

Le tabagisme en Île-de-France, focus sur les jeunes Etat des lieux - Politiques régionales - Actions en promotion de la santé

Chaque année, le 31 mai, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et ses partenaires célèbrent la Journée mondiale sans tabac dans le but de souligner les risques pour la santé liés à la consommation de tabac et de plaider en faveur de politiques efficaces pour réduire cette consommation. A cette occasion, en 2016, l'Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS), en partenariat avec l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, la Ligue contre le cancer et l'Espace Prévention Santé Antéïa, propose un Bulletin de santé présentant un état des lieux des données sur les consommations de tabac dans la région et les politiques régionales mises en œuvre pour lutter contre ce fléau.

Avec, selon les dernières estimations (1), près de 78 000 décès attribuables au tabac chaque année en France à la suite de cancers, de maladies cardiovasculaires, d'insuffisances respiratoires ou de maladies infectieuses, le tabagisme constitue la première cause de mortalité évitable.

Cette publication s'inscrit dans un contexte de mise en œuvre régionale du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) (2), lui-même objectif 10 du Plan cancer 2014-2019 (3) repris dans la loi de santé du 26 janvier 2016. Si le PNRT comporte trois axes : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ; aider les fumeurs à arrêter de fumer ; agir sur l'économie du tabac, nous avons fait le choix dans cette publication d'orienter notre propos sur le tabagisme des jeunes et les politiques qui les ciblent.

Une première partie, réalisée par l'ORS, présente les données de consommation de tabac selon les dernières enquêtes disponibles sur l'ensemble de la région, les évolutions récentes, avec un focus sur les jeunes fumeurs. Les données présentées sont issues d'analyses de l'enquête Escapad de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) et du Baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes, aujourd'hui Santé publique France), la dernière vague pour ces deux études ayant été réalisée en 2014.

La seconde partie du Bulletin porte sur les politiques régionales et présente les objectifs, orientations et priorités définis par l'ARS Île-de-France, de la déclinaison régionale du PNRT à la mise en œuvre du moi(s) sans tabac programmée en novembre prochain.

Enfin, deux articles donnent la parole à des acteurs intervenant en promotion de la santé. Dans un premier temps des actions de proximité mises en œuvre au niveau de la région sont exposées. Comme le souligne Hervé Gautier de la Ligue contre le cancer, les partenariats sont un élément indispensable pour la cohérence des actions et des parcours. Suit un article qui présente un projet de recherche interventionnelle en matière de lutte contre le tabagisme chez les adolescents.

A ce jour, d'autres pays tels l'Australie ou la Nouvelle-Zélande sont parvenus mieux que nous à relever le défi (4). En France : mise en œuvre du paquet neutre (désormais adoptée), résistance aux lobbies, véritable politique de hausse des prix (?), mais aussi mise en œuvre régionale du PNRT, moi(s) sans tabac (en novembre prochain), actions visant à développer les compétences psycho-sociales des jeunes, expériences innovantes ... Ceci permettra-t-il de marquer une étape victorieuse dans ce combat de santé publique dans notre pays ? Pourrions-nous présenter une cassure franche des courbes d'entrée dans le tabagisme chez les jeunes lors d'une future édition de ce bulletin ?

Etat des lieux sur le tabagisme en Île-de-France

Catherine Vincelet, Mladen Stojkovic, Catherine Embersin, ORS Île-de-France // correspondance : catherine.vincelet@ors-idf.org

La quantité de tabac consommé et surtout la durée du tabagisme conditionnent l'importance des conséquences que le tabagisme aura sur la santé. Ainsi, selon C. Hill (5), le risque de cancer du poumon est proportionnel au nombre de paquets par jour multiplié par le nombre d'années de tabagisme à la puissance 4,5. Ce coefficient qui affecte le nombre d'années est capital : en effet, si multiplier par 2 sa consommation multiplie le risque par 2, multiplier par 2 la durée multiplie le risque par 23 ! De plus, l'expérimentation précoce est un déterminant majeur de la dépendance au tabac, de la poursuite du tabagisme à l'âge adulte et des difficultés pour arrêter de fumer (6) (7).

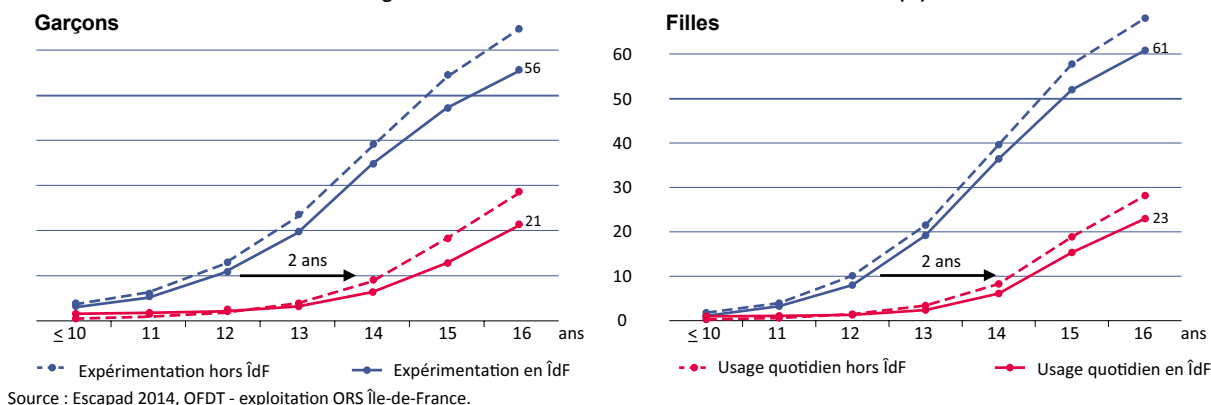
En 2010 en France, chez les 35-69 ans, 32% des décès chez les hommes et 15% de ceux chez les femmes seraient attribuables au tabac (5). L'écart entre les hommes et les femmes s'est réduit sur les dernières années avec l'augmentation importante de la mortalité liée au tabac

chez les femmes : en 1980, ces parts attribuables étaient respectivement de 35% chez les hommes et 2% chez les femmes.

Les données comparant la région Île-de-France au reste de la France montrent systématiquement des consommations moindres des Franciliens, mais cependant très élevées au regard de données internationales (8). Néanmoins, l'Île-de-France est un territoire très hétérogène, les consommations sont différentes selon les profils sociaux, et les comportements sont susceptibles d'évoluer rapidement avec notamment la diffusion d'autres modes de consommations (chicha, cigarette électronique).

Notre objectif est de dresser un panorama le plus précis possible de la situation des jeunes franciliens vis-à-vis du tabac, au regard de la situation en France, tout en présentant quelques données de consommation à des âges plus tardifs et selon le niveau d'études.

Fig. 1 - Evolution de l'expérimentation et de l'usage quotidien de la cigarette entre 10 et 16 ans chez les jeunes garçons et filles interrogés à 17 ans en 2014 en Île-de-France et hors Île-de-France (%)



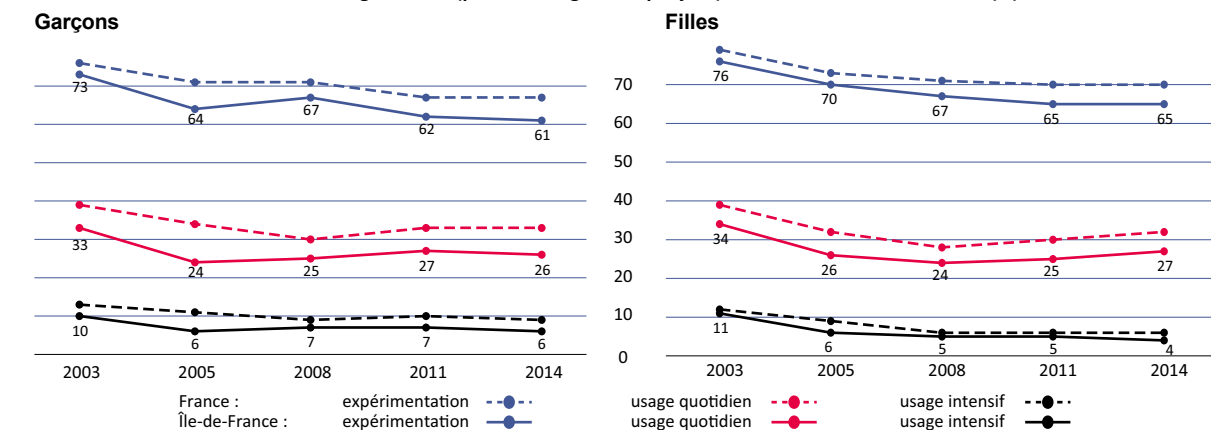
Une diffusion majeure des usages dans les années collège

L'enquête Escapad (encadré page 4), conduite chez les jeunes de 17 ans, recueille l'âge de la première cigarette et l'âge à partir duquel le jeune a fumé quotidiennement. La constitution rétrospective des fréquences de consommation de tabac sous forme de cigarettes montre la flambée de l'expérimentation puis de l'usage quotidien dans les années collège et lycée, avec un décalage d'environ deux ans entre les deux (fig.1). Entre 12 et 14 ans pour l'expérimentation et entre 14 et 16 ans pour l'usage quotidien, les fréquences de consommation sont multipliées par trois environ. Force est de constater, à la lecture de ces données, que la part des jeunes n'ayant pas expérimenté le tabac devient minoritaire à partir de leur quinzième anniversaire.

Une absence d'amélioration sur les dernières années

À 17 ans, les indicateurs relatifs au tabac (expérimentation, usage quotidien – au moins une cigarette par jour - et usage intensif de cigarettes – plus de dix cigarettes par jour -) au cours des différentes vagues de l'enquête Escapad sont plus favorables en Île-de-France que dans le reste de la métropole (sauf en 2003, où l'usage intensif ne différait pas pour les Franciliennes comparées aux filles du reste de la métropole) (fig.2). Si la tendance était à la diminution des usages au début des années 2000, une stabilité est observée entre les enquêtes Escapad de 2011 et 2014. Ceci à une exception près : la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté significativement chez les filles franciliennes, passant de 25% à 27%.

Fig. 2 - Evolution de 2003 à 2014 de la proportion de jeunes de 17 ans déclarant avoir déjà fumé la cigarette, fumer quotidiennement ou avoir un usage intensif (plus de 10 cigarettes par jour) en Île-de-France et en France (%)



Et une regrettable équité : un quart des jeunes de 17 ans, filles ou garçons, fume quotidiennement la cigarette

Selon les données de la dernière enquête en 2014, l'expérimentation concerne 63% des jeunes en Île-de-France, l'usage quotidien 27% et l'usage intensif 5%. Les comparaisons selon le sexe montrent davantage d'expérimentation de la part des filles, une absence de différence sur la prévalence du tabagisme quotidien, et davantage d'usage intensif de la part des garçons (fig.2).

Des indicateurs plus défavorables à Paris

Les analyses infra-régionales issues de l'enquête Escapad 2014 soulignent des comportements très différents des Franciliens de 17 ans selon leur département de domicile, ce qui était déjà observé dans les vagues précédentes de cette enquête : les jeunes parisiens se distinguent par des niveaux d'usage du tabac plus élevés que les autres jeunes de la région (expérimentation : 71%, usage quotidien : 34%) alors que les jeunes de Seine-Saint-Denis ont les niveaux les plus faibles de la région (respectivement 52% et 21%) (tab.1). Les jeunes des Hauts-de-Seine ont également des niveaux d'usage élevés, en particulier les filles.

Des modes de consommations différents selon les territoires

L'expérimentation de la chicha est très répandue chez les jeunes de 17 ans. Elle concerne 64% des Franciliens (65% des garçons, 63% des filles) et 65% des jeunes hors Île-de-France). Cette expérimentation est le plus souvent associée à l'expérimentation de cigarettes, puisque plus d'un jeune sur deux a expérimenté les deux modes de consommation. Les jeunes de Seine-Saint-Denis se distinguent des autres Franciliens en étant les plus nombreux à ne jamais avoir expérimenté le tabac (30%), mais aussi en étant les plus nombreux à avoir essayé la chicha isolément (18%) (fig.3).

La progression du tabagisme quotidien se poursuit à l'âge adulte chez les hommes avant de décroître vers 45 ans

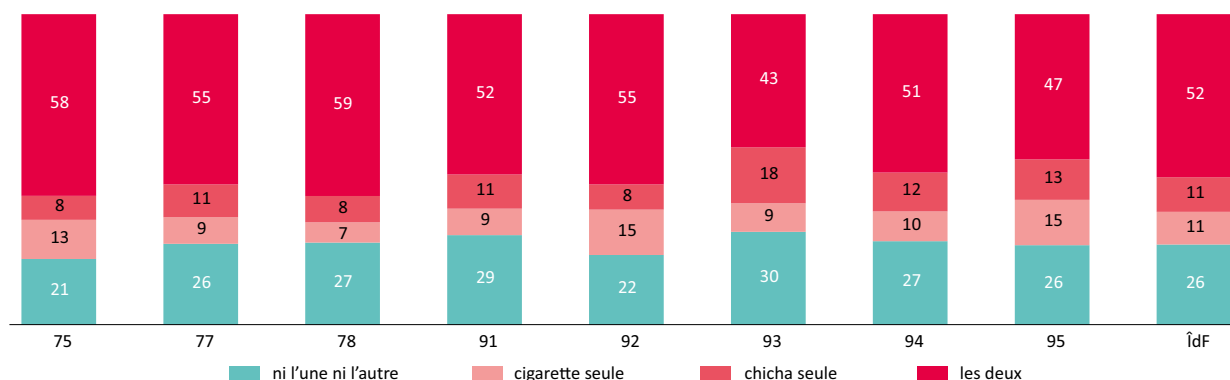
Selon les données du Baromètre santé 2014 (encadré page 4), en Île-de-France, 36 % des hommes et 27% des femmes de 15 à 75 ans ont déclaré fumer au moment de l'enquête, quotidiennement ou occasionnellement. Comme chez les plus jeunes, la prévalence globale du tabagisme est inférieure à celle observée dans le reste de la France (respectivement 40% des hommes et 31% des femmes).

Tab. 1 - Expérimentation, consommation quotidienne et intensive (> 10 cigarettes par jour) de cigarettes chez les jeunes de 17 ans par département franciliens en 2014 (%)

	75	92	93	94	77	78	91	95	IdF
Total									
Expérimentation	71	69	52	60	63	65	60	62	63
Quotidien	34	30	21	24	29	29	27	21	27
Intensif	7	4	4	4	7	3	4	6	5
Garçons									
Expérimentation	72	65	53	60	61	59	57	57	61
Quotidien	32	27	22	26	28	26	26	23	26
Intensif	8	5	5	5	9	3	4	8	6
Filles									
Expérimentation	71	73	51	60	65	71	63	67	65
Quotidien	36	32	20	22	29	32	27	19	27
Intensif	6	3	3	3	5	3	4	3	4

Source : Escapad 2014, OFDT - exploitation ORS Île-de-France.

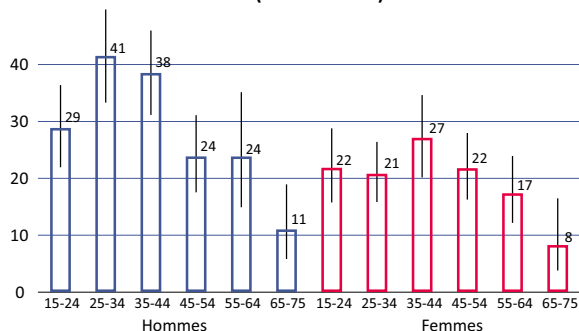
Fig. 3 - Répartition des expérimentations de cigarettes et de chicha par les jeunes de 17 ans, par départements franciliens en 2014 (%)



Source : Escapad 2014, OFDT - exploitation ORS Île-de-France.

Par rapport aux plus jeunes, l'augmentation du tabagisme quotidien se poursuit chez les hommes avec, chez les 25-44 ans, quatre hommes franciliens sur dix fumeurs quotidiens (fig.4). Chez les femmes, le tabagisme quotidien ne progresse pas significativement avec l'avancée dans l'âge.

Fig. 4 - Tabagisme quotidien en Île-de-France selon le sexe et l'âge en 2014 (% et IC à 95%)



Source : Baromètre santé 2014, Inpes - exploitation ORS Île-de-France.

Davantage de fumeurs parmi les jeunes sortis tôt du système scolaire général

Les jeunes de l'enquête Escapad ont été différenciés selon le fait qu'ils poursuivaient ou non leurs études dans le système scolaire général au moment de l'enquête : les élèves ou étudiants d'une part, les jeunes en apprentissage, insertion, emploi ou chômage d'autre part. En Île-de-France, le pourcentage de jeunes ayant expérimenté le tabac est respectivement dans ces deux groupes de 62% et 80%, et la proportion de fumeurs quotidiens est multipliée par deux (respectivement 25% et 52%). Surtout, les analyses montrent des entrées plus précoces dans l'expérimentation et dans les usages quotidiens pour les jeunes les plus en difficulté, avec, chez ceux-ci, un délai plus court entre expérimentation et usage quotidien, l'augmentation du pourcentage de fumeurs quotidiens du tabac s'accroissant dès l'âge de 13 ans (fig.5).

Des différences selon le niveau d'études qui persistent à l'âge adulte

Parmi les Franciliens de 20 à 64 ans, ceux ayant un niveau d'étude au maximum baccalauréat sont 31% à être fumeurs quotidiens, contre 22% pour les Franciliens de niveau d'étude supérieur.

Les analyses par classe d'âge suggèrent une augmentation du tabagisme quotidien chez les moins diplômés au-delà de 25 ans, alors que chez les plus diplômés, la tendance est à une diminution, mais les petits effectifs de l'enquête ne permettent pas de conclure à des différences significatives pour les Franciliens (fig.6).

Expérimentation et usage de la cigarette électronique essentiellement par les jeunes et les fumeurs

Concernant la cigarette électronique, selon l'enquête Escapad, son expérimentation chez les jeunes de 17 ans concerne un jeune francilien sur deux, un peu moins que dans le reste de la France (54%). Selon les données du Baromètre santé de 2014, environ 26% des Franciliens de 15-75 ans déclarent avoir expérimenté la cigarette électronique et 5% l'utiliser actuellement.

Son expérimentation et son usage actuel sont très liés au statut tabagique et à l'âge. Ainsi, parmi les jeunes de 17 ans, les fumeurs quotidiens sont 86% à avoir expérimenté la cigarette électronique et 7% à en avoir un usage quotidien, les fumeurs occasionnels 69% et 2%, ceux ayant expérimenté la cigarette mais non fumeurs au cours du dernier mois 51% et 1%, et ceux qui n'ont jamais fumé 18% et 0%.

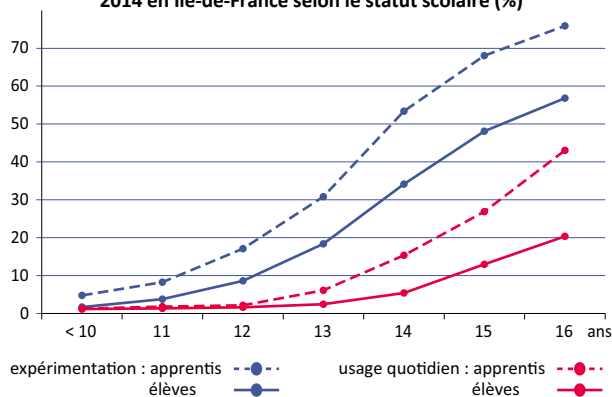
Selon le Baromètre santé 2014, quel que soit l'âge, l'usage de la cigarette électronique au moment de l'enquête est quasi inexistant chez les non-fumeurs, alors qu'il concerne 14% des fumeurs quotidiens et 7% des fumeurs occasionnels. Un quart des non-fumeurs de 15-24 ans l'a expérimenté contre 63% parmi les fumeurs quotidiens au même âge. Par ailleurs, 44% des Franciliens de 15-24 ans ont expérimenté la cigarette électronique contre 6% des 65-75 ans.

Conclusion

Les années collèges sont déterminantes pour l'entrée dans le tabagisme. A la sortie du collège (environ 15 ans), plus de la moitié des jeunes aura fumé sa première cigarette ; à la sortie du lycée ils seront plus du quart à en fumer au moins une par jour et ceci en proportion équivalente chez les filles et les garçons. A ce moment de leur vie, 5% fumeront plus de 10 cigarettes par jour. A terme, en extrapolant les connaissances sur les conséquences du tabac, ces jeunes risquent d'être l'un des 15 000 décès franciliens attribuables chaque année au tabac !

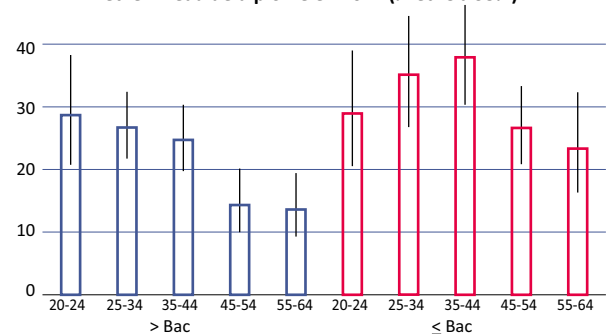
Les analyses territoriales mettent en avant un tabagisme plus élevé chez les jeunes demeurant sur les territoires les plus riches de la région (Paris et les Hauts-de-Seine).

Fig. 5 - Evolution des usages de la cigarette (expérimentation et usage quotidien) entre 10 et 16 ans chez les jeunes interrogés à 17 ans en 2014 en Île-de-France selon le statut scolaire (%)



Source : Escapad 2014, ODFT - exploitation ORS Île-de-France.

Fig. 6 - Tabagisme quotidien en Île-de-France selon l'âge et le niveau de diplôme en 2014 (% et IC à 95%)



Source : Baromètre santé 2014, Inpes - Exploitation ORS Île-de-France.

Néanmoins, les consommations apparaissent plus tôt et sont plus régulières chez les jeunes sortis tôt du système scolaire général. Le tabagisme quotidien est plus fréquent à l'âge adulte chez les moins diplômés. De plus, des modes singuliers d'entrée dans le tabagisme sont suggérés par l'usage plus répandu de la chicha isolée par les jeunes en Seine-Saint-Denis.

Ces éléments soulignent, certes la nécessité d'une politique globale de lutte contre le tabagisme, mais également des actions de promotion de la santé renforcées à l'égard des publics les plus en difficulté, plus à risque de poursuivre un tabagisme sur le long terme, afin de réduire le poids des conséquences du tabagisme dans la construction des inégalités sociales de santé.

Les enquêtes Escapad de l'OFDT sont réalisées tous les trois ans lors de la journée défense et citoyenneté. Elles sont exhaustives sur une période donnée. Les informations sont collectées à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Elles ont pour objectif d'appréhender les attitudes et les comportements des jeunes, arrivant à la fin de l'adolescence, relatifs à leur consommation et modes d'usage de substances psychoactives, leur santé et leurs modes de vie. Elles comportent un module tabac et, pour la première fois en 2014, des questions sur la cigarette électronique. Leur caractère répété permet de mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps. Des effectifs importants sont enquêtés (en 2014 en Île-de-France : 4 832 jeunes, dont 2 358 garçons et 2 474 filles), permettant de disposer d'indicateurs avec une grande précision déclinables à un niveau départemental en Île-de-France. La principale limite de cette enquête est qu'elle ne porte que sur les jeunes de nationalité française.

Les Baromètres santé de l'Inpes permettent de fournir régulièrement des indicateurs de comportements de la population de 15 à 75 ans résidant en France. Il s'agit d'enquêtes réalisées par téléphone, auprès d'échantillons constitués de manière aléatoire, représentatifs de la population française. L'enquête comporte un volet tabac relatif aux fréquences d'usage, aux modalités de consommation et d'acquisition. En 2014, pour la première fois, l'usage de la cigarette électronique a fait l'objet d'un module de questions. Des analyses régionales sont conduites à partir de cette étude. Cependant, la taille des échantillons, parfois faibles, en particulier dans des sous-groupes comme les jeunes, doivent conduire à une grande prudence dans l'interprétation des résultats. Ainsi les échantillons 2005, 2010 et 2014 comportaient respectivement 4 282, 4 190 et 2 777 Franciliens pour des échantillons nationaux de 29 154, 25 990 et 15 635 personnes. Par ailleurs, ces données ne permettent pas d'exploitations infra-régionales.

La politique de lutte contre le tabagisme en Île-de-France

Véronique Drouglazet, ARS Île-de-France // correspondance : veronique.drouglazet@ars.sante.fr

L'Île-de-France, à l'instar de l'ensemble du pays, s'est fortement engagée depuis les dernières années dans une politique volontariste de lutte contre le tabagisme, fléau de santé publique.

De nombreuses mesures ont été instaurées partout dans le monde, déclinées de façon plus ou moins appuyées selon les choix des pays, avec des résultats encourageants. En France, les étapes législatives sont présentées dans le tableau 2. Divers acteurs et agences sanitaires, épidémiologistes, usagers, monde associatif et professionnel apportent régulièrement des éclairages sur la situation et son évolution. Le Plan Cancer 2014-2019 a été publié le 04 février 2014, il inscrit dans son objectif 10 le Plan National de Réduction du tabagisme (PNRT) (2, 3). Ce PNRT contient 3 axes : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac. Il s'est fixé des objectifs clairs, chiffrés et ambitieux : diminuer de 10 % le nombre de fumeurs quotidiens d'ici à 2019, passer en dessous de 20 % d'ici à 2024, et faire de la génération qui naît aujourd'hui la première génération sans tabac.

La Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a acté les actions structurelles composant ces décisions politiques, complétant et précisant les nombreuses actions du PNRT de 2015, portées par les divers acteurs plurisectoriels du système de santé et de la vie dans la cité. Des recommandations et législations existent, leur application doit toutefois être renforcée. Leur caractère global mais également spécifique et coordonné reste primordial.

L'ARS : pilote pour la région et au niveau des territoires

L'ARS est responsable de la politique de santé en région dans une logique de territorialisation, en veillant à l'inclusion de la thématique dans les politiques et activités qu'elle pilote, en assurant la mise en œuvre du programme d'actions et en suivant l'évaluation et les résultats. Au niveau national, elle est l'un des interlocuteurs privilégiés de la Direction Générale de la Santé (DGS), de l'Institut National du Cancer (INCa) et de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA).

L'ARS s'approprie le PNRT à travers son PRS (Projet Régional de Santé) (9). Il s'agit de la mise en œuvre intégrée d'un ensemble d'outils diversifiés : approche pluridisciplinaire de ses directions « métiers » (prévention et offre de soin), déclinaison régionale de la feuille de route du Plan Cancer 2014-2019, mobilisation des instances (CCPP : Commission de coordination des politiques publiques, CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie, Comité régional des cancers) et de ses partenaires (associations, collectivités territoriales, monde éducatif, sportif et professionnel, gestionnaires de données, système de protection sociale etc.). Enfin, l'ARS s'appuie sur ses outils tels les Contrats Locaux de Santé (CLS). Plus de 70 CLS sont signés dont la majorité comporte un volet ou une action visant les conduites addictives.

Pourquoi lutter contre le tabagisme en Île-de-France

L'analyse des données plaide en faveur du renforcement des actions de prévention. L'ARS a mis en place une politique

régionale de lutte contre la consommation de tabac :

- qui tend à limiter la prévalence du tabagisme dans la population;
- qui cible des publics particuliers à risques aggravés en fonction de leur perception des risques et des dommages encourus;
- qui intervient sur des territoires repérés dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'objectif affirmé est d'assurer les conditions d'une santé préservée pour l'ensemble de la population francilienne, d'assurer à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé, d'innover pour mieux répondre aux défis de notre système de santé et simultanément de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.

La région Île-de-France est une région riche, jeune et globalement en bonne santé, mais aussi la plus inégalitaire des régions françaises. C'est le plus souvent au niveau infra-départemental que l'on retrouve ces fortes disparités de santé. L'objectif est de rééquilibrer les moyens de la prévention en faveur des populations et/ou territoires où se concentrent le plus de besoins, en confrontant les données épidémiologiques, les données sociales et l'offre en santé et soins sur les territoires. Nous devons prendre en compte la stratification sociale des comportements et de leurs déterminants en vue d'une véritable politique de réduction des inégalités. L'objectif est aussi d'inscrire la dénormalisation de la consommation de tabac dans le quotidien des franciliens dès 2016.

Déclinaison régionale Île-de-France de la lutte contre le tabagisme

L'ARS a choisi en 2015 de décliner un programme de lutte contre le tabagisme en se fixant 4 axes qui lui permettront de dépasser le constat et de le traduire en aide à la décision :

• **Axe 1 : Renforcer l'observation et les connaissances**
Analyse des données épidémiologiques régionales, recensement des actions menées en IDF (typologie des actions par type d'intervention, par public cible, par opérateur), étude approfondie des inégalités de santé.

• **Axe 2: Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs**

Fiche standardisée à remplir lors des visites de conformité et des inspections, contrôles des établissements de santé et médico-sociaux ; réflexion et formalisation de stratégies spécifiques à certains types d'établissements (complexité particulière en psychiatrie et dans les lieux de privation de liberté) ; réflexion sur l'élaboration d'un plan annuel de contrôle du respect de la réglementation.

• **Axe 3 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme**

Il faut agir sur l'exposition à « la tentation du tabac », sur la réception des messages de prévention et lutter contre l'exposition passive à la fumée de tabac.

Les moyens choisis sont : priorisation au sein de la programmation annuelle de santé publique [financement FIR (Fond d'Intervention Régional)] des actions de lutte contre le tabagisme vers des territoires et publics prioritaires [jeunes (notamment ceux ayant recours aux consultations jeunes

Tableau 2. Quelques grandes étapes législatives de la lutte contre le tabagisme en France

9 juillet 1976	Loi relative à la lutte contre le tabagisme « Loi Veil » <ul style="list-style-type: none"> • Réglemente la publicité et le parrainage des manifestations sportives. • Interdit de fumer dans les lieux publics où cette pratique peut être dangereuse pour la santé. • Prévoit des mesures visant à informer le consommateur des risques liés au tabac (apposition d'un message sanitaire « abus dangereux »).
10 janvier 1991	Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme « Loi Evin » Renforce le caractère restrictif de la loi de 1976. Notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Interdit de fumer dans les lieux à usage collectif sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs de plus de 16 ans et mis à disposition à l'intérieur de l'enceinte des lieux publics. • Impose l'affichage d'un nouvel avertissement sanitaire sur les emballages des paquets de cigarette, sous la mention de « Nuit gravement à la santé ».
18 janvier 1994	Loi relative à la santé publique et à la protection sociale Etend à tous les produits du tabac l'obligation de porter un message spécifique à caractère sanitaire sur les emballages.
Mars 2003, ratification France octobre 2004	Convention Cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT) Premier traité international destiné à endiguer le fléau du tabagisme : <ul style="list-style-type: none"> • Dispositions concernant la réduction de la demande de tabac. • Dispositions visant à réduire l'offre de tabac.
5 mars 2003	Arrêté relatif aux teneurs maximales ainsi qu'aux modalités d'inscription du message sanitaire Impose le recours à des avertissements sanitaires plus grands et plus visibles de deux types : un avertissement général (« fumer tue » ou « fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage ») et quatorze avertissements sanitaires qui alternent de manière à garantir leur apparition régulière.
31 juillet 2003	Loi tentant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes <ul style="list-style-type: none"> • Interdit la vente de tabac à des mineurs de moins de 16 ans. • Interdit la vente de paquets de moins de 20 cigarettes. • Prévoit dans le cadre de l'éducation à la santé, une sensibilisation au risque tabagique, organisée sous forme obligatoire, dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire.
30 septembre 2003	Directive Européenne sur les cigarettes légères Mise en application d'une directive européenne de 2001 qui interdit aux fabricants de cigarettes d'utiliser sur leurs paquets des mentions de type « légères », « extralégères » et leur équivalent anglais (mild, extra-mild, light, ultra-light...).
9 août 2004	Loi relative à la politique de santé publique Fixe cent objectifs de santé publique dont deux concernent le tabagisme : <ul style="list-style-type: none"> • Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence). • Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.
15 novembre 2006	Décret Bertrand Modifie la loi Evin et en particulier étend l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, en particulier l'enceinte entière (y compris les endroits ouverts comme les cours de récréation) des écoles, collèges et lycées publics et privés.
21 juillet 2009	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) : comporte plusieurs mesures sur le tabac, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Interdiction de vente de produits du tabac ou ingrédients aux mineurs : extension de l'interdiction de 16 à 18 ans). • Interdiction des cigarettes aromatisées ; Interdiction de la vente, de la distribution ou de l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées.
29 juin 2015	Décret relatif à l'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux
26 janvier 2016	Loi de santé Intègre les dispositions législatives du Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) <ul style="list-style-type: none"> • Introduit le paquet neutre en France. • Interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants, adaptation des dispositifs zones protégées et aires de jeux protégées. • Actions vers les débits de tabac : preuve de majorité. • Encadrement du vapotage.
20 mai 2016	Entrée en vigueur de la transposition en droit français de la Directive Européenne sur les produits du tabac incluant la cigarette électronique (2014/40/UE)

consommateurs (CJC)), publics vulnérables, territoires en politique de la ville, femmes enceintes, patients atteints d'un cancer, « publics en difficulté spécifique », publics à risque d'exposition cumulée (environnementale et/ou professionnelle)] ; renforcement de la prévention primaire : accompagner le parcours éducatif en santé, renforcement

de la lutte contre le tabagisme passif (exemples : espaces et plages sans tabac). Dans la phase de la décision de fumer, il s'agit de cibler les publics en fonction de leur perception des risques et des dommages encourus, en visant la prévention plus globale des conduites addictives.

• Axe 4 : Aider les fumeurs à s'arrêter

L'objectif est d'aider à la décision d'arrêter le tabagisme, de renforcer la motivation, de diffuser les indications et les processus à mettre en œuvre.

Les moyens choisis sont : déploiement d'une information plus efficace en direction des fumeurs et accompagnement dans l'analyse des raisons/causes individuelles de leur tabagisme ; soutien des groupes d'entraide à l'arrêt du tabac en faveur des publics les plus vulnérables ; renforcement de l'offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des partenaires ; amélioration de la prise en charge de la dépendance au tabac des personnes en situation de précarité et/ou ayant des conduites addictives notamment par la mise à disposition de traitement substitutif nicotinique (TSN) par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ; proposition d'un module « tabagisme » dans les programmes d'éducation thérapeutique du Patient (ETP) ; favoriser l'implication des professionnels : renforcer la communication vers les professionnels de santé, la diffusion des outils INPES, les recommandations HAS (Haute autorité de Santé) ; améliorer la sensibilisation et la formation des professionnels au repérage, à l'entretien motivationnel, aux conseils et à l'accompagnement du fumeur dans son parcours de sevrage tabagique ; faciliter l'aide au sevrage : mieux faire connaître les nouveaux modes de remboursement des TSN et leur prescription élargie ; encourager disponibilité, efficacité, accessibilité financière et de proximité des aides au sevrage, l'accompagnement des fumeurs, proposer la réduction des risques, favoriser la réflexion sur les inhalateurs électroniques ; soutien à l'animation d'une campagne mois de l'arrêt.

Enfin, l'ARS doit être « exemplaire » sur la base de la charte « administration sans tabac » selon la recommandation ministérielle.

Ce qui oriente les choix de l'ARS

Les actions à mettre en œuvre articulent plusieurs logiques, entre pratiques individuelles et déterminants sociaux et sociétaux, à travers une approche des étapes de la relation « individu – tabac » (notion de parcours), en intégrant l'évolution des inégalités sociales et territoriales dans la consommation de tabac.

La phase du devenir des fumeurs doit également être accompagnée : succès, échec, rechute, valorisation de la 1^{ère} tentative même si non aboutie, maintien de l'abstinence ; les déterminants/causes du succès, de l'échec, de la rechute, des nouvelles tentatives de sevrage, du maintien de l'abstinence et des changements sont à approfondir.

La connaissance et le suivi de certains éléments éclairant le tabagisme et son arrêt sont nécessaires. Outre les indicateurs

d'usages du tabac dont certains ont été présentés dans le premier article, il convient de suivre : les ventes de tabac et leurs évolutions : cigarettes et tabac à rouler, le marché de la cigarette électronique, des traitements pour l'arrêt du tabac, l'activité des consultations de tabacologie, les activités des CJC, Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD) et CSAPA dans le champ du tabac, les recours au dispositif tabac info service et son e-coaching. Cependant, ces données sont parfois difficiles à appréhender au niveau régional et encore davantage à un niveau plus fin. Une collaboration avec les acteurs chargés de ces observations doit être construite sur la base d'objectifs et d'un suivi précis.

Poursuivre les efforts

Certains freins et obstacles persistent, relevant du niveau national, liés aux intérêts financiers des débitants et industriels du tabac. Les leviers d'action à travers des hausses de prix fortes, d'effet validé dans de nombreux pays, particulièrement vers les publics défavorisés, ne sont que faiblement activés en France.

Le besoin de poursuivre nos efforts est majeur : renforcement de la « dénormalisation » du tabac, lutte contre l'attractivité du produit et de son marketing, bataille contre l'image positive du fumeur et la présence excessive de scènes de tabagisme (films, presse, sports), meilleure application du respect des interdictions et son contrôle, recherche de nouveaux vecteurs de prévention, déploiement d'actions probantes issues de recherches interventionnelles, approche renouvelée et évaluée de la prévention sous un abord moins moralisateur mais plus motivant, centrée sur les compétences psychosociales.

Il est important pour l'ARS d'inciter les acteurs locaux et les opérateurs partenaires à s'inscrire dans une dynamique territoriale, souvent de proximité, et simultanément dans une dimension pluriannuelle, pérenne.

L'échelle locale rencontre la communauté sociale. Elle est celle où l'action de prévention prend corps : c'est l'échelle des apprentissages, de la vie familiale et sociale, des recours aux droits et aux soins et le plus souvent, celle des identifications et des reconnaissances sociales.

L'ARS participera activement à la campagne « moi(s) sans tabac » de novembre 2016, initiée par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) intégré dorénavant dans Santé publique France, en renforçant la coordination et les partenariats. Ce défi collectif consistera à inciter et accompagner, via des actions de communication et de prévention de proximité, tous les fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac. Les ambassadeurs recrutés dans ce cadre permettront la synergie de l'ensemble des acteurs de la région.

Des actions de proximité, mais en partenariat et dans un plan régional

Hervé Gautier¹, Charlotte Kanski², Dominique Bacrie*, Nicolas Bonnet**, Perrine Lebourdais***

Ligue contre le cancer, Comité 91¹, Comité 75², avec la contribution de tous les comités franciliens de la Ligue et de la Fondation du souffle*, du Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD)**, de l'Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictions (ANPAA) Île-de-France*** // correspondance : herve.gautier@ligue-cancer.net

Le tabagisme est responsable de près d'un tiers des décès par cancer. Les cancers liés au tabagisme sont parmi les moins sensibles aux traitements actuels avec des survies parmi les moins longues. Si le tabagisme est responsable d'autres pathologies, les cancers, par leur retentissement

personnel et social, justifient d'une mobilisation pour les prévenir. C'est pourquoi, les comités franciliens de la Ligue contre le cancer ont mis en œuvre des actions s'inscrivant dans les trois axes du PNRT (2). Les comités définissent leurs actions en lien avec les options proposées par

l'ARS Île-de-France, s'associent à leur fédération pour les actions de plaidoyer et s'orientent de plus en plus vers des coopérations pour les actions de proximité. Cette évolution devrait s'accroître avec la campagne Moi(s) sans tabac de novembre 2016.

Des mises au point nécessaires

L'entrée de plus en plus tôt dans le tabagisme, avec un nombre de fumeurs quotidiens à 17 ans déjà très élevé (voir le premier article du bulletin), exhorte à agir en amont, dès la fin du primaire, avec un accompagnement adapté aux cycles scolaires et visant à des attitudes de refus du tabac. L'échec des interventions actuelles incite à passer d'actions juxtaposées à une démarche d'ensemble, comme le suggérait la Cour des Comptes dans son rapport de 2012 (10). Les fortes inégalités sociales et territoriales de santé poussent à se référer à des diagnostics par territoire pour prévoir des actions vers les groupes les plus exposés et à s'appuyer sur des organisations appropriées, comme les Contrats Locaux de Santé ainsi que cela a été conseillé par l'ARS Île-de-France en septembre 2015. La relation aux fumeurs peut s'établir par plusieurs entrées et implique différents types d'intervenants, d'où l'utilité d'une coordination. Enfin, la recherche en épidémiologie et sur les facteurs de susceptibilité, la recherche interventionnelle sont indispensables pour clarifier les connaissances et guider les actions.

Des programmes et des outils avec formation et évaluation

De nombreux programmes et outils nationaux sont créés pour des comités par le service prévention de la Ligue, essentiellement appliqués à l'éducation à la santé.

Le but est de constituer un parcours de prévention collaboratif à l'aide de tous ces programmes et outils en les articulant avec ceux des partenaires et le nouveau parcours éducatif de santé de l'Éducation nationale (11) pour renforcer face au tabac les compétences psychosociales.

Le dispositif Explo'Tabac et son guide pédagogique sont très utilisés par les comités 75, 78, 94 et 95 avec 27 ateliers illustrant 10 thématiques pour amener les élèves de la fin du primaire aux années collégiennes à résister aux pressions à partir d'une réflexion en groupes sur la question du tabac dans notre société. Cet ensemble permet aux jeunes de découvrir la complexité du tabagisme et sa prévention sous forme d'un parcours pédagogique et éducatif interactif.

Le programme « TALIS », comporte une action tabac à destination des élèves du CM1 à la 3^{ème}. Le programme prévoit un continuum et l'inscription dans des territoires pertinents. Face aux déterminants de santé et risque tabagique, les objectifs associent la facilitation du développement psycho-affectif et cognitif en tenant compte des étapes de la vie, des périodes critiques et des événements bénéfiques. Les actions sont prévues avec les équipes éducatives des établissements scolaires et en lien avec l'environnement familial.

Le journal « Clap'Santé », pour les jeunes de 9 à 13 ans, a centré son N°3 sur le tabac (fig. 7). Ce journal a été diffusé en 2015 par tous les comités franciliens à plus de 110 000 exemplaires dans les écoles primaires et se poursuit en 2016 vers les collèges. Pour les adolescents, la brochure « Rocks Sans Clopes » est co-éditée avec la Fondation du

souffle. Trois publications de la Ligue confèrent des supports complémentaires pour les interventions : un dépliant « Sans tabac, on gagne à tous les coups », une brochure « Le tabac, mieux connaître ses dangers pour mieux se protéger » et les articles Tabac du journal « Agir en prévention ». Le site www.nicomede.fr diffuse en complément des compétences sur l'arrêt du tabac pour les intervenants en sevrage et éducation santé. Enfin, la Ligue aide au développement des Espaces sans tabac pour la protection des jeunes, avec le programme Ma Ville se Ligue, que les comités proposent aux communes.

Il existe également un outil régional, l'Agenda scolaire offert par les comités 75, 78, 91, 93, 94, 95 à plus de 110 000 élèves de CM2 avec un guide pédagogique proposant des fiches information et des ateliers y compris pour le tabac, les enfants contribuant aux messages et illustrations de l'agenda (fig. 7). Ce programme est soutenu par les directions académiques, les collectivités territoriales, les mutuelles dont la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN).

Les modalités d'évaluation sont en cours d'adaptation pour mieux mesurer l'impact des actions, mais dénotent déjà une bonne réception des messages, avec pour les enseignants un retour favorable à la prévention par les pairs en complément indispensable de la sensibilisation qu'ils assurent avec implication de bénévoles et de volontaires du service civique formés. Actuellement, l'évaluation s'exerce auprès des élèves et des enseignants, soit sur des groupes prédéfinis soit sur des écoles et échantillons par tirage au sort aléatoire.

Le partenariat, une condition pour la cohérence des actions et des parcours

Les possibilités d'interventions sont différentes selon les départements et les publics, ce qui justifie de les construire en partenariat, sachant que des associations ou organismes agissent dans les mêmes champs. La recherche de cohérence inclut le développement d'actions à partir de dispositifs d'efficacité prouvée et de la recherche interventionnelle.

La Ligue est agréée par l'Éducation nationale et engagée comme partenaire pour la mise en application de la mesure 11.11 du Plan cancer pour l'éducation à la santé. Tous les comités franciliens agissent en milieu scolaire en s'associant souvent à d'autres acteurs. A Paris, le comité 75 avec les associations l'ANPAA, Aremedia, Avenir Santé, la Corde raide participe à l'expérimentation pluri-institutionnelle « PRIMAVERA PARIS » qui vise le renforcement des facteurs de protection, par un travail sur les compétences psychosociales auprès d'élèves d'un collège et de quatre écoles élémentaires sur un territoire prioritaire du XX^e arrondissement. Ce projet a été mis en place à la demande de l'Académie de Paris et de la Préfecture et est financé par la MILDECA. Il comprend la proposition d'une formation de médiateurs pairs par l'AROEVEN (Associations Régionales des Œuvres Éducatives et de Vacances de l'Éducation Nationale), parmi les élèves des établissements favorisant une gestion négociée des controverses. Plusieurs ateliers par an et par section sont co-animés par un acteur de l'association référente sur l'établissement et un enseignant. Le Comité 75 a également mis en place, en novembre 2015, un groupe d'entraide pour l'arrêt du tabac chez des adultes en partenariat avec l'ANPAA75. L'originalité de ce programme tient à l'alternance groupe de parole et

séance d'activité physique adaptée (APA) à destination des fumeurs en situation de vulnérabilité sociale. Cette action, si elle est positive, pourra être étendue en particulier à des plus jeunes. En Essonne, le Comité 91 a délégué à la Fondation JDB une partie de la prévention interventionnelle en milieu scolaire et coopère avec elle. Trois types d'action sont menés autour du tabac. Le premier correspond à un mois thématique événementiel Addiction-Tabac, organisé chaque année. Le but est de transmettre des connaissances et compétences psycho-sociales et inciter à une dynamique d'établissement en prévention. Chaque année, 900 jeunes participent à ce programme sur leur temps scolaire (écoliers, collégiens, lycéens). Cette action mobilise des professionnels d'autres structures : ANPAA, CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), professionnels de santé. Le deuxième entre dans une approche de territorialisation avec des actions de prévention du tabagisme dans le cadre de parcours éducatifs de santé au sein de deux territoires structurés autour de deux collèges retenus à partir de données sociologiques travaillées avec la délégation de l'ARS Île-de-France. Les interventions, effectuées par des chargées de prévention et un universitaire tabacologue, sont déployées auprès de 800 jeunes de 10 à 13 ans dans le cadre d'une démarche de rapprochement des acteurs locaux (scolaires, parents, collectivités, associations) avec une méthodologie inter-territoire. Le troisième s'adresse à des jeunes en réinsertion. Il est alors davantage question de sevrage. Les interventions, organisées par l'universitaire tabacologue, se déclinent en deux phases : transmission de connaissances lors d'un forum santé qui se déroule tous les deux mois, intervention ciblée sur la prévention, la réduction du tabagisme et la transmission de compétences psycho-sociales. Ce sont 300 jeunes volontaires par an, âgés de 18 à 25 ans, inscrits au sein de l'Établissement Pour l'Insertion Dans l'Emploi (EPIDE) de Brétigny-sur-Orge, qui participent à cette action.

Un périmètre d'actions élargi en tenant compte des autres associations

Aucune association ne peut répondre en globalité aux exigences du PNRT. Seule une coopération peut augmenter l'efficacité des actions en mettant en complémentarité les compétences, les moyens, les territoires et les publics touchés. Cela implique un partage d'informations entre les différents acteurs pour une contribution collective.

Le RESPADD propose, au travers d'une charte hôpital sans tabac, un soutien et un appui à la mobilisation des tabacologues avec des outils et la réalisation d'enquêtes pour une sensibilisation et une aide au sevrage destinés au personnel, aux malades et aux citoyens de proximité. Cette association étend son réseau grâce à ses relations avec la Société Française de Tabacologie et l'Association Française des Infirmières en Tabacologie.

La Fondation du Souffle intervient en milieu scolaire et dans les foyers d'accueil et d'hébergement pour les jeunes en difficultés. Elle propose en lien avec les équipes pédagogiques, éducatives et les familles trois axes de prévention du tabagisme et consommation d'autres produits inhalés à l'adolescence (programme PRECTAPIA) : animation interactive en groupes pour les élèves du CM2 à la fin de

Fig. 7 - Exemples d'outils développés par la Ligue contre le cancer : l'agenda scolaire et la revue Clap Santé



3ème visant à éviter leur entrée en tabagisme, points de rencontre avec un tabacologue pour les plus grands afin d'aider les fumeurs à arrêter, formation des infirmières scolaires à la transmission d'un conseil minimal sur le tabac pour les fumeurs passant à l'infirmier.

L'ANPAA Île-de-France intervient dans les établissements scolaires (collèges, lycées, universités...) et en extrascolaire (Foyers Jeunes Travailleurs, Missions Locales, Centres sociaux, Maisons de quartier...) pour apporter des informations sur le tabac et outiller les jeunes afin qu'ils développent leur esprit critique et leur capacité à résister aux influences. Pour cela, des outils participatifs sont construits. En 2015, l'ANPAA 78 a co-élaboré avec un groupe de collégiens et la Compagnie des contraires, une pièce de théâtre intitulée « Y'a d'la fumée dans l'air » illustrant les causes, les effets et les conséquences du tabagisme. L'activité de l'ANPAA Île-de-France s'étend aux personnes en vulnérabilité sociale, jeunes mères, femmes enceintes, et milieu professionnel en collaboration avec d'autres acteurs. Enfin, l'ANPAA est gestionnaire de CSAPA, dans lesquels elle accompagne des consommateurs de tabac grâce à un personnel formé à la tabacologie et peut dispenser à certains usagers des substituts nicotiques.

Vers une contribution à une démarche plus collective

La menace du tabagisme n'a pas diminué et même augmenté, surtout dans les populations socialement vulnérables. La campagne nationale Moi(s) sans tabac, prévue pour novembre 2016, offre aux intervenants associatifs l'opportunité de participer ensemble à cette opération et de consolider leur coopération pour des actions régionales et de proximité en lien avec l'ARS Île-de-France. La déclinaison du programme de réduction du tabagisme demande en effet une extension des partenariats pour cumuler des actions à visée universelle et vers les populations à risque élevé sur toute la région. L'enjeu est essentiel en termes de santé publique. Pour cette raison, les propositions d'actions doivent être articulées entre elles, de l'éducation à la santé la plus précoce au sevrage, et pouvoir bénéficier d'échanges et de mutualisation des expériences intégrant les données des études épidémiologiques actualisées et de la recherche en tabacologie.

PEPITES : Programme essonnien de prévention de l'initiation au tabac par l'éducation en milieu scolaire

Fabrice Chérueil^{1,2}, Stéphanie Vieira¹, Amandine Bozonnet¹, Hélène Sancho-Garnier¹

¹Fondation JDB Prévention Cancer, Espace Prévention Santé Antéïa, 2/4 rue du Mont Louvet, 91640 Fontenay Lès Briis; www.fondationjdb.org ; ²Université Paris Sud, Université Paris-Saclay 91405 Orsay Cedex, France // correspondance : fabrice.cheruel@fondationjdb.org

Réduire l'initiation au tabagisme ainsi que le tabagisme quotidien au collège

La France se situe parmi les pays européens où la prévalence du tabagisme chez les jeunes de plus de 16 ans est la plus élevée (12). En dépit de l'existence d'interventions éducatives, rien ne semble modifier ni l'âge de début ni la proportion de fumeurs réguliers ultérieurs. Quand on est jeune, les risques sont lointains, on ne se sent pas concerné par les risques de cancer et/ou d'infarctus du myocarde. A ce stade de fumeur débutant, il est difficile de faire de la prévention. Les campagnes de prévention anti-tabac menées jusqu'à présent ont eu pour cette raison très peu voire aucun impact sur la non-initiation au tabac chez les jeunes. Par contre elles ont eu le mérite de leur apporter beaucoup de connaissances sur le sujet ; mais ils ne cessent pas de fumer, ils sont justes mieux informés, ce qui ne supprime pas la recherche de la prise de risque, spécifique de l'adolescence. Deux points de rupture dans l'évolution du tabagisme chez les jeunes ont été mis en évidence : l'un au collège entre la 5ème et la 4ème qui correspond au début de l'initiation et l'autre entre la 3ème et le lycée où l'habitude s'installe (6). Les 4 années de collège sont donc charnières dans le développement du tabagisme des jeunes.

Plusieurs études indiquent qu'une initiation précoce au tabac favorise son usage ultérieur (7), une dépendance plus marquée (13) et par voie de conséquence un risque plus élevé de maladies et d'hospitalisations à l'âge adulte (14). Inversement, si on commence à fumer seulement à l'âge adulte, on a plus de chances de ne pas devenir fumeur régulier, et la dépendance est plus faible (15).

Dans ce contexte et à la vue des conséquences sanitaires ultérieures il apparaît donc essentiel de tenter de retarder la période initiatrice au collège pour avoir un effet sur le passage à l'addiction au lycée.

Plusieurs études ont montré que la consommation de tabac altère notablement la sensibilité gustative et olfactive. Dans un travail récent, nous avons montré que la perte de goût était non seulement directement corrélée à la consommation de tabac, mais qu'elle était également proportionnelle au degré de dépendance du fumeur adulte (16). Chez l'adolescent, les mêmes constatations ont été observées. L'altération du goût survient très rapidement ce qui signifie qu'une à deux années de tabagisme suffisent pour générer un trouble gustatif. On peut émettre donc l'hypothèse selon laquelle la prise de conscience par les collégiens de modifications sensorielles rapidement induites par le tabac pourrait entraîner une meilleure compréhension des effets du tabac et, de là, les dissuader de fumer. D'autre part, les déterminants psycho-sociaux connus de l'entrée dans le tabagisme tels que l'environnement interpersonnel scolaire et familial (17) peuvent interagir avec les actions éducatives et offrir ainsi des pistes complémentaires de recherche sur l'efficacité de ces interventions.

PEPITES une recherche interventionnelle innovante

Pour tester ces hypothèses nous avons conçu un programme d'interventions intitulée « PEPITES » Programme Essonnien de Prévention de l'Initiation au Tabac par l'Éducation en milieu Scolaire, réalisé sous l'égide de la Fondation JDB, et soutenu par la ligue Nationale Contre le Cancer et son comité de l'Essonne. L'objectif de l'étude est de rechercher si des ateliers pédagogiques (adaptés à l'âge et répétitifs sur les 4 années de collège) associés ou non à la mise en évidence de l'altération du goût par le tabagisme (grâce à un outil novateur l'électrogustomètre « EGM ») jouent un rôle dans la réduction de l'initiation au tabagisme (entre la 5e et la 4e), et sur le passage au tabagisme quotidien (fin de la 3e et début de la 2nde).

Le protocole PEPITES

PEPITES comprend deux études basées sur une méthode d'essai randomisé en clusters (fig. 8). Chaque essai comprend 3 groupes de collégiens répartis en 6 collèges en Essonne*.

L'essai 1 a pour objectif de tester la faisabilité et l'effet pédagogique de l'EGM. Les 3 groupes comparés permettront de tester si la découverte concrète par les jeunes de modifications sensorielles rapidement induites par le tabac modifient leurs représentations actuelles du tabagisme par rapport aux élèves des ateliers n'utilisant pas l'EGM et aux témoins.

L'essai 2 teste l'efficacité de l'ensemble d'un programme pédagogique incluant ou non l'EGM. Cet essai en fin de 5ème testera la modification du taux d'initiation au tabagisme et en fin de 3ème et début de 2nde, la modification du taux de fumeurs réguliers.

Environ 1500 collégiens seront inclus et suivis de 3 (essai 1) à 5 ans (essai 2). Le premier essai comporte les classes de 4ème et 3ème, le second essai les classes de 6ème à 3ème. Ces 2 essais seront suivis dans toute la mesure du possible en début de 2nde dans les lycées.

Les collèges participants ont été sélectionnés par la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de l'Essonne. La randomisation a été réalisée par l'équipe de la Fondation JDB en présence des responsables de chaque collège.

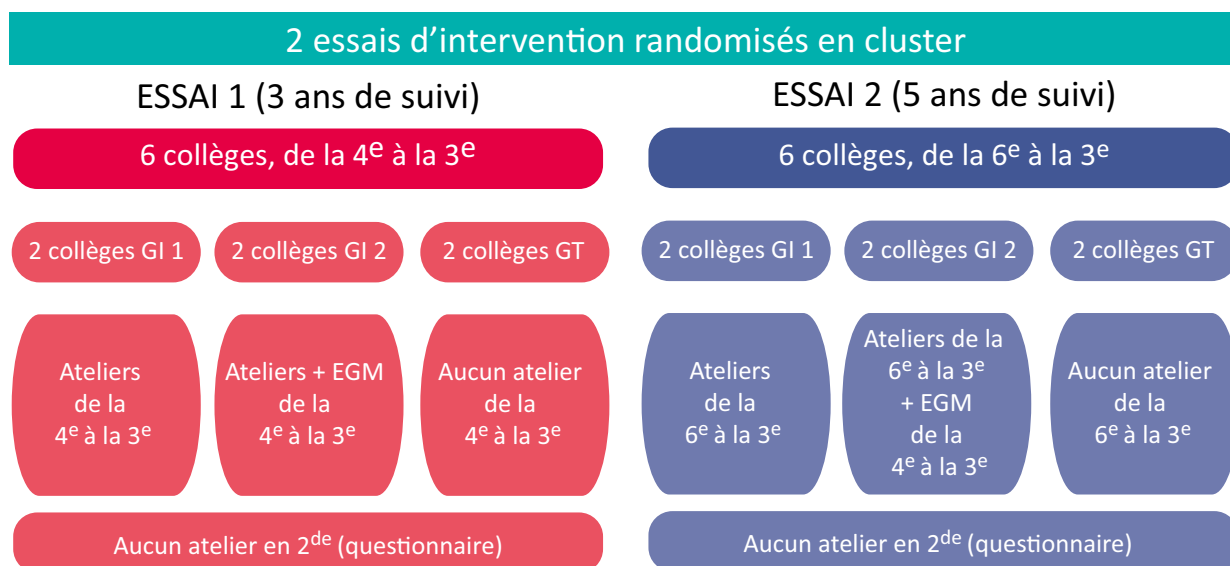
Les outils pédagogiques de Pépites

1 - Des ateliers pédagogiques adaptés à l'âge et au niveau scolaire

Il est bien montré que l'efficacité des actions préventives nécessite de la répétition dans la durée ; une action ponctuelle, indépendante de l'environnement, ne peut espérer modifier durablement les attitudes, représentations et comportements des individus. C'est pourquoi nous

(*) Collèges Le village à EVRY, Roland Garros à SAINT GERMAIN LES ARPAJON, Charles Péguy à PALAISEAU, Pierre Mendès France à MARCOUSSIS, Jean Moulin à LA NORVILLE, Gérard Philippe à MASSY.

Fig. 8. Plan expérimental PEPITES :



avons basé nos interventions sur la durée avec 2 ateliers pédagogiques par an et par niveau. Le programme d'interventions élaboré par l'équipe de recherche a associé des professionnels de l'éducation, de la santé et de la recherche. Il est adapté à l'âge, au programme scolaire de chaque niveau et porte sur l'addiction au tabac. Il repose notamment sur le renforcement des capacités psychosociales (en particulier sur la résistance aux pressions, le développement de l'esprit critique, le choix argumenté...), sur la responsabilité citoyenne et pour ceux qui utilisent l'EGM, la mobilisation de l'intérêt des jeunes par une participation active à une expérimentation. Animés par des membres de l'équipe, les ateliers sont d'une durée de 45-55 minutes et leurs contenus sont résumés ci-dessous :

- 6ème : Pourquoi commence-t-on à consommer ? Réfléchir sur les raisons des premières consommations de tabac et prendre conscience de la place du tabac au quotidien dans notre société et de la pression des pairs.
- 5ème : Conduites à risques : Gestion du stress – Prise de risque et alternatives. Réfléchir à leurs prises de risques dans la vie quotidienne.
- 4ème : Tabac et manipulation des cigarettiers – Stratégie marketing. Développer l'esprit critique par l'analyse des techniques de vente et techniques d'influence des industriels du tabac.
- 3ème : Tabac : Effets et dépendances. Renforcer les connaissances sur les addictions.
- Uniquement pour les niveaux 4èmes et 3èmes : Ateliers d'électrogustométrie. En 4ème, seuls quelques élèves volontaires testeront leur sensibilité gustative qui sera mesurée par un membre de l'équipe de la Fondation JDB. En 3ème, les élèves de la classe seront en binôme et effectueront eux-mêmes la mesure sur le bout de la langue de leur camarade et vice-versa.

2 - Un outil novateur : L'Electrogustomètre (EGM)

L'EGM est un petit appareil couplé à un téléphone portable composé d'un générateur de courant constant auquel sont reliés un bracelet conducteur et une petite sonde que l'on applique sur différents points de la langue (fig. 9). L'électrogustométrie, de par sa simplicité d'application et son caractère quantitatif, est une méthode adaptée à l'évaluation de la sensibilité gustative en permettant une mesure précise et reproductible des seuils de détection (18). Cette technique, en testant l'intégrité de l'ensemble de la chaîne neuro-sensorielle du goût, rend compte avec précision de l'impact de la consommation de tabac sur le goût.



Fig.9 Electrogustomètre : un générateur de courant constant
La stimulation consiste à appliquer les cations de la salive (H⁺, Na⁺) du sujet sur ses propres récepteurs gustatifs à l'aide de très faibles courants.

Le recueil de données par auto-questionnaire

En début et fin d'année seront recueillies par auto-questionnaires anonymes remplis par les collégiens, les données concernant d'une part les divers déterminants* pouvant avoir un rôle sur l'initiation et sur le passage au tabagisme régulier et d'autre part leurs connaissances des conséquences du tabagisme, leur propre expérience en terme de tabac et attitudes futures éventuelles. Nous leur demanderons aussi ce qui pourrait les amener à fumer ou à ne pas fumer ou à arrêter (influence des pairs, de la famille, de la société).

Les questionnaires remplis après chaque atelier permettront eux d'évaluer l'acquisition des connaissances et les modifications des représentations.

Les premiers résultats fin 2017

L'analyse globale de chaque essai comparera les 3 groupes constitués d'une part sur les indicateurs de processus (Faisabilité, déroulement des actions, intérêt des élèves, jugement des partenaires), d'autre part sur les indicateurs de résultats : efficacité du programme d'intervention avec ou sans utilisation de l'EGM sur le retard à l'initiation au tabac et sur le passage au tabagisme quotidien.

Outre la comparaison des groupes sur les indicateurs d'efficacité retenus, on étudiera l'évolution du tabagisme

au cours des 4 années scolaires et les divers autres facteurs pouvant avoir une influence sur cette évolution tel que le genre, la pratique sportive, l'environnement socio-géographique.

Le projet a été initié en 2015-2016, les premières analyses pour l'essai 1 devraient se réaliser fin 2017 et pour l'essai 2 fin 2017 et fin 2019.

Conclusion

Nous développons un parcours de prévention primaire original et dans la durée pour confirmer l'efficacité ou non de deux types d'intervention sur le tabagisme des collégiens (ateliers pédagogiques interactifs seuls ou associés à l'utilisation ludique de l'EGM) dans la diminution d'une part de l'initiation au tabagisme chez les collégiens en fin de 5ème et d'autre part sur le nombre de fumeurs en fin de 3ème et en seconde. La méthodologie utilisée ici permettra de comparer les interventions entre elles et avec l'absence d'intervention pour permettre de tirer des conclusions sur l'efficacité ou non de telles approches. Elle pourra aussi permettre d'améliorer les connaissances sur certains déterminants psycho-sociaux de l'entrée dans le tabagisme tel que le rôle de l'environnement interpersonnel scolaire et familial et leurs interactions avec les actions éducatives.

*âge, genre, composition familiale, environnement géographique de la famille, insertion dans le collège, pratique sportive ou autre, fumeurs environnants (fratrie, parents, copains)...

Références bibliographiques

- Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 2015;25(5):824-8.
- Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, 2014.
- Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Institut national du cancer, 2014.
- Lermenier-Jeannet A. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. Tendances, OFDT. 2014.
- Hill C. Pour en finir avec les paquets-années. Revue des Maladies respiratoires. 1992;9(6):573-4.
- Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. Pôle expertise collective. ITMO Santé Publique - Aviesan, 2014.
- Difranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, Fletcher K, Ockene JK, McNeill AD, et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. Tob Control. 2002;11:228-35.
- Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, et al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016.
- Projet régional de santé d'Île-de-France, synthèse. Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, 2012.
- Les politiques de lutte contre le tabagisme. Rapport d'évaluation. Cour des comptes, 2012.
- Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves, circulaire. Bulletin officiel de l'éducation nationale. 4 février 2016;5.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2012.
- Dierker L, Mermelstein R. Early emerging nicotine-dependence symptoms : a signal of propensity for chronic smoking behavior in adolescents. J Pediatr. 2010; 156:818-22.
- Nanhou V, Ducharme A, Eid H. L'initiation au tabac, à l'alcool et aux drogues : un aperçu de la situation lors du passage de la 6e année du primaire à la 1re année du secondaire. Portraits et trajectoires, Institut de la statistique du Québec. 2013;16.
- Breslau N, Peterson E. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. Am J Public Health. 1996;86:214-20.
- Le Bon AM, Heydel JM, Chéruel F. Système olfacto-gustatif et toxicologie. Odorat et Goût: ed Quæ; 2012. p. 465-72.
- Hoffman BR, Sussman S, Unger JB, Valente TW. Peer influences on adolescent cigarette smoking : a theoretical review of the literature. Subst Use Misuse 2006;41:103-55.
- Tomita H, Ikeda M. Clinical use of electrogustometry: strengths and limitations. Acta Otolaryngol 2002;Suppl:27-38.

Remerciements

Nous remercions l'ODFT et l'Inpes pour la mise à disposition des bases de données des enquêtes Escapad et Baromètre santé 2014.

Citation suggérée

Catherine Vincelet, Véronique Drouglazet, Hervé Gautier, Fabrice Cheruel. Le tabagisme en Île-de-France : focus sur les jeunes. Bulletin de santé n°23. Observatoire régional de Santé Île-de-France. Mai 2016.



Observatoire régional de santé Île-de-France

43, rue Beaubourg - 75003 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

Directrice de la publication : Dr. Nathalie Sénécal

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISSN 1299-8125