relaxe énormément après je me sens bien, même si sans fumer je pourrais très bien me sentir bien mais il y a quelque chose qu'il y a en plus »

« ...maintenant si je fume ... c'est des fois pour dormir, on s'endort bien, pour avoir c'est effet là, pi à ce moment-là je fume que du shit pour dormir, le reste c'est excitant »

« ...aussi moi je rigole plus..., moi je rigole beaucoup après », « moi ça me fait rire, parce que déjà je rigole pas trop...ouais parce que chez moi j'ai pas trop l'occasion de rire, quoi »

«C'est un moyen de contact, par exemple là tu rencontres un pote dans la rue ... »

### **7.2.4 Ce qu'ils n'apprécient pas dans le joint (groupe 3)**

Il n'y a pas grand chose qu'ils n'aiment pas dans le cannabis.

« Et puis c'est aussi des fois la peur de me faire choper, parce que, dans mon foyer...et pi mon père il aime pas tellement ça...si tu fumes un joint tu vas finir à la gare pour lui, donc la première fois qu'il a appris que je fumais un joint ça c'est mal passé, c'est pour ça que j'ai plus envie de... »

### **7.2.5 Ce qu'ils apprécient dans la consommation d'alcool (groupe 3)**

L'alcool est aussi apprécié pour son effet relaxant et parce que, sous l'emprise de cette substance, « on ne se prend pas trop la tête ».

La cigarette accompagne très souvent la consommation d'alcool, ce qui n'est pas le cas pour le cannabis. Certains jeunes ont fait des expériences négatives suite au mélange cannabis/alcool.

« C'est une autre sensation, ouais moi j'aime bien boire parce que ça me relâche, c'est tout, je suis trop différente, j'en ai rien à foutre, je sais pas, je me prends pas la tête et puis ça me relâche un peu... »

« Quand je bois, j'ai une envie de fumer une clope.. juste une bière ça passe bien... » « ouais, dès que j'ai une bière à la main, 15 minutes plus tard je vais l'allumer, j' m'allume une clope »

«...mais quand je consomme de l'alcool, je consomme pas du cannabis, j'ai un mauvais souvenir... (...). Je comprenais plus rien, j'arrivais plus à bouger, je voyais à peine ; tous mes potes qui se foutaient de ma gueule en plus, c'était trop marrant. (...) Pendant ce moment-là, le temps de rentrer chez moi je comprenais rien, j'ai failli tomber 3x dans la rue, j'ai failli vomir une fois » « moi heu c'était à peu près pareil (mélange alcool/cannabis), mais le lendemain je me souvenais plus de rien et justement je veux pas de ça, j'aime pas perdre la mémoire, je sais pas ce que j'ai fait et je dois demander aux autres, j'aime pas »

### **7.2.6 Ce qui n'est pas apprécié dans l'alcool ?**

« J'aime pas boire.. et je sens pas d'effet , j'arrive à aller jusqu'au point de vomir mais j'arrive pas à sentir d'effet de l'alcool...J'ai jamais senti l'effet de l'alcool. »

« ...moi ça me fait un peu grossir j'aime pas boire la bière.. »

### **7.2.7 Arrêter de fumer la cigarette et/ou le cannabis**

Plus de la moitié des participants ont déjà essayé d'arrêter de fumer. Ils ont arrêté pendant une/des période(s) allant d'une semaine à plusieurs mois.

« moi je m'étais inscrit dans le groupe de ceux qui avaient arrêté de fumer, en fait j'ai recommencé...(..). J'ai arrêté en fait depuis novembre, c'était le début du ramadan, parce que j'avais fait un pari avec un mec...(..). Et puis j'ai tenu jusqu'à mon stage, il y a 3-4 semaines (..). C'est l'accumulation du stress, parce que j'avais le stage, je savais que j'allais me faire opérer, j'avais 2-3 trucs et pi de temps en temps je fumais une petite cigarette, et puis... »

« j'ai essayé, j'ai tenu pendant deux semaines, et je me suis dit j'aurais pas de problème, mais ...j'avais plus envie, je voulais en fait voir si j'étais capable, juste pour voir, pi en fait j'avais plus envie et puis après j'ai recommencé...mais je pense que je suis capable d'arrêter »

« En 5 ans j'ai dû arrêter 4 ou 5 fois une semaine, deux semaines... comme ça un coup de tête, peut-être une ou deux fois pour une raison d'argent »

## 7.2.8 Pourquoi arrêter de fumer la cigarette ?

La crainte de la maladie pour eux...pour leur entourage...

« L'accident cardiaque de mon père, mon père a eu l'aorte qui s'est déchirée... C'était lié à la surcharge pondérale et puis à la cigarette...c'est même le docteur qui m'a dit qu'il devait arrêter de fumer (...). Quand il arrête j'arrête, je ne verrai pas fumer à la maison »

Le coût des cigarettes, bien que l'argent soit donné par les parents.

La pression de leur entourage (partenaire, ami(e)s). La demande vient la plupart du temps des non-fumeurs.

## 7.2.9 Les peurs....

La peur de grossir.

« Moi si j'arrêtais de fumer ce serait plutôt manger je pense. Sortir...sortir mais après je vois des copains qui fument... »

« ... enfin j'ai pas peur de grossir parce que je fais du sport...mais voilà.. c'est quand même possible de grossir »

« C'est parce que cet été, là où j'étais en vacances j'avais pas trop de cigarettes...ben je mangeais beaucoup »

La peur de ne pas réussir, de se retrouver avec d'autres fumeurs dans les soirées et de ne pas pouvoir résister, la peur d'être irritable.

« A la pause j'ai besoin de ma clop et je vois pas par quoi je pourrais remplacer ça »

« Ce qu'il y a de plus dur en tout cas c'est.. parce que les copains et tout quand ils fument devant nous un joint, ça donne beaucoup envie et quand on veut arrêter c'est dur, c'est ça. Et si on voit plus nos copains après (...) »

« Dès qu'il y a quelqu'un qui allume une cigarette aussi, ça donne envie »

## 7.2.10 Arrêter, oui, mais quoi ?

Les avis sont partagés. Pour les uns, il s'agit d'arrêter d'abord la cigarette, pour les autres le cannabis. Arrêter les deux en même temps semble très difficile à envisager.

Arrêt cigarette : « moi j'aime moins la cigarette que le joint ».

Arrêter la cigarette en premier car pour le joint :

« il y a le goût, il y a l'effet.. tandis que la cigarette il y a pas d'effet, enfin presque pas »

« si on arrête de fumer la clope en premier, ça veut dire qu'aux pauses on fume pas de clope (...), de toute façon nos professeurs s'ils voient qu'on est déchaîné, quoi qu'on est défoncé, ils portent plainte, ils nous envoient chez l'infirmière qui porte plainte ensuite, ça on a pas envie. Donc, si on arrête la clope, il faudrait attendre par exemple 8 heures de temps avant de fumer un joint, donc ça ce serait dur, mais ce serait mieux d'arrêter la clope, histoire de complètement rien fumer dans la journée et puis se défouler sur un joint le soir...Ce serait dur parce quoi moi personnellement j'aurais toujours envie de faire le geste, à 9h30, à 15h, pendant les pauses quoi »

Arrêt cannabis :

« Mon père, parce que je fumais, il m'a dit je te laisse fumer à la maison, mais tu arrêtes le cannabis... j'ai dit oui, pendant 2-3 mois je fumais encore.. »

Arrêt cigarette et cannabis :

« ça serait dur, mais possible »

« moi je crois que j'aurais pas réussi »

## 7.2.11 **Comment faire pour arrêter ?**

D'après les participants, pour réussir à arrêter de fumer, il faut être soutenu par un(e) ami(e), arrêter à deux (avec partenaire ou ami(e)) et surtout éviter les fumeurs. Il faut éliminer tout ce qui est en lien avec le tabac (cigarettes, allumettes,...), ne plus acheter de paquet de cigarettes, le dire aux autres (amis, famille), mâcher un chewing-gum (mais pas des substituts, ça ne marche pas !), faire du sport.

« (...) j'occupe mes doigts et j'ai tout le temps un chewing-gum ou une sucette dans la bouche, en fait je substituais par n'importe quoi.. des gâteries, des chewing-gum....surtout les sucettes. Je trouvais toujours un moyen de satisfaction quelconque »

« moins j'y pense mieux c'était...c'était vraiment ma technique... »

« ben par exemple ma maman elle a une maison à la campagne, ben aller là-bas, plus voir mes copains pendant un certain temps »

Tous ces jeunes disent dans un premier temps qu'ils n'ont pas besoin d'aide, qu'il suffit d'avoir la VOLONTE pour y arriver. Et ils souhaitent que les membres de leur famille arrêtent aussi.

« il faut la motivation, il y a que la motivation » « ... d'abord je veux faire mon test pour moi (selon mes propres moyens), pour savoir si je suis capable et après.. »

## 7.2.12 A qui s'adresser ?

Les ami(e)s peuvent être source de soutien. Cependant les ami(e)s fumeurs sont perçus comme une entrave à l'arrêt.

« je parle avec mon petit ami parce que je le vois tout le temps. Par exemple, si j'avais un frère qui est tout le temps à la maison ou un éducateur et dès qu'il me voit fumer une clop, il dirait quelque chose... »

« c'est que les amis qui fument, ça sert à rien de demander un soutien, quoi, ils vont pas arrêter, ils vont pas écraser la cigarette juste pour notre belle gueule, quoi »

Les parents ne sont pas considérés comme des sources potentielles d'aide, qu'ils soient ou non au courant que leur enfant fume. Les parents ne sont pas toujours informés parce que le jeune a peur de les décevoir. Les participants du groupe 1 disent ne pas aimer fumer devant leurs parents, même si eux le font devant leurs enfants. Pour eux, fumer devant les parents signifie leur manquer de respect.

« c'est dur de dire aux parents, surtout le joint....Mais, moi d'abord j'ai attendu, j'ai fait mon test pour moi-même, de continuer à l'école, d'avoir des bonnes notes et tout ça. Et un jour je suis arrivé vers mon père et je lui ai dit : je fume et pi j'ai des bonnes notes, j'arrive à rester bien à l'école et tout ça. Il a dit ouais, il a rien dit » (garçon).

« Il y a juste mon père qui sait dans la famille, donc que je fume des joints, je veux trop que.. c'est pas trop leur problème en fait. Je sais si je le dis à ma mère il y a tout le monde qui va le savoir tout de suite » (garçon)

« mes parents ils me laissent fumer, mais bon ils sont contre pour le cannabis, ils me disent tu devrais arrêter cette merde, je leur fais ouais j'arrêterai, mais c'est en attendant...Surtout ils me disent rien, ils me punissent pas ou font quoi que ce soit, ils me donnent encore mon argent de poche, tout simplement parce que la fumée je la laisse dans ma chambre, je fais tout pour qu'elle reste dans ma chambre. Du moment que je ne les pollue pas, bon ils me disent que je fous ma vie en l'air, mais dans un sens.. » (fille)

« Moi mon père, le jour où je lui ai dit que je fumais (joint) il m'a cassé la tête » (garçon)

Et les professionnels (médecin traitant, infirmière scolaire, etc..) ?

Ils ne peuvent rien faire, les professionnels semblent démunis. Par ailleurs, le jeune n'a pas envie de parler au médecin de famille car il risque de tout raconter aux parents.

« moi, personnellement je crois que je peux arrêter sans médecin, j'ai pas besoin de patchs »

« j'ai pas de médecin de famille, parce qu'en changeant de foyer je change de médecin, donc je le connais depuis 6 mois »

« A Onex, par exemple (maison de quartier) les éducateurs, les animateurs, ils sont vraiment.. comment dire, la plupart ils fument pas je crois, ils sont très compréhensifs par rapport à n'importe quoi, ils sont toujours là pour nous aider et tout. ...ils ont la confidentialité, des trucs comme ça, ça c'est...pour n'importe qui connaît pas spécialement il y a quelqu'un là-bas comme ça. »

### **7.2.13 OÙ faire une intervention ?**

L'aide à l'arrêt devrait avoir lieu pendant les heures scolaires, pour que les parents ne soient pas au courant, à l'école ou dans un autre lieu, telle que la Consultation Santé Jeunes. Les jeunes souhaitent une consultation en duo avec un(e) copain(e), un frère, une sœur, avec un parent si ce dernier veut aussi arrêter de fumer. De plus, ils aimeraient être soutenus par quelqu'un qui ne fume pas, car les amis fumeurs les poussent à continuer à fumer. Ils aimeraient entendre les expériences des ex-fumeurs.

### **7.2.14 En résumé (groupes de discussion)**

Les consommateurs apprécient la cigarette, le cannabis ou l'alcool pour leur effet commun déstressant. Ils perçoivent la dépendance comme étant plutôt due à une habitude comportementale qu'à la nicotine elle-même. La consommation d'alcool est fréquemment associée à la cigarette plutôt qu'au cannabis. Les avis divergent quant à savoir s'il faut arrêter la cigarette avant le cannabis ou l'inverse, voire les deux simultanément. Il semble essentiel de faire le point avec le jeune et de discuter avec lui de ce qu'il pense pouvoir faire et être prêt à lâcher. Ces jeunes envisagent l'arrêt seul ou avec le soutien d'un(e) ami(e), lorsque la motivation est présente. Les parents et les professionnels ne sont pas perçus comme des ressources pour les aider à arrêter. La plupart d'entre eux ont des parents fumeurs qui ne sont pas dans cette démarche. De plus, ils ne souhaitent pas rencontrer leur médecin de famille par peur d'un manque de confidentialité.

## 7.3 L'intervention

### 7.3.1 L'inclusion des participants

Nos interventions dans quelques établissements scolaires, ainsi que les groupes de discussion durant la phase d'investigation, la collaboration avec le Service Santé Jeunesse et les affiches placardées à la Consultation Santé Jeunes nous ont permis d'avoir des contacts avec plusieurs jeunes intéressés au programme d'aide à l'arrêt du tabac.

Nous avons proposé le programme d'aide à l'arrêt aux 27 jeunes (6 SGIPA, 8 ECG J.Piaget, 13 ECG H.Dunant) inscrits lors des groupes de discussion ou d'ateliers « santé ». Parmi eux, seuls 9 ont souhaité prendre un rendez-vous avec un médecin, 1 s'est inscrite pour le groupe, 4 ont dit être déjà dans une démarche d'arrêt, 3 ont arrêté par eux-même, 4 n'étaient pas prêts, 1 est partie à l'étranger, 1 a été atteignable une fois, puis plus ensuite, et finalement 4 n'ont pas pu être contactés.

Par ailleurs, un jeune a été adressée à la Consultation Santé Jeunes par une infirmière scolaire, un autre a participé au programme suite à la lecture d'une affiche à la CSJ et une autre est venue avec son amie qui s'était inscrite au programme. Ainsi, **12 jeunes** ont eu des rendez-vous pour une consultation d'aide à l'arrêt.

### 7.3.2 Agenda des séances

Douze jeunes ont eu des rendez-vous pour arrêter de fumer la cigarette. Ils ont presque tous souhaité recevoir une confirmation de leur rendez-vous par sms (les parents n'étant pas toujours au courant de leur consommation) ou par courrier. Parmi eux, un nombre conséquent a manqué le premier ou le second rendez-vous. Nous les avons alors re-contactés par téléphone. Le tableau ci-dessous résume la situation.

	1 séance	2 séances	3 séances	4 séances	5 séances
Une jeune fille + une amie	XX pré-arrêt	XX Pré-arrêt	XX post-arrêt	XX post-arrêt	pas venues
Une jeune fille	x	pas venue			
Une jeune fille	pas venue				
Une jeune fille et un jeune homme	pas venus				
Une jeune fille	x	pas venue			
Une jeune fille	pas venue				
Deux jeunes filles	pas venues				
Un jeune homme	x	pas venu			
Un jeune homme (consultation en cours	x	x			

Parmi ces 12 jeunes, 6 sont venus à la première consultation. Sur ces 6 jeunes, deux jeunes filles ont souhaité faire cette démarche ensemble : la première séance a été commune, les trois autres n'avaient en commun que le jour et le moment (les deux rendez-vous se suivaient). Le médecin a suggéré aux jeunes filles de les voir séparément, car elles n'avaient pas le même niveau de dépendance et surtout parce que leurs préoccupations étaient différentes. Trois autres jeunes sont venus à la première consultation, puis plus ensuite. Un jeune est encore en consultation actuellement.

Comme seules trois personnes ont bénéficié d'une aide à l'arrêt (sur les 30 escomptés), nous avons pris le parti de ne pas présenter ici l'analyse de cette intervention.

## 8 Discussion

Le premier objectif de l'étude était d'évaluer la demande et les attentes des jeunes entre 16 et 20 ans en matière d'aide à la désaccoutumance au tabac et/ou cannabis. A cet effet nous avons mené une évaluation par sondage auprès de 1527 jeunes et effectué deux groupes de discussion.

Globalement le sondage a montré que la majorité des jeunes ne fument pas, qu'un quart fument régulièrement et que près de 12% fument occasionnellement. Parmi ces fumeurs (réguliers et occasionnels), 44% disent avoir l'intention d'arrêter de fumer au cours des 6 prochains mois. Près de 80% de ces jeunes ont déjà essayé pendant 24h de ne pas fumer et ont pour la plupart ressenti modérément ou fortement le besoin de re-fumer. Ce besoin de reprendre une cigarette est apparu en présence d'autres fumeurs ou du fait des symptômes de sevrage ressentis.

Les jeunes souhaitent généralement arrêter de fumer seul ou avec un(e) ami(e). La volonté est mise en avant pour justifier qu'ils n'ont pas besoin d'aide pour arrêter de fumer. Beaucoup ont essayé d'arrêter sans y parvenir et ont donc déjà vécu la rechute. Ce vécu négatif les empêche souvent de réitérer l'expérience. Les jeunes sont peu enclins à demander de l'aide à un professionnel pour arrêter de fumer; on suppose qu'il leur est plus supportable d'envisager l'échec seul ou avec un pair que de le vivre face à un adulte.

De fait, échouer devant un professionnel, un parent, un adulte, c'est se retrouver dans la position de l'enfant qui apprend, alors que le jeune veut au contraire montrer qu'il grandit et qu'il est autonome : il va ressentir une difficulté à demander de l'aide, même s'il en éprouve le besoin et même s'il a peu confiance en lui. L'autonomie n'est pas l'indépendance. Elle comprend la reconnaissance des limites et représente un enjeu majeur pour l'adolescent. A travers le besoin de se séparer, le jeune est à la recherche de ses limites aussi bien au plan de son propre corps (expérimentation), que de ses compétences intellectuelles, que dans le domaine du lien social (intégration) (Marcelli 2001).

D'une manière générale, nos résultats coïncident avec ceux énoncés par les Canadiens Leatherdale et Mc Donald (2005) qui montrent que près de 85.3% des jeunes entreprennent une démarche d'arrêt seul, 32,2% avec le soutien d'ami(e)s et seul 11.6% consultent un médecin ou 4.6% s'informent sur Internet.

Lorsqu'on demande aux jeunes s'ils suivraient un programme d'aide à l'arrêt le jour où ils décident d'arrêter de fumer, on trouve autant de réponses affirmatives, négatives, que de « ne

sais pas ». Cette forte hésitation (33.8% des jeunes) souligne la méconnaissance de ce que pourrait être un programme d'aide à l'arrêt. Par ailleurs les jeunes font rarement la démarche pour trouver du soutien puisque ils estiment que la volonté suffit ! Il incombe aux professionnels d'aller vers les jeunes, d'explicitier clairement le contenu d'une aide au sevrage et par là-même, de leur donner accès à un soutien spécifique.

La perception de la santé comme d'un bien à préserver en vue de l'avenir n'apparaît qu'à la fin de l'adolescence. Auparavant, l'adolescent privilégie la satisfaction immédiate de ses désirs et considère la santé comme dépendante de facteurs extérieurs, ce qui le rend peu accessible au discours de la prévention.(N.Bon, Ch. Ferron, 2001)

Les jeunes qui ont répondu au sondage sont peu conscients des mécanismes de la dépendance, ce qui est également récurrent dans la littérature scientifique (Prokhorov, 2001). La dépendance, les additifs, la fumée passive et les risques pour la santé sont des thèmes qui les intéresseraient dans un programme d'aide à l'arrêt. Les commentaires énoncés à la fin du sondage montrent une grande disparité chez les jeunes en terme de connaissances sur le tabagisme. Ils ont besoin de recevoir des informations sur les mécanismes de la dépendance, les symptômes de sevrage et les moyens pour affronter les situations à risque.

Le second objectif de ce projet était de pré-tester un programme d'aide à la désaccoutumance au tabac chez 30 jeunes. Les résultats du sondage ont montré que, pour les jeunes, la meilleure méthode pour arrêter de fumer est de le faire à deux (35.1%) ou avec le soutien d'un(e) ami(e) (25.3%) ; l'utilisation de médicaments (6.2%) et la gratuité du service (4.3%) ont une importance marginale.

L'influence des pairs constitue également une composante spécifique de l'arrêt du tabac chez les jeunes, et plusieurs auteurs relèvent l'importance de la prendre en considération dans les programmes d'aide à la désaccoutumance qui leur sont adressés, notamment en ce qui concerne le type d'activités partagées et plus généralement les sous-cultures de groupes (Bonard et al., 2001 ; Moolchan, 2000 ; Patten et al., 2001). Ainsi nous avons proposé aux jeunes des rendez-vous individuels ou à deux (« individu ») et leur avons offert des consultations médicales gratuites avec prescription d'un substitut nicotinique si nécessaire. Comme le préconisent plusieurs auteurs (Pallonen, 1998 ; Patten et al., 2001 ; Baer et Peterson, 2002 ; Mc Donald et al., 2003 ; Milton et al., 2003), les médecins étaient formés à l'entretien motivationnel et aux techniques de résolution de problèmes (thérapie cognitivo-comportementale). Le programme a intéressé 29 jeunes, mais seulement une minorité a participé à un entretien. Seuls trois personnes sont venues à plusieurs rendez-vous et ont réussi à arrêter de fumer. Le nombre est donc insuffisant pour apporter des conclusions.

Nous avons rencontré d'importantes difficultés à recruter des jeunes pour suivre le programme d'aide à l'arrêt. Il est vraisemblable que plusieurs facteurs ont eu un impact sur la qualité du recrutement. Tout d'abord un laps de temps trop court nous a été attribué (une année) pour effectuer toutes les tâches imparties : sondage, analyses quantitatives et qualitatives du sondage, groupes de discussion, analyse du contenu des groupes de discussion, contacts avec les intervenants, développement du programme d'intervention, présentation du projet, recrutement et intervention. Nous avons effectué la première phase du projet au cours du premier semestre scolaire, et la seconde, comprenant le recrutement et l'intervention, dans le courant du deuxième semestre entrecoupé par les vacances de Pâques et dédié à la préparation des examens finaux. Le manque de moyens pour des affiches et des dépliants informatifs accrocheurs, ainsi que le manque de temps à disposition des intervenants en contact avec des jeunes pour relayer et donner les informations sur le programme ont joué en la défaveur du recrutement. Toutefois, nous pensons que ces éléments d'organisation n'expliquent que très partiellement le faible recrutement.

Il semble plus probable que, les jeunes ne perçoivent pas la nécessité d'une prise en charge médicale pour cette problématique. Peu sensibilisés, ils ignorent quels sont les mécanismes de dépendance et quelles sont les méthodes efficaces pour arrêter de fumer. La motivation des jeunes à cesser de fumer est aussi probablement plus instable que chez l'adulte et davantage influencée par des préoccupations immédiates. De plus, le recrutement s'est certainement vu affaibli par l'exigence d'arrêter de fumer dans les 3 semaines. Le fait de participer à un projet pilote d'aide à l'arrêt dans un cadre de recherche a pu être vécu par les jeunes comme une pression supplémentaire qui ne leur laissait pas la possibilité d'échouer. Il est important d'avertir les jeunes qui se lancent dans une démarche d'arrêt que cesser de fumer n'est pas facile et qu'il est normal de s'y prendre à plusieurs reprises avant d'y arriver définitivement et qu'ils acquièrent ainsi de l'expérience.

Il est impératif que les professionnels, qu'ils agissent dans le champ des soins ou de la prévention, tiennent compte dans leur approche de l'ensemble du milieu de vie (école, loisir, etc..) dans lequel évolue le jeune. Certains iront plus facilement s'adresser -outre à un parent ou un ami – à d'autres professionnels en périphérie du système de santé. Il peut s'agir de l'infirmière scolaire ou de l'assistante sociale mais aussi d'un animateur de quartier, d'un professeur de philosophie ou de toute personne qui, par sa position excentrée dans l'institution ou la société, ou par ses propos décalés par rapport à ceux des autres adultes, peut leur apparaître comme un interlocuteur susceptible d'entendre leurs difficultés. Sans doute y a-t-il là à réfléchir sur une **fonction relais** dévolue à ces interlocuteurs pour leur permettre d'assurer un accueil, une écoute, un soutien auprès des jeunes et le cas échéant, être capable de passer la main et les aider à s'orienter vers des professionnels spécialisés.

## 9 Conclusion et recommandations

A Genève, 36.8 % des jeunes que nous avons interrogés fument la cigarette, dont 25% quotidiennement. Plus de la moitié d'entre eux expriment leur intention d'arrêter de fumer à court et à moyen terme. La plupart pense qu'avec un peu de volonté, ils peuvent faire la démarche seuls. Généralement, ils ignorent où ils peuvent trouver de l'aide et font rarement une démarche pour trouver du soutien. Les jeunes fumeurs se dirigent plus volontiers vers leur médecin généraliste que vers un spécialiste. Or, la plupart d'entre eux ne consulte leur généraliste qu'une fois par an seulement. Il est donc impératif de développer **une meilleure promotion** des interventions d'aide à l'arrêt du tabac pour les jeunes. L'accès et la visibilité en sont les critères essentiels. Voici quelques recommandations et principes pour une intervention brève, issus de la recherche scientifique et émanant de groupe d'expert :

- Une consultation **spécifique** d'aide à l'arrêt du tabac pour le jeune n'est pas **coût-efficace**. Cependant, il importe d'être cohérent et le jeune qui souhaite arrêter de fumer doit pouvoir se diriger vers une structure d'aide au sevrage. Pour ce faire, il est important d'informer les professionnels en contact avec des jeunes (infirmières scolaires, animateur, pédiatre, gynécologue, etc.) et de leur donner davantage de moyens pour intervenir. Ces professionnels sont en mesure d'aider les jeunes à formuler une demande d'aide, même momentanée, qui puisse leur permettre de dépasser leurs difficultés et, en cas de nécessité de les orienter vers des structures adaptées.
- Les professionnels de santé devraient **identifier systématiquement** le tabagisme ainsi que la consommation d'alcool et de substances illicites **dans toute consultation de santé** de premier recours : une première intervention brève permet de détecter le stade de changement et le degré de motivation à arrêter du jeune fumeur. A cet effet, l'intervenant devra disposer des outils nécessaires à ce type d'intervention.
- Tout adulte en contact avec les jeunes devrait se sentir concerné et tenir **un discours motivationnel** et **non-jugeant** avec les adolescents fumeurs. Il consiste à susciter l'ambivalence par rapport à leur consommation et à les conduire progressivement au changement. Beaucoup de jeunes sont très peu confiants dans leur capacité à arrêter de fumer. Il s'agit avant tout de les rassurer sur leurs capacités et de valoriser toute tentative d'arrêt, même si les tentatives précédentes ont échoué.
- Les jeunes analysent peu leurs motivations à l'arrêt et font beaucoup de tentatives improvisées, généralement seuls. Il convient d'informer les jeunes de **la nécessité d'une aide, d'un soutien** et d'une **préparation** pour augmenter leur taux de réussite. Ils pourront

utiliser le **test de dépendance** (voir en annexe 11.1 et 11.2) spécialement adapté à l'adolescence.

■ Il importe de tenir compte du contexte psychosocial dans lequel évolue l'adolescent afin de détecter les **autres consommations de substances causant un abus ou la dépendance** et de repérer les situations à risque qui nécessitent une attention particulière et une approche multidisciplinaire. Il est également important d'être attentif à la période de vie dans laquelle se trouve le jeune (ex. période examens, conflits familiaux, problème de santé, etc.)

■ Il convient **de différencier la prise en charge selon le sexe**. Les filles recherchent davantage de soutien et seront plus relationnelles dans leur démarche (éventuellement auprès d'un professionnel de santé) tandis que les garçons souhaitent plutôt obtenir des informations directement en lien avec le sevrage (essentiellement à l'école).

■ L'**accessibilité** et la **confidentialité** sont cruciales pour la qualité de la prise en charge de l'adolescent et l'efficacité du programme d'aide à l'arrêt du tabagisme. Les médecins de premiers recours peuvent recommander plusieurs types d'aide, notamment les systèmes informatisés d'aide au sevrage comme complément à leur intervention ([www.nuitgrave.ch](http://www.nuitgrave.ch) et [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch)). Des brochures peuvent être commandées auprès de l'AT ([www.at-suisse.ch](http://www.at-suisse.ch)). Dans le canton de Genève, une prise en charge des jeunes par un spécialiste peut être envisagée sur rendez-vous à la « Consultation Santé Jeunes » des HUG, téléphone 022/372.33.87.

■ Il importe d'appliquer des méthodes qui tiennent compte de la situation et de l'autonomie des jeunes et qui leur permettent de développer leur capacité à gérer des situations à risque (self-efficacy) tout en leur reconnaissant leur propre décision d'arrêter de fumer. À cet égard, l'**entretien motivationnel** et l'**approche cognitivo-comportementale** sont les outils les plus appropriés et efficaces. A ce titre, l'intervenant bénéficiera d'une formation spécifique.

■ Bien qu'aucune contre-indication globale n'ait été découverte concernant l'utilisation des substituts nicotiques et la prescription du bupropion pour le traitement du sevrage tabagique chez les jeunes, **il y a actuellement peu de base scientifique qui recommande l'utilisation systématique d'un traitement pharmacologique pour les adolescents qui souhaitent arrêter de fumer**. Les substituts nicotiques et le bupropion pourraient être prescrits aux adolescents ayant une dépendance avérée à la nicotine (en fonction du test de dépendance) et n'ayant pas de contre-indication.

■ L'intervention d'aide à l'arrêt chez le jeune doit tenir compte de **l'entourage** perçu souvent comme **une ressource importante**, comme par exemple, la famille ou le soutien d'un ex-fumeur ami ou d'un groupe faisant la même démarche. La démarche d'arrêt doit être perçue comme très attractive et doit être valorisée par un maximum de jeunes. La famille joue un rôle considérable dans l'utilisation des services de santé par les jeunes.

■ Le choix des méthodes d'intervention ainsi que leur contenu sont les garants de réussite pour la prise en charge du jeune : à cet effet il convient d'utiliser une approche spécifique qui répond à leurs besoins et dont **l'efficacité** a pu être démontrée.

■ Il convient de renforcer les **mesures structurelles**, notamment les lieux publics sans fumée (ex : enceinte scolaire), la limitation de l'accès aux cigarettes (ex : les distributeurs) et un prix élevé du paquet de cigarettes. Les éléments principaux de motivation à l'arrêt chez les jeunes fumeurs sont la santé et l'argent.

■ Les services d'aide à l'arrêt pour le jeune devraient être entièrement **gratuits**.

■ Il est impératif de bénéficier de moyens financiers plus importants pour réaliser des études randomisées en suisse sur le sevrage tabagique chez les jeunes et plus spécifiquement sur

- les méthodes de recrutement,
- sur l'implication des pairs,
- sur le rôle des médecins et autres professionnels de santé,
- sur l'efficacité des méthodes d'aide à l'arrêt pertinentes pour les adolescents (adaptées au développement et aux enjeux de l'adolescence),
- sur les interactions entre le tabac, l'alcool et le cannabis et les possibilités d'arrêt simultanées.

Ce projet a tout d'abord permis à certains jeunes de penser à arrêter de fumer et à d'autres à entamer une vraie démarche d'arrêt. Les jeunes qui ont reçu des informations sur le programme et ceux qui sont venus à la Consultation Santé Jeunes savent désormais qu'il existe un lieu à Genève où ils peuvent être aidés. Depuis de nombreuses années la prévention primaire essaie de donner les moyens aux jeunes de ne pas commencer à fumer, désormais et en terme de prévention secondaire, il est offert aux jeunes un lieu pour arrêter de fumer! Ce service s'inscrit dans un réseau qui a un rôle important à jouer en terme de prévention (secondaire) et de promotion du sevrage.

# 10 Bibliographie

## 10.1 Bibliographie sur la partie introductive

Amos, A., Wiltshire, S., Bostock, Y., Haw, S. & McNeill, A. (2004). 'You can't go without a fag ... you need it for your hash' – a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people. *Addiction*, 99, 77-81.

AndaRF., Croft JB., Felitti VJ., Nordenberg D., Giles WH., Williamson F., Giovino GA.(1999) Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*, 282 : 1652-1658.

Baer, J.S. & Peterson, P.L. (2002). Motivational interviewing with adolescents and young adults. IN: Miller, W.R. & Rollnick, S. (eds.). *Motivational Interviewing: Preparing people to change* (Second edition). New York : The Guilford Press.

Backinger tobacco controle 2003

Benuck, I., Gidding, S.S., Binns, H.J. (2001). Identification of adolescent tobacco users in a pediatric practice. *Achives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 32-35.

Bonard, L., Janin-Jacquat, B., Michaud, P.-A. (2001). Who are the adolescent who stop smoking ? *European Journal of Pediatrics*, 160, 430-435.

Chinet L., Bolognini M, Plancherel B, RossierV, Stéphan P, Laget J, Halfon O (2003) L'adolescent consommateur de substances face au réseau de soins. *Rev Med Suisse Rom* 123:591-3.

Chollet A., Cornuz J., Michaud P-A., Suris J-C. (2005). Désaccoutumance au tabac chez les jeunes. Etude qualitative. *Raisons de santé XX- Lausanne*. Hospices cantonaux. Département universitaire de médecine et de santé communautaire et institut universitaire de médecine sociale et préventive à Lausanne.

Cornuz, J. (2002). Désaccoutumance au tabac en Suisse. Recommandations d'un panel d'experts. *Bulletin des médecins suisses*, 83(13), 611-615.

Dalton MA., Sargent JD., Beach ML., Titus-Ernstoff L., Gibson JJ., Ahens M,B, et coll. (2003). Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation : a cohort sudy. *Lancet* 2003, 362 : 281-285.

Dino, G., Horn, K., Goldcamp, J., Fernandes, A., Kalsekar, I., & Massey, C. (2001). A 2-year efficacy study of Not On Tobacco in Florida: an overview of program successes in changing teen smoking behavior. *Preventive Medicine*, 33, 600-605.

Donovan, K.A. (2000). Smoking cessation programs for adolescents. *The Journal of School Nursing*, 16(4), 36-43.

Dubois, G. & Tramier, B. (2003). Industrie du tabac et pandémie tabagique. *Médecine & Hygiène*, 61, 1839-44.

Engels, R.C., Knibbe, R.A., de Vries, H. & Drop, M.J. (1998). Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change? *Preventive Medicine*, 27, 348-357.

- Etter, J.-F. & Perneger, T.V. (2001). Effectiveness of a computer-tailored smoking cessation program: a randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 161(21), 2596-2601.
- Etter, J.-F. (2002). Using new information technology to treat tobacco dependence. *Respiration*, 69, 111-114.
- Ford, D.E., Vu, H.T., Anthony, J.C. (2002). Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 243-248.
- Garrison, M.M., Christakis, D.A., Ebel, B.E., Wiehe, S.E & Rivara, F.P. (2003). Smoking cessation interventions for adolescents. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(4), 363-367.
- Grimshaw G, Stanton A, Blackburn C *et al.* (2003) Patterns of smoking, quit attempts and services for a cohort of 15- to 19-year-olds. *Child Care Hlth Dev* 29:457.
- Holly A., Gardiol L., Zurn P. (1999). Relation(s) entre la consommation tabagique et la taxation du tabac – Divers scénarios- synthèse du rapport final, Institut d'économie et management de la santé, Université de Lausanne. [http://www.hec.unil.ch/iems/Publications/publications/tabac\\_ofsp.pdf](http://www.hec.unil.ch/iems/Publications/publications/tabac_ofsp.pdf)
- Hopkins, D.P., Briss, P.A., Ricard, C.J., Husten, C.G., Carande-Kulis, V.G., Fielding, J.E., Alao, M.O., McKenna, J.W., Sharp, D.J., Harris, J.R., Woollery, T.A. & Harris, K.W. (2001). The Task Force on Community Preventive Services, Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke, *American Journal of Preventive Medicine*, 20(2), 16-66.
- Hanson, K., Allen, S., Jensen, S. & Hatsukami, D. (2003). Treatment of adolescent smokers with nicotine patch. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(4), 515-526.
- Humfleet, G.L. & Haas, A.L. (2004). Is marijuana use becoming a 'gateway' to nicotine dependence? *Addiction*, 99, 5-6.
- Hurt, R.D., Croghan, G.A., Beede, S.D., Wolter, T.D., Croghan, I.T., Patten, C.A. (2000). Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers. *Achives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 31-37.
- ISPA. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. (2003). *Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues 2003*. CD-ROM. Lausanne: ISPA.
- ISPA. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. (2001). *Alcool, tabac et cannabis dans la réalité quotidienne des 12-15 ans*. Sélection de résultats issus d'une enquête menée sous l'égide de l'OMS avec le soutien financier de l'OFSP. Lausanne : ISPA.
- Keller, R., Krebs, H. & Hornung, R. (2003). *Tabakmonitoring. Bericht über den Tabakkonsum der in der Schweiz wohnhaften Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.

- Killen, J.D., Ammerman, S., Rojas, N., Varady, J., Haydel, F., Robinson, T.N. (2001). Do adolescent smokers experience withdrawal effects when deprived of nicotine? *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(2), 176-182.
- Klein, J.D., Levine, L.J., Allan, M.J. (2001). Delivery of smoking prevention and cessation services to adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 597-602.
- Ladame, F. (2003). *Les éternels adolescents. Comment devenir adulte*. Paris : Odile Jacob.
- Lando HA., Thai Dt., Murray Dm., Robinson La. Jefferey Rw., Sherwood Ne., Hennrikus Dj. Age of initiation, smoking patterns, and risk in a population of working adults. *Preventive Medicine* 1999, 29 : 590-598.
- Lee, C.-Y., Glantz, S.A. (2001). *The tobacco industry's successful efforts to control tobacco policy making in Switzerland*. Center for Tobacco Control Research and Education. Tobacco Control Policy Making: International. University of California: San Francisco.
- Lécallier D., Michaud Ph., (2004). L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie*, 26 (2) : 129-134.
- Maule, C.O., Moyer, C.A. & Lovato, C.Y. (2003). Application of a better practices framework to review youth tobacco use cessation. *American Journal of Health Behavior*, 27(2), S132-S143.
- McCambridge, J.M. & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99, 39-52.
- McDonald, P., Colwell, B., Backinger, C.L., Husten, C. & Maule, C.O. (2003). Better practices for youth tobacco cessation: evidence of review panel. *American Journal of Health Behavior*, 27(2), S144-S158.
- MillerWR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd edition. New york : Guilford Press, 2002.
- Milton, M.H., Maule, C.O., Backinger, C.L. & Gregory, D.M. (2003). Recommendations and guidance for practice in youth tobacco cessation. *American Journal of Health Behavior*, 27(2), S159-S169.
- Moolchan, E.T. (2000). A review of tobacco smoking in adolescents: treatment implications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 682-693.
- Moolchan E.T., Robinson M.L., Ernst M., Cadet J-L, Pickworth W.B., Heshman S.J., Schroeder J.R. (2005) Safety and efficacy of the Nicotine Patch and Gum for the Treatment of Adolescent Tobacco Addiction. *Pediatrics*. 115;407-414.
- O'Loughlin, J., DiFranza, J., Tyndale, R.F., Meshefedjian, G., McMillan-Davey, E., Clarke, P.B.S., Hanley, J & Paradis, G. (2003). Nicotine-Dependance Symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 219-225.

- Office Fédéral de la Santé Publique. (2001). *Programme national pour la prévention du tabagisme 2001-2005*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique. (2002). *Des impôts plus élevés pour lutter contre le tabagisme*. Spectra N° 32. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique. (2003). *Tabac : les restrictions de la publicité sont efficaces pour la prévention*. Spectra N° 41. Berne : OFSP.
- Paavola, M., Vartiainen, E. & Puska, P. (2001). Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Education Research*, 16(1), 49-57.
- Pallonen, U.E., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Prokhorov, A.V. & Smith, N.F. (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors*, 23(3), 303-324.
- Patten, C.A., Ames, S.C., Ebbert, J.O., Wolter, T.D., Hurt, R.D., Gauvin, T.R. (2001). Tobacco use outcomes of adolescents treated clinically for nicotine dependence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 831-837.
- Pbert, L., Moolchan, E.T., Muramoto, M., Winickoff, J.P., Curry, S., Lando, H., Ossip-Klein, D., Prokhorov, A.V., DiFranza, J., Klein, J.D. (2003). The state of office-based interventions for youth tobacco use. *Pediatrics*, 111 (6), e650-e660.
- Prokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, Ding L, Niaura R. (1996) Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. *Addict Behav*, 21 : 117-127.
- Prokhorov Av. , (2001). Theoretically sound approaches to prevention and cessation of cigarette smoking among youths. *Pediatr Pulmonol*, suppl 23:57-59.
- Santé Canada. (2000). *Étude sur l'usage du tabac et la prévention de la récurrence chez les jeunes*. Web. Accédé 21.10.2003, [http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/prog\\_arc\\_f/jeunes\\_fumees/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/prog_arc_f/jeunes_fumees/index.html) . Ottawa : Santé Canada.
- Schmid, H. (2001). Predictors of cigarette smoking by young adults and readiness to change. *Substance Use and Misuse*, 36, 1519-1542.
- Smith, T.A., House, R.F., Croghan, I.T., Gauvin, T.R., Colligan, R.C., Offord, K.P., Gomez-Dahl, L.C., Hurt, R.D. (1996). Nicotine patch therapy in adolescent smokers. *Pediatrics*, 98(4), 659-667.
- Soumaille, S. (2003). *La dépendance au tabac (J'ai envie de comprendre)*. Genève : Médecine & Hygiène.
- Spice P (2004) ABC of smoking cessation - Setting up a cessation service. *Br Med J* 328:699-701
- Sussman, S., Dent, C. W., & Lichtman, K. L. (2001). Project EX: outcomes of a teen smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 26, 425-438.

Sussman, S., Lichtman, K., Ritt, A., & Pallonen, U. E. (1999). Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Substance Use & Misuse*, 34, 1469-1503.

United States Department of Health and Human Services. (1994). *Tobacco and the clinician: Interventions for medical and dental practice*. Washington, DC: US Government Printing Office.

Vink, J.M., Gonneke, W. & Boomsma, D.I. (2003). The association of current smoking behavior with the smoking behavior of parents, siblings, friends and spouses. *Addiction*, 98(7), 923-931.

Vuckovic, N., Polen, M.R. & Hollis, J.F. (2003). The problem is getting us to stop. What teens say about smoking cessation. *Preventive Medicine*, 37(3), 209-218.

West, R., McNeill, A., Raw, M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, 55, 987-999.

## **10.2 Bibliographie sur les instruments de mesure**

Elia D., La motivation à l'arrêt, Genesis, juin 2004, N°97 : 9-10

Etter J.-F., Trinh vu Duc., Perneger, T. (1999) Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers, *addiction* 1999 ; 94 ; 269-281.

Etter, J.-F., Le Houezec, J. & Perneger, T. (2003). A self administered questionnaire to measure dependence on cigarettes : the Cigarette Dependence Scale. *Neuropsychopharmacology*, 28, 359-370.

Guyon L, Landry M, Desjardins L. (2000). *Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes. Premières corrélations (Instrument interne du RISQ)*. Montréal (Québec), RISQ.

Heatherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R. & Fagerström, K.-O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.

Laguerre G. , Mautrait C., Béhar C., Cormier S., Comment évaluer la dépendance tabagique chez adolescent ?, Le Courrier des addictions (6), n°3, juillet-août-septembre 2004.

Leatherhale S. T., Mac Donald P. W. (2005). What smoking cessation approaches will young smokers use? *Addictive Behaviors*, 30, 1614-1618.

Marcelli, D, et Coll. (2001) Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent" CIM-10/OMS, Paris, Masson.

O'Loughlin, J., DiFranza, J., Tyndale, R.F., Meshefedjian, G., McMillan-Davey, E., Clarke, P.B.S., Hanley, J & Paradis, G. (2003). Nicotine-Dependence Symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 219-225.

Pallonen, U.E. (1998). Transtheoretical measures for adolescent and adult smokers: similarities and differences. *Preventive Medicine*, 27, A29-A38.

Pallonen, U.E., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Prokhorov, A.V. & Smith, N.F. (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors*, 23(3), 303-324.

Plummer, B.A., Velicer, W.F., Redding, C.A., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Pallonen, U.E. & Meier, K.S. (2001). Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking: measurement and validation in a large school-based population of adolescents. *Addictive Behaviors*, 26(4), 551-571.

Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Rossi, J.S. & Prochaska, J.O. (1990). Relapse situations and self-efficacy : an integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.

### **10.3 Publications des auteurs du projet dans le domaine concerné**

Bolognini, M., Laget, J., Plancherel, B., Chinet, L., Rossier, V. & Halfon, O. (2000). Abus de substances à l'adolescence : présentation d'une version française de l'ADAD. *Annales Médico-Psychologiques*, 158 (8), 632-642.

Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Chinet, L., Rossier, V., Cascone, P., Stéphan, P. & Halfon, O. (2001). Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction*, 96, 1477-1484.

Broers B, C. Junet, M.Bourquin, JJ.Déglon, L.Perrin, B.Hirschel. Incidence and prevalence of HIV, hepatitis B and C among drug users on methadone maintenance treatment in Geneva between 1988 and 1995. *AIDS* 1998, 12: 2058-2066

Broers B, F.Giner, P.Dumont, A.Mino. Inpatient opiate detoxification in Geneva: follow-up at 1 and 6 months. *Drug Alcohol Depend* 58 (2000) 85-92

Broers B, Gache P, Humair JP. Addictions en médecine communautaire : Réflexions et perspectives. *Med et Hyg* 2003; 61: 1782-1785.

Broers B, T. Perneger, A.Mino. Scientific soundness of the Swiss heroin trials. Letter to the Editor *J Substance Abuse Treatment* 19 (2000) 209-213

Chinet L, Bolognini M, Plancherel B, Rossier V, Stéphan Ph, Laget J, Halfon O. (2003). L'adolescent consommateur de substances face au réseau de soins. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 123(9), 591-593.

Chinet L, Meynard A, Narring F. (2003). Consommation de cannabis chez les adolescents et jeunes adultes, la pointe de l'iceberg? Réflexions à l'usage des médecins de premier recours. *Médecine & Hygiène*, 61, 1786-1792.

- Chinet, L., Bernard, M., Stéphan, Ph. & Rubin, A. (2003). Enquête dans les soirées techno: nouvelles consommations et accès au réseau de soins. *Médecine & Hygiène*, 61, 631-4.
- Chinet, L., Bolognini, M., Plancherel, B. & Halfon, O. (1998). Is alexithymia a risk factor for addictive behaviours in adolescents and young adults ? *Swiss Journal of Psychology*, 57(3), 145-152.
- Chinet, L., Plancherel, B., Bolognini, M., Holzer, L. & Halfon, O. (à paraître, 2004). Adolescent substance-use assessment: methodological issues in the use of the ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis). *Substance Use & Misuse*, 39.
- Chinet, L., Rossier, V., Bolognini, M., Plancherel, B & Halfon, O. (2000). *Suivi d'adolescents abuseurs et dépendants de substances psychoactives : une étude longitudinale*. In Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996-1998, Vol. II : Prévention, pp. 77-80.
- Cornuz J, Humair JP, Seematter L, Stoianov R, Van Melle G, Stalder H, Pécoud A. Efficacy of resident training in smoking cessation: A randomized controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Ann Intern Med* 2002; 136: 429-437.
- Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Tabacologie: Quels conseils pour quels fumeurs ? *Med et Hyg* 2003; 61: 1849-1860.
- Cornuz J, Humair JP. L'arrêt du tabac : Pourquoi, quand et comment ? *Med et Hyg* 2000; 58: 599-605.
- Dazord A, A.Mino, D.Page, B. Broers. Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *Eur Psychiatry* 1998, 13: 235-241
- Dazord A, B. Broers, F.Giner, A.Mino. Qualité de vie de patients toxicomanes ayant une prise en charge comportant une prescription contrôlée d'héroïne. *Ann Médico-psychologiques* 1998, 156 (10): 681-693
- Etter JF, Bergman MM, Humair JP, Perneger TV. Measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction* 2000; 95: 901-913.
- Etter JF, Humair JP, Bergman MM, Perneger TV. Development and validation of the Attitudes Towards Smoking scale (ATS-18). *Addiction* 2000; 95: 613-625.
- Humair J.P. Smoking cessation strategies used in general practice: An observational study of 157 videotaped observations. M.P.H. Thesis. Sydney: University of New South Wales, 1995. (Thesis supervisor: A/Prof. J. Ward).
- Humair J.P., Cornuz J. Désaccoutumance au tabac: Programme de formation des médecins "Vivre sans tabac". Bern: FMH & OFSP, 2000.
- Humair JP, Cornuz J. A new curriculum using active learning methods and standardized patients to train residents in smoking cessation. *J Gen Intern Med* 2003, 18: 1023-1027
- Humair JP, Cornuz J. Formation postgraduée et continue des médecins à la désaccoutumance au tabac : Description d'un programme efficace. *Med et Hyg* 2003; 61: 1809-1815.

- Humair JP, Etter JF (pour CDS). Informations aux patients : Pourquoi et comment arrêter de fumer ? *Med et Hyg* 2002; 60: 575-576.
- Humair JP, Ward J. Smoking cessation strategies observed in videotaped general practice consultations. *Am J Prev Med*, 1998; 14: 1-8.
- Konings, E., Dubois-Arber, F., Narring, F. & Michaud, P.-A. (1995). Identifying adolescent drug users: results of a national survey on adolescent health in Switzerland. *Journal of Adolescent Health*, 16(3), 240-7.
- Konings, E., Dubois-Arber, F., Narring, F. & Michaud, P.-A. (1995). Identifying adolescent drug users: results of a national survey on adolescent health in Switzerland. *Journal of Adolescent Health*, 16, 240-7.
- Michaud, P.-A. & Narring, F. (1996). Physical fitness in children and adolescents: how can it be measured? A review of the literature. French. *Archives de Pédiatrie*, 3(5), 497-504.
- Michaud, P.-A., Narring, F., Dubois-Arber, F. & Paccaud, F. (1993). Health survey of 15-20-year-old adolescents in French-speaking Switzerland. French. *Schweiz Med Wochenschr*, 123(40), 1883-95.
- Mino A, A.Bousquet, B. Broers. Substance abuse and drug-related death; suicidal ideation and suicide: a revision. *Crisis* 1999, 20 (1), 28-35.
- Mino A, D.Page, P.Dumont, B. Broers. (1998) Treatment failure and methadone dose in a public methadone maintenance programme in Geneva. *Drug Alcohol Depend.* 50: 233-239.
- Narring, F. & Michaud, P.-A. (1995). Methodological issues in adolescent health surveys: the case of the Swiss Multicenter-adolescent Survey on Health. *Soz Präventivmed*, 40(3), 172-82.
- Narring, F. & Michaud, P.-A. (2000). Adolescents and ambulatory care: results from a national survey of young people 15 to 20 years of age in Switzerland]. French. *Archives de Pédiatrie*, 7(1), 25-33.
- Narring, F. & Pawlak, C. (2001). Prevention of risky behaviors in adolescence. French. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 121(3), 247-9.
- Narring, F. & Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., Suris, J.C., Diserens, C., Alsaker, F., Michaud, P.A. (2003). *Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002 : Swiss Multicenter Adolescent Study on Health 2002*. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive ; Berne : Institut für Psychologie; Bellinzona: Sezione sanitaria.
- Perneger T, A.Mino, B. Broers. Patterns of opiate use in a heroin maintenance programme. *Psychopharmacology*, 152 (2000) 1: 7-13.
- Prins M, R.P.Brettel, J.R.Robertson, I.Hernandez, B. Broers, N.Carré, D.J.Goldberg, R.Zangerle, R.A. Coutinho, A. van den Hoek. Geographic variation in disease progression in HIV-1 seroconverted injecting drug users in Europe? *Int J Epidemiology* 1999, 28(3), 541-549

- Prins M., I.Hernandez, RP.Brette, JR Robertson, B. Broers, N. Carré, David J. Goldberg, R. Zangerle, R.A.Coutinho, A. van den Hoek. Pre-AIDS mortality from natural causes associated with HIV disease progression: evidence from the European Seroconverter Study among injecting drug users. *AIDS* 1997, 11: 1747-1756
- Raymond L, Usel M, Allal A, Antille M, Bouchardey C, Dulguerov P, Eshaya-Chauvin B, Humair JP, Mach N, Sanabria R, Subtil G, Lehmann W. Les cancers ORL à Genève: Bilan épidémiologique. *Med et Hyg* 2001; 59: 2013-2020.
- Renaud, A., Narring, F., Cosinschi-Meunier, M. & Michaud, P.-A. (2001). Mapping adolescent health and lifestyles in a multi-state country: methodological aspects and first results. *Soz Präventivmed*, 46(3), 161-71.
- Rodondi, P.-Y., Narring, F., Michaud, P.-A. (2000). Drinking behaviour among teenagers in Switzerland and correlation with lifestyles. *European Journal of Pediatrics*, 159(8), 602-7.
- Stroński, S.M., Ireland, M., Michaud, P.-M., Narring, F. & Resnick, M.D. (2000). Protective correlates of stages in adolescent substance use: a Swiss National Study. *Journal of Adolescent Health*, 26(6), 420-7.
- Thomé, F., B. Broers, C. Junet, J.J. Déglon, M. Bourquin, A. Mino, L. Perrin, B. Hirschel. Le déclin d'une épidémie: le VIH parmi les toxicomanes à Genève, 1988-1994. *La Presse Médicale*, 1995; 24; 1099-1102
- Van Asten, L, I.Verhaest, S.Lamzira1, I.Hernandez-Aguado, R.Zangerle, F.Boufassa, G. Rezza, B. Broers, JR.Robertson, RP.Brette, J.McMenamin, M.Prins, A.Cochrane, P. Simmonds, RA.Coutinho, S.Bruisten for the European and Italian Seroconverter Studies. The spread of hepatitis C virus among European injecting drug users infected with HIV: a phylogenetic analysis. *J Infect Diseases* (accepted 2003).

## 11 Annexes

### 11.1 Test de la dépendance pour les adolescents fumeurs réguliers d'après Fagerström \*

1. A quel moment de la journée prenez-vous votre première cigarette ?

- Avant de quitter le domicile (3)
- Après avoir quitté le domicile (2)
- Après le repas de midi (1)
- Plus tard (0)

2. Combien de temps pouvez-vous rester sans ressentir le besoin de fumer quelle que soit votre activité ?

- 0 à 2 heures (2)
- De 2 heures à 4 heures (1)
- Plus d'une matinée ou d'une après-midi (0)

3. Combien de cigarettes fumez-vous régulièrement par jour ?

- 1 à 5 (1)
- 6 à 9 (2)
- 10 à 15 (3)
- plus de 15 (4)

4. Fumez vous même si une maladie vous oblige à rester à la maison

- Oui (1)
- Non (0)

**Cotation : effectuer le total en fonction des valeurs entre parenthèses**

- **Score entre 0-2 : pas de dépendance**
- **Score entre 3-4 : dépendance faible**
- **Score entre 5-6 : dépendance moyenne**
- **Score entre 7-8 : dépendance forte**
- **Score entre 9-10 : dépendance très forte**

\* Lagrue G., Comment évaluer la dépendance tabagique chez l'adolescent, Courrier des Addictions (6) n°3 juil and sept 2004 (112-114)

## 11.2 Test de la dépendance HONC (version adaptée pour les adolescents)\*\*

Cocher la bonne réponse :

• Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer sans y parvenir ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Vous êtes vous déjà senti accro à la cigarette ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Avez-vous déjà eu des envies incontrôlables de cigarettes ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Avez-vous déjà ressenti un fort besoin de cigarette ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit comme par exemple à l'école ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Quand vous avez essayé d'arrêter de fumer...ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps....

• Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur quelque chose parce que vous ne pouviez pas fumer ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Avez-vous senti une envie irrésistible et urgente de fumer ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Vous êtes-vous senti(e) nerveux (se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
• Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**Cotation : oui = 1 non =0**

**Une seule réponse positive à une de ces 10 questions indique que vous êtes peut-être dépendant chimiquement à la nicotine**

\*\* Source : DiFranza JR et coll., Development of symptoms of tobacco dependence in youths : 30 month follow up data from the DANDY study. Tob. Control. Sep 2002; 11:228-235.

## 11.3 Le questionnaire du sondage

### Consultation Santé Jeunes



#### SONDAGE SUR LE TABAGISME

*Nous allons développer avec le soutien de l'Office Fédéral de la Santé Publique un programme destiné aux jeunes qui souhaitent arrêter de fumer. Pour cela, nous aimerions connaître votre avis afin de mieux répondre à leurs (vos) besoins. Nous vous remercions infiniment de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Les réponses seront traitées de manière ANONYME.*

1. Quel est votre année de naissance ? 19  (année de naissance)

2. Etes vous...  Un garçon  Une fille

3. Que faites-vous actuellement ? (une seule réponse)

- Je suis à l'école (collège, école de commerce, HES, etc.)
- Je fais une formation professionnelle (école professionnelle, apprentissage, etc.)
- Je travaille
- Je suis sans occupation
- Autre (préciser) :

4. Actuellement, fumez-vous du tabac ? (une seule réponse)

- Oui, tous les jours
- Oui, occasionnellement
- Non, je n'ai jamais été fumeur/se
- Non, j'ai essayé mais je ne fume pas
- Non, je suis ex-fumeur/se

5. Si vous fumez, laquelle des propositions suivantes décrit le mieux votre situation actuelle ? (une seule réponse)

- Je fume et je n'ai **pas** l'intention d'arrêter de fumer
- Je fume et j'envisage d'arrêter de fumer **au cours des 6** prochains mois
- Je fume et j'envisage d'arrêter de fumer dans **plus de 6** mois

5a. Si vous fumez tous les jours, combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?

cigarettes par jour

6. Si vous fumez tous les jours, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

minutes

7. Actuellement, est-ce que vous consommez l'une de ces **substances** et si oui, à quelle fréquence ? (mettre une croix dans la case correspondant à votre réponse)

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Tous les jours
Alcool				
Cannabis				

8. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait **aider** un jeune de moins de 20 ans à arrêter de fumer ?

---



---



---

9. A votre avis, quels sont les **thèmes importants** dont il faut parler dans un programme d'aide à l'arrêt du tabac, destiné aux jeunes de moins de 20 ans? (*plusieurs réponses possibles*)

- |   |  |
|---|--|
| <b>A</b> <input type="checkbox"/> Risques pour la santé                 | <b>J</b> <input type="checkbox"/> La dépendance                      |
| <b>B</b> <input type="checkbox"/> Publicité                             | <b>K</b> <input type="checkbox"/> Prix / vente de tabac aux mineurs  |
| <b>C</b> <input type="checkbox"/> Sevrage et le manque de nicotine      | <b>L</b> <input type="checkbox"/> Services d'aide à l'arrêt du tabac |
| <b>D</b> <input type="checkbox"/> Déprime                               | <b>M</b> <input type="checkbox"/> L'influence des autres             |
| <b>E</b> <input type="checkbox"/> Le look                               | <b>N</b> <input type="checkbox"/> Lien entre tabac et cannabis       |
| <b>F</b> <input type="checkbox"/> Additifs chimiques dans la cigarette  | <b>O</b> <input type="checkbox"/> Bénéfices pour la santé            |
| <b>G</b> <input type="checkbox"/> Estime de soi                         | <b>P</b> <input type="checkbox"/> Stress                             |
| <b>H</b> <input type="checkbox"/> Problème de poids                     | <b>Q</b> <input type="checkbox"/> Fumée passive                      |
| <b>I</b> <input type="checkbox"/> Les parents et autres adultes fumeurs | <b>S</b> <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____           |

9a. Parmi ces différentes propositions, laquelle vous semble la **plus importante** ?

(*inscrire la lettre alphabétique*)

10. **Combien de temps** serez-vous prêt(e) à mettre pour suivre un programme d'aide à l'arrêt du tabac ? (*Une seule réponse possible*)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 8 heures par mois pendant 3 mois | <input type="checkbox"/> 4 heures par mois pendant 3 mois |
| <input type="checkbox"/> 2 heures par mois pendant 3 mois | <input type="checkbox"/> 1 heure par mois pendant 3 mois  |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____         |   |

11. Voici quelques propositions pour aider un jeune de moins de 20 ans à arrêter de fumer. Laquelle ou lesquelles vous paraissent **importante(s)** ? (*plusieurs réponses possibles*)

- |  |  |
|--|--|
| <b>A</b> <input type="checkbox"/> Être soutenu(e) par un(e) ami(e)   | <b>H</b> <input type="checkbox"/> Recevoir des conseils diététiques                      |
| <b>B</b> <input type="checkbox"/> Participer à des séances en groupe   | <b>I</b> <input type="checkbox"/> Faire de la relaxation                                 |
| <b>C</b> <input type="checkbox"/> Participer à des séances individuelles   | <b>J</b> <input type="checkbox"/> Confidentialité (que cela ne se sache pas)             |
| <b>D</b> <input type="checkbox"/> Arrêter de fumer à deux (partenaire, copains, frère ou sœur)                                       | <b>K</b> <input type="checkbox"/> Que les parents (beaux-parents) arrêtent en même temps |
| <b>E</b> <input type="checkbox"/> Avoir accès à un service gratuit   | <b>L</b> <input type="checkbox"/> Participer à un programme sur Internet                 |
| <b>F</b> <input type="checkbox"/> Utiliser des médicaments qui aident à arrêter (patch, chewing gum, comprimé à la nicotine, Zyban®) | <b>M</b> <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____                               |
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

11a. Parmi ces différentes propositions, laquelle vous semble la **plus importante** ?  
 (*inscrire la lettre alphabétique*)

12. A votre avis, à **qui** un jeune de moins de 20 ans qui souhaite arrêter de fumer, devrait-il s'adresser pour obtenir du **soutien** ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. D'après vous, **quel est le meilleur endroit** pour suivre un programme d'aide à l'arrêt du tabac ? (*Une seule réponse possible*)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> l'école                                    | <input type="checkbox"/> une maison de quartier                              |
| <input type="checkbox"/> un centre de consultation pour adolescents | <input type="checkbox"/> un cabinet de médecin                               |
| <input type="checkbox"/> un centre de loisir                        | <input type="checkbox"/> les locaux d'une association (ex : CIPRET)          |
| <input type="checkbox"/> consultation à l'hôpital                   | <input type="checkbox"/> un site Internet (ex : nuitgrave.ch, stop-tabac.ch) |

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

14. Si vous fumez tous les jours, avez-vous déjà essayé sérieusement d'**arrêter de fumer pendant au moins 24 heures** ?

- OUI  
 NON

14a. La **dernière fois** que vous avez essayé d'arrêter de fumer, avez-vous réussi à cesser complètement ? (*Une seule réponse possible*)

- Non, mais j'ai beaucoup diminué  
 Non, et je continue à fumer autant qu'avant

- Non, mais j'ai un peu diminué  
 Oui, j'ai arrêté complètement pendant  jours

**14b.** Lorsque vous avez essayé d'arrêter de fumer, avez-vous ressenti **le besoin urgent de re-fumer ?**

- Oui, fortement  
 Oui, modérément  
 Non, pas du tout

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15.** En admettant que vous décidez d'arrêter de fumer, serez-vous prêt(e) à suivre un programme d'aide à l'arrêt?

- OUI  
 NON  
 Je ne sais pas
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16.** Avez-vous des remarques **complémentaires** à faire sur le tabagisme ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**- MERCI POUR VOTRE PRECIEUSE COLLABORATION ! -**

## 11.4 Tableau des questions posées durant les groupes de discussions

### 11.4.1 Questions posées au 1<sup>er</sup> groupe de discussion

<b>Objectifs de la discussion</b>	-Partager des points de vue et des expériences -Connaître les attentes des jeunes qui ont envie d'arrêter de fumer -Discuter de la façon d'intervenir
<b>La cigarette et moi</b>	-Qu'est-ce que vous appréciez dans la cigarette ? -Qu'est-ce que n'aimez pas dans la cigarette ? -Quelles sont les raisons pour lesquelles vous voulez arrêter de fumer ?
<b>Peur d'arrêter...</b>	De quoi avez-vous le plus peur en décidant d'arrêter de fumer ?
<b>Vos peurs...</b>	Que faire pour les surmonter ?
<b>Je souhaite arrêter..</b>	-Comment comptez-vous vous y prendre pour arrêter de fumer ? -Avez-vous besoin d'aide ? Si oui, de quel type ?
<b>Accro à la clop...</b>	-Est-on accro à la cigarette ? -Si oui, qu'est-ce que cela implique pour le fumeur ?
<b>A qui s'adresser ?</b>	-Mes parents... <i>Savent que je fume</i> Peuvent-ils vous soutenir dans votre démarche d'arrêt ? Comment ? ... <i>Ne savent pas que je fume</i> Pourquoi ne sont-ils pas informés ? Pensez-vous que cela serait souhaitable de les informer pour vous aider à arrêter ?
<b>A qui s'adresser ?</b>	-Mes ami(e)s, mes proches Peuvent-ils (elles) vous soutenir dans votre démarche d'arrêt ? Comment ?
<b>A qui s'adresser ?</b>	-Un professionnel... Quel est le meilleur endroit pour se faire aider ? Quelle aide peut-il vous apporter ? informations-soutien-médicaments-autres...
<b>Cannabis</b>	-Faut-il parler de cannabis à une personne qui souhaite arrêter de fumer la cig?

### 11.4.2 Questions posées au 2<sup>ème</sup> groupe de discussion

<b>Objectifs de la discussion</b>	-Partager des points de vue et des expériences -Connaître les attentes des jeunes qui ont envie d'arrêter de fumer -Discuter de la façon d'intervenir
<b>La cigarette et moi</b>	-Qu'est-ce que vous appréciez dans la cigarette ? -Qu'est-ce que n'aimez pas dans la cigarette ? -Quelles sont les raisons pour lesquelles vous voulez arrêter de fumer ?
<b>Les autres substances et moi ...</b>	Qu'est-ce que vous appréciez dans la consommation d'autres substances (préciser laquelle ou lesquelles) ?
<b>Les autres substances et moi...</b>	Qu'est-ce que vous appréciez pas dans la consommation d'autres substances (préciser laquelle ou lesquelles) ?
<b>A votre avis...</b>	Fumeur(se) de cigarettes =ou fumeur(se) de joints
<b>La cigarette et moi...</b>	Avez-vous déjà essayé ou envisagé d'arrêter de fumer la cigarette ?
<b>Les autres substances et moi..</b>	Avez-vous déjà essayé ou envisagé d'arrêter les autres consommations (préciser lesquelles) ?
<b>Arrêter? oui, mais quoi ?</b>	-Que faudrait-il arrêter en premier ? -Pensez-vous qu'il faudrait arrêter toutes substances en même temps ?
<b>Cannabis</b>	Faut-il parler de cannabis à une personne qui souhaite arrêter de fumer la cig.?
<b>Arrêter...les peurs...</b>	-Y en a-t-il ? Si oui, pour quelles substances ? -Que faire pour les surmonter ?
<b>Pour arrêter...</b>	Avez-vous besoin d'aide ? Si oui, de quel type ?
<b>Arrêt tabac et/ou cannabis : à qui s'adresser ?</b>	Mes parents... <i>Savent que je fume</i> Peuvent-ils vous soutenir dans votre démarche d'arrêt ? Comment ? <i>Ne savent pas que je fume</i> Pourquoi ne sont-ils pas informés ? Pensez-vous que cela serait souhaitable de les informer pour vous aider à arrêter ?
<b>Arrêt tabac et/ou cannabis : à qui s'adresser ?</b>	Mes ami(e)s, mes proches Peuvent-ils (elles) vous soutenir dans votre démarche d'arrêt ? Comment ?
<b>Arrêt tabac et/ou cannabis : à qui s'adresser ?</b>	Un professionnel... Quel est le meilleur endroit pour se faire aider ? Quelle aide peut-il vous apporter ? informations-soutien-médicaments-autres...

## 11.5 Protocole d'intervention (consultation individuelle ou individuel)

Première séance	Deuxième séance	Troisième séance
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faire signer la lettre de consentement</li> <li>2. Mesure du monoxyde de carbone</li> <li>3. Faire remplir les 5 auto-questionnaires</li> <li>4. Remplir la fiche « dossier » patient</li> <li>5. Arrêt tabac et/ou cannabis ?</li> <li>6. Personnaliser les conseils :bénéfices de l'arrêt, risques</li> <li>7. Motiver : balance pour/contre l'arrêt du tabac</li> <li>8. Discuter des obstacles : sevrage, stress, poids, rechute, autres fumeurs, perte de plaisir (de manière succincte : sera approfondi par la suite)</li> <li>9. Discuter de la mesure individuelle de la dépendance (reprendre le questionnaire de Fagerström que le jeune aura rempli)</li> <li>10. Offrir de l'aide mais laisser le patient décider : il doit avoir choisi une date d'arrêt dans les 3 semaines</li> <li>11. Donner une brève info sur les méthodes d'arrêt (ce qui marche et ce qui ne marche pas : par la suite des précisions seront données)</li> <li>12. Distribuer un <b>kit informatif</b> (journal personnel du fumeur, stratégies pour faire face, etc.)</li> <li>13. Donner calendrier des séances 1-2-3-5-7 semaines</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer la décision d'arrêt /bénéfices arrêt</li> <li>2. Fixer une date d'arrêt complet</li> <li>3. Préparer l'arrêt : - éliminer « arsenal » du fumeur - discuter des obstacles : symptômes de sevrage, stress, poids, rechute, influence autres fumeurs, perte de plaisir / trouver remplacement</li> <li>4. Obtenir le soutien de l'entourage si possible</li> <li>5. Discuter de la dépendance nicotinique et prescription d'une substitution en nicotine si nécessaire</li> <li>6. Prévenir la rechute : identifier situations à risque / planifier stratégies pour ces situations (anticiper, éviter, attendre, distraire, fuir)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parler de la consommation (y a-t-il eu consommation après date fixée ?; si oui, combien ?, Dans quelles circonstances ?</li> <li>2. Discuter des symptômes de l'arrêt</li> <li>3. Discuter des symptômes de la médication</li> <li>4. Discuter des difficultés rencontrées, des situations à risque</li> <li>5. Résolution de problèmes : que faire dans ces cas-là ?</li> <li>6. Prévention de la rechute</li> <li>7. Bénéfices de l'arrêt</li> <li>8. Gestion du stress et de l'anxiété : comment fait-il ?, quels moyens ?, Grignotage ?, Comment faire autrement ?, etc.</li> </ol>

Quatrième séance	Cinquième séance
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reprendre les points des interventions précédentes en fonction des attentes du jeune</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mesure du monoxyde de carbone</li> <li>2. Faire remplir les auto-questionnaires</li> <li>3. Reprendre les points des interventions précédentes en fonction des attentes du jeune</li> </ol>

### **Protocole pour le groupe :**

Le contenu des séances est le même que pour les consultations individuelles/à deux, à l'exception de la seconde séance au cours de laquelle témoignent **un(e) personne laryngectomisée et un(e) ex-fumeur, et de la quatrième séance au cours de laquelle une diététicienne intervient**

## 11.6 Journal du fumeur

- Journal perso - Date : __/__/05						
Mode d'emploi : A remplir pendant quelques jours avant d'allumer chaque cigarette. Relire le soir et faire le point.						
Cig n°	Heure	Situation	Humeur*	Envie**	Confiance***	Comment résister?
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

\* Humeur: neutre, inquiet, stressé, en colère, déprimé, content, détendu, fatigué, ennui.

\*\* Intensité de l'envie de fumer: nulle = 0, très faible = 1, modérée = 2, forte = 3, extrême = 4.

\*\*\* Confiance dans votre capacité à résister aux cigarettes: nulle = 0, très faible = 1, modérée = 2, forte = 3, extrême = 4.

- Journal perso - Suite -						
Cig n°	Heure	Situation	Humeur*	Envie**	Confiance***	Comment résister?
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

**Bilan du soir :**  
 Situations où l'envie de fumer a été la plus forte: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Stratégies les plus efficaces pour résister dans ces situations: \_\_\_\_\_

## 11.7 Stratégie pour arrêter de fumer

Arrêter de fumer : ce qui peut m'aider	
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai fixé une <b>date d'arrêt</b> : le plus tôt j'arrête, le plus facile ce sera !</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>Date arrêt</b> : __/__/05
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai décidé de tout arrêter, y compris le <b>cannabis</b> : je sais que c'est la meilleure façon de me sevrer totalement (nicotine, habitude du geste, etc...)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>Après l'arrêt, j'évite de re-fumer, même <b>une seule</b> bouffée : le risque de rechute est trop grand !</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>Je ne suis pas seul. Je partage ma démarche <b>avec</b> quelqu'un qui me soutient (ami/proche/ex-fumeur)</li> </ul>	<b>Prénom de la personne qui me soutient :</b> _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Je me <b>débarrasse</b> de tout ce qui est en lien avec la cigarette et je n'en achète plus !</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai trouvé des moyens pour <b>faire face</b> à l'envie de fumer</li> </ul>	<b>Moyens :</b> _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai <b>averti</b> mes amis et mes proches que j'ai cessé de fumer</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai calculé les <b>économies</b> que je ferai pendant 6 mois en arrêtant de fumer et je me réserve <b>une récompense</b> (10 cigarettes par jour pendant 6 mois équivaut à 513frs !)</li> </ul>	Calcul de la somme économisée : ____FRS  Récompense : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans la mesure du possible, je <b>change</b> de routine pour éviter les situations où je fumais</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai évalué la sévérité de ma <b>dépendance</b> à l'aide du test de Fagerström</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'ai besoin des conseils d'un spécialiste (info, soutien, traitement) (cf dépliant consultation santé jeunes)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
(* =symptômes de sevrage qui peuvent être important les 15 premiers jours de l'arrêt)	

Les situations à risques (quelques propositions pour y faire face)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Je téléphone</li> </ul>	Si vous êtes droitier(e), utilisez la main droite pour téléphoner et inversement si vous êtes gaucher(e), tenir un stylo et griffonner, se concentrer sur la conversation.
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>J'ATTENDS LE BUS</b></li> </ul>	<b>MÂCHER DES CHEWING GUM SANS SUCRE, AVOIR UNE BOUTEILLE D'EAU À PORTÉE DE MAIN.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>A la pause</b></li> </ul>	Éviter les endroits où l'on fume, manger un fruit, privilégier les boissons sans sucre <b>Faire de l'exercice (marche, vélo), faire de profondes inspirations, écouter une musique plutôt relaxante, appeler un(e) ami(e), prendre un bain chaud le soir.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Je me sens tendu(e) ou stressé(e)*</b></li> </ul>	Je me dis que j'ai de la chance d'arrêter de fumer ! Je choisis l'endroit le moins enfumé, j'aère la pièce si possible. Attention aux boissons alcoolisées : l'envie de fumer est plus forte
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Au bar, au resto, je suis en compagnie de fumeurs</li> </ul>	<b>ÉVITER LE CAFÉ, SE LAVER LES DENTS, SE LEVER DE TABLE SANS TROP TARDER.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>APRÈS UN REPAS</b></li> </ul>	J'adopte un nouveau passe temps, je sors du contexte habituel (par ex. cinéma, magasins), je parle à mes ami(e)s, j'en parle à mon médecin.
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Je me sens triste ou déprimé(e)*</b></li> </ul>	<b>Changer l'ordre des activités de la matinée. Prendre un bon petit déjeuner</b> Changer momentanément d'occupation Boire un grand verre d'eau, respirer à fond.
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Au réveil*</b></li> </ul>	<b>Éviter de rester tard le soir devant l'ordinateur ou d'écouter de la musique trop rythmée. Éviter de boire du thé, du café dans la soirée. Consulter un médecin.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ J'ai très envie* de fumer</li> </ul>	Marcher à l'extérieur, prendre une pause, en principe cela passe au bout de 3-4 jours.
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>J'ai des difficultés à dormir*</b></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>J'éprouve de la difficulté à me concentrer*</b></li> </ul>	