

2

Facteurs sociodémographiques

De manière générale, le comportement des individus est influencé par l'attention qu'ils portent aux informations et aux normes sociales. Dans le cas de la tabagie, les décisions de commencer à fumer, ou d'arrêter de fumer sont fonction de ce que font les autres, de ce qu'ils pensent, de ce qu'ils veulent. De nombreux articles ont été publiés sur l'arrêt du tabagisme chez les étudiants dans d'autres pays mais nous verrons que ces données pour indicatives qu'elles soient, ne sont pas directement extrapolables à la France. Par exemple, aux États-Unis, les données sur le comportement tabagique dans la population avant 1950 montrent que le taux de sevrage réussi était près de zéro, à tous les âges de la vie. En 1954, le taux annuel d'arrêt dans la population des jeunes adultes (20-34 ans) était de 0,25 %, et en 1983 d'environ 3 % (Pierce et Gilpin, 2001). Des données similaires existent dans de nombreux pays, mais d'un pays à l'autre, elles diffèrent par l'année du début de l'augmentation du taux d'arrêt et par l'importance de la croissance annuelle dans les taux d'arrêt. Les données émanant de pays où les normes antitabac sont déjà importantes comme par exemple les États-Unis ou la Suède, ne sont pas directement transposables à la situation actuelle en France. C'est pourquoi nous étudierons d'abord un modèle de l'évolution du tabagisme dans une société donnée et que nous déterminerons ensuite où se trouve la France dans cette évolution afin de considérer les données dans leur propre contexte.

Évolution du tabagisme et des facteurs associés

Dans les pays occidentaux les informations les plus complètes sont celles qui concernent le tabagisme des hommes (Giovino et coll., 1995 ; Lund, 1995). Elles permettent de construire des courbes et de créer un modèle qui découpe l'évolution tabagique en étapes successives (figure 2.1) ce qui facilite la compréhension de la composition et des caractéristiques des populations à chaque étape (Slama, 1998). En effet, à chaque étape correspond des proportions différentes de fumeurs, de non-fumeurs et d'ex-fumeurs.

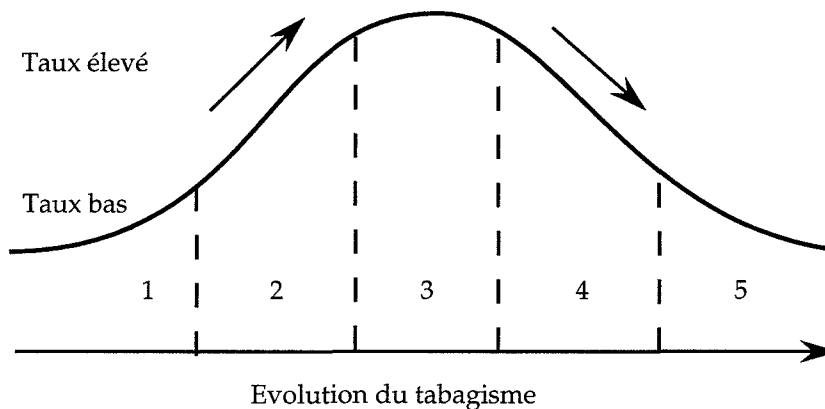


Figure 2.1 : Types de prévalences : modèle de l'Union Internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (d'après Slama, 1998)

1 : peu d'initiation, peu d'arrêt (peu d'anciens fumeurs) ; 2 : beaucoup d'initiation, peu d'arrêt (peu d'anciens fumeurs) ; 3 : beaucoup d'initiation, beaucoup d'arrêt (taux grandissant d'anciens fumeurs) ; 4 : moins d'initiation, beaucoup d'arrêt (beaucoup d'anciens fumeurs) ; 5 : peu d'initiation, taux élevé d'anciens fumeurs.

À la première étape, que l'on peut qualifier de pré-tabagique, il y a très peu de fumeurs car le phénomène est étranger à la population. Il n'y a pas d'ex-fumeurs, et la grande majorité de la population est non-fumeur. Les fumeurs sont alors des personnes qui ont des liens avec d'autres cultures ou qui échappent aux conventions normatives de la société dans laquelle ils se trouvent.

Au début de la deuxième étape, du fait de l'introduction du tabac et de sa promotion, on voit apparaître beaucoup de nouveaux fumeurs et encore peu d'ex-fumeurs car le phénomène est trop récent et valorisé. Mais il y a encore beaucoup de non-fumeurs. À ce stade, ces non-fumeurs sont de possibles nouveaux fumeurs, car avec l'accroissement du phénomène, l'attrait de devenir fumeur grandit aussi. Il y a eu en Occident une évolution dans l'utilisation des cigarettes : si, au début, le fait de fumer était mal vu pour les jeunes garçons, les filles et les femmes, il était tout à fait convenable pour les hommes. Les cigares et les pipes étaient très utilisés. De consommation aisée et d'un prix accessible, la cigarette est devenue un produit de choix. Avec les nouvelles générations, l'acceptabilité de fumer a été accordée à tous ou accaparée par tous. La cigarette devient même l'incarnation d'une nouvelle éthique de poursuite des plaisirs, et, avec l'aide de la publicité faite par les fabricants, symbolise un grand nombre de valeurs de la société, telles que séduction, réussite, sexualité, rébellion... (Brandt, 1996). Au fur et mesure que le tabagisme est adopté, la population de fumeurs s'étend et le fait de fumer devient de plus en plus conventionnel et normatif. À ce stade, le nombre de personnes qui fument augmente très facilement puisque fumer est valorisant. À ce stade, la société ne comprend pas les raisons de l'arrêt et ne le soutient pas. Cependant, des personnes commencent à sortir de la catégorie des fumeurs : soit parce qu'elles meurent, soit parce qu'elles arrêtent de fumer. Ces dernières initient la formation d'un nouveau groupe : celui des ex-fumeurs où l'arrêt est un phénomène anticonformiste et très individuel (Charlton, 1996). Si on veut arrêter de fumer, il faut non seulement lutter contre les effets de la dépendance, mais aussi contre un entourage plutôt hostile, ou au moins non encourageant à l'arrêt.

Encore récemment, les femmes en France présentaient les caractéristiques de cette étape (figure 2.2) : un tabagisme global en augmentation avec un taux d'initiation très élevé et une nette différence en tabagisme selon les tranches d'âge. Ces taux sont comparés à ceux des femmes aux États-Unis (figure 2.3) où il y a peu de différence selon l'âge, ce qui mène à une baisse globale de la prévalence (King et coll., 1998).

La troisième étape est caractérisée par un équilibre : il y a autant de personnes qui arrêtent de fumer que de personnes qui commencent à le faire. En prévalence totale, le tabagisme est à son point maximal. Ce qui caractérise le tabagisme dans cette étape, c'est la totale normalisation. Fumer est un acte conformiste. Ceux qui commencent sont des jeunes, ceux qui arrêtent sont des fumeurs de longue date (Lund, 1995).

La quatrième étape est l'étape où l'on voit une chute dans la prévalence totale du tabagisme. Les proportions changent : le nombre des ex-fumeurs dépasse celui des nouveaux fumeurs. La valorisation par le fait de fumer s'estompe lentement dans les groupes sociaux où l'on arrête. En revanche, on continue à entrer en tabagisme dans certaines tranches d'âge où la valorisation par l'entourage est grande. Les fumeurs et non-fumeurs ont des caractéristiques psychologiques et individuelles qui les différencient de plus en plus. Moins il y a de fumeurs, plus se développe un climat anti-tabac : les non-fumeurs sont valorisés par leur entourage et les fumeurs sont encouragés à arrêter (Slama, 2000). Toutefois, le taux d'arrêt n'est jamais très élevé à cause de la dépendance physique et psychologique.

La dernière étape est la phase post-tabagique d'une population. Il y a un pourcentage grandissant de non-fumeurs et d'ex-fumeurs, et peu de nouveaux fumeurs. Parmi ceux qui commencent, la majorité essaie d'arrêter après peu de temps. Les médecins de certains pays anglo-saxons sont le meilleur exemple de cette étape : en Nouvelle-Zélande, par exemple, le tabagisme des médecins en 1996 était descendu à 5 % (Hay, 1998).

En France, chez les jeunes, le tabagisme est encore un comportement valorisant : en Île-de-France un grand nombre de jeunes de moins de 34 ans sont devenus fumeurs réguliers entre l'âge de 18 et 24 ans : 45,7 % des hommes et 27,5 % des femmes (Gremy et coll., 2002). L'arrêt

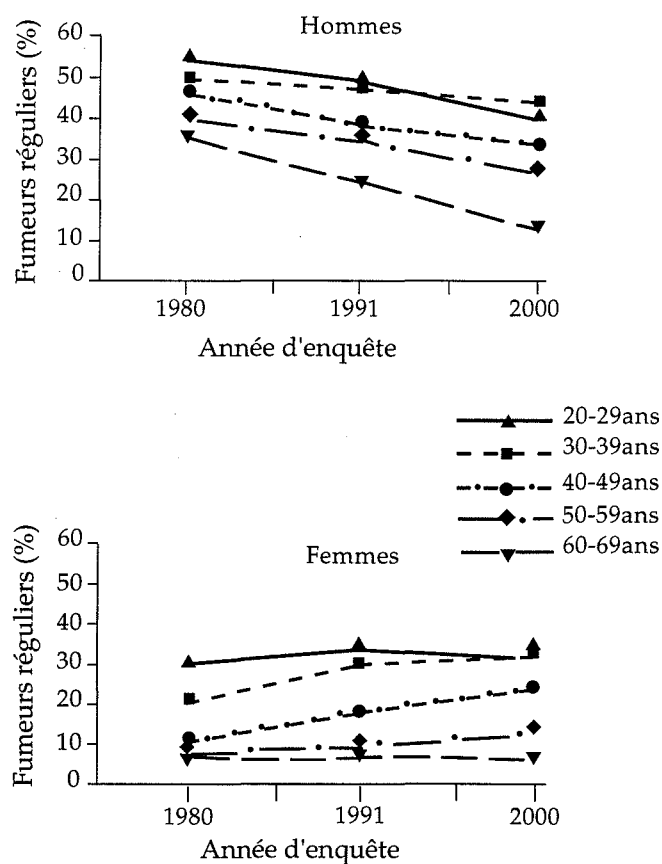


Figure 2.2 : Évolution de l'usage quotidien de tabac en France selon l'âge chez les hommes et les femmes (d'après l'Insee ; Aliaga, 2001)

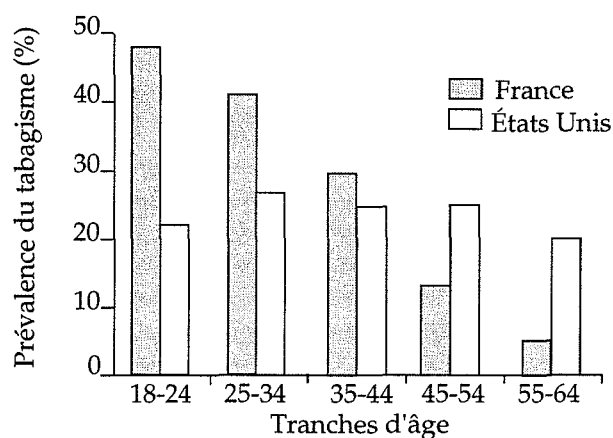


Figure 2.3 : Tabagisme chez les femmes en France et aux États-Unis en 1998 (d'après King et coll., 1998)

du tabagisme chez les étudiants en France se heurte donc à deux obstacles environnementaux : la banalisation et même la valorisation données au fait de fumer, et l'absence de soutien social pour l'arrêt. Cela implique que l'arrêt chez les étudiants français est actuellement une acte plutôt anti-conformiste et solitaire. Une étude aux États-Unis a

montré que par rapport aux fumeurs plus âgés, les fumeurs de 18 à 34 ans qui désirent arrêter de fumer ont besoin de stratégies pour gérer le fait que d'autres fument autour d'eux (Kviz et coll., 1995). Ceci semble aussi applicable aux jeunes français.

Facteurs démographiques

Les premiers facteurs de différenciation pour comprendre un phénomène de société sont d'ordre démographique car ils permettent de répartir la population en sous-groupes. En ce qui concerne le tabagisme ceci est vrai mais ces facteurs changent avec le temps.

Sexe

Actuellement, pour chaque génération en France, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les hommes. Mais plus les cohortes sont jeunes, plus les comportements tabagiques des hommes et des femmes se ressemblent. En 2000, l'écart hommes-femmes des jeunes adultes est très réduit du fait de la diminution du tabagisme chez les hommes (Aliaga, 2001). Les taux de tabagisme des 12-18 ans selon le sexe se confondent depuis 1991 (Baudier et Velter, 1998). Cela ressemble aux données de nombreux pays riches d'occident : les taux de tabagisme des hommes sont en diminution depuis les années 1950, ils sont toujours plus élevés que ceux des femmes, sauf pour les plus jeunes (11-15 ans) où les taux des filles sont souvent plus élevés que ceux des garçons (OMS, 2001). Le tabagisme des femmes a commencé à décroître dans plusieurs pays après 20 à 30 ans de stabilité ou d'augmentation, alors même que le tabagisme des hommes baissait (Pierce, 1989 ; Anguis et Dubeaux, 1997). Quand le tabagisme baisse depuis longtemps, ce comportement se déplace en importance vers les catégories sociales les plus défavorisées (Tillgren et coll., 1996). Ceci explique la différence dans les facteurs de prédiction du tabagisme entre les femmes et les hommes en France. Si le tabagisme des hommes est lié aux conditions de vie, chez les femmes, niveau de vie et tabagisme n'apparaissent pas liés (Aliaga, 2001).

À cause de l'effet de cohorte (de génération), la prévalence totale dépend de plus en plus de l'initiation au tabagisme des filles. Si le taux de tabagisme chez les hommes est encore très élevé par rapport à celui des femmes, et si les nouveaux fumeurs chez les garçons ne remplacent pas les fumeurs perdus par l'arrêt ou le décès, le taux masculin baissera. Si l'initiation des filles commence à ressembler à celle des garçons de leur âge malgré une prévalence plus basse dans la population féminine, les femmes qui commencent à fumer remplacent facilement celles qui arrêtent ou meurent, et le tabagisme féminin reste stable ; si elles sont plus nombreuses, le taux augmente. Pour maintenir un taux élevé, il faut beaucoup de nouveaux fumeurs, mais quand le taux est plus bas, le nombre nécessaire pour maintenir ce taux est donc moins grand. (Husten et coll., 1996). Ainsi, on peut comprendre les longues périodes de stabilité trouvées chez les femmes dans les pays industrialisés. Mais dès que les taux de tabagisme adulte deviennent similaires entre les sexes, ni la prévalence, ni la quantité fumée par jour ne différencient plus les sexes.

Des recherches indiquent qu'il peut y avoir des différences entre les sexes par rapport à la dépendance : ces recherches viennent principalement des pays anglo-saxons où il n'y a plus de différence en intention pour arrêter, en nombre de tentatives d'arrêt, et en types de programmes thérapeutiques désirés (Hunter, 2001). Les différences sont principalement les suivantes : après traitement, il y a souvent une plus grande proportion de femmes qui rechutent (Brigham, 2001). Les aspects conditionnés et non-pharmacologiques du tabagisme semblent plus importants chez les femmes que chez les hommes. La nicotine semble renforcer le tabagisme différemment selon le sexe, et les substituts nicotiques apparaissent moins efficaces comme traitement pour les femmes (Benowitz et Hatsukami, 1998). Le cycle menstruel peut jouer dans les difficultés de l'arrêt (Pomerleau et coll., 1992), et les femmes semblent avoir plus besoin que les hommes de soutien social au moment de l'arrêt (Christen et Christen, 1998).

Si dans leur évolution tabagique les hommes et femmes ne sont pas au même niveau, il n'est pas surprenant que leurs taux d'arrêt diffèrent. Les facteurs environnementaux d'encouragement et de soutien pour l'arrêt sont très différents. Une illustration de l'effet cohorte dans l'arrêt est montrée dans la figure 2.4. Par ailleurs, certains facteurs dans l'arrêt peuvent être ressentis différemment par les hommes et les femmes, en particulier la prise du poids et la gestion des émotions.

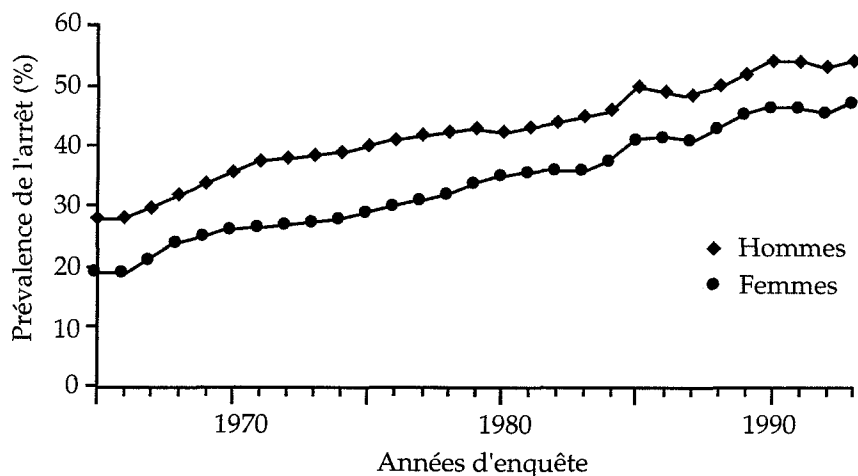


Figure 2.4 : Prévalence de l'arrêt du tabagisme entre 1965 et 1993 aux États-Unis chez des adultes de 18 ans et plus, selon le sexe (d'après Husten et coll., 1996)

Prise de poids

Des expériences menées sur des rats recevant de la nicotine ont montré une baisse de poids. Privés de nicotine, ils ne mangent pas plus mais retournent à leur poids normal, c'est-à-dire que la prise du poids n'est pas un effet pernicieux mais une conséquence normale de l'absence d'une suppression artificielle du poids (Perkins et coll., 1999). Chez les humains, cependant, les effets de la nicotine sur le métabolisme ou sur le poids de base des individus sont le sujet de nombreuses études sans consensus établi. La nicotine renforce la satiété, mais ne réduit pas uniformément l'appétit – au contraire, la nicotine est associée à une plus grande consommation de calories, surtout en gras et sucres (Louis-Sylvestre, 1993). Néanmoins, une association entre nicotine et suppression de la faim est bien connue du public. Parmi les étudiants, aux États-Unis, dans les années 1980, une étude a trouvé que 39 % des femmes et 25 % des hommes rapportaient qu'ils fumaient pour contrôler leur poids. Ainsi, la prise de poids était en troisième position dans la liste des causes déclarées de rechute après une tentative d'arrêt (Hunter, 2001).

Le marketing utilise cette association répandue entre minceur et tabagie pour promouvoir la cigarette. Les femmes s'attendent à gagner du poids en arrêtant. Cependant, tout le monde ne prend pas de poids en arrêtant de fumer, et la moyenne prise semble changer avec le temps. Aux États-Unis, on a trouvé que les femmes qui arrêtent de fumer prennent en moyenne 3,8 kilos et les hommes 2,8 kilos (Louis-Sylvestre, 1993). Il y a une relation dose-effet du poids avec le nombre de cigarettes fumées et ceux qui ont fumé plus ont un risque accru de prendre du poids (Hunter, 2001). Ces données ont amené certains à conclure qu'il faut un programme de diététique ou d'activité physique dans l'aide à l'arrêt. Pourtant, les études montrent en général que l'effort pour prévenir la prise de poids pendant l'arrêt est contre-productif (French et coll., 1992), peut-être demande-t-il trop de sacrifices simultanés. En effet, hommes et femmes, dans leur majorité, n'utilisent pas la cigarette pour contrôler leur poids, et ne craignent pas la prise du poids à l'arrêt (Perkins, 1992). Sur une cohorte de jeunes Américains, une étude longitudinale a mesuré l'importance du poids sur le comportement tabagique des 12-13 ans de 1979 jusqu'à 1988. Cette étude a trouvé que les

garçons et les filles ne différaient pas dans les tentatives d'arrêt, ni dans l'arrêt réussi. Dans cette cohorte, les femmes qui ont arrêté de fumer n'ont pas pris de poids, tandis que les hommes l'ont fait. Cependant, le poids comme facteur de crainte, était beaucoup plus important pour les filles que pour les garçons (Pirie et coll., 1991). Les études prospectives ont montré que la peur de prendre du poids était prédictive de l'arrêt, et la prise de poids après l'arrêt n'était pas facteur de rechute. Plus le gain en poids était important, plus l'abstinence perdurait (Weekley et coll., 1992). Une étude de doctorat a rapporté que, sur 407 fumeuses suivies pendant trois ans, les femmes qui n'associaient pas fumer et maintien du poids avaient 5 fois plus de chance d'arrêter, et que, arrêt ou non, les femmes ne changeaient pas leurs croyances dans une éventuelle association entre fumer et poids. La conclusion de l'auteur est que les interventions serviraient mieux les femmes en se concentrant sur les processus de prise de décisions, et en les aidant à percevoir les risques vis-à-vis des bénéfices du tabagisme (Kathryne, 2000).

En fin de compte, il est possible que les femmes, plus que les hommes, utilisent la prise de poids comme justification pour leur rechute, ou que celles qui ont réellement peur de prendre du poids n'essayent jamais d'arrêter (French et coll., 1995). Pomerleau et coll. (1993) ont mis en évidence une catégorie spécifique de fumeuses qui utilisent les cigarettes pour contrôler un comportement alimentaire morbide. N'ayant plus de cigarettes, elles n'essayent plus de contrôler leurs excès alimentaires, ce qui permet d'expliquer les 10 % ou plus qui prennent beaucoup de poids (13 kilos et plus) (Pomerleau et coll., 1993). Comme pour les autres comorbidités, ce comportement alimentaire demanderait une prise en charge psychologique en plus d'une aide à l'arrêt du tabagisme.

Donc, le poids est un enjeu très important pour certains fumeurs, même si les résultats expérimentaux n'indiquent pas comment y répondre. Le phénomène poids continue à rester un grand sujet de discussion. Il est intéressant de noter qu'une étude récente a trouvé que ni les filles ni les garçons (aux États-Unis) n'indiquent que leurs raisons pour fumer incluent la réduction ou le maintien de leur poids, et parmi les craintes exprimées par rapport à l'arrêt, la prise de poids ne semble plus jouer dans cette population (Glasgow et coll., 1999). On peut se demander si le phénomène poids est un leurre dans l'arrêt, non un obstacle ; si c'est une vraie différence culturelle ou un des aspects de l'évolution des croyances vis-à-vis du tabagisme qui changent avec le temps.

Gestion des émotions négatives

Les hommes aussi bien que les femmes peuvent utiliser la cigarette comme automédication. Cependant, il semblerait qu'il y ait des différences selon le sexe dans la gestion des émotions négatives. Beaucoup d'individus fument en réponse aux stress de la vie courante. Le fait de fumer pour des raisons autres que de calmer le stress ou se relaxer est un facteur prédictif de l'arrêt (Siquiera et coll., 2001). Dans une récente étude au Canada, en revanche, c'est le stress chronique, sans différence selon le sexe, qui prédit le mieux le tabagisme chez les jeunes adultes (Allison et coll., 1999). Une autre étude chez des étudiants universitaires aux États-Unis sans distinction entre les sexes a trouvé que la différence entre fumeurs quant à la perception de pouvoir contrôler les émotions par un moyen autre que fumer était associée au niveau de CO expiré, marqueur de la quantité de nicotine absorbée (Wetter et coll., 1992). Une étude des étudiants en Suisse a trouvé une différence entre les gros fumeurs, qui manifestaient plus de stress et plus souvent des stratégies inadéquates pour gérer le stress et les émotions négatives que les fumeurs légers et les non-fumeurs. Il n'y avait pas de différence sur les mesures de tabagisme selon le sexe (Vollrath, 1998).

Cependant, plusieurs auteurs suggèrent que, du fait d'un statut social plus faible aussi bien dans les rôles et que dans les revenus, les femmes sont plus sujettes à ce facteur dans le tabagisme (Aghi et coll., 2001). Certains pensent aussi que les femmes plus que les hommes contrôlent leurs frustrations et s'adaptent à leurs rôles en fumant (Christen et Christen, 1998). Il est possible que ces facteurs jouent dans la population des étudiants si, en effet, il y a une différence entre les sexes en confiance, perceptions de valorisations et niveau de stress. On constate souvent que les femmes choisissent d'utiliser le contrôle des émotions plus facilement qu'un changement de situation face aux événements stressants survenants dans

leur vie (Christen et Christen, 1998). En ce qui concerne les étudiantes, il y a quelques indications de leurs difficultés spécifiques. Par exemple, une étude de l'arrêt chez les adolescents aux États-Unis a montré qu'il n'y avait pas de différence dans les raisons motivant l'arrêt, mais que les filles indiquaient un plus grand nombre de circonstances qui leur donneraient envie de fumer que les garçons, et que fumer pour réguler des émotions désagréables bloquerait plus les filles que les garçons pour l'arrêt (Sussman et coll., 1998). Il se peut aussi que les femmes subissent du stress supplémentaire si elles doivent également gérer une famille et poursuivre des études.

Une dernière différence entre les sexes concerne le tabagisme et l'arrêt chez la femme enceinte. Il est estimé qu'environ un quart des fumeuses continue à fumer pendant leur grossesse et que les meilleurs résultats viennent des interventions pendant le premier trimestre. Les femmes, enceintes ou pas, se comportent comme d'autres femmes de leur âge dans la société. Là où il y a beaucoup d'arrêt, le tabagisme pendant la grossesse devient de plus en plus lié au niveau socio-économique. D'autres facteurs du maintien du tabagisme incluent le fait de fumer beaucoup ou d'avoir un partenaire fumeur, d'être multipare ou d'avoir un travail non qualifié. Ce vaste sujet ne sera pas traité dans ce chapitre.

Âge

Selon le stade d'évolution d'une population, on va trouver des taux de tabagisme chez les jeunes très différents. Une étude des jeunes hommes au service militaire en France au milieu des années 1970 a trouvé que parmi 47 942 hommes qui commençaient leur service (moyenne d'âge de 19 ans), 80 % fumaient ; tandis que 75,5 % fumaient parmi les 27 890 qui finissaient leur service au même moment (moyenne d'âge 21 ans). La différence de taux menait les enquêteurs à suggérer que le tabagisme était alors un phénomène grandissant dans cette population (Bernard et Boyer, 1976). Dans cette étude, il n'y avait pas de questions sur l'arrêt ou le désir d'arrêter. Depuis cette époque, la prise en compte des dangers du tabagisme introduite par la loi Veil en 1976, les mesures successives de promotion de la santé et les lois contre le tabagisme, notamment la loi Barrot en 1978 et la loi Évin en 1991 ont clairement tenté de lutter contre la banalisation du tabagisme remarquée à une période précédente. Plus de trente ans plus tard, la population des jeunes appelés pour le service civil fume à des taux moindres, mais à des taux toujours importants (enquête Escapad, Beck et coll., 2000). Prenant une population tout à fait différente, une étude pilote sur les comportements tabagiques des étudiants en médecine a été menée en 1985 montrant un tabagisme de 49,5 % chez les étudiants en première année et de 44,6 % en 5^e année, avec une légère différence entre les hommes (48,3 %) et les femmes (44,4 %) (Tessier et coll., 1988). Dans cette étude, environ 60 % des étudiants fumeurs pensaient qu'ils ne fumeraient pas 5 ans plus tard.

Il y a des disparités dans la proportion de fumeurs selon l'institut qui mène l'enquête. D'après la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en 1988, le taux de tabagisme des jeunes Françaises de 20 et 24 ans était de 64 % contre 61 % pour les jeunes Français du même âge. En 1998, le taux de tabagisme régulier des 20-24 ans est descendu pour les femmes à 36 % et pour les hommes à 34 % (Maresca et coll., 2000). À la suite d'enquêtes successives, le CFES a noté une baisse régulière dans le tabagisme des jeunes de moins de 18 ans, mais les taux mesurés pour les jeunes adultes restent élevés. En 1998, parmi les hommes de 18 à 24 ans 47 % étaient fumeurs tandis que 53 % fumaient parmi les 25 à 34 ans ; pour les femmes, on a trouvé 46 % pour les 18-24 ans et 40 % pour les 25-34 ans. Le pourcentage de fumeurs entre 18 et 24 ans en France qui ont essayé d'arrêter est de 44 % chez les hommes et de 33 % chez les femmes, et entre 25 et 34 ans, de 30 % chez les hommes et de 33 % chez les femmes (La santé en chiffres, 1999). Le Baromètre santé 2000 (Oddoux et coll., 2001) montre que le tabagisme chez les 26-34 ans est resté stable autour de 44 %, entre 1992 et 1999 chez les femmes, et chez les hommes, autour de 54 %. D'après ces mêmes enquêtes, le tabagisme (régulier et occasionnel) chez les étudiants (échantillon de 629 individus) âgés de 18 à 34 ans était, en 1999, de 42,5 %, avec peu de différence entre les hommes, 43,7 % et les femmes, 41,4 %. Le taux de tabagisme régulier était de 35,9 % (hommes 35,2 %, femmes 36,6 %).

Dans les pays anglo-saxons où les taux de tabagisme étaient bien plus élevés qu'en France dans les années 1960, le tabagisme des jeunes adultes est actuellement plus faible. Au Canada, le tabagisme régulier des jeunes de 20 à 24 ans est de 24 % et de 22 % pour les 25-34 ans. Environ 10 % dans les deux tranches d'âges sont fumeurs occasionnels. 16 % des 25-34 ans sont ex-fumeurs et 59 % n'ont jamais fumé (Health Canada, 2002). Aux États-Unis, où on mesure non le tabagisme hebdomadaire mais l'utilisation du tabac dans le mois précédent, les taux de tabagisme des étudiants de 18 à 24 ans sont en 2000, 28,4 % pour les hommes et de 28,5 % des femmes (Emmons et coll., 1998). La tendance à la baisse dans le tabagisme a été enregistrée dans toutes les tranches d'âge aux États-Unis, mais chez les jeunes, exclusivement, il y a eu des périodes d'augmentation dans le tabagisme, malgré la tendance générale vers la baisse (Johnston et coll., 2002). Dans les états comme la Californie, où les campagnes anti-tabac et les politiques publiques ont été bien financées et soutenues par la population, le tabagisme des jeunes adultes est en dessous de 20 %, en dépit des promotions intensives auprès d'eux menées par l'industrie du tabac (Gilpin et coll., 2001). Mais l'arrivée de nouveaux produits peut réactiver l'utilisation du tabac – on redoute les "bidis" indiens et les cigares aux États-Unis, ainsi que le mélange tabac et cannabis (Sutton, 2001). En Norvège, un pays de très forte consommation et banalisation du tabagisme autrefois, de fortes baisses ont été enregistrées dans les années 1960 et 1970. Le taux de tabagisme des hommes est en baisse depuis 1955, celui des femmes depuis les années 1970, mais les jeunes de 16-19 ans ont été attirés par un nouveau produit, le « snus » suédois, et le tabagisme total a augmenté avec l'utilisation de ce tabac à mâcher (Kraft et Svendsen, 1997). Aux États-Unis, on signale chez les étudiants universitaires une augmentation importante dans l'expérimentation des produits du tabac autres que la cigarette, néanmoins la plus utilisée (Rigotti et coll., 2000).

L'âge du début du tabagisme joue un rôle important dans l'arrêt (Kviz et coll., 1994). Une étude de l'arrêt des jeunes adultes de 21 à 30 ans a trouvé 4,4 % d'arrêt chez ceux qui avaient commencé à fumer à 13 ans ou moins, 9,6 % d'arrêt chez les fumeurs débutant entre 14 et 16 ans, et 13,6 % chez ceux qui ont commencé à 17 ans ou plus (Breslau et Peterson, 1996).

Les différences que l'on remarque dans l'initiation au tabagisme chez les jeunes à travers le monde semblent être le résultat de l'environnement social, et dès que les filles rejoignent les garçons, les taux semblent rester similaires. Au Canada, par exemple, parmi les hommes nés avant 1960, la grande majorité a fumé à un moment donné, ce qui n'était pas le cas pour les femmes. À partir des cohortes nées après 1960, les proportions des hommes et des femmes qui fument sont similaires (Aubin et Caouette, 1998). Le fait de se rejoindre n'amène pas nécessairement à une amélioration de la situation. Aux États-Unis en 1998, plus de 66 % des 12-24 ans, les deux sexes confondus, ont expérimenté le tabac, mais moins d'un tiers sont devenus fumeurs (MMWR, 1998). En France, pour les deux sexes confondus des 12-24 ans, environ 70 % expérimentent, et environ 90 % de ceux-là deviennent fumeurs réguliers (King et coll., 1998).

Un point semble très important dans le comportement tabagique selon l'âge : les études aux Royaume-Uni et aux États-Unis montrent l'importance de l'âge de 24 ans, qui correspond à une baisse considérable dans l'usage d'alcool et de cannabis, tandis que la consommation du tabac parmi les fumeurs semble augmenter : le tabagisme est clairement installé (Engs et Van Teijlingen, 1997 ; Emmons et coll., 1998). La théorie de la maturation ou du changement de vie semble plus appropriée aux autres comportements, étant donné que le tabagisme, au contraire de l'abus de l'alcool ou de l'usage des substances illicites, reste compatible avec l'accomplissement des rôles sociaux adultes (Breslau et Peterson, 1996). Ceci est également vrai pour les étudiants – la nicotine n'interfère pas avec les compétences et la concentration nécessaires pour les études universitaires.

Niveau socio-économique

Avec l'évolution du tabagisme dans une population, quand le nombre de fumeurs baisse, les fumeurs qui restent appartiennent de plus en plus à des classes sociales défavorisées et les individus ont souvent des problèmes de comorbidité (dépression, anxiété) et/ou de prises de risques multiples dans leur style de vie (alcoolisme, toxicomanie...). Ces facteurs deviennent de plus en plus visibles dans la population de fumeurs dans une société où le tabagisme

baisse régulièrement sur 20 ou 30 ans, comme au Royaume-Uni (Marsh et Mackay, 1994) ou aux États-Unis (Flint et Novotny, 1997). Le phénomène est similaire concernant les nouveaux fumeurs. Lorsque leur proportion est élevée, comme en France, les caractéristiques des fumeurs sont très variées et similaires aux non-fumeurs, car fumer est banalisé. Quand le tabagisme devient de moins en moins une activité normale et représente une activité que beaucoup de jeunes désavouent, l'on trouve chez les jeunes qui commencent à fumer et qui restent fumeurs des différences de niveau de vie et de marginalisation ou d'intégration sociale, comme on voit en comparant les facteurs prédictifs du maintien du tabagisme dans le temps (Escobedo et Peddicord, 1996).

Plus le phénomène de tabagisme est en baisse dans les pays anglo-saxons et scandinaves (Paavola et coll., 2001 ; Osler et Prescott, 1998 ; Breslau et Peterson, 1996), plus les différences en tabagisme par rapport au niveau socio-économique sont importantes. Au Royaume Uni, en 1999, 33 % des hommes et 34 % des femmes dans les professions manuelles fumaient en comparaison de 21 % et 22 % dans les professions non manuelles (Jarvis, 2000). Non seulement le taux de tabagisme est plus important mais, l'arrêt du tabagisme n'existe presque pas dans la catégorie la plus défavorisée depuis 1973 (Marsh et Mackay, 1994 ; Jarvis, 2000). Chez les adolescents, les comportements à risque par rapport aux maladies chroniques sont étendus, mais associés inversement au niveau socio-économique (Lowry et coll., 1996). Aux États-Unis, le niveau d'éducation des parents est inversement associé au tabagisme de jeunes adultes (Greenlund et coll., 1995). Il faut noter cependant que le niveau socio-économique des jeunes adultes est moins associé au revenu des parents qu'à la trajectoire attendue du niveau socio-économique du jeune selon son éducation, métier... (Hagquist, 2000). Le tabagisme d'aujourd'hui dans ces pays sert de marqueur d'un niveau social limité. Les enfants qui fument peuvent se différencier peu ou beaucoup selon leur origine socio-économique, mais à l'âge de 30 ans, la moitié des plus riches a arrêté, tandis que plus des trois quarts des moins riches continuent à fumer (Richardson et Crosier, 2001). Pourtant, environ deux tiers des fumeurs de faibles revenus dans ces pays veulent arrêter, car le tabagisme n'a plus la même valeur sociale. Les fumeurs des classes sociales les plus défavorisées indiquent par de nombreux symptômes (temps entre le réveil et la première cigarette, difficulté à s'abstenir pendant une journée, et quantité d'inhalation) un niveau plus élevé de dépendance (SAMHSA, 2001), et souvent se sentent exclus des soins d'aide à l'arrêt (Wiltshire et coll., 2001).

Des études au Pays-Bas et aux États-Unis ont montré que le fait de vivre dans un contexte de déprivation influence le maintien du tabagisme, indépendamment de l'effet de faible revenu personnel (Reijneveld, 1998 ; Escobedo et Peddicord, 1996). On peut suggérer que ceci indique un effet de l'environnement tabagique et l'inadéquation dans ce contexte aux besoins pour l'arrêt. Le style de vie, et la manière dont on gère la vie, est aussi associé à l'arrêt des jeunes adultes (Durant et Smith, 1999).

Autres facteurs démographiques

Des études démontrent des différences en initiation et arrêt du tabagisme selon la race ou groupe ethnique dans plusieurs pays. Les différences dans le tabagisme selon le contexte ethnique sont donc à noter, mais n'ont pas leur place dans ce chapitre.

Facteurs sociaux

Les facteurs démographiques jouent un rôle indirect dans la difficulté à l'arrêt par rapport à une influence variable dans le temps sur les déterminants individuels, tels que l'inhibition à contrôler son environnement ou les perceptions de valorisation. Ils sont aussi de loin ou de près impliqués dans les facteurs sociaux et culturels qui influencent les décisions et transitions de comportement.

Environnement tabagique

Le réseau social d'un jeune influence énormément les perspectives de transition dans le comportement tabagique. En considérant les changements dans le tabagisme, un modèle d'épidémie sociale reconnaît l'aspect addictif du produit et caractérise l'influence de l'entourage et de l'environnement non comme pressions mais comme opportunités pour le changement (Rowe et Rodgers, 1991). De nombreuses études ont trouvé que le nombre d'amis non fumeurs d'un jeune fumeur augmente ses chances à devenir un ex-fumeur. Ceci a été trouvé pour l'arrêt des adolescents (Burt et Peterson, 1998 ; Fritz, 2000) et pour l'arrêt des jeunes adultes (Ellickson et coll., 2001, Chen et coll., 2001, Paavola et coll., 2001 ; Rowe et coll., 1992). Le fait d'être marié à un non-fumeur est prédictif de devenir ex-fumeur (Chen et coll., 2001 ; Osler et Prescott, 1998). Le rôle de l'environnement dans l'adoption d'un nouveau comportement est un des principes de la théorie de l'apprentissage social (Rollnick et coll., 1999) et les actions par rapport aux réseaux sociaux pourraient faire appel aux thérapies de changement de comportement développées autour de cette théorie. L'environnement est considéré de même importance dans l'influence sur le comportement que l'expérience déjà vécue de ce comportement (Ellickson et coll., 2001). Une étude longitudinale au Danemark a trouvé que le non-tabagisme d'une mère doublait les chances que son enfant ne fume pas à l'âge adulte entre 19 et 31 ans, indépendamment du tabagisme dans l'enfance, du sexe, de l'âge ou du niveau socio-économique de ces jeunes (Osler et coll., 1995).

Chez les jeunes, vouloir ressembler à l'image que l'on a d'un fumeur est prédictive de l'initiation au tabac (Norman et Tedeschi, 1989), ce qui montre l'importance de la définition donnée par l'entourage de ce que représente un fumeur. Une étude intéressante sur l'image du fumeur selon la prévalence démontre le rôle de l'environnement tabagique dans les choix des jeunes. Sur une population de lycéens aux États-Unis, on a trouvé que là où le tabagisme est réduit, les jeunes les plus populaires ne fument pas. Dans les établissements où le tabagisme était en revanche élevé, les plus populaires étaient des fumeurs. Dans cette étude, en contrôlant pour l'âge, le sexe, la race, le niveau d'éducation des parents, l'école et l'accès aux cigarettes à la maison, le risque de fumer venait de la proportion des pairs qui fumaient. On avait deux fois plus de risque de fumer si plus de la moitié de son groupe social fumait ou si un ou deux meilleurs amis fumaient, et pour chaque 10 % de plus de tabagisme en général à l'école, le risque de fumer augmentait de 73 % (Alexander et coll., 2001).

Expérience du tabagisme

Le fait de toucher au tabac pendant l'enfance ou l'adolescence augmente les risques de devenir fumeur. Une fois fumeur, la fréquence du tabagisme est prédictif de l'arrêt (Choi et coll., 2001). Une étude sur l'arrêt chez les adolescents aux États-Unis a trouvé un facteur de 7 fois plus d'arrêt parmi les fumeurs occasionnels par rapport aux fumeurs réguliers (Sargent et coll., 1998).

Plus la durée de tabagisme est courte, plus l'individu a des chances de réussir son arrêt (Siquiera et coll., 2001), mais il est difficile à savoir si c'est l'âge d'initiation, la durée d'usage, ou les deux qui sont en jeu. Une étude de 1 007 personnes de 21 à 30 ans a détecté que, comme attendu, ceux qui avaient essayé une première cigarette entre 14 ans et 16 ans avaient 60 % plus de risques de devenir dépendants que ceux qui avaient commencé après 16 ans. En revanche, ceux qui avaient essayé la cigarette avant 14 ans ont progressé beaucoup plus lentement vers un tabagisme régulier et avaient moins de risque de développer une dépendance (Breslau et coll., 1993).

Les adolescents qui fument montrent des symptômes de dépendance plus importants que ne le montrent les adultes qui fument de manière similaire (Kandel et Chen, 2000). Le taux de dépendance à la nicotine a été évalué selon les symptômes rapportés de tolérance, état de manque, fumer plus que voulu, difficulté à réduire la quantité, conséquences négatives du tabagisme ressenties au niveau de la vie sociale ou du travail et persistance de problèmes sanitaires dans cette étude des données recueillies entre 1991 et 1993 sur 22 292 Américains. La dépendance des adolescents était associée à la durée de leur tabagisme plutôt qu'à la quantité. Parce que moins de dépendance et moins de fréquence du tabagisme sont des

facteurs prédictifs de l'arrêt chez les jeunes (Siquiera et coll., 2001), les efforts pour aider l'arrêt des jeunes avant qu'ils n'arrivent à un tabagisme régulier semble importants. Une étude en Norvège a bien montré l'efficacité d'une campagne d'arrêt auprès des jeunes fumeurs occasionnels (Holmen et coll., 2000). Les premiers symptômes de la dépendance à la nicotine peuvent apparaître dans les jours et semaines après le début de l'utilisation des cigarettes, souvent longtemps avant l'usage régulier du tabac (DiFranza et coll., 2000); mais on sait aussi que les nouveaux fumeurs ont une prise de cigarette bien plus variée que les fumeurs établis (Zickler, 2001), raisons de plus pour agir sur le fait d'un tabagisme plus récent.

Attitudes et perceptions du tabac

De multiples études ont montré que les gens sont en général au courant de la toxicité du tabac, mais optimistes par rapport aux conséquences de leur propre tabagisme (US Department of health and human service, 1989), et à toutes les tranches d'âge. On démontre que même la surestimation du risque en général, qui se trouve chez les plus jeunes, n'influence pas ce biais d'optimisme sur leurs propres comportements (Romer et Jamieson, 2001). Néanmoins, le fait de percevoir un risque personnel est un facteur prédictif pour l'arrêt. Une étude décrite plus bas montre que plus il y a eu d'information sur les effets sanitaires du tabagisme, plus le taux d'arrêt chez les 20-24 ans est monté aux États-Unis sur une période de 33 ans. Cet effet est notable surtout à la période où se développe l'information sur les effets de l'exposition à la fumée des autres (Pierce et Gilpin, 2001). Il a été démontré par ailleurs que l'information sur le tabagisme passif motive les fumeurs à s'arrêter (Glantz et Jamieson, 2000) et que les interdictions de fumer en public, surtout sur le lieu du travail, sont associées à des baisses dans la prévalence totale (Chapman et coll., 1999). L'attention au tabagisme passif influence aussi l'intention d'arrêter de fumer (Breslau et Peterson, 1996), et l'intention est souvent utilisée comme indicateur de comportement futur à cause de sa valeur prédictive de l'arrêt tabagique (Prochaska et DiClemente, 1983). Le tableau 2.I montre certaines attitudes et perceptions liées à l'arrêt.

Activités de normalisation ou dénormalisation du tabagisme

La prolifération de zones non-fumeurs joue un rôle très important dans la dénormalisation du tabagisme, ainsi que la baisse visible de tabagisme dans certains groupes sociaux. En revanche, l'image de la cigarette dans les médias continue à la « glamoriser » (Owen, 1997), et le fait de fumer dans les films au cinéma et à la télévision continue à mal renseigner les jeunes sur la prévalence réelle du tabagisme dans la population. Par exemple, une étude qualitative auprès des 12-13 ans en Nouvelle-Zélande a montré non seulement que ces jeunes trouvaient normal et réaliste le tabagisme dans les films, mais aussi que cela les amenait à des surestimations du tabagisme des pairs et du tabagisme dans la société (McCool et coll., 2001). Les auteurs notent que la culture des jeunes évolue constamment en utilisant les images qui leur vient de la société par les médias, et ils se définissent par ce qu'ils aiment et ce qu'ils n'aiment pas. L'utilisation du tabac dans les films d'aujourd'hui sert pour relayer des états émotifs et des attributions de caractère. Les enfants ont surtout reconnu les associations tabac et stress, et tabac et amitié. Une analyse des épisodes de tabagisme dans les films des années 1990 a décelé de nouveaux rôles pour le fait de fumer – la révolte saine contre les limites déraisonnables, le refus d'accepter des répressions de la société (MacKinnon, 1997). MacKinnon voit que fumer devient donc un geste libérateur contre l'autorité, et que cela aide à expliquer pourquoi les vedettes les plus populaires utilisent la cigarette : pour augmenter leur charisme. Une analyse de l'évolution de l'utilisation du tabagisme dans les films entre 1990 et 1995 a trouvé que le tabagisme a augmenté dans les films en 1995 : quatre fois plus d'épisodes de tabagisme, deux fois plus d'acteurs principaux qui fument, six fois plus d'indications d'une marque de cigarettes (surtout Marlboro), et trois fois plus d'évocation d'aimer la liberté par le fait de fumer (Owens, 1997). Actuellement, le tabagisme des films évolue vers l'appui des vedettes à une marque de cigarettes (Sargent et coll., 2001a). Les cigarettes servent depuis longtemps pour montrer l'intensité d'une scène,

Tableau 2.I : Perceptions, attitudes et tabagisme chez les jeunes

Auteurs	Pays	Année de l'étude	Type d'étude	n	Âges (ans)	Résultats
MacFadyen et coll., 2001	Royaume-Uni (Nord)	NA	Transversale Quantitative	629	15-16	Sur les connaissances et les comportements : Un jeune a plus de chance d'être fumeur en fonction de sa : perception des coupons (pour les cadeaux) sur les paquets de cigarettes ; perception que d'autres produits portent le nom d'une marque de cigarettes ; connaissance d'un plus grand nombre de tactiques de promotion pour les cigarettes.
McCool et coll., 2001	Nouvelle-Zélande (Auckland)	NA	Qualitative "Focus groups"	76	12-13	Sur les perceptions vis-à-vis du tabagisme dans les films Les images de tabagisme sont perçues comme omniprésentes ; Le tabagisme des films est perçu comme normal et de fréquence réaliste ; La relation stress-tabagisme correspond le plus à ce qu'ils comprennent du tabagisme.
Sargent et coll., 2001b	États-Unis (New Hampshire)	NA	Enquête transversale	4 919	9-15	Plus les écoliers-collégiens ont vu de personnages en train de fumer dans les films, plus ils risquent d'avoir essayé de fumer (l'association reste significative même après ajustement sur de nombreux critères : âge, sexe, performances scolaires, éducation parentale...)
Romer et Jamieson, 2001	Etats-Unis (national)	1999	Enquête téléphonique	300 fumeurs 300 non-fumeurs	14-22	Sur les attitudes et comportements tabagiques Surestimation du risque de cancer du poumon d'un fumeur, sous-estimation de la mortalité du cancer du poumon ; 68% des fumeurs, 79% des non-fumeurs pensaient que le tabagisme réduit la durée de vie d'un fumeur ; La majorité estimait que leur propre tabagisme n'était pas dangereux ; Association entre l'intention d'arrêter et perception de risque élevé de son propre tabagisme.
Rugkasa et coll., 2001	Royaume-Uni (Irlande du Nord)	NA	Qualitative Entretiens approfondis	85 18	10-11 16	Selon les 10-11 ans : Les adultes fument pour gérer le stress, et à cause de la dépendance ; Les enfants fument pour maintenir les relations sociales ; La dépendance n'existe pas. Selon les 16 ans : Les fumeurs sont dépendants et fument pour gérer le stress.

Arnett, 2000	Etats-Unis (Washington)		Questionnaire "Interception des consommateurs"	200 203	12-17 30-50	Comparaison des perceptions de risques et comportement tabagique 60 % des jeunes, 48 % des adultes croient qu'ils peuvent fumer encore quelques années et puis s'arrêter s'ils en ont envie ; La perception de peu de risques de son propre tabagisme est plus forte comme facteur prédictif du comportement tabagique que les facteurs démographiques ; Les adolescents croient fermement que même si d'autres deviennent dépendants, cela ne leur arrivera pas ; Le biais optimiste sur son propre tabagisme est plus fort chez les jeunes.
CFES, 2000	France	1999	Etude qualitative		11-14 15-18 19-30	Sur les représentations de la santé La santé est perçue comme incorporant plaisir, séduction, liberté, indépendance, bien-être, liens avec les autres ; La mauvaise santé est perçue comme incorporant le fait de se sentir mal, dépendant, coupé des autres, n'avoir envie de rien ; Selon l'âge (plus élevé) et le sexe (féminin) association entre bonne santé et idée de gérer un capital santé.
Goldman et Glantz, 1998	Etats-Unis (trois États)	NA	Qualitative Groupes cibles	1 500	Tous âges	Les messages sanitaires les plus percutants ont ces caractéristiques : Dureté ; précision ; agressivité.
Grube et coll., 1990	États-Unis (Washington)	1980	Enquête quantitative sur les valeurs	664	17-22	Attributions aux fumeurs et aux non-fumeurs Les fumeurs sont perçus comme ayant ces valeurs : plaisir personnel, auto-gestion, autonomie ; Les non-fumeurs : valeurs traditionnelles, famille, sécurité, honnêteté ; Les ex-fumeurs : réussite personnelle, contrôle interne.

des caractéristiques viriles ou pour signaler les méchants, et ceci continue dans les films d'aujourd'hui.

Mais l'importance de tout cela, à part l'ambiance générale, réside dans l'impact sur le comportement. Une association a été trouvée entre le tabagisme des adolescents et l'admiration qu'ils ont pour des vedettes de cinéma qui fument (Tickle et coll., 2001). Une récente étude vient de démontrer un effet mesurable du tabagisme d'un jeune par rapport au nombre d'épisodes de tabagisme qu'il a vu dans l'année. Plus un adolescent voit d'épisodes de tabagisme dans les films, plus il est à risque d'expérimenter le tabac, à un niveau similaire à l'effet d'exposition au tabagisme familial. Cet effet est beaucoup plus important chez les jeunes qui ne vivent pas dans un environnement de fumeurs (Sargent et coll., 2001b). Nous ne connaissons pas l'impact de l'exagération du tabagisme dans les films sur les adultes en général, sur les jeunes adultes et sur les décideurs, mais nous pouvons estimer qu'il n'est pas nul. Le tabagisme de l'adolescence est aussi associé au fait de suivre les promotions des cigarettiers et de s'en procurer les objets (Biener et Siegel, 2000 ; MacFadyen et coll., 2001).

Études prospectives longitudinales

Plusieurs études prospectives sur les transitions en tabagisme des jeunes attirent notre attention pour l'éclaircissement qu'elles donnent sur le rôle de l'environnement tabagique et le passé tabagique dans l'arrêt. Un résumé des principaux résultats de ces études est donné dans le tableau 2.II.

Dans l'étude d'Ellickson et coll. un grand nombre de facteurs qui pourraient intervenir dans l'arrêt du tabagisme a été mesuré : des facteurs environnementaux, des attitudes et croyances concernant le tabagisme, les comportements à risque précédents, les rapports avec l'école, et les facteurs sociodémographiques. Les facteurs mesurés chez les fumeurs adolescents américains non fumeurs entre 18 et 23 ans sont de ne pas avoir d'amis fumeurs au lycée, de se sentir capable de résister aux pressions pro-tabagiques, et d'avoir l'intention de ne pas fumer à l'âge de 18 ans (Ellickson et coll., 2001).

L'importance de l'environnement tabagique est soulignée dans les autres études aussi. Dans l'étude de Chen et coll. (2001) également aux États-Unis, le tabagisme d'une cohorte de jeunes de 12, 15 et 18 a été suivi pendant 13 ans. Le facteur associé à l'arrêt des jeunes, fumeurs à 18, 21 et 24 ans, non fumeurs à 25, 28 et 31 ans, était le fait d'être marié à un non-fumeur. Le sexe, le niveau d'éducation, l'âge du démarrage du tabagisme, la quantité fumée ou le fait d'avoir un emploi ne montraient pas d'association.

L'étude de Paavola et coll. (2001) a suivi des jeunes Finlandais randomisés dans une étude de prévention en 1979 jusqu'à l'âge de 28 ans. Parmi ceux qui étaient fumeurs à l'âge de 15 ans, 26 % des fumeurs réguliers et 46 % des fumeurs occasionnels ont arrêté. Les femmes ont arrêté significativement plus que les hommes, ainsi que ceux mariés, employés, et ayant un métier non ouvrier. Ceux dont les amis étaient fumeurs étaient moins aptes à arrêter, ainsi que ceux qui consommaient du lait gras (marqueur d'un style de vie moins saine) ou ceux qui ne pratiquaient pas d'activité physique (Paavola et coll., 2001). L'importance de l'entourage est encore signalé. Si l'arrêt parmi ces jeunes était de 2,3 % par an, similaire au taux d'arrêt chez les adultes en Finlande (2 %), l'arrêt était plus important entre les âges de 15 et 21 ans (22 %, 4,1 % par an) qu'entre 22 et 28 ans (16 %, 2,5 % par an). Ce résultat renforce l'importance d'un arrêt précoce, lorsque beaucoup de fumeurs sont encore des fumeurs occasionnels.

L'étude de Pierce et Gilpin (2001) suit l'évolution des transitions dans le tabagisme des cohortes par rapport à la couverture médiatique de la relation tabac et santé entre 1950 et 1983 aux États-Unis. L'incidence de l'arrêt pour chaque année a été calculée en prenant la somme des individus dont on estime qu'ils ont arrêté cette année-là pendant au moins trois mois (d'après la réponse à la question sur le temps passé depuis la dernière cigarette) et en la divisant par le nombre total d'individus fumeurs susceptibles d'arrêter (c'est-à-dire toujours fumeurs au cours de cette même année). La couverture médiatique a été mesurée en comptant, pour chaque année, le nombre d'articles sur le tabac et la santé dans les

Tableaux 2.II : Études prospectives de transitions dans les comportements tabagiques des jeunes adultes

Auteurs	Pays	n	Années de l'étude	Âges au début de l'étude (ans)	Âges aux suivis (ans)	Facteurs dans l'arrêt du tabagisme des jeunes adultes
Chen et coll., 2001	États-Unis (New Jersey)	1 257 dont 1 201 à tous les suivis	1979-81 1982-84 1985-87 1992-94	12, 15, 18	15, 18, 21 18, 21, 24 25, 28, 31	Etre marié à un non fumeur : 5,6 fois plus de chance de devenir ex-fumeur Avoir moins d'amis fumeurs : pour chacun des amis devenus ex-fumeur, la chance de le devenir à son tour est augmentée de 1,7 fois ; Pas d'effet significatif selon l'âge, le sexe, le travail, le fait d'avoir les enfants, un diplôme tertiaire, la quantité fumée.
Ellickson et coll., 2001	États-Unis (Californie et Oregón)	3 056	1985-1995	13 et 18	18 et 23	Arrêt entre 18 et 23 ans : (facteurs mesurés à 18 ans) N'avoir que peu ou pas d'amis qui fument ; Se sentir capable de réussir l'arrêt ; Avoir l'intention de ne pas être fumeur dans 6 mois ; Pas d'effet significatif selon le tabagisme des parents
Paavola et coll., 2001	Finlande (Karélie du nord)	538	1978 1980 1986 1993	13	15 21 28	Arrêt entre 15 et 21 ans : Taux d'arrêt d'anciens fumeurs réguliers : 24% ; Taux d'arrêt d'anciens fumeurs occasionnels : 46% Arrêt entre 22 et 28 ans : 16% Facteurs liés à l'arrêt avant 28 ans : sexe féminin ; marié ; employé, et si oui, un emploi non-manuel
Lewinsohn et coll., 1999	États-Unis (Oregón)	684	1987-89 1988-90 1995-97	18	19 24	Les fumeurs qui sont devenus ex-fumeurs depuis au moins un an n'avaient aucun risque supplémentaire d'abuser d'autres substances psychoactives (même risque que les non-fumeurs) comparés à ceux qui ont continué à fumer.
Winefield et al, 1992	Australie	483	1984-1988	19-22	23-26	Transitions : 6,4% d'arrêt ; 5,5% d'initiation Facteur lié à l'arrêt : se sentir capable de contrôler les événements ; Facteur lié à l'initiation : devenir étudiant à plein temps ; Pas d'effet significatif selon le fait d'être employé, les conditions de travail, l'auto-estime et la dépression.
Pirie et coll., 1991	États-Unis (Minnesota)	6 711	1979-80 1984-85 1986-87 1987-88	12-13	17-18 18-19 19-20	Pas de différences entre les sexes pour les tentatives d'arrêt et pour l'arrêt réussi. A l'arrêt : prise de poids chez les hommes mais pas chez les femmes ; les femmes redoutaient la prise de poids alors que les hommes ne la craignaient pas.
Chassin et coll., 1990	États-Unis (Indiana)	4 156	1980 1981 1982 1983 1987-88	10-21	18-26	Sur un échantillon de fumeurs et non fumeurs, le tabagisme au dernier suivi est de 26,7%. Importance de l'expérience du tabagisme : avoir essayé le tabac pendant l'adolescence double les chances d'être fumeur à l'âge adulte.

Tableaux 2.II (suite)

Auteurs	Pays	n	Années de l'étude	Âges au début de l'étude (ans)	Âges aux suivis (ans)	Facteurs dans l'arrêt du tabagisme des jeunes adultes
Schmid, 2001	Suisse (Freiburg)	406	1995-1998	16-17	19-20	Facteurs prédictifs de l'arrêt : Fumer parce que les autres fument, pas pour gérer le stress ; Fumer moins Facteurs prédictifs du maintien du tabagisme : Sentiments/émotions négatifs à T ₀ ; Fumer fréquemment ; Fumer pour se relaxer.
Pierce et Gilpin, 2001	États-Unis (données nationales)	140 199	1950-1990	Cohortes	20-24 30-50	Influence de la presse sur l'arrêt des 20-24 ans, tous les ans de 1950 à 1983 : Le taux d'arrêt nul en 1950 est monté à 0,25 % en 1954, presque la moitié du taux des plus âgés ; A partir de 1967, le taux des jeunes est monté vite, excepté en 1979 et 1980, pour atteindre 3 % par an en 1983, contre 2,5 % pour les 30-50 ans ; Les taux d'arrêt des deux groupes suivent de près l'augmentation ou la diminution du nombre annuel d'articles sur le tabac et la santé.

125 journaux les plus lus de cette année-là, pour chaque année entre 1950 et 1990. L'étude montre que l'incidence de l'arrêt du tabagisme est très similaire au niveau de la couverture médiatique, y compris dans les cohortes de l'âge de 20-24 ans. Les périodes de la plus forte similarité entre couverture et taux d'arrêt ont coïncidé avec d'abord les « spots » anti-tabac à la télévision entre 1967 et 1970, et à partir de 1972, avec les révélations sur l'impact du tabagisme sur la santé des autres (Pierce et Gilpin, 2001).

Une étude suisse a suivi 406 jeunes de 16-17 ans, fumeurs et non-fumeurs, sur trois ans pour mesurer les facteurs prédictifs des transitions dans les comportements tabagiques. Cette étude a mesuré le stade de préparation au changement des fumeurs, le niveau de dépendance à la nicotine selon le test de Fagerström, les échelles des émotions négatives, des attitudes et perceptions et les facteurs démographiques de sexe, type d'éducation, environnement familial tabagique. La population initiale de 687 a permis d'examiner un biais par rapport au suivi : les perdus de vues semblent fortement à risque d'être ou de devenir fumeurs. L'auteur suggère la possibilité que les résultats sous-estiment la transition vers l'initiation. Dans cette population, 19,8 % des non-fumeurs à 16-17 ans sont devenus fumeurs avant l'âge de 19-20 ans. Mais en même temps, 24,6 % des fumeurs ont arrêté. Seulement deux facteurs différenciaient significativement les jeunes qui sont restés fumeurs et ceux qui ont arrêté. Ceux qui sont restés fumeurs étaient trois fois plus nombreux à déclarer au début de l'enquête qu'ils fumaient pour se relaxer tandis que ceux qui ont arrêté par la suite déclaraient fumer pour imiter leurs amis. Quels qu'ils soient, ils ne différaient pas par leur stade de préparation vers l'arrêt selon le modèle transthéorique des transitions. La quantité de tabac fumée a aussi distingué les fumeurs des ex-fumeurs : un jeune qui consommait quotidiennement cinq cigarettes de moins qu'un autre avait deux fois plus de chance d'arrêter de fumer dans les trois ans. Par rapport à l'initiation, les jeunes qui sont devenus fumeurs avaient déclaré plus d'émotions négatives (Schmid, 2001).

Deux études longitudinales viennent des années 1980. Le tabagisme des jeunes était alors beaucoup plus élevé et valorisé. Winefield et coll. (1992) ont mesuré le tabagisme d'une cohorte de jeunes Australiens de 19 à 22 ans et quatre ans plus tard, en 1984 et 1988. Dans cette période, 5,5 % ont commencé à fumer et seulement 6,4 % ont arrêté. Le facteur le plus important dans le démarrage du tabagisme à l'âge adulte était le fait d'être étudiant à plein temps. Les variables sur l'emploi, les facteurs psychologiques ou les comorbidités ne montraient pas d'association avec une transition dans le statut tabagique.

Une étude de Chassin et coll. (1990) menée entre 1980 avec des suivis jusqu'en 1988, sur des jeunes Américains de 10 à 21 ans, a montré que le simple fait d'essayer une cigarette pendant l'adolescence augmentait le risque d'être fumeur huit ans plus tard. Aussi, plus le tabagisme initial était stable, sans périodes de non utilisation, plus le risque d'être fumeur était élevé. Cette étude ne cherchait que le rôle des comportements tabagiques du passé dans le tabagisme actuel. Ces études montrent que jouer sur l'environnement est très important dans l'évolution du tabagisme, ce qui encourage et renforce les possibilités de l'arrêt définitif des individus.

En conclusion, les facteurs sociodémographiques sont toujours à prendre en compte par rapport à l'initiation et à l'arrêt du tabagisme. D'abord ils nous rappellent que l'arrêt semble plus facile pour les fumeurs occasionnels et les fumeurs de courte durée, facteurs qu'on trouve largement chez les étudiants. Il y a aussi un âge critique entre 20 et 24 ans avant l'ancrage du tabagisme. En France, chez les étudiants, le fait de fumer est banalisé et il y a peu de pressions pour l'arrêt. Un traitement individuel qui ne tient pas compte de ce contexte risque d'être voué à l'échec. La plupart des fumeurs ne peuvent pas simplement abandonner leur tabagisme ; ils s'arrêtent de fumer en combattant la dépendance physique et les renforcements des comportements associés (Brigham, 2000). La prise en charge des fumeurs est faite de manière « maintenant ou jamais » qui colle mal avec la nature d'une dépendance qui demande de la persistance dans la transition et le passage par des échecs avant la réussite de l'arrêt. Travailler sur la motivation et la confiance par un soutien continu, avec accès possible à un traitement, semble le plus adapté à ce que l'on sait sur la dépendance et sur le contexte environnemental.

Certains facteurs sociodémographiques semblent pertinents à une prise en charge des étudiants fumeurs : d'abord, on doit examiner toutes les possibilités de ce qui peut être mis en place pour dévaloriser le fait de fumer. Il faut reconnaître l'importance du rôle des non-fumeurs qui actuellement sont d'une extrême tolérance envers le tabagisme de leurs pairs. Les actions collectives des étudiants dans ce domaine - pour parler aux plus jeunes, pour suivre les procès ou surveiller les abus de l'industrie du tabac - permettrait d'utiliser ce facteur important qu'est le comportement du groupe. Des informations (par conférences, stands, posters...) sur les effets de manipulation des perceptions du tabagisme dans des films et autres médias, l'utilisation des objets de promotions des marques de cigarettes et les tactiques de promotion dans les boîtes de nuit et autres soirées jeunes, l'importance de ne pas devenir fumeur régulier si on est fumeur occasionnel, l'impact du tabagisme sur sa propre santé et la santé des autres, y compris les enfants futurs, et donc les raisons pour une application stricte des interdictions de fumer, sont une base sur laquelle des actions plus individuelles doivent se placer.

BIBLIOGRAPHIE

- AGHI M, ASMA S, YEONG CC, VAITHINATHAN R. Initiation and maintenance of tobacco use. Dans Samet JM, Yoon SY (eds). *Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st Century*. WHO, 2001 : 49-68
- ALEXANDER C, PIAZZA M, MEKOS D, VALENTE T. Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *J Adolesc Health* 2001, **29** : 22-30
- ALIAGA C. Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation. *INSEE Première* 2001, **808** : 1-4
- ALLISON KR, ADLAF EM, IALOMIRTEANU A, REHM J. Predictors of health risk behaviors among young adults : analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health* 1999, **90** : 85-89
- AN LC, O'MALLEY PM, SCHULENBERG JE, BACHMAN JG, JOHNSTON LD. Changes at the high end of risk in cigarette smoking among US high school seniors, 1976-1995. *Am J Public Health* 1999, **89** : 699-705
- ANGUIS M, DUBAUX D. Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac. *INSEE Première* 1997, **551**
- ARNETT JJ. Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers. *Addict Behav* 2000, **25** : 625-632
- AUBIN J, CAOUETTE L. L'usage de la cigarette au Québec de 1985 à 1994 : Une comparaison avec le Canada. *Revue Canadienne de Santé Publique* 1998, **89** : 22-27
- BAUDIER F, VELTER A. Tabac. In : *Baromètre santé jeunes 97/98*. ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F édés, Editions CFES, 1998
- BECK F, LEGLEYE S, PERETTI-WATEL P. Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad 2000. OFDT, Paris 2000, 220p
- BENOWITZ NL, HATSUKAMI D. Gender differences in the pharmacology of nicotine addiction. *Addiction Biol* 1998, **2** : 383-404
- BERNARD JG, BOYER G. Etude épidémiologique du tabagisme de l'adulte jeune en France. *Bull Organ Mond Santé* 1976, **53** : 75-81
- BIENER L, SIEGEL M. Tobacco marketing and adolescent smoking : more support for a causal inference. *Am J Public Health* 2000, **90** : 407-411
- BRANDT AM. Recruiting women smokers : the engineering of consent. *J Am Med Womens Assoc* 1996, **51** : 63-66
- BRESLAU N, FENN N, PETERSON EL. Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort of young adults. *Drug Alcohol Depend* 1993, **33** : 129-137
- BRESLAU N, PETERSON EL. Smoking cessation in young adults : age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health* 1996, **86** : 214-220

BRIGHAM J. The addiction model. *In* : Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. SAMET JM, YOON SY éds, WHO, 2001 : 99-120

BURT RD, PETERSON AV. Smoking cessation among high school seniors. *Prev Med* 1998, **27** : 319-327

CFES. Etude sur les codes culturels et de communication des jeunes de 11 à 30 ans. Rapport de synthèse. Mars 2000 : 1-37

CHAPMAN S, BORLAND R, SCOLLO M, BROWNSON RC, DOMINELLO A, WOODWARD S. The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States. *Am J Public Health* 1999, **89** : 1018-1023

CHARLTON A. Children and smoking : the family circle. *Br Med Bull* 1996, **52** : 90-107

CHASSIN L, PRESSON CC, SHERMAN SJ, EDWARDS DA. The natural history of cigarette smoking : predicting young adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychol* 1990, **9** : 701-716

CHEN PH, WHITE HR, PANDINA RJ. Predictors of smoking cessation from adolescence into young adulthood. *Addict Behav* 2001, **26** : 517-529

CHOI WS, GILPIN EA, FARKAS AJ, PIERCE JP. Determining the probability of future smoking among adolescents. *Addiction* 2001, **96** : 313-323

CHRISTEN JA, CHRISTEN AG. The female smoker : from addiction to recovery. Indianapolis : Indiana University School of Medicine, 1998

DIFRANZA JR, RIGOTTI NA, MCNEILL AD, OCKENE JK, SAVAGEAU JA, ST CYR D, COLEMAN M. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control* 2000, **9** : 313-319

DURANT RH, SMITH JA. Adolescent tobacco use and cessation. *Prim Care* 1999, **26** : 553-575

EISSENBERG T, ADAMS C, RIGGINS ECIII, LIKNESS M. Smokers' sex and the effects of tobacco cigarettes : subject-rated and physiological measures. *Nicotine Tobacco Res* 1999, **1** : 317-324

ELICKSON PL, MCGUIGAN KA, KLEIN DJ. Predictors of late-onset smoking and cessation over 10 years. *J Adolesc Health* 2001, **29** : 101-108

EMMONS KM, WECHSLER H, DOWDALL G, ABRAHAM M. Predictors of smoking among US college students. *Am J Public Health* 1998, **88** : 104-107

ENG S RC, VAN TEIJLINGEN E. Correlates of alcohol, tobacco and marijuana use among Scottish Postsecondary helping-profession students. *J Stud Alcohol* 1997, **58** : 435-444

ESCOBEDO LG, PEDDICORD JP. Smoking prevalence in US birth cohorts : the influence of gender and education. *Am J Public Health* 1996, **86** : 231-236

FLINT AJ, NOVOTNY TE. Poverty status and cigarette smoking prevalence and cessation in the United States, 1983-1993, the independent risk of being poor. *Tobacco Control* 1997, **6** : 14-18

FRENCH SA, JEFFERY RW, PIRIE PL, MCBRIDE CM. Do weight concerns hinder smoking cessation efforts? *Addict Behav* 1992, **17** : 219-226

FRENCH SA, JEFFERY RW, KLESGES LM, FORSTER JL. Weight concerns and change in smoking behavior over two years in a working population. *Am J Public Health* 1995, **85** : 720-722

FRITZ DJ. Adolescent smoking cessation : how effective have we been? *J Pediatr Nursing* 2000, **15** : 299-306

GILPIN EA, EMERY SL, FARKAS AJ, DISTEFAN JM, WHITE MM, PIERCE JP. The California Tobacco Control Program : A Decade of Progress, Results from the California Tobacco Surveys, 1990-1998. La Jolla, CA : University of California, San Diego, 2001

GIOVINO GA, HENNINGFIELD JE, T-O-MAR SL, ESCOBEDO LG, SLADE J. Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiol Rev* 1995, **17** : 48-65

GLANTZ SA, JAMIESON P. Attitudes toward secondhand smoke, smoking, and quitting among young people. *Pediatrics* 2000, **106** : 6

GLANTZ SA. Smoking in teenagers and watching films showing smoking. Hollywood needs to stop promoting smoking worldwide. *Br Med J* 2001, **323** : 1378-1379

- GLASGOW RE, STRYCKER LA, WHITLOCK EP, EAKIN EG, BOLES SM. Concern about weight gain associated with quitting smoking : prevalence and association with outcome in a sample of young female smokers. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 1009-1011
- GOLDMAN LK, GLANTZ SA. Evaluation of antismoking advertising campaigns. *JAMA* 1998, **279** : 772-777
- GOLUB A, JOHNSON BD. Variation in youthful risks of progression from alcohol and tobacco to marijuana and to hard drugs across generations. *Am J Public Health* 2001, **91** : 225-232
- GREENLUND KJ, LIU K, KIEFE CI, YUNIS C, DYER AR et coll. Impact of father's education and parental smoking status on smoking behavior in young adults. The CARDIA Study. *Am J Epidemiol* 1995, **142** : 1029-1033
- GREMY I, HALFEN S, SASCO A, SLAMA K. Les connaissances, attitudes et perceptions des franciliens à l'égard du tabac. Enquête ORS Ile de France, 2002
- GRUBE JW, ROKEACH M, GETZLAF SB. Adolescents' value images of smokers, ex-smokers and nonsmokers. *Addict Behav* 1990, **15** : 81-88
- HAGQUIST C. Socioeconomic differences in smoking behavior among adolescents. The role of academic orientation. *Childhood* 2000, **7** : 467-478
- HAKANSSON A, LENDAHL L, PETERSSON C. Which women stop smokin? A population-based study of 403 pregnant smokers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999, **78** : 217-227
- HAY DR. Cigarette smoking by New Zealand doctors and nurses : results from the 1996 population census. *NZ Med J* 1998, **11** : 102-105
- HEALTH CANADA. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, February to June 2001. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/stums_splash_2001.html
- HINES D. Young smokers' attitudes about methods for quitting smoking : barriers and benefits to using assisted methods. *Addict Behav* 1996, **21** : 531-535
- HOLMEN TL, BARRETT-CONNOR E, HOLMEN J, BJERMER L. Adolescent occasional smokers, a target group for smoking cessation? The Nord-Troendelag Health Study, Norway, 1995-1997. *Prev Med* 2000, **31** : 682-690
- HUNTER, S. Quitting. In : Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st century. SAMET JM, YOON SY éd, World Health Organization, 2001 : 121-146
- HUSTEN CG, CHRISMON JH, REDDY MN. Trends and effects of cigarette smoking among girls and women in the United States, 1965-1993. *J Am Med Womens Assoc* 1996, **51** : 11-18
- JARVIS M. Smoking and health inequalities. Factsheet. ASH London website 2000. : 1-5
- JOHNSON RA, GERSTEIN DR. Initiation of use of alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine, and other substances in US birth cohorts since 1919. *Am J Public Health* 1998, **88** : 27-33
- JOHNSTON LD, O'MALLEY PM, BACHMAN JG. Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use : Overview of Key Findings, 2001. NIH 2002 (sous presse)
- KANDEL DB, CHEN K. Extent of smoking and nicotine dependence in the United States : 1991-1993. *Nicotine Tobacco Res* 2000, **2** : 263-274
- KATHRYNE J. Weight concerns and cigarette smoking : reason or rationalization? *Dissertation Abstracts International* 2000, **60** : 5792-B
- KIEFE CI, WILLIAMS OD, LEWIS CE, ALLISON JJ, SEKAR P et coll. Ten-year changes in smoking among young adults : are racial differences explained by socioeconomic factors in the CARDIA study ? *Am J Public Health* 2001, **91** : 213-218
- KING G, GRIZEAU D, BENDEL R, DRESSEN C, DELARONDE SR. Smoking behaviour among French and American women. *Preventive Medicine* 1998, **27** : 520-529
- KRAFT P, SVENDSEN T. Tobacco use among young adults in Norway, 1973-95 : had the decrease levelled out? *Tobacco Control* 1997, **6** : 27-32
- KVIZ FJ, CLARK MA, CRITTENDEN KS, FREELS S, WARNECKE RB. Age and readiness to quit smoking. *Prev Med* 1994, **23** : 211-222

- KVIZ FJ, CLARK MA, CRITTENDEN KS, WARNECKE RB, FREELS S. Age and smoking cessation behaviors. *Prev Med* 1995, **24** : 297-307
- LA SANTE EN CHIFFRES. Tabac, données de 1999, CNAMTS et CFES. 18 pp
- LEVY DT, FRIEND K. A computer simulation model of mass media interventions directed at tobacco use. *Prev Med* 2001, **32** : 284-294
- LEWINSOHN PM, ROHDE P, BROWN RA. Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. *Addiction* 1999, **94** : 913-921
- LOUIS-SYLVESTRE J. Tabac et poids. *Rev Prat* 1993, **43** : 1235-1237
- LOWRY R, KANN L, COLLINS JL, KOLBE LJ. The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA* 1996, **276** : 792-797
- LUND KE, RONNEBERG A, HAFSTAD A. The social and demographic diffusion of the tobacco epidemic in Norway. In : Tobacco and health, Proceedings of the 9th World Conference. SLAMA K ed New York : Plenum Publishing Corp. 1995 : 565-570
- MACFADYEN L, HASTINGS G, MACKINTOSH, AM. Cross sectional study of young people's awareness of and involvement with tobacco marketing. *Br Med J* 2001, **322** : 513-517
- MACKINNON K, OWEN L. Smoking in films – a review. GLOBALink document : 11 pages <http://www.globalink.org/tobacco/docs/misc-docs/0003films.shtml>
- MARESCA B, LE QUEAU P, BADEYAN G, ROTBART G. Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Evin. *DREES Etudes et Résultats* 2000, **78** : 1-8
- MARSH A, MCKAY S. Poor Smokers. London : *Policy Studies Institute* 1994
- MCCOOL JP, CAMERON LD, PETRIE KJ. Adolescent perceptions of smoking imagery in film. *Soc Science Med* 2001, **52** : 1577-1587
- MMWR. Tobacco use among high school students -- United States, 1997. *Morb Mortal Wkly Rep* 1998, **47** : 229-233
- MOLARIUS A, PARSONS RW, DOBSON AJ, EVANSA, FORTMANN SP et coll. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the mid-1990s : Findings from the WHO MONICA project. *Am J Public Health* 2001, **91** : 206-212
- NORMAN NM, TEDESCHI JT. Self-presentation, reasoned action, and adolescents' decisions to smoke cigarettes. *J Applied Soc Psychol* 1989, **19** : 543-558
- ODDOUX K, PERETTI-WATEL P, BAUDIER F. Tabac. In : Baromètre santé 2000, Vanves, CFES, 2001 : 77-118
- OMS. Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st century. SAMET JM, YOON SY eds, World Health Organization, 2001
- OSLER M, CLAUSEN J, IBSEN KK, JENSEN G. Maternal smoking during childhood and increased risk of smoking in young adulthood. *Int J Epidemiol* 1995, **24** : 710-714
- OSLER M, PRESCOTT E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation : a longitudinal study of Danish adults. *Tobacco Control* 1998, **7** : 262-267
- OWEN L. Smoking, magazines and young people. Health Education Authority Report 1997. 7 pages <http://www.globalink.org/tobacco/docs/misc-docs/0003magazines.shtml>
- PAAVOLA M, VARTIAINEN E, PUSKA P. Predicting adult smoking : the influence of smoking during adolescence and smoking among friends and family. *Health Educ Res* 1996, **11** : 309-315
- PAAVOLA M, VARTIAINEN E, PUSKA P. Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Educ Res* 2001, **16** : 49-57
- PALLONEN UE, PROCHASKA JO, VELICER WF, PROKHOROV AV, SMITH NF. Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking : an empirical integration. *Addict Behav* 1998, **23** : 303-324
- PERKINS KA. Metabolic effects of cigarette smoking. *J Appl Physiol* 1992, **72** : 401-409
- PERKINS KA, DONNY E, CAGGIULA AR. Sex difference in nicotine effects and self-administration : review of human and animal evidence. *Nicotine Tobacco Res* 1999, **1** : 301-315

- PETERS JM, FERRIS BG. Association of smoking with certain descriptive variables in a college-age group. *J Am Coll Health Ass* 1967, **16** : 165-173
- PIERCE JP. International Comparisons of trends in cigarette smoking prevalence. *Am J Public Health* 1989, **79** : 152-157
- PIERCE JP, GILPIN EA. News media coverage of smoking and health is associated with changes in population rates of smoking cessation but not initiation. *Tobacco Control* 2001, **10** : 145-153
- PIRIE PL, MURRAY DM, LUEPKER RV. Gender differences in cigarette smoking and quitting in a cohort of young adults. *Am J Public Health* 1991, **81** : 324-327
- POMERLEAU CS, GARCIA AW, POMERLEAU OF, CAMERON OG. The effects of menstrual phase and nicotine abstinence on nicotine intake and on biochemical and subjective measures in women smokers : a preliminary report. *Psychoneuroendocrinology* 1992, **17** : 627-638
- POMERLEAU CS, EHRLICH E, TATE JC, MARKS JL, FLESSLAND KA, POMERLEAU OF. The female weight-control smoker : a profile. *J Subst Abuse* 1993, **5** : 391-400
- PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Stages and processes of self-change of smoking : toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983, **51** : 390-395
- REIJNEVELD SA. The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *Int J Epidemiol* 1998, **27** : 33-40
- RICHARDSON K, CROSIER A. Smoking and health inequalities. Health Development Agency 2001. Factsheet, 6 pages
- RIGOTTI NA, LEE JE, WECHSLER H. US college students' use of tobacco products. Results of a national survey. *JAMA* 2000, **284** : 699-705
- ROLLNICK S, MASON P, BUTLER C. Health Behaviour Change. Edinburgh : Churchill Livingstone 1999
- ROMER D, JAMIESON P. Do adolescents appreciate the risks of smoking? Evidence from a national survey. *J Adolesc Health* 2001, **29** : 12-21
- ROWE DC, RODGERS JL. Adolescent smoking and drinking : are they epidemics? *J Studies Alcohol* 1991, **52** : 110-117
- ROWE DC, CHASSIN L, PRESSON CC, EDWARDS D, SHERMAN SJ. An "epidemic" model of adolescent cigarette smoking. *J Applied Soc Psychol* 1992, **22** : 261-285
- RUGKASA J, KNOX B, SITTLINGTON J, KENNEDY O, TREACY MP, ABAUNZA PS. Anxious adults vs. Cool children : children's views on smoking and addiction. *Soc Science Med* 2001, **53** : 593-602
- SAMHSA. (U.S. OFFICE OF APPLIED STUDIES). Summary of finding from the 2000 National household survey on drug abuse. Chapitre 4, 2001 (<http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA>)
- SARGENT JD, MOTT LA, STEVENS M. Predictors of smoking cessation in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998, **152** : 388-393
- SARGENT JD, TICKLE JJ, BEACH ML, DALTON MA, AHRENS MB et coll. Brand appearances in contemporary cinema films and contribution to global marketing of cigarettes. *Lancet* 2001a, **357** : 29-32
- SARGENT JD, BEACH ML, DALTON MA, MOTT LA, TICKLE JJ et coll. Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents : cross-sectional study. *Br Med J* 2001b, **323** : 1394-1397
- SCHMID H. Predictors of cigarette smoking by young adults and readiness to change. *Subst Use Misuse* 2001, **36** : 1519-1542
- SIQUEIRA LM, ROLNITZKY LM, RICKERT VI. Smoking cessation in adolescents. The role of nicotine dependence, stress and coping methods. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001, **155** : 489-495
- SLAMA K. Tobacco Control and Prevention. A guide for low-income countries. IUATLD 1998
- SLAMA K. Active smoking. *Eur Respir Mon* 2000, **15** : 305-321
- STANTON WR, LOWE JB, GILLESPIE AM. Adolescents' experiences of smoking cessation. *Drug Alcohol Dep* 1996, **43** : 63-70
- SUSSMAN S, DENT CW, NEZAMI E, STACY AW, BURTON D et coll. Reasons for quitting and smoking temptation among adolescent smokers : gender differences. *Subst Use Misuse* 1998, **33** : 2703-2720

- SUTTON CD. Cigar use among African American youth. The Onyx Group. Factsheet, July, 2001. <http://www.onyx-group.com/cigaruse.htm>
- SWEETING H, WEST P. Social class and smoking at age 15 : the effect of different definitions of smoking. *Addiction* 2001, **96** : 1357-1359
- TESSIER JF, FREOUR P, CROFTON J. Les étudiants en médecine français et le tabac. *Rev Mal Resp* 1988, **5** : 589-599
- TICKLE JJ, SARGENT JD, DALTON MA, BEACH ML, HEATHERTON TF. Favourite movies stars, their tobacco use in contemporary movies, and its association with adolescent smoking. *Tobacco Control* 2001, **10** : 16-22
- TILLEGREN P, HAGLUND BJA, LUNDBERG M, ROMELSJÖ A. The sociodemographic pattern of tobacco cessation in the 1980s : results from a panel study of living condition surveys in Sweden. *J Epidemiol Commun Health* 1996, **50** : 625-630
- U.S. Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking : 25 years of Progress. A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989
- VARTIAINEN E, PAAVOLA M, MCALISTER A, PUSKA P. Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia Youth Project. *Am J Public Health* 1998, **88** : 81-85
- VOLLRATH M. Smoking, coping and health behavior among university students. *Psychol Health* 1998, **13** : 431-441
- WEEKLEY CK, KLESGES RC, REYLEA G. Smoking as weight control strategy and its relationship to smoking status. *Addict Behav* 1992, **17** : 259-271
- WENGER LD, MALONE RE, GEORGE A, BERO LA. Cigar magazines : using tobacco to sell a lifestyle. *Tobacco Control* 2001, **10** : 279-284
- WETTER DW, BRANDON TH, BAKER TB. The relation of affective processing measures and smoking motivation indices among college-age smokers. *Adv Behav Res Ther* 1992, **14** : 25 p
- WILTSHIRE S, BANCROFT A, AMOS A, PARRY O. "They're doing people a service" –qualitative study of smoking, smuggling, and social deprivation. *Br Med J* 2001, **323** : 203-207
- WINEFIELD HR, WINEFIELD AH, TIGGEMANN M. Psychological attributes of young adult smokers. *Psychol Reports* 1992, **70** : 675-681
- ZICKLER P. Adolescents, women, and whites more vulnerable than others to becoming nicotine dependent. *NIDA Notes* 2001, **16** : 9