

La prévention du tabagisme chez les enfants et les adolescents : des recommandations en matière de pratiques et de politiques



English on page 209
Résumé en page 209

Johanne Harvey, Nicholas Chadi; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent

Le tabagisme demeure la principale cause évitable de décès dans le monde. En effet, il tue près de six millions de personnes par année.⁽¹⁾ En 2013, 14,6 % des Canadiens de plus de 15 ans (environ 4,2 millions de personnes) étaient des fumeurs actifs. Environ 15 % des enfants canadiens sont exposés à la fumée secondaire à la maison.⁽²⁾

Au Canada, le taux de tabagisme a diminué régulièrement dans tous les groupes d'âge depuis le début des années 1990, mais il semble maintenant se stabiliser. Le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire demeurent donc d'importantes préoccupations nationales en matière de santé. Le tabagisme tue plus de 37 000 Canadiens par année, soit six fois plus que les accidents d'automobile, les suicides, les homicides et le sida réunis. Devant la popularité grandissante de la cigarette électronique (vapoteuse), la dépendance à la nicotine demeure un sujet important et d'actualité. À cet égard, consulter le document de principes de la SCP intitulé *La cigarette électronique : renormalisons-nous le tabagisme en public?* (www.cps.ca/fr/documents/position/la-cigarette-electronique)

Le présent document de principes porte sur les stratégies de prévention du tabagisme chez les enfants et les adolescents et s'attarde sur les interventions qui peuvent être offertes dans le milieu de la santé. Les démarches pour gérer l'abandon du tabac chez les adolescents sont abordées dans le point de pratique intitulé *Des stratégies pour promouvoir l'abandon du tabac chez les adolescents*, également publié dans ce numéro.

L'IMPORTANCE : LES PRÉOCCUPATIONS PERSONNELLES ET LES INQUIÉTUDES EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

Il est bien connu que le tabagisme accroît le risque de diverses maladies et problèmes de santé, y compris les cancers pulmonaire, vésical, colorectal, œsophagien, rénal, du larynx, de la bouche, de la gorge et d'autres cancers, les infections respiratoires, le diabète et les maladies coronariennes. Le taux de risque augmente proportionnellement avec le nombre de paquets de cigarettes fumés⁽³⁾ et avec l'accumulation des effets toxiques sur les petits vaisseaux sanguins, qui contribuent à la perte des cheveux, à l'apparition des rides et au risque de dysfonction érectile.⁽⁴⁾ Les effets négatifs du tabagisme pendant la grossesse sont abordés dans le document de principes de la SCP intitulé *L'usage et le mésusage du tabac chez les autochtones* (www.cps.ca/fr/documents/position/tabac-autochtones).

Les campagnes conçues pour informer le public de ces risques, combinées aux lois sur le tabac qui réglementent l'âge d'accès aux produits du tabac et le tabagisme dans les lieux publics, ont favorisé une diminution généralisée de la prévalence de tabagisme dans tous les groupes d'âge au Canada. Malgré ces efforts, des milliers de jeunes Canadiens commencent encore à fumer chaque année.

LES PRODUITS ET LA PRÉVALENCE DU TABAGISME

Les données les plus récentes sur le tabagisme dans les provinces canadiennes proviennent d'enquêtes nationales réalisées par Santé Canada et Statistique Canada en 2013 et qui excluaient les territoires.⁽⁵⁾

- La prévalence de tabagisme augmentait avec l'âge : 2 % des jeunes de la sixième à la neuvième année étaient fumeurs, par rapport à 11 % de ceux de 15 à 19 ans, à 18 % de ceux de 20 à 24 ans et à 19 % des adultes de 25 à 34 ans.
- Le taux de tabagisme chez les adolescents de 15 à 19 ans était de deux à trois fois plus faible qu'en 1999.
- Le taux de tabagisme chez les adolescents de 15 à 19 ans était plus élevé au Québec (13,9 %) et plus faible en Alberta (8,8 %).
- Il y avait plus de fumeurs que de fumeuses (13,2 % par rapport à 8,1 %), mais les deux groupes avaient tendance à fumer environ le même nombre de cigarettes par jour.
- Six fumeurs de 15 à 19 ans sur dix envisageaient sérieusement d'arrêter dans les six mois suivants, et plus de la moitié (57 %) avait essayé d'arrêter dans les 12 mois précédents.

Ces chiffres sont relativement stables depuis 15 ans.

Selon d'autres sources, le taux de tabagisme peut être jusqu'à cinq fois plus élevé chez les jeunes des minorités sexuelles (lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres, ou LGBT) et les adolescents autochtones que chez les autres adolescents.^(6,7)

Les autres formes de tabac

D'autres formes de tabac inhalé sont sur le marché depuis des décennies (tableau 1), mais la récente augmentation en popularité de la vapoteuse modifie rapidement le mode d'interaction des adolescents vis-à-vis des produits du tabac. On ne connaît pas encore clairement les risques de la vapoteuse pour la santé par rapport à ceux de la cigarette traditionnelle, mais le potentiel d'intoxication accidentelle par la nicotine chez les nourrissons et les jeunes enfants est bien établi.⁽⁸⁾

Les adolescents, tout autant que les adultes, ont tendance à percevoir le tabac sans fumée comme plus sécuritaire et moins toxicomanogène que la cigarette, mais de plus en plus de données probantes démentent cette perception.⁽⁹⁾ De nouvelles formes de tabac sans fumée sont attrayantes pour les enfants. Les bonbons et les bandes pour rafraîchir l'haleine en font partie. Certains autres produits du tabac entraînent une plus grande absorption de nicotine que la cigarette, ce qui accroît le risque de dépendance et d'intoxication à la nicotine. Outre les risques du tabagisme pour la santé, le tabac sans fumée a un effet direct sur la bouche. En effet, il est responsable d'une halitose, de problèmes dentaires, d'une augmentation du risque de cancer des oreilles, du nez et de la gorge

TABLEAU 1
Les autres formes de tabac

	Nom des produits	Description	Commentaires
Tabac à fumer			
Cigare	Cigarillo, figurado	Mélange de tabac roulé très serré de taille variable, enveloppé dans une feuille de tabac.	<ul style="list-style-type: none"> Contenu en nicotine jusqu'à quatre fois celui de la cigarette traditionnelle
Shisha	Pipe, pipe à eau, narguilé, bang, houka	Fumée du tabac qui forme des bulles dans l'eau et est inhalée par une embouchure partagée.	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation du risque de cancer de l'œsophage à cause de l'utilisation du tabac noir fermenté séché à l'air Tabagisme tout aussi dangereux malgré l'effet filtrant de l'eau Accroissement du risque de maladies transmissibles (p. ex., herpès, tuberculose) en raison du partage de l'embouchure
Bidi		Cigarette roulée à la main dans une feuille, aux saveurs souvent sucrées (p. ex., chocolat ou cerise).	<ul style="list-style-type: none"> Contenu en nicotine de trois à cinq fois celui de la cigarette traditionnelle
Kretek	Cigarette aux clous de girofle	Mélange roulé de tabac, de clou de girofle et d'autres additifs.	<ul style="list-style-type: none"> Contenu en nicotine variable
Tabac sans fumée			
Tabac à mâcher	Tabac à chiquer, chique	Conservé dans la bouche entre la gencive et la joue. Trois formes : feuilles broyées, plaques ou rouleaux de tabac compact.	<ul style="list-style-type: none"> Association avec de graves risques de maladie des gencives, de cancer de la bouche et d'ulcères buccaux
Tabac à priser	Pinch, dip	Poudre de tabac (sec ou humide). Le tabac à priser sec est généralement inhalé par les narines, tandis que le tabac à priser humide est généralement déposé dans la bouche pour être absorbé, comme le tabac à mâcher.	<ul style="list-style-type: none"> Risques similaires à ceux du tabac à mâcher
Snus		Forme de tabac à priser humide en poudre, sous forme de sachets ou de pincées insérés dans la bouche pour être absorbés. Similaire au tabac à chiquer, mais conçu pour ne pas avoir à être craché.	<ul style="list-style-type: none"> Contenu en nicotine de deux à six fois celui de la cigarette traditionnelle
Tabac soluble		Trois formes : bandes (semblables aux bandes pour rafraîchir l'haleine, déposées sur la langue), bâtons (semblables à des cure-dents) et pastilles (similaires aux bonbons de marque Tic-Tac).	<ul style="list-style-type: none"> Contenu en nicotine de la moitié à trois fois celui de la cigarette traditionnelle Durée de dissolution de trois minutes (bandes) à 30 minutes (bâton) Possibilité de dissimuler le tabagisme; risque d'ingestion toxique accidentelle par les jeunes enfants Contenu élevé en nicotine non ionisée qui s'associe à une absorption rapide et à un risque de toxicité de la nicotine
Vapoteuse	Cigarette électronique, cigarette à vapeur, système d'administration électronique de nicotine	Appareil alimenté par une batterie qui produit des doses de nicotine à inhaler. Liquide renfermant ou non de la nicotine, inséré dans le dispositif sous forme de cartouche ou déposé sous forme de gouttes. Offert en plusieurs saveurs.	<ul style="list-style-type: none"> Très accessible par Internet Risques pour la santé par rapport à ceux de la cigarette traditionnelle et intérêt pour contribuer à réduire le tabagisme ou à arrêter de fumer hautement controversés Potentiel d'empoisonnement accidentel par la nicotine responsable de morbidité et de mortalité chez les enfants

Adapté et traduit de Sockrider M, Rosen JB. *Prevention of smoking initiation in children and adolescents (mis à jour en février 2016)* : www.uptodate.com/contents/prevention-of-smoking-initiation-in-children-and-adolescents, et de l'information fournie dans le site Web du Julius B. Richmond Center of Excellence de l'American Academy of Pediatrics : www2.aap.org/richmondcenter/EmergingAltProducts.html

(qui touche les lèvres, la langue, les joues et la gorge) et d'une leucoplasie.(10)

L'utilisation des autres produits du tabac varie énormément entre les provinces, se situant entre 18 % et 35 % pour les cigarillos, 11 % et 19 % pour les cigares, 8 % et 17 % pour les pipes à eau et 6 % et 11 % pour le tabac à mâcher.(5) Les premières données nationales sur le vapotage au Canada ont révélé qu'en 2013, 20 % des jeunes de 15 à 19 ans avaient essayé la vapoteuse, et 20,2 %, la cigarette traditionnelle. On estime qu'il y aura bientôt plus de vapoteurs que de fumeurs chez les adolescents. Ce constat

est particulièrement inquiétant, car il y a des lacunes dans la réglementation municipale, provinciale, territoriale et fédérale à l'égard de l'utilisation et de la promotion de la vapoteuse.(11)

LES FACTEURS QUI CONTRIBUENT À L'INITIATION DU TABAGISME

De nombreux facteurs contribuent à l'initiation du tabagisme chez les adolescents, mais les deux éléments principaux sont l'accès au tabac et les attitudes et les convictions personnelles à l'égard du tabagisme, qui découlent souvent de l'environnement.

L'accès au tabac

Selon les données canadiennes à jour, même si les fumeurs de la sixième à la neuvième année obtiennent leurs cigarettes auprès de leur entourage, (5) plus du quart (28 %) les achètent en magasin, malgré les lois qui fixent l'âge d'achat des cigarettes à 18 ou 19 ans, selon la province.

Une plus forte proportion de jeunes fumeurs de 15 à 18 ans achètent eux-mêmes leurs cigarettes en magasin, mais près de la moitié (44 %) les reçoivent gratuitement de la famille, des amis ou d'autres personnes. Il est à souligner qu'un fort pourcentage de jeunes de ce groupe d'âge (16%) déclare obtenir ses cigarettes d'« autres » sources, ce qui inclut les cigarettes achetées auprès des amis et de contrebandiers. En fait, dans l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2006-2007, 13 % des fumeurs quotidiens signalaient que leurs cigarettes provenaient principalement de la contrebande. Les produits de contrebande représentent 18 % des cigarettes fumées quotidiennement par des adolescents au Canada, et ces chiffres dépassent les 25 % au Québec et en Ontario. (12) Une analyse réalisée par Santé Canada a établi que les cigarettes de contrebande contenaient des ingrédients et une quantité de nicotine similaires à ceux des cigarettes légales. (13) Fait particulièrement inquiétant, les cigarettes de contrebande sont vendues moins cher (sans les taxes), ce qui les rend plus abordables pour les jeunes aux moyens financiers limités et qui nuit aux contrôles légaux, dont l'efficacité à réduire le tabagisme à l'adolescence est démontrée.

Les facteurs de risque environnementaux

Le tabagisme des parents et leur dépendance à la nicotine sont les deux principaux facteurs liés à l'initiation du tabagisme chez les enfants et les adolescents. (14) Certaines attitudes et convictions liées au tabagisme sont également d'importants prédicteurs d'initiation du tabagisme, (15-22) de même que les facteurs indépendants énumérés au tableau 2.

LES EFFETS DU TABAGISME SUR LES ADOLESCENTS

La dépendance à la nicotine

La nicotine est une substance qui crée une forte dépendance, et les jeunes y sont particulièrement vulnérables par rapport aux adultes. En fait, selon les études, les adolescents deviennent dépendants au tabac après en avoir beaucoup moins consommé que les adultes, et ils sont susceptibles d'éprouver plus de difficulté à arrêter de fumer. (15) De nombreux adolescents acquièrent une tolérance plus élevée à la nicotine et souffrent de symptômes de sevrage (qui signalent une dépendance) au bout de seulement quelques jours à quelques semaines d'exposition au produit. (23)

La dépendance rapide à la nicotine est un facteur important pour déterminer les personnes qui deviendront des fumeurs réguliers après une période d'expérimentation. (24) Fait intéressant, certaines études ont démontré que les adolescents présentent généralement des symptômes de sevrage moins importants que les adultes, (25) mais que ceux-ci peuvent se manifester plus rapidement, parfois après la consommation de quelques cigarettes seulement. De plus, selon les données tirées d'une recherche longitudinale de 12 ans auprès d'une cohorte canadienne : (26)

- le cinquième des jeunes adolescents qui fument chaque semaine présente des symptômes de dépendance à la nicotine.
- l'envie de fumer, qui est souvent le premier symptôme de dépendance à la nicotine, peut se manifester de trois à quatre mois après la première exhalation de fumée de cigarette.
- environ 18 mois après avoir fumé leur première cigarette entière, le quart des jeunes fumeurs ont perdu confiance en leur capacité d'arrêter de fumer.

TABLEAU 2

Les facteurs qui accroissent le risque de tabagisme

Âge plus avancé lorsque les parents ont arrêté de fumer (si ceux-ci sont d'anciens fumeurs)(16)
Milieu défavorisé sur le plan socioéconomique(15)
Influence des camarades et de la famille, y compris l'absence de soutien des parents(14,17)
Mésinformation au sujet des conséquences du tabagisme sur la santé(18)
Accès facile aux produits du tabac(14)
Influence de la commercialisation, exposition aux promotions sur le tabac(14,19)
Expérimentation antérieure(20)
Dépression et troubles de santé mentale(21)
Mauvais résultats scolaires(15)
Expériences négatives comme : <ul style="list-style-type: none"> • la violence affective, physique ou sexuelle, • la séparation ou le divorce des parents, • la consommation de substances psychoactives, les troubles de santé mentale ou l'incarcération d'un membre de la famille(22)
Consommation de substances psychotropes (le tabagisme précède souvent la consommation de drogues illicites)(15)

L'EFFET DE LA NICOTINE SUR LE CERVEAU DES ADOLESCENTS

D'après plusieurs études traitant des répercussions de l'initiation précoce du tabagisme sur le cerveau en développement de l'adolescent, la nicotine induit des changements persistants de la connectivité neuronale dans plusieurs régions du cerveau, y compris le noyau accumbens, le cortex préfrontal interne et l'amygdale, qui contribuent tous à la régulation des émotions. (27) Les fumeurs adolescents semblent plus sensibles aux effets gratifiants de la nicotine. Ils sont également vulnérables aux changements que produit la nicotine sur les liens synaptiques, ce qui les rend plus à risque de dépendance et de troubles affectifs à l'âge adulte. (28)

La consommation chronique de nicotine à l'adolescence induit également des changements épigénétiques qui sensibilisent le cerveau à d'autres drogues et accroissent le risque de consommation de substances psychoactives. (29) Ces changements semblent s'associer à d'importantes différences individuelles, c'est-à-dire que certains adolescents sont plus vulnérables que d'autres à l'initiation et au maintien du tabagisme, ainsi qu'aux effets neurologiques de la nicotine. (30) D'après des études menées auprès d'animaux, la consommation de nicotine à l'adolescence accroît l'impulsivité et réduit l'attention à long terme. (31) De nombreuses questions demeurent sans réponse, mais les dispensateurs de soins devraient informer les jeunes fumeurs des effets délétères et persistants de la nicotine sur le cerveau.

LES MALADIES CHRONIQUES

Souvent, les adolescents atteints d'une maladie chronique fument même s'ils sont plus vulnérables aux effets néfastes du tabagisme sur leur santé. Il est bien connu que le tabagisme s'associe à des risques importants et précis, non seulement chez les jeunes qui ont des troubles respiratoires comme l'asthme et la fibrose kystique, mais également chez ceux atteints d'anémie falciforme, de cancer, de diabète et d'arthrite juvénile. Les risques particuliers pour la santé sont résumés au tableau 3, qui peut également être utilisé pour orienter les conseils (*counseling*) aux jeunes atteints de ces affections.

TABLEAU 3
Les conséquences du tabagisme sur certaines maladies chroniques à l'adolescence

Maladie chronique	Conséquences potentielles sur la maladie
Asthme	Augmentation de la fréquence et de la gravité des exacerbations, de la prise de médicament, des hospitalisations et des risques d'arrêt respiratoire
Fibrose kystique	Augmentation de la fréquence et de la gravité des infections pulmonaires d'origine bactérienne et des hospitalisations, diminution accélérée de la fonction pulmonaire et diminution du statut nutritionnel
Arthrite idiopathique juvénile	Augmentation de la gravité de la maladie, du risque de maladie cardiovasculaire, de décès prématuré et d'exacerbation de l'ostéopénie
Cancer	Augmentation des risques liés à plusieurs traitements du cancer, des infections respiratoires en cas d'immunosuppression et des mucosites
Anémie falciforme	Augmentation du risque de syndrome thoracique aigu et possibilité d'augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral
Diabète	Accélération de la maladie cardiovasculaire et vasculaire périphérique, y compris l'athérosclérose, la rétinopathie et la néphropathie. Le tabagisme accroît de 50 % à 75 % la morbidité et la mortalité liées au diabète de type 1.

Adapté et traduit de Tyc VL, Throckmorton-Belzer L. *Smoking rates and the state of smoking interventions for children and adolescents with chronic illness. Pediatrics* 2006;118(2):e471-87 et d'autres sources citées dans Sockrider M, Rosen JB. *Prevention of smoking initiation in children and adolescents (mis à jour en février 2016)* : www.uptodate.com/contents/prevention-of-smoking-initiation-in-children-and-adolescents

LES INTERVENTIONS EFFICACES

La prévention du tabagisme en première ligne

Pendant les rendez-vous en cabinet, les pédiatres devraient chercher à dépister les sources d'exposition au tabac de tous les enfants qui les consultent. Les données probantes sont suffisantes pour recommander aux cliniciens de première ligne de fournir les interventions, y compris l'éducation et de brefs conseils (*brief counseling*), afin d'éviter que les enfants et les adolescents d'âge scolaire commencent à fumer.(14,32) Ces brefs conseils peuvent adopter diverses formes, y compris :

- les rencontres individuelles,
- les conversations téléphoniques avec un dispensateur de soins,
- la documentation remise en personne, par la poste ou par courriel,
- l'orientation vers des applications informatiques ou des sources Internet dont l'efficacité est reconnue.

Les conseils peuvent contribuer à contrecarrer les attitudes, convictions et connaissances de l'adolescent au sujet du tabagisme et de ses conséquences, particulièrement lorsque celui-ci est influencé ou induit en erreur par des facteurs sociaux ou environnementaux, tels que la publicité sur le tabac. Ils peuvent également renforcer le développement de compétences et d'aptitudes sociales, et ainsi aider le jeune à refuser une cigarette.

DES CONSEILS AUX PARENTS ET AUX FAMILLES

Le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire sont néfastes à toutes les étapes de la vie, et ce dès avant la naissance. Certains effets sur la santé ne disparaissent jamais, et les parents et les tuteurs devraient mieux en connaître les risques sur la santé et les

manières de les réduire ou de les éviter. Il faut adapter les conseils aux parents et aux familles en fonction de l'âge et du contexte et leur donner des messages qui les interpellent personnellement. Pour que ses conseils préventifs soient efficaces, le dispensateur de soins doit se concentrer sur la famille. Plutôt que de chercher à prévoir quand l'enfant ou l'adolescent commencera à fumer, il peut envisager d'informer les parents des effets positifs de l'abandon du tabac pendant la grossesse et les premières années de la vie de leur enfant.(16) Au tableau 4 sont énumérés des éléments essentiels à inclure dans de brefs conseils aux parents et à l'adolescent. Lorsqu'il conseille les enfants et les adolescents, le dispensateur de soins doit souligner les effets négatifs immédiats du tabagisme, car les plus jeunes ont tendance à ne pas bien saisir les conséquences à long terme.

D'après des données probantes de qualité modérée tirées d'une analyse Cochrane publiée en 2015, les interventions auprès des familles ont un effet positif sur la prévention du tabagisme chez les enfants et les adolescents.(33) Un encadrement ferme, offert par des parents qui démontrent un intérêt marqué à s'occuper de leur adolescent et qui établissent des règles, sont essentiels pour assurer des interventions efficaces dans ce groupe d'âge.

LES ÉCOLES ET LES COMMUNAUTÉS

Une autre analyse Cochrane publiée en 2013 a porté sur l'efficacité des programmes en milieu scolaire pour prévenir le tabagisme.(34) Elle a démontré l'efficacité des interventions en milieu scolaire pour réduire le taux de tabagisme à long terme, y compris, notamment, une diminution moyenne de 12 % chez les adolescents qui commencent à fumer par rapport aux groupes témoins. Les interventions les plus efficaces ciblaient à la fois les compétences sociales et l'acquisition des aptitudes sociales (influences sociales). Des études sur les stratégies circonscrites à la transmission d'information, aux interventions multimodales (p. ex., l'association d'initiatives à l'intérieur et à l'extérieur de l'école) ou aux influences sociales n'ont pas donné de résultats significatifs.

D'après les données probantes tirées d'un survol des interventions en milieu communautaire pour prévenir le tabagisme à l'adolescence, ces interventions concourent peu à réduire l'initiation du tabagisme chez les adolescents. Néanmoins, plusieurs études semblent également démontrer les répercussions positives marquées de ces interventions, à court et à long terme, sur l'initiation du tabagisme à l'adolescence.(35)

LES GOUVERNEMENTS

Des données probantes croissantes soutiennent l'efficacité des lois et des initiatives gouvernementales pour prévenir l'initiation du tabagisme à l'adolescence.(15) Au Canada, la *Loi sur le tabac*, adoptée en 1997, et sa modification, la loi C-32 adoptée en 2009, jettent les bases de la réglementation fédérale sur le tabac.(36) Des lois provinciales et territoriales et des règlements municipaux sont également en vigueur. Les données consensuelles s'accroissent pour confirmer que quelques-unes des mesures les plus efficaces pour réduire le taux de tabagisme à l'adolescence sont déjà implantées au Canada. Elles comprennent :

- **un taux de taxation élevé** : Augmentation des taxes sur les produits du tabac pour les rendre moins abordables(37)
- **un étiquetage dissuasif** : Utilisation de photos explicites et d'avertissements liés au tabagisme sur tous les produits du tabac et leurs emballages(38)
- **des restrictions à la publicité et aux ventes** : Interdiction des présentoirs aux points de vente, des publicités auprès des mineurs et des commandites d'événements publics par les fabricants de tabac

TABLEAU 4
Les conseils au sujet des effets du tabagisme sur la santé selon les groupes d'âge

Groupe d'âge	Information la plus convaincante
Parents	<p>Risques associés à la fumée secondaire sur les enfants et les autres membres du ménage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prématurité • Mortinaiissance • Mort subite du nourrisson (MSN) • Effets sur le développement du cerveau du fœtus • Asthme, rhumes, pneumonies et otites (même lorsque les parents ne fument pas à l'intérieur) • Maladie cardiaque acquise • Tabagisme (même lorsque les parents disent aux enfants de ne pas commencer) <p>Risques à long terme sur la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique, cancer du poumon et autres cancers • Infertilité
Âge scolaire (de 5 à 11 ans)	<p>Conséquences et effets négatifs du tabagisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Halitose • Jaunissement des dents • Difficultés à suivre le rythme des jeux actifs ou des sports • Possibilité de dépendance et de plus grande difficulté à arrêter de fumer après la consommation de quelques cigarettes seulement • Coût élevé; l'argent consacré à l'achat de cigarettes pourrait être utilisé pour des choses plus agréables • Utilisation des publicités par les fabricants de tabac pour inciter le public à trouver le tabagisme sécuritaire et branché • Effets à long terme sur la santé, y compris plusieurs types de cancer et crises cardiaques • Achat des cigarettes illégal pour les mineurs
Adolescents	<p>Effets immédiats du tabagisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effets esthétiques (odeur, haleine, couleur des dents, apparition rapide des rides) • Moins bonne endurance et moins bon rendement athlétique • Toux sèche, augmentation des rhumes et des pneumonies • Dépendance possible au tabac après la consommation de seulement 100 cigarettes • Coût élevé; l'argent consacré à l'achat d'un paquet de cigarettes par jour pendant un an pourrait servir à l'achat d'une voiture usagée (de 1 500 \$ à 3 500 \$) • Influence possible des techniques de commercialisation des fabricants de tabac <p>Conséquences à long terme sur la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains risques à long terme sur la santé présentés aux parents (voir ci-dessus) • Caractère pas nécessairement plus sécuritaire des autres formes de tabac (p. ex., tabac à priser, vapoteuse) • Exposition des amis et de la famille (y compris les bébés) aux dangers de la fumée secondaire

Adapté et traduit de Sockrider M, Rosen JB. *Prevention of smoking initiation in children and adolescents (mis à jour en février 2016)* : www.uptodate.com/contents/prevention-of-smoking-initiation-in-children-and-adolescents

- **des lieux sans fumée** : Interdiction de fumer dans des lieux publics comme les écoles, les centres de la petite enfance, les lieux de travail, les hôpitaux, les restaurants, les hôtels et les parcs, de même que dans les transports en commun et les voitures qui transportent des mineurs(39)

De plus en plus de données appuient également l'efficacité des campagnes publicitaires de masse mises en œuvre par des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, y compris les panneaux, la publicité, les médias sociaux et Internet.(40) Les études démontrent que, pour être optimales, les interventions en population devraient être adaptées à la culture et conçues pour attirer les groupes minoritaires, notamment les jeunes Autochtones(41) et la communauté LGBT, qui affichent des taux de tabagisme plus élevés que la moyenne.(42)

RECOMMANDATIONS

Pour aider les jeunes à ne pas commencer à fumer, les dispensateurs de soins doivent prendre les mesures suivantes :

- Dans le cadre des soins habituels, s'informer de la consommation de tabac et de l'exposition au tabac des enfants, des adolescents et des familles et transmettre de l'information et des conseils adaptés à l'âge pour prévenir l'initiation du tabagisme.
- Utiliser la méthode en cinq étapes pour donner des conseils sur l'abandon du tabac. Pour en savoir plus, voir le point de pratique intitulé *Des stratégies pour promouvoir l'abandon du tabac chez les adolescents*, également publié dans le présent numéro.
- Se tenir informé des recherches sur les interventions pharmaceutiques d'abandon du tabac destinées aux adolescents et aux adultes et, en plus des conseils, prescrire des médicaments efficaces, au besoin.
- Inciter les écoles de médecine et les programmes de résidence à aborder la prévention du tabagisme et l'abandon du tabac dans le cadre de leur tronc commun.

Les écoles et les communautés doivent prendre les mesures suivantes :

- Légiférer sur les interdictions de fumer dans toutes les écoles et toutes les propriétés publiques et assurer le respect des lois par le personnel scolaire et les employés du secteur public.
- Informer les étudiants et les familles des conséquences négatives du tabagisme dans le cadre du cursus scolaire au primaire et au secondaire, conjointement avec le programme gouvernemental.

- Offrir des programmes réguliers pour dépister le tabagisme chez les jeunes et leur conseiller des mesures d'abandon du tabac.

Tous les ordres de gouvernement doivent prendre les mesures suivantes :

- Continuer d'adopter et d'imposer des lois et règlements qui limitent l'accès au tabac par les mineurs, y compris la vapoteuse et les autres produits du tabac.
- Adopter une loi interdisant le tabagisme dans les voitures où se trouvent des personnes de moins de 18 ans.
- Continuer de réglementer la publicité sur le tabac et les emballages des produits du tabac, particulièrement les nouveaux produits destinés aux mineurs.
- Adopter des sanctions rigoureuses auprès de tout établissement ou particulier qui vend des cigarettes de contrebande.

- Rendre tous les produits du tabac moins abordables par une taxation prohibitive.
- Donner un accès confidentiel aux thérapies d'abandon du tabac et prévoir des prestations pour y participer, y compris les médicaments remboursés en vertu des régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux.
- Subventionner et favoriser la recherche sur les effets du tabagisme chez les jeunes et sur les mesures efficaces de prévention du tabagisme et d'abandon du tabac.

REMERCIEMENTS : Le comité de la pédiatrie communautaire, le comité de la pharmacologie et des substances dangereuses et le comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis de la Société canadienne de pédiatrie ont révisé le présent document de principes.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. Tabagisme. Aide-mémoire n° 339, Juillet 2015. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/ (consulté le 15 mars 2016)
2. Simcoe Muskoka District Health Unit. The facts – tobacco, lung cancer, and secondhand smoke. www.simcoemuskokahealth.org/Topics/Tobacco/EffectsontheBody/TobaccoLungCancerandSecondhandSmoke.aspx (consulté le 15 mars 2016)
3. Société canadienne du cancer. Tabagisme et cancer. www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/live-well/smoking-and-tobacco/smoking-and-cancer/?region=qc (consulté le 15 mars 2016)
4. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; Office on Smoking and Health. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease; A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: CDC, 2010.
5. Reid JL, Hammond D, Rynard VL, Burkhalter R. Tobacco use in Canada: Patterns and trends, 2015 edition. Waterloo, Ont.: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
6. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008/10 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés de Premières Nations. Ottawa, Ont.: CGIPN, 2012.
7. Corliss HL, Wadler BM, Jun HJ et coll. Sexual-orientation disparities in cigarette smoking in a longitudinal cohort study of adolescents. *Nicotine Tob Res* 2013;15(1):213-22.
8. Stanwick R; Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie communautaire. La cigarette électronique : renormalisons-nous le tabagisme en public? Anéantir cinq décennies de lutte contre le tabac et revitaliser la dépendance à la nicotine chez les enfants et les adolescents du Canada. *Paediatr Child Health* 2015;20(2):106-10.
9. O'Connor RJ. Non-cigarette tobacco products: What have we learnt and where are we headed? *Tob Control* 2012;21(2):181-90.
10. Lee YO, Hebert CJ, Nonnemaker JM, Kim AE. Youth tobacco product use in the United States. *Pediatrics* 2015;135(3):409-15.
11. Czoli CD, Reid JL, Rynard VL, Hammond D. Tobacco use in Canada: Patterns and trends. Special supplement: E-cigarettes in Canada. Waterloo, Ont.: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
12. Callaghan RC, Veldhuizen S, Leatherdale S, Murnaghan D, Manske S. Use of contraband cigarettes among adolescent daily smokers in Canada. *CMAJ* 2009;181(6-7):384-6.
13. Santé Canada, rév. 2011. Cigarettes de contrebande : analyse de la fumée. <http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/contraband-cigarettes-contrebandes/index-fra.php> (consulté le 15 mars 2016)
14. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent tobacco use in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics* 2013;132(3):560-5.
15. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (U.S.) Office on Smoking and Health. Preventing tobacco use among youth and young adults : A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: CDC, 2012.
16. den Exter Blokland EA, Engels RC, Hale WW, Meeus W, Willemsen MC. Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. *Prev Med* 2004;38(3):359-68.
17. Pbert L, Farber H, Horn K et coll. State-of-the-art office-based interventions to eliminate youth tobacco use: The past decade. *Pediatrics* 2015;135(4):734-47.
18. Mutti S, Hammond D, Reid JL, Thrasher JF. The efficacy of cigarette warning labels on health beliefs in the United States and Mexico. *J Health Commun* 2013;18(10):1180-92.
19. Portnoy DB, Wu CC, Tworek C, Chen J, Borek N. Youth curiosity about cigarettes, smokeless tobacco, and cigars: Prevalence and associations with advertising. *Am J Prev Med* 2014;47(2 Suppl 1):S76-86.
20. Choi WS, Pierce JP, Gilpin EA, Farkas AJ, Berry CC. Which adolescent experimenters progress to established smoking in the United States. *Am J Prev Med* 1997;13(5):385-91.
21. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Kassel JD. Adolescent smoking and depression: Evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction* 2009;104(10):1743-56.
22. Kristman-Valente AN, Brown EC, Herrenkohl TI. Child physical and sexual abuse and cigarette smoking in adolescence and adulthood. *J Adolesc Health* 2013;53(4):533-8.
23. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K et coll. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: The Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(7):704-10.
24. Dierker L, Hedeker D, Rose J, Selya A, Mermelstein R. Early emerging nicotine dependence symptoms in adolescence predict daily smoking in young adulthood. *Drug Alcohol Depend* 2015;151:267-71.
25. O'Dell LE. A psychobiological framework of the substrates that mediate nicotine use during adolescence. *Neuropharmacology* 2009;56(Suppl 1):263-78.
26. O'Loughlin J, Gervais A, Dugas E, Meshfedjian G. Milestones in the process of cessation among novice adolescent smokers. *Am J Public Health* 2009;99(3):499-504.
27. Smith RF, McDonald CG, Bergstrom HC, Ehlinger DG, Brielmaier JM. Adolescent nicotine induces persisting changes in development of neural connectivity. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;55:432-43.
28. Counotte DS, Smit AB, Pattij T, Spijker S. Development of the motivational system during adolescence, and its sensitivity to disruption by nicotine. *Dev Cogn Neurosci* 2011;1(4):430-43.
29. Yuan M, Cross SJ, Loughlin SE, Leslie FM. Nicotine and the adolescent brain. *J Physiol* 2015;593(16):3397-412.
30. Lydon DM, Wilson SJ, Child A, Geier CF. Adolescent brain maturation and smoking: What we know and where we're headed. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;45:323-42.
31. Goriounova NA, Mansvelder HD. Nicotine exposure during adolescence alters the rules for prefrontal cortical synaptic plasticity during adulthood. *Front Synaptic Neurosci* 2012;4:3.
32. Patnode CD, O'Connor E, Whitlock EP, Perdue LA, Soh C, Hollis J. Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2013;158(4):253-60.

33. Thomas RE, Baker PR, Thomas BC, Lorenzetti DL. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2:CD004493.
34. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:CD001293.
35. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2011(7):CD001291.
36. Reid JL, Hammond D. Tobacco use in Canada: Patterns and trends, 2015 edition. Supplement: Tobacco control policies in Canada. Waterloo, Ont.: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
37. van Hasselt M, Kruger J, Han B et coll. The relation between tobacco taxes and youth and young adult smoking: What happened following the 2009 U.S. federal tax increase on cigarettes? *Addict Behav* 2015;45:104-9.
38. Hammond D. Health warning messages on tobacco products: A review. *Tob Control* 2011;20(5):327-37.
39. Frazer K, Calinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev* 2016(2):CD005992.
40. Allen JA, Duke JC, Davis KC, Kim AE, Nonnemaker JM, Farrelly MC. Using mass media campaigns to reduce youth tobacco use: A review. *Am J Health Promot* 2015;30(2):e71-82.
41. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA et coll. Interventions for tobacco use prevention in Indigenous youth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD009325.
42. Azagba S, Asbridge M, Langille D, Baskerville B. Disparities in tobacco use by sexual orientation among high school students. *Prev Med* 2014;69:307-11.

COMITÉ DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT DE LA SCP

Membres : *Giuseppina Di Meglio MD, Johanne Harvey MD (membre sortante), Natasha Johnson MD, Margo Lane MD (présidente), Karen Leis MD (représentante du conseil), Mark Norris MD, Gillian Thompson IP-Pédiatrie*

Représentante : *Christina Grant MD, section de la santé de l'adolescent de la SCP*

Auteurs principaux : *Johanne Harvey MD, Nicholas Chadi MD*

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement révisés. Les documents de principes et les points de pratique retirés sont supprimés du site Web. Consultez la zone *Documents de principes et points de pratique* du site Web de la SCP (www.cps.ca) pour en obtenir la version complète à jour.