

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2018

N° 2018-54

**ATTENTES DES ADOLESCENTS ISARIENS CONCERNANT LA PREVENTION  
DU TABAGISME EN MEDECINE GENERALE :  
ANALYSE QUALITATIVE.**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

Médecine Générale

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 25 JUIN 2018

PAR

MATTE Anne-Lise

Président du jury : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Juges : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI

Directrice de thèse : Madame le Docteur Elena DELLENBACH



A mon président de jury,

**Monsieur le Professeur Alain DERVAUX**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

*Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.*

*Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.*

A mes juges

**Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Pédiatre)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail.*

*Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon respect et de ma plus grande reconnaissance.*

**Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUR**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence

*Vous me faites l'honneur Professeur, de prendre part au jugement de cette thèse.*

*Soyez certain de ma profonde gratitude pour votre implication.*

**A Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI**

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

(Cardiologie)

*Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.  
Soyez assurée, Docteur, de ma réelle reconnaissance.*

A ma directrice de thèse,

**Madame le Docteur Elena DELLENBACH**

Médecin généraliste

*Merci d'avoir accepté de vous lancer pour la première fois dans cette aventure à mes côtés.  
Je tenais à vous remercier de votre investissement, votre disponibilité et vos encouragements.*

*Je vous souhaite le meilleur ainsi qu'à votre famille.*

*Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.*





*A Jordan, pour ton amour, ta patience et ton soutien quotidien. Tu m'as permis de mener ce travail avec la plus grande sérénité grâce à toutes tes attentions. Merci de faire partie de ma vie. Nous avons déjà vécu beaucoup de choses ensemble et le meilleur reste à venir, je t'aime.*

*A mes parents, pour votre soutien indéfectible, votre confiance et votre patience depuis toutes ces années. Sans vous je n'aurais pas pu atteindre cet objectif. Je vous suis infiniment reconnaissante de tous les sacrifices faits pour moi. Vous m'avez permis d'être ce que je suis, je vous aime.*

*A ma sœur, un des piliers de ma vie, pour ta présence à mes côtés à chaque fois que j'en avais besoin, tes encouragements, nos discussions qui me permettent de me changer les idées. A Arnaud, mon beau-frère et ses jeux de mots inimitables, merci de rendre ma sœur heureuse. A Naïs, ma nièce, mon rayon de soleil, tu m'es devenue indispensable. Je vous aime.*

*A mes grands-parents, Papy et Mamie Cocotte, d'être présents à mes côtés, de partager de beaux moments. Merci de me faire les meilleures carottes râpées dès que je viens, tendrement.*

*A ma cousine, Isabelle (restons soft), pour ton aide si précieuse dans la rédaction de cette thèse et bien sûr pour tous nos moments de complicité, de partage, d'émotion et de rire depuis notre plus tendre enfance.*

*A ma tante, Anne, pour ton soutien depuis de nombreuses années, pour nos repas partagés au Kimbo. Affectueusement, de la part de ta petite nièce qui habitait au-dessus de la Fnac. Merci à Vincent de rendre ma tante heureuse.*

*A ma famille, oncles, tantes, cousins et cousines ainsi qu'à mes proches qui ont toujours cru en moi.*

*A Mathilde, sans qui la menthe à l'eau, les années lycée, les "mo-ti-vées" n'ont pas la même résonnance. Merci de ton soutien. Je ne te souhaite que le meilleur, tu le mérites amplement.*

*A mes amis de toujours et compagnons de fac : Magda (je ne citerai pas tous tes prénoms), pour tous nos délires, potins ; Thibault, pour toutes ces années, ces deux inoubliables voyages, bref c'est "bô" l'amitié ; Jen, pour tes encouragements et tes histoires palpitantes, Léa pour ces bons moments passés, Kévin, Laura, Floriane, Pauline, Maxime, Martin...*

*A mes premières chefs, Dalila et Carine, pour m'avoir transmis votre savoir et votre rigueur, à l'équipe des urgences du CHU d'Amiens pour m'avoir confortée dans mon choix, aux Docteur Fumery et Ponthieux de m'avoir fait découvrir la médecine générale, au service de Pédiatrie de GHPSO pour leur sympathie ainsi qu'au service de cardiologie de Saint Quentin et au service de Réanimation de Creil.*

*Aux collègues ayant accepté de participer à ce travail et aux collégiens ayant joué le jeu.*

*Aux patients croisés pendant mon internat, me rappelant quotidiennement pourquoi j'ai choisi ce métier.*

*A ma grand-mère, partie cinq petits mois trop tôt. Mamie, tu as été à mes côtés depuis le premier jour de mes études et ta présence inconditionnelle durant toutes ces années. De par cette première année partagée, toutes tes attentions, tes bons soins, ton soutien infaillible, tu m'as permis d'arriver là où je suis actuellement, tu as été un réel pilier dans mes études et dans ma vie. J'aurais tellement aimé te rendre fière avec ce dernier travail.  
Tendrement et avec toute mon admiration et mon amour.*



INTRODUCTION.....	16
MATERIEL et METHODE .....	18
1 Type d'étude.....	18
2 Population étudiée .....	18
3 Collèges étudiés.....	18
4 Obligations administratives .....	19
5 Préparation des entretiens.....	19
6 Questionnaire .....	19
7 Réalisation des entretiens .....	20
8 Retranscription des entretiens .....	20
9 Analyse des entretiens .....	20
RESULTATS .....	22
1 Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens .....	22
2 Le rôle du médecin généraliste selon les adolescents .....	24
2.1 Un rôle majeur .....	24
2.2 Un rôle consultatif.....	24
2.3 Un rôle motivationnel .....	25
2.4 Un rôle de sevrage tabagique .....	25
3 L'amorce du sujet.....	26
3.1 Des adolescents ouverts à la discussion.....	26
3.2 Des manières différentes d'aborder le sujet.....	27
3.3 La discussion à l'initiative du médecin.....	27
4 Discours.....	28
4.1 Innovant .....	28
4.2 Des explications .....	28

4.3	Des paroles marquantes .....	29
4.4	Des exemples concrets .....	29
4.5	Des illustrations. ....	30
5	Arguments modifiant leur consommation .....	31
5.1	Facteurs favorisants .....	31
5.2	Facteurs dissuasifs .....	32
6	L'attitude du médecin.....	34
6.1	Bienveillant .....	34
6.2	Non-autoritaire .....	34
6.3	Compréhensif .....	35
6.4	Instaurer un climat de confiance .....	35
6.5	La consultation et son environnement .....	36
6.6	Intervention ponctuelle .....	36
7	L'impact sur le jeune.....	37
8	Les avantages .....	39
8.1	Les connaissances du médecin.....	39
8.2	L'expérience du médecin .....	40
9	Les inconvénients .....	40
9.1	La présence parentale.....	40
9.2	Le manque de confiance .....	40
9.3	La gêne.....	41
9.4	Manque de compréhension .....	42
9.5	La distance .....	42
9.6	Des adolescents réticents .....	42
	DISCUSSION .....	44
1	Choix du sujet.....	44
2	Intérêts, limites et biais de l'étude.....	44

2.1	Choix de la méthode qualitative .....	44
2.2	Choix de l'échantillon.....	45
2.3	Déroulement et analyse des entretiens .....	46
3	Le ressenti des adolescents sur la prévention du tabagisme en médecine générale .....	47
4	Les attentes des adolescents .....	48
4.1	Un dialogue à l'initiative du médecin traitant.....	48
4.2	Un contenu adapté à l'adolescent .....	49
4.3	La manière d'être du médecin généraliste .....	51
4.4	L'organisation de la prévention .....	52
5	Freins et perspectives d'amélioration.....	53
5.1	L'impact.....	53
5.2	La présence parentale.....	54
5.3	L'instauration de la confiance.....	55
5.4	Des adolescents réticents et maîtres du changement .....	56
CONCLUSION .....		58
BIBLIOGRAPHIE .....		60
ANNEXES .....		63
1	Attestation de non-opposition .....	63
2	Consentement éclairé de l'adolescent .....	64
3	Guide d'entretien.....	65
4	Entretiens.....	66

## INTRODUCTION

---

L'adolescence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la période de croissance et de développement humain se situant entre l'enfance et l'âge adulte, soit entre les âges de 10 et 19 ans(1). Même si cette échelle tend à s'élargir jusqu'à l'âge de 24 ans(2). Elle représente une période de transition critique dans la vie, et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements.

Si l'adolescence est un moment de croissance et de potentiel exceptionnel, elle est également un moment où les risques sont importants et au cours duquel le contexte social peut exercer une influence déterminante. De nombreux adolescents doivent faire face à des pressions et sont incités à consommer de l'alcool, à fumer ou à consommer d'autres drogues, ce qui leur fait courir un risque élevé de dépendance.

D'après l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD) réalisée en Mars 2017, 59.0% des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté le tabac et 25.1% sont des fumeurs quotidiens(3). Même si ces chiffres sont en baisse, ils n'en demeurent pas moins élevés car 1 adolescent sur 4 déclare fumer quotidiennement. D'autant que la dépendance nicotinique s'installe en quelques jours et avec une faible consommation chez les jeunes de 12-13ans(4), et qu'il existe une forte corrélation entre la prévalence, l'intensité tabagique et l'âge d'initiation au tabac. En effet, les modifications biochimiques liées à la nicotine telle que la baisse des récepteurs glutaminergiques, entraînent des modifications neuronales du striatum et du cortex préfrontal avec des conséquences sur les réseaux neuronaux dans le cerveau en développement. Ces modifications des structures neuronales associées aux modifications du nombre des récepteurs expliquent l'addiction plus importante chez l'adolescent tabagique que chez l'adulte, à quantité égale de tabac fumé(5).

Pour prévenir du tabagisme, le médecin a un rôle important notamment face aux adolescents. Il est d'ailleurs l'un des professionnels de première ligne à pouvoir le faire. Les opportunités du cadre du travail du médecin généraliste, sa connaissance de la patientèle ainsi que son expérience relationnelle lui permettent une implication particulière et légitime dans ce type de consultation.



Le cabinet médical représente un espace de neutralité pour une discussion sur un sujet souvent tabou à la maison. De ce fait, il est souvent l'unique endroit de dialogue où l'intimité est respectée et protégée de l'extérieur et de l'entourage familial par la confidentialité.

Les adolescents sont cependant moins sensibles aux messages de prévention, cela pouvant être dû au suivi médical moins fréquent et aux méthodes de prévention inadaptées.

Ce travail est né d'un questionnement personnel : comment aborder les adolescents concernant la prévention tabagique ? Quelles sont leurs attentes ? L'objectif principal était donc de déterminer les attentes et le ressenti des adolescents sur la prévention du tabagisme réalisée par le médecin généraliste. L'objectif secondaire était de proposer des pistes d'amélioration à cette pratique.

## 1 Type d'étude

Pour réaliser ce travail et répondre aux questions s'y rapportant, nous avons opté pour une étude qualitative par réalisation d'entretiens semi-dirigés.

Son but n'était pas de mesurer ni de quantifier des données, mais de recueillir des données verbales permettant ensuite une démarche interprétative.

Recueillir les attentes et les ressentis des adolescents quant à la prévention que pouvait faire le médecin généraliste sur le tabac était donc ce qui nous intéressait.

## 2 Population étudiée

La population étudiée était des adolescents en classe de 3<sup>ème</sup> et ayant déjà expérimentés au moins une fois la cigarette.

## 3 Collèges étudiés

Cette étude a été menée dans des établissements du Sud de l'Oise. Afin d'avoir la plus grande diversité dans la population interrogée, nous avons sollicité, après tirage au sort, différents types de collèges :

- Les collèges dits « classiques » : le collège La Rochefoucauld à Liancourt et le collège René Cassin à Brenouille.
- Les collèges privés : le collège Anne-Marie Javouhey à Senlis et l'institut Saint Joseph du Moncel à Pont-Sainte-Maxence.
- Les collèges classés en réseau d'éducation prioritaire : collège Emile Lambert à Villers-Saint-Paul.
- Les collèges ayant une 3<sup>ème</sup> professionnelle : lycée professionnel Roberval à Breuil-le-Vert.

#### 4 Obligations administratives

Après tirage au sort, l'étude a été soumise au comité de protection de personnes Est III qui a émis un avis favorable.

Les participants étant mineurs, ils ne pouvaient être inclus qu'après l'accord parental donné.

#### 5 Préparation des entretiens

Une lettre expliquant l'étude était envoyée par voie postale aux différents collèges et une relance par mail était réalisée en cas de non-retour.

En cas de réponse positive, un entretien était réalisé avec l'un des responsables de l'établissement ou de la section des troisièmes.

Une fois l'autorisation de l'établissement obtenue, le projet était présenté aux adolescents dans leur classe. Le chef d'établissement choisissait de présenter le projet à toutes les classes de 3<sup>ème</sup> ou sélectionnait quelques classes de 3<sup>ème</sup> en fonction de leur emploi du temps.

Les attestations de non-opposition parentale et le consentement éclairé (annexes 1 ; 2) étaient distribués à tous les élèves qui avaient reçu l'information orale et devaient être remis à un de leur responsable.

Seuls les adolescents ayant rendus les documents signés pouvaient être interrogés.

#### 6 Questionnaire

Nous avons établi un guide (annexe 3) nous servant de trame durant les entretiens. Le questionnaire a été construit suivant la méthode de l'entonnoir : partir du général pour arriver au particulier.

Ce questionnaire comportait 7 questions majoritairement ouvertes pour obtenir des réponses précises. Si l'adolescent avait des difficultés à exprimer sa pensée, des questions de relance étaient prévues pour l'aider à formuler au mieux sa réponse.

## 7 Réalisation des entretiens

Il s'agissait d'entretiens individuels semi-dirigés. Ils avaient lieu dans une salle mise à disposition par les différents établissements (salle de classe, infirmerie, salle de réunion).

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

Par spontanéité et par souci de rapprochement, le tutoiement a été employé. Un bref rappel du sujet de l'étude ainsi que les modalités de réalisation de l'entretien (enregistrement audio et respect de l'anonymat) étaient exposés à l'adolescent avant de commencer. L'ordre des questions pouvait varier en fonction de leurs réponses.

Aucune contrepartie n'était avancée aux participants, mais une collation était offerte aux élèves en guise de remerciements.

## 8 Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot à partir des enregistrements, au moyen du logiciel de traitement de texte Microsoft Word<sup>®</sup>. Afin de garantir l'anonymat, chaque adolescent était désigné par la lettre « A » suivie du chiffre correspondant à l'ordre de passage. Les noms propres cités dans les conversations ont été supprimés.

## 9 Analyse des entretiens

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 11 for Windows<sup>®</sup>. Ce logiciel apporte une aide technique pour le « codage » des données mais ne permet pas leur interprétation.

L'analyse des entretiens s'est basée sur la théorisation ancrée ou codage axial des données. Cette technique a servi à analyser chaque entretien et à identifier des thèmes et des catégories à partir des phrases ou groupes de mots cités par le participant(6).

Chaque thème permet la création d'un « nœud » dans lequel sont classées les phrases ou parties de phrases qui lui sont en rapport. Une partie de texte peut contenir plusieurs idées et ainsi être classée dans plusieurs catégories différentes.

Ces catégories sont ensuite regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories, appelées « sous-nœuds », plus détaillées selon la particularité de l'idée émise. La mise en évidence des relations entre les thèmes permet de répondre à l'objectif de l'étude.

Pour une meilleure interprétation, une analyse par triangulation a été réalisée.

### 1 Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Les 6 établissements scolaires ont été contactés par courrier postal début Septembre 2017. Quatre ont été relancés par emails un mois après.

Sur les 6 établissements scolaires, 5 ont répondu favorablement et 1 n'a jamais donné suite.

Après accord des 5 chefs d'établissement, la présentation orale de l'étude et la distribution des autorisations ont été réalisées dans les classes de 3<sup>ème</sup> :

- L'unique classe de 3<sup>ème</sup> professionnelle du lycée Roberval (15 élèves).
- Une classe de 3<sup>ème</sup> (choisie par le chef d'établissement en fonction de l'emploi du temps) du collège la Rochefoucauld (27 élèves).
- Les cinq classes du collège Emile Lambert (environ 110 élèves).
- Deux classes (choisies par le responsable du niveau en fonction de l'emploi du temps) du collège Anne-Marie Javouhey (65 élèves).
- Trois classes (choisies par le responsable du niveau en fonction de l'emploi du temps) de l'Institut Saint Joseph du Moncel (environ 70 élèves).

Finalement, les adolescents de l'Institut Saint Joseph du Moncel n'ont pas été interviewés en raison de difficultés organisationnelles et n'ont pas été recontactés par la suite, la saturation des données ayant été atteinte.

Au total, 28 adolescents ont accepté de participer à l'étude mais seulement 14 adolescents ont été interviewés. Les autres n'avaient jamais expérimenté le tabac.

L'âge moyen des adolescents était de 14 ans. L'âge moyen de la première expérimentation était de 13.1 ans. Les entretiens ont duré entre 9 et 14 minutes, avec une moyenne de 11.3 minutes.

Le tableau 1 résume les caractéristiques socio-démographiques des adolescents interrogés, ainsi que les caractéristiques des entretiens.

<b>Adolescent</b>	<b>Sexe</b>	<b>Age</b>	<b>Collège</b>	<b>Age de la 1ère cigarette</b>	<b>Date de l'entretien</b>	<b>Durée de l'entretien</b>
A1	F	14.5 ans	Roberval	14 ans	03/10/2017	11 minutes
A2	M	14 ans	Roberval	12 ans	03/10/2017	13 minutes
A3	M	14 ans	Roberval	13 ans	03/10/2017	10 minutes
A4	F	14 ans	Emile Lambert	13 ans	21/11/2017	13 minutes
A5	F	14 ans	La Rochefoucauld	11 ans	22/11/2017	14 minutes
A6	F	14.5 ans	La Rochefoucauld	14 ans	22/11/2017	12 minutes
A7	M	14 ans	La Rochefoucauld	13 ans	23/11/2017	13 minutes
A8	F	13 ans	Emile Lambert	13 ans	23/11/2017	14 minutes
A9	F	14 ans	Emile Lambert	13 ans	23/11/2017	12 minutes
A10	F	14.5 ans	Anne-Marie Javouhey	13.5 ans	23/01/2018	11 minutes
A11	M	14 ans	Anne-Marie Javouhey	13 ans	23/01/2018	10 minutes
A12	F	14 ans	Anne-Marie Javouhey	13 ans	23/01/2018	10 minutes
A13	F	14 ans	Anne-Marie Javouhey	14 ans	23/01/2018	9 minutes
A14	F	14.5 ans	Anne-Marie Javouhey	14 ans	23/01/2018	7 minutes

Tableau 1 : Caractéristiques des adolescents et des entretiens.

## 2 Le rôle du médecin généraliste selon les adolescents

### 2.1 Un rôle majeur

Les adolescents s'accordaient à dire que le médecin généraliste avait un **rôle majeur dans la prévention** du tabagisme.

A6 : « *C'est son métier il nous prévient que ce n'est pas bien et tout.* »

A8 : « *Prévenir des risques, de pas pouvoir arrêter, des maladies etc.* »

A9 : « *S'il fait bien son travail, et qu'il va dire "non il ne faut pas commencer pour les raisons suivantes" et tout ça.* »

A11 : « *Il nous sensibilise, c'est lui qui nous prévient ben après c'est son métier de préserver le corps humain donc c'est normal qu'il essaie de nous dire que c'est pas bien etc.* »

A12 : « *Je pense qu'il a un rôle quand même important parce qu'on sait qu'on peut avoir des maladies et il peut nous expliquer ça.* »

Un adolescent n'accordait aucun rôle au médecin dans la prévention du tabagisme.

A2 : « *Ce n'est pas son rôle de parler du tabac il est là pour nous soigner, pas pour parler du tabac avec nous.* »

### 2.2 Un rôle consultatif

Pour eux, le médecin avait un **rôle consultatif**. Le médecin donnait son avis, prévenait mais en aucun cas ne pouvait les obliger à quoique ce soit.

A4 : « *C'est quelqu'un qui donne des conseils par rapport au tabac mais c'est pas quelqu'un qui doit nous donner des ordres obligatoires.* »

A5 : « *Pour qu'il me donne son avis.* »

A13 : « *Qu'il donne des conseils parce qu'après on ne peut pas obliger une personne à ne pas fumer, on ne peut pas contrôler ça.* »



### 2.3 Un rôle motivationnel

Le médecin traitant était également perçu comme une personne ayant un **rôle motivationnel** pouvant, à l'aide de paroles bienveillantes, redonner confiance à l'adolescent et ainsi éviter que celui-ci ne cède à la tentation de fumer.

A1 : « *Comment je ne pourrais pas être tentée.* »

A5 : « *Que je suis une fille bien et qu'il ne faut pas que je m'entraîne dans des choses comme ça.* »

A6 : « *Faut pas faire comme tout le monde, si on t'incite il ne faut pas craquer.* »

A8 : « *Ce qu'il faudrait qu'il fasse c'est nous montrer comment réagir si quelqu'un nous en propose une, parce que souvent ça ne vient pas de nous-même et quand on nous en propose une on se dit pourquoi pas et après il y en a certains c'est un cercle vicieux.* »

### 2.4 Un rôle de sevrage tabagique

Certains adolescents ne donnaient au médecin généraliste qu'un rôle d'**aide dans le sevrage tabagique**.

A4 : « *Il y aurait peut-être des médicaments.* »

A5 : « *Pour arrêter de fumer il va nous donner des techniques, des médicaments pour arrêter.* »

A8 : « *C'est trouver quelque chose justement à chaque fois que j'ai envie de fumer de prendre un truc [...] sur comment arrêter et tout ce qui suit.* »

A9 : « *Si la personne a déjà commencé il peut l'aider à arrêter [...] si je fumerais, j'aimerais qu'elle m'aide à arrêter et que si je ne le dis pas à mes parents qu'elle n'en parle pas et qu'elle m'aide après à pas retomber dedans.* »

### 3 L'amorce du sujet

#### 3.1 Des adolescents ouverts à la discussion

La plupart des adolescents se disaient **favorables** au fait que le médecin généraliste aborde le sujet du tabagisme, notamment parce qu'ils le jugent important.

A8 : « *Le dire à tout le monde parce qu'il y a beaucoup de personnes ici qui fument et c'est vrai qu'on ne s'en rend pas forcément compte.* »

A10 : « *Oui ça serait bien qu'il m'en parle [...] c'est important oui, on en parle pas assez je trouve.* »

A11 : « *C'est normal d'en parler à son médecin et oui ça serait bien [...] c'est quand même un sujet qui touche pas mal de jeunes aujourd'hui.* »

A12 : « *S'il m'en parle d'accord, je vais être ouverte sur le sujet.* »

Les adolescents se montraient **curieux**. Ils avaient des interrogations en suspens et étaient en attente de réponses.

A4 : « *Les effets de la drogue, genre qu'est-ce que ça fait et tout.* »

A11 : « *Les substances on ne connaît pas tout sur le tabac c'est assez... enfin... moi personnellement je ne sais pas du tout ce qu'il y a dedans et j'aimerais bien savoir.* »

Les adolescents ne ressentaient néanmoins **pas le besoin** de lui en parler d'eux-mêmes, soit par manque d'envie ou d'intérêt spontané.

A1 : « *Je n'ai jamais demandé, ça ne m'est jamais venu à l'idée.* »

A3 : « *Je n'ai pas ça en tête en fait et pis non je ne parle jamais de cigarettes.* »

A9 : « *Après je n'ai pas forcément une question là-dessus à lui poser [...] pas l'occasion et pas le besoin.* »

A12 : « *Je ne vais presque jamais chez le médecin et puis c'est pas vraiment enfin c'est pas vraiment... j'en parle pas vraiment avec lui [...] s'il m'en parle pas je ne vais pas lui en parler non plus.* »

### 3.2 Des manières différentes d'aborder le sujet

Si certains adolescents préféreraient avoir un discours **sans tabou ni gêne**, d'autres souhaitaient être informés **progressivement** et aborder le sujet avec plus de **subtilité**.

A 10 : « *Il commence à en parler un petit peu, il nous prévient par exemple à la prochaine séance je vous parlerai du tabac et euh... enfin il nous prévient [...] ça me préparera psychologiquement.* »

A 13 : « *Je pense qu'il n'y a pas besoin de contourner la question, il faut être direct, il faut pas qu'il y ait de tabou [...] voilà qu'il nous en parle sans tabou qu'il n'y ait pas de..., pas comme si que j'étais gênée quoi parce qu'il n'y a pas de gêne quoi.* »

A 12 : « *Moi j'aimerais bien qu'il aborde ce sujet en délicatesse enfin petit à petit.* »

A14 : « *Délicat, qu'il aborde le sujet délicatement, qu'il ne me pose pas trop de questions.* »

### 3.3 La discussion à l'initiative du médecin

Le médecin généraliste devait être **à l'initiative de la discussion** car les adolescents ne se voyaient pas le faire.

A2: « *C'est pas moi qui vais lui commencer à parler de ça.* »

A5 : « *Je n'oserais pas poser les questions après il va dire "ouais elle elle a déjà essayé" et tout ou je ne sais pas.* »

Les adolescents ne souhaitaient pas que le médecin les interroge directement sur une éventuelle consommation et définissaient cela comme un manque de **respect de leur intimité**. Ils ressentaient une gêne et pensaient que la question pourrait créer un blocage, d'autant qu'ils ne trouvaient pas d'intérêt à cela.

A10 : « *S'il te dit comme ça "si toi tu fumes" ben non je ne sais pas... je dirais non mais si je fumerais je dirais non aussi parce que bon tu ne demandes pas comme ça [...] il nous prévient quoi pas tout de suite " tu as déjà fumé ? ".* »

A12 : « *Pas tout de suite enfin tu fumes etc, il peut me demander pourquoi tu fumes, il faut poser des questions.* »

A13 : « *Je pense que d'abord il faut nous en parler et après s'il y a vraiment besoin nous le demander mais sinon...* »

#### 4 Discours

##### 4.1 Innovant

Certains adolescents avaient une impression de **discours redondant** concernant la prévention tabagique.

A7 : « *Je l'entends quasiment tous les jours ça ne sert à rien [...] ça serait quasiment tout le temps le même discours.* »

A12 : « *Je connais un peu c'est toujours la même chose qu'on nous répète [...] de toute façon ça sera toujours les mêmes discours il va te dire les dangers, il va me dire c'est pas bien de fumer.* »

Les jeunes souhaitaient des **informations nouvelles et adaptées** à leur cas.

A7 : « *Des choses un peu plus surprenantes, pour en apprendre quoi.* »

A9 : « *Les pubs c'est ce que tout le monde sait, ça fait des cancers, ça fait des morts tout ça mais le médecin je pense qu'il va nous le dire par rapport à notre cas donc ça sera plus personnel par rapport à la personne.* »

##### 4.2 Des explications

Les collégiens préféraient avoir des **explications** afin de mieux percevoir l'enjeu de la prévention du tabagisme.

A4 : « *Je préfère qu'on m'explique.* »

A9 : « *Qu'elle me dise pourquoi je ne dois pas commencer et tout ça.* »

A14 : « *Qu'il m'explique. »* »

#### 4.3 Des paroles marquantes

Les adolescents étaient davantage dans l'attente de **paroles marquantes**, notamment pour se sentir plus affectés.

A1 : « *Un peu me faire peur sur le tabac pour ne pas que je fume. »* »

A8 : « *J'attendrais qu'il me prévienne, qu'il me dise que pour l'avenir c'est moyen, qu'il me donne des noms de maladies peut-être qui me choqueraient. »* »

A6 : « *Qu'on me parle de choses assez marquantes, je pense que ça me dégouterait un petit peu [...] de quelque chose de vraiment marquant, je ne sais pas quoi parce que du coup... »* »

A9 : « *Que ben ça me marque ce qu'il me dit [...] si ça me touche vraiment ce qu'elle me dit je pense que oui ça me marquera. »* »

#### 4.4 Des exemples concrets

Les adolescents étaient conscients des effets néfastes du tabac et tous, connaissaient ses effets cancérigènes. Toutefois, ils se sentaient moins touchés par cet argument du fait de l'apparition tardive des symptômes et de la notion assez abstraite du cancer pour eux.

A11 : « *Si j'ai rien et que tout se passe bien et que je continue à faire du sport régulièrement, je ne me poserais pas trop la question, parce que c'est devenu une habitude du coup. »* »

A12 : « *Je le sais très bien qu'il y a un risque de cancer du poumon à cause de la cigarette mais enfin j'en ai jamais vu du coup ça me... c'est pas quelque chose qui me fait réfléchir. »* »

Les paroles les plus marquantes pour eux résidaient essentiellement dans les **conséquences physiques et biologiques** que le tabac pouvait entraîner.

A1 : « *Ça abime les poumons, on a du mal à respirer. »* »

A3 : « Par exemple si on a envie de faire de l'apnée sous l'eau si on ne fume pas on restera plus longtemps sous l'eau et si on fume on restera moins longtemps sous l'eau. »

A5 : « Quand tu es malade tu as du mal à guérir. »

A9 : « Surtout si on est mineur et que ça réduit le taux de fécondité si on veut des enfants ça sera forcément plus compliqué, après ça rend les dents jaunes tout ce qui n'est pas forcément joli, après c'est compliqué d'arrêter tout ça. »

Le **récit d'expérience** vécue semblait les atteindre également.

A5 : « Je connais une fille qui a déjà fumé enfin elle fume souvent et elle a déjà eu plein de problèmes de poumons, elle est déjà allée à l'hôpital enfin et je n'ai pas envie d'être à sa place quoi. »

A8 : « Il y a un monsieur à chaque fois que je suis dehors et que je fume, il y a un monsieur qui passe souvent et qui me dit des trucs par exemple plus tard enfin il y a des gens qui ont commencé à mon âge et qui finissent avec des tuyaux. »

A10 : « Je connais des personnes qui ont la quarantaine et qui sont très très gravement malades à cause de la cigarette parce qu'ils fument depuis longtemps et moi, ça me fait peur ça. »

A11 : « Si par exemple j'ai un proche qui meurt à cause de ça forcément ça va me faire un choc. »

#### 4.5 Des illustrations.

Les **images** permettaient une communication plus efficace et impactante dans la prévention du tabagisme selon les adolescents.

A8 : « Rien que les images qu'il y a sur les paquets de cigarettes, des fois ça me enfin... ça me dégoûte un peu. »

A11 : « Me faire voir des images par exemple de gens qui ont... comment ça s'appelle... un cancer de la gorge ou de la langue, ça c'est pas très...surtout les images des paquets de cigarettes ce n'est pas très beau à voir et c'est ça, ça me ferait changer d'avis sur le tabac. »

## 5 Arguments modifiant leur consommation

### 5.1 Facteurs favorisants

**L'entourage**, qu'il soit amical ou familial, était l'un des principaux facteurs favorisant le tabagisme. D'ailleurs, la première cigarette était bien souvent fumée suite à l'incitation de l'entourage de l'adolescent.

A2 : « *En fait, c'est quand j'allais chez ma grand-mère, on était tout le temps deux avec mon cousin et puis on piquait les clopes à mon grand-père.* »

A4 : « *Il y a des jeunes qui avec leurs copains et leurs copines ils vont leur dire « ben vas-y fume et tout » et un moment donné plus leurs copines et leurs copains vont les forcer plus il va essayer un moment ou à un autre.* »

A5 : « *Des gens avec qui tu traines, enfin s'il y en a qui fume beaucoup et qu'ils te disent "tiens essaie".* »

A10 : « *En soirée, je ne sais pas trop ce qui peut se passer, on peut essayer.* »

La **dépendance** qui suivait l'initiation du tabagisme était citée comme un facteur influençant la consommation quotidienne.

A1 : « *Je pense parce qu'un moment donné on devient accro du coup ça donnerait encore plus envie de fumer.* »

A4 : « *Je commence maintenant je vais vouloir en fumer une autre par hasard comme ça.* »

A5 : « *Tu aimes bien ça te donne encore plus envie de fumer parce que ça a bon goût ou parce que tu aimes bien faire ça.* »

Des adolescents corrélaient l'incitation du tabagisme à un contexte d'**anxiété**.

A10 : « *Ça aide des personnes des fois, parce qu'il y a des personnes qui ont des problèmes psychologiques ou des trucs comme ça et il paraît que ça aide, que ça fait oublier ou ce genre de chose.* »

A12 : « *Parce qu'on m'avait dit, toujours dit, qu'une cigarette ça t'apaisait enfin c'est que dans le mental mais c'est pas grave, et je me suis embrouillée enfin je me suis disputée avec*

*une copine, une très bonne copine à moi et ça m'a beaucoup beaucoup touchée et du coup je me suis mise à fumer. »*

D'autres évoquaient simplement que cela pouvait être dû à l'**envie** de fumer ou dans le but de **comprendre** le comportement de certaines personnes vis-à-vis de la cigarette.

A9 : *« Pour savoir pourquoi tout le monde le fait et pour savoir pourquoi on en vend. »*

A13 : *« Parce que voilà j'ai envie. »*

## 5.2 Facteurs dissuasifs

Les effets secondaires du tabac étaient presque systématiquement cités dans les arguments dissuasifs du tabagisme. Les adolescents évoquaient fréquemment les maladies, et particulièrement le **cancer**, comme freins à l'initiation au tabac.

A1 : *« Ça peut faire le cancer. »*

A5 : *« On peut attraper des cancers. »*

A6 : *« Ça amène le cancer des poumons, qu'on peut en mourir plus vite. »*

A9 : *« Ça fait des cancers de la langue, la trachée, les poumons. »*

A11 : *« Le cancer ça me ferait assez peur le cancer. »*

A12 : *« Les maladies graves qui peuvent se provoquer, si tu te dis que tu as ça plus tard donc tu peux en mourir. »*

Mais ces arguments dissuasifs restaient toutefois à nuancer puisque, comme précédemment évoqué, beaucoup d'adolescents ne se sentaient pas réellement concernés par ces risques qui leur paraissaient encore lointains.

Sans oublier que les jeunes étaient plus réticents au tabagisme dès lors que les effets secondaires impactaient leurs **activités** ou leur **apparence**.

A5 : *« Les effets pour les poumons, pour courir on sera beaucoup plus essoufflé [...] la voix qui change les dents qui deviennent jaunes. »*



A11 : « *Si un jour on me dit que je commence à avoir des problèmes respiratoires ou que je commence à avoir les dents jaunes, ça me fera directement arrêter.* »

Le **jugement** des autres était aussi important pour les adolescents. La peur d'avoir mauvaise réputation auprès de leur entourage en décourageait certains à fumer.

A5 : « *Si on fume beaucoup ça va faire une mauvaise réputation, ça va faire la fille qui a des problèmes ou qui fume tout le temps, ça donne une mauvaise image.* »

Plus que la réputation vis-à-vis de leur entourage amical, le **jugement des parents** était primordial pour eux.

A5 : « *Il y en a leurs parents savent bah ils sont déçus d'eux et tout [...] moi je veux avoir une bonne image de mes parents.* »

A10 : « *Les parents ils peuvent être déçus de nous.* »

La **dépendance** tabagique, qui était citée par certains adolescents comme un facteur influençant le tabagisme régulier, faisait peur à d'autres et constituait un argument dissuasif.

A4 : « *Si tu commences jeune après tu ne vas plus pouvoir t'arrêter, ben parce qu'après ça devient une drogue, ça devient un rituel en fait [...] et je n'ai pas envie de me plonger dedans.* »

A5 : « *Je me dis qu'il ne faut pas que je m'embarque dans ça parce que je me dis qu'il y en a qui ont du mal à arrêter. Je me dis qu'après je ne peux plus faire machine en arrière.* »

A14 : « *Je vois que tous mes amis ils fument, il y en a qui fument quand même beaucoup, mes parents aussi ils fument, je n'ai pas envie d'être accro comme eux.* »

Le **coût** du paquet et la **composition** de la cigarette n'ont été cités qu'une seule fois.

A6 : « *J'ai vu comment une cigarette c'était composée et c'est à partir de ce moment-là que j'ai décidé d'arrêter.* »

A9 : « *Parce que je sais à quel point ça coûte cher à mes parents, que du coup bah ils ne peuvent pas le dépenser dans autres choses.* »

## 6 L'attitude du médecin

### 6.1 Bienveillant

La quasi-totalité des adolescents souhaitait être avec un médecin **calme** et **bienveillant** pour parler de ce sujet.

A4 : « *Aimable, qu'il ne soit pas énervé sur le sujet, qu'il soit sympa sur le sujet, qu'il parle calmement.* »

A8 : « *Je pense s'il va de lui-même vers moi et qu'il me pose des questions et qu'il a l'air rassurant, oui je pourrais, oui je pourrais lui dire facilement.* »

A11 : « *En étant poli et doux, on va dire dans sa manière de parler.* »

A14 : « *Avec des mots gentils, sans trop me brusquer.* »

Pour les adolescents, le tabagisme était un sujet appréhendé. Ils craignaient un énervement lors de la discussion, pouvant donc provoquer un repli sur eux-mêmes.

A4 : « *Qu'il ne soit pas énervé sur le sujet [...] qu'il parle calmement [...] qu'il soit cool.* »

A5 : « *Qu'il soit cool quoi, qu'il me parle comme mon pote, qu'il ne soit pas strict ou des trucs comme ça [...] enfin tranquille [...] faut qu'il soit cool avec moi sinon ça vient pas la discussion.* »

A9 : « *Calme parce que c'est pas un truc où il faut être énervé pour en parler [...] c'est un sujet un peu sensible parce que c'est dangereux tout ça, donc calme.* »

A11 : « *Qu'il m'en parle calmement.* »

### 6.2 Non-autoritaire

Les adolescents interrogés ne concevaient pas que le médecin ait une autorité à leur égard. Ils confiaient ce rôle exclusivement à leurs parents.

A2 : « *Je sais que mes parents ils vont me crier dessus alors que le médecin traitant il ne pourra pas, enfin il peut mais... (rires).* »

A8 : « *Quelqu'un qui lève un peu la voix ou qui fronce les sourcils je me dis directement que ça va mal tourner (rires) et que je vais encore être mal barrée pour arrêter quoi.* »

A12 : « *Ben déjà pas une intonation forte type autoritaire, c'est pas quelqu'un qui a le droit de me dire quelque chose.* »

### 6.3 Compréhensif

Afin de faciliter l'échange et l'écoute, les adolescents espéraient avoir devant eux un médecin **compréhensif et ouvert**.

A10 : « *Qu'il comprenne, qu'il essaie de comprendre et pas... du... enfin juste essayer de me prévenir.* »

A14 : « *Qu'il soit assez compréhensif.* »

Un adolescent aurait aimé savoir que le médecin lui laisse une porte ouverte au dialogue.

A8 : « *Dire : si tu as envie d'en reparler, reprends rendez-vous ou des trucs.* »

### 6.4 Instaurer un climat de confiance

La crainte du jugement était souvent citée par les adolescents. Le médecin généraliste devait instaurer une **relation de confiance** avec l'adolescent afin que cette barrière tombe pour permettre à l'adolescent de se livrer plus facilement.

A1 : « *J'ai peur, enfin je pense qu'il penserait que j'ai envie de fumer du coup... enfin j'aurais peur que ça soit mal vu tout ça.* »

A2 : « *Qu'il ne me juge pas déjà ça serait bien.* »

A9 : « *Si j'ai envie je lui dis et qu'elle ne le dise pas forcément à mes parents.* »

## 6.5 La consultation et son environnement

Une partie des adolescents exprimait la volonté de recevoir des informations sur le tabac au cours de consultation **seul à seul** avec le médecin, sans la présence de leurs parents.

A4 : « *Quand je suis seule.* »

A8 : « *Par exemple dès qu'on est là, il retire les parents.* »

A11 : « *Sans mes parents de préférence [...] c'est toujours gênant devant les parents surtout que je suis assez jeune.* »

D'autres se disaient plus à l'aise d'en parler au sein d'un **groupe** de leur âge, car ils se sentaient moins gênés qu'en étant seuls avec le médecin. Aussi parce que l'effet de groupe suscitait un partage d'expériences et permettait à l'adolescent de constater qu'il n'était pas un cas isolé.

A14 : « *Si on est en petit groupe ben on se sentira moins gêné que si on est tout seul face à lui [...] si on est en groupe on peut plus parler [...] on est tous dans le même cas du coup c'est mieux.* »

## 6.6 Intervention ponctuelle

Les adolescents étaient plus partisans d'**interventions ponctuelles** et ne souhaitaient pas que leur médecin en parle à chaque consultation. Ils exposaient l'argument de la **pénibilité** du discours et la crainte d'en être moins affectés du fait de sa répétition.

A4 : « *Pas à chaque consultation [...] parce que ça serait chiant.* »

A5 : « *Une fois ou deux dans l'année [...] parce qu'à force ça va devenir soûlant et après je ne voudrais plus y aller.* »

A6 : « *Pas tout le temps parce qu'après ça ne sert à rien c'est casse-pieds.* »

A8 : « *Déjà je préfère qu'il n'intervienne pas trop souvent, parce qu'après ça rentre dans l'habitude et après ce que le médecin va me dire au bout d'un moment je ne vais plus y faire attention [...] il nous parle par exemple pour la visite médicale de chaque année.* »

A13 : « *Quelque fois, une fois ouais je pense que une fois vers notre âge ça suffira et après il y a les autres personnes qui nous entourent qui nous parlent forcément du sujet.* »

Une des personnes interrogées évoquait le fait que les mises en garde trop insistantes et fréquentes pouvaient inciter les jeunes à vouloir expérimenter la cigarette.

A14 : « *Si à chaque fois il nous met en garde, je pense que ça peut quand même inciter à le faire s'il nous met trop en garde.* »

L'âge de début de la prévention différait entre chaque adolescent. Certains pensaient que la prévention devait se faire dès le plus jeune âge pour limiter les risques de consommation tandis que d'autres se sentaient encore trop jeunes pour en parler.

A2 : « *17 ans, 16 ans.* »

A8 : « *Je pense dès l'entrée au collège [...] parce que si on prévient déjà dès le plus jeune âge et qu'on insiste un petit peu, je pense qu'au fil des années ça peut peut-être limiter les jeunes qui tombent dedans.* »

A13 : « *Peut-être 13 ans parce qu'il y a des gens qui commencent déjà.* »

A14 : « *en 4<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> il devrait commencer [...] parce que moi tous mes amis ils ont commencé à fumer en 4<sup>ème</sup>.* »

## 7 L'impact sur le jeune

Les avis concernant l'impact de la prévention du tabagisme par le médecin traitant divergeaient. Certains adolescents pensaient **utile** l'intervention du médecin généraliste.

A8 : « *Je pense qu'il peut nous faire passer des messages [...] parce que quand on va au médecin, déjà souvent on n'y va pas enfin par exemple moi je n'y vais pas souvent donc je sais que quand j'y vais et qu'il me parle d'un truc important je le retiens, donc déjà ça serait bien pour ça.* »

A11 : « *Je pense que ça me fera réfléchir car c'est quand même un médecin il s'y connaît, enfin c'est lui qui étudie le corps humain donc il a raison dans tout ce qu'il dit [...] qu'il m'en parle*

*sérieusement, enfin sans mes parents de préférence, comme ça ça me ferait beaucoup plus réfléchir. »*

A13 : *« On y pense même si certains n'ont pas envie d'y penser au bout d'un moment on y réfléchit quand même on se dit voilà c'est pas la seule qui nous le dit en fait. »*

A14 : *« Je pense que je vais continuer à y penser [...] c'est quand même important ce qu'il m'aura dit je pense. »*

Au contraire, d'autres avaient un **doute** quant à l'impact que pouvait avoir le médecin.

A4 : *« S'il il dit les choses après les adolescents en prennent compte mais ils vont peut-être continuer par derrière, donc au final ce n'est pas de la faute au médecin parce qu'il lui aurait informé. »*

A11 : *« Enfin, après si par exemple j'ai un proche qui meurt à cause de ça forcément ça va me faire un choc mais après le médecin je ne sais pas s'il va pouvoir me convaincre. »*

A12 : *« C'est une des personnes qui est le plus informé sur les dangers qui peut essayer de te convaincre après il y en a ça marche et il y en a ça ne marche pas. »*

A13 : *« Je pense qu'il suffit d'en parler quelques fois, pis après si les gens de toute façon ils ne comprennent pas, s'ils ne veulent pas comprendre bah... »*

Et quelques-uns n'en voyaient **aucune utilité**.

A12 : *« C'est pas quelqu'un qu'on va forcément écouter sauf quand on a des médicaments à prendre [...] parce qu'on en a pas l'envie, enfin moi j'en aurai pas l'envie de l'écouter [...] j'aime bien fumer, enfin je ne compte pas arrêter ou quoi que ce soit et du coup je ne l'écouterai pas enfin j'écouterai ce qu'il dit et je ... enfin... comme ça je serai un peu plus informée sur ce que ça provoque mais... [...] je ne l'écouterai pas en fait (rire). »*

A13 : *« Pas forcément malheureusement parce que comme ils ne se rendent pas forcément compte ils s'en fichent un petit peu et du coup bah...ça leur passe au-dessus de la tête. »*

Certains adolescents pensaient que l'impact de l'intervention du médecin généraliste n'était que **temporaire**.

A5 : « C'est bien sur le coup mais après ça passe. »

A6 : « Oui sur le coup mais après... »

A10 : « Ça me touchera sur le coup je pense, et je m'en rappellerai après mais... (haussement d'épaule) enfin ça dépend de ce qu'il me dit. »

## 8 Les avantages

### 8.1 Les connaissances du médecin

Pour la majorité des collégiens interrogés, les **connaissances** de leur médecin traitant représentaient l'un des principaux avantages de lui parler du tabagisme.

A1 : « C'est un spécialiste et du coup il s'y connaît bien. »

A5 : « Lui c'est un médecin et qu'il connaît tout, il est plus, sait plus de choses que si on en parle avec nos parents [...] enfin il sait exactement ce qu'il peut se passer. »

A9 : « Je pense que le médecin s'y connaît bien [...] contrairement à internet il ne va pas forcément dire n'importe quoi, les profs ce n'est pas forcément les trucs qu'on irait dire, les amis après on peut en parler avec eux mais il y a certains trucs qu'ils ne savent pas comme nous. »

Le savoir du médecin permettrait, d'après les adolescents, d'obtenir de **meilleures explications** sur la prévention du tabagisme et donc, une meilleure compréhension.

A1 : « Je pense qu'il a plus de mots et pis ben il s'y connaît plus que d'autres personnes. »

A10 : « je pense qu'il expliquerait bien quels risques ça a justement. »

A11 : « Il a les bonnes réponses quand on lui parle de ça. »

A13 : « Il connaît son sujet donc il peut avoir les bons mots. »

A14 : « Il connaît bien le sujet comme il est médecin et il peut nous expliquer pour qu'on comprenne bien. »

## 8.2 L'expérience du médecin

Des adolescents voyaient également **l'expérience** du médecin comme un atout dans la prévention du tabagisme.

A9 : « *Avoir un adulte qui s'y connaît forcément mieux que nous et qui pourrait nous dire avec l'expérience tout ça, qu'il ne faut pas le faire, les raisons.* »

A13 : « *Lui il a plein de cas, il peut dire ce qu'il a déjà vu.* »

## 9 Les inconvénients

### 9.1 La présence parentale

L'inconvénient le plus cité était celui de la **présence parentale** lors des consultations. Les adolescents ne souhaitaient pas parler du tabac en présence de leurs parents.

A5 : « *Pas qu'il m'en parle devant mes parents et euh.. ben après ... enfin je n'ai pas envie qu'ils sachent que j'ai déjà fumé.* »

A6 : « *Déjà il y a ma maman avec moi tout le temps...bah du coup bah... je vais apprendre un truc au médecin en même temps à ma maman, ça va être un peu la catastrophe.* »

A8 : « *En fait dès que je suis avec le médecin, ma mère elle est là donc si je lui dis que si je veux lui parler en privé ma mère va se douter de certaines choses et je n'ai pas trop envie.* »

A9 : « *Ben si je fumais je n'irais pas forcément le dire à côté de mes parents.* »

A11 : « *C'est toujours gênant devant les parents, surtout que je suis assez jeune.* »

A14 : « *S'il me demande si j'ai déjà fumé, je ne vais pas dire oui devant mes parents.* »

### 9.2 Le manque de confiance

La majorité des adolescents ressentait une **absence de confiance** envers leur médecin traitant. Ce qui pouvait alors les freiner dans d'éventuelles discussions sur le tabagisme.



A2 : « Je pense que derrière il pourrait répéter [...] là c'est parce que je sais que vous ne direz rien mais sinon je ne vous en aurais pas parlé. »

A6 : « Je ne le connais pas vraiment et j'en parlerais pas vraiment avec lui en fait [...] c'est un nouveau médecin du coup je ne sais pas trop. »

A8 : « Je pense qu'intérieurement j'aurais peur d'en parler, par peur que mes parents le découvrent par la suite ou par peur qu'il le note quelque part ou je ne sais pas [...] je ne lui confierais pas des trucs en tout cas. »

Ce manque de confiance pouvait entraîner la **dissimulation** d'une potentielle consommation. Les adolescents avouaient même pouvoir mentir à leur médecin par peur que cela soit répété.

A2 : « Je lui dirais non même s'il n'y a pas ma mère s'il y a personne quoi. »

A14 : « Je sais pas si vraiment, si il y a ma mère et tout je lui dirais "ouais je fume" ... »

### 9.3 La gêne

Une minorité d'adolescents interrogée ressentait une **gêne** à parler du tabagisme.

A8 : « Je l'écouterais mais je ne sais pas si je parlerais en retour [...] je pense que c'est un sujet qui fâche, aussi un peu parce que je suis très jeune on va dire et je pense que ça fâcherait un peu... »

De plus, les rires des adolescents lors des entretiens pouvaient être interprétés comme un embarras face à ce sujet.

La timidité des adolescents pouvait également être à l'origine de cette gêne.

A6 : « Moi toute timide je ne vais jamais parler. »

#### 9.4 Manque de compréhension

Les jeunes citaient le **manque de compréhension** comme un autre inconvénient et l'assimilaient notamment à la différence d'âge.

A5 : « *Moi je préférerais qu'on en parle plus avec les personnes de mon âge ou un peu plus grandes, les adolescents ou quoi parce que ça passe mieux [...] c'est un adulte et qu'il peut moins nous comprendre.* »

A8 : « *J'ai déjà eu une conversation avec lui sur un autre sujet qui était sur le sujet du végétarisme, et il n'a pas trop apprécié donc je n'aimerais pas lancer un autre sujet.* »

#### 9.5 La distance

La **distance relationnelle** entre le praticien et le jeune était rapportée comme un des freins. En effet, les rares consultations ne permettaient pas de créer un lien médecin-adolescent, ce qui pouvait faire écho au manque de confiance précédemment cité.

A1 : « *Je ne le connais pas très très bien. Ce n'est pas une personne proche du coup voilà.* »

A7 : « *Je ne vais quasiment jamais chez le médecin en fait.* »

A12 : « *Je ne vais presque jamais chez le médecin et puis c'est pas vraiment, enfin c'est pas vraiment... j'en parle pas vraiment avec lui.* »

A13 : « *Je ne le vois pas souvent [...] c'est pas une personne avec qui on est forcément très proche donc les gens ne vont pas avoir tendance à écouter je pense.* »

#### 9.6 Des adolescents réticents

Certains adolescents se montraient partiellement voire complètement **réticents** à la prévention que pouvait faire le médecin traitant concernant le tabagisme.

A2 : « *Je préfère ne rien connaître [...] j'en ai assez entendu je pense.* »

A3 : « Si si, il a sa place mais pas pour moi en fait [...] ça ne sert à rien de m'en parler parce que je connais un peu déjà »

A7 : « Ça ne m'intéresse pas [...] ça ne sert à rien de m'en parler parce que je connais un peu déjà, enfin voilà. »

Les fumeurs les plus réguliers étaient les plus réticents puisqu'ils pensaient que le changement des habitudes tabagiques ne pouvait venir que d'eux-mêmes, et non du discours de prévention.

A2 : « Je pense que c'est moi qui déciderai et si je me dis qu'il faut que j'arrête, et si j'ai envie de continuer je continuerai. »

A7 : « J'arrive à me contrôler là-dessus, quand je n'ai pas envie j'ai pas envie et quand j'ai envie j'ai envie. »

A12 : « On en a pas l'envie, enfin moi j'en aurais pas l'envie de l'écouter, enfin je n'écouterai que moi. »

### 1 Choix du sujet

Des études épidémiologiques s'intéressant à la consommation des substances psychoactives chez les adolescents révèlent un tabagisme encore trop important au sein cette population. Il s'agit donc d'un réel problème de santé publique. D'autant que l'adolescence constitue, pour la quasi-totalité des fumeurs actifs, la période d'entrée dans le tabagisme : la dépendance s'installe très rapidement et sera d'autant plus forte que l'initiation est précoce(7).

Le faible nombre de travaux sur le sujet dénote une banalisation du tabagisme chez l'adolescent alors qu'il s'agit de la substance la plus largement consommée par les jeunes. De par son faible pouvoir psychoactif, le tabac est considéré comme un problème secondaire face aux autres substances illicites.

La prise en charge des adolescents requiert une attention toute particulière. Par définition, pour construire son identité, l'adolescent s'oppose aux suggestions des adultes, expérimente ses limites, se confronte à la norme et croit en sa propre immortalité(8). La prévention, alors plus difficile, ne trouve écho que si le spécialiste est capable d'adapter son discours à son interlocuteur et que l'adolescent est réceptif.

Ce travail trouve son originalité dans le fait d'interroger les adolescents sur leurs attentes. Quelques études ont déjà été menées sur le sujet mais elles ne s'intéressaient qu'au point de vue du médecin ou de la méthode de prévention sans s'attarder sur les désirs des adolescents.

### 2 Intérêts, limites et biais de l'étude

#### 2.1 Choix de la méthode qualitative

L'objectif de notre étude était de déterminer les attentes des adolescents concernant la prévention du tabagisme réalisée en médecine générale. Nous devons donc laisser libre cours aux pensées des adolescents interrogés sur ce sujet afin de voir émerger de nouvelles idées sans induire des réponses pouvant être liées à nos propres croyances. La méthode qualitative paraissait alors être la plus adaptée dans ce cas.

L'analyse qualitative ne cherche pas à mesurer ou à quantifier mais elle permet de mettre en lumière les idées, les comportements et les attentes des personnes sondées sur un sujet donné. Contrairement à la démarche hypothético-déductive des études quantitatives, la recherche qualitative permet un recueil « anecdotique » des données et d'en faire une analyse subjective. Ces résultats n'ont pas vocation à être généralisés mais à générer des hypothèses et des théories pouvant être par la suite analysées par une méthode quantitative(9).

Elle trouve tout son intérêt pour des sujets peu étudiés en se libérant des idées préconçues que l'on retrouve dans les questionnaires. En cela, elle déploie un espace de discours libre, porteur d'idées inédites et liées aux acteurs interrogés. Afin d'éviter un biais de préconception conduisant l'enquêteur à induire inconsciemment les réponses de l'interviewés et pouvant donc créer un biais d'interprétation, la revue de la littérature ne s'est faite qu'au moment de la rédaction de la discussion.

Pour une meilleure validité sur le plan scientifique, nous avons respecté des critères précis propres à la théorisation ancrée et explicités par N. Hennebo(6) ainsi que les douze critères établis par deux chercheurs français au sein d'une grille d'évaluation des travaux qualitatifs comparable à celles des études quantitatives(10). Ces deux références nous ont permis de définir les points forts et les limites de notre travail.

## 2.2 Choix de l'échantillon

Concernant la population, étudiée nous nous sommes attachés à recruter la population la plus hétérogène possible en ciblant différents types d'établissements afin de couvrir le plus grand nombre de classes socio-économiques.

La classe de 3<sup>ème</sup> a été choisie du fait de l'existence d'une réelle croissance exponentielle dans l'expérimentation de la cigarette et du tabagisme quotidien entre les classes de 4<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> (11). L'adolescent novice de toute expérimentation n'a pas été interrogé du fait du peu d'intérêt porté au tabagisme, que nous avons observé durant les entretiens d'essais préalables à l'étude.

Cependant, notre étude manquait d'hétérogénéité concernant le genre des adolescents interrogés. L'échantillon comportait plus de filles que de garçons, ce qui a pu avoir une influence sur nos résultats. Ceci était dû à un plus grand nombre de réponses favorable de la part des adolescentes sans qu'il y ait de différence de proportion de genre à la base. Cela pouvait s'expliquer par un taux d'expérimentation tabagique plus important chez les filles que chez les garçons(3) et par le fait que les adolescentes se sentaient plus sensibilisées que les adolescents à de tels sujet et qu'elles se posaient plus de questions sur elles-mêmes et sur le monde(12).

L'âge moyen de l'expérimentation de la cigarette de notre échantillon était de 13.1 ans, donc légèrement inférieur à l'âge moyen national qui était de 14.4 ans. Cette différence pouvait s'expliquer par la moyenne d'âge de notre échantillon qui n'était qu'en classe de troisième.

### 2.3 Déroulement et analyse des entretiens

Parmi les techniques d'enquête qualitative, l'entretien individuel nous paraissait être la méthode la plus adaptée. En effet, le sujet du tabagisme étant un sujet délicat à aborder durant la période charnière de l'adolescence, l'entretien individuel permettait à l'adolescent d'être plus libre dans ses propos et sans craindre un éventuel jugement ou que ses dires soient répétés.

Certains entretiens ont été difficiles à réaliser. La population étudiée étant des adolescents, l'expression orale et de plus devant un adulte était difficile à gérer pour certains pouvant entraîner des problèmes de compréhension de certaines questions et des réponses dont la formulation était impropre.

Par ailleurs, en raison d'adolescents timides ou peu loquaces, certains entretiens ont été pauvres.

La réalisation de focus group aurait pu enrichir les résultats. Grâce à la dynamique de groupe et l'émulation d'idées, les adolescents les plus timides se seraient peut-être davantage exprimés en confortant ou en complétant le discours des autres participants.

Un **biais d'intervention** a pu être créé du fait du manque d'expérience de l'interviewer. Il a été parfois difficile d'utiliser exclusivement des questions ouvertes pour laisser la personne s'exprimer librement et sans l'orienter. Quelques entretiens, surtout les premiers, contiennent

par conséquent des questions fermées et des interventions de la part de l'interviewer pouvant orienter les réponses et en limiter leur diversité.

Les entretiens ont été réalisés et menés par une seule et même personne, ce qui a pu occasionner un **biais d'investigation**.

Une partie des entretiens a pu bénéficier d'une triangulation de l'analyse. Cette méthode consiste à analyser les données par au moins deux chercheurs, permettant de gagner en crédibilité.

### 3 Le ressenti des adolescents sur la prévention du tabagisme en médecine générale

Pour beaucoup d'adolescents, un des rôles majeurs du médecin concernait la prévention du tabagisme, et il avait alors toute sa place dans cette démarche impliquant un sujet qui était important à leurs yeux.

Dans l'étude qualitative menée auprès de collégiens dans l'Yonne en 2001, ces derniers accordaient également une place importante au médecin généraliste dans la prévention du tabagisme(13). Cette place est probablement accordée par les connaissances et l'expérience du médecin. Les adolescents percevaient le médecin comme une source de savoir. Cette notion de « médecin expert » est aussi retrouvée dans le travail de M. Fourier, mené dans la Somme en 2016 et interrogeant des lycéens sur leurs attentes et leurs difficultés rencontrées en consultation de médecine générale. Ces derniers voyaient à travers le médecin traitant une personne qui avait étudié durant de nombreuses années et qui pouvait leur apprendre des choses(14).

Malgré cela, et même s'ils se montraient curieux et avaient des interrogations sur le sujet, ils n'étaient pas en demande d'informations complémentaires vis-à-vis de leur médecin traitant. Ils disaient ne pas ressentir le besoin ou avoir l'idée d'aborder le sujet.

C'était également le cas dans la thèse de D. Cabelguen(15) en 2016 sur la prévention du tabagisme en consultation de médecine générale chez les lycéens de Loire-Atlantique et du

Morbihan. Plus des trois quarts des lycéens interrogés estimaient que le médecin devait faire de la prévention au niveau du tabac mais seulement 10% souhaitaient aborder le sujet avec lui.

Nous remarquons donc ici toute la difficulté de la prévention des risques chez l'adolescent avec souvent une ambivalence concernant leurs attentes et leur demande. Lorsqu'il s'agit de leur situation personnelle, les adolescents sont beaucoup plus réticents, et aborder ce type de prévention est plus compliqué.

De plus, lors des consultations avec leur médecin généraliste les adolescents se focalisent sur leur santé physique en étant réservés sur leurs comportements à risque(16). Ils déclarent parler de leurs soucis personnels ou relationnels préférentiellement à leurs parents et à leurs amis(17). Cela pouvait expliquer l'absence de demande des collégiens interrogés et le fait que certains ne donnaient aucun rôle à leur médecin dans la prévention du tabagisme.

Ce décalage est le signe que même si pour l'adolescent le médecin généraliste est un acteur légitime dans la prévention du tabagisme, ils ne cherchent pas à aborder le sujet avec lui. C'est au médecin d'initier la conversation en suscitant l'intérêt chez le jeune. Il doit se montrer pro-actif devant des adolescents qui se placent en spectateurs et qui attendent parfois que le médecin leur parle et leur apporte des réponses à des questions qu'ils n'osent poser.

#### 4 Les attentes des adolescents

##### 4.1 Un dialogue à l'initiative du médecin traitant

Il se dégageait deux manières d'entamer la discussion. Une partie souhaitait une conversation directe et sans tabou alors qu'une seconde partie préférait plus de délicatesse dans le discours du médecin.

Même si la manière d'initier l'échange se révélait différente, l'abord du sujet devait être à l'initiative du médecin. L'entame de la discussion par le questionnement d'une éventuelle expérimentation ou consommation rendait le jeune mal à l'aise par peur du jugement. Ce dernier considérait cela comme une intrusion dans leur vie personnelle et un manque de respect de son autonomie. De plus, plusieurs disaient en toute sincérité qu'ils n'étaient pas prêts à être honnêtes sur cette question. Donc, y a-t-il un réel intérêt à cette question ? Pour les jeunes interrogés, l'utilité était limitée devant la possible dissimulation de la consommation alors que pour les professionnels soignants cela permet le dépistage.



Dans le cadre de la prévention par le médecin généraliste, la Haute Autorité de Santé recommande que toute personne soit questionnée sur sa consommation de tabac de façon systématique ainsi que sur son type de consommation(18) afin de prodiguer un conseil minimal. Ce questionnement est recommandé dès le collège, lors de consultation individuelle en rappelant la confidentialité et le secret professionnel.

Cela démontre que la question doit être posée, malgré la réticence des adolescents, mais que son intérêt n'est envisageable qu'après avoir ouvert le dialogue sur le sujet et avoir instauré un climat de confiance afin d'éviter les réponses faussement négatives.

#### 4.2 Un contenu adapté à l'adolescent

Concernant le discours, les souhaits étaient multiples et divergeaient en fonction des adolescents.

Certains souhaitaient avoir un discours innovant avec des paroles marquantes sur les conséquences du tabagisme et des illustrations afin de provoquer un électrochoc. A contrario, d'autres se disaient plus réceptifs aux explications, aux récits d'expérience, et aux exemples concrets évoquant les effets physiques et matériels du tabagisme avec leurs conséquences sur leurs activités physiques ou leur apparence comme le manque de souffle, le jaunissement des dents ou la diminution de la fécondité.

Comparativement au manuel « Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt » qui aborde les thèmes auxquels les adolescents se montrent les plus sensibles, nos résultats sont partiellement en adéquation avec les leurs.

En effet, l'efficacité des messages faisant uniquement appel à la peur ou exagérant les risques encourus était loin d'être assurée bien qu'ils soient fréquemment cités par les adolescents eux-mêmes. Son efficacité dépendait de différents facteurs tels que l'évidence de la gravité de la menace, or la menace des méfaits du tabac était perçue par les adolescents comme étant très éloignée dans le temps. Et cela pouvait aussi renforcer les conduites à risques de ceux qui consomment par opposition(19). Aussi, une question éthique se pose. Est-il cohérent d'essayer de manipuler l'adolescent en provoquant des émotions comme la peur ? Pour certains, cela ne serait pas judicieux et pourrait aller à l'encontre du respect de l'autonomie de l'adolescent.

Cependant, certains résultats du manuel étaient en corrélation avec les attentes des adolescents sondés. Il était conseillé de privilégier l'information sur les effets à court terme du tabac et l'impact sur l'apparence et la forme physique par un discours positif centré sur les bénéfices à ne pas fumer. Les arguments sur le coût financier, la composition de la cigarette et la manipulation dont ils faisaient l'objet par l'industrie du tabac étaient également cités comme message de prévention efficace(19), cela faisant écho aux arguments dissuasifs cités par les jeunes de notre étude.

Il est également intéressant de se poser la question des facteurs pouvant modifier la consommation tabagique des jeunes afin d'avoir un message plus ciblé sur leurs préoccupations et de les aider au mieux à les surmonter. Dans notre étude, les facteurs cités étaient essentiellement l'entourage du jeune et la dépendance aussi bien en positif qu'en négatif. L'expérimentation du tabagisme était principalement liée à l'incitation de l'entourage amical, et certains adolescents avaient conscience que le tabagisme quotidien survenait en cas de dépendance. Paradoxalement, la dépendance faisait également parti des arguments dissuasifs puisqu'elle faisait peur aux adolescents. Les maladies secondaires au tabagisme sont également citées comme une raison de ne pas fumer. Une enquête a analysé les motivations d'arrêt des jeunes fumeurs contactant le service public d'aide nationale appelé Drogues Alcool Tabac Info Service (DATIS). Il est intéressant d'observer que les résultats sont proches de notre étude. Les motivations des jeunes de moins de 14 ans étaient surtout centrées sur la peur de mourir et le risque de cancer souvent en lien avec les spots publicitaires ou parfois, avec des décès dans l'entourage. Quant aux plus de 14 ans, la préoccupation de la dépendance était plus présente tout comme les effets de manque(20).

La notion de peur revient comme argument dissuasif. Cette notion est ambivalente, elle peut être utile pour certains jeunes mais ne doit pas être le seul argument amené par le médecin et doit être nuancée et accompagnée de solutions.

Outre la prévention sur les effets secondaires du tabagisme, plusieurs adolescents et notamment adolescentes faisaient part de leur envie d'avoir un médecin qui renforce leur motivation à ne pas fumer et qui leur donne des clés pour résister à la tentation et augmenter leur confiance en eux. En effet, l'expérimentation du tabagisme était dans notre étude principalement liée à l'incitation de l'entourage. Le courage de dire non au tabac est fortement corrélé avec la confiance en soi, l'ambition personnelle, la résistance aux pressions sociales, et

avec une meilleure maîtrise de ses pulsions(21). Cela renvoie au renforcement des compétences psychosociales des jeunes décrit comme une intervention efficace dans plusieurs études(22,23). Les compétences psychosociales ont une influence majeure dans l'entrée et le maintien des conduites addictives. Elles sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, de sa propre culture et de son environnement.

Ainsi, comme le souhaitaient les jeunes de l'étude, la prévention doit également passer par des messages consolidants l'estime que l'adolescent a de lui-même en faisant appel au renforcement des compétences psychosociales afin qu'ils trouvent des solutions pour résister.

#### 4.3 La manière d'être du médecin généraliste

Les adolescents souhaitent avoir face à eux un médecin bienveillant, compréhensif et non autoritaire pour aborder ce sujet qu'ils considéraient comme une potentielle source de conflit. Ces éléments étaient la base d'un climat de confiance permettant l'ouverture de la discussion.

Les adolescents déploient souvent beaucoup d'énergie pour s'opposer aux modèles des adultes qui les entourent et sont particulièrement attachés au respect de leur autonomie et de leurs choix(24). Ils attendaient donc un style de communication fondé sur le respect de la parole de l'interlocuteur afin de favoriser leur autonomie, et rejetaient souvent les approches basées sur l'autorité des adultes. D'ailleurs, l'autorité était pour eux le reflet de l'image parentale dont ils voulaient se détacher. Ils n'attendaient donc que des conseils de la part du médecin généraliste. Les jeunes refusaient de recevoir des ordres de la part de leur médecin, considérant que ce n'était pas de son ressort. Le médecin ne doit pas interdire ou moraliser mais il doit au contraire ouvrir le dialogue, informer et se positionner comme un interlocuteur privilégié(23). Ils souhaitent obtenir des informations afin de faire leurs propres choix en toute connaissance de cause, ce qui constitue d'ailleurs l'objectif de l'éducation à la santé. Cette notion tend à ce que chaque citoyen acquiert, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité(25).

De plus, un médecin compréhensif était considéré par l'adolescent comme un moyen de pouvoir s'exprimer plus librement sur un sujet qui lui paraissait sensible. Les collégiens avaient peur que la différence d'âge soit source d'incompréhension concernant leur comportement. Face à leur médecin généraliste, les adolescents sont réservés sur leurs conduites à risque d'autant qu'il s'agit d'un adulte.

Dans l'étude de H. Boulestreau-Grasset analysant le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste en Vendée en 2009, l'incompréhension du médecin était une des causes de non-discussion(26). Le manuel « Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt »(19) évoquait ces mêmes difficultés et conseillait alors l'écoute active. Elle repose sur l'empathie qui est « la capacité de se mettre à la place de l'autre et de comprendre ses sentiments et ses émotions » d'après Carl Rogers. Elle veille à éviter la confrontation, la persuasion et le jugement. L'empathie et l'écoute active permettent aux adolescents de se sentir entendus, compris, et ouvrent plus facilement le dialogue. S'intéresser à la cause du tabagisme est tout aussi important que de vouloir convaincre à tout prix le jeune d'arrêter.

#### 4.4 L'organisation de la prévention

Concernant l'environnement souhaité, l'échantillon de notre étude était scindé en deux, il y avait un groupe qui souhaitait recevoir des informations lors d'une consultation seul à seul avec leur médecin ; et un groupe qui préférait des discussions en groupe de pairs afin d'enrichir leur savoir à travers le partage d'expériences d'autres jeunes et d'ôter la gêne d'être face à un adulte. Cela vient probablement du fait que les adolescents se confient préférentiellement à leurs amis. Les groupes de pairs représentent une nouvelle approche. Ils permettaient d'obtenir des effets positifs notamment sur les jeunes ayant un risque important de fumer, d'après une étude anglaise étudiant l'impact de cette méthode(27). Cependant les groupes de pairs trop hétérogènes, notamment vis-à-vis de l'expérience des participants, pouvaient avoir un effet contre-productif si la dynamique de groupe était mal contrôlée, comme par exemple la valorisation de l'expérience de consommation(19). Les deux méthodes sont donc complémentaires, la discussion en groupe a sa place chez le jeune, tout comme la prise en charge individuelle pour plus se centrer sur le jeune.

En ce qui concerne la fréquence des interventions, les adolescents étaient unanimes sur le fait que cela devait rester ponctuel. Ils avançaient une crainte d'une diminution de l'efficacité devant des paroles trop insistantes et d'un effet contre-productif. Cela est confirmé par plusieurs autres témoignages de jeunes issus d'autres études(22,28).

L'âge cité de début de prévention différait. Si certains préféraient que la prévention soit débutée le plus tôt possible, d'autres se considéraient trop jeunes pour parler du tabagisme. Ce frein est probablement dû aux modalités d'intervention non adaptées à l'âge du jeune. En effet, les messages à transmettre doivent être adaptés à l'adolescent. Dans la littérature française, il est estimé que l'âge requis pour les premières actions est de 11 ou 12 ans. Le modèle de l'institut national du cancer américain préconise même de parler régulièrement du tabac et de ses représentations avec l'enfant à partir de 5 ans. L'essentiel est d'adapter le message en fonction de l'âge de l'adolescent : jusqu'à l'âge de 15 ans environ, les démarches préventives devraient davantage chercher des facteurs de vulnérabilité et décourager le passage de l'expérimentation à la consommation régulière ; puis passé cet âge, les interventions à privilégier combineront prévention et aide à l'arrêt(19).

## 5 Freins et perspectives d'amélioration

### 5.1 L'impact

La question de l'impact de la prévention du tabagisme réalisée en médecine générale divisait notre échantillon. Certains pensaient que le discours du médecin traitant pouvait modifier leur comportement, quand d'autres étaient plus sceptiques voire complètement réticents. Les effets sur le long terme étaient aussi discutés, les jeunes jugeant l'impact comme temporaire. Le scepticisme des jeunes reposait sur le fait que les adolescents ne prêtaient pas attention aux dires du médecin ou que les dires n'étaient pas assez convaincants, ce qui ne permettait pas aux adolescents de se rendre compte des conséquences du tabagisme.

La question de l'impact du point de vue des médecins généralistes a été soulevée dans la thèse de M. Mialle à Annecy en 2010. Les médecins étaient tout autant partagés que les adolescents sur le sujet. La moitié des médecins interrogés pensaient avoir un impact positif sur la prévention du tabagisme ; tandis que l'autre moitié avait un sentiment d'inefficacité soit à cause des adolescents et de leur moindre sensibilité aux messages de prévention, soit à cause de la médecine générale et de ses consultations inadaptées pour faire passer de tels messages de prévention et, plus généralement, du fait des difficultés de prise en charge des adolescents et

d'une communication difficile(23). Pourtant, une étude anglaise a montré l'impact positif des interventions de médecin de premier recours quant à la prévention du tabagisme chez l'adolescent, d'autant plus chez ceux ayant expérimenté la cigarette(29).

Afin d'améliorer l'impact de la prévention du tabagisme, le manuel « Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt » préconisait de créer une alliance avec le jeune(19). L'instauration de cette alliance est fondée sur la confiance, la reconnaissance des ressources du jeune, de ses capacités à changer et de la prise en compte de son expérience. Pour créer ou renforcer cette relation, il existe un savoir-faire spécifique qui s'applique avec le tabac comme avec les autres produits. Celui-ci consiste à reconnaître un individu en tant que sujet, à renforcer son autonomie dans les décisions qui le concernent et à valoriser ses compétences et son potentiel de changement. Ce savoir-faire repose notamment sur les notions exposées au préalable, c'est-à-dire l'écoute active, l'approche expérientielle ou encore l'entretien motivationnel.

Une majorité de médecins estime ne pas avoir assez de compétences et de savoir pour prendre en charge correctement le problème de l'adolescence(26). Des formations initiales et continues sur les dépendances, le tabac et les différentes techniques de relation d'aide permettraient aux soignants d'aborder systématiquement ces problématiques.

## 5.2 La présence parentale

L'obstacle majeur dans la prévention du tabagisme était l'information des parents. Le jugement des parents était l'une des plus grandes craintes de l'adolescent et faisait partie de l'un des arguments dissuasifs du tabagisme.

Par peur que le discours du médecin puisse rendre les parents soupçonneux d'une potentielle consommation chez leurs enfants et entraîner une réaction négative de leur part, les adolescents ne souhaitaient pas aborder le sujet devant leurs parents et encore moins répondre à la question d'une éventuelle consommation. Ils attendaient du médecin qu'il fasse sortir leurs parents de la consultation.

Ces résultats sont semblables à ceux retrouvés dans le travail de M. Fourier. Même si les lycéens avouaient que la présence parentale avait un côté rassurant, ils trouvaient cette dernière gênante vis-à-vis de la liberté d'expression et elle était parfois vécue comme une entrave à la parole et à la confidentialité entre les adolescents et leur médecin traitant(14).

C'est pourquoi, la Haute Autorité de Santé recommande au médecin de trouver un temps seul avec l'adolescent afin d'autonomiser le jeune et de libérer la parole(30). Il n'existe aucun consensus dans la manière de faire sortir les parents mais cela demande néanmoins un peu de délicatesse. Des études proposaient de diviser la consultation en deux ou trois parties dont au moins un temps seul avec l'adolescent. Le temps seul pouvant aussi se faire lors de l'examen clinique s'il est en retrait des parents. L'avertissement préalable du séquençage de la consultation favorisait une meilleure acceptation de la part des adolescents et de leurs accompagnateurs(14,17). Ces méthodes de communication peuvent faire l'objet de formations pour mieux appréhender la gestion de la communication entre les différentes parties.

Il faut cependant savoir que les parents peuvent être des alliés pour le médecin généraliste en renforçant leurs compétences parentales. En effet, une étude a montré que l'initiation du tabagisme chez les jeunes était significativement moindre dans les familles où une intervention préventive avait été réalisée(31), les enfants restant sensibles aux messages des parents.

Un temps singulier doit donc être donné à l'adolescent pour libérer la parole ; mais en respectant la confidentialité de l'adolescent, le médecin peut renforcer le rôle des parents dans la lutte contre le tabagisme.

### 5.3 L'instauration de la confiance

La confiance envers leur médecin traitant était difficile à trouver pour les adolescents. Cette difficulté était étroitement liée à leurs parents, à la peur du jugement et à la distance ressentie entre les deux protagonistes.

Les adolescents avaient peur que le médecin divulgue le contenu de leurs échanges à leurs parents. Ce manque de confiance constituait une barrière au dialogue.

Les adolescents sont très attachés à la confidentialité. Toutefois, ils en connaissent mal ses prérogatives et suspectent facilement une complicité entre adultes. Un rappel des conditions est donc nécessaire en s'assurant de sa compréhension(32). La thèse de M. Papagoriou sur les attentes et le vécu des adolescents au décours d'une consultation de médecine générale en 2016 appuie également ces résultats en montrant que la satisfaction de la consultation augmentait lorsque la notion de confidentialité était rappelée au cours de la consultation(33).

De plus, les jeunes craignent le jugement de leur médecin et se confier à lui n'allait pas de soi pour les adolescents qui lui attribuaient d'emblée un statut de juge. Une étude réalisée en 2012 montre que la principale qualité des médecins généralistes attendue par les adolescents pour se confier est celle d'être « juste », c'est-à-dire que leur médecin garantisse le secret, ne les juge pas et pose les bonnes questions(34). Ces éléments constituent pour le jeune les clés de l'instauration d'un climat de confiance. Le jugement et le reproche sont des interventions contreproductives qui vont à l'encontre du respect de l'autonomie du jeune.

Ce manque de confiance pouvait également être la conséquence de la rareté des consultations d'après les adolescents, ce qui ne permettait pas de créer un lien. En effet, les adolescents ne consultent en moyenne que 2.1 fois par an pour les garçons et 2.5 pour les filles(35). Dans la thèse de M. Fourier, les adolescents interrogés avouaient aussi ne pas vouloir se confier à leur médecin qui était une personne qu'ils ne voyaient que trois fois par an(14).

L'ambivalence est donc à son paroxysme car l'adolescent veut être compris et écouté mais ne souhaite pas se confier. Le médecin traitant est alors le seul à pouvoir lever cette barrière de manque de confiance.

#### 5.4 Des adolescents réticents et maîtres du changement

Certains adolescents n'avaient pas le souhait de recevoir des informations et se montraient réticents à la prévention du tabagisme par le médecin généraliste. Ils argumentaient par le fait d'avoir déjà des connaissances sur le sujet, d'être les seuls maîtres du changement et de pouvoir contrôler leur propre consommation.

Ces réflexions nous font penser que les jeunes n'ont pas un regard objectif sur leur consommation ou leur dépendance et banalisent le tabagisme. L'adolescent a souvent l'illusion qu'une consommation occasionnelle est sous contrôle et il ne se rend pas compte de l'installation progressive de la dépendance alors que quelques cigarettes suffisent à la créer. Ainsi, l'amener à avoir un regard objectif sur sa consommation à partir de ses propres représentations pourrait créer des opportunités de questionnements chez le jeune(19). L'utilisation des tests d'évaluation de la dépendance est discutée. Ces tests n'ont pas vocation à démontrer le degré de dépendance de l'adolescent mais servent plutôt de point d'appui à une réflexion sur la consommation et la dépendance. Mais à ce jour, il n'y a pas d'outil d'évaluation



validé en France dans la dépendance au tabac des adolescents et les tests peuvent avoir un effet contre-productif si le jeune obtient un score de faible dépendance(22).

La Haute Autorité de Santé recommande de délivrer un conseil minimal qui mobilise les capacités de réflexivité et d'autocontrôle. Il permet une reprise du dialogue lors d'une consultation future. Il est également recommandé de fournir un support où l'adolescent pourrait trouver des réponses à des questions qu'il aurait ultérieurement ou n'oserait pas poser(19).

De plus, questionner le jeune sur les raisons de ses réticences peut lui permettre de s'interroger sur son lien avec le tabac. L'important étant d'ouvrir le dialogue sans chercher à convaincre absolument. D'autant plus, lorsque l'on sait qu'une partie des adolescents agit par opposition. Un travail belge de 2010 propose un protocole afin d'éviter de soulever des résistances contreproductives. Il s'agit d'interroger l'adolescent sur ses connaissances du tabagisme puis de demander son accord afin de lui donner des conseils et le questionner sur les conseils reçus s'il a accepté(22). Il a donc pour but de proposer et non d'imposer des conseils ou des informations, toujours dans le but d'ouvrir la discussion avec l'adolescent en respectant son autonomie.

## CONCLUSION

---

Cette étude nous a permis de recueillir les attentes des adolescents sur la prévention du tabagisme en médecine générale et également de proposer des pistes d'amélioration pour cette pratique. Les adolescents sont favorables à cette prévention et la plupart donne une place notable au médecin généraliste.

Les adolescents se montrent curieux mais ne sont pas en demande d'informations et restent spectateurs en attendant que le médecin leur en parle. L'introduction du sujet n'est pour eux que du devoir du médecin. Ils se montrent exigeants sur l'entame et ne souhaitent surtout pas avoir à répondre d'emblée à la question d'une éventuelle consommation. Ils considèrent cette demande comme une intrusion dans leur intimité.

Le contenu du discours n'est pas le siège d'un consensus commun. En fonction de la sensibilité et l'âge de chaque adolescent, le discours se doit d'être modifié et adapté à l'interlocuteur. Des sujets sont toutefois récurrents : des explications sur les conséquences pouvant être ressenties par les adolescents à court terme, notamment sur leurs activités physiques et leur apparence ; des paroles et images marquantes sur les effets secondaires du tabagisme. Des adolescents jugent que la prévention passe par le renforcement de leur motivation à dire non à la cigarette en renforçant leur estime d'eux-mêmes. En comparaison avec les données de la littérature, les arguments cités dans notre étude sont considérés comme ayant une action efficace au long court sauf les actions faisant appel à la peur.

Les adolescents souhaitent être avec un médecin bienveillant, non-autoritaire, compréhensif et ouvert. Ces qualités permettent de créer un climat de confiance indispensable à l'ouverture du dialogue et à l'échange sur un sujet qui est souvent tabou ainsi que de respecter leur autonomie.

La fréquence de la prévention ne doit être que ponctuelle devant la crainte d'une diminution de l'efficacité et de l'effet contre-productif.

Plusieurs pistes d'amélioration peuvent être émises. Afin de renforcer l'impact, des formations pourraient être proposées aux médecins pour approfondir leur savoir-faire dans la communication préventive avec les adolescents. Faire sortir les parents et rappeler systématiquement les règles de confidentialité permettraient de laisser libre cours au dialogue dans un climat de confiance optimal. Pour les adolescents les plus récalcitrants, comprendre les raisons de leurs réticences et les amener à avoir un regard objectif sur le tabagisme peut être une entame au dialogue et à la réflexion.

Il serait intéressant d'aider les médecins à communiquer avec les adolescents sur le sujet de la prévention du tabac à travers des formations spécifiques et surtout d'en évaluer l'impact a posteriori.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Organisation Mondiale de la Santé - Santé de l'adolescent [Internet]. 2014. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/)
2. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremaratne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 1 mars 2018;2(3):223-8.
3. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Tendances [Internet]. Février 2018 [cité 27 mars 2018];(N° 123). Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>
4. 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*. 1 sept 2002;11(3):228-35.
5. Kauer JA, Malenka RC. Synaptic plasticity and addiction. *Nat Rev Neurosci*. nov 2007;8(11):844-58.
6. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [Internet]. 2009 [cité 1 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>
7. Abrous N, Aubin HJ, Berlin I, Junien C, Kaminski M, Le Foll B, et al.. Tabac comprendre la dépendance pour agir. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). Paris: Inserm; 2004.
8. Le Lay E, Housseau B. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. *Repères pour votre prat INPES*. août 2009;4.
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc* 2008. 19(84):143-5.
10. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. Mai 2002;3(2):81-90.
11. Spilka S, Ehlinger V, Le Nézet O, Pacoricona D, Ngantcha M, Godeau E. Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège » [Internet]. Enquête HBSC. 2015 [cité 27 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssvc.pdf>
12. Jousset C, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013 [Internet]. Paris: Inserm; 2015 [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <http://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-dadolescents-mars-2015-1.pdf>
13. Gratti F. Prévention du tabagisme chez les jeunes dans le département de l'Yonne. [Internet]. 2001 [cité 21 juin 2017]. Disponible sur: [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2001/men/cycle\\_court/gatti.PDF](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2001/men/cycle_court/gatti.PDF)

14. Fourier-Wisniewski M. Etude qualitative, auprès de lycéens de la Somme, des difficultés rencontrées lors d'une consultation en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Université de Picardie; 2016.
15. Cabelguen D. Prévention du tabagisme chez l'adolescent en consultation de médecine générale : enquête auprès de 819 lycéens de Loire-Atlantique et du Morbihan. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2016.
16. Tudrej BV, Heintz A-L, Rehman MB, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients. *Eur J Gen Pract.* Juillet 2017. 2017;23(1):182-9.
17. Binder P, Heintz A-L, Tudrej B, M Haller D, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. Exercer. Avril 2018;(142):169-81.
18. Haute Autorité de Santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. [Internet]. Saint Denis; Janvier 2015 [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf)
19. Fédération Addiction, RESPADD. Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt. Manuel pour les professionnels des CJC et de premier recours. [Internet]. Septembre 2016 [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: [http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2017/01/Manuel\\_WEB.pdf](http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2017/01/Manuel_WEB.pdf)
20. Lilin B. Parents-adolescents : des représentations opposées du risque. *Santé Homme.* Novembre-Décembre 2016; Prévenir les consommations à risque chez les jeunes(386):29-31.
21. Tubiana M. Les adolescents et le tabac. *THS.* Mars 2002;(Vol.4, n°13):757-61.
22. FARES. Comment aborder la question du tabac avec les jeunes fumeurs? Repères pratiques de communication [Internet]. 2015 Réédition [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.fares.be/static/upload/1/2/FARES\\_cahiersanstraits.pdf](https://www.fares.be/static/upload/1/2/FARES_cahiersanstraits.pdf)
23. Mialle M. L'éducation à la santé du jeune en matière de tabagisme. Enquête auprès des médecins généralistes du bassin annecien. [Thèse d'exercice]. Université de Grenoble; 2010.
24. L'entretien motivationnel auprès des adolescents et des jeunes adultes consommateurs à risque [Internet]. AFDEM. 2006 [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.afdem.org/articles/consommateursarisque/>
25. Inpes. L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique [Internet]. Février 2001 [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>
26. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2009.
27. Audrey S, Holliday J, Campbell R. It's good to talk : Adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking. *Soc Sci Med.* 2006;(63):320-34.

28. Rakotovao C-M. Prévention du tabagisme chez les lycéens: comment les lycéens seino-marins appréhendent-ils les risques liés au tabac et les possibilités de prévention du tabagisme? [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2016.
29. Fidler W, Lambert T. A prescription for health: a primary care based intervention to maintain the non-smoking status of young people. *Tob Control*. Mars 2001;10(1):23-6.
30. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie des soins de premier recours. [Internet]. Saint-Denis; 2014 [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1782032/fr/reperage](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782032/fr/reperage)
31. Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC. Family-Based Interventions in Preventing Children and Adolescents from Using Tobacco: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Pediatr*. 2016;16(5):419-29.
32. Planques A. Prise en charge des adolescents à risque par leur médecin généraliste. Revue systématique de la littérature sur les facteurs favorisant et difficultés ressenties du point de vue des adolescents. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2017.
33. Papagiorgiou M. Attentes et vécu des adolescents au décours d'une consultation de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2016.
34. Tudrej BV, Heintz A-L, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? *Eur J Gen Pract*. 1 oct 2016;22(4):247-54.
35. Blinder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? *Rev Prat*. 2005;(55):1073-7.

1 Attestation de non-opposition

**Note d'information**

**Attestation de non-opposition parentale**

A l'attention des parents d'élèves.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale à l'Université d'Amiens intitulée « Médecin généraliste et adolescents : prévention primaire du tabagisme », je souhaite interroger sur ce sujet votre enfant lors d'entretien individuel d'une vingtaine de minutes avec enregistrement audio.

Toutes les informations demeureront confidentielles.

Par cette lettre, je vous demande votre collaboration pour que votre enfant puisse participer à cette étude.

Pour tous renseignements complémentaires vous pouvez me contacter au : 06-18-18-39-87.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration à cette étude, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Melle MATTE Anne-Lise

Merci de compléter le coupon ci-dessus et de le remettre au collègue ou à moi-même.

**ATTESTATION DE NON-OPPOSITION PARENTALE**  
**Participation à une recherche biomédicale**

*(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis à la personne, l'autre est conservé par l'investigateur)*

Je soussigné M., Mme, Melle

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Parent(s) de l'enfant : .....

après avoir pris connaissance de la note d'information,

ne m'oppose pas à la participation de mon enfant à cette étude et à l'utilisation des données colligées dans le cadre de cette recherche non-interventionnelle.

Fait le :

Signature :

## 2 Consentement éclairé de l'adolescent

### **Note d'information**

### **Consentement éclairé de l'adolescent**

A l'attention de l'adolescent.

Madame, Monsieur,

Actuellement en 8<sup>ème</sup> année d'étude de médecine générale à l'Université d'Amiens je réalise une étude intitulée « Médecin généraliste et adolescents : prévention primaire du tabagisme ». Je souhaite vous questionner sur ce sujet afin de connaître votre ressenti lorsque vous discutez du tabac avec votre médecin. Je vous interrogerai lors d'entretien individuel d'une vingtaine de minutes avec enregistrement audio.

Toutes les informations resteront confidentielles et anonymes.

Par cette lettre, je vous demande votre accord pour participer à cette étude.

Pour toutes questions supplémentaires vous pouvez me contacter au : 06-18-18-39-87.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration à cette étude, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Melle MATTE Anne-Lise

Merci de compléter le coupon ci-dessus et de le remettre au collègue ou à moi-même.

#### **CONSENTEMENT ECLAIRE** **Participation à une recherche biomédicale**

*(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis à la personne, l'autre est conservé par l'investigateur)*

Je soussigné M., Mme, Melle

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

après avoir pris connaissance de la note d'information,

ne m'oppose pas à la participation de cette étude et à l'utilisation des données recueillies dans le cadre de cette recherche non-interventionnelle.

Fait le :

Signature :



### 3 Guide d'entretien

- 1) Peux-tu te présenter ?
- 2) Comment aimerais-tu avoir des informations sur le tabac ?

Questions de relance :

- Par qui ?
- Sur quel sujet ?

- 3) Pour toi, quelle est la place du médecin traitant dans la prévention du tabagisme chez l'adolescent ?
- 4) Quels sont les avantages à parler du tabac avec ton médecin traitant ?
- 5) Quels sont les inconvénients à parler du tabac avec ton médecin traitant ?
- 6) Qu'est-ce qui pourrait faire changer tes habitudes concernant le tabagisme ?

Questions de relance :

- Qu'est-ce qui pourrait t'inciter à fumer plus régulièrement ?
- Qu'est-ce qui pourrait t'en dissuader ?

- 7) Comment ton médecin traitant peut t'aider à changer tes habitudes concernant le tabac ?

Questions de relance :

- Comment aimerais-tu que ton médecin traitant te parle du tabac ?
- Qu'attends-tu de ton médecin traitant concernant son discours ?
- Qu'attends-tu de ton médecin traitant concernant sa manière d'être ?

#### 4 Entretiens

CD-Rom ci-joint.



## **Attentes des adolescents Isariens concernant la prévention du tabagisme en médecine générale : Analyse qualitative.**

**Introduction :** Le tabagisme chez l'adolescent est un réel problème de santé publique car la dépendance s'installe rapidement et 1 jeune sur 4 fume déjà quotidiennement à l'âge de 17 ans. Le médecin généraliste (MG) peut avoir un rôle dans cette prévention mais les adolescents sont moins sensibles à ces messages. Il paraissait intéressant de déterminer les attentes des adolescents sur la prévention du tabagisme en médecine générale afin d'améliorer cette pratique.

**Méthode :** Une enquête par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès d'adolescents en classe de troisième. Les entretiens ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée.

**Résultats :** 14 adolescents ont été interrogés. Les adolescents étaient curieux et confiaient une place importante au MG. Le discours souhaité comportait des arguments choquants, des explications et exemples d'effet à court terme, des récits d'expérience et un renforcement de leur motivation à ne pas fumer. La question d'une éventuelle consommation ne devait pas être abordée directement. Le MG devait être entreprenant, bienveillant, non-autoritaire et compréhensif. Les obstacles étaient essentiellement la présence parentale et le manque de confiance.

**Discussion :** L'écoute active et le rappel des règles de confidentialité permettaient de créer un climat de confiance et un discours adapté à l'adolescent. Les messages faisant appel à la peur étaient à nuancer contrairement au renforcement des compétences psychosociales.

**Conclusion :** Les adolescents ont des attentes spécifiques sur la prévention du tabagisme nécessitant des formations pour les MG afin de perfectionner les messages la concernant.

**Mots clé :** Médecine générale ; Prévention ; Adolescent ; Tabagisme ; Etude qualitative.

## **The expectations of French adolescents from Oise regarding the smoking prevention in general practice: Qualitative analysis.**

**Introduction :** Teenage smoking is a real public health problem as addiction sets up fast and 1 young person in 4 already smokes at 17 years. The general practitioner (GP) can have a role in this prevention but adolescents are less sensitive to these messages. So, it seemed interesting to determine the expectations of adolescents about the smoking prevention into general practice for improving this practice.

**Method :** A semi-directed individual interviews survey was conducted among adolescents in the third grade. The interviews were analyzed according to the method of the grounded theorization.

**Results :** 14 teenagers were interviewed. The teenagers were curious and entrusted an important place to the GP. The speech that they were looking for included shocking arguments, short-term effect explanation and examples, experience feedbacks, and reading for getting a stronger motivation to not smoke. The question of a possible consumption should not be addressed directly. The GP had to be enterprising, benevolent, non-authoritarian and empathic. The obstacles were mainly the parental presence and the lack of confidence.

**Discussion :** An active listening and the repetition of the confidentiality rules allowed the creation of a confident atmosphere and a better adapted to the teenager. The messages using the fear had to be shaded, whereas the strengthening of psychosocial skills had not to.

**Conclusion :** Adolescents have specific expectations on smoking prevention that require training for GPs to improve their messages on this topic.

**Keywords :** General practice ; Prevention ; Adolescent ; Smoking ; Qualitative study