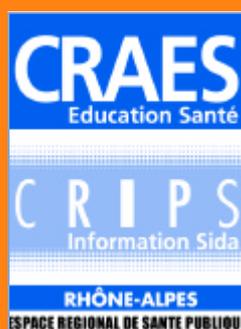


Congrès régional Education pour la santé et tabacologie

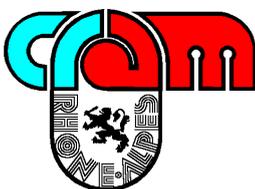
les 23 et 24 septembre 2004 - St Etienne

ACTES Mars 2005



CRAES-CRIPS
Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé
Centre Régional d'Information et de Prévention Sida
9 quai Jean Moulin 69001 Lyon
Téléphone 04 72 00 55 70
Fax 04 72 00 07 53
E-mail contact@craes-crips.org
Site Internet www.craes-crips.org

Avec le soutien financier de la DRASS, l'URCAM, et la CRAM de la région Rhône-Alpes :



T a b a c

Congrès régional
Education pour la santé et tabacologie
les 23 et 24 septembre 2004 - St Etienne

S o m m a i r e

Problématiques actuelles

- L'apport de l'éducation pour la santé à la tabacologie p 7
Brigitte Sandrin-Berthon, Directrice du Comité Régional d'Education pour la Santé Languedoc-Roussillon, Montpellier
- L'apport de la tabacologie à l'éducation pour la santé p 9
Dr Etienne André, Tabacologue, Institut Rhône-Alpes de Tabacologie, Lyon
- La vulnérabilité psychologique dans la dépendance au tabac et autres p 11
Pr Gilbert Lagrue et Catherine Mautrait, Centre de tabacologie, Hôpital A. Chenevier, Créteil

L'école

- Prévenir le tabagisme par la prévention des addictions p 17
Patrick Dessez, Psychologue, directeur du Cndt/Centre Bergeret, Lyon
- Education à la santé à l'école élémentaire et prévention du tabagisme p 23
Dominique Berger, Maître de conférence en psychologie, IUFM de Lyon
- Le concours Classes Non Fumeurs dans les collèges : l'expérience française p 27
Sylvia Touraine, Chargée de mission, Association Classes Non Fumeurs, Paris
- Les difficultés de l'évaluation de la dépendance tabagique chez les adolescents p 35
Catherine Mautrait et Pr Gilbert Lagrue, Centre de tabacologie, Hôpital A. Chenevier, Créteil
- L'évaluation des actions de prévention du tabagisme à l'école p 39
Dr Pierre Arwidson, Direction des affaires scientifiques, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Paris
- Adolescents et tabac : un exemple de sensibilisation par les pairs p 47
Conseil général des jeunes du Rhône, Lyon

Apport d'expériences

- Lycée sans tabac, lycée pilote p 49
Patricia Laplace et Béatrice Crouzet, Infirmières Education Nationale, Lycée Honorée D'Urfé, St Etienne
- Prévention du tabagisme à l'école primaire : un programme départemental d'éducation et de prévention précoce en Savoie p 51
Florence Warengem, Infirmière Conseillère Technique départementale de Savoie, Chambéry
Catherine Lombard-Legrand, Médecin Conseillère Technique départementale de Savoie, Chambéry
- "Moi et les autres" suivi d'une cohorte en éducation pour la santé dans le domaine de l'addictologie p 53
Dr François Lefebvre, Service d'addictologie Hôpital Duchêne, Boulogne sur mer
- "Tiens bon la barre" programme de prévention des conduites de dépendance p 57
Catherine Madec et Cécile Freton, Educatrices à la santé, Direction Prévention Santé Enfant, Ville de Lyon

La famille

Implantation dans une maternité d'un programme d'aide à l'arrêt de la cigarette p 61
Jeanne Poncy, Infirmière, ingénieur en action de prévention sanitaire et sociale, CHU de Montpellier et association Vivre sans fumée

Les comportements tabagiques en famille - enquête TAF1 de l'IRAT p 67
Dr Gérard Mathern, Tabacologue, Institut Rhône-Alpes de Tabacologie, Lyon

Communication, marketing et prévention

Le sponsoring des soirées étudiantes par les industriels du tabac : des stratégies de contournement de la loi Evin p 71
Aliette Royer de la Bastie, titulaire d'un DESS de marketing, Lyon

L'enfant et le tabac en publicité p 77
Didier Nourrisson, Professeur des universités en Histoire contemporaine, IUFM de Lyon

Communication en prévention du tabagisme : quels ressorts, quelles limites ? p 83
Arnaud Siméone, Maître de conférence en Sciences de l'éducation, Université Lyon II

L'entreprise

Sur quelques modèles de prévention p 89
Jean Paul Jeannin, Formateur consultant, Arcom Formation, Hérouville

L'arrêt du tabac en entreprise p 95
Dr François Letourmy, Office Français de prévention du Tabagisme, Paris

Attitudes et comportements vis à vis du tabagisme en entreprise : résultats d'une enquête transversale réalisée en juin 2004 parmi les salariés de la CRAM Rhône-Alpes p 103
Dr David Pérol, Département santé publique, Centre Léon Bérard, Lyon

Expérience du centre médical MGEN de Ste Feyre dans une démarche d'aide au sevrage tabagique en entreprise p 107
Claudine Busset, Cadre de santé, tabacologue et coordinatrice de l'Unité de Coordination en Tabacologie de la Creuse, Centre MGEN de Ste Feyre

L'éducation pour la santé face au tabagisme en entreprise : l'expérience du Codes 42, Loire p 109
Pascal Clémenson, Tabacologue, Codes 42, St Etienne

Problématiques actuelles

L'apport de l'éducation pour la santé à la tabacologie

Brigitte Sandrin-Berthon, Directrice du Comité Régional d'Éducation pour la Santé Languedoc-Roussillon, Montpellier

Faisons un rêve...

- Si l'éducation pour la santé était complètement efficace,
- il n'y aurait plus de fumeurs,
- il n'y aurait donc plus besoin de tabacologue...

Faisons un cauchemar...

- Si l'éducation pour la santé était complètement inefficace,
- aucun fumeur ne déciderait d'arrêter,
- il n'y aurait donc plus besoin de tabacologue...

Soyons réalistes !

- Si les tabacologues ont du travail,
- c'est que l'éducation pour la santé est partiellement efficace.

De la connaissance à l'action

- Tabacologie : discours sur le tabac.
- Dès qu'un tabacologue aide un fumeur à s'approprier des connaissances, à acquérir des compétences pour arrêter de fumer, il fait acte d'éducation.

De la tabacologie à l'éducation pour la santé du patient

« Le but de l'éducation pour la santé du patient est que la personne qui consulte un professionnel des soins, quel que soit son état de santé, soit en mesure de contribuer elle-même à maintenir ou améliorer sa qualité de vie. »
Sandrin Berthon B., 2000

Des rôles différents

- L'éducateur pour la santé : donner l'envie d'arrêter...
- ou de ne pas commencer.
- Le tabacologue : donner les moyens d'arrêter...
- et maintenir l'envie.

Des populations différentes

- En face du tabacologue : des fumeurs ayant le désir d'arrêter.
- En face de l'éducateur pour la santé : la population générale.

Des parcours différents

- Le fumeur va, de son plein gré, consulter le tabacologue (en principe...).
- L'éducateur va vers la population qui, le plus souvent, n'a rien demandé !

L'éducateur ne peut échapper aux questions éthiques

- De quoi j'me mêle ?
- Seront-ils plus heureux sans tabac ?
- N'ont-ils pas d'autres préoccupations plus urgentes ?
- Et si leurs parents sont fumeurs ?

En réponse aux préoccupations éthiques : deux principes d'intervention

- Une démarche participative.
- La prise en compte de responsabilités plurielles.

Une démarche participative

« L'éducation pour la santé aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie. [...] Elle utilise des méthodes et des outils validés favorisant l'expression des personnes et leur permettant d'être associées à toutes les étapes des programmes, du choix des priorités à l'évaluation. »
Pneps, 2001

La prise en compte de responsabilités plurielles

« L'éducation pour la santé s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle aussi tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population à travers les décisions qu'ils prennent ou les conduites qu'ils adoptent. »

Pneps, 2001

Des principes qui génèrent un élargissement du cadre d'intervention

- De la lutte contre un facteur de risques...

- à la promotion de la santé :

Politique
Environnement
Participation
Éducation
Soins de santé primaires

Un élargissement qui génère de la diversité

- Diversité d'objectifs
- Diversité d'acteurs
- Diversité de méthodes

Une diversité qui génère de la complexité

- C'est compliqué le partenariat !
- + C'est compliqué l'évaluation !
- C'est compliqué la politique !

Une complexité qui exige de la rigueur

- Sans une méthodologie rigoureuse, l'éducation pour la santé peut vite devenir...
- fumeuse !

Des exemples de collaboration

- Entre le CFES et des tabacologues
 - Les brochures grand public
 - Les outils médecins « Ouvrons le dialogue »
 - Le dossier de tabacologie
- Entre Epidauré et le Cres-LR
 - Le programme « Arrêt tabac jeunes »

Arrêt tabac jeunes

- 10 lycées volontaires de la région
- Objectifs généraux
- Encourager et soutenir l'application de la loi Evin dans les établissements.
- Accompagner les jeunes fumeurs dans leur démarche d'arrêt du tabac.
 - Développer les compétences psychosociales.
 - Aider les jeunes à trouver des solutions pour lever les freins à l'arrêt du tabac.

En résumé

- L'éducation pour la santé peut apporter à la tabacologie :
 - l'obligation d'une réflexion éthique
 - un cadre de référence (la promotion de la santé)
 - de la complexité.

En introduction aux propos qui vont suivre

L'éducation pour la santé trouve auprès de la tabacologie :
des connaissances sur le tabac et les fumeurs
une ouverture vers les sciences du comportement
des méthodes d'intervention modélisées.

Problématiques actuelles

L'apport de la tabacologie à l'éducation pour la santé

Dr Etienne André, Tabacologue, Institut Rhône-Alpes de Tabacologie, Lyon

Une définition personnelle

La tabacologie est l'ensemble des connaissances, des études et des actions, d'ordre individuelle et collective, politique et économique concernant la prévention du tabagisme, la protection des non-fumeurs et l'aide à l'arrêt.

L'exercice est intéressant d'essayer de dégager les apports de la tabacologie à l'éducation pour la santé de ceux que l'éducation pour la santé à apporter à la tabacologie, quand on sait combien ils sont intriqués. Mais pour le débat, je proposerai trois apports en me référant aux plans historique, méthodologique et celui de l'expérience.

Au plan historique : un courage politique et les premières grandes campagnes nationales

En 1975, le Comité Français d'Education pour la Santé (dont le successeur est l'INPES) est une association plutôt parisienne dotée d'un budget modeste, très loin de l'ambition que devrait avoir un pays comme la France pour la prévention. D'ailleurs la prévention n'a pas de réalité nationale à cette époque, sauf les initiatives courageuses d'associations comme la Ligue Nationale Contre le Cancer, le Comité National contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires.

En 1975 donc, Mme S. Veil s'engage politiquement dans un projet national de lutte contre le tabagisme, montrant par là que ce choix n'est pas un suicide politique, bien au contraire ! Elle fait du tabagisme la pierre angulaire de l'activité du CFES. Ce dernier est chargé des 1^{ère} grandes études psychosociales chargées d'identifier les axes de communication les plus adaptées qui structureront les campagnes nationales à venir. Ainsi sont écartés les messages trop agressifs sur la toxicité pour prôner des images positives où le tabagisme perd sa place.

Dans le même temps est favorisé le Comité de Liaison Inter Association contre le Tabagisme (CLIAT) dont les missions sont totalement innovantes à ce niveau d'intervention : apprendre à travailler ensemble, témoigner d'un langage commun, être un interlocuteur unique et fort pour soutenir les initiatives des institutions et s'opposer à celles favorables au maintien du marché du tabac.

Au plan méthodologique : la rigueur dans la méthode et ne pas se tromper d'objectif

Un programme en éducation pour la santé exige une préalable évaluation des besoins, la définition des objectifs et de la cible, etc. Autant de notions bien connues à ce jour, que la tabacologie a largement à définir dans le champs de l'éducation pour la santé.

Il est possible d'en citer exemples

- Favoriser la production du savoir par la population cible, le jeu pour les enfants, la production proprement dite du savoir par et pour les jeunes adolescents, une réflexion sur les comportements pour les grands adolescents, aujourd'hui, dans le cadre des actions de prévention, est proposée une aide à la modification des comportements.
- Pour l'aide à l'arrêt, l'objectif du thérapeute n'est pas que le fumeur s'arrête. Surprenant mais pourtant évident. L'objectif du thérapeute est de mettre à la disposition du fumeur tous les moyens nécessaires pour qu'il puisse réussir son arrêt du tabac, si et quand il le désire.

Au plan de l'expérience : comment faire accepter une loi sur les comportements

Les actions pratiques, les programmes ont été innombrables. Il est intéressant de se pencher sur la question suivante qu'ont du résoudre nos décideurs politiques au cours des 30 dernières années.

« Comment faire accepter une loi sur un comportement, qui plus est, un comportement individuel (et ce n'est pas un pléonasme) ».

Deux concepts doivent être respectés pour répondre à cet objectif :

- agir très progressivement
- amorcer la modification de l'image sociale avant de légiférer.

Ce qui fut fait.

Avant 1975, peu d'actions avaient été réalisées, en 1976 la loi S. Veil protège les non-fumeurs et crée des espaces sans tabac, en 1992, C. Evin publie une loi affichant que la France est non-fumeur et qu'il faut créer des espaces pour les fumeurs, en 2003 le tabac devient un produit de luxe. Ce programme ne pouvait être imaginé avec une progression différente et cela dans un calendrier sur 30 ans, une génération.

Les freins

Les freins sont nombreux.

- Les contre-informations des manufacturiers du tabac sur le tabagisme passif, la mise en avant de valeurs comme l'hédonisme et la liberté.
- Les freins liés au système.
- Les freins liés au thérapeute : activité chronophage, psychologiquement éprouvante, et en fréquente situation d'échec.

Conclusion

L'aide à l'arrêt du tabac est une grande leçon d'humilité et la prévention du tabagisme également.

Ils exigent de favoriser une communication positive, ils montrent que l'EpS n'appartient pas à celui qui a la connaissance, mais à celui qui a la compétence.

La lutte contre le tabagisme a dépassé le cadre de l'EpS pour devenir un enjeu politique, économique, sécuritaire et culturel.

Problématiques actuelles

La vulnérabilité psychologique dans la dépendance au tabac et autres

Pr Gilbert Lagrue et Catherine Mautrait, Centre de tabacologie, Hôpital A. Chenevier, Créteil

L'usage du tabac est dans notre pays, le mode d'entrée le plus fréquent pour la consommation d'autres substances psycho-actives. Il commence pratiquement toujours à l'adolescence, avant 20 ans (12,13,15). Cela tient à la large disponibilité du produit, à sa banalisation dans la société et au très puissant pouvoir addictif de la cigarette. Parmi les adolescents, certains n'ont jamais essayé de fumer et cette catégorie apparaît de plus en plus fréquente sans doute sous l'influence du changement de l'image du tabagisme dans la société et de facteurs psychologiques innés. D'autres essaient, mais ne poursuivent pas en raison de la survenue de phénomènes aversifs. Enfin, près de la moitié d'entre eux persistent dans leur expérience et augmentent plus ou moins rapidement leur consommation ; ceci est lié aux caractéristiques de fabrication de la cigarette et aux propriétés psycho-actives de la nicotine, et à des facteurs psychologiques et familiaux bien étudiés par l'équipe de Rohde (12,13).

- A la phase d'initiation la consommation est très irrégulière, renouvelée plus ou moins souvent suivant les sensations ressenties (aversion ou plaisir), et surtout suivant les circonstances et l'environnement.

- Chez certains adolescents, les phénomènes aversifs disparaissent rapidement avec d'abord un tabagisme intermittent ; très rapidement peut survenir alors une perte du contrôle de la consommation, selon les critères proposés par Di Franza dans un questionnaire en 10 items (4).

- Le phénomène essentiel est donc l'installation très rapide de la dépendance chez certains adolescents, avec une consommation de plus en plus importante (tableau 1).

Une étude sur 100 adolescents de 16 à 18 ans d'un lycée du Val de Marne au cours de l'année 2002-2003, fournit un aperçu du pourcentage dans chaque catégorie :

Pas d'essai	Essai	Essai	Essai
NF	NF	F irrégulier	F régulier
11%	27%	11%	50%

dont 38% avec dépendance⁽¹⁾

Les facteurs responsables de cette évolution peuvent être classés en 2 groupes :

- Facteurs extérieurs, c'est-à-dire l'environnement général (pression sociale), l'image du tabac dans la société (publicité), la disponibilité du produit et ses caractéristiques. Les cigarettes industrielles, surtout les blondes trafiquées par les industriels du tabac, favorisent l'inhalation de la fumée et ainsi la pénétration très rapide de la nicotine dans l'organisme et sa fixation sur les récepteurs nicotiques cérébraux, avec la survenue de toutes les sensations psychologiques que connaissent bien et recherchent les fumeurs. L'environnement individuel principalement l'exemple des parents, des frères et sœurs, et à moindre degré des éducateurs, des groupes de jeunes (les "copains", la "bande"... jouent un rôle très important) (12,13).

- Facteurs internes, c'est-à-dire les facteurs personnels de vulnérabilité psychologique :
- . Les tempéraments, les troubles de la personnalité et en particulier les troubles des conduites.
 - . Les manifestations psychopathologiques ; syndrômes anxieux et troubles dépressifs unipolaires ou bipolaires.

(1) Fumeur régulier : au moins une cigarette/jour
Fumeur avec dépendance : score > ou = 5 au questionnaire de Fagerström modifié (9)

Dans notre pays le fait de fumer du tabac sous forme de cigarettes (industrielles ou roulées) précède habituellement de quelques mois l'utilisation d'autres substances psycho-actives : cannabis et alcool. Pour ces deux derniers produits on retrouve l'évolution schématique : essai, usage irrégulier puis régulier, abus, dépendance.

Pour le cannabis, l'usage même irrégulier conduit très rapidement à des effets psychologiques nocifs, la dépendance physique survenant pour des consommations quotidiennes et importantes (2). En France chez les adolescents de 12-18 ans, l'usage du cannabis accompagne dans plus de la moitié des cas celui de la cigarette. La résine (le Haschich) doit être mélangée obligatoirement à du tabac pour être fumée. Cette association renforce les effets psycho-actifs. La Marijuana (l'herbe) peut être fumée seule, mais le plus souvent est associée au tabac pour cette même raison (2).

Pour l'alcool, l'usage débute le plus souvent de façon irrégulière, festive et aiguë jusqu'à l'ivresse et ne devient régulière qu'ultérieurement. L'alcoolisme des adolescents est le plus souvent du type B, caractérisée par son début précoce, la fréquence des comorbidités psychiatriques et des troubles du comportement ; en quelques années d'évolution la dépendance apparaît (3).

Les autres substances psycho-actives illicites sont dans notre pays plus rarement utilisées : la cocaïne, l'ecstasy et les amphétamines semblent malheureusement en voie d'extension, l'héroïne moins fréquente. Mais chez les usagers de ces diverses drogues, l'usage de tabac, de cannabis et d'alcool a toujours précédé les autres substances ; la poly-consommation est la règle.

Pour le tabac, contrairement à l'alcool, il n'y a pas d'étape abus, toute consommation régulière, même minime (1 cigarette/jour) implique le début d'une perte de contrôle de la consommation qui va plus ou moins conduire à la dépendance (5).

Des facteurs environnementaux, socioculturels et individuels ainsi que de nombreuses anomalies psychologiques ont été décrites comme élément prédictif capable d'accélérer l'évolution vers la Dépendance Tabagique (D.T.) et de favoriser l'évolution vers l'usage associé d'autres substances psycho-actives (1,12,13).

Les descriptions se référant à des critères nosologiques de type très divers, il est difficile de proposer une synthèse des très nombreux faits dont la relation avec des conduites addictives a été bien établie. Une telle synthèse ne peut être que schématique, car les données sont hétérogènes et variables d'un fumeur à l'autre (11).

1. Les traits de tempérament peuvent constituer des facteurs décelables très tôt dans l'enfance ; ils sont associés à un risque de survenue ultérieure dès l'adolescence de troubles anxieux et dépressifs, eux-mêmes à l'origine de consommation de substances psycho-actives licites ou illicites. Parmi ces traits, trois semblent particulièrement importants : une hyperémotivité, une faible sociabilité et une forte inhibition comportementale (1,7).

2. Certains troubles de la personnalité jouent indiscutablement un rôle important :
- La recherche de sensation et de nouveauté, avec impulsivité.
- Une personnalité dépressive ou évitante, avec des affects négatifs et une labilité émotionnelle.

- Des troubles des conduites et une personnalité de type antisocial (l'agressivité, le vol, la tromperie, le mensonge, le refus des règles familiales, scolaires et sociales et également un syndrome oppositionnel, selon les critères du DSM IV) ; ils sont associés significativement à des consommations de tabac, de cannabis, d'alcool (3,4).

3. La vulnérabilité psychopathologique chez l'adolescent a fait l'objet de nombreuses recherches :

- Le « neuroticisme » : il est caractérisé par des affects négatifs, pessimisme, anhédonie, indécision, cafard, fatigue, trouble du sommeil... Ce trouble peut être mis en évidence par plusieurs questionnaires : il est prédictif de la dépendance et de la survenue ultérieure d'un état anxieux ou dépressif confirmé (1).

- Les relations entre troubles anxieux et troubles affectifs chez l'adolescent ont été décrites dans plusieurs articles :

- . Comorbidité entre troubles dépressifs et dépendance nicotinique, chez les adolescents de 16 ans. En cas de D.T., la fréquence d'état dépressif confirmé avec les critères du DSM IV est de 20% avec un O.R. de 4,6 (7).
- . Fréquence de la D.T. chez les adolescents et adultes jeunes (18-24 ans) ayant les critères de la phobie sociale (31% contre 15%) (14).
- . Plus grande fréquence du tabagisme en cas de troubles anxio-dépressifs au questionnaire C.I.S. (Clinical Interview Schedule) (10).
- . L'importance des formes bipolaires (B.P) semble avoir été méconnue ; en effet les premières manifestations du trouble B.P. peuvent être présentes dès le début de l'adolescence et cette affection n'est souvent diagnostiquée que beaucoup plus tard. Chez l'adolescent, elle se manifeste par une série de symptômes attribués au « caractère » : coléreux, irritable, vindicatif, agressif, impulsif, avec labilité de l'humeur ; des manifestations dépressives atténuées sont fréquemment associées. L'association « tabac-cannabis » paraît alors particulièrement fréquente, en accord avec la théorie de l'auto-médication. Chez les adultes atteints de la maladie bipolaire type I ou II, une addiction aux substances psycho-actives est présente dans 21 à 56% des cas (Etude E.C.A.S.) ; la nécessité d'un dépistage précoce est donc évidente (6). Le syndrome d'hyperactivité avec troubles de l'attention prédispose lui aussi à l'utilisation de substances psycho-actives. Il débute tôt dans l'enfance et il peut se poursuivre à l'état adulte avec une symptomatologie plus ou moins patente. Une consommation excessive de substances psycho-actives est souvent associée. THADA et troubles bipolaires ont manifestement de nombreux symptômes communs ce qui explique les difficultés du diagnostic. Toutes ces données doivent évidemment être rapprochées des liens entre addictions et troubles des conduites ; ceux-ci pourraient-ils être des formes atypiques ou débutantes de maladies B.P. ; c'est ce que suggèrent certains travaux, en soulignant l'action thérapeutique possible de l'acide valproïque (4).

Dans plusieurs études longitudinales (2,3,6) les faits suivants ont été mis en évidence :

- Les consommations d'alcool et de drogues illicites, principalement le cannabis sont liées très significativement à l'usage antérieur du tabac (2).
- Les troubles des conduites (comportement antisocial) sont associés à l'existence de problèmes liés à l'alcool avec un O.R. de 4 : usage régulier, abus, dépendance avec association de drogues illicites et toujours du tabac (3).
- Dans l'étude de R. Ferdinand, l'utilisation du « Child Behavior Checklist », sur 800 sujets âgés de 10 à 14 ans suivis pendant 8 ans, a permis de mettre en évidence plusieurs troubles psychologiques très prédictifs de l'usage du tabac, avec une évolution rapide vers la dépendance et l'association précoce d'alcool, de cannabis et d'autres drogues illicites (7) :

1. Idées obsessionnelles, compulsions ;
2. labilité émotionnelle ;
3. pensées et comportement bizarres ;
4. certains symptômes « schizoïdes », hallucinations, pensée magique.

Un des éléments communs à toutes ces perturbations est une perte de contrôle comportemental avec impulsivité, caractère impatient, agressivité (6).

Au bout de plusieurs années d'usage de produits psycho-actifs, se produit le phénomène de neuroadaptation. Des troubles anxieux et/ou dépressifs secondaires peuvent alors apparaître, en particulier lors de l'arrêt de la substance. L'analyse des faits devient alors difficile.

Ainsi des troubles très divers d'ordre psychologique ou comportemental survenant dans l'enfance ou au début de l'adolescence peuvent constituer des facteurs favorisant pour l'usage du tabac, l'évolution rapide vers la dépendance et la consommation d'alcool et de substances illicites, principalement le cannabis. Les caractéristiques psychologiques propres à l'adolescence expliquent que toutes ces conduites addictives débutent pratiquement toujours à cette période de la vie (15).

Une vulnérabilité génétique peut être présente à des degrés divers chez tout individu. Elle est susceptible d'être amplifiée ou extériorisée à l'occasion des éléments de vie surtout malheureux, mais éventuellement heureux. Certains d'entre nous sont moins bien armés que d'autres pour faire face à ces événements.

Les situations difficiles créent une sensation d'angoisse que le sujet va tenter de calmer par l'usage d'un produit. Il va alors choisir une substance psycho-active parmi celles les plus faciles à se procurer, et celle qui lui apportera le mieux un soulagement.

Une autre situation est celle de la recherche du plaisir, de la récompense, normalement trouvée dans des circonstances physiologiques, alimentation, arts, sexualité etc... Il semble que certains ne ressentent pas suffisamment ces sensations hédoniques dans les situations physiologiques ; ils vont alors les rechercher dans les « plaisirs artificiels ».

On a ainsi un continuum et une balance entre l'importance de la fragilité génétique l'intensité des événements extérieurs. L'existence de la vulnérabilité a pour conséquence une hypersensibilité aux agents stressants, souvent intriquée ou associée à une dépressivité et des pensées négatives.

Il est donc nécessaire d'agir très tôt pour déceler ces troubles chez les adolescents à risque et pour mettre en place des approches complémentaires de celles employées jusqu'alors ; les actions générales (informations, interdits, éducation à la santé) sont certes nécessaires, mais leur limite a été bien établie par l'évaluation de leurs résultats. Le recours précoce à des stratégies différentes devrait être envisagé pour certains sujets ou groupes de sujets, en utilisant les approches comportementales et cognitives, par exemple dans le cas d'anxiété sociale et de dépressivité. L'association d'un traitement devrait également être discutée dans certaines manifestations de type THADA ou BP. Cela devrait être réalisé le plus tôt possible pour dépister ces sujets à risque et mettre en place une prise en charge spécifique capable d'éviter l'installation de ces dépendances et les conséquences dramatiques qui en résultent pour l'avenir.

Bibliographie

1. BRESLAU N., KILBEY M., ANDRESKI P. Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers : an epidemiologic study of young adults. *Am. J. Psychiatry*, 1993; 150 : 941-946.
2. H. CHABROL, E. MASSOT, A. MONTAVANY, K. CHOUICHA, J. ARMITAGE mode de consommations, représentations du cannabis et dépendance ; étude de 159 adolescents consommateurs *Arch. Pédiatr* 2002 ; 7 : 1-10.
3. CHOQUET M., LEDOUX S. Adolescents : Enquête nationale INSERM, Paris, 1995, p. 103-125.
4. CLARK D., VANYUKOV M., CORNELIUS J. Childhood antisocial behaviour and adolescent alcohol use disorders. *Alcohol Research and Health*, 2002 ; 26 : 109-115.
5. DI FRANZA J.R, SAVAGEAU J.A., RIGOTTI K. et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths : 30 months follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 2002 ; 11 : 228-235.
6. DONOVAN S., NUNES E. Treatment of comorbid affective and substance use disorders. *Am. J. Addictions*, 1998 ; 7 : 210-220.
7. FERDINAND R., BLUM M., VERHULST C. Psychopathology in adolescence predicts substance use in young adulthood. *Addiction*, 2001 ; 95 : 861-870.
8. FERGUSSON D.M., LYNSKEY M.T., HORWOOD L.J. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16-year-olds. *Arch. Gen. Psychiatry.*, 1996 ; 53 : 1043-1047.
9. LAGRUE G., MAUTRAIT C., BEHAR C., CORMIER S.
Comment évaluer la dépendance tabagique chez l'adolescent
Le Courrier des Addictions - 2004 (sous presse).
10. PATTON G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers. *Amer. J. Public Health*, 1996 ; 86 : 225-230.
11. PURPER-OUAKIL D., MICHEL G., MOUREN-SIMEONI M.C. La vulnérabilité dépressive chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives.

L'Encéphale, 2002 ; XXVIII : 234-240.

12. ROHDE P, LEWINSON P, BROWN R. et al

Psychiatric disorders, familial factors and cigarette smoking. Association with smoking initiation.

Nicotine Tobacco Research 2003 ; 5 : 85-98.

13. ROHDE P, KAHLER C., LEWINSON P, et al

Psychiatric disorders, familial factors and cigarette smoking. Association with progression to daily smoking

Nicotine Tobacco Research 2004 ; 6 : 119-132.

14. SONNTAG H. Are social fears and DSM IV social anxiety disorders associated with nicotine dependence in adolescents ? Eur. J. Psychiatry, 2001 ; 1 : 67-74.

15. JAMMER D., WHALEN K., LOUGHIN E. et al tobacco use across the formative years : a road map to developmental vulnerabilities Nicotine & Tobacco Research 2003 ; suppl 1) : S71-S87.

Tableau I - CFES 1998

Evolution du tabagisme des adolescents - CFES

Age	% Fumeurs Fumeurs dont F. réguliers	Nb moyen cig/jour
12-13 ans	8% - (25%) soit 2%	2,2
14-15 ans	31% - (70%) soit 17%	5,1
16-17 ans	52% - (90%) soit 45%	8,9
18 ans	58% - (90%) soit 52%	10,5

Travail réalisé avec l'aide de la Ligue Départementale Contre le Cancer du Val-de-Marne

L'école

Prévenir le tabagisme par la prévention des addictions

Patrick Dessez, Psychologue, directeur du Cndt/Centre Bergeret, Lyon

La prévention des modalités d'usage du tabac auprès des adolescents s'inscrit dans la prévention des addictions. Je présenterai ici les objectifs de deux programmes d'intervention qui ont été conçus pour prévenir les prises de risque et les addictions en milieu scolaire en fonction des niveaux de prévention visés et en fonction des valeurs éducatives auxquelles le centre Jean Bergeret adhère. Prévention primaire systématique et prévention sélective pour des volontaires sont particulièrement importantes à l'adolescence car c'est un âge critique pour les premières expérimentations et, ensuite, une période sensible pour l'installation des conduites de dépendance (tabac, cannabis), ou les usages nocifs (alcool, cannabis).

RISCO ⁽¹⁾

Les séances de prévention primaire en milieu scolaire devraient être généralisées auprès des classes charnières liées à un changement d'établissement (troisième et seconde par exemple). Ces séances doivent aider les adolescents à réfléchir à leurs conduites, à acquérir des compétences d'anticipation et des capacités à faire des choix et à diminuer les contraintes inhérentes à l'influence groupale qui est intense lors de l'adolescence.

Nous avons choisi de ne pas entrer, de manière trop précoce, dans une approche exclusive par produit pour privilégier un échange sur les prises de risque et sur l'ensemble des conduites qui peuvent être le support de ces prises de risque. C'est sur ce thème générique que les adolescents nous apparaissent le plus motivés : Qu'est ce que le risque ? Qu'est ce qui est risqué à cet âge ? Qu'est ce qui est dangereux ? Quels sont les risques qui peuvent être vécus ? Qu'est ce qui motive les prises de risque ? Comment faire face aux prises de risque ou aux situations à risque ?

Se mettent en place, au cours des échanges médiatisés par un outil pédagogique, les notions de réglementation, d'interdiction, les distinctions entre les dangers pour soi et pour autrui, les définitions du respect et la compréhension de la temporalité particulière des risques qui peuvent être aigus, immédiats, étalés ou décalés dans le temps.

La prévention des usages de substances psychoactives doit s'inspirer des démarches d'éducation à la santé qui privilégient les échanges entre les jeunes et la construction progressive de représentations collectives et individuelles qui guident les choix comportementaux. Les messages et les informations sont au centre des approches de communication ou d'information. Par contre, c'est l'échange qui est au centre des interventions de prévention scolaire. Elles permettent à chacun l'anticipation des difficultés, l'intériorisation de représentations et de repères stables et l'élaboration d'une capacité de choix en fonction des situations vécues par les adolescents.

Les méthodes employées dans les interventions scolaires doivent renforcer l'autonomie, les capacités de choix et les capacités à faire face aux situations problématiques. Les intervenants font le choix d'un cadre qui provoque une mobilisation des représentations et des échanges sur les prises de risque. Ces interventions contraignent les adolescents à une recherche d'une position lucide et responsable face aux prises de risque sans que l'intervenant soit trop directif sur les buts à atteindre. L'injonction de normes vécues comme trop extérieures fait fuir les adolescents en situation problématique alors que l'échange sur la construction collective de ces normes et régulations des comportements individuels attire la mobilisation de leurs représentations et motivations.

(1) Risco est une des origines étymologiques de risque et désigne le promontoire dans un port qui est le point à partir duquel la navigation en mer débute réellement et à partir duquel on décide de naviguer au large sans recours temporaire au port d'attache.

RISCO est un programme d'intervention qui se déroule en une à trois séances de deux heures au sujet des prises de risque. Elles sont précédées d'une information des équipes éducatives et des parents et suivies d'un bilan avec les délégués de classe et les adultes impliqués dans la préparation du projet. Les élèves échangent en demi classe. Les outils pédagogiques les plus utilisés sont la photo expression, les mots inducteurs et le jeu de rôles. C'est un programme que nous avons utilisé depuis six ans. Il contribue à une éducation du choix et de la responsabilité. Il renforce les compétences à se préoccuper de santé à l'adolescence. Il permet de réfléchir en groupe sur le danger, le risque et les prises de risque. Il situe les pratiques addictives parmi les autres prises de risque. Il interroge les motivations et le sens des prises de risque chez les adolescents et renforce les capacités d'anticipation. Enfin, son caractère systématique pour un série de classes suscite parfois un dynamisme nouveau chez les élèves et dans les équipes éducatives ou sanitaires de l'établissement. Il renforce les motivations et capacités collectives à établir des projets de prévention.

RUN ⁽²⁾

Les pratiques addictives sont l'ensemble des modes de consommation des substances psychoactives. L'expérimentation a été en croissance importante au cours de ces dix dernières années. Elle est passée de 57% en 1993 à 80% en 1999 chez les personnes de 16 ans pour le tabac. L'âge des premières expérimentations du tabac se situe, malgré la forte dispersion des âges à une moyenne qui apparaît trop précoce (13 ans). Les expérimentations de cannabis surviennent plus tard mais leur fréquence a notablement augmenté chez les adolescents au cours des dix dernières années.

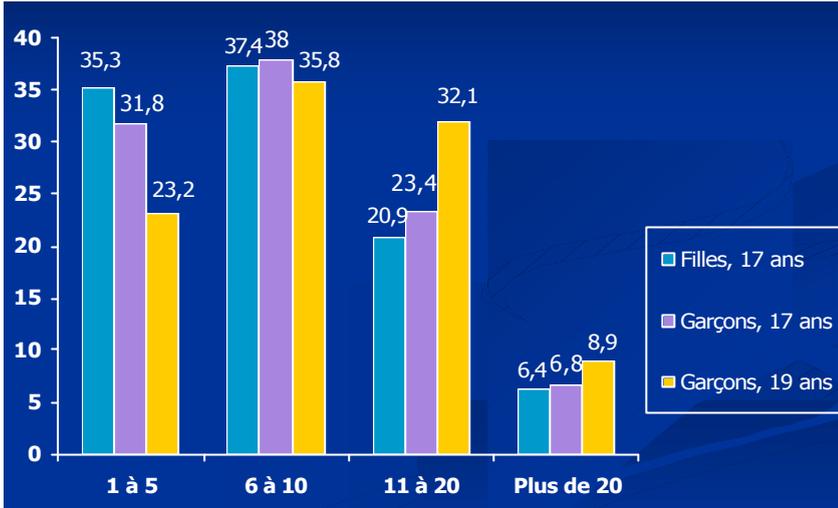
Les addictions sont des usages problématiques qui peuvent confronter à des dommages somatiques, psychiques ou comportementaux. On différencie les usages à risque, les usages nocifs ou abus et les dépendances. Une distinction importante concerne la différenciation entre les risques pour soi et les risques que l'addiction fait courir aux autres (conduite automobile pour le cannabis, tabagisme passif, etc.). L'addiction est un processus par lequel un comportement peut fonctionner à la fois pour procurer un plaisir et pour soulager un malaise intérieur, ce qui peut entraîner les personnes les plus vulnérables à cumuler différents types d'addiction au cours ou à la fin de l'adolescence. Ainsi, RUN est un programme qui propose une réduction des usages nocifs mais qui ne se base pas sur l'abus d'un seul produit.

Les addictions vont toujours s'installer par un détournement d'un certain nombre de fonctions de leurs finalités fondamentales ; La régulation du plaisir, la recherche de sensations, l'alternance tension/détente, la respiration, etc. Les déterminations des addictions sont multiples et concernent les champs génétiques, neurobiologiques, psychiques, sociaux et culturelles. Elles sont classiquement décrites comme une détermination en interaction triple entre la personne, l'environnement et le rapport au produit. Un trop grand nombre de méthodes de prévention s'inspirent d'une compréhension restrictive ou réductrice de chacune des addictions en privilégiant une des déterminations. La prévention des modalités des usages du tabac est parfois traversée par une certaine hégémonie de la mise en évidence des déterminations neurobiologiques. Je reste attaché aux références générales sur les addictions pour mettre en place des programmes de prévention sélective auprès des adolescents.

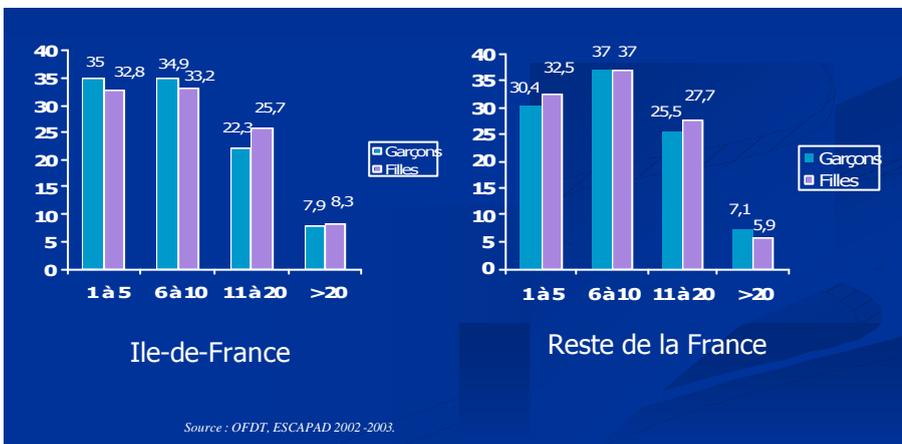
La période de l'âge de 15 à 19 ans est une période sensible par rapport à l'entrée dans des addictions. Un fumeur sur cinq devient dépendant du tabac de 17 à 19 ans. Les usages réguliers du cannabis concernent, malgré une différenciation importante entre filles et garçons, 7,8% des jeunes de 17 ans. Les usages quotidiens de cannabis concernent 4,4% des jeunes à 17 ans. Les tableaux ci-dessous permettent d'avoir une vision synthétique des modalités de consommation du tabac et du cannabis chez les jeunes de 16 à 18 ans.

(2) RUN : Réduction des Usages Nocifs

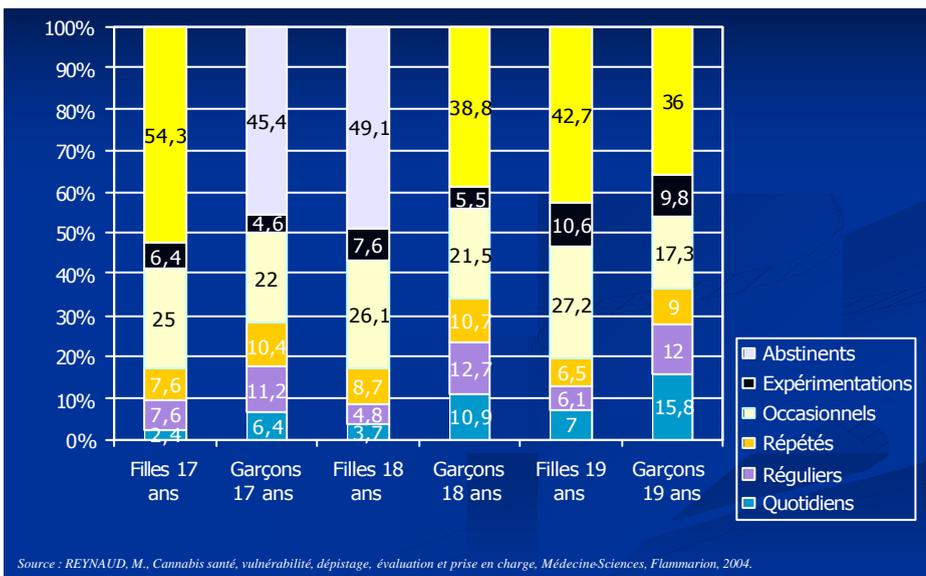
Tabac : usages chez les adolescents



Nombre de cigarettes par jour : les fumeurs quotidiens à 17 ans



Cannabis : niveaux d'usages en 2002



RUN est un programme de prévention sélective qui concerne des adolescents volontaires consommateurs de produits qui souhaitent réduire ou stopper leurs consommations de substances psychoactives. Il permet de faire réfléchir en groupe aux comportements

d'addiction et de renforcer les compétences à mobiliser son estime de soi et sa motivation à reprendre un meilleur contrôle de son comportement. Il contribue à prévenir les dépendances et à diminuer les consommations abusives ou nocives. Ce programme se déroule en groupe et est en cours d'expérimentation. La sensibilisation des jeunes est assurée par une exposition qui assure une information sur les usages et qui situe les consommations dans les expériences de vie de certains jeunes. Le message de cette exposition énonce la phrase suivante « C'est juste une question d'équilibre » signifiant que les consommations de substances psychoactives s'insèrent dans des situations de déséquilibre sur lesquelles on peut essayer d'opérer des ajustements à tout moment. Une permanence d'un intervenant facilite la rencontre et renforce les motivations à s'inscrire à un des programmes d'intervention proposés (RISCO ou RUN). Le projet d'intervention est ensuite réalisé avec la collaboration des professionnels du site concerné et facilite parfois la constitution d'un réseau d'intervenants locaux.

Six étapes correspondant à 4 à 6 séances sont programmées avec un petit groupe de jeunes volontaires. La première étape, *coopération*, vise à créer un climat favorable à la coopération et à l'expression personnelle. Il s'agit de susciter une alliance avec les participants et de renforcer les motivations. Un premier thème d'information, support d'échanges, la dépendance est introduit à l'aide de photos sur différents types de dépendances vécues comme positives ou négatives.

La deuxième étape, *liberté, contraintes et compétences*, valorise les compétences des personnes et leurs capacités à faire face à des situations problématiques. Sont mis en valeur, à l'aide de situations interactives et d'outils de médiation les capacités liées au souffle, à la concentration, à la mémoire, à l'expression des émotions et à la gestion du stress. Un travail personnel sur l'estime de soi et le respect des autres peut être introduit si l'animateur le juge nécessaire. Enfin, la partie d'information et de débat est consacrée aux déterminations ou aux manipulations du commerce ou du trafic.

La troisième étape, les produits dans la vie, aide chacun à trouver des attitudes et des représentations susceptibles de contribuer à réduire les usages nocifs et à conforter l'autocontrôle. Elle contribue à permettre de mieux affronter les situations d'affirmation de soi, de tension ou de décontraction en privilégiant des méthodes corporelles de relaxation et de décontraction et en créant un échange sur la recherche d'attitudes et de représentations qui contribuent à une capacité à faire face. L'information et les échanges concernent les substances psychoactives, leurs effets et leurs mécanismes d'action.

La quatrième étape, *sens et addictions*, facilite une prise de distance avec les comportements d'addiction et permet de mieux repérer le contexte psychologique et social des conduites. Les participants doivent repérer les événements et les états affectifs qui ont conduit à des initiations et des variations de consommation. Nous utilisons une démarche centrée sur les histoires de vie qui permet d'échanger sur le sens et les fonctions des conduites addictives. Les animateurs établissent avec les participants des liens entre les variations de consommation, les ressources personnelles et les événements de vie. Ils mobilisent des compétences pour mieux vivre ces événements de vie et réfléchir parfois à des aménagements.

La dernière séquence, *comment aider et se faire aider*, permet de mieux connaître les possibilités de prise en charge individuelle et d'écoute dans les établissements et sur le site local. Elle contribue à la répétition en échangeant sur les situations qui contribuent à la reprise des consommations nocives. Enfin, une évaluation des acquisitions liées à la participation à ce module. Les participants peuvent être suivis en entretien individuel par les personnels médico sociaux des établissements et il peut être proposé à certains participants plus vulnérables un suivi régulier.

Conclusion

Les approches sur les addictions permettent de comprendre la diversité des modes d'initiation et de consommation. Il faut distinguer des objectifs de prévention primaire qui devraient être plus systématiques au cours de l'adolescence. Nous proposons que ces démarches soient centrées sur la prise de risque afin de prévenir l'apparition de conduites à risques.

Les usages nocifs des adolescents relèvent d'une grande variété. Ils ne relèvent pas tous d'une approche soignante et d'un accompagnement individuel. La prévention en groupe de jeunes volontaires permet à ces jeunes de trouver un lieu pour pouvoir faire surgir une parole qui manque et pour trouver une aide et un soutien mutuel qui contribuent à mieux trouver leur place et à acquérir des capacités de contrôle de leur comportement et à y prévenir les dépendances.

L'école

Education à la santé à l'école élémentaire et prévention du tabagisme Dominique Berger, Maître de conférence en psychologie, IUFM de Lyon

Prévenir plutôt que guérir... Qu'il s'agisse de toxicomanies, de violence, de maladies cardiovasculaires, de cancers ou même de colmatage du gouffre de l'assurance maladie, de lutte contre l'homophobie chaque jour l'école est sollicitée pour répondre. La promulgation récente de la loi de santé publique qui concerne, entre autre, l'éducation à la santé de la population, la diffusion du rapport provisoire de la commission Thélot qui souligne l'importance de l'éducation au vivre ensemble et la publication du rapport d'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège⁽¹⁾ qui appelle à réaffirmer que cette dernière est bien constitutive des missions de l'école, constituent des temps forts de l'actualité de ces derniers mois et marquent de leur empreinte la rentrée scolaire 2004. Dans ce contexte, on ne peut manquer de s'interroger sur le rôle de l'école et la nature de sa contribution dans le domaine de l'éducation à la santé et de la prévention de l'addiction tabagique.

De prime abord, il n'est pas évident que l'école ait à intervenir sur les questions sanitaires. Sa mission fondamentale reste l'apprentissage du Lire, Ecrire Compter. Par ailleurs, la laïcité, qui fonde et structure l'école républicaine, suppose plus que la neutralité, le respect de la diversité des références en particulier culturelles. Ceci est vrai dans le domaine particulièrement sensible du rapport au corps et à la santé, où d'une part, la question du "sens" est extrêmement prégnante et d'autre part on ne peut se référer à des savoirs universels incontestables.

De plus, il n'est pas certain que l'école ait à s'inscrire dans la promotion d'un culte démesuré de la santé, tout se passant comme si, de nos jours, la santé où la conformité à des canons esthétiques se substituait à des valeurs humanistes fondamentales comme finalités ultimes de l'existence.

Les deux arguments les plus fréquemment invoqués pour justifier la mise en œuvre d'une éducation à la santé en milieu scolaire sont le fait qu'une action précoce est un gage d'efficacité de l'action préventive et que l'école permet d'atteindre l'ensemble des individus d'une classe d'âge déterminée. Pour autant, ces justifications et le fait que notre société soit confrontée à des urgences en terme de santé publique sont-ils suffisants pour autoriser n'importe quelle stratégie d'éducation à la santé ? L'alcool tue, il faut immédiatement dire aux élèves de cesser de boire, le tabac fait des ravages, intervenons derechef pour les inciter à ne pas fumer, le SIDA revient en force, une information sur l'usage du préservatif comme unique moyen de protection pertinent s'impose, l'obésité est un fléau d'envergure, incitons-les à diminuer leur consommation de sucreries...

Le tout sans oublier le cannabis, le suicide, les accidents de la route et les accidents domestiques, le diabète, les maladies cardiovasculaires, celles liées à une exposition inadaptée au soleil...

Le trait est à peine forcé, chaque jour l'école est sollicitée pour mettre en œuvre des actions relatives à la santé des élèves.

Pour éminemment justifiables qu'elles soient au plan épidémiologiques, il n'est pas évident que ces injonctions et l'empilement d'actions préventives sur les différents sujets évoqués soient compatibles avec la mission de l'école.

Néanmoins, ces quelques éléments ne conduisent pas à nier le rôle de l'école et à laisser l'intégralité de la responsabilité de cette éducation à la famille. Ils soulignent plutôt la nécessité d'une articulation des objectifs de santé publique à la mission fondamentale de l'école.

(1) Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège. Rapport aux ministres de l'éducation nationale et de la santé rédigé par les inspections générales de l'éducation nationale, de l'administration de l'éducation nationale et des affaires sociales. Janvier 2004.

Eduquer les personnes et les citoyens c'est viser à permettre l'émergence d'esprits capables de penser par eux-mêmes, c'est leur permettre de résister aux formes d'emprise auxquels ils sont confrontés ici et maintenant : les stéréotypes, la pression des pairs, le pouvoir des médias mais aussi les réactions émotionnelles immédiates.

Ainsi, à l'école, la légitimité de l'éducation à la santé n'est pas fondée en référence exclusive aux problèmes de santé mais davantage en terme de construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables.

Prenons l'exemple de la consommation de tabac. Celle-ci est légale dans notre pays. A la condition de respecter la loi, fumer relève donc de la liberté individuelle. Si l'école est fondée à délivrer une éducation dans ce domaine ce n'est pas au titre d'un interdit légal comme c'est le cas pour les drogues illicites mais au nom d'une idée de l'homme et du citoyen : la consommation de tabac, celle d'alcool comme des autres psychotropes peut générer une dépendance, une aliénation, une perte de liberté.

Il s'agit donc de donner à la personne les moyens de prendre soin d'elle-même, de faire des choix éclairés, de décider de façon autonome, d'exercer sa responsabilité envers sa propre santé et envers les autres.

Le but est d'acquérir des savoirs sur soi, des compétences personnelles et des compétences sociales. Partager, vivre ensemble, échanger et accéder à une culture commune deviennent des enjeux de santé fondamentaux. L'éducation pour la santé prend alors une portée universaliste autour de valeurs communes. Elle se situe entre un dessein de développement personnel dépassant le simple cadre de la santé, l'histoire de la personne et un projet groupal et social. De nouvelles voies se dessinent alors en fonction des contextes individuels et sociaux. Il s'agit d'amener l'enfant à prendre du pouvoir sur lui et son environnement puis à être en capacité de le faire à titre collectif. Le rôle de l'acteur d'éducation à la santé est donc un rôle complexe impliquant des stratégies différenciées en fonction des cheminements et des particularismes individuels et culturels.

Dans cette perspective, disposer de connaissances, connaissance de soi et de ses besoins, connaissances scientifiques relatives à la santé, relatives aux produits est un élément indispensable mais non suffisant.

La maîtrise de compétences personnelles telles que la confiance en soi, l'aptitude à gérer le risque tout comme la capacité de mettre à distance la pression des stéréotypes ou de la publicité sont indispensables.

Mettre en œuvre des activités éducatives dans ces différents champs est bien au cœur même de la mission de l'école. Viser à permettre aux élèves de maîtriser des connaissances sur les comportements et leurs effets sur la santé, développer de l'estime de soi, mettre en place une éducation aux médias par exemple, c'est bien permettre à l'élève de s'approprier les moyens de construire sa propre liberté comme personne et comme citoyen... C'est à dire d'éduquer à la citoyenneté. Eduquer à la santé, c'est également avant tout prendre du pouvoir sur soi et sur son environnement. Nous dépassons alors le temps de l'urgence du soin et de la réparation pour prendre celui de l'éducation...

Nous sommes bien loin ici d'une représentation de l'éducation à la santé comme transmission d'un message normatif univoque décrivant les bons et les mauvais comportements voir les stigmatisant. Nous sommes bien loin de conceptions fondées sur l'injection d'angoisse comme moteur de la prévention. Nous sommes bien loin de plans de communication dont l'aspect ponctuel et factuel s'apparente davantage à un faire valoir qu'à une action éducative.

On le voit, l'école n'est pas le lieu de la deuxième chance, la structure idéale susceptible de suppléer aux carences de l'éducation parentale ni celui où un public captif serait la cible de publicitaires bien intentionnés.

Or les modèles d'ES fondés sur l'entrée par la pathologie ou le risque s'ils ont eu pour effet de réduire les maladies, sont limités par leurs approches mécanistes.

L'information sanitaire transmet des connaissances scientifiques dans une disposition pédagogique asymétrique selon un formatage unique où l'ignorant est censé recevoir les messages de prévention, les intégrer et se conformer aux prescriptions comportementales et aux normes socioculturelles dominantes. S'il ne le fait pas ce sera à ses dépens. Mais, chacun sait que l'information sur les risques et l'acquisition de connaissances ne suffisent pas à induire des comportements d'évitement des risques. Il ne suffit pas de bien connaître les dangers de la consommation tabagique pour cesser de fumer, pas plus que la connaissance des modes de transmission du VIH oblige systématiquement au port du préservatif ou à l'abstinence lors des premières relations sexuelles...

De nos jours, on assiste à un glissement progressif d'une politique publique qui avait commencé à miser sur la prévention et l'éducation, vers la réparation et la répression. L'éducation pour la santé apparaît même comme disqualifiée dans sa finalité, dans ses valeurs et dans son efficacité. La pensée sécuritaire dominante (caractérisée par des prêts-à-penser tels que le "risque zéro" ou le "principe de précaution")⁽²⁾ paraît comme antinomique⁽³⁾ à tout dispositif éducatif et efface la pensée éducative émancipatrice. Elle entraîne inmanquablement la désignation et la stigmatisation. Le "fumeur", le "chauffard", le "drogué" sont ainsi montrés comme de modernes "criminels" et mis symboliquement au banc de la société. Chacun est potentiellement coupable et ceci permet difficilement d'intégrer la dimension de la santé sociale notamment dans sa direction interactionnelle et communicationnelle et nous pose des interrogations éthiques sur les phénomènes de désignation et d'attente induites. Que pense et ressent un enfant dont le parent fume, comment gère-t-il l'angoisse provoquée par les messages mortifères associés aux campagnes de "prévention"... ? Nous ne pouvons qu'en souligner le paradoxe⁽⁴⁾.

Par ailleurs, dans cette approche autour de situations construites à partir des risques, alors que l'éducation à la santé apparaît d'évidence comme la seule voie possible, on assiste de façon concomitante, d'une part à l'augmentation inflationniste de campagnes de "prévention" dans une visée de coûts réduits et d'efficacité immédiate au détriment de la durée et de l'investissement éducatif et d'autre part à une complexité croissante des comportements sociaux et une imprévisibilité accrue obérant la prévention. Cette entrée brutale dans le champ de l'éducation pour la santé des conceptions provenant de l'économie de marché dans ses aspects les plus libéraux pose directement la question de la pertinence d'actions conçues, de décisions prises selon les schémas de la rationalité administrative et instrumentale, des coûts budgétaires et de la visibilité publicitaire.

Le rôle de l'école est d'une autre nature et il y a danger à attribuer à l'école des missions qu'elle ne peut remplir.

Comme le souligne le rapport des inspections générales, c'est sur l'équipe éducative et en particulier les enseignants dans le cadre de leurs cours que doit s'appuyer le dispositif d'éducation à la santé et non sur une intervention directe et ponctuelle de "spécialistes" extérieurs.

Si, de par leurs missions et leurs compétences, c'est aux enseignants qu'est dévolue l'éducation à la santé, il n'en reste pas moins vrai que du fait de la complexité des questions scientifiques et éthiques posées, ils doivent être conseillés et soutenus par des professionnels de santé.

La présence, au coté des enseignants, au sein même des établissements, des professionnels de santé que sont les médecins et les infirmiers de l'éducation nationale est le gage d'un travail d'équipe réel qui a fait ses preuves.

(2) Dont chacun s'accorde à reconnaître le peu de fondement scientifique...

(3) En témoignent le fleurissement morbide des silhouettes noires le long des routes, les campagnes de sécurité routières et celles antitabagiques fondées explicitement sur la peur. Or l'injection d'angoisse stimule les comportements de défense. Au mieux, le message sidère la pensée et n'a aucun effet, il est détourné et provoque le rire. Au pire, notamment chez les plus fragiles, il renforce le comportement incriminé car celui-ci est le plus souvent utilisé par son auteur comme un des moyens de combattre l'angoisse. (cf. Adolescent stress and smoking behaviour. A prospective investigation. J Psychosom Res 2003 Apr;54(4):313-21 Byrne DG, Mazanov J. Australian National University, School of Psychology, 0200, Canberra ACT, Australia). Le rapport coût-efficacité est alors loin d'être évident.

(4) Les comportements d'addiction sont souvent liés à des fragilités psychologiques et ont pour fonction de protéger la personne de l'angoisse. L'évocation violente de la mort, très explicitement mise en avant dans ces messages de "prévention" constitue une véritable injection d'angoisse et génère souvent le comportement qui vise à protéger de l'angoisse...

A ce titre, le transfert des médecins de l'éducation nationale aux collectivités locales que certains appellent de leurs vœux ne peut que mettre gravement en danger le développement d'une éducation à la santé à l'école.

Au delà de son développement dans les enseignements dans diverses matières, l'éducation à la santé ne peut prendre tout son sens que dans la mesure où elle s'insère dans une démarche plus vaste de promotion de la santé⁽⁵⁾ au sein de l'école, du collège ou du lycée impliquant réellement tous les acteurs de la communauté éducative et en particulier les familles.

Hors d'un réel investissement en matière de vie collective au sein de l'établissement, d'accueil des élèves, de relation aux parents et aux partenaires institutionnels et associatifs, de présence de services sociaux et de santé, les activités pédagogiques en éducation à la santé restent formelles, elles ne sont qu'un vernis superficiel qui a bien peu de chance de rejoindre la personne humaine dans la dynamique de son développement.

Pour autant, le nécessaire partenariat entre ces acteurs ne s'improvise pas, il est le résultat d'une démarche collective durable qui conduit à l'émergence d'une culture commune. Dans cette perspective, la formation se révèle être un enjeu capital. En tout état de cause, qu'il s'agisse des enseignants, des cadres, des personnels de santé ou sociaux, la prise en compte de l'éducation à la santé dans l'exercice du métier ne peut se faire que si l'on pense également les formations dans une cohérence avec les dispositifs d'éducation à la santé. C'est d'abord dans le développement de formations communes et interprofessionnelles, inter catégorielles que se développera l'éducation à la santé et une lutte efficace contre les abus tabagiques au sein des écoles...

Et c'est ensuite dans la mise en œuvre de projets de santé partenariaux promouvant une approche globale de la personne au sein de l'école, du collège et du lycée, approche inscrite dans la durée que pourra se développer une prévention efficace des conduites tabagiques...

Pour terminer, je souhaiterais remercier le Professeur Didier JOURDAN pour son aide précieuse et constante dans la rédaction de cet exposé.

(5) La promotion de la santé (Charte d'Ottawa, OMS 1986) a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. Le concept de promotion de santé dépasse l'individu pour penser la communauté et prendre en compte interactions entre la personne et son environnement tant physique qu'humain.

Bibliographie sommaire :

1. Berger D. (2004). Former des praticiens réflexifs. In "La formation des acteurs de l'Éducation à la santé en milieu scolaire" sous la direction de Jourdan D., coll. Ecole et Santé. Presses universitaires du Sud.
2. Jourdan, D., Berger, D., Picc I., Aublet-cuvellier, B., Lejeune, M.L., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C. et Glanddier, P.Y. (2002) Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. Santé publique. n°41. 403-423
3. Merini, C., Jourdan, D., Victor, P., Berger, D., de Peretti, C. (2004). L'éducation à la santé à l'école élémentaire : guide pratique. Editions de l'Ecole nationale de santé Publique. Rennes

L'école

Le concours Classes Non Fumeurs dans les collèges : l'expérience française

Sylvia Touraine, Chargée de mission, Association Classes Non Fumeurs, Paris

Un concours européen : La Smokefree Class Competition

Le concours Classes Non Fumeurs fait partie du programme européen de prévention du tabagisme auprès des jeunes de 11 à 14 ans, intitulé the "Smokefree Class Competition". Ce programme a été initié en 1989 en Finlande et s'est développé dans d'autres pays à partir de 1997.

A ce jour, plus d'une quinzaine de pays participent à cette action. Au cours de l'année scolaire 2003/2004, on comptait plus de 25 000 classes en Europe, soit plus de 600 000 élèves (voir Figure 1).

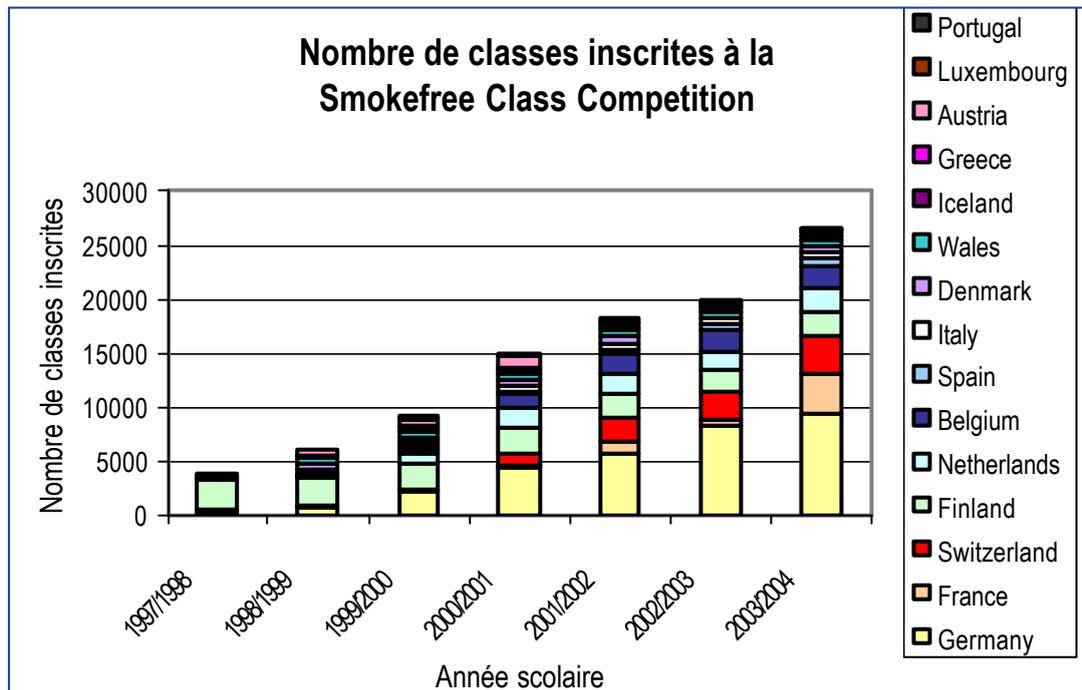


Figure 1 : nombre de classes inscrites à la Smokefree Class Competition

Les objectifs du concours sont de :

- retarder l'entrée en tabagie des jeunes,
- faire arrêter ou diminuer les jeunes qui ont déjà touché à la cigarette,
- initier des actions de promotion d'éducation à la santé.

Les règles du concours sont communes à tous les pays :

- les classes s'engagent à ne pas fumer pendant 6 mois,
- elles font le point régulièrement sur le rapport à la cigarette des élèves avec le responsable de la classe,
- les classes qui ont réussi à rester non fumeur ou devenir "non fumeur", participent à un tirage au sort, qui leur permet de gagner de nombreux cadeaux, dont un voyage dans un pays européen.

Le concours Classes Non Fumeurs en France

En France, le concours est piloté depuis 1997 par l'association Classes Non Fumeurs, créée par le Dr Kamel ABDENNBI, cardiologue-tabacologue.

Le concours est soutenu par le Ministère de la santé, le Ministère de l'Education Nationale et la Mission Interministérielle de lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT).

Le concours en France a été initialisé dans le département de Seine Saint Denis aux classes de 6ème et 5ème et a été progressivement étendu à d'autres départements, puis en 2003/2004 à tous les collèges de France et tous les niveaux de classe.

En 2003/2004, plus de 3500 classes de tous les niveaux des collèges (de la 6ème à la 3ème) se sont inscrites au concours, dans 13 % des collèges français, soit 900 collèges (voir Figure 2).

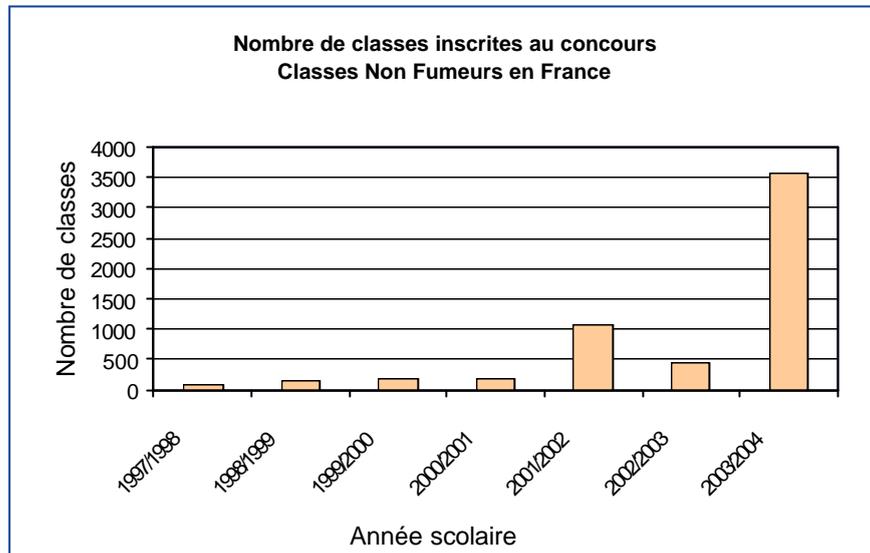


Figure 2 : nombre de classes inscrites au concours Classes Non Fumeurs en France

L'information sur le concours est donnée aux chefs d'établissements, qui transmettent aux services médicaux, professeurs et à tout personnel souhaitant s'impliquer dans la prévention du tabagisme (CPE,...).

Chaque responsable de classe reçoit un dossier de participation⁽¹⁾, qui contient :

- une lettre pour le responsable,
- une lettre pour les parents,
- une fiche d'engagement collective,
- une fiche d'engagement individuelle,
- une brochure,
- un poster et des autocollants,
- le pentathlon de la loi Evin,
- les cartes de confirmation mensuelles
- la carte d'abandon.

Un responsable pour chaque classe fait le point mensuellement avec les élèves pour connaître leur rapport au tabac, et retourne l'information à l'association, soit par papier (par les cartes présentes dans le dossier) ou par Internet (par la gestion directe du compte sur la base de données).

En 2003/2004, 48 % des responsables utilisaient les documents papier et 52 % utilisaient la base de données sur Internet.

Trois axes de travail sont privilégiés en France :

- la prévention du tabagisme avec le concours,
- une information sur le cannabis,
- la sensibilisation à la loi Evin.

(1) Matériel pédagogique 2003/2004

Les questionnaires d'évaluation 2003/2004

Un questionnaire d'évaluation a été envoyé l'année dernière par Internet à 502 responsables de classes, encadrant environ 1800 classes (un responsable s'occupe en moyenne de 3,6 classes).

179 questionnaires nous ont été retournés, soit 36 % de réponses, correspondant à 650 classes.

Nous noterons une grande satisfaction des participants, puisque 98 % souhaitent poursuivre le concours en 2004/2005. Par ailleurs, 90 % des responsables pensent que le concours permet aux élèves de devenir acteurs de leur santé.

Les résultats détaillés sont présentés dans les pages suivantes et seront décrits au cours de la présentation.

Pour davantage d'informations, vous pouvez consulter le site Internet :
www.classesnonfumeurs.org

ou nous contacter aux coordonnées suivantes :

Association Classes Non Fumeurs

7, rue du four

92800 Puteaux

Tél : 01 46 25 97 75

Fax : 01 46 25 98 22

Résultats du questionnaire d'évaluation 2003-2004

Afin de mieux vous connaître

1. Vous travaillez dans le collège en tant que :

	Pourcentage
Personnel social et de santé (infirmière, médecin ou assistante sociale)	12 %
Enseignant	74 %
CPE	5 %
Documentaliste	3 %
Principal	3 %
Autre	3 %

2. Si vous êtes enseignant, pouvez-vous indiquer votre discipline :

	Pourcentage
Arts plastiques	2 %
Education musicale	1 %
Education physique et sportive	11 %
Français	11 %
Histoire/Géographie	5 %
Langues vivantes	6 %
Mathématiques	4 %
Sciences et Vie de la Terre	51 %
Technologie	6 %
Autres disciplines	4 %

3. Comment accédez-vous à Internet ? :

	Pourcentage
Du collège	58 %
De votre domicile	42 %

Votre connaissance du concours

4. Combien de fois avez-vous déjà participé au concours les années précédentes ?

	Pourcentage
0	86 %
1	7 %
2	4 %
3	2 %
4	0 %
5	1 %
6	0 %

5. Comment avez-vous été informé du concours ?

	Pourcentage
Par le collègue	40 %
Par les médias	5 %
Par l'éducation nationale (rectorat,...)	15 %
Par Classes Non Fumeurs	28 %
Par les élèves	1 %
Autre	11 %

6. Par quel type de média avez-vous entendu parler du concours ?

	Pourcentage
A un programme de TV nationale	13 %
A un programme de TV régionale	4 %
A un programme de radio nationale	5 %
A un programme de radio régionale	1 %
Dans la presse écrite nationale	8 %
Dans la presse écrite régionale	1 %
Aucun	68 %

7. Le concours entre t-il dans un des dispositifs suivants ?

	Pourcentage
Programme scolaire	40 %
Vie scolaire	35 %
Itinéraire De Découverte	6 %
Autres	19 %
Autres (à décrire) : CESC	

8. Menez-vous d'autres actions de prévention du tabac que Classes Non Fumeurs ?

	Pourcentage
Oui	52 %
Non	48 %

9. Si oui, s'agit-il de :

	Pourcentage
Jamais la Première / Fédération Française de Cardiologie	22 %
Pataclope / Ligue Contre le Cancer	14 %
Ecole Sans Tabac / CNMR	1 %
Autres	63 %
Autres (à décrire) :	

10. Utilisez-vous les informations existant sur le site Internet www.classesnonfumeurs.org pour faire travailler les élèves sur le tabac ? :

	Pourcentage
Oui	64 %
Non	36 %

Votre avis sur les règles du concours

11. Diriez-vous que le concours est :

	Pourcentage
Très facile	36 %
Facile	57 %
Difficile	7 %
Trop dur	1 %

12. Selon vous, la notion de "tribu" Non Fumeur de la classe est :

	Pourcentage
Très fédérateur	13 %
Fédérateur	63 %
N'a aucun intérêt	9 %
Sans avis	16 %

13. Notez sur une échelle de 1 à 5 (5 étant la meilleure note) les valeurs apportées et développées par les élèves autour du concours

	Moyenne
La confiance	3.5
La responsabilité	3.8
L'engagement	4
Le respect	3.3

14. Notez sur une échelle de 1 à 5 (5 étant la meilleure note) la pertinence du concours auprès des différentes classes ?

	Moyenne
6ème	3.8
5ème	3.7
4ème	3.7
3ème	3.1

15. Pensez-vous que les prix sont une motivation pour les élèves ?

	Pourcentage
Forte	70 %
Moyenne	28 %
Faible	1 %

16. Quels types de prix vous semblent les plus adéquats ?

	Pourcentage
Individuels	37 %
Collectifs	63 %

Votre avis sur les documents pédagogiques et le site Internet

17. Que pensez-vous des dossiers de participation ?

	Pourcentage
Très satisfaisant	42 %
Satisfaisant	55 %
Peu satisfaisant	3 %
Mal conçu	0 %

18. Avez-vous consulté et visité le site Internet ?

	Pourcentage
Oui	92 %
Non	8 %
Combien de fois : ____	

19. Pensez-vous que le site Internet est ?

	Pourcentage
Très satisfaisant	31 %
Satisfaisant	64 %
Peu satisfaisant	4 %
Mal conçu	1 %

20. Seriez vous intéressé par recevoir une lettre d'information ?

	Pourcentage
Trimestrielle	73 %
Bisannuelle	22 %
Aucune	4 %

21. Seriez-vous intéressé pour écrire des articles de la lettre d'information ou y participer ?

	Pourcentage
Oui	28 %
Non	72 %

Votre avis sur des intervenants

22. Seriez-vous intéressés par des interventions sur le tabac au sein de votre collège ?

	Pourcentage
Oui	96 %
Non	4 %

23. Si oui, seriez-vous intéressés pour que Classes Non Fumeurs mette à votre disposition les coordonnées d'intervenants locaux via Internet ?

	Pourcentage
Très favorables	62 %
Favorables	33 %
Pas d'avis	5 %

Votre avis sur la prévention

24. Selon vous, le concours permet-il de modifier l'image du fumeur ?

	Pourcentage
Oui	89 %
Non	11 %

25. Le concours Classes Non Fumeurs facilite t'il le dialogue avec les élèves sur le tabagisme ?

	Pourcentage
Oui	98 %
Non	2 %

26. Utilisez-vous les informations existant sur le site Internet pour faire travailler les élèves sur le cannabis ?

	Pourcentage
Oui	32 %
Non	68 %

27. Le concours Classes Non Fumeurs permet-il de faire connaître la loi Evin ?

	Pourcentage
Oui	97 %
Non	3 %

28. Avez-vous effectué le pentathlon de la loi Evin ?

	Pourcentage
Oui	90 %
Non	10 %

29. Si oui, comment l'avez-vous effectué ?

	Pourcentage
Sur Internet	47 %
Sur papier	53 %

30. Pour vous, le pentathlon de la loi Evin est un :

	Pourcentage
Très bon	30 %
Bon	50 %
Moyen	21 %
Mauvais	2 %

Outil pour faire connaître la loi Evin.

31. Pour vous, le pentathlon de la loi Evin permet il de prendre conscience que le collège est un espace non fumeur :

	Pourcentage
Oui	92 %
Non	8 %

Le concours est-il selon vous un outil de dialogue ?

32. Selon vous, le concours Classes Non Fumeurs est un outil de dialogue ?

	Parents/Elèves	Enseignants/Elèves
Très satisfaisant	12 %	47 %
Satisfaisant	50 %	47 %
Peu satisfaisant	33 %	5 %
Pas du tout satisfaisant	5 %	0

33. Pensez-vous que le concours Classes Non Fumeurs permet aux élèves de devenir acteurs de leur santé ?

	Pourcentage
Oui	90 %
Non	10 %

34. Selon vous, le concours Classes Non Fumeurs peut-il être un soutien pertinent au chef d'établissement pour lutter dans son collège contre le tabagisme ?

	Pourcentage
Oui	91 %
Non	9 %

35. Selon vous, le concours a-t-il un impact sur le rapport au tabac des élèves ?

	Pourcentage
Un impact très important	61 %
Un impact peu important	38 %
Aucun impact	1 %

36. Selon vous, le concours a une influence favorable sur le rapport au tabac des ?

	Pourcentage
Elèves	70 %
Parents	15 %
Enseignants	15 %

37. Connaissez-vous des professeurs qui ont arrêté de fumer grâce au concours ?

	Pourcentage
Oui	15 %
Non	85 %

Votre satisfaction globale du concours

38. Globalement, vous êtes

	Pourcentage
Très satisfait	23 %
Satisfait	70 %
Peu satisfait	7 %
Mécontent	0 %

39. Pensez-vous participer au prochain concours 2004/2005 (de novembre 2004 à mai 2005) ?

	Pourcentage
Oui	98 %
Non	2 %

Les axes de progrès du concours ?

40. Selon vous, quels sont les axes de progrès du concours ?

- Donner l'information sur le concours plus tôt
- Forum pour que les enseignants puissent poser les questions à des responsables
- Davantage de projets créatifs
- Proposer un questionnaire aux élèves chaque mois
- Davantage d'informations dans les médias
- Plus d'informations médicales,... sur le site internet
- Cadeau même symbolique à l'ensemble des élèves

L'école

Les difficultés de l'évaluation de la dépendance tabagique chez les adolescents

Catherine Mautrait et Pr Gilbert Lagrue, Centre de tabacologie, Hôpital A. Chenevier, Créteil

texte tiré de : *Le Courrier des addictions* (6), n° 3, juillet-août-septembre 2004

La définition reconnue de la dépendance à une substance est celle de l'OMS. Elle peut être résumée en une phrase : « Besoin irrésistible d'utiliser une substance contre sa raison et contre sa volonté ».

Pour caractériser cliniquement l'existence d'une dépendance Tabagique (DT), deux types de critères ont été utilisés :

- Critères catégoriels, tel celui du DSM IV qui décrit un certain nombre de symptômes devant être présents pour poser le diagnostic. Un modèle très proche est celui de l'OMS, l'ICD 10. Mais il ne permet pas de mesurer le degré de DT.

- Critères quantitatifs ayant pour objectif de reconnaître et d'évaluer l'importance de la DT. En ce domaine, le questionnaire internationalement reconnu est celui proposé par Fagerström, le FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependance ; six questions, score/10) (1). La structure du FTND est multidimensionnelle. Elle explore donc plusieurs facteurs, devient unidimensionnelle en supprimant la question « À quelle cigarette est-il le plus difficile de renoncer ? », comme l'a proposé Chabrol (2). En l'absence de connaissance précise sur le ou les mécanismes de la dépendance, il n'y a pas de "gold standard" sur lequel étalonner et valider les échelles proposées.

Les travaux récents suggèrent qu'il y aurait plusieurs types de DT, de même qu'il n'y a pas un seul, mais de multiples mécanismes sous-jacents. De nouveaux tests seront donc nécessaires pour mieux reconnaître les différentes formes de DT, et proposer des approches thérapeutiques mieux adaptées (voir le Courrier des addictions, juin 2004).

Le tabagisme, essentiellement l'usage de la cigarette, débute dans plus de 80 % des cas avant 18 ans, et chez la moitié de ces sujets avant 15 ans, avec une fréquence égale dans les deux sexes. La dépendance tabagique (DT) s'installe dès l'adolescence (3). Le pourcentage de fumeurs augmente progressivement avec l'âge, et pour chaque tranche d'âge, le nombre de cigarettes par jour s'élève régulièrement, atteignant la moyenne de 10 cigarettes par jour à 18 ans.

Cela témoigne de façon évidente d'une dépendance dont il serait important de pouvoir étudier et évaluer les premiers stades (*tableau I*).s

Age	% fumeurs fumeurs dont fumeurs réguliers	Nb moyen de cigarettes par jour
12-13 ans	8 % - (25 %) soit 2 %	2,2
14-15 ans	31 % - (70%) soit 17 %	5,1
16-17 ans	52 % - (90 %) soit 45 %	8,9
18 ans	58 % - (90 %) soit 52 %	10,5

Nous connaissons très mal les causes du passage du tabagisme d'initiation au tabagisme irrégulier puis régulier, avec apparition des signes classiques de DT observés chez l'adulte. Cela serait pourtant essentiel car plus de la moitié de ces adolescents fumant 10 cigarettes par jour et plus, vont devenir des adultes fortement dépendants, c'est-à-dire les futures victimes du tabac entre 30 et 50 ans (4).

Les instruments actuellement utilisés pour l'adulte ne peuvent pas être employés chez l'adolescent : les critères du DSM et de l'ICD 10 ont été établis à partir de l'étude de sujets adultes et alcoolodépendants. Ils n'ont jamais été validés chez l'adolescent ; certains des items ne sont pas adaptés aux caractéristiques de la DT de l'adolescent. Par ailleurs, ces outils n'apportent qu'une réponse qualitative : il y a ou il n'y a pas présence d'une dépendance. Ils ne permettent pas d'étudier les phases évolutives.

Pour le test de Fagerström, certaines questions ne correspondent pas aux modalités de l'usage de la cigarette dans ces tranches d'âges, et tout particulièrement chez les plus jeunes : le nombre de cigarettes quotidiennes augmente au fil des années et n'a pas encore atteint son maximum à 18 ans. La consommation est d'ailleurs très variable d'un jour à l'autre et n'a pas le caractère régulier de la consommation des adultes très dépendants. En raison des interdits familiaux, l'heure de la première cigarette est le plus souvent retardée. De même les interdits sont appliqués dans les collèges et ne le sont encore qu'irrégulièrement dans les lycées.

Dans un travail espagnol utilisant le FTND sur des adolescents de 10 à 17 ans (âge moyen 14 ans), il y a 22 % de fumeurs dont 63 % de fumeurs quotidiens : 5 % seulement fument dès le réveil et 3 % fument plus de 20 cigarettes par jour ; 7 % ont un score supérieur à 7 au FTND (score moyen 2,5 = 2) et 49 % un score entre 0 et 2 (7). Ainsi le FTND sous-estime-t-il certainement la fréquence de la DT.

En réalité, des modifications du test de Fagerström ont donc été proposées (5-6). La DT s'installe très précocement comme l'ont souligné Di Franza et O'Loughlin (8-9).

Ces auteurs ont étudié les modalités et la chronologie du début de la DT à partir du moment où le sujet perd le contrôle de la consommation, c'est-à-dire lorsqu'apparaissent des obstacles à l'arrêt, et que la consommation n'est plus le résultat d'une libre décision. En se fondant sur les mécanismes les plus reconnus de la DT, et après une série d'entretiens "ouverts" avec des adolescents fumeurs de 13 ans, ils ont proposé un test en dix questions, le "HONC : Hooked On Nicotine Checklist" (tableau II) - Ce test a été validé selon les critères psychométriques usuels, et sa cohérence interne est très bonne (α de Cronbach=0,90). Les différents symptômes permettent d'explorer :

- le renforcement positif et la théorie de l'automédication;
- le renforcement négatif lié au syndrome de sevrage ;
- la survenue du *craving* expliquant la pulsion irrésistible à prendre une cigarette, selon la théorie de la neuroadaptation : stimulation, sensibilisation.

Tableau II. Test en 10 questions : le HONC

Dépendance tabagique chez l'adolescent
Questionnaire de perte de contrôle d'après
Di Franza

HONC = Hooked On Nicotine Checklist

1. Avez-vous déjà fait une tentative d'arrêt du tabac sans y parvenir ?			
oui	1	non	0
2. Fumez-vous actuellement parce qu'il vous est très difficile d'arrêter ?			
oui	1	non	0
3. Vous êtes-vous déjà senti "accro" au tabac ?			
oui	1	non	0
4. Avez-vous déjà ressenti un fort besoin de fumer ?			
oui	1	non	0
5. Avez-vous déjà senti que vous aviez réellement besoin d'une cigarette ?			
oui	1	non	0
6. Est-il difficile de rester sans fumer quand vous entrez dans les endroits où vous ne pouvez pas fumer (exemple le lycée) ?			
oui	1	non	0
Quand vous essayez d'arrêter ou que vous ne pouvez pas fumer pendant un certain temps :			
7. Est-il difficile de vous concentrer ?			
oui	1	non	0
8. Vous sentez-vous plus irritable ?			
oui	1	non	0
9. Ressentez-vous un fort besoin ou une pulsion à fumer ?			
oui	1	non	0
10. Vous sentez-vous nerveux, agité ou anxieux ?			
oui	1	non	0

Ils ont montré, dans un groupe de très jeunes fumeurs (12-15 ans), suivis sur 18 mois, les faits essentiels suivants :

- la perte de contrôle se produit très rapidement pour des consommations très minimales, parfois avant même l'usage régulier quotidien de la cigarette ; parmi les jeunes de 12-13 ans, ayant fumé au moins une cigarette sur 2 mois, 6 mois plus tard, 30 % ont déjà un signe de perte de contrôle de la consommation (figure) ;
- ce test apparaît très sensible, la présence d'un seul item positif prédit la poursuite du tabagisme avec un OR de 29 ;
- la présence de plusieurs items positifs prédit l'installation d'un tabagisme régulier avec un OR de 58.

Ainsi le HONC peut permettre de déceler les premiers symptômes traduisant l'installation d'une dépendance. En fonction de toutes ces données nous avons modifié le test de Fagerström en l'adaptant aux caractéristiques du tabagisme de l'adolescent et retenu seulement quatre questions (tableau III). Les résultats du test de Fagerström modifié et du HONC montrent une bonne corrélation ($r=0,69$; $p<0,001$). Ce test doit être maintenant validé selon les critères habituels : fidélité au test-retest, cohérence interne (α , de Cronbach) caractère uni - ou multifactoriel. Il doit être confronté avec les dosages de cotinine, marqueur de la quantité de nicotine absorbée chaque jour par le fumeur et surtout à l'évolution ultérieure en fonction du degré de motivation à l'arrêt.

Travail réalisé avec l'aide du Comité du Val-de-Marne de la Ligue contre le cancer et de la CPAM-94.

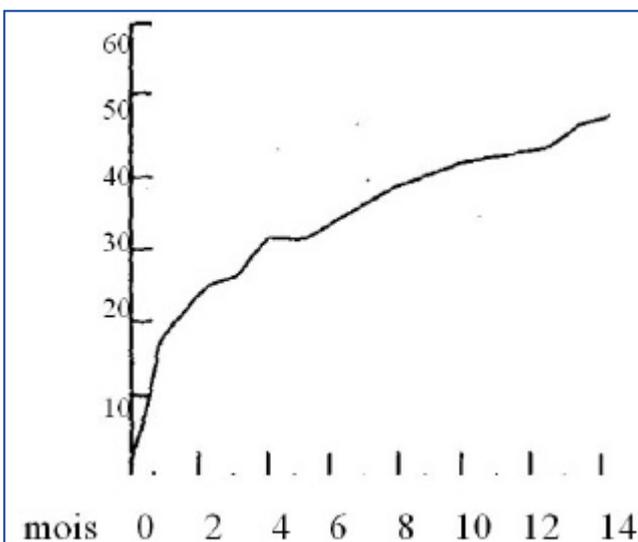


Figure. Fréquence cumulative de l'apparition du premier symptôme de perte de contrôle de la consommation - 95 adolescents (12-13 ans), ayant fumé au moins une cigarette sur deux mois (8).

Tableau III. Test en 4 questions adapté pour les adolescents d'après Fagerström

Test de dépendance pour les adolescents d'après Fagerström

1. A quel moment de la journée prenez-vous votre première cigarette ?	
Avant de quitter le domicile	3
Après avoir quitté le domicile	2
Après le repas de midi	1
Plus tard	0
Quel est le délai (en minutes, ou en heures) entre votre réveil et la première cigarette ?	
2. Combien de temps pouvez-vous rester sans ressentir le besoin de fumer quelle que soit votre activité ?	
0 à 2 heures	2
De 2 heures à 4 heures	1
Plus d'une matinée ou d'une après-midi	0
3. Combien de cigarettes fumez-vous régulièrement par jour ?	
1 à 5	1
6 à 9	2
10 à 15	3
plus de 15	4
Précisez votre consommation moyenne par jour :	
Vous privez-vous volontairement ?	
oui	non
4. Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester à la maison ?	
oui	1
non	0
Total	

Références bibliographiques

- 1 Heatherton T, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Brit J Addiction* 1991;86: 1119-27
- 2 Chabrol H, Niezborala M, Chastan E et al. A study of psychometric properties of the Fagerström test for nicotine dependence. *Addictive Behaviors* 2003; 28:1441-5
- 3 Lagrue G, Melihan?Cheinin P, Mautrait C, Dupont P. Le tabagisme des adolescents, un enjeu majeur en santé publique. *Médecine interne* 2001;49,entretiens de Bichat

4. Pierce JP. How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarettes. *Am J Public Health* 1996;86:253-6
5. Prokhorov A, De Moor C, Pallonen U et al. Validation of the modified Fagerström tolerance questionnaire with salivary cotinine among adolescents. *Addictive Behaviors* 2002;25:429-33
6. Colby S, Tiffany S, Shiffman S, Niaura R. Measuring nicotine dependence among youth. *Drug and alcohol dependence* 2000;59,suppl. 1:S23-S29.
7. Clemente M, Aranda E, Pérez A, Trullén et al. Determinación de la dependencia nicotínica en escolares fumadores a través de un test de Fagerström modificado. *An Pediatr.* 2003;58:538-44
8. Di Franza J, Savageau J, Fletcher K et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:397.403
9. O'Loughlin J, Di Franza J, Tarasuk et al. Assessment of nicotine dependence symptoms in adolescents: a comparison of five indicators. *Tobacco Control* 2002;11:354-60

Brèves

Tabac et pathologies : liens de causalité prouvés

Dans son rapport sur les conséquences sanitaires du tabagisme aux Etats-Unis, le Surgeon General (sorte de DGS) recense les pathologies suivantes pour lesquelles il existe désormais une relation de causalité avec le tabagisme :

- **Cancers** : vessie, col de l'utérus, œsophage, rein, voies aérodigestives supérieures, leucémie myéloïde aiguë, bronches, pancréas, estomac.
- **Maladies respiratoires** : bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, insuffisance respiratoire chronique, problèmes respiratoires induits par le tabagisme maternel chez l'enfant...
- **Maladies cardiovasculaires** : anévrisme aortique, athérosclérose, accidents vasculaires cérébraux, maladie coronarienne
- **Reproduction, médecine néonatale** : mort subite du nourrisson, faible poids de naissance, complications de la grossesse (prématurité, placenta praevia, rupture prématurée des membranes, baisse de la fertilité féminine).
- **Autres** : cataracte, faible densité osseuse, fracture du col du fémur, maladies ulcéreuses (estomac et duodénum), complications postopératoires.

Surgeon General's Report The Health Consequences of smoking.

<http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences>. In : *Actualités Tabac, INPES, n°51*

Formaldéhyde : les risques du métier... de fumeur

Le formaldéhyde, produit chimique largement utilisé pour la fabrication des peintures et vernis, de la laine de verre, des adhésifs, des panneaux en aggloméré, est présent dans les fumées de gaz d'échappement... et dans la fumée de tabac. Un comité d'experts de 26 chercheurs de 10 pays différents vient de se réunir à l'initiative du CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer) pour mettre en commun leurs connaissances sur la cancérogénicité de ce produit chimique. Ils ont conclu qu'il y avait une causalité certaine entre la présence dans l'environnement de formaldéhyde et les cancers du rhinopharynx (rare dans les pays développés, mais fréquent en Asie, notamment en Chine) et des présomptions sur sa relation avec la leucémie.

CIRC, 15 juin 2004, communiqué de presse. www.iarc.fr/pageroot/PRELEASES/pr153f.html. In : Actualités Tabac, INPES, n°51.

La clope de nouveau sur grands écrans

Selon deux chercheurs américains, J.R. Polansky et S.A. Glantz, le tabac fait un come back massif dans le cinéma. Ils ont analysé de ce point de vue 776 films sortis sur les écrans entre 1999 et 2003 ; 80 % présentaient des scènes de tabagie (50 % pour les films tous publics, mais 80 % pour les films interdits au moins de 13 ans et 90 % pour les films réservés aux adultes). Et, dans les productions réservées aux plus de 13 ans, le nombre moyen de scènes tabagiques par film est de 5.3 (versus 4.4 dans les films tous publics et 11.3 dans les films interdits aux mineurs). Trois groupes de producteurs sont comptables de 55 % des scènes tabagiques offertes aux jeunes : Time Warner, Sony et... Disney, ce dernier remportant la palme ! Les auteurs de l'étude considèrent que le cinéma est directement responsable de l'initiation tabagique de 390 000 jeunes par an, et par voie de conséquence, de 100 000 décès prématurés !

Polansky JR, Glantz SA. First-run smoking presentations in US movies 1999-2003. Center for Tobacco Control Research and Education. Lire aussi : Dalton MA et al. Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation : a cohort study. The Lancet 2003 ; 362:281-5. In : Actualités Tabac, INPES, n° 51.

Réelle baisse de la consommation de tabac ?

Entre avril 2003 et avril 2004, les ventes de tabac par les buralistes ont chuté de 24 %, mais on a repéré dans le même temps que la part des approvisionnements à l'étranger s'était considérablement accrue. D'ailleurs, la diminution de la consommation ne serait que de 7 % ? L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) affirme au contraire que cette baisse de consommation est bien réelle, en particulier chez les 15-75 ans. Dans une enquête qu'il a menée avec IPSOS, réalisée entre le 21 novembre et le 24 décembre 2003, la baisse de prévalence était de 12 %. Ainsi, les ex-fumeurs récents (arrêt au cours des 12 derniers mois) sont passés de 9 % en 1999 à 14 % en 2003. Et, lorsqu'on interroge les 15-24 ans, plus de 51 % déclarent avoir arrêté récemment, et 66 % des fumeuses ont exprimé leur envie d'arrêter (contre 57 % en 1999).

F.A.R.

L'école

L'évaluation des actions de prévention du tabagisme à l'école

Dr Pierre Arwidson, Direction des affaires scientifiques, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Paris

L'organisation d'un colloque régional sur la tabacologie et l'éducation pour la santé constitue une initiative originale car en réalité, les éducateurs pour la santé ont plus souvent travaillé sur d'autres sujets tels que le sida, la toxicomanie ou la précarité, et ceci était lié aux financements. En France, le thème du tabac a été installé par un accroissement des crédits disponibles, le dispositif emplois-jeunes tabac, le plan cancer et son volet tabac, et probablement une prise de conscience progressive de la population en général.

Par ailleurs, l'organisation de ce colloque démontre encore une fois, s'il est besoin, le dynamisme de la région Rhône-Alpes que j'ai eu le plaisir de constater depuis longtemps dans des collaborations antérieures avec le CRAES et l'ADES.

Le sujet que je dois traiter est l'évaluation des actions de prévention du tabagisme à l'école.

Je le traiterai en tentant de répondre aux questions suivantes :

1. Qu'a-t-on évalué ? Quelles sont les théories sous-jacentes aux programmes évalués dans la littérature ?
2. Comment a-t-on évalué ? Quelles sont les évolutions intervenues dans la manière d'évaluer ?
3. Quels sont les principaux résultats ?
4. Que peut-on en tirer comme recommandations ou réflexions ?

1. Qu'a-t-on évalué ? Quelles sont les théories sous-jacentes aux programmes évalués dans la littérature ?
-

Les approches individuelles

Déficit de connaissance et appel à la peur

La première théorie qui a été proposée dans ce champ était celle du déficit de connaissances⁽¹⁾. Si les individus adoptent des comportements nocifs pour la santé ce serait qu'ils ignorent qu'ils sont nocifs. Il suffit donc de les informer pour qu'ils n'adoptent pas ou changent de comportement nocif à la santé. Une stratégie préventive a été associée à cette information, le fait de faire peur sur les conséquences du comportement, de mettre en lumière les aspects les plus effrayants. Les Américains appellent cela les "scare tactics". Il faut dire que cette théorie est encore très active, en tout cas dans la conception des campagnes médiatiques de prévention, en particulier dans le domaine du tabac. Elle est également régulièrement réclamée par la population interrogée dans le cadre des études qualitatives (focus groups) que nous faisons en préparation des campagnes.

Inoculation sociale

La deuxième théorie qui a été active est celle de l'inoculation sociale de McGuire⁽¹⁾. L'idée de McGuire est la suivante : il faut préparer le jeune à sa première rencontre avec l'offre des produits, il faut le vacciner contre cette rencontre.

Les premières recherches évaluatives, en particulier celle d'Evans, ont été construites autour de cette idée. De l'idée de l'inoculation sociale, on a dérivé vers les programmes qui travaillent autour de l'influence sociale, qui sont majoritaires dans les revues de littératures comme celle de Thomas⁽²⁾.

Apprentissage social

La troisième théorie qui a été active est celle d'Albert Bandura⁽³⁾. Le premier pilier de sa théorie est que nous apprenons non pas par des stratégies d'essais - erreurs mais par imitation (*modeling*) pour des raisons d'économie. L'enfant, l'adolescent imite. Le deuxième pilier de sa théorie est l'auto-efficacité (*self-efficacy*). Plus une personne pense qu'elle est capable de réaliser quelque chose, plus la probabilité qu'elle l'initie, persévère en cas d'échecs, et in fine qu'elle le réalise est forte. Ceci a conduit à introduire dans les programmes des modèles à imiter (parfois des pairs un peu plus vieux). Ceci a également conduit à introduire dans les programmes de prévention des séances d'entraînement concret à par exemple savoir refuser une offre.

Approche cognitivo-comportementale

La dernière technique de construction de programme est due à Gilbert Botvin de l'université Cornell⁴. Il a introduit dans son programme *Life skills training* des activités préventives contre chacun des facteurs associés (faits empiriques constatés) à la consommation des substances psychoactives. Par exemple, la consommation des substances est plus souvent liée à des problèmes personnels ou familiaux, donc il a introduit un module de technique de prise de décision. Elle est plus souvent liée à un terrain anxieux, il a donc introduit un module de repérage et de gestion de l'anxiété. Il a introduit de l'information sur les réelles prévalences des différents produits, puisque nous avons la preuve de la surestimation par les jeunes de cette prévalence.

Les approches collectives

Ensuite il y a eu une prise de conscience que le cadre préventif devait être élargi : l'enfant ou le jeune vit dans un contexte scolaire, familial, et l'école est située dans une ville, une région. Par exemple, Resnick et collègues ont montré dans une étude de cohorte de jeunes que les facteurs familiaux étaient plus prédictifs d'une consommation future que les facteurs personnels ou scolaires⁽⁵⁾. On a vu se développer des programmes qui introduisaient des devoirs de prévention à faire avec les parents, des newsletters envoyées aux parents, des visites de différents endroits dans la communauté. Certains programmes reposent maintenant plus radicalement sur les familles elles-mêmes comme par exemple celui nommé *Strengthening Families Program*⁽⁵⁾ ou sur une combinaison de programmes scolaires et de programmes pour les familles (voir infra).

2. Comment a-t-on évalué ? Les problèmes techniques et les solutions trouvées

De nombreux reproches ont été faits aux concepteurs des premières évaluations, certains d'ordre statistique, d'autres d'ordres technique ou éthique [Expertise collective, 2001 #44] [Thomas, 2002 #37] [Foxcroft, 1997 #33].

Absence de randomisation

Le premier reproche qui a été fait aux évaluations était l'usage de protocole quasi-expérimental, c'est-à-dire l'absence de tirage au sort entre lieux d'intervention et lieux témoins. En l'absence de tirage au sort, les sites actions peuvent être différents quant au problème à traiter ou différents par la motivation des acteurs locaux ce qui fausse les résultats.

Puissance statistique insuffisante

Le deuxième reproche était l'absence de prise en compte de la puissance statistique. Une puissance statistique suffisante est nécessaire pour observer une petite différence (loupe statistique insuffisamment forte). Dans l'idéal il faut disposer d'au moins 80 %. L'absence d'une bonne puissance statistique peut conduire à classer des programmes un petit peu efficaces comme inefficaces (la loupe statistique n'était pas assez grossissante).

Violation de l'unité de randomisation

Le troisième reproche est la violation de l'unité de randomisation, c'est-à-dire que si ce sont les écoles qui sont tirées au sort, il n'est pas licite de comparer, sans ajustement statistique, des enfants, car les enfants d'une même école sont un groupe social naturel avec des habitudes communes convergentes qui font que les enfants ne peuvent pas être considérés comme indépendants les uns des autres.

Taux de perdus de vue trop important

Le quatrième reproche d'ordre statistique est la proportion de perdus de vue (attrition) qui peut faire douter des résultats si l'on sait que souvent les enfants quittant les écoles tôt sont parfois ceux qui ont le plus de difficultés personnelles et sociales et par corrélation connue plus souvent consommateurs de tabac, d'alcool et d'autres substances. Le nombre de perdus de vue a d'autant plus augmenté que les évaluateurs répondaient à un autre reproche qui leur était fait de ne faire que des suivis à court terme, de quelques mois. La bonne solution dans ce domaine est de s'acharner à ne pas perdre des participants et d'utiliser in fine la technique dite de l'intention de traiter (*intention to treat*). Une personne perdue de vue est classée dans les échecs en l'absence d'information.

Autres reproches

L'autre série de reproches qui ont été faits aux concepteurs de programmes était l'absence de théorie sous-jacente, l'inadéquation culturelle du programme avec celle des jeunes. Il a également été reproché l'absence de suivi de l'application des programmes. Il peut arriver que par exemple des enseignants n'aient pas le temps ou la motivation de réaliser ce qu'ils devaient faire.

Sur le plan éthique, on a également reproché l'absence de consentement éclairé à la fois pour les parents ou pour les enfants. Il est intéressant de constater que les concepteurs des meilleurs protocoles ont inclus le consentement à la fois des parents et des enfants après une information claire du protocole.

3. Quels sont les principaux résultats de ces recherches évaluatives ?

La dernière revue de littérature sur les programmes de prévention du tabagisme s'est faite sous l'égide de la Librairie Cochrane⁽²⁾. Dans ce travail, Thomas a examiné 191 programmes avant d'en retenir 76. Ces essais éducatifs contrôlés randomisés avaient été conduits en milieu scolaire (enfants 5-12 ans, 13-18 ans). Cinquante-quatre essais éducatifs étaient américains, 4 canadiens, 3 australiens, 3 allemands, 3 hollandais, 3 italiens, 2 norvégiens, 2 britanniques, 1 mexicain et 1 espagnol. Aucune étude évaluative française n'a été analysée. La qualité méthodologique des programmes a été notée en 3 catégories. Les programmes ont été classés en types d'approches.

	***	**	*	
Information seule	0	4 (1+)	5	
Influence sociale	15 (8+)	31	17	
Compétences sociales	1 (1+/-)		1	

Thomas R, School-based programmes for preventing smoking, In : The Cochrane Library, Issue 2, 2004



Dans les programmes reposant sur l'information seule, 1 seul programme de catégorie 2 a eu un effet positif. Dans les programmes fondés sur l'influence sociale, 8 programmes ont eu un effet positif sur les 15 classés en catégorie 1.

Thomas conclue qu'il existe des programmes à effet positif. Mais il pointe une étude devenue emblématique que je vais vous présenter un peu plus en détail.
Cette étude évaluative est emblématique car elle a un suivi d'une durée exceptionnelle (15 ans), avec une randomisation bien faite, et une puissance statistique suffisante et prévue à l'avance.

HSPP (Hutchinson smoking prevention project)

- 15 ans de suivi : 1994 à 1997 (CE2 à la Terminale + à 2 ans)
- Unité de randomisation : zone scolaire permettant un suivi du primaire au lycée
- Randomisation avec appariement sur prévalence tabagique en lycée, taille de la population, situation (contamination)
- Puissance statistique pour détecter une différence de 30 % prévalence du tabagisme quotidien

. Filles	1-β	0,86
. Garçons	1-β	0,95

Peterson AV.J Natl Cancer Inst 2000, 92:1979-91



Le nombre d'élèves suivis est très élevé, environ 8000 élèves, et surtout un taux de perdus de vue extrêmement faible de 6 à 7 % à 15 ans.

Choix des 40 zones scolaires de l'Etat de Washington

Randomisation

20 zones scolaires expérimentales
N = 4177 élèves de CE2

20 zones scolaires Témoins
N = 4211 élèves de CE2

Intervention CE2 à Terminale

Suivi en Terminale

Morts	14
Inaptes à l'enquête	15
Non trouvé	89
Sans réponse	57
Erreur étude	16
Refus	99
Enquêtés	3887 (93,1 %)

Suivi en Terminale

Morts	14
Inaptes à l'enquête	32
Non trouvé	60
Sans réponse	70
Erreur étude	12
Refus	112
Enquêtés	3911 (92,9 %)

Suivi en Terminale + 2

Morts	22
Inaptes à l'enquête	16
Non trouvé	119
Sans réponse	97
Erreur étude	16
Refus	4
Enquêtés	3919 (93,8 %)

Suivi en Terminale + 2

Morts	24
Inaptes à l'enquête	32
Non trouvé	121
Sans réponse	84
Refus	4
Enquêtés	3946 (93,7 %)



Le programme était réalisé par l'enseignant, avec 65 leçons réparties du primaire au secondaire, adaptées au développement de l'enfant, avec une aide à l'arrêt du tabagisme, une newsletter pour les parents.

Programme HSPP

- Fait par l'enseignant
- 65 leçons en tout (9 par an du CE2 au CM2, 10 en 6ème et 5ème, 8 en 4ème, 5 en 3ème et 2nde)
- Guide d'auto-aide à l'arrêt (Bibliothèque)
- Newsletter 2 fois par an
- Adaptation des leçons à l'âge des enfants et des jeunes

(Peterson AV.J Natl Cancer Inst 2000, 92:1979-91)



Le programme est fondé sur les présupposés théoriques indiqués ci-dessus (dans la suite de McGuire et Evans) : influence sociale, repérage des influences sociales, résistance à l'influence sociale, renforcement de la motivation, et programmes pour les jeunes à haut risque⁽⁶⁾.

Programme HSPP

- Influence sociale avec amélioration
- Apprendre à repérer les influences sociales (publicité, marketing, pairs)
- Apprendre à résister à l'influence sociale (analyse du marketing, aptitudes à refuser)
- Renforcement de la motivation à ne pas fumer
- Partie du programme destinée aux jeunes à haut risque tabagique

Peterson AV.J Natl Cancer Inst 2000, 92:1979-91



On peut voir sur cette diapositive dans le tableau ci-dessous que le suivi a été rigoureux et contrôlé à la précision de la minute.

Contenu mesuré du programme HSPP

Catégories	Contenu	Minutes	%
Construire la motivation	Santé à long terme, à court terme, beauté, forme, addiction, tabagisme pas	1783	63,5 %
Identifier la pression sociale	Influence des pairs, influence de la publicité des médias, actions de l'industrie du tabac	682	24,3 %
Résister à la pression sociale	Analyse critique de la publicité, savoir résister	919	32,2 %
Corriger normes sociales	Corriger perceptions Promouvoir des normes sans tabac	847	30,2 %
Augmenter le sentiment d'efficacité à ne pas fumer		697	24,9 %
Total		2805	

Peterson AV.J Natl Cancer Inst 2000, 92:1979-91



Recueil des données

Le recueil des données s'est fait grâce à un questionnaire rempli en classe pour les élèves encore dans l'école. Pour les autres, une enquête téléphonique et/ou postale a été réalisée dans le but de lutter contre les perdus de vue. Pour les premiers, la fidélité des réponses a été augmentée grâce à un prélèvement de cotinine salivaire.

Techniques statistiques

L'unité de randomisation et l'unité d'analyse sont identiques : il s'agit de la zone scolaire (choisie pour permettre le suivi à long terme du primaire jusqu'au lycée). Une technique de statistique inférentielle originale a été utilisée afin d'assurer une bonne puissance statistique malgré un faible nombre d'unités (au lieu de comparer 20 zones scolaires action à 20 zones scolaires témoins, la structure des résultats constatés a été comparée aux 1 048 576 combinaisons possibles de résultats).

Résultats

On voit dans le tableau ci-dessous qu'il n'y a pas de différence de prévalence entre les garçons et les filles qui ont bénéficié du programme et ceux et celles qui n'en ont pas bénéficié.

Résultats HSPP sur le tabagisme régulier

Terminale : prévalence du tabagisme régulier

- Dans les 20 zones scolaires de contrôle
 - . Filles 24,7 % (0 à 41,9 %)
 - . Garçons 26,7 % (14,2 à 46,3 %)
- Dans les 20 zones scolaires expérimentales
 - . Filles 24,4 % (15,5 à 34,2 %)
 - . Garçons 26,3 % (10,3 à 41,7 %)

Différence globale de prévalence

- Filles : 24,66 % - 24,41 % = 0,25 % ($p = 0,91$)
- Garçons : 26,65 % - 26,32 % = 0,33 % ($p = 0,89$)

Peterson AV. J Natl Cancer Inst 2000, 92:1979-91



Les auteurs concluent qu'il n'y a pas eu d'effet de l'intervention. Ils estiment que ce n'est pas lié à un problème de méthode statistique. Ils excluent qu'il y ait un effet non mesurable car la puissance était suffisante et la contamination entre zones faible (<1,7%). De plus, les 6% de perdus de vue ont été faiblement exposés au programme. Les auteurs concluent que l'approche par l'influence sociale n'est pas pertinente et que les recommandations officielles étaient mauvaises {Glynn, 1989 #45}. Ils estiment que de nouvelles recherches sont nécessaires.

Des débats scientifiques nombreux ont eu lieu après la publication de ces résultats. En particulier, Botvin a estimé que la seule conclusion que l'on pouvait tirer de cette recherche était que seul le programme Hutchinson avec ses spécificités pouvait être considéré comme inefficace⁽⁷⁾.

Les programmes prometteurs

Je souhaiterais donner un exemple d'intervention dans le domaine de l'intervention familiale brève. Il s'agit d'un protocole comparant 2 interventions (preparing drug free years, Iowa strengthening families program) associant les familles à un groupe contrôle. Les jeunes ont été suivis de la 6ème à la 3ème, et leur consommation des substances psychoactives a été mesurée jusqu'à 4 ans après l'intervention. Il y avait 33 écoles, 11 par bras du protocole. Les principes de l'intervention sont d'augmenter les facteurs familiaux protecteurs et de réduire les facteurs familiaux de risque.

Principes d'intervention

- Augmenter les facteurs familiaux protecteurs et réduire les facteurs familiaux de risque de conduites à risque
- 7 séances, une par semaine (en partie séparée enfants, familles)
- Parents : clarification des attentes, règles familiales, gestion de crise, communication
- Enfants : idem parents, résistance aux pairs, relations aux pairs, résolution de conflit, cohésion familiale
- Moyens : équipe de 3 (+ vidéos)



Le programme le plus intéressant, nommé le programme de renforcement des familles d'Iowa, s'est fait en 7 séances et 7 semaines, 1 séance par semaine. Dans les 6 premières semaines, il y avait une heure pendant laquelle les parents et les enfants étaient séparés.

Une équipe de 3 personnes gérait les séances et une vidéo était utilisée pour renforcer le socle commun des interventions.

Pour les parents ont été traités la clarification des attentes, les règles familiales, la gestion de crise, la communication. Pour les enfants, le programme était symétrique mais s'y ajoutait un module de résistance aux pairs, de résolution de conflit. L'ensemble cherchait à recréer de la cohésion familiale.

Après 4 ans, on constate par rapport au contrôle une baisse de la prévalence de 26 % pour la consommation d'alcool dans la vie, de 40 % pour l'ivresse dans la vie, de 35 % pour le fait d'avoir fumer une cigarette dans la vie, et de 56 % pour le fait d'avoir consommé du haschich dans la vie.

Programme renforcement des familles

Alcool	26,4 %
Ivresse	40,1 %
Tabac	34,8 %
Marijuana	55,7 %

Spoth, J Consult Clin Psych 2001, 69 : 627-642

Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R, Primary prevention for alcohol misuse in young people, In : The Cochrane Library, Issue 2, 2004



4. Que peut-on tirer comme recommandations ou réflexions ?

Ma première recommandation serait de rester ferme sur le protocole d'évaluation. En effet, sinon il peut arriver ce qui est arrivé à la CRAMIF. La CRAMIF a aidé à la réalisation d'une des premières recherches évaluatives d'intervention préventive en collège, nommée CAPRI et qui sera présentée la semaine prochaine à Paris. L'évaluation a été conduite par Isabelle Grémy de l'ORSIF. Il semble que les enfants des collèges action consommaient un peu plus d'alcool après l'intervention que ceux des collèges témoin. Une des hypothèses pour expliquer cela, ne serait pas uniquement que l'action elle-même serait incitatrice à la consommation, mais que les collèges n'ont pas pu être tirés au sort, mais se sont portés volontaires et donc étaient différents à l'origine. L'hypothèse de l'aspect incitatif à la consommation de l'action reste néanmoins posée par ailleurs.

Donc, j'aurais tendance à recommander de choisir comme unité d'intervention l'enfant ou la famille plutôt que l'école ou la classe. Ainsi, vous vous libérez de contraintes statistiques importantes, vous gagnez rapidement en puissance statistique, vous vous libérez de contraintes organisationnelles fortes. Il s'agit de se servir de l'école comme accès aux enfants et aux familles, mais pas comme entité en tant que telle.

Je recommanderais également de développer des interventions brèves (quelques séances proches dans le temps). On peut ainsi concentrer ses ressources sur une courte période. Par contre, le suivi à long terme est indispensable et il vaut mieux mettre son énergie dans la lutte contre les perdus de vue que dans celle de maintenir motivée une équipe d'intervention et les écoles pendant de longues années.

Je peux également vous parler de mon évolution personnelle dans ce champ. Quel que soit l'apport de l'éducation pour la santé à la lutte contre le tabagisme, parfois positif, parfois nul, voire même contre-productif parfois, comme on l'a vu, ce ne peut être la seule action.

C'est même un piège : d'un côté on éduque, de l'autre côté on continue à vendre, à promouvoir, à ne pas appliquer les zones non fumeurs etc.

Les approches multisectorielles ont réussi dans le cadre d'une politique volontariste tous azimuts (taxe, règlement, communication, interventions locales et scolaires). Ainsi, les états du Massachusetts et de Californie ont démontré que la mise en place d'une politique d'actions plurisectorielles permet de réduire la consommation du tabac. Entre 1992 et 1996, les consommations de tabac par habitant ont baissé respectivement de 20 % et 16 %. L'état de l'Oregon a réussi, en associant augmentation des taxes et actions de prévention et d'éducation, à réduire la consommation du tabagisme par habitant de 11,3 % entre 1996 et 1998.

L'état de Floride a réussi en associant des campagnes de communication de contre marketing, des actions locales de mobilisation et d'éducation à réduire la prévalence de la consommation de tabac parmi les collégiens de 18,5 à 15 % et de 27,4 % à 25,2 % chez les lycéens entre 1998 et 1999.

Nous avons quelques espoirs en France d'être dans un phénomène similaire. Nous le vérifierons en fin d'année⁽⁸⁾.

Face à une épidémie industrielle, une réponse éducative ne suffira pas, il faut une réponse politique et sociale de masse.

Et cette épidémie industrielle est internationale, et la convention-cadre de lutte anti-tabac de l'OMS fixe bien le cap.

Les actions de santé publique ont pour objectif d'offrir un environnement sain à la population, et faire que le bon choix pour la santé soit le plus facile et le moins cher. Cela implique surtout une faible disponibilité et un coût élevé des cigarettes et un strict respect des zones non fumeurs. L'éducation viendra en complément mais ne peut constituer la seule solution.

Références

- (1) Bell C, Battjes R. Prevention research : deterring drug abuse among children and adolescents. Research Monograph Series. Vol. 63. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1985:235.
- (2) Thomas R. School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2002.
- (3) Bandura A. Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. Englewoods Cliffs: Prentice Hall, 1986:617.
- (4) Botvin G, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. Journal of the American Medical Association 1995; 273:1106-1112.
- (5) Spoth RL, Redmond C, Shin C. Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. J Consult Clin Psychol 2001; 69:627-42.
- (6) Peterson AV, Kealey KA, Mann SL, Marek PM, Sarason IG. Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-Term Randomized Trial in School-Based Tobacco Use Prevention Results on Smoking. Journal of the National Cancer Institute 2000; 92:1979-1991.
- (7) Botvin GJ, Sussman S, Biglan A. The Hutchinson Smoking Prevention Project: a lesson on inaccurate media coverage and the importance of prevention advocacy. Prev Sci 2001; 2:67-70.
- (8) Arwidson P, Léon C, Lydié N, Guilbert P, Wilquin J-L. Evolutions récentes de la consommation de tabac en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2004; 22-23.

L'école

Adolescents et tabac : un exemple de sensibilisation par les pairs Conseil général des jeunes du Rhône, Lyon

"Smoking, non smoking...", un projet du Conseil général des jeunes

Le Conseil général des jeunes a été créé en 2000 par le Département du Rhône. Il est composé de 59 jeunes, élus dans les classes de 4ème des collèges publics et privés du Rhône. Chacun représente un canton durant un mandat de 18 mois.

Lieu d'ouverture et d'échange, le "CGJ" permet aux jeunes de s'exprimer et de réaliser des projets directement liés à leur vie quotidienne. Tout en leur offrant l'expérience d'une responsabilité d'élu, il permet de sensibiliser les collégiens à la démocratie et à l'intérêt général et de les former à leur future responsabilité de citoyens.

Les élus sont répartis en 4 groupes et travaillent sur des thèmes spécifiques qu'ils ont choisis en fonction des domaines dans lesquels ils ont envie d'agir (pour le mandat 03/05 : culture, alimentation, prévention de la violence au collège, tabac).

Les 4 projets aboutissent chacun à une réalisation concrète diffusée à l'ensemble des collèges en fin de mandat.

Tout l'intérêt de la démarche réside dans le fait que les actions sont portées par les jeunes en direction des jeunes. Les projets sont structurés et soutenus par la collectivité, en termes de moyens humains, financiers et matériels.

Le projet " Smoking, no smoking... " de la commission TABAC

La commission tabac a choisi de réaliser un site Internet de prévention contre les méfaits du tabac, spécialement destiné aux collégiens.

Réalisé par des jeunes, pour des jeunes, ce site offre un angle d'approche très ciblé de la question du tabac chez les ados.

12 ans, 13 ans... Un âge critique pour la première cigarette : difficile en effet de résister à la pression sociale, au besoin de se conformer aux habitudes du groupe. Les discours de prévention habituels, le spectre du cancer ou des maladies cardio-vasculaires échouent devant l'envie de tester de nouvelles expériences, de défier l'autorité, de paraître plus grand...

Comment alors informer efficacement, apporter des réponses et des solutions ? Comment prévenir ?

C'est le défi que s'est lancé la commission TABAC du CGJ, en s'attaquant à la réalisation d'animations Internet spécialement dédiées au TABAC CHEZ L'ADOLESCENT.

Conçu à partir d'animations ludiques, ce site développe différentes approches choisies par les jeunes :

- informations générales sur le tabac : composition d'une cigarette, chiffres-clé...
- effets du tabac sur la santé, la beauté, les performances intellectuelles et sportives...
- scénarios mettant en scène différentes attitudes face à la cigarette, interviews d'ados sur la question du tabac (réalisés par le groupe)...
- informations sur l'arrêt du tabac, spécialement dédiées à cette tranche d'âge, sélection d'adresses et de sites internet.

L'ensemble de ce travail a été conduit pas à pas avec les adolescents, qui ont orienté le concepteur Internet dans la construction de cet outil.

Il présente l'intérêt d'éliminer de manière systématique tout ce qui ne "parle" pas à cette tranche d'âge dans le discours traditionnel sur la prévention tabac.

L'outil définitif sera disponible sur www.rhone.fr et sur www.laclass.com courant mars 2005.

Chaque collègue recevra alors un "kit d'information" composé d'un CD présentant le site et de documents de promotion (affiches et plaquettes) destinés à ses élèves, les invitant à visiter le site.

Une action particulière est également prévue auprès de cibles-relais, ainsi qu'une importante information presse.

- DUR DE RESISTER > QUAND ON EST EN GROUPE

DUR DE RESISTER !
Pas facile de ne pas céder quand les copains proposent d'essayer la première cigarette. Pour deux tiers des jeunes fumeurs cette première cigarette leur a été proposée par un ou une ami(e). L'influence du groupe, l'envie d'essayer et de faire comme "les grands", trois raisons de commencer... Malheureusement la dépendance n'est pas loin : dépendance physique à la nicotine mais aussi dépendance psychique s'installent très vite...

Depuis votre arrivée sur ce site, il y a eu, dans le monde :
1 décès liés au tabac...

Pour en savoir

Page extraite du site Internet

Pour plus d'informations

Vous pouvez nous retrouver sur Internet : www.rhone.fr, rubrique conseil général des jeunes, pour obtenir plus de détails sur le fonctionnement, ainsi que l'actualité des commissions.

Contact coordinatrice
Chrystèle LINARES
Tél : 04 72 61 27 72
e-mail : chrystele.linares@rhone.fr

L'école - Apport d'expériences

Lycée sans tabac, lycée pilote

Patricia Laplace et Béatrice Crouzet, Infirmières Education Nationale, Lycée Honorée D'Urfé, Saint-Etienne

Nous avons la chance de travailler dans une cité scolaire avec une infirmerie commune au collège et au lycée. Deux infirmières travaillent. L'une sur le collège et les écoles primaires de recrutement et l'autre sur le lycée.

Nous pouvons donc commencer la prévention de manière assez précoce.

Nous commençons dès le CM2 avec un support audio (l'histoire de Pascal) en laissant les élèves s'exprimer sur les différents produits entraînant une dépendance et au moyen de petites scènes jouées par eux, nous essayons de trouver ensemble des arguments afin de pouvoir dire non.

La plupart de ces CM2 viennent au collège ensuite (115 sur 150 élèves possibles).

Après en 5ème nous les revoyons pour une info sur la dépendance et le risque lié à la prise de certains produits.

Nous essayons de les amener à réfléchir sur la manipulation dont ils sont victimes par les cigarettiers (moyens vidéos, dépliants publicitaires).

A partir de cette année, nous avons établi un programme sur 3 ans qui se poursuit :

- en classe de 4ème : nous allons intervenir avec l'aide de la brigade de prévention de la délinquance juvénile sur le rappel des lois et la répression.
- En classe de 3ème nous allons intervenir avec le Docteur Viallon qui est médecin au service de liaison d'addictologie du CHU de Saint-Etienne sur les effets des produits ainsi que leurs conséquences et les répercussions sur la vie en société.

Nous souhaitons clore ces informations par une conférence débat avec les parents de ces élèves de 3ème sur l'action qui a été faite à leurs enfants, et en essayant de répondre à leurs questions ou inquiétudes éventuelles.

Expérimentation lycée non fumeur. Année 2003-2004. Projet du lycée H. D'Urfé à Saint-Etienne

Dans le cadre du plan cancer, nous faisons partie des 22 sites pilotes retenus en France pour une expérimentation lycée non fumeurs. Elle a un triple objectif : respect de la loi Evin, développement des actions de prévention, et aide au sevrage tabagique.

L'adhésion à ce programme nous a apporté des moyens logistiques, financiers, et matériels.

Déroulement du projet

Création d'un comité de pilotage du projet en novembre 2003, appui du CESC en place. Questionnaires d'évaluation, état 0, en décembre 2003, traités par une société indépendante.

Deux étudiantes BTS ont participé à la diffusion des informations auprès des élèves.

1ère journée d'actions, le 27 janvier 2004, *thème : je fume je réfléchis*

Stand avec le testeur de monoxyde de carbone
Exposition prêtée par la CPAM de Saint-Etienne
Vidéo de 13 min, cassette de la MILDT
Atelier d'expression artistique libre

2ème journée d'actions, le 25 mars 2004, *thème : la liberté de ne pas fumer*

Stand avec évaluation du souffle et capacité respiratoire
Exposition du travail réalisé lors de la 1ère journée

Débats sur la santé, la toxicomanie... participation du Codes 42
Travail de recherche sur Internet sur le thème du tabac
Atelier sur le souffle avec des professeurs de SVT

3ème journée d'actions, le 28 mai, *thème : arrêter de fumer, oui, mais comment ?*
Exposition des recherches informatiques effectuées lors de la 2ème journée et résultats des questionnaires de décembre 2003
Conférences sur l'alimentation et le tabac avec une diététicienne
Informations sur les méthodes de sevrage tabagique avec le Codes 42

Interventions dans toutes les classes de 2nde avec les étudiants de la faculté de médecine de Saint-Etienne et les infirmières du lycée, 3 heures par classe, en mars-avril 2004.

Amélioration de la signalétique dans l'établissement.

Pour l'année à venir, nous souhaitons reconduire les interventions dans les classes de 2nde, bien que la fusion avec le lycée d'Alembert double nos effectifs (environ 400 élèves par niveau, soit 1200 + 440 BTS).

Nous continuons le partenariat avec le Codes 42 en espérant mettre en place une cellule d'aide à l'arrêt du tabac début 2005.

Nous pensons maintenir l'idée d'une ou deux journées d'actions dans l'année en orientant les débats vers l'aspect citoyen, la loi Evin, la protection des non fumeurs...

L'école - Apport d'expériences

Prévention du tabagisme à l'école primaire : un programme départemental d'éducation et de prévention précoce en Savoie

Florence Warengem, Infirmière Conseillère Technique départementale de Savoie, Chambéry

Catherine Lombard-Legrand, Médecin Conseillère Technique départementale de Savoie, Chambéry

C'est après avoir été interpellé dans le cadre du schéma départemental de prévention des dépendances en Savoie, sur le fait que peu d'actions se faisaient en direction des plus jeunes, que le Service de Promotion de la Santé et de l'Action Sociale en Faveur des Elèves de la Savoie a élaboré un programme pluriannuel d'éducation et de prévention précoce pour prévenir le tabagisme et les conduites addictives.

La DDASS et la MILDT ont financé cette recherche action, sur une cohorte d'enfants du CE2 au CM2.

3 sites volontaires ont été choisis pour ce programme en direction des enfants (CE2, CM1 et CM2) avec un axe fort dans le domaine de la citoyenneté mais aussi en direction des enseignants avec comme interrogation au départ : est-il possible d'inscrire de l'éducation pour la santé dans les contenus pédagogiques, sans rajouter de surcharge de travail ?

Afin de favoriser une appropriation collective et l'implication des parents dans le processus de dépistage précoce et de les conforter dans leur place de premiers éducateurs de l'enfant, le programme a été inscrit dans le volet santé du projet d'école.

On s'est interrogé en tant que Service de Promotion de la Santé et de l'Action Sociale en Faveur des Elèves sur la mission de l'école : il nous a semblé qu'elle avait un rôle à jouer dans le développement de compétences psychosociales.

Il est nécessaire d'inscrire la prévention dans la durée et dans une approche globale en tenant compte des besoins et des préoccupations des élèves, de leur âge et de leur maturité. Par exemple, la consommation de produits comme alcool, tabac, produits toxiques ne fait pas partie des préoccupations des 7/10 ans et d'ailleurs, ils ont souvent une opinion très négative et défavorable sur ces produits.

Il apparaît nécessaire de travailler en amont sur les motifs de consommation, les comportements plutôt que sur les produits eux-mêmes, par le biais d'un programme portant sur les dimensions sociales, émotionnelles et personnelles des enfants, fondé sur la résolution des conflits et l'éducation au choix.

La stratégie utilisée est basée sur un engagement fort de l'institution qui a permis dans un premier temps la formation d'équipes pluridisciplinaires pour élaborer une culture commune, dynamiser le partenariat, renforcer les compétences et harmoniser les pratiques.

Un suivi évaluatif a été mis en place pour évaluer le processus et analyser l'acceptation par les différents adultes et pour évaluer qualitativement et quantitativement le programme (effets attendus ou inattendus, apports...).

2 types d'objectifs opérationnels sont poursuivis, l'un en direction des enfants, l'autre en direction des adultes.

1. En direction des enfants :

Accroître leur capacité à choisir, décider et agir de façon autonome et responsable et développer leurs aptitudes à affronter la réalité et à faire face aux conflits à un moment où l'individu se construit.

On part de l'hypothèse qu'une des causes de consommation inadaptée de produits comme tabac, alcool...résulte de l'incapacité à affronter le stress, les angoisses et de se créer des relations sociales satisfaisantes, de résister à la pression du groupe.

L'origine de ces difficultés serait le conflit non réglé, non résolu.
Un conflit pouvant être positif si on travaille à sa résolution.

2. En direction des adultes :

Elaborer une méthodologie d'action en direction des équipes des autres écoles du département en cherchant à impliquer tous les adultes de la communauté éducative (parents, enseignants,...) dans une démarche de prévention et à intégrer un programme d'Education pour la Santé dans la pédagogie habituelle.

Les activités réalisées le sont à partir de deux outils utilisés en classe par les enseignants :

→ "Jeux d'enfants" : outil élaboré par l'ISPA de Lausanne et validé par la Haute-Saône pour préparer les élèves à réagir à certaines causes d'une consommation inadéquate, en les aidant à découvrir à travers des jeux, les moyens d'affronter et de gérer leurs conflits, ainsi que de faire des choix réfléchis et d'adopter une attitude responsable.

Abord par le jeu de trois types de conflits auxquels les élèves peuvent avoir à faire face :
- le conflit affectif (opposition entre désir d'équilibre et incapacité à l'obtenir à cause d'éléments perturbateurs, facteurs internes, émotions, sentiments)
- le conflit relationnel (opposition entre individus)
- le conflit cognitif (opposition entre perceptions, croyances et réalité).

→ "Papillagou" (comités de l'ANPA de Côte d'Or et Saône et Loire avec ISPA) pour aider les enfants à acquérir des attitudes nouvelles (résister à la pression du groupe, vivre ses émotions, avoir confiance en soi...) qui leur permettront d'éviter les risques liés à certaines consommations.

Ces outils sont utilisables dans les contenus pédagogiques habituels (français, expression écrite et orale, maths, éducation civique, histoire, géographie...) et en dehors de l'école (centres loisirs, vacances...).

Et pour l'instant, au bout de la deuxième année d'expérimentation et en début de troisième année, cela semble marcher !

Les enfants font bien le lien entre prise de risques et compétences psychosociales, les enseignants intègrent bien les activités dans leurs contenus pédagogiques habituels, ils changent leurs pratiques et donc leurs regards sur les enfants.

L'implication des autres adultes et notamment le lien avec les parents reste difficile.

Il semblerait qu'il serait encore plus intéressant de débiter le programme bien plus tôt (cycle I par exemple).

L'école - Apport d'expériences

"Moi et les autres" suivi d'une cohorte en éducation pour la santé dans le domaine de l'addictologie

Dr François Lefebvre, Service d'addictologie Hôpital Duchêne, Boulogne sur mer

Cibler la population concernée

L'Unité de coordination de tabacologie (UCT) de l'hôpital Duchenne, se situe dans un bassin de vie de 150.000 habitants. Il draine une population où le poids socioculturel de l'industrie agroalimentaire et de la pêche, encore très vivace, cède peu à peu la place à un secteur tertiaire. Le chômage (12 % de la population) est à un taux supérieur à la moyenne nationale. L'état de santé reflète, en l'accentuant, celui de la région Nord Pas de Calais avec une surmortalité globale par cancer et une surexposition aux comportements alcool tabagiques à risques. La consultation d'aide à l'arrêt du tabac existe depuis 1981. Dès 1987, elle s'est engagée sur la voie de la prévention compte tenu du peu de moyens thérapeutiques existant à l'époque. D'une conception initiale purement cognitive et centrée sur la problématique tabac, elle s'est peu à peu orientée vers une prévention globale de type santé publique concernant l'ensemble des addictions.

Harmoniser la démarche à travers des objectifs communs

Ce travail de mise en commun de nos cultures respectives "alcool, tabac, drogues illicites" a nécessité un long travail de conception de 1993 à 2002, dont on peut différencier 4 temps. 1er temps - Réunir : se connaître, s'écouter, échanger, créer une conception commune de la prévention.

2ème temps - Travailler sur les objectifs que nous fixons.

3ème temps - Former l'ensemble des acteurs aux outils utilisés.

4ème temps - Agir auprès des populations ciblées.

A l'issue de ce travail, certains groupes scolaires ont décidé de s'engager dans cette voie.

Un comité de pilotage s'est créé avec des représentants de l'Education Nationale, du Service Local de Promotion de la Santé (C.G. 62), du Relais de la Santé (CPAM) et des associations (loi 1901) ACOP (Prévention du tabagisme), BDI (Prévention de l'usage des drogues illégales), Vie Libre (Prévention de l'alcoolisme) ainsi que de l'Unité de Coordination de Tabacologie 62 de l'hôpital de Boulogne sur mer.

Agir dans le cadre d'objectifs précis avec des outils validés

L'Objectif général retenu par le comité de pilotage est de permettre à chaque jeune de prendre conscience de l'importance de ses choix en ce qui concerne sa santé, pour faire face aux différentes substances qu'il rencontrera, en analysant avec la population ciblée le vécu et les représentations quant à l'usage de substances addictives.

Au niveau des élèves des classes de CM2, les objectifs opérationnels leur permettent de travailler sur les notions de choix, d'identifier les éléments de choix, d'exprimer ses choix, de valoriser ses expériences. Les actions de prévention retenues pour ces élèves de 2003 à 2007 comprennent la formation initiale de 25 animateurs à l'outil retenu : le premier atelier du jeu Papillagou (Conte éducatif en addictologie), la réalisation de l'animation Papillagou par l'ensemble des partenaires, l'intervention du programme PRETAB (Prévention spécifique du tabagisme) assurée par l'ACOP et le CG 62 et/ou l'infirmière scolaire.

L'évaluation interne est assurée par le comité de pilotage deux fois par an afin de pouvoir faire évoluer le programme, l'évaluation externe est assurée par le Comité départemental d'éducation pour la santé.

Au niveau des élèves des classes de 6ème, les objectifs retenus leur permettent de clarifier leur identité, de résister à la pression du groupe, de s'affirmer en développant son sens

critique, de respecter les différences, d'identifier les personnes et les structures existantes. Les actions de prévention retenues pour ces élèves de 2004 à 2007 sont la formation initiale de 25 animateurs à l'outil retenu : Sacado (outil interactif de communication sur la notion de santé), la réalisation de l'animation Sacado, l'intervention spécifique prévention alcool assurée par Vie Libre et/ou l'infirmière scolaire. L'évaluation interne est assurée par le comité de pilotage deux fois par an afin de pouvoir faire évoluer le programme, l'évaluation externe est assurée par le Comité départemental d'éducation pour la santé à partir d'un questionnaire spécifique établi en fonction des objectifs de l'action et réalisé par l'IDE scolaire lors de l'entretien individuel obligatoire de 6°.

Au niveau des élèves des classes de 5ème, les objectifs retenus sont identiques à ceux de 6ème. Les actions de prévention retenues pour ces élèves de 2005 à 2007 sont la formation initiale de 25 animateurs à l'outil retenu : "Osons les 10 jours sans" (action favorisant l'auto évaluation dans le domaine comportemental), l'animation de "Osons les 10 jours sans", l'intervention spécifique prévention cannabis assurée par BDI, l'UCT et/ou l'infirmière scolaire. L'évaluation interne est assurée par le comité de pilotage deux fois par an afin de pouvoir faire évoluer le programme, l'évaluation externe est assurée par le Comité départemental d'éducation pour la santé à partir d'un questionnaire spécifique établi en fonction des objectifs.

Au niveau des élèves des classes de 4ème, les objectifs retenus leur permettent de renforcer leurs connaissances (sur les produits, ses effets et les lois), de renforcer leur capacité à..., d'échanger autour de leurs représentations.

Les actions de prévention retenues pour ces élèves de 2006 à 2007 sont la formation initiale de 25 animateurs à l'outil retenu : "Libre comme l'air", la réalisation de l'animation "Libre comme l'air", l'intervention spécifique prévention drogues illicites assurée par BDI, et/ou l'infirmière scolaire.

L'évaluation interne est assurée par le comité de pilotage deux fois par an afin de pouvoir faire évoluer le programme, l'évaluation externe est assurée par le Comité départemental d'éducation pour la santé à partir d'un questionnaire spécifique établi en fonction des objectifs.

Au niveau des élèves des classes de 3ème, les objectifs retenus sont identiques à ceux de 4ème. Les actions de prévention retenues pour ces élèves en 2007 sont la formation initiale de 25 animateurs à l'outil retenu : "Le jeu de piste de la santé" (jeu de l'oie évaluatif sur les addictions), la réalisation de l'animation "Jeu de piste de la santé". L'évaluation interne est assurée par le comité de pilotage deux fois par an afin de pouvoir faire évoluer le programme, l'évaluation externe est assurée par le Comité départemental d'éducation pour la santé à partir d'un questionnaire spécifique établi en fonction des objectifs de l'action et réalisé par l'IDE scolaire lors de l'entretien individuel obligatoire de 3°.

Evaluer le programme d'éducation à la santé de la cohorte

Après de nombreuses discussions, il a été retenu d'évaluer globalement ce projet par comparaison à un établissement témoin qui bien qu'agissant dans le domaine de la prévention, n'avait pas retenu ce type d'action préventive globale de santé publique, le collège retenu étant situé dans un quartier socioculturel équivalent. L'évaluation comparera non seulement l'aspect épidémiologique traditionnel des consommations (questionnaire final des élèves en classe de 3ème), mais aussi les aspects comportementaux du vécu et des représentations qui déterminent à long terme l'attitude vis à vis de leur santé en général et des produits addictifs en particulier. Le Comité Départemental pour l'Education à la Santé a été retenu pour cette évaluation.

Les outils

Ils ont tous pour but l'expression du public sur ses représentations, ses connaissances et permettent la participation en interactivité des participants. Impératif : l'outil n'est pas un but en soi, il doit être un moyen pour atteindre les objectifs définis.

Les outils présentés ci-dessous font partie de programmes et ont l'avantage d'être exploités sur un long terme d'où la nécessité d'un réseau de professionnels engagés dans les actions de formations adaptées et permettent l'implication de la communauté dans son ensemble (parents, enseignants, associations de quartier...).

→ Papillagou et les enfants de croque-lune :

Outil : créé par le CDPA - Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme

Objectif : à partir d'un conte, les enfants vont accomplir un parcours avec des épreuves à réaliser. Ils devront réfléchir au sens de ce qu'ils ont fait dans une perspective d'éducation à la santé.

6 étapes du voyage ont été conçues en fonction d'objectifs préventifs déterminés qui correspondent aux dimensions identifiées comme facteurs de risques par rapport aux comportements de dépendance.

Public : enfants de 9 à 13 ans

→ Prétab

Outil : créé par l'ACOP

Méthode interactive tableau, diapositives, machine à fumer, test CO, peak flow, fiches de rappel.

Objectif : le plaisir de vivre sans tabac

Public : collégiens de 5ème

→ Sacado

Outil : c'est un élément du kit "santé jeunesse" édité par la cité des sciences et de l'industrie (1992).

L'outil se compose de sept sacs de formes, de couleurs et de volumes différents.

Chaque sac représente une dimension de la santé et comporte une énigme.

Chaque énigme est construite selon une démarche d'action de santé publique.

Le but : l'énigme à résoudre

Les objectifs : des phrases d'action inscrites sur les faces de la pyramide

Les moyens : le nom du sac, des objets, une carte indice

Le résultat : l'effet inscrit sur le sac

Objectifs :

- concrétiser le concept "santé"
- construire un espace de communication
- permettre la participation

Public : adolescents

Le concept de communication sous-entend que le jeune reçoive et prenne la parole, qu'il puisse énoncer ses interrogations, reconnaître celles des autres, et ainsi élaborer ses propres solutions.

→ Libre comme l'air

Outil : un livret pédagogique comprenant 7 fiches d'animation permettant de traiter les principaux déterminants psychologiques et environnementaux des phénomènes de dépendance.

16 cartes de mise en situation

30 brochures élèves, personnelles et confidentielles, elles permettent de prolonger la réflexion dans d'autres lieux et particulièrement dans la famille.

Objectifs de l'outil :

- développer une approche globale et positive de la santé des jeunes autour des questions liées au tabagisme, et plus largement aux dépendances.
- Renforcer les non-fumeurs et dissuader les fumeurs débutants par l'analyse critique, la prise de conscience individuelle, l'acquisition d'habiletés personnelles et l'action sur l'environnement scolaire.
- Susciter la réflexion individuelle sur le vécu de l'adolescence.

Public cible : jeunes de 11 à 15 ans

Editeur - promoteur de l'outil : INPES - 42 bvd de la Libération 93203 Saint Denis Cedex

→ Le jeu de piste de la santé

Outil : crée par les partenaires du réseau dépendance "Résodyssée"

Jeu de l'oie géant avec questions-réponses, se joue par équipes, ce qui nécessite la cohésion de celle-ci.

Objectif : évaluation des actions de prévention menées au cours de la scolarité en collège

Public : collégiens de 3ème

Secrétariat : Résodyssée, Vie Libre - 1 place Navarin 62200 Boulogne sur mer

→ Osons les dix jours

Outil : crée par les partenaires du réseau dépendance "Résodyssée"

Action grand public où l'on propose de changer pendant 10 jours son comportement sur un thème que chacun choisit.

Objectif : percevoir les bienfaits et les difficultés d'un changement de comportement.

Public : tout public

Secrétariat : Résodyssée, Vie Libre - 1 place Navarin 62200 Boulogne sur mer

L'école - Apport d'expériences

"Tiens bon la barre" programme de prévention des conduites de dépendance

Catherine Madec et Cécile Freton, Educatrices à la santé, Direction Prévention Santé Enfant, Ville de Lyon

Présentation DPSE

Nous faisons partie du service d'éducation pour la santé de la DPSE (Direction Prévention Santé Enfant).

Cette direction est chargée de la santé des enfants, des crèches et des écoles de la ville de Lyon.

Il développe plusieurs actions dont "Tiens bon la barre !", programme de prévention des conduites de dépendance. Ce programme de prévention primaire s'adresse aux enfants de CM2 (9 à 11 ans). Il est reconnu par l'Education nationale.

Présentation générale

Cette action d'éducation à la santé s'inscrit dans une action plus large que la prévention du tabagisme.

Son objectif est de renforcer la personnalité des enfants et de leur permettre d'adopter des comportements pertinents face à des situations à risque comme la prise de substances psychoactives.

Cette action respecte les principes et la démarche de l'éducation à la santé, à savoir : recueil de vécu et de représentations, relation éducative, respect des valeurs individuelles, familiales et culturelles...

Son intérêt est de permettre, à l'intérieur de l'école, un débat sur les questions de santé en terme de choix individuels et de choix de société.

La méthode est celle de l'animation en demi-classe, avec deux éducateurs. Nous garantissons un espace de parole. Cette prise de parole est facilitée par l'utilisation d'outils d'animation variés et interactifs.

L'action se déroule en concertation ou en partenariat avec la famille, l'équipe enseignante, l'équipe médico-sociale de l'école, et le centre Jean Bergeret (ex Cndt).

La famille est rencontrée au début et à la fin de l'action. Chaque enfant dispose d'un cahier dans lequel il recueille des documents en relation avec le sujet abordé. Ce cahier représente un lien entre la famille et l'école, il favorise l'échange dans la famille.

Présentation de l'action

L'action "Tiens bon la barre" comprend 3 modules :

la santé, les dépendances et l'estime de soi, répartis en 9 séances éducatives d'une heure trente, pendant l'année scolaire.

Ces modules sont adaptés aux centres d'intérêts des enfants collectés lors de la première rencontre.

1. Le premier module porte sur la Santé

Les enfants définissent la notion de Santé à travers ses trois dimensions : physique, psychologique et sociale.

Ensuite les éducateurs leur proposent des activités physiques afin qu'ils prennent conscience de leur respiration et qu'ils expérimentent des sensations de bien être. Cette rencontre est aussi l'occasion de parler des besoins essentiels du corps (alimentation, sommeil, détente, activité physique...), en évitant la transmission de normes.

Notre pratique montre que les enfants abordent spontanément la santé comme une absence de maladie. Dans un deuxième temps, ils introduisent les liens sociaux et affectifs comme étant des facteurs indispensables pour vivre en "bonne santé": par exemple avoir des amis, l'affection de proches, jouer...

2. Le deuxième module propose une réflexion sur les dépendances

Il traite des notions d'envie, de besoin et de dépendance en s'appuyant sur différents aspects comme l'eau, l'alimentation, le tabac, l'argent...

Les débats les plus animés parmi les groupes d'enfants concernent leur utilisation de la télévision, des jeux vidéo, des vêtements de marque, et leur rapport à la publicité.

Les produits psycho-actifs sont abordés en collaboration avec des intervenants du centre Jean Bergeret ex Cndt).

Les échanges tournent autour de la connaissance des produits comme le tabac mais aussi l'alcool, le cannabis, les médicaments, etc., leur réglementation, et sur les motifs de consommation ou de non-consommation (pourquoi on est amené à dire oui, et comment on est amené à dire non).

Les enfants de CM2 sont très lucides quant aux ambivalences de la Loi et aux limites de ses applications. Par contre, ils évoquent peu son rôle protecteur en faveur des mineurs.

Ils nous interpellent en tant qu'adulte sur l'ingéniosité des êtres humains à créer et à prendre des substances néfastes à leur santé.

En CM2, peu d'enfants ont consommé du tabac, par contre ils peuvent être confrontés à la consommation de leur famille. Ils sont conscients de la notion de dépendance et connaissent tous les produits sur le marché pour arrêter de fumer. Ils craignent les conséquences du tabac sur la santé de leurs proches.

L'intérêt de ce module est d'aborder des thèmes transversaux comme l'envie de grandir, comment grandir ?, l'affirmation de soi et la liberté individuelle au sein d'un groupe, les notions de bonheur et de plaisir...

3. Le troisième module s'articule autour de la notion de l'estime de soi, facteur essentiel de prévention

Tout d'abord à l'aide d'outils de médiation comme la photo-expression ou le dessin, les enfants identifient les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur environnement (par ex : séparation des parents, difficultés relationnelles dans la famille, en classe, difficultés scolaires...).

Puis, ils repèrent leurs compétences et les ressources extérieures dont ils disposent, afin d'élaborer des stratégies d'aide face aux difficultés précédemment énoncées.

Chaque enfant recherche dans son entourage l'(les) adulte(s) auprès duquel il pourra demander un soutien.

Certains enfants peuvent dévoiler des situations chargées d'émotions ou au contraire rester figés dans le silence. Face à l'enjeu de la prise de parole, le rôle des éducateurs est de réguler l'expression dans le but de protéger l'enfant de lui-même et du groupe.

Lors de l'intervention suivante, un travail plus individuel sur la connaissance de soi est proposé autour des compétences de chacun, à l'école, à la maison et avec les autres.

Cette approche est délicate : certains enfants peuvent être gênés de parler d'eux-mêmes

- pour des raisons culturelles : parler de soi = être prétentieux
- pour des raisons personnelles : mauvaise image de soi, enfant timide, complexé...

Cette séance est cependant essentielle car elle donne la possibilité à chaque enfant de se valoriser et de s'affirmer. Le rôle des éducateurs est d'encourager les enfants à faire évoluer positivement leur perception d'eux-mêmes et celles des autres.

Enfin, ce module se conclut par des mises en situation où les enfants mettent en jeu leurs capacités à argumenter et à faire des choix pertinents.

L'action se termine par la réalisation de productions (affiche ou sketch) qui seront le support d'une rencontre avec les parents.

Notre programme reçoit un très bon accueil de la part des enfants et de nos partenaires.

L'évaluation du programme

Persuadée du rôle important de l'évaluation dans le suivi et l'évolution des actions, la DPSE a participé à deux évaluations de ce programme.

Une première évaluation, réalisée entre 1993 et 1994 par Mr Saliba, chercheur au centre Jean Bergeret (ex Cndt) nous a conduit à faire évoluer l'action en renforçant la thématique de l'estime de soi au dépend de celle de la connaissance des produits et de leurs conséquences.

Une deuxième évaluation du programme est en cours, assurée en partenariat avec le Forum Français pour la Sécurité Urbaine et l'Education Nationale. Elle concerne des enfants, de la 6ème à la 3ème, qui ont participé à des actions de prévention et d'éducation à la santé. Elle est réalisée par l'association AFRESC (Action Formation Recherche En Santé Communautaire).

L'évaluation de nos pratiques, nous amène à réfléchir actuellement, en partenariat avec les enseignants, à des actions en faveur des enfants de CM1. Elles auraient pour objectif de favoriser la gestion des émotions, la prise de parole, l'écoute, et d'améliorer les compétences psycho-sociales des enfants.

La famille

Implantation dans une maternité d'un programme d'aide à l'arrêt de la cigarette

Jeanne Poncy, Infirmière, ingénieur en action de prévention sanitaire et sociale,
CHU de Montpellier et association Vivre sans fumée

Introduction

Le tabagisme est actuellement l'ennemi numéro un de la santé publique et la première cause de mortalité évitable. La mortalité féminine par le tabagisme sera multipliée par dix en une génération puisque les adolescentes consomment de plus en plus de tabac et davantage encore que les garçons⁽¹⁾... pire, le tabagisme pendant la grossesse comporte en plus des risques spécifiques pour le développement du fœtus et de l'enfant à naître⁽²⁾ !

48 % des femmes fument avant la grossesse et 28 % d'entre elles pendant celle-ci⁽³⁾ :

A ce stade, le tabagisme devient un des problèmes de santé des plus importants dans la surveillance médicale des femmes enceintes... risque de grossesse extra-utérine, d'avortement spontané⁽⁴⁾, d'infections urinaires et gynécologiques, d'hémorragie placentaire etc.

Pour le fœtus, c'est un empoisonnement lent par la nicotine contenue dans la fumée inhalée par la mère captée par le placenta et qui se concentre plus encore dans son sang que dans celui de la mère - avec des conséquences ultérieures à tous les âges de l'enfance : déficit de poids à la naissance, retard de croissance, augmentation du risque de mort subite du nourrisson, retentissement sur le système cérébral, respiratoire, immunitaire - sans compter la mortalité périnatale : 8,3 % pour les "fumeuses" pendant la grossesse⁽⁵⁾... et les troubles possibles du comportement chez l'enfant de 7 à 12 ans (attention, agitation hyperactivité...⁽⁶⁾).

Pourtant ces graves complications apportées par le tabagisme pourraient être évitables si l'on arrivait à développer la mise en place des programmes de prévention, d'aide au sevrage des femmes enceintes, afin de protéger l'enfant à naître. C'est avec cet objectif qu'un programme éducatif/interactif sur cédérom et Internet, a été réalisé afin de faciliter le changement de comportement des femmes enceintes fumeuses. C'est dans ce cadre que celui-ci a été ensuite évalué.

Méthodologie

1 Le cédérom et site Internet

Un cédérom spécifique et le site Internet "bébé à naître" (<http://bebeanaitre.free.fr>) ont été réalisés et conçus par l'association "SIS.Vivre sans fumer".

Le contenu du programme s'appuie sur les principes de l'apprentissage pour acquérir de nouveaux comportements (TCC). Il se veut un outil pour augmenter l'efficacité de la prévention, offrant un travail de réflexion qui peut conduire les femmes enceintes à changer. Il contient une documentation scientifique, des témoignages, des questionnaires d'évaluation des dépendances biologiques, comportementales et des exercices évolutifs pour amorcer un changement.

Il est attractif par son aspect ludique : construction de cercles vicieux/constructifs, jeux de rôles virtuels, balances "décisionnelles"...

(1) <http://www.sante.gouv.fr/html/acu/index.html>

(2) Burguet, A., Agnanit, G., Tabac, fertilité et grande prématurité, J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2003, 32 :s9-s16

(3) Delcroix, M., Que sais-je, no 3490 Éd. Puf 2002, p. 120

(4) Voir note 2

(5) Wisborg, K., Kesmodel, U., Henrikson, T. B., Olsen, S. F., Secher, N. J., Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first years of life. Am. J. epidemiol. 2001, 154, 4 : 322-327

(6) Gueguen, C., Lagrue, G., Janse-Marec, J. Retentissement sur le fœtus et l'enfant du tabagisme pendant la grossesse. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1995, 24 : 853-859

Il est articulé en cinq modules :

- 1) étape diagnostique : mon portrait de fumeuse
- 2) Suis-je prête à arrêter ? étape d'aide à la décision
- 3) Comment rompre l'engrenage du tabac ?
- 4) Comment ne pas reprendre ?
- 5) Aides et conseils. Une base d'information

Par le site Internet les femmes ont la possibilité de poser des questions à un expert pour obtenir des informations personnalisées, adaptées, diminuant ainsi l'isolement ressenti pendant le sevrage.

2 Implantation

Ce cédérom a été "testé" sur deux lieux d'implantation : le milieu libéral et le CHU de Montpellier grâce à l'implication directe de l'équipe de la maternité. L'infirmière-conseil a pu disposer d'un bureau réservé aux consultations et d'un cahier de rendez-vous pour les personnes en recherche de sevrage. Elle avait également à sa disposition un ordinateur portable, le cédérom, un appareil à mesurer le C.O., des fiches de suivi, et pour certains cas des substituts nicotiniques étaient préconisés.

3 Cible

Femmes enceintes et fumeuses

4 Mode de travail

Après avoir expliqué aux jeunes femmes enceintes les objectifs du cédérom, elles étaient invitées à le découvrir. Trois séances étaient prévues pendant la grossesse et une autre après l'accouchement. Dès la première séance, la femme enceinte a reçu un compte rendu personnalisé en fonction des résultats des questionnaires sur l'ordinateur. Le module 2 lui a apporté une aide à la décision et les indications lui permettant de consulter par la suite le module le plus adéquat pour elle. Le personnel soignant est resté ici présent pour l'aider à naviguer sur cédérom, donner des explications et conseils personnalisés. Certains exercices ont été proposés à domicile et la femme a été informée de la possibilité de consulter à tout moment le site internet.

Le traitement des données a été effectué directement sur l'ordinateur. Un questionnaire d'appréciation était rempli après chaque séance, en tenant compte des remarques et observations notées lors des entretiens non directifs. Ce traitement des données a été élaboré à partir des caractéristiques de la population étudiée d'une part et d'autre part pour l'évaluation de l'impact sur le sevrage tabagique.

Au cours de ces consultations le rôle clé de l'infirmière spécialisée a été aussi :

- de déceler et discuter le rôle de la cigarette dans l'équilibre personnel de la fumeuse
- de lui faire exprimer ses attentes et ses craintes d'un sevrage : rechercher ses motivations puis amorcer le changement en la conduisant à ressentir son efficacité personnelle par un renforcement valorisant.

De lui permettre "d'accrocher la non-cigarette" à la qualité de vie ou à des valeurs personnelles.

Résultats

1 Caractéristiques de la population sociale et professionnelle observées

	Pourcentage
Vie en couple	83,3
Profession actif	58,3
Bac et plus	50,0
Conjoint fumeur	55,5
Entourage fumeur	63,8
Tentative d'arrêt antérieur	72,2

Trente-six femmes sont rentrées dans l'étude. On remarquera le taux élevé des conjoints fumeurs (55,5 %) ou de l'entourage fumeur (63,8 %) et les tentatives antérieures pour arrêter le tabac sans succès (72,2 %).

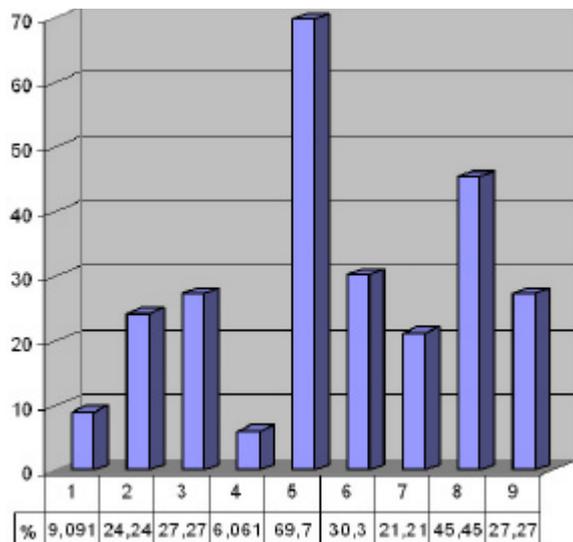
2 Les caractéristiques de la grossesse et du tabagisme

	Âge	Âge de la grossesse	Âge début tabagisme régulier	Consommation avant la grossesse (cigarette/semaine)	Consommation pendant la grossesse (cigarette/semaine)	C.O. ppm
Moyenne	29	5,1	17,6	132,9	60,1	16
Minimum	19	0	12	42	0	0
Maximum	40	9	30	280	210	37

L'âge des femmes se situait entre 19 et 40 ans ; si certaines étaient sur le point d'accoucher, d'autres venaient de faire une fausse-couche.

3 L'appréciation du programme

Moyenne de l'opinion des femmes enceintes sur le Cédérom



Identifiant	Nom de colonne
1	Difficile
2	Pas difficile
3	Long
4	Pénible
5	Utile
6	Agréable
7	M'a appris beaucoup de choses
8	Me sens plus capable de réussir
9	Peux trouver de l'aide dans les modules

82,2 % des réponses sont des valeurs favorables d'appréciation contre 17,8 % défavorables. 69,7 % l'ont trouvé utile et même agréable pour 30,3 %.

45,5 % surtout se sentent plus capables de réussir enfin leur sevrage.

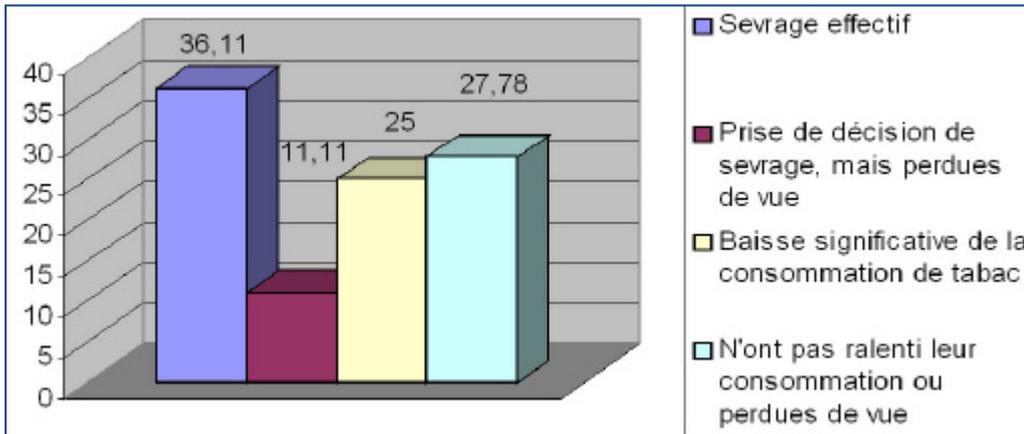
A ceci il faut rajouter que si dans les entretiens ce support a été bien apprécié, les femmes enceintes ont fait un certain nombre de remarques pertinentes :

- intérêt d'établir un contrat et de retrouver une confiance en soi - la prise de conscience du coût et du temps qui était consacré au tabac
- intérêt pour les exercices de relaxation proposés
- importance du suivi téléphonique et des explications sur les méthodes de sevrage
- rôle clé de l'infirmière pour les conduire plus sûrement vers la réussite

4 Evaluation de l'action

Le bilan a été fait à trois mois pour l'ensemble des personnes et pour quelques femmes à six mois.

Bilan de l'action



Globalement l'abstinence totale a été effective pour 36,1 % des fumeuses enceintes - vérifiée par le test C.O. au terme de l'action.

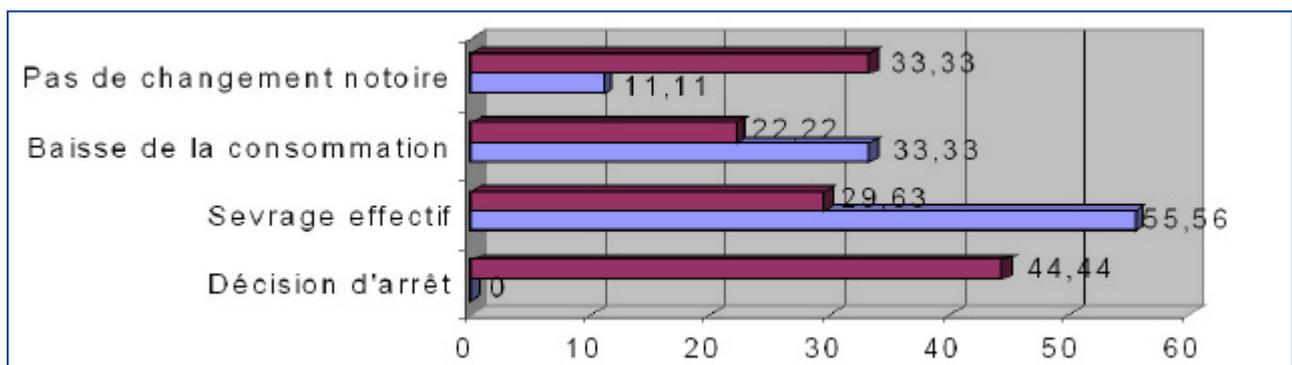
11,1 % ont pris la décision de sevrage, mais ne sont pas revenues en consultation.

On observe pour 25 % d'entre elles une diminution de leur consommation de tabac. Il reste 27,7 % de femmes perdues de vue et sur lesquelles nous ne pouvons pas nous prononcer.

5 Différences en fonction des lieux d'implantation des populations

Cette figure illustre les résultats des femmes enceintes en milieu extra-hospitalier (19 séances) et hospitalier (34 séances).

Réaction des femmes enceintes en milieu extra-hospitalier et hospitalier face à leur tabagisme



On note un sevrage effectif à 55,5 % en milieu extra-hospitalier et 29,6 % en milieu hospitalier.

Discussion

Spontanément, certaines femmes fumeuses arrêtent de fumer avant leur grossesse ou ralentissent leur tabagisme, mais les résultats obtenus, grâce au programme éducatif et interactif sont plus probants. Néanmoins, cela demande du temps (50 mn à 1h30 par séance), une méthodologie rigoureuse et la mise en place de toute une dynamique.

Beaucoup de questions ont été posées au cours des entretiens, au point qu'il est à se demander l'utilité du cédérom utilisé seul par rapport au cédérom utilisé comme support. Utilisé seul, cinq sur six femmes sont perdues de vue (la sixième demandant l'entretien et les conseils personnalisés).

D'autre part, si nos résultats ont été plus favorables en milieu libéral qu'en milieu hospitalier, ceci peut s'expliquer. En effet, les femmes vues en milieu extra-hospitalier ont toutes sollicité d'elles-mêmes l'infirmière, un travail en amont ayant déjà été effectué par le pharmacien ou le gynécologue. On peut donc penser à priori qu'en faisant la démarche d'appeler elles étaient déjà dans un désir de sevrage.

Les femmes rencontrées à l'hôpital n'étaient pas toutes dans un désir de sevrage puisque pour certaines, nous sommes allés les chercher directement dans la salle d'attente. Malgré ce, certaines ont arrêté de fumer ou ont ralenti leur consommation.

Par la suite, l'instauration du cahier où elles ont pu s'inscrire ou nous solliciter directement a rééquilibré les données par rapport au groupe extra-hospitalier.

Les thérapies comportementales et cognitives, quant à elles, ont été bien vécues par un large public et semblent induire une approche plus efficace du changement.

L'implication des équipes médicales reste faible, pourtant le cédérom utilisé comme support par une personne qualifiée reste le choix le plus efficace puisqu'il a conduit une majorité à un changement de comportement vis-à-vis du tabagisme et contrôlé par la mesure du C.O. L'efficacité peut être encore renforcée par des améliorations possibles du cédérom : certaines femmes enceintes auraient souhaité des questionnaires plus courts, moins de redondance, un module spécifique post-accouchement, des photos chocs. Mais toutes ont souligné qu'il faut préserver son aspect ludique, éducatif et interactif.

Conclusion

Le cédérom est un outil précieux : un support peu coûteux, simple d'utilisation (un ordinateur portable et un testeur de CO suffisent pour organiser les consultations) mais il demande un professionnel de santé formé.

Ne pourrait-on pas envisager de mettre en place à plus grande échelle une chaîne de prise en charge des fumeuses du diagnostic de grossesse jusqu'à la période périnatale ?

Les méthodes et les supports d'aide à la décision de sevrage existent en Languedoc-Roussillon ainsi qu'une volonté marquée de mettre en œuvre une réelle action de prévention et de soins. Cependant, ce qui est indispensable c'est de pouvoir envisager de créer un grand réseau.

Il s'agit de :

- rassembler les personnes intervenant dans le champ du tabagisme périnatal pour renforcer cette action et toucher un maximum de fumeuses avec une articulation ville/hôpital et les partenaires adéquats

- informer le public en médiatisant l'action "Périnatalité sans tabac"

- motiver et former des professionnels de santé

- dresser l'état des lieux des structures privées comme hospitalières et connaître leurs besoins

- arriver à créer un ou des centres référent(s) au sein des maternités

- pouvoir inclure tous les partenaires possibles dans le réseau - professionnels de santé libéraux ou publics, médecins généralistes, gynécologues, échographistes, sages femmes, infirmières, psychologues, ingénieurs en santé publique - et des établissements de santé variés : CHU, maternités privées, centres PMI, CPAM, MSA et mutualités,...

Une prise en charge plus large et mieux rémunérée d'actes de prévention pour ces acteurs de santé permettraient de motiver un plus grand nombre dans cette lutte contre les graves méfaits du tabagisme, bien plus coûteuse à terme au regard de ce que la prévention peut demander.

Ces considérations sont d'autant plus importantes qu'elles répondent à un besoin actuel : sur les 30 % de femmes enceintes fumeuses accouchant au CHU - moins de 10 % seulement déclarent avoir reçu une aide pour arrêter de fumer (mémoire S. Fleury 2004).

Cette volonté de mettre en œuvre une réelle action de prévention et de soins n'est-elle pas la meilleure politique pour contribuer à diminuer à long terme les coûts de santé ?

La famille

Les comportements tabagiques en famille - enquête TAF1 de l'IRAT Dr Gérard Mathern, Tabacologue, Institut Rhône-Alpes de Tabacologie, Lyon

Le constat

Une étude de l'Institut Rhône-Alpes de Tabacologie (IRAT): TAF

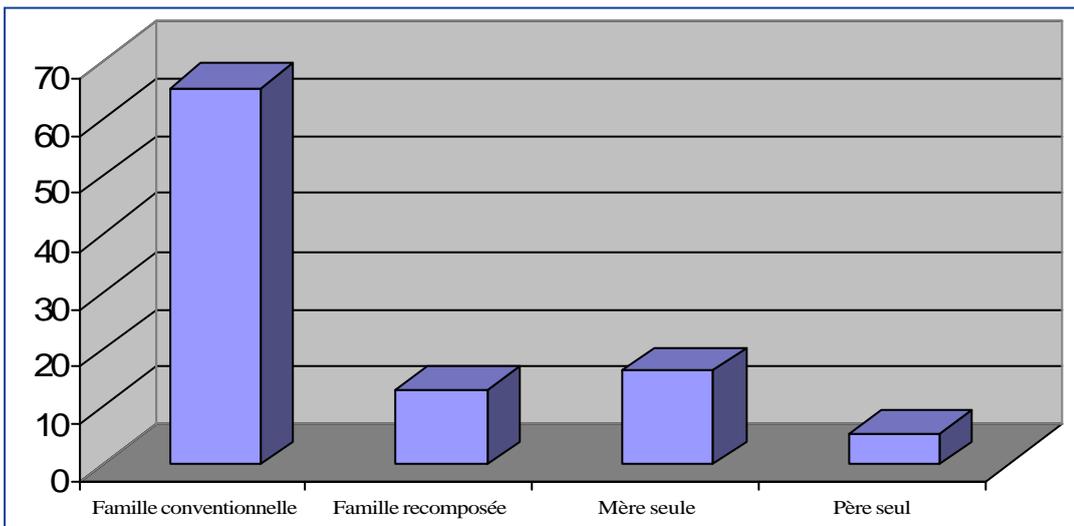
- Objectifs
- Connaître le tabagisme familial
- En estimer les conséquences
- En déduire une action

TAF 1

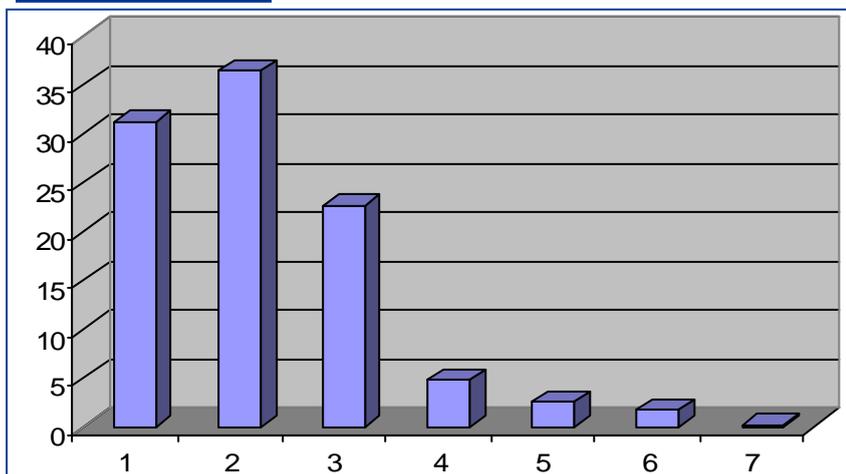
- Les associations familiales (URAF - UDAF - Familles rurales) ont été mises à contribution afin de réaliser une enquête
- Des enquêteurs ont été formés dans chaque département
- 641 foyers ont été enquêtés

- La population-cible : familles avec au moins un enfant vivant au foyer : 607 questionnaires retenus (près de 2400 personnes)
- Etaient retenus des foyers "fumeurs"

Situation familiale



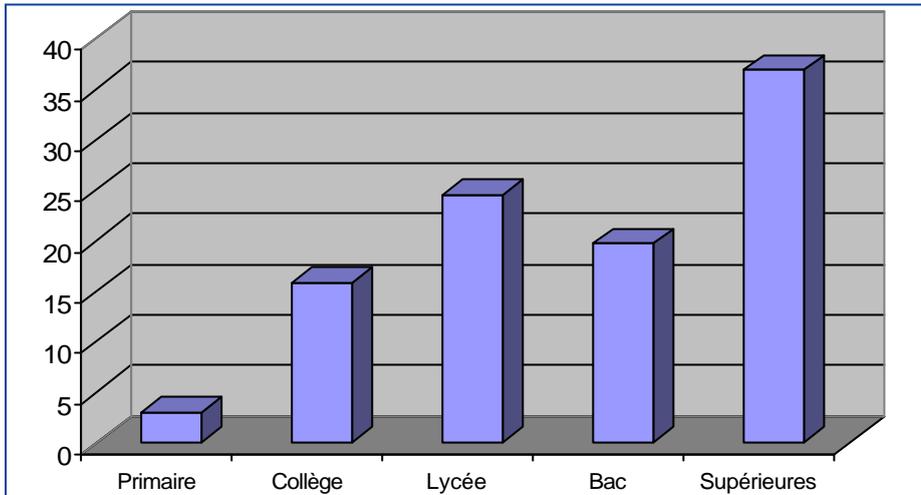
Nombre d'enfants



Répartition garçons/filles homogène

Caractéristiques des familles

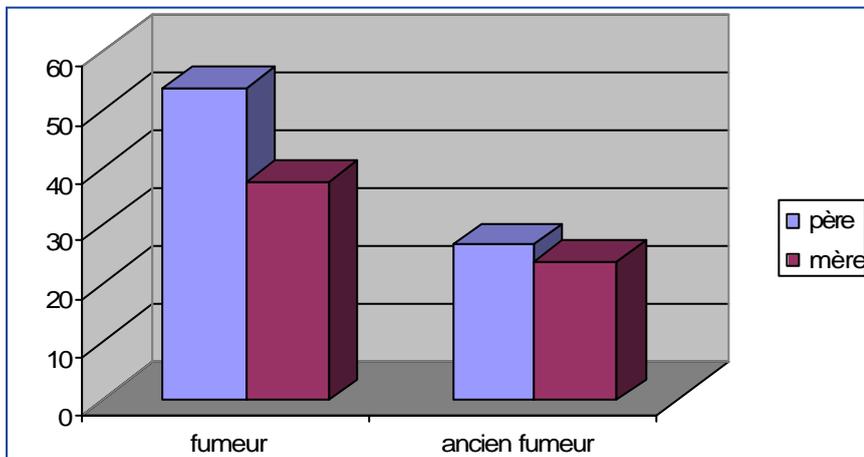
- Moyenne d'âge des pères : 42 ans
- Moyenne d'âge des mères : 40 ans
- Niveau d'études :



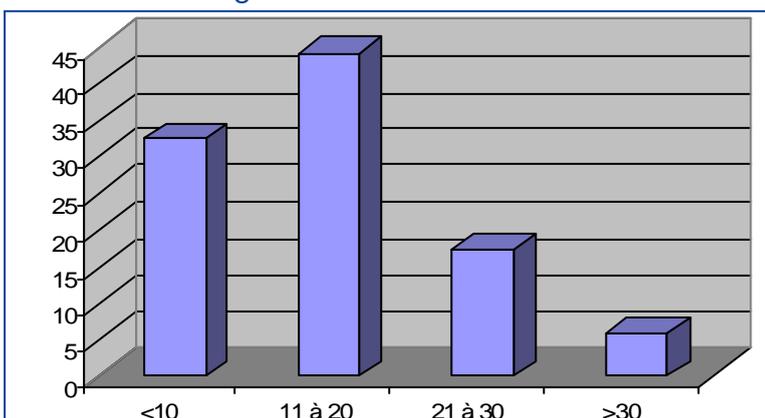
- Age moyen du premier enfant : 15 ans
- Age moyen du 2ème : 14
- Age moyen du 3ème : 12
- Age moyen du 4ème : 13
- Age moyen du 5ème : 12.5
- Age moyen du 6ème : 11

Tabagisme des parents

- Un des deux parents est fumeur dans 62,8 % des cas
- Familles recomposées ou monoparentales : 69,4 %
- Familles "conventionnelles" : 59,2%



- Si le père est fumeur, la mère l'est également dans 44,2 %
- Si la mère est fumeuse, le père l'est également dans 68,4 %
- Nombre de cigarettes fumées :



- Age moyen de début du tabagisme :

Père : 17 ans

Mère : 18 ans

- Désir de s'arrêter :

Père : 51,7 %

Mère : 56,9%

- Note de motivation à l'arrêt :

Père : 6,5/10

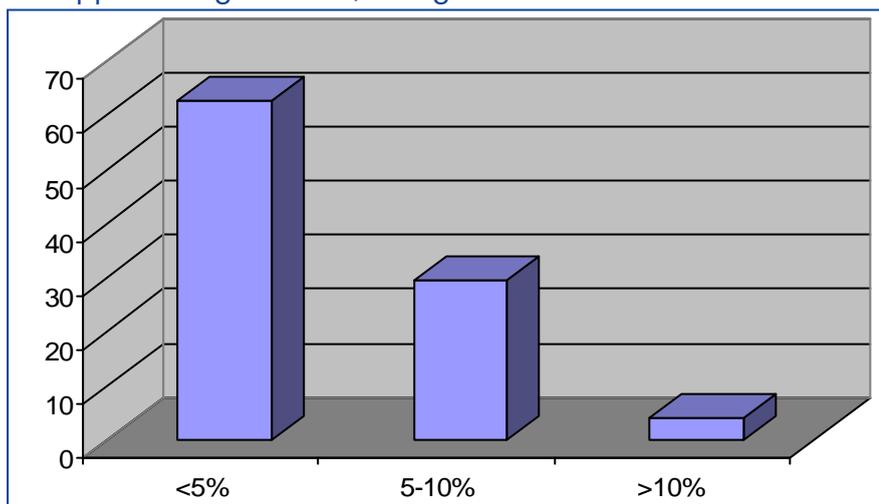
Mère : 6,4/10

- Budget tabac par mois (prix du tabac début 2003) :

Père : 84 €

Mère : 72 €

- Rapport budget tabac / budget familial



Poids relatif plus fort dans les familles "non conventionnelles"

Les anciens fumeurs (27 % des pères, 24 % des mères) :

- Durée du tabagisme : 20 ans (pères) / 14 ans (mères)

- Motifs d'arrêt :

Santé (37,8 % pères - 31,6 % mères)

Dépendance (30,4 % pères - 24,3 % mères)

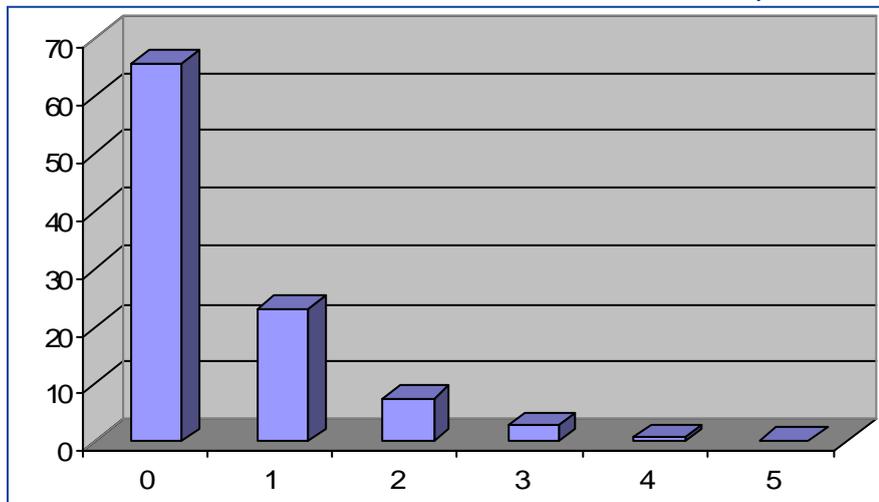
Enfants (22,2 % pères - 31,6 % mères)

Coût (13,3 % pères - 8,1 % mères)

Désir de grossesse (11,8 % des mères - 29 % déclarent avoir fumé pendant leur grossesse)

Tabagisme des enfants

- Un enfant au moins est fumeur dans 34,2 % des foyers analysés



- Age moyen de début du tabagisme : 15 ans

- Consommation moyenne : 6 à 10/jours

- Budget moyen mensuel : 50 €

- Paradoxalement, le tabagisme des enfants est plus important dans les familles où les deux parents sont non-fumeurs.

- Proportion plus importante dans les familles recomposées ou mono-parentales.

Tabagisme et vie familiale

Des consignes existent dans 68,3 % des familles.

- Interdiction de fumer : 26,5 %
- Interdiction à l'intérieur : 33,8%
- En présence des enfants : 4,3%
- Aucune consigne : 30 %
- 22% des foyers ont eu des incidents à déplorer :

Dégradation de linge (85%)

Un cas d'incendie

Un cas de brûlure d'un enfant

- Les enfants sont en désaccord (66,9 %) avec l'un ou les 2 parents fumeurs.
- Les parents sont en désaccord (74,4 %) avec le tabagisme d'au moins 1 de leurs enfants.
- Les non-fumeurs :
 - sont opposés au tabagisme familial (61.7%) à-au domicile.
 - 25,2 % seulement le sont à l'extérieur

Perspectives d'action

- Formation des acteurs d'animation et de prévention des structures familiales
- Actions de prévention et de résolution des conflits familiaux liés au tabac au sein des familles adhérentes aux réseaux familiaux
- Opération TAF 2

Communication, marketing et prévention

Le sponsoring des soirées étudiantes par les industriels du tabac : des stratégies de contournement de la loi Evin

Aliette Royer de la Bastie, titulaire d'un DESS de marketing, Lyon

1 Qu'est ce que le marketing ?

Il existe de nombreuses définitions ; la plupart paraissent avoir été formulées à l'usage des spécialistes et non pour les profanes.

Si la vente se concentre sur les besoins du vendeur, avec, pour objectif, de vendre ce que l'on produit, le marketing consiste à connaître les besoins, désirs et attentes du client à un point tel que le produit ou le service leur convienne parfaitement et se vende de lui-même.

C'est pourquoi, "pour réussir, une entreprise doit, plus efficacement que la concurrence, créer, délivrer et communiquer de la valeur auprès des clients qu'elle a choisis de servir".

Le rôle du marketing dans la stratégie et la gestion d'une entreprise est devenu primordial et de nombreuses formes sont distinguées pour couvrir les différents champs :

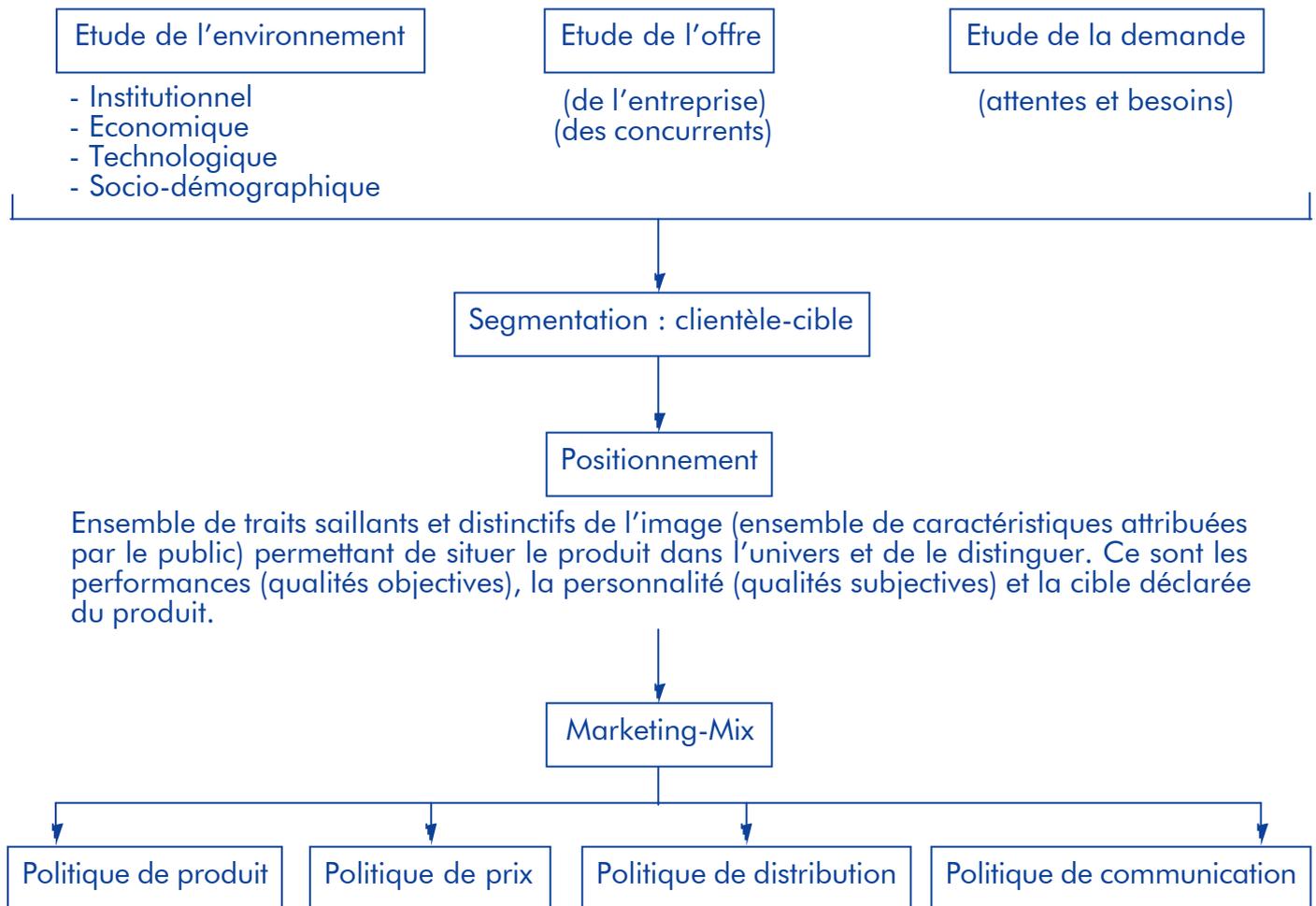
- Le marketing réactif : il consiste à identifier un besoin exprimé et à le satisfaire.
- Le marketing anticipatif : il se préoccupe de ce dont le client pourrait avoir besoin dans un avenir proche.
- Le marketing créatif : il imagine et met en place des solutions auxquelles le client n'avait pas songé.
- Le marketing relationnel : pour établir des relations de long terme et mutuellement satisfaisantes avec les clients.
- Le marketing sociétal : pour prêter attention aux besoins et intérêts des acheteurs plutôt qu'à ses seuls désirs et prendre en compte les dimensions majeures (exemple : le développement durable).
- Le marketing d'études : analyse du marché dans toutes ses dimensions (acheteurs, consommateurs, concurrents et environnement) et mesure des résultats des actions engagées. Ce sont les études de marché, le suivi de la position concurrentielle et le contrôle de l'efficacité des actions marketing.
- Le marketing stratégique : fonction qui précède la production et la mise en vente du produit. Ce sont le choix des marchés cibles, le choix d'un positionnement, la stratégie de la marque, la conception du produit, la fixation de son prix, le choix des canaux par lesquels il sera distribué, l'élaboration d'une stratégie de communication et de promotion et le choix d'une stratégie relationnelle.
- Le marketing opérationnel : opérations de marketing postérieures à la production. Ce sont la mise en œuvre des campagnes de publicité et de promotion, l'action des vendeurs, la distribution des produits, le merchandising et le service après-vente.

Certains cadres continuent de définir le marketing comme étant simplement de la publicité et des relations publiques ; d'autres étendent cette définition à la vente et aux études de marché. Or, il faut inclure également le développement des nouveaux produits, la localisation des lieux de vente, la fixation des prix et la politique de production.

1.1 Les 4 "P" : les 4 composants du marketing

- Le produit (product)
- Le prix (price)
- La distribution (place)
- La communication (promotion)

1.2 La démarche générale du marketing



1.3 Une technique marketing adaptée aux marques de cigarettes : le night-life marketing

Un soir dans un café branché un individu tente d'accéder au bar. Une ravissante jeune fille l'intercepte, lui tend une somme d'argent et lui demande s'il veut bien lui acheter les cigarettes "X". Etant jolie et souriante, l'individu ne peut refuser. Il achète le paquet de cigarettes et décide de lui demander qu'elle est cette marque de cigarettes dont il n'a jamais entendu parler. Paraissant surprise, elle lui répond : "tu ne connais pas? C'est la nouvelle marque de cigarettes à la mode... C'est tout nouveau et le goût est très agréable. "Pour le récompenser de son aide, elle lui offre une cigarette. Après avoir fumé cette nouvelle cigarette, l'individu retrouve ses amis et leur demande s'ils connaissent la marque de cigarettes "X". En un temps très restreint, l'individu devient le jouet d'une mise en scène. La jeune fille est employée par une entreprise qui souhaite faire connaître sa marque "X". A aucun moment le prospect ne sait qu'il est l'objet d'une action de promotion.

Le principe du night-life marketing est de mettre en scène des individus, employés et payés par des entreprises, afin d'entrer en contact avec une population cible. Ils ont pour objectif de promouvoir un produit sans que les prospects ne sachent que leurs interlocuteurs sont rémunérés pour vanter les produits d'une entreprise.

2 Présentation de l'étude

« Quels sont les courants et applications marketing utilisés par les industriels du tabac, pour contourner les différentes contraintes mises en place par les pouvoirs publics, illustrés par le sponsoring des soirées étudiantes ? »

La problématique citée ci-dessus a été un des objectifs du programme d'action de prévention du tabagisme de l'ADES du Rhône : "l'industrie du tabac nous manipule".

Afin de répondre à cette problématique, d'une part, nous avons procédé à des entretiens auprès des bureaux de vie étudiante (BDE) et auprès des gérants de lieux festifs pour connaître les méthodes employées par les industriels du tabac pour promouvoir leurs produits ; et d'autre part, nous avons procédé à une enquête, à l'aide d'un questionnaire, auprès des étudiants du département du Rhône sur leur perception des techniques de marketing utilisées par l'industrie du tabac, notamment lors de soirées étudiantes.

L'exemple de sponsor de soirées étudiantes utilisé est : "Nuits Bleues" de la marque de cigarettes Gauloises.

3 Présentation des résultats des entretiens auprès des BDE (Bureaux de Vie Etudiante) et des gérants de lieux festifs

Quelles méthodes les industriels du tabac emploient-ils pour promouvoir leurs actions marketing ?

3.1 En direction des BDE

Un premier contact avec l'ensemble des BDE du département du Rhône a été effectué. La majorité d'entre eux, malgré leur souhait de s'impliquer dans cette problématique, n'avaient jamais été contactés par des marques de cigarettes.

A la question : « accepteriez-vous de travailler avec un sponsor de soirées appartenant à un industriel du tabac ? », la plupart des BDE ont répondu non, préférant les marques d'alcool car leur sponsoring attire plus de participants (offres promotionnelles plus intéressantes) et d'un point de vue éthique, leur présence lors d'une soirée étudiante est moins contestable que celle d'une marque de cigarettes. Cette dernière affirmation a souvent été justifiée par le développement du concept "fac sans tabac".

Quelques BDE travaillant en collaboration avec une marque de cigarettes, ont été intéressés par la problématique de l'ADES et ont accepté de répondre à diverses questions.

Les résultats de ces interviews montrent que :

- Les marques des cigarettes sont peu présentes sur le département du Rhône.
- Depuis le renforcement de la loi Evin, leur collaboration est exceptionnelle avec les BDE ; elles montrent beaucoup plus de discrétion et évitent de participer à des événements de grande envergure.
- Dans l'éventualité où un BDE travaillerait avec une marque de cigarettes, un arrangement financier est presque toujours absent : généralement, le BDE donne accès à sa soirée, en contrepartie, l'animation est assurée par la marque de cigarettes.
- L'animation est toujours assurée de la même manière : des hôtes animent la soirée en dansant, distribuent des cadeaux sans aucun lien direct avec une marque précise de cigarettes, le disc-jockey présente le sponsor au micro, mais ne prononce jamais le nom de la marque de cigarettes.
- Les B.D.E. interrogés constatent une interruption dans la distribution de cigarettes gratuites depuis environ deux ans, mais des produits dérivés du tabac (briquets essentiellement) sont encore offerts, ce qui est interdit par la loi.
- Concernant l'impact du sponsoring de soirées par une marque de cigarettes, certains BDE pensent que le sponsoring de soirées est un concept très porteur pour une marque de cigarettes dans l'objectif de se créer un "capital sympathie" et que leur présence renforce la réussite de la soirée ; d'autres estiment que cette technique de promotion est infructueuse, les étudiants étant de moins en moins amateurs d'animations et de distributions de cadeaux.

3.2 En direction des lieux festifs

L'ensemble des cafés et discothèques du département du Rhône a été contacté. De nombreux gérants de lieux festifs ont répondu ne plus travailler avec une marque de cigarettes dans le cadre de sponsoring de soirées, justifiant cette absence de collaboration par un cadre législatif plus restrictif. Certains d'entre eux, néanmoins, ont accepté de répondre à diverses questions.

Nous avons pu noter une certaine méfiance de la part de cafés et de discothèques et relever certaines incohérences dans leur propos.

Les résultats de ces interviews montrent que :

- Généralement, les gérants des lieux festifs se contentent de vendre des cigarettes et en contrepartie, la marque de cigarettes leur distribue des cadeaux à offrir à leurs clients et à leurs employés.
- Selon un des serveurs interviewés, le développement de la notoriété d'une marque de cigarettes se fait plus facilement par l'intermédiaire des employés, qui portent les vêtements offerts par la marque, que par l'intermédiaire des clients. (« Mes amis trouvent mon tee-shirt joli, me demandent où est-ce que je l'ai acheté, je leur réponds que c'est Marlboro qui me l'a offert ; voilà, j'ai prononcé le nom de la marque de cigarettes ! »).
- La communication des industriels du tabac est de plus en plus discrète : ils ne distribuent plus de cigarettes gratuites, ni de bons de réduction pour les acheter. Les inscriptions ou les dessins sur les tee-shirts rappellent difficilement leur marque. Un gérant de discothèque a affirmé : « le logo est situé en bas à gauche des tee-shirts, comme mes serveurs doivent rentrer leur tee-shirt dans leur pantalon, on ne voit même plus que c'est un tee-shirt publicitaire ».

3.3 Participation aux soirées sponsorisées par une marque de cigarettes

Durant les mois de mai et juin, nous avons participé à quatre soirées, toutes sponsorisées par "Nuits Bleues". Au cours de celles-ci, des affiches et des banderoles "Nuits Bleues" étaient exposées dans la discothèque ; l'animation commençait tôt : des hôtesse, vêtues de bleu, se déplaçaient de table en table, passaient un pendentif autour du cou de chaque participant et allumait un briquet devant lui avant de le lui offrir. La distribution de cadeaux, "lancés" par le disc-jockey, se déroulait plus tard, à deux ou trois heures du matin.

Au cours de la première soirée, une animation "photo" fut proposée : une hôtesse pris en photo les participants qui le désiraient devant un décor "Nuits Bleues" puis, gratuitement, les photos furent distribuées dans une pochette décorée.

4 Présentation des résultats du questionnaire

Administration d'un questionnaire de 26 questions auprès de 235 étudiants lyonnais de 17 à 25 ans à la sortie de leur cours.

Sur les 235 personnes interrogées, nous avons 52 % de filles pour 48 % de garçons, ce qui correspond au ratio national.

53,2 % ont déclaré fumer régulièrement, 6,4 % occasionnellement et 32,8 % ont déclaré n'avoir jamais fumé. La prévalence tabagique nationale étant de 47,6 % chez les 20-25 ans, avec 40,4 % déclarant fumer régulièrement, 6,8 % occasionnellement et 52,8 % non-fumeurs, les données limitées aux étudiants du département du Rhône sont un peu supérieures à la moyenne, reflétant clairement une prévalence tabagique élevée au sein des 20-25 ans.

La première cigarette est ici fumée en moyenne à 16 ans (actuellement au niveau national l'âge moyen est de 15 ans).

Les marques de cigarettes préférées des fumeurs de 18 à 25 ans dans le département du Rhône, sont Marlboro, light inclus à 42 % (au niveau national, 60 % des personnes de 18 à 25 ans fument des Marlboro), puis Camel (18%) ; Gauloises est préférée par 3,8 % des personnes.

La première raison évoquée sur la préférence à telle ou telle marque de cigarettes est le goût (45 %), puis le prix (17 %) ; parmi les autres raisons citées par les répondants, l'habitude arrive en première position.

Une part à peu près équivalente de répondants se souvient avoir participé / n'avoir pas participé à une soirée sponsorisée par une marque de cigarettes.

Sur les 98 personnes ayant participé à une soirée sponsorisée par une marque de cigarettes, 46 % ont participé à une soirée sponsorisée par la marque de cigarettes Gauloises.

61% des personnes interrogées connaissaient le logo "Nuits Bleues".

"Nuits Bleues" est spontanément associé à la marque de cigarettes Gauloises par 42 % des personnes interrogées.

Le fait qu'une soirée soit sponsorisée par une marque de cigarettes n'a aucune incidence sur le choix de la soirée par les étudiants, seulement 4,7 % d'entre eux sont sensibles à la présence d'un sponsor de marque de cigarettes.

L'animation - suivie de très près par les cadeaux - est la principale raison pour laquelle ces soirées sont appréciées.

Les liens de corrélation

Il existe une dépendance très significative entre le fait de fumer et le fait de participer à des soirées sponsorisées par une marque de cigarettes. 56 % des non-fumeurs n'ont jamais participé à une soirée sponsorisée par une marque de cigarettes.

Le fait d'avoir participé à une soirée sponsorisée par "Nuits Bleues" a une incidence sur l'association "Nuits Bleues" avec Gauloises. 63 % des personnes ayant participé à une soirée "Nuits Bleues" ont su associer le logo à la marque de cigarettes.

Les fumeurs apprécient les soirées sponsorisées par une marque de cigarettes pour les cigarettes gratuites (44%), alors que les non-fumeurs privilégient l'animation (47%) et les cadeaux (39%).

Les personnes n'ayant jamais participé à une soirée sponsorisée par une marque de cigarettes sont défavorables au sponsoring de soirées par une marque de cigarettes ; les personnes ayant déjà participé à une soirée sponsorisée par une marque de cigarettes sont favorables au sponsoring de soirées par une marque de cigarettes.

Les garçons participent plus à des soirées sponsorisées par une marque de cigarettes que les filles. Cependant, ils sont plus indifférents au fait qu'une marque de cigarettes sponsorise une soirée, alors que les filles sont à 48 % défavorables au sponsoring de soirées par une marque de cigarettes.

Le fait d'avoir participé à une soirée sponsorisée par une marque de cigarettes (plus particulièrement une soirée sponsorisée par "Nuits Bleues") a une influence sur le fait de fumer.

Conclusion

Le sentiment qu'ont les jeunes de ne pas subir l'influence des sponsors, s'avère inexact, considérant les conclusions du traitement des questionnaires effectué par le logiciel Sphinx.

Les statistiques qui ressortent de ce traitement permettent d'établir un lien de corrélation entre le fait de participer à une soirée sponsorisée par une marque de cigarettes et le fait de fumer, d'une part, et d'autre part entre Gauloises et "Nuits Bleues".

Dans un souci d'objectivité, je dois préciser que, d'une part, toutes les techniques marketing existantes n'ont pas été observées, et que, d'autre part, le lien de corrélation, évoqué ci-dessus, a été constaté uniquement sur le département du Rhône, pendant les mois de mai et juin et à travers une seule marque de cigarettes (Gauloises / "Nuits Bleues").

Communication, marketing et prévention

L'enfant et le tabac en publicité

Didier Nourrisson, Professeur des universités en Histoire contemporaine, IUFM de Lyon

Lorsque le tabac paraît, l'enfant devient un sujet de protection pour les familles et l'État. C'est en effet à partir du XVI^e siècle que le tabac prend racine sur notre territoire et que le souci éducatif, dans la ligne de l'humanisme, s'empare de la société (cf Philippe Aries, L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime...). L'enfant n'a d'ailleurs pas le droit de l'homme dans la construction d'un modèle de consommation et de civilité : la prise tabagique. L'art, première forme de médiatisation, témoigne de la réalité sociale. Ce ne sont que courtisans et courtisanes qui "pétunent", qui "se farcissent le nez", pas les enfants. Dans le peuple, parfois, on fume déjà. Et les scènes de cabarets où les hommes fument et boivent se multiplient (cf la peinture flamande). Mais les tableaux montrant des enfants en train de fumer sont rarissimes. "Le jeune fumeur" de Georges de La Tour (1593-1652) allume une pipe en terre avec un brandon. Mais l'artiste n'a la prétention que de saisir les couleurs ; rien ne dit que l'enfant va fumer cette pipe. On sait le scandale (cf Mémoires du duc de saint-Simon) que provoqua la fume des filles de Louis XIV qui avaient corrompu des gardes du palais de Versailles pour obtenir des pipes.

Le jeune qui fume est longtemps considéré comme un sale gamin, indigne. Les ouvrages de morale racontent volontiers des scènes d'abus tabagiques pour les stigmatiser.

« Le cabaret était en même temps bureau de tabac. Coco, avec les trente sous qu'il avait reçus, fit l'emplette d'un paquet de cigarettes. Lorsqu'ils sortirent, les gamins étaient bien mal en point. Ils se dirigèrent vers leur village d'un pas qu'on ne peut dire ferme »⁽¹⁾.

Ce texte, volontairement décalé dans le temps, montre bien par ses mots archaïques mêmes (« sous », « cabaret »), l'incrustation des manières, des manies tabagiques auprès de la jeunesse. Dans cet Ancien Régime, l'enfant n'a pas droit au tabac. Il n'existe donc pas de publicité (dé)monstrative de jeune fumeur.

Les révolutions du XIX^e siècle ne sont pas toutes d'ordre politique. La société entière revoit ses comportements, tandis que l'économie modèle de nouveaux paysages où la fumée prend, au sens propre, tout l'espace. En ce qui concerne l'usage du tabac, on assiste aussi à une révolution : désormais le mode (la mode) de consommation passe par la fume et, comme le dit plaisamment Balzac, « l'état social est réduit à l'état de cheminée ».

Les habitudes de consommation tabagique de la jeunesse participent alors d'une volonté d'imitation des adultes et d'insertion dans leur monde.

« Les jeunes gens, toujours partisans des excès, n'attendent pas l'âge de douze à quinze ans pour fumer. Cet amusement, d'après leur opinion, semble leur donner un air de confiance et les associer aux gens raisonnables. Cette erreur les maigrit, les épuise et nuit singulièrement à leur accroissement »⁽²⁾. Daumier croque la première représentation du tabagisme en milieu scolaire dans une série intitulée "professeurs et moutards", parue dans le journal satirique, le Charivari, en 1845. Des élèves de 6^{ème} se prennent pour des réthoriciens (élèves de terminale) en allumant une pipe en terre.

L'enfant devient le reflet, le témoin de la société des adultes. Il en joue, en jouit... et il est joué (jouet). Les cartes postales, qui se multiplient à la Belle Epoque, les assiettes à motifs satiriques montrent magnifiquement cette réalité. « Si tu ne me rends pas ma poupée, s'exclame cette fillette à son père, je le dirais à Maman et elle ne t'aimera plus ». « Voyons ce que Grand-père va trouver de rigolo cette fois dans son tabac », s'enthousiasme ce groupe d'enfants.

Dans les années 1840, la mode éditoriale est aux physiologies, de petites brochures qui décrivent avec humour les mœurs des contemporains. Voici la physiologie de l'étudiant en droit, une taxinomie adaptée à la consommation tabagique et au cursus universitaire :

« Il est des degrés dans le tabac comme dans le crime...

(1) La Jeunesse, janvier 1928, art. : "bonne année !" de Jean Nemo

(2) dr Souville, "Observation sur l'abus de la pipe, dans le bas-Calais", Journal de médecine militaire, Paris, 1783

Le novice doit aller graduellement et se mettre d'abord aux petites cigarettes avec des feuilles de rose... Le jeune étudiant qui débute le Code civil (titre premier : jouissance des droits civils) commence par jouir de ses droits de citoyen, en achetant un cigare de quatre sous, le plus gros et le plus noir qu'il peut trouver...

Quand l'étudiant arrive à l'article 488 qui déclare formellement « qu'à vingt et un ans, on est capable de tous les actes de la vie civile », notre jeune Français achète décidément une pipe, qu'il s'occupe à culotter... jusqu'à l'étudiant de septième année qui fume 23 cigares dans sa journée »⁽³⁾.

Les moralistes, nombreux en ce siècle puritain, dénoncent à l'envie cet attrait pour le tabac. Ils décrivent un avenir apocalyptique pour une société qui serre les corsets de ses femmes, boit comme un trou... et laisse fumer ses enfants :

« Je vois d'ici des enfants de 12 à 14 ans qui fument dans la pensée qu'on ne pourra faire autrement que de les prendre pour des hommes, en les voyant avec la pipe ou le cigare, cet ignoble attribut, sans songer que le tabac les épuisant, ils ne seront jamais que des marmousets de l'espèce humaine.

En voyant ces petits pantins fumer avec rage, on serait autorisé à croire que leurs descendants têteront des cigares et fumeront au berceau »⁽⁴⁾.

La révolution industrielle s'affirmant, la ronde publicitaire entre bientôt en jeu. Elle ne tarde pas à utiliser l'enfant à des fins commerciales. Pensons, pour rester dans le domaine alimentaire, aux "réclames" de chocolats (Menier, Poulain), de boissons (Coca Cola aux Etats-Unis, eaux minérales en France), et même d'alcools (Byrrh), qui utilisent l'image infantile pour vanter ses produits. L'enfant, avec son innocence ou sa précoce perversité, dans ses jeux ou dans le cadre scolaire, est mis en scène pour faire vendre. Les affiches dans la rue, les pages des journaux contiennent nombre de ces représentations.

La publicité des industriels du tabac se laisse aussi gagner par l'image de l'enfant. En France, c'est l'Etat qui, depuis 1811 (décret impérial), détient le monopole de la fabrication et de la vente du tabac. Après la première Guerre mondiale, coulé de dettes, l'Etat a besoin d'argent : il décide alors d'investir dans la publicité tabagique afin de relancer la consommation. L'enfant devient un véhicule publicitaire comme un autre (la femme). L'enfant est même sollicité, au moment des fêtes de fin d'année, pour offrir des cadeaux tabagiques « pour vos cadeaux, offrez les tabacs de la Régie française ». Plusieurs fois dans l'entre-deux-guerres, dans le numéro de décembre, La Revue des Tabacs, organe de presse destiné aux débiteurs, rappelle les possibilités d'étrennes tabagiques aux adultes avec des dessins représentant des enfants en pyjama portant des paquets-cadeau, des paquets-tabac.

Après la seconde Guerre mondiale, et avec l'explosion démographique du baby boom, l'Etat commence à s'inquiéter de la santé publique (mise en place de la Sécurité sociale en 1945). Il s'agit de préparer l'avenir et donc un contrôle moral des comportements sociaux s'impose : la loi entend vérifier désormais (1947) le contenu des revues pour enfants. L'enfant devient un enjeu social "majeur".

En même temps, la consommation de cigarettes s'intensifie, aiguillonnée par une publicité virulente.

Nombre de cigarettes par adulte et par an⁽⁵⁾ :

1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1977
770	1050	1350	1470	1600	1850	2040

Dans les années 60, le concept de "la jeunesse" s'impose⁽⁶⁾. Une étude récente entreprise dans les revues et journaux nationaux montre le formidable essor de la publicité tabagique auprès de la jeunesse⁽⁷⁾. Etre jeune, c'est fumer. Car fumer, c'est grandir. « Avec la maturité vient le goût du plaisir » et « on se cherche à 20 ans. On se trouve à 30 », assure Marie-Claire, l'important magazine du premier groupe de presse Prouvost, dans une publicité tabagique (septembre et décembre 1976).

(3) Louis Huart, *Physiologie de l'étudiant*, opuscule de 122 p., 1841, p.19 et suiv.

(4) Charles Dubois, *Considérations sur cinq fléaux*, Paris, librairie Dentu, 1857, p.70

(5) brochure *Les dangers du tabac*, CFES, 1979, p.3

Etre jeune, c'est contester. Fumer, c'est s'affirmer. Et le tee-shirt Che Guevara peut bien accompagner le temps des premiers joints (« Ah merde ! Vous aussi ! »).

Le jeune devient produit de publicité lui-même dans un contexte de croissance démographique soutenu d'après-guerre. Les industries du tabac l'ont tôt compris : « pour assurer la croissance à long terme de Camel Filtre, la marque doit accroître sa part de marché des 14-24 ans qui ont de nouvelles valeurs plus libérales et qui représentent l'avenir du business cigarette » (RJ Reynolds, 23 janvier 1975, memorandum secret de J.F. Mind à C.A. Tucker). En 1984, un prospecteur commercial travaillant pour le compte d'une entreprise de tabac a écrit dans un rapport interne alors secret : « les jeunes fumeurs ont été le principal facteur de croissance et de déclin pour toutes les grandes marques et entreprises au cours des cinquante dernières années. Ils demeurent tout aussi importants pour l'avenir des marques/entreprises pour deux raisons simples : le renouvellement du marché se fait presque entièrement grâce aux fumeurs de 18 ans. Guère plus de 5 % des fumeurs se mettent à fumer une fois atteint l'âge de 24 ans. (Et) la fidélité des fumeurs de 18 ans à une marque l'emporte largement sur la tendance qu'il y a à changer de marque avec l'âge... Les marques/entreprises qui ne parviennent pas à attirer leur contingent de jeunes adultes auront beaucoup de mal à redresser la situation. Elles doivent parvenir à inciter les fumeurs à changer de marque chaque année simplement pour tenir... Les jeunes fumeurs constituent la seule source de remplacement... Si les jeunes adultes se détournent du tabac, l'industrie est condamnée à périr, de la même façon qu'une population qui ne se reproduit pas, finit par décroître »⁽⁹⁾.

Les critères publicitaires spécifiques à la jeunesse sont également précocement définis : « les fumeurs doivent affronter le fait qu'ils sont illogiques, irrationnels et stupides... Il faut partir du fait que fumer est dangereux pour la santé et tenter de le contourner d'une manière élégante sans le combattre, ce qui serait peine perdue... Présentez (aux jeunes) la cigarette comme une des quelques initiations au monde adulte et présentez la cigarette comme appartenant à la catégorie plaisante des produits d'activité illicite... Au mieux que vous puissiez le faire légalement, liez la cigarette au vin, à la bière, au sexe etc. » (étude faite par l'agence de publicité Ted Bates pour British American Tobacco en 1975⁽¹⁰⁾).

La décennie des sixties fait un triomphe aux jeunes. La cigarette Flash_R avoue avoir été « créée pour ceux qui sont jeunes et à la page » (Marie-Claire, août 1964) et insiste tout au long de l'année : « vive Flash, voilà qui est de notre âge » ; « Flash, pour ceux qui sont "in" et "sympa" ». Pall Mall_® joue sur son goût pour la BD lors de la sortie de son nouveau paquet rigide face au paquet souple : sur un ring, les deux paquets se font face et crient "rigide" ; plus loin dans la revue (La Revue des Tabacs, 1981), un couple (de paquets), elle (souple) : « cet été, qu'est-ce que vous faites ? - lui (rigide) : « je danse ! ». Nous n'avons trouvé que Pall Mall_R pour présenter des photos de jeunes et affirmer : « ils aiment le coca, le rock, et Pall Mall filtre » (La Revue des Tabacs, 1982).

Le magazine *Salut les copains*⁽¹¹⁾ témoigne à l'évidence de cet engouement pour la jeunesse et de sa manipulation. D'abord, la publicité ne porte que sur les disques et les jus de fruits ou le coca-cola (n°1 à 13). La première publicité tabagique commence avec le numéro 14 ; elle ne se démentira plus et affichera souvent son originalité, en pleine ou demie page. « La cigarette jeune », c'est Hunter_® (septembre 1963) : un garçon offre une cigarette à une fille dans une mise en scène de « l'art de plaire ».

(6) Au début des années 1950, les contemporains parlent encore des jeunes hommes et des jeunes filles. Dix ans plus tard, ces désignations ont disparu au profit des "jeunes". L'adjectif, désormais asexué, est devenu un substantif. Il s'impose rapidement à tous en raison de son flou et de sa polysémie. Il permet de penser la division des générations sans exclure la stratégie de classe. Il érige les jeunes en acteur social collectif à l'instar des ouvriers. Cette rupture sémantique s'explique par l'émergence dans la seconde moitié des années 50 du "problème de la jeunesse" et par son traitement médiatique. Cf rencontres "les sciences sociales et la période 1945-1980", Paris, 22 mars 2002, resp. A.M. Sohn

(7) Didier Nourrisson (et alii), *Les images publicitaires en faveur des substances psychoactives (1873-1987)*, rapport pour la MILTD, décembre 2003

(8) Brochure *Clopin-Clopant*, série de dessins sur le tabagisme réalisé par le jeune illustrateur stéphanois, Cled'12, en 2003

(9) "Young adult smokers : strategies and opportunities", R.J. Reynolds Tobacco Company, 29 février 1984

(10) cité par prof. Gérard Dubois, CNCT, "la responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique", conférence Amiens, 23 août 2000

(11) Fondé par Daniel Filipacci à l'été 1962, *Salut les Copains* est un magazine mensuel qui s'adresse à un public jeune, celui qui écoute l'émission radiophonique du même nom présentée par Filipacci sur Europe n°1 depuis 1959. Dure ainsi jusqu'en 1976

En février 1964, voici Blue Ribbon®, « l'américaine des jeunes » que présente l'idole Claudine Coppin. La sous-marque de Philip Morris, Muratti multifilter®, offre une « cigarette dans le vent » avec une fille apparemment délurée qui chevauche à l'envers sa moto (*Salut les copains*, juillet 1967). Comme il était préconisé dans le rapport, les publicités pour le tabac s'ajoutent à celles pour les bières (Champigneules® ou Kronenbourg®) ou pour les briquets (notamment Ronson®).

Pourtant, la publicité tabagique est interdite dans la presse de jeunesse (Etats-Unis, 1970 ; France : 1976). *Salut les copains* cesse de fait toute publicité en 1976⁽¹²⁾. Le jeune devient un public cible indirect ; la publicité semble hésiter alors à en faire une vedette. La marque Winston® rejette expressément le jeune fumeur : « Winston ne pouvait pas être ma première cigarette » ; « avec la maturité, vient le goût du plaisir » ; « on se cherche à vingt ans ; on se trouve à trente » (*Marie-Claire*, juin-décembre 1976).

Mais rien n'interdit à la presse théoriquement pour adulte de mêler la publicité de tabac et celle pour la jeunesse. Ainsi *Télérama* de décembre 1980 propose un abonnement pour le journal de Jonas, destiné aux plus de 9 ans, et sur la même page offre Havanitos®, déchets de Havane. Il s'agit désormais de « fabriquer » le pré-fumeur, gage d'un avenir rayonnant pour la marque. « to ensure increased and longer-term growth for Camel Filter, the brand must increase its share penetration among the 14-24 age group which have a new set of more liberal values and which represent tomorrow's cigarette business »⁽¹³⁾. Le personnage du sympathique chameau Joe Camel, lancé aux Etats-Unis en 1988, devient aussi populaire auprès d'enfants âgés de six ans que Mickey⁽¹⁴⁾.

L'inquiétude sanitaire grandit elle aussi. Elle existait déjà dans certains milieux médicaux : « un point sur lequel tous les médecins compétents sont d'accord, c'est le danger du tabac pour les enfants et les jeunes gens. Leur organisme étant en période de croissance est infiniment plus sensible à l'action nocive de la nicotine et de tous les poisons de combustion qui en dérivent, comme l'oxyde de carbone et la pyridine » (dr Roubinovitch, *La jeunesse*, avril 1924, p.54, art. "la manie de fumer"). Hergé, avant Tintin, écrit pour un magazine de jeunesse, les aventures de Quick et Flucke en 1925. Il place une double page sur "les dangers du tabac". Cette inquiétude s'affiche de manière croissante avec la confirmation des risques de tabagisme passif.

Les campagnes anti-tabagiques se succèdent, redéfinissant sans cesse de nouvelles stratégies, de nouveaux acteurs, de nouveaux territoires. On en a distingué trois :

- l'éducation par le terrorisme. Une éducation à la santé s'engage : « T'as vu tes poumons ? », dessin de Plantu dans *Le Monde*, 31 mai 2004. Il s'agit d'une méthode reprise des premières luttes antialcooliques du début du XXe siècle et qui a largement prouvé son inefficacité.
- la prise d'otage. « Ne m'enfumez pas, merci », semble dire ce beau bébé joufflu et rose de la première campagne nationale anti-tabagique du CNDT. La journée mondiale de lutte contre le tabac devient l'occasion d'une dénonciation systématique dans les médias : « l'augmentation du risque est considérable, chez les enfants, pour les affections respiratoires (+72 % si la mère fume), les otites, les crises d'asthme, la mort subite du nourrisson » (*Le Monde*, 31 mai 2004, art. "tabac : victimes de la fumée des autres").
- l'auto-persuasion. Les enfants sont désormais sollicités pour entrer dans le combat. Cf CFES (1979) : « des enfants ont composé ces affiches. Réalise toi-même une affiche sur "le tabac et la santé". Cette mobilisation des jeunes contre le tabac dure jusqu'à nos jours : « Prisonniers ? Aidez-nous à vous délivrer du tabac », demande le CNCT dans une page entière du *Monde*, le 1er juin 2004. Dans les écoles, le relais est pris : Didier Nourrisson montre une collection d'affiches réalisées par une classe de bac professionnel en 2003.

(12) Avec le n°170 (15 sept. 1976), le magazine devient bimensuel et s'intitule désormais *Salut*.

(13) Rapport secret de J.F. Hind à C.A. Tucker, 23 janvier 1975, cité in *L'industrie du tabac nous manipule*, brochure ADES du Rhône, 2003, p.21.

(14) Fischer P.M., Schwarz M.P., Richardo J.W.R., "Brand logo recognition by children aged 3 to 6 years. Mickey Mouse and Old Joe the camel", *Jama* 1991, 266, pp.3145-48

Conclusion

L'exposition tabagique de l'enfant et du jeune remonte à la mise en place d'une industrie publicitaire dans le cadre d'une société adepte de la fume. Victime et otage, coupable et tentateur, l'enfant se fait public, c'est-à-dire qu'il entre délibérément dans l'espace civil, par le biais de la médiatisation. L'avenir, qu'il porte naturellement pourrait alors être des plus "gris" : « j'suis gémeaux ascendant capricorne... moi cigarettes ascendant cancer », (s'affirment les jeunes croqués par Cled'12).

La propagande anti-tabagique doit donc se poursuivre obstinément. Mais nous devons toujours énoncer deux mises en garde :

- se rappeler que ce sont toujours des adultes qui s'adressent à des enfants. Cf "Modèle de vertu pour faire école" (Cled'12)
- se rappeler que la vie, hors de l'école, existe et présente à l'enfant des contre-modèles attractifs. « Wa ! C'est d'la balle ! La vie offre de multiples possibilités » (Cled'12).

Liste des documents accompagnant l'exposé

1. Tabatière XIXe siècle
2. Le jeune fumeur
Georges de La Tour (1593-1652)
3. Enfants fumeurs
Carte postale
4. Courbe de consommation
5. affiche originale de BEB-DEUM (2003 ?),
6. L'enfant toussé
(Paris fumeur 1856)
7. L'enfant fume comme un grand (enseigne 1850)
8. Echanges juvénils (carte postale début Xxe s.)
Cf gravure de Gavarni ou publicités du Xxe s.
9. "Qu'est-ce que Grand'père va trouver de rigolo, aujourd'hui, dans son paquet de tabac ? " (carte postale, dessin de POULBOT, s.d.) tabac frelaté, tabac-jeu.
10. " Si tu ne me donnes pas ma poupée, je dis à Maman que tu fumes ; elle ne t'aimera plus ". (assiette. Vers 1860).
11. " Enfants de 6e jouant aux rhétoriciens " dessin de DAUMIER, (Professeurs et moutards, 1845, Le Charivari). L'année de première vente de cigarettes.
12. les étrennes. Cadeau de la Régie des Tabacs. Les enfants " enrôlés " (jeu de mot sur " rôles ").
13. Cigarette de goût anglais " Week-end ". 1936, les congés pays, l'anglomanie, le sport.
14. Consommation de cigarettes (1945-1977). Brochure " les dangers du tabac ", 1977.
15. " Avec la maturité, vient le goût du plaisir " (Marie-Claire, septembre 1976)
16. " On se cherche à 20 ans. On se trouve à 30 " (Marie-Claire, décembre 1976).
17. " Ah merde ! Vous aussi ! " (Cled'12).
18. Noëlle Coppin " l'américaine des jeunes "(Salut les Copains, 1964)
19. (Salut les Copains, 1965) " Nous les garçons, nous les filles,... "
20. (Salut les Copains, 1967) " La cigarette dans le vent ".
21. (Quick et Flupke, HERGE, 1925), au moment des premières campagnes publicitaires en faveur du tabac. = l'appel comique.
22. = l'éducation terroriste. " - t'as vu tes poumons ! - Cool, on dirait Batman " (PLANTU, Le Monde, 31 mai 2001, journée mondiale contre le tabac
23. = La prise d'otage. " Ne m'enfumez pas, merci ! "CNCT, vers 1980.
24. = L'autopersuasion. " Des enfants ont composé ces affiches. Réalise toi-même une affiche sur le tabac et la santé ". (brochure CFES, 1977).
25. Affiches scolaires anti-tabagiques dans une classe de bac pro.
26. Idem
27. " Prisonniers ? " Aidez-nous à vous délivrer du tabac ". (CNCT, Le Monde, 1er juin, 2004)
28. " Nous allons organiser une journée sans tabac dans notre lycée " (Cled'12).
29. " Wa ! C'est d'la balle ! La vie offre de multiples possibilités ".(Cled'12).

Communication, marketing et prévention

Communication en prévention du tabagisme : quels ressorts, quelles limites ?

Arnaud Siméone, Maître de conférence en Sciences de l'éducation, Université Lyon II

Le recours à la peur est une stratégie relativement commune dans les campagnes anglo-saxonnes de prévention ou de promotion de la santé. Dans ce cadre, la peur est définie comme une émotion de valence négative, associée à un haut niveau de vigilance (Witte, 1992 ; Witte & Allen, 2000). Les appels à la peur (Fear appeals) sont des messages persuasifs ayant pour objectif de motiver le changement d'un comportement considéré comme socialement ou sanitaire indésirable, en suscitant de la crainte vis-à-vis de ce comportement. Ces appels à la peur sont généralement obtenus en amplifiant la perception de la menace (Perceived threat) associée au problème de santé ciblé, c'est-à-dire en accroissant, séparément ou simultanément, la perception de la susceptibilité de l'individu à ce problème (Perceived susceptibility) et sa perception de la gravité de ce problème (Perceived severity). Bien que la peur et la menace puissent être envisagées comme des concepts distincts (l'une est une émotion, l'autre une cognition), elles peuvent aussi être considérées comme des notions fortement intriquées et intrinsèquement reliées. De fait, plus grande est la menace perçue, plus forte semble la peur ressentie. Ce procédé a été appliqué à de très nombreux objets de santé publique, allant de la prévention des MST à l'incitation au sevrage tabagique, en passant par la prévention du cancer de la peau et l'incitation au port de la ceinture de sécurité (Witte & Allen, 2000).

L'étude des effets de la peur sur les cognitions et les comportements n'est pas un phénomène récent. Elle est l'objet d'un champ de recherche spécifique depuis près d'une cinquantaine d'années, et plusieurs théories ont tenté de rendre compte des relations entre peur, cognition et comportement (Witte, 1998 ; Witte & Allen, 2000). Ces théories semblent pouvoir être classées en trois grands groupes (Dillard, 1994) : les théories de l'induction (Drive theories, Hovland, Janis & Kelly, 1953 ; Janis, 1967), les modèles procéduraux parallèles (Parallel process models, Beck & Frankel, 1981 ; Giesen & Hendrick, 1974 ; Leventhal, 1970), et les modèles de l'Utilité Subjective Espérée (Subjective Expected Models, Rogers, 1975, 1983 ; Sutton, 1982). Les théories de l'induction ont été les premières à supposer que la réaction de peur, générée par un message d'appel à la peur, peut motiver l'occurrence ou le changement d'un comportement. Néanmoins, ces théories suggèrent aussi que l'importance de cette motivation peut fluctuer selon le niveau de peur induit, celui-ci pouvant faciliter (par exemple, en favorisant l'adoption d'un comportement approprié de protection) ou gêner (par exemple, en provoquant des réponses de déni de la menace ou d'évitement du message préventif) l'adoption des connaissances, des attitudes ou des comportements recommandés. De fait, les théories de l'induction de peur décrivent la relation entre niveau de peur induit et changement comportemental à l'aide d'une courbe en U inversé. C'est ce postulat qui les a conduit à considérer que le plus important changement d'attitude ou de comportement peut être obtenu à l'aide de messages intégrant un niveau modéré de peur induite. Bien que la validité de ce modèle en U inversé n'ait jamais pu être scientifiquement démontrée, et que les théories de l'induction aient été progressivement abandonnées depuis les années 1970, l'idée que l'induction d'un niveau élevé puisse provoquer des effets indésirables reste encore maintenant très populaire parmi les praticiens de la prévention, de la promotion et de l'éducation pour la santé. Ce postulat a d'ailleurs été indirectement intégré et réélaboré par les modèles procéduraux parallèles, qui avancent en particulier qu'un message comprenant un appel à la peur est susceptible de générer deux types de processus distincts, bien que potentiellement interdépendants : un processus cognitif de contrôle du danger et un processus émotionnel de contrôle de la peur. Ces processus correspondent respectivement aux stratégies de réduction de la menace et aux stratégies de réduction de la peur (Leventhal, 1970). Bien que les modèles procéduraux parallèles aient été la cible de fortes critiques (par exemple, des facteurs prédictifs de l'adoption ou de la dominance de telles ou telles stratégies n'ont jamais pu être empiriquement isolés), ils ont au moins eu l'intérêt d'introduire la distinction entre processus cognitifs rationnels et processus émotionnels potentiellement contre-productifs, qui sera reprise ensuite par les modèles de l'Utilité Subjective Espérée.

Ces derniers, tel que la Théorie de la Motivation à se Protéger (Protection Motivation Theory, Rogers, 1975, 1983), essentiellement d'inspiration cognitiviste, servent de cadre conceptuel à de nombreuses études empiriques qui essaient d'identifier

- 1) les composants des messages d'appel à la peur
- 2) les médiateurs cognitifs à même de faciliter l'adoption des recommandations contenues dans le message.

Le principal apport de ces recherches est d'introduire la notion d'efficacité perçue (Perceived efficacy), qui correspond à la fois à la perception qu'un individu a de sa capacité à mettre en place concrètement l'attitude ou le comportement recommandé (Perceived self-efficacy) et à la perception que cet individu peut avoir de l'efficacité de cette recommandation (Perceived response efficacy). Plus précisément, elles montrent que le poids de l'efficacité perçue dans la réponse de l'individu aux messages intégrant un appel à la peur est au moins aussi important que le poids de la menace perçue (Maddux & Rogers, 1983 ; Mulilis & Lippa, 1990 ; Wurtele & Maddux, 1987). De fait, la Théorie de la Motivation à se Protéger est apparue comme un modèle empiriquement valide, à même d'expliquer quand et pourquoi un message répond aux attentes de son concepteur. Ainsi, il semble que ce sont les messages induisant à la fois des perceptions élevées de la menace (susceptibilité + gravité) et de l'efficacité (auto-efficacité + efficacité) qui provoquent le plus d'adhésion aux recommandations promues.

Depuis l'émergence de ces modèles, des dizaines de recherches expérimentales ou appliquées, principalement anglo-saxonnes, semblent montrer que la peur est un bon moyen de persuasion (Girandola, 2000 ; Mongeau, 1998 ; Sutton, 1992 ; Witte & Allen, 2000). Malgré ces résultats, de fortes réserves quant à l'emploi de messages intégrant des appels à la peur subsistent en France, comme en témoignent les très vives réactions ayant suivi la campagne contre le tabac lancée en juillet 2002 par l'INPES et la CNAM (MILDT, 2002). Un des arguments les plus souvent utilisés pour contester la validité de cette stratégie est qu'elle pourrait avoir des effets contre-productifs : si une personne est trop effrayée par un message, elle pourrait tenter d'éviter la confrontation avec celui-ci ou elle pourrait considérer qu'elle n'est pas concernée par son contenu. L'argument culturel est aussi très usité : un procédé qui fonctionne dans une culture anglo-saxonne ne serait pas transférable dans un cadre francophone. En dépit de cette controverse, de plus en plus de praticiens français de l'éducation pour la santé semblent attirés par la conception de messages préventifs intégrant des appels à la peur. D'une part, parce que les stratégies traditionnelles insistant sur les bénéfices de la mise en place d'un comportement (gain-frame message) ne donnent pas toujours les effets escomptés. D'autre part, parce que les publics ciblés sont souvent demandeurs de campagnes chocs, utilisant des scénarios à la fois réalistes et effrayants (Gallopel, 2003). Cependant, ces tentatives d'utilisation de messages d'appels à la peur sont très souvent peu fondées conceptuellement et leur élaboration relèvent généralement de l'intuition. Depuis quelques années, un certain nombre de travaux scientifiques ont pourtant considérablement éclairci et délimité le cadre de l'usage de ce modèle, en particulier pour la prévention du comportement tabagique. Le premier de ces travaux est la méta-analyse de la littérature portant sur ce sujet publiée par Witte & Allen en 2000.

La méta-analyse de la littérature proposée par Witte & Allen (2000) porte sur 98 articles scientifiques traitant de l'utilisation de l'appel à la peur. Ces articles ont été recrutés à l'aide d'une recherche par mots-clés, effectuée sur les principales banques de données informatisées (par exemple, PSYCHLIT, Social Sciences Index, et Dissertation Abstracts). Les principaux constats dégagés par cette étude sont

- 1) que globalement, plus l'appel à la peur est intense (susceptibilité perçue + gravité perçue), plus les changements d'attitudes, d'intentions ou de comportements sont importants,
- 2) que les messages proposant une solution réaliste (Perceived response efficacy) pour éviter l'objet de la peur sont les seuls à entraîner un changement en direction du comportement recommandé,
- 3) que plus la solution proposée par le message pour éviter l'objet de la peur apparaît applicable aux participants (Perceived self-efficacy), plus le changement recommandé est probable, et
- 4) que ce sont les messages associant à la fois un appel à la peur intense et une solution perçue comme efficace et applicable qui sont les plus persuasifs.

Par ailleurs, bien que cette étude constate globalement que l'effet de la peur n'est pas affecté par les variables de personnalité ou socio-démographiques, elle souligne qu'un message intégrant un appel à la peur peut parfois provoquer des réponses défensives de la part des participants, surtout lorsque les solutions qu'il a proposées pour échapper au danger sont jugées inefficaces ou inapplicables.

En conclusion, Witte & Allen (2000) proposent l'utilisation d'un dérivé du Modèle de la Motivation à se Protéger (Rogers, 1975, 1983), l'Extended Process Parallel Model (EPPM) pour rendre compte de ces résultats. Il est présenté dans la figure 1

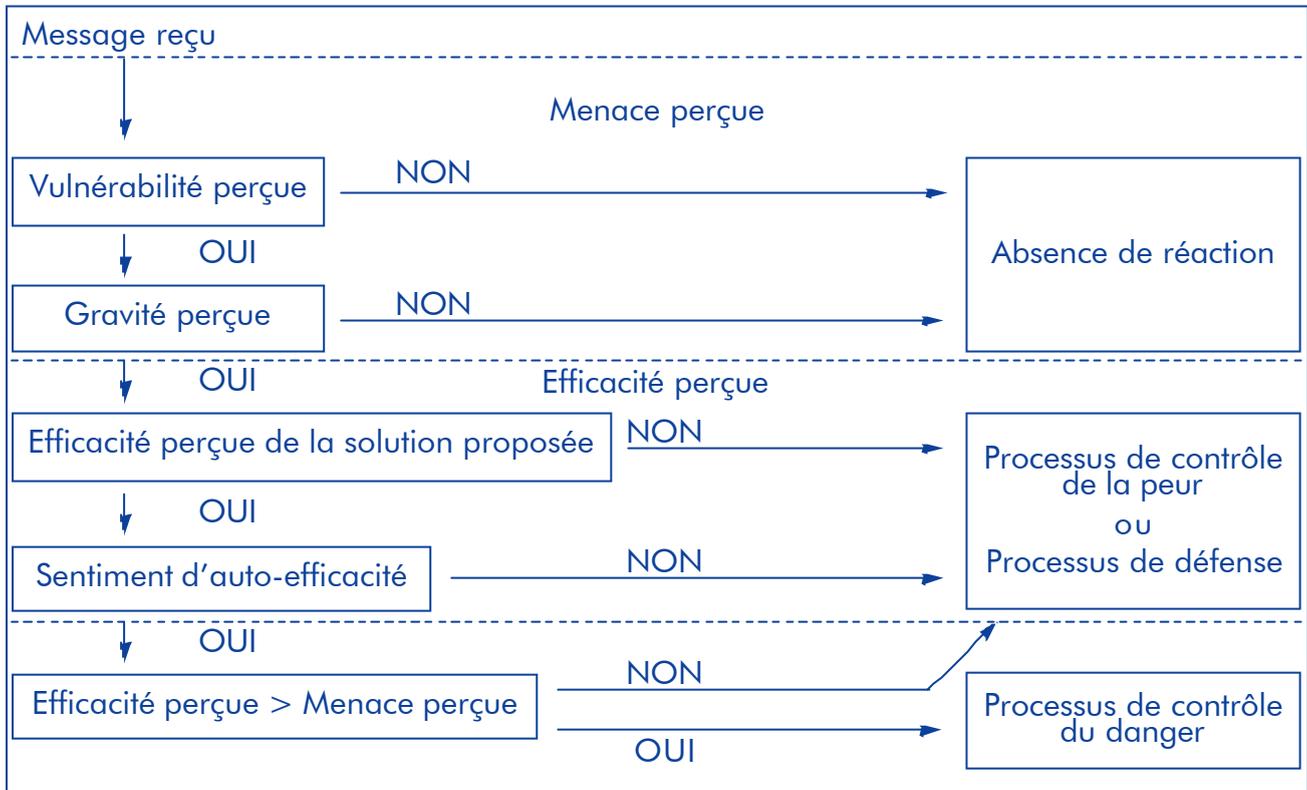


Figure 1 : Représentation graphique de l'Extended Process Parallel Model (EPPM, Witte & Allen, 2000).

La deuxième série de travaux de recherche clarifiant les conditions d'utilisation des messages intégrant un appel à la peur est issue du courant du marketing social, appliqué dans un contexte français à la lutte contre les comportements tabagiques (Gallopel, 2000, 2002, 2003). Ces études questionnent la pertinence de l'utilisation d'un axe créatif fondé sur la peur pour motiver les français de 15 - 25 ans à arrêter de fumer ou à ne pas commencer, et propose d'utiliser une stratégie d'appel à la peur auprès d'une population d'étudiants, lorsque les stratégies éducatives classiques ne conviennent pas ou se révèlent inefficaces. Une des originalités de ces travaux est d'associer des méthodologies expérimentales et qualitatives. Les principaux résultats observés par Gallopel (2000, 2002, 2003) soulignent

- 1) que le matériel de prévention qui entraîne l'attitude la plus positive de la part du public ciblé est celui qui génère la plus forte intensité de peur
- 2) que pour les non-fumeurs, le message à forte intensité phobique est le plus efficace pour renforcer la conviction de ne pas (re)fumer, et
- 3) que pour les fumeurs, le message à forte intensité phobique est le plus efficace pour renforcer la motivation à diminuer la consommation du tabac. Ces résultats convergent globalement avec ceux dégagés dans un cadre plus général par Witte & Allen (2000), et semblent valider l'hypothèse d'une relation linéaire entre l'intensité de la peur suscitée par le message et la motivation à changer d'attitude ou de comportement. Néanmoins, ces études montrent aussi
- 4) que pour les fumeurs, l'intensité phobique du message n'affecte pas la motivation à arrêter la consommation du tabac, et
- 5) que la présentation de solutions d'aide au sevrage n'augmente pas la motivation à arrêter la consommation de tabac, quel que soit le niveau de peur induite.

En fait, il apparaît clairement que si la peur seule peut suffire à motiver un changement de comportement lorsque le changement souhaité est perçu accessible (diminuer la consommation), ce n'est pas le cas lorsque ce changement est perçu comme trop difficile (arrêt de la consommation). Mieux encore, il semble que si l'intensité de la peur ressentie excède la perception de la capacité à mettre en œuvre le comportement recommandé, alors la cible diminue la peur ressentie en développant des réactions de rejet (processus de défense). En conclusion, Gallopel (2000, 2002, 2003) souligne que pour qu'un appel à la peur puisse fonctionner, il faut nécessairement que les solutions proposées soient reconnues comme efficaces par les cibles. Dans le cas contraire, elles ne permettent pas de faire face à un message très fortement menaçant. Un programme de lutte contre le tabagisme des jeunes qui utilise l'appel à la peur devrait donc tout autant travailler sur la crédibilité du plan d'aide proposé que sur l'intensité du message phobique.

Pour terminer, quelques constats et recommandations semblent pouvoir être isolés à partir des travaux théoriques et empiriques cités ci-dessus.

Tout d'abord, les messages les plus effrayants apparaissent indubitablement les plus efficaces pour provoquer un changement d'attitudes ou de comportement, et ceci quel que soit le type de population ciblée. De fait, il est maintenant établi que la relation entre la peur et la motivation au changement est linéaire, et l'hypothèse d'un modèle en forme de U inversé est totalement abandonnée. Néanmoins, il semble que les objets et les seuils d'induction de la peur fluctuent largement selon les individus, et donc que les caractéristiques formelles et informationnelles du message effrayant doivent très largement être élaborées en fonction de la cible.

Ensuite, le développement d'un appel à la peur suppose d'accroître simultanément la perception de la susceptibilité de la cible au problème de santé et la perception de la gravité de ce problème (Menace = Susceptibilité + Gravité). Là encore, ces dimensions ne sont pas nécessairement transposables d'une population à une autre. Ce qui peut a priori paraître grave ou probable au concepteur du message ne l'est peut être pas pour la cible.

Enfin, le développement d'un message intégrant un appel à la peur nécessite absolument d'associer au message phobique une solution réaliste et applicable par la cible. Dans le cas contraire, il est probable que l'intensité de la peur dépasse la perception que la cible a de sa capacité de réaction, et que celle-ci développe des réponses de rejet, tel que le déni ou l'évitement. Paradoxalement, la difficulté du travail sur un message inducteur de peur réside surtout dans l'élaboration d'une réponse perçue comme efficace (Efficacité = Capacité individuelle à mettre en place la réponse + Efficacité de la réponse pour éviter l'objet de la peur).

Références bibliographiques et sitographiques

1. Beck, K.H. & Frankel, A. (1981). A conceptualization of threat communications and protective health behavior. *Social Psychology Quarterly*, 44, 204 - 217
2. Dillard, J.P. (1994). Rethinking the study of fear appeals : An emotional perspective. *Communication Theory*, 4, 295 - 323
3. Gallopel, K. (2000). Réflexions sur l'utilisation de la peur dans les campagnes de prévention des comportements tabagiques. Actes des XVes journées des IAE, Bayonne-Biarritz 2000
4. Gallopel, K. (2002). Peur et persuasion : une étude empirique dans un contexte français de lutte contre le tabac. Actes du 18e congrès de l'Association française de marketing, tome 1. (351-374)
5. Gallopel, K. (2003). Le marketing social au service de la prévention du comportement tabagique des jeunes Français. Rapport d'expertise produit pour l'INSERM, disponible à l'adresse http://ist.inserm.fr/basisrapports/tabac/Tabac_Com10.htm (Consultée le 27 / 10 / 2004).
6. Giesen, M. & Hendrick, C. (1974). Effects of false positive and negative arousal feedback on persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 449 - 457
7. Girandola, F. (2000). Peur et Persuasion : présentation des recherches et d'une nouvelle lecture. *L'Année Psychologique*, 100, 333-376

8. Hovland, C., Janis, I. & Kelly, H. (1953). *Communication and Persuasion*. New Haven (C.T.) : Yale University Press
9. Janis, I. (1967). Effects of fear arousal on attitude change : Recent developments in theory and experimental research. In L. Berkowitz (Ed.) : *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 3). New - York : Academic Press (166 - 225)
10. Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communication. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 5). New - York : Academic Press (119 - 186).
11. Maddux, J.E. & Rogers, R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy : A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469 - 479
12. MILDT (2002). Revue de Presse du 25/06/2002. Consultable à l'adresse : http://www.drogues.gouv.fr/fr/actualites/synthese/synthese_aff.asp?id=703 (Consulté le 27/10/2004)
13. Mongeau, P. (1998). Another look at fear arousing messages. In M. Allen & R. Preiss (Eds.), *Persuasion : Advances through meta-analysis*. Cresskill (N.J.) : Hampton Press (pp. 53 - 68).
14. Mulilis, J.P. & Lippa, R. (1990). Behavioral change in earthquake preparedness due to negative threat appeals : A test of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 619 - 638
15. Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change ; *Journal of Psychology*, 91, 93 - 114
16. Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change : A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New - York : Guilford Press (153 - 176).
17. Sutton, S.R. (1982). Fear-arousing communications : A critical examination of theory and research. In J.R. Eiser (Ed.), *Social Psychology and Behavioral Medicine*. London : Wiley (pp. 303 - 337)
18. Sutton, S. (1992). Shock tactics and the myth of the inverted U. *British Journal of Addiction*, 87, 517 - 519
19. Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals : The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59, 329 - 349
20. Witte, K. (1998). Fear as motivator, fear as inhibitor : Using the EPPM to explain fear appeal successes and failures. In P.A. Andersen & L.K. Guerrero (Eds.), *The Handbook of Communication and Emotion*. New - York : Academic Press (pp. 423 - 450)
21. Witte, K. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals : Implications for effective public health campaigns. *Health Education and Behavior*, 27 (5), 608 - 632
22. Wurtele, S.K. & Maddux, J.E. (1987). Relative contributions of protection motivation theory components in predicting exercise intentions and behavior. *Health Psychology*, 6, 453 - 466

L'entreprise

Sur quelques modèles de prévention

Jean Paul Jeannin, Formateur consultant, Arcom Formation, Hérouville

Depuis plus de 20 ans, la réflexion sur l'ES a permis de dégager différentes modélisations des approches de prévention ou d'éducation pour la santé (Baudier - Bury - Deschamps - Parquet...).

Nous même avons proposé en 1987 (Bulletin de la SFA 4 / 1987), une classification toujours opérationnelle (que l'on peut croiser avec les autres typologies), reprise dans l'ouvrage "Gérer le risque alcool en entreprise" (Chronique Sociale 2003).

Cette typologie simple se veut accessible aux acteurs de terrain non spécialistes, pour ainsi leur permettre de situer leur niveau d'intervention et en analyser les implications opérationnelles.

Nous verrons donc successivement :

- l'approche traditionnelle et ses sources, l'approche morale - le modèle médical et les méthodes pédagogiques directives ;
- l'approche éducative qui s'enracine dans des considérations psychologiques que l'on peut qualifier de modèle Psycho-psychanalytique, mais également dans les méthodes pédagogiques actives;
- l'approche Psychosociale avec un "anti-modèle" le modèle Socio Politique et le modèle systémique.

Nous tenterons enfin, de distinguer ce qui différencie fondamentalement ces 3 approches.

Notre propos sur la prévention est volontairement généraliste, pourtant, il faudrait prendre en compte les spécificités du produit concerné ici : le tabac

- ses effets toxicomanogènes (8 consommateurs de tabac sur 10 deviennent dépendants)
- les effets spécifiques de cette substance psychoactive, recherchés par le fumeur
- le poids de l'éducation et des modèles parentaux dans le fait de fumer ou non
- la dimension psychologique et psychique
(à quoi peuvent correspondre l'acte et le geste dans l'économie psychique du sujet)
- la dimension psychosociale et psychorelationnelle
(à quoi peuvent correspondre l'acte et le geste dans l'intégration, la convivialité, l'entrée relation, l'appartenance, l'image que l'on voudrait donner de soi...)
- la période de la vie où l'on commence à fumer (pré-adolescence - adolescence / scolarité)
- la place et l'image du produit dans la culture - les effets induits par la législation

Il faudrait aussi savoir ce que l'on veut prévenir, quel est l'objectif

- éviter le premier usage
- faciliter l'arrêt d'un usage récent, d'un usage à risque, d'un usage installé, d'un usage nocif ?

En bref, on ne peut que prendre en compte la complexité du phénomène et de la méthodologie d'intervention avant de mettre en place une action de prévention en tabacologie, mais au delà, notre propos interroge plutôt et de manière générale, la posture, l'intention, l'idéologie, la démarche du préventeur lui même.

1. L'approche traditionnelle

1.1 L'approche morale

A son apogée au dix neuvième siècle où se confondent éléments idéologiques et arguments médicaux sur fond de luttes sociales et de révolution industrielle, l'approche morale est souvent militante et passionnelle.

On peut parler de modèle de "la croisade", de bonne cause / mauvaise cause (guerre sainte) et de combat du bien contre le mal, il s'agit de condamnation absolue, voire de diabolisation de "lutte anti", contre un ennemi identifié, un "Fléau"

- * Attitude réactionnelle et intolérance / Militantisme et climat passionnel
- * Moralisme/ Culpabilisation/ Dramatisation / Fonctionnement sur un mode manichéen

Exemple avec "la lutte antialcoolique" au XIXe siècle :

BIEN
TEMPÉRENCE
VÉRITÉ

MAL
INTEMPÉRÉ
ERREUR

Mise en cause:

- 1- du produit (alcool = "poison diabolique")
- 2- de l'individu (buveur = "taré" "vicieux")

La forme est "Injonctive" / la relation est inégalitaire

Exemple pour le Tabac : "Arrêtez de fumer", c'est mauvais pour la santé
(Implicite : c'est un mauvais comportement = c'est mal)

1.2 Le modèle scolaire

Le modèle scolaire est imprégné des pédagogies directives ou le savoir (la vérité) est en possession de l'enseignant qui le transmet à l'enseigné "pour son bien" (selon un schéma hiérarchique vertical). Implicite : celui qui ne veut pas apprendre est responsable de son ignorance et des conséquences éventuelles.

1.3 Le modèle médical

Le modèle médical dans l'approche traditionnelle, semble inspiré du modèle Pasteurien :

- Le mal provient d'un agent externe identifiable (Exemple le tabac)
- Affectant un organisme présumé sain (le fumeur novice).
- Implicite : supprimons l'agresseur extérieur et tout redeviendra normal (éradication).

Ces formes d'intervention encore centrées sur l'information rappellent par ailleurs le modèle de la vaccination :

- . Risque provoqué par la présence d'un agent pathogène *Tabac = agent pathogène*
- . Vaccination renforçant les défenses *Information = immunisation*
- . Evitement de l'état pathologique

L'APPROCHE TRADITIONNELLE

- * Rationalisme (appel à la caution scientifique)
- * Apport magistral d'informations
- * Pédagogie de la peur
- * Appel à la responsabilité individuelle

Implicite : Savoir "objectivement" permet de "choisir".
Celui qui sait et n'agit pas en conséquence est
non seulement "irresponsable" mais encore de
"mauvaise volonté". . . (il ne veut pas...)

Domaine du savoir

La forme est "Cognitivo-Injonctive" Exemple pour le tabac : "Voici les explications scientifiques qui vous permettront d'évaluer les effets du tabac sur votre organisme" Implicite : "Arrêtez de fumer" C'est dangereux pour votre santé, c'est prouvé scientifiquement.

2. L'approche éducative

2.1 Le modèle "psycho-psychoanalytique"

- . Prévalence de l'inconscient (déterminismes hors du champ de la conscience , de la volonté...).
- . Définition du symptôme comme compromis de résolution de conflits (psychiques et / ou psycho-relationnels)
- . Symptôme analysé en termes de sens (signification - message)
- . Concepts clés : Pulsions - Conflit - Transfert

Modification profonde des attitudes des intervenants :

- * Reconnaissance des motivations intrinsèques
- * Valorisation de la parole comme réducteur de tensions
- * Méthodes d'apprentissage de la résolution du conflit (affectif-relationnel-cognitif)

Méthodes pédagogiques centrées sur le sujet :

- * Techniques de mise en situation - projectives (jeu de rôle - photolangage)
- * Spectacles éducatifs faisant appel à l'émotionnel et à l'affectif
- * Approches médiatiques basées sur les facteurs psychologiques et les mécanismes inconscients (symbolisme-analogie...)

2.2 Le modèle des "méthodes pédagogiques actives" :

- . La forme pédagogique est aussi importante que le contenu
- . Il faut apprendre à apprendre (reconnaissance des motivations intrinsèques)
- . Acceptation de "l'opaque" dans la relation pédagogique (facteurs psycho-affectifs)
- . Éveil de l'initiative de l'élève qui découvre ce qu'il a à apprendre
- . Utilisation du groupe comme moyen de formation et facteur de conscientisation
- . Prépondérance de l'acte sur le seul mécanisme intellectuel

L'APPROCHE EDUCATIVE

- . Equilibre dans l'utilisation du Savoir (informationnel)
- . du Savoir faire (expérimental)
- . du Pouvoir être (expérientiel et impliquant)

Objectifs :

- Favoriser l'implication au delà de l'intérêt intellectuel
- Viser un changement de niveau d'être plus qu'un savoir

. Dialogue et réponse aux attentes

- . Valorisation des motivations et intérêts des participants
- . Participation active et concrète - Réalisations - création - travaux collectifs

Pédagogies par l'intérêt (analyse des expériences) - Méthodes actives - Auto-information - Transmission par les pairs - Méthodes de groupes...

Domaine du vécu

La forme est responsabilisante. Exemple pour le tabac : "A partir de vos centres d'intérêts ou expériences cherchons des informations qui vous aideront : à comprendre - à faire des choix ou à limiter les risques "...

3. L'approche psychosociale

3.1 Le modèle "Socio-politique"

- . Met en cause l'environnement socio-économique dans la genèse des problèmes de santé
- . Questionne sur les capacités de l'éducation à la santé de masse, à promouvoir le progrès social
- . Reproche à l'E.S. d'accentuer les disparités entre les populations favorisées (réceptives et surinformées) et les autres catégories sociales
- . Insiste sur l'opposition d'intérêts économiques particuliers aux intérêts collectifs
- . Propose la réduction des facteurs de risque par :
 - a) une action sur l'environnement via la réglementation,
 - b) la réduction des inégalités socio-économico culturelles

3.2 Le modèle systémique

- . Tout ensemble d'éléments liés par un ensemble de relations est un système ;
- . Tout système tend à l'homéostasie (tendance à l'équilibre), principe vital de préservation de l'intégrité et de la continuité des organismes.
- . On peut définir deux types de stabilité :
 - la stabilité du maintien ou équilibre des forces (paralysie)
 - la stabilité dynamique ou équilibré des flux (réajustements)

L'APPROCHE PSYCHOSOCIALE

- 1). Chaque lieu d'intervention est "un système avec son fonctionnement propre" : Entreprise, Établissement scolaire...
 - 2) Prise en charge collective (l'ensemble pour l'ensemble)
Le projet doit être "bénéficiaire" sous peine d'échec.
 - 3) Dégager une réalité mesurable à gérer, et les moyens de son accompagnement (État des lieux).
 - 4) Déléguer - mandater - faire circuler l'information
 - 5) Définir des objectifs et des priorités dans les limites des conditions du changement (2 et 3).
- Mettre en oeuvre les moyens objectivement mobilisables - Évaluer

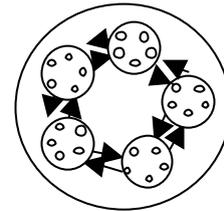
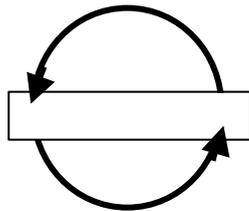
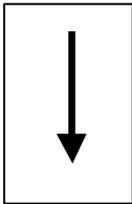
Domaine des interactions

Forme :

- Participative : Exprimons-nous, écoutons-nous, analysons les origines du problème et cherchons ensemble des solutions adaptées
- Responsabilisante : Cherchons des informations qui nous aideront à comprendre et à faire des choix
- Institutionnelle : c'est une question complexe qui interroge les différents niveaux de l'institution : valeurs / management / organisation...

Tableau de synthèse

Approche traditionnelle (informative)	Approche éducative	Approche globale ou psychosociale
Objet de l'intervention		
Il est plutôt question du produit (P)	Il est plutôt question de l'individu (I)	Il est plutôt question de l'environnement (E)
Mode d'intervention		
Séance d'information	Petits groupes Action par les pairs Méthodes actives	État des lieux : inventaire des problèmes / diagnostic Méthodologie de résolution de problèmes
Objectif principal		
Accroître les connaissances des individus	Créer les conditions du changement individuel dans un cadre collectif	Prendre en compte les enjeux institutionnels dans l'analyse et l'élaboration de pistes de résolution du phénomène
Mode de relation		



Conclusion

Le concept de prévention est chargé d'un lourd passif :

- Suspecte lorsqu'elle prétend faire changer les comportements,
- Accusée d'arrière pensées normatives et de contrôle social déguisé.
- Soupçonnée de masquer des préoccupations économiques
- Taxée d'idéologie (hygiénisme), ou de "bonne conscience"...
- Avec des résultats difficiles à mesurer, et contestés...

* Le statut théorique de la prévention est incertain :

- Les définitions varient suivant l'origine du discours,
- Les niveaux d'intervention sont difficiles à définir,
- Les outils conceptuels proviennent de disciplines diverses...

Ce qui distingue les différentes approches

La définition plus ou moins large de la santé (médicale, globale...)

Les méthodes et compétences utilisées

(supports, techniques, formation des intervenants, référentiels théoriques)

Le rapport au temps, la durée

La place accordée à l'information dans le processus de changement des comportements

La place réservée aux publics dans la définition et la mise en place des actions santé

Bibliographie

- 1 Baudier F. Éducation pour la santé Guide pratique CDES ADESSE 1987 Besançon
- 2 Bury J. Éducation pour la santé Concepts, enjeux... De boeck 1992 Bruxelles
- 3 Brixi O. Fayard R. Guillot-Bataille S. Péchevis D. Santé : travailler avec les gens
Département du Rhône 2003 Lyon
- 4 Coppé M. Schoonbroodt C. Guide pratique d'éducation pour la santé De Boeck 1992
Bruxelles
- 5 Jeannin J.P. Sur quelques modèles de prévention Bulletin de la SFA 4 /1987
- 6 Jeannin J.P. Gérer le risque alcool au travail (p. 169 à 187) Chronique sociale 2003
Lyon
- 7 Ward J. Jeannin J.P. Santé : intervention sociale La prévention dans le cadre des
actions collectives (p. 40 à 90) Masson 1997 Paris
- 8 Société Française de Santé Publique La démarche communautaire Coll Santé et
Société n° 9 2000

L'entreprise

L'arrêt du tabac en entreprise

Dr François Letourmy, Office Français de prévention du Tabagisme, Paris

Office français de prévention du tabagisme

Pratiques d'intervention en entreprise

Historique de l'OFT

- Création en décembre 1998 de l'OFT sous la forme d'une Association Loi 1901 : ses membres fondateurs sont médecins pour la plupart

- L'OFT a pour objet la recherche, le développement et la mise en oeuvre des moyens nécessaires à la lutte contre le tabagisme sous toutes ses formes, notamment en développant un partenariat avec l'ensemble des organismes compétents dans ce domaine.

- Les missions incluent la prévention, l'éducation, la veille réglementaire, l'information et la communication, la recherche, les études épidémiologiques, les actions judiciaires, la formation professionnelle initiale et continue.

Un objectif : la charte entreprise

Pour votre santé, votre employeur respecte la charte « Entreprises Sans Tabac »

L'entreprise s'engage à :

1. Désigner un comité de prévention du tabagisme comportant des membres de la direction, de la médecine du travail et des instances représentatives du personnel.
2. Etablir un plan d'aménagement des locaux et une signalétique conformément à la loi Evin, afin que les non-fumeurs soient protégés du tabagisme passif.
3. Mettre en oeuvre et renouveler des actions d'information et de sensibilisation.
4. Proposer aux fumeurs volontaires une aide à l'arrêt médicalement validée respectant les règles habituelles de la confidentialité.
5. Evaluer l'effet des actions menées sur le tabagisme de l'entreprise.
6. Echanger avec les autres entreprises appliquant la charte « Entreprises Sans Tabac ».
7. Respecter les choix des collaborateurs en matière de tabagisme et la confidentialité de ses entretiens avec les intervenants extérieurs.

Maître d'oeuvre : l'entreprise ou l'intervenant

- Définition des objectifs de l'action et validation par le payeur de l'action
- Implication du plus haut niveau possible de direction
- Questionnaire d'état des lieux sur la perception de la question tabac par les dirigeants et les salariés
- Information « professionnelle » et itérative sur l'existence de l'action et son déroulement (enquête préalable sur les moyens de communication habituellement utilisés)
- Membre du comité de pilotage :
 - . direction des ressources humaines des grandes entreprises ou direction des petites
 - . communication interne si elle existe
 - . service médical
 - . représentation du personnel (CHSCT)

Offre et cheminement souhaitable

- Evaluation de l'implication de l'encadrement : si celui-ci n'est pas concerné ou est hostile, les chances de succès de l'action sont fortement diminuées. Une intervention lors d'une réunion de cadres dirigeants ou un comité de direction peut améliorer la perception de l'utilité de l'action.

- Evaluation de l'adhésion du CHSCT : en général, le CHSCT est plutôt moteur (sauf au Ministère de la santé)
- Evaluation de l'implication du service médical et/ou des infirmières du travail : dans les grandes structures, les actions en faveur du tabagisme peuvent être portées par seulement quelques personnes concernées, les autres freinant la réalisation (crainte d'un surcoût de travail par ex).
- Evaluation des outils et des habitudes de communication interne : il est essentiel que les actions proposées soient annoncées à l'avance, à plusieurs reprises et le jour J. Il est bon qu'une personne contact soit désignée dans l'entreprise ou chez l'intervenant pour répondre aux questions que se posent les salariés.

Les objectifs fixés de manière consensuelle ne seront atteints que si l'intervenant compense les carences détectées en terme de communication et de logistique (en particulier dans le service médical)

- Enquête auprès des salariés (cf premier encadré ci-dessous) : en général les salariés manifestent une forte envie de bénéficier d'actions d'information, de sensibilisation ou de sevrage. La quantification de ce souhait conforte la mise en place et les modalités de l'action préconisée par l'entreprise.
- Formation du personnel médical (cf deuxième encadré ci-dessous) : si le personnel est motivé, il doit bénéficier d'une formation de base en tabacologie qui lui permette d'avoir une action synergique de l'action menée par l'intervenant extérieur puis d'en prendre éventuellement le relais
- Information du CHSCT et des cadres : cf. supra

Questionnaire salarié

Informations récupérées :

- Age
- Sexe
- Statut tabagique
- Gêne ou non de la fumée du tabac sur les lieux de travail
- Intérêt d'une intervention d'information, de sensibilisation et d'aide au sevrage

Formation : exemple d'un programme de formation à TOTAL

1ère matinée 8h30-9h00 9h15-10h15	Accueil, distribution du Pré Test Plénière : conférence sur les risques du tabac, les bénéfices attendus du sevrage, les addictions en général et les mécanismes propres à l'addiction tabagique.
10h15-11h15	2 à 3 ateliers : Tour de table destiné à échanger sur les pratiques de chacun en matière de sevrage tabagique (<i>sans experts</i>). Présentation en binôme (attente, fumeur ou pas, « discours » habituel, trace du tabagisme dans le dossier). Nomination d'un rapporteur en début de séance.
11h45-12h45	Plénière : Synthèse des différentes pratiques par un rapporteur de chaque groupe, intervention des experts (<i>15 minutes chacun, notamment sur leur pratique habituelle</i>), réponses aux questions.

« »

. Définition du cahier des charges :

- Par le comité de pilotage
- En fonction des souhaits exprimés par les salariés dans l'enquête
- En fonction du budget rendu disponible pour l'opération par le décideur
- En fonction de la volonté de l'entreprise de mettre en place un programme ponctuel ou récurrent (Proschaska)
- En fonction de l'expertise de l'intervenant qui doit proposer les actions les plus efficaces en terme de santé au travail et/ou de médico-économie

- . Actions proposées
- . Evaluation des actions
- . Définition du mode de communication de l'action (cf encadré ci-dessous)

Exemples d'outils de communication interne :

- Affichage dans les ascenseurs
- Messagerie interne J-28, J-15, J-3, J0
- Incitation à participer à l'action par événement interne : petit déjeuner, buffet, concours à propos de l'exposition, concours d'affiches et remise des prix lors de l'action de sensibilisation.
- Participation des salariés à la définition des actions ou à la création des supports de la campagne de communication

Affiches



- L'exposition
- Ne vaut que parce qu'elle sert de décor aux interventions de sensibilisation d'un tabacologue et contient une borne interactive permettant de tester sa dépendance, sa motivation et ses idées reçues sur le tabagisme et ses traitements
- Evaluation de son impact : mouchard dans la borne interactive
- Sensibilisation par des tabacologues (cf encadré ci-dessous)
- A l'heure de passage maximum (en général pause déjeuner) un tabacologue offre de mesurer le CO des salariés fumeurs et non fumeurs, explique la signification de la mesure et remet la documentation utilisée sur TIS en fonction des thèmes d'accroche.
- L'inscription à la suite du programme proposé se fait en général à cette occasion.
- Evaluation : nombre de mesures de CO, nombre de dépliants remis, nombre d'inscriptions à la suite du programme

Exemple : Journées portes ouvertes tabac

Durant 7 heures, des tabacologues

- accueillent les fumeurs et mesurent leur CO
- leur remettent une documentation en la commentant
- leur proposent des conseils personnalisés confidentiels sur dossier minimal (antécédents, Fagerström, Q-MAT, HAD) sur un mode de prise en charge de l'arrêt : seul, avec MT, avec TIS, en consultation spécialisée ou dans la suite du programme mis en place par l'entreprise

Programme de sevrage

1. Inscription : lors de l'exposition ou de la journée portes ouvertes auprès d'un contact désigné en renvoyant un bulletin d'inscription
 2. Organisation des groupes et du planning (12 fumeurs par groupe)
 - Liste des fumeurs candidats au sevrage avec service et téléphone
 - Horaire des consultations pour tout le programme
 - Nom des intervenants tabacologues pour chaque groupe
 3. Réunion de groupe : information sur le sevrage
 - Explication des bases du traitement, de la dépendance, des bénéfices de l'arrêt, des difficultés particulières pouvant mener à l'inefficacité de la prise en charge.
 - Distribution du dossier de suivi, d'échantillons de substituts nicotiniques oraux
 4. Conseils par les tabacologues (cf encadré ci-dessous) :
 - Prise en charge par 6 conseils individuels J1, J8, J28, puis M2, M3, M4
 - Premier conseil : diagnostic du type de tabagisme, recommandation d'une démarche thérapeutique
 - J8 : ajustement du traitement préconisé
 - J28 : début de la phase de consolidation avec accent sur la TCC
- Recueil des données par les tabacologues
- Après J1, transmission des caractéristiques fumeurs à l'inclusion dans le programme
 - A chaque conseil : abstinence déclarative et mesure de CO
 - A 3 mois, synthèse des résultats en terme d'abstinence
 - Idem à 6 mois et un an
5. Evaluation : abstinence à 3, 6, 12 mois en fonction des caractéristiques à l'inclusion

Exemple : fiches tabacologues

Paramètres recueillis lors de la première consultation :

- âge
- Sexe
- Fageström
- Nombre de cigarettes fumées par jour
- HAD A et HAD D

		PROGRAMME D' AIDE A L' ARRET DU TABAC EN ENTREPRISE						
		ANALYSE DES PATIENTS lors 1ère consultation						
ORGANISME :								
Site :								
Début du suivi								
Tabacologue								
Nb de patients inscrits :								
Nb	SEXE	AGE	FAG	CIG/jr	CO	HAD A	HAD D	COMMENTAIRES
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Exemple d'activité : OFT

Entreprise	Effectif total	Enquête	Exposition	Conférence	Mesure CO	Conseils individuels	Suivi sevrage
AGF	1000			300			
Air France	400		300		90	7	
Altana	150		100	150			29
Aventis							
Cegetel	2000		1500		250	150	
CNAMTS 2002							40
CNAMTS 2004							48
Coca Cola 2002	500		375		80		40
Coca Cola Grigny	250		200		60	15	
CRIF	1200	1200	900	100	110		30
EDF	5000		3500	80	30		
Equant	550						
Fortis Investisment	200				46	11	7
Giat Industries	1800		1300		75		
Hachette 2002-03	2000	2000	1500		200		60
Hachette 2004							
Hôtel Bristol	100			50			
Kermad	50	35					
Lisi Cosmetics	200				20	10	10
Ministère Intérieur	9000		6700		300		105
Mutuelle des impôts							
NMPP 2003	600		450	25	60		30
NMPP 2004	600						15
Peugeot	1500		1125		75	12	
Renault 2003	4800	4800		100	300		50
Renault 2004					50		11
Romus	56	42					14
Servair	300			100			
SIG							30
Sou Médical	200			50	25		
Total	4000	4000	3000	100	150		59
Transférase							
UCANSS	300		200		40	12	
Unesco	2500			100	130		70
Varian	125					12	
TOTAL	36456	12077	20950	1055	1921	205	578

En résumé



Création d'un comité de Pilotage Analyse (audit) de la situation de l'entreprise

Réunion au plus haut niveau possible avec les responsables de l'entreprise pour en 1 à 4 réunions analyser la situation de l'entreprise.

Dans l'idéal impliquer :

- Direction générale
- DRH
- CHSCT
- Médecine du travail
- Représentant du personnel

Proposition d'un plan d'intervention

Ce plan d'intervention est validé par l'entreprise.

Il laisse le maximum d'initiative à l'intérieur de l'entreprise.

Il comprend une organisation du pilotage

Il rappelle l'objectif : progresser vers une entreprise sans fumée et précise

- les actions
- l'échéancier
- les responsabilités de chacun
- l'évaluation

Affichage et diffusion information

Ce plan d'intervention pour une entreprise sans tabac doit être communiqué à tous dans l'entreprise.

En cas d'entreprise multi site, une attention particulière vise à prévenir les tensions entre sites.

Conférence

Les grandes conférences ne sont pas recommandées, sauf si l'entreprise a une tradition de telles conférences et peut y assurer une bonne audience.

Animations (réfectoire ou autre)

Les animations dans les halls, le réfectoire ou autres lieux de passage et de vie sont recommandées.

Sont recommandés :

- La mesure du CO expiré
- La pratique de test de dépendance
- L'information sur l'arrêt
- L'information sur les effets de la fumée

Aménagement locaux et signalétique

Des conseils peuvent (doivent) être donnés pour le plan d'aménagement des locaux.

Quand cela est opportun pour un temps, aider à aménager des fumeurs.

Aider à la mise en place d'une signalétique

Aide à l'arrêt pour les fumeurs volontaires

Consultations individuelles Accueil groupe

Respect des normes de :

- confidentialité
- d'éthique
- de pratiques médicales
- En fonction du schéma de l'aide utilisé

Evaluation

Une évaluation est organisée :

- Auto audit de l'entreprise (cf formulaire)
- Tabagisme et opinion sur le tabac et l'entreprise
- Suivi des arrêts (standard)

Suivi minimum du sevrage

- Age
 - Sexe
 - Nb Cig/j
 - FG 4
 - Date arrêt
 - F/NF 3 mois
 - F/NF 1 an
- (NB tous les perdus de vue = échec)

Les Activités de Prévention du Tabagisme en Entreprise

Présentation des Résultats de l'enquête

35 Organismes ont répondu à l'enquête :

- | | |
|-------------------|---|
| - FRANCE | Société Chably Langlois : NO SMOKING, ALLEN CARR, LIGUE VIE ET SANTE |
| - ALSACE | CDMR du Bas Rhin |
| - AUVERGNE | Dispensaire Emile Roux |
| - BASSE NORMANDIE | CORES Basse Normandie |
| - BOURGOGNE | CORES de Bourgogne |
| -BRETAGNE | Centre d'aide à l'arrêt du tabac |
| - CENTRE | CESEL (Comité d'Education pour la Santé en Eure et Loir) |
| - IDF | OFT, DNF, CDMR de Paris, CDMR des Hauts de Seine, Espace Prévention, CRESIF |
| - LANGUEDOC R. | GEFLUC |
| - LIMOUSIN | CODES 23 |
| - MIDI PYRENEES | PLAN OXYGENE CDMRT31, RIVAGES 82 : 'option Liberté' |
| - NORD PDC | Institut Pasteur de Lille & Pasteur Médiavita: 'Adieu Nicotine', ECLAT |
| - PACA | ARCHEE, CIRDD-AMPTA PACA |

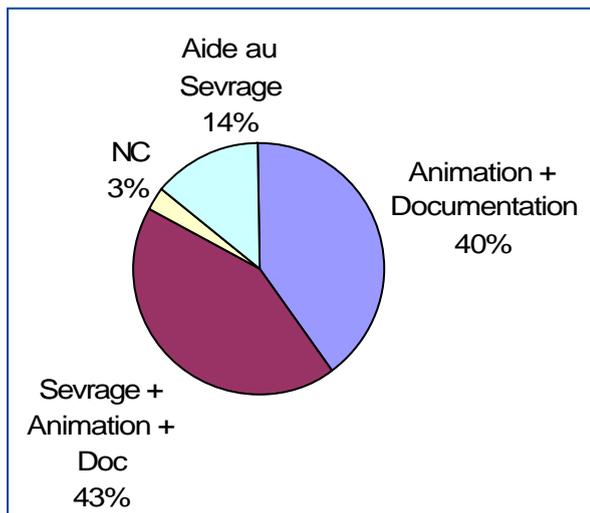
- PAYS LOIRE IRSA, Association Mayenne Air Pur
- PICARDIE Pôle de prévention des maladies cardio-vasculaires, Comité déptl de LNCC, ANPA 80
- POITOU C CODES16, CRES Poitou-Charentes, CDMR Charente Maritime, CODES 79
- RHONES ALPES GISME - Centre d'alcoologie et de tabacologie, ANPA26, ANPA73

Partenaires

Partenaires	Organismes concernés
Médecin du travail	29 %
CPAM	23 %
DRASS	20 %
Conseil général	26 %
LCC	20 %
DDASS	17 %
CHSCT	17 %
Entreprises	17 %
CHU	14 %
ANPAA	14 %
INPES	11 %
Autres : DS, CODES, DGS, Mutualités	34 %

- Les organismes font appel à plusieurs partenaires -

Types d'Actions Proposées



L'entreprise

Attitudes et comportements vis à vis du tabagisme en entreprise : résultats d'une enquête transversale réalisée en juin 2004 parmi les salariés de la CRAM Rhône-Alpes

Dr David Pérol, Département santé publique, Centre Léon Bérard, Lyon

Rationnel et méthodes

Une approche novatrice du tabagisme en entreprise part du principe suivant : pour impliquer activement les salariés d'une entreprise, fumeurs et non fumeurs, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance préalable de leurs opinions, attitudes et comportements vis-à-vis du tabac et des mesures de lutte contre le tabagisme. Dans cette optique, l'identification au sein de l'entreprise de typologies distinctes de fumeurs et de non fumeurs sur la base de ces attitudes et comportements permettrait d'adapter efficacement les stratégies d'intervention des tabacologues.

Le Département de Santé Publique du Centre Léon Bérard et le Laboratoire de Santé Publique de l'Université Lyon I ont développé un questionnaire spécifique permettant de définir des profils distincts de fumeurs et de non fumeurs sur la base de leurs positions vis-à-vis 1) du comportement tabagique et 2) du dispositif de lutte contre le tabagisme(1-3).

Ce questionnaire, basé sur des situations usuelles de la vie quotidienne, a été développé en collaboration avec l'Université de Toronto(4) (Professeur BD Poland, Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, Toronto).

Dès lors, il était intéressant de déterminer si l'implémentation de ce questionnaire au sein d'une entreprise permettrait d'obtenir la typologie spécifique des salariés, qu'ils soient Fumeurs ou Non Fumeurs, vis-à-vis du tabagisme et des mesures de lutte contre le tabagisme. C'est le choix qui a été fait en 2004 par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) Rhône-Alpes dans le cadre de la campagne de prévention du tabagisme " Vers une CRAM sans tabac ". Il s'agissait d'améliorer la connaissance des attitudes et comportements des salariés vis-à-vis du tabac, pour à terme optimiser la politique de prévention du tabagisme à la CRAM Rhône-Alpes, et faciliter la cohabitation entre Fumeurs et Non Fumeurs. Une enquête épidémiologique transversale par auto-questionnaire a donc été réalisée au printemps 2004 auprès des 2000 salariés de la CRAM Rhône-Alpes. Afin de déterminer quelle typologie pouvait s'appliquer aux salariés de la CRAM, les données du questionnaire ont été analysées selon la méthode de l'analyse en clusters(5).

Résultats

508 salariés de la CRAM Rhône-Alpes ont répondu au questionnaire de l'enquête, soit un taux de participation de 25,4 %. Les répondants étaient très majoritairement des femmes (81 %), la moyenne d'âge des répondants était de 43 ans. Au jour de l'enquête, seuls 104 salariés étaient Fumeurs (21 %) pour 388 Non Fumeurs (79 %).

L'analyse a permis d'individualiser 3 groupes de fumeurs :

→ 1er groupe : les "intraitables" (20 %) :

Le Fumeur "intraitable" se sent bien dans sa peau de fumeur, et éprouve du plaisir à fumer. Pour lui, les mesures de lutte contre le tabagisme sont allées trop loin, et les droits des Fumeurs doivent être pris en compte. Il se soucie peu de la présence de Non Fumeurs avant d'allumer une cigarette, à son domicile ou dans les zones réglementées. Au restaurant, il ne s'installera pas en zone "non fumeurs" parce qu'il est accompagné d'amis Non Fumeurs. C'est en général un grand fumeur (plus de 10 cigarettes/jour), fortement dépendant à la nicotine.

→ 2ème groupe : les "accommodants" (51 %) :

Comme le Fumeur "intraitable", le Fumeur "accommodant" est à l'aise dans sa peau de fumeur, et est globalement opposé aux mesures anti-tabac. Cependant, son attitude en présence de Non Fumeurs est bien différente : à son domicile, il va demander la permission de fumer, et s'abstenir si nécessaire ; il ne fumera pas dans la voiture d'un Non Fumeur, même si celui-ci affirme ne pas y être opposé ; au restaurant, accompagné d'amis Non

Fumeurs, il fera l'effort de s'installer en zone " non fumeurs ".
Enfin, il ne fume pas ou peu par plaisir, contrairement au Fumeur "intraitable".

→ 3ème groupe : les "individualistes" (29 %) :

Le Fumeur "individualiste", lui, déclare fumer par plaisir, mais semble éprouver quelque culpabilité à le faire. D'ailleurs, il est favorable au dispositif de lutte contre le tabagisme et souhaiterait que les mesures anti-tabac soient renforcées pour inciter les Fumeurs à l'arrêt ! Mais son comportement, à son domicile comme dans les lieux publics, est plutôt en contradiction avec ces positions de principe : s'il peut faire des efforts dans la voiture d'un Non Fumeur, il ne s'abstiendra pas de fumer dans un endroit réglementé, ou à son domicile, en présence de Non Fumeurs... Enfin, il envisage 9 fois sur 10 un arrêt du tabac dans les 12 mois qui suivent.

L'analyse a également permis d'individualiser 3 groupes de Non Fumeurs :

→ 1er groupe : les "intraitables" (50 %) :

Comme les Fumeurs, les Non Fumeurs ont leurs "intraitables". Le Non Fumeur "intraitable" est un chaud partisan des mesures de lutte contre le tabagisme, qui, selon lui, doivent être accentuées. Il se montre intransigeant vis-à-vis des Fumeurs : chez lui comme dans sa voiture, on ne fume pas ! Il n'hésite pas à exprimer sa gêne, verbalement ou par quelque autre manifestation appropriée, si quelqu'un fume en zone "non fumeurs". Et ce n'est pas lui qui s'installera en zone "fumeurs" d'un restaurant sous prétexte qu'il est accompagné d'amis Fumeurs !

→ 2ème groupe : les "faibles" (31 %) :

Le Non Fumeur "faible" est, comme le Non Fumeur "intraitable", favorable aux mesures de lutte contre le tabagisme : « le dispositif anti-tabac est légitime, et il faut l'appliquer ». Mais au quotidien, cela lui est difficile : il n'existe pas de consignes particulières à son domicile par rapport au tabac ; il est également possible de fumer dans sa voiture. S'il est gêné par la cigarette (chez lui, dans une zone réglementée), il ne va pas pouvoir demander au(x) Fumeur(s) de s'abstenir, ni manifester sa réprobation : il est impuissant à faire valoir ses droits de Non Fumeur.

→ 3ème groupe : les "laissez faire" (19 %) :

Le Non Fumeur "laissez faire" est, au contraire du "faible", assez cohérent avec lui-même : des Non Fumeurs, c'est en effet lui le moins opposé au tabagisme, à la fois sur le principe et dans son comportement quotidien. Il pense qu'on devrait laisser les Fumeurs tranquilles, et qu'il n'est pas la peine de prendre de nouvelles mesures pour les inciter à arrêter de fumer. Le tabagisme des autres n'est pas un problème pour lui : il est possible de fumer dans sa voiture, à son domicile et il peut très bien aller s'installer en zone "fumeurs" d'un restaurant. De même, ce n'est pas lui qui va interpellé une personne parce qu'elle fume en zone "non fumeurs" !

Discussion

L'étude de ces résultats obtenus auprès d'un échantillon de salariés de la CRAM Rhône-Alpes donne des réponses nouvelles sur le positionnement et les comportements de salariés travaillant dans la filière santé envers le tabagisme et les mesures de lutte contre le tabagisme. Il existe en effet de nettes différences de comportement parmi les salariés de notre échantillon, à la fois chez les Fumeurs et les Non Fumeurs. Cette attitude des salariés de la CRAM vis-à-vis du tabac a des conséquences en matière de prévention. Il s'agit d'adapter la politique de "CRAM sans tabac" dans les années futures, en personnalisant peut-être davantage les actions à engager.

La connaissance des proportions de salariés Fumeurs et non Fumeurs en faveur du dispositif de lutte antitabac permet tout d'abord de savoir si nous disposons au sein de l'entreprise d'un effectif de salariés suffisamment large qui puisse servir de base aux actions entreprises. Ces salariés, convaincus de la nécessité de la lutte contre le tabagisme, peuvent constituer des relais efficaces dans la diffusion des messages de prévention à leurs collègues. Ce sont les Non Fumeurs "intraitables", et dans une moindre mesure, les fumeurs "individualistes".

Ils représentent près de la moitié de notre population (46 %). Les proportions de salariés Fumeurs "intraitables" (20 %) ou "accommodants" (51 %) et de Non Fumeurs "laissez faire" (19 %) observées dans notre enquête sont cependant inquiétantes. Face à ces salariés opposés ou indifférents aux mesures de restrictions, il convient peut-être de développer des actions destinées à changer les comportements pour une meilleure compréhension des mesures d'interdiction ou de restriction. Cela ne peut se faire sans le renforcement d'une politique de prévention en matière de lutte contre le tabagisme, avec des intervenants compétents et sensibilisés à la lutte contre le tabagisme. La mise en place de groupes de travail spécifiques ("Aide à la décision d'arrêt", "Mise en oeuvre de l'arrêt du tabac", "Cohabitation fumeurs / non fumeurs au sein de l'entreprise"...) permettraient de sensibiliser davantage les salariés aux notions de comportement à risques, de dépendance, aux techniques de prévention, aux méthodes de sevrage tabagique. Enfin, les Non Fumeurs "faibles" occupent une position particulière parmi les salariés de notre échantillon. Représentant presque un tiers des Non Fumeurs, ils sont conscients de la nocivité du tabagisme, mais ne parviennent souvent pas, en public comme en privé, à imposer leurs convictions. Le dispositif de lutte contre le tabac doit donc les aider à se sentir plus à l'aise pour exprimer et appliquer ces convictions. Au total, cette enquête permet aux acteurs de la lutte contre le tabagisme en entreprise de disposer d'indicateurs fiables et originaux. La répétition des enquêtes permettra ultérieurement de déterminer si les positions et les comportements des salariés changent avec le temps, l'objectif à moyen terme restant bien sûr de renforcer l'efficacité de la politique de "CRAM sans tabac" voulue en Rhône-Alpes, tout en préservant une bonne cohabitation entre Fumeurs et Non Fumeurs.

Références

- 1 Pérol D. Attitudes et comportements vis-à-vis du tabagisme des étudiants fumeurs et non fumeurs de la filière santé - A partir d'une étude transversale réalisée le 05 avril 2001 sur le site Rockefeller de l'Université Lyon 1. Mémoire de DIU de tabacologie, Lyon, Saint Etienne, Dijon, 2001
- 2 Desmé S, Pérol D, Chauvin F, Cêtre JC. Attitudes et comportements vis-à-vis du tabagisme des étudiants de la filière santé de l'Université de Lyon (France). Première conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac. Montréal, 15-18 septembre 2002
- 3 Pérol D, Desmé S, Cêtre J.C., Chauvin F. Attitudes and behaviours regarding smoking in medical schools and implications for teaching: results from a cross-sectional survey in Lyon, France. In Press, 2004
- 4 Poland BD, Cohen JE, Ashley MJ, Adlaf E, Ferrence R, Pederson LL et al. Heterogeneity among smokers and non-smokers in attitudes and behaviour regarding smoking and smoking restrictions. *Tobacco Control* 2000; 9: 364-71
- 5 Falissard B. Analyse en clusters. In: Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie. 2e ed. Paris: Masson; 1998. p. 193-214.

L'entreprise

Expérience du centre médical MGEN de Ste Feyre dans une démarche d'aide au sevrage tabagique en entreprise

Claudine Busset, Cadre de santé, tabacologue et coordinatrice de l'Unité de Coordination en Tabacologie de la Creuse, Centre MGEN de Ste Feyre

Historique

Dans les années 80, le sevrage tabagique était pris en charge par les médecins dans le cadre de leurs consultations spécifiques (Cardiologie et Pneumologie).

En 1993, une réflexion sur la prise en charge multidisciplinaire du sevrage tabac a débuté. Celle-ci a abouti à l'ouverture du Centre d'Aide au Sevrage Tabagique au 1er janvier 1999.

Sevrage tabagique en Entreprise

« Comment interdire de fumer sur un site industriel... ou plutôt comment autoriser à fumer dans une salle spécialement aménagée ».

La méthode utilisée

- Création d'un comité de pilotage avec réunion, visite du site industriel et élaboration du plan d'action
- Information du projet à l'ensemble des salariés
- Enquête auprès de tous les salariés sur les conditions de travail, les habitudes tabagiques, etc
- Sensibilisation de tous les salariés
- Campagne d'affichage dans les différents ateliers
- Mise en place d'une offre de sevrage individuel et/ou de groupe
- Appliquer l'interdiction de fumer sur le poste de travail avec la mise en place d'une salle non fumeur

L'évaluation

Le suivi est effectué par le médecin du travail et l'infirmière de l'entreprise quand elle existe. Les indicateurs de suivi sont élaborés par le comité de pilotage.

L'expérience de Sainte-Feyre

1ère Entreprise

L'entreprise DAGARD de Boussac (Est de la Creuse) fabrique des panneaux de polyuréthane. En septembre 2000, prise de contact par le médecin du travail qui expose les difficultés de l'entreprise, c'est-à-dire changement de processus de fabrication avec introduction d'un gaz explosif sous certaine concentration, d'où la nécessité d'appliquer l'interdiction de fumer au poste de travail.

La méthode de travail a été appliquée avec :

- La création d'un groupe de pilotage, composé d'un membre de la direction, du médecin du travail, de l'IDE de l'entreprise et des personnes ressources : CPAM, CODES, 1 membre du CAST (Centre d'Aide au Sevrage Tabagique).
- Ce comité de Pilotage propose et valide les actions entreprises

- Une visite du site est effectuée
- L'information des salariés se fait par un courrier joint à la feuille de paie
- L'enquête se fait au moyen d'un questionnaire joint à la feuille de paie
- La sensibilisation se fait par groupe d'une trentaine de personnes tous grades confondus pendant une durée de 2 h.

Le programme de cette sensibilisation est le suivant :

1. Présentation du projet par le DRH
 2. Retour de l'enquête
 3. Information sur les risques liés aux aéro-contaminants dans l'entreprise
 4. Information sur les bénéfices à l'arrêt du tabac
 5. Problématique du changement de process de fabrication
 6. Les aides au sevrage
- Mise en place du sevrage de groupe, pris sur le temps de travail
 - Mise en place de la salle fumeur au 1er juin 2001

Les résultats

3 groupes de sevrage ont été constitués (27 personnes)
55 % d'arrêt à 6 mois
41 % d'arrêt à 12 mois

En terme de comportement

En 2001 : 122 fumeurs (35,26 % des salariés)
En 2002 : 130 fumeurs (29,76 %)
En 2004 : 74 fumeurs (21,38 %)

On note aussi une baisse de la consommation de tabac

2ème entreprise

L'entreprise WAGON (400 employés), prise de contact en juillet 2001
La même méthodologie est appliquée
5 Groupes de sevrage ont été constitués (45 personnes)

Résultats

38 % d'arrêt à 1 an
Interdiction de fumer au poste de travail au 1er juin 2004

Conclusion

- La méthodologie est simple, duplicable.
- Les clés de la réussite sont les suivantes :
 - Soutien total de la Direction
 - Se donner du temps
 - Avoir une équipe compétente
 - Ne pas faire la chasse aux fumeurs
 - Proposer une aide
 - Respecter la liberté de chacun
 - Nouvelles règles et contrôle
 - Pérennisation du projet
 - Poursuite de la dynamique de groupe
 - Intérêt du suivi par le médecin du travail.

« Il faut laisser le temps au temps... »

L'entreprise

L'éducation pour la santé face au tabagisme en entreprise : l'expérience du Codes 42, Loire Pascal Clémenson, Tabacologue, Codes 42, St Etienne

La première intervention en entreprise s'est déroulée dans une briqueterie du département à la demande du PDG de l'entreprise. La demande étant celle d'une aide pour les fumeurs de l'entreprise, il s'avéra que la réalité était plutôt celle d'un conflit à gérer entre fumeurs et non-fumeurs, le PDG ne souhaitant pas procéder à une action autoritaire.

Le but de l'intervention, conçue au départ comme une action d'aide au sevrage, se révéla devoir être une action d'aide à l'élaboration d'un cadre négocié pour la cohabitation fumeurs/non fumeurs, avec, en filigrane, l'espoir que l'action revêtirait un caractère de dissuasion pour les fumeurs.

Le travail entrepris n'a donc pas été celui d'un accompagnement vers un sevrage, les conditions nécessaires (demande, motivation...) n'étant pas réunies. Il s'est, en revanche, agi de construire ensemble un cadre réglementaire négocié pour permettre une cohabitation entre fumeurs et non fumeurs et instaurer un respect mutuel, au-delà de la stricte observation de la loi Evin.

Cette première expérience nous a permis d'identifier un certain nombre de pré requis méthodologiques en matière d'actions tabacologiques en entreprises, étant entendu que ces actions devaient, selon nous, respecter les principes liés à la promotion de la santé.

Un de ces pré requis consista à élaborer un questionnaire visant à recueillir la parole des personnes concernées (fumeurs et non fumeurs). Ce questionnaire permet également d'identifier la place du tabagisme dans l'entreprise et de mesurer son impact potentiel sur les relations au sein de l'entreprise.

C'est à partir de ce questionnaire que s'est construit la méthodologie d'intervention s'inspirant d'un modèle de sevrage tabagique de groupe que nous élaborons année après année dans un autre contexte.

Globalement le programme d'intervention comprend, dans un premier temps la mise en place d'un "bruit de fond" (actions d'information, affichage, brochures...).

Le questionnaire (cf modèle joint) est diffusé, joint à la fiche de salaire en fin de mois.

Les questionnaires sont recueillis par l'infirmière de l'entreprise et analysés par le Codes.

Une intervention est organisée, visant à répondre à un certain nombre de questions posées par les salariés de l'entreprise.

Les personnes souhaitant une aide et/ou un accompagnement au sevrage se font connaître auprès de l'infirmière et un programme sous forme de 5 jours +1 (cf programme "6 jours pour décrocher" animé par le Codes) se met en place.

Une évaluation/accompagnement/ajustement est prévue à J+7, J+30, J+90.

Vivre ensemble dans l'entreprise

Questionnaire destiné aux fumeurs et aux non fumeurs
Merci de le retourner à l'infirmière

Vous êtes : un homme une femme

Quel est votre âge : ans

Êtes-vous fumeur ?

oui

non

→ Depuis quel âge fumez-vous ?
..... ans

→ Etes-vous ancien fumeur ?
 oui non

→ Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
 moins de 3 de 5 à 10
 de 10 à 20 de 20 à 30
 au-delà de 30

→ Si oui, après combien de tentatives êtes-vous parvenu à vous arrêter de fumer ?

1 2 3 + de 3

→ Combien de fois avez-vous tenté d'arrêter de fumer ?

0 1 2 3 + de 3

→ Qu'est ce qui a motivé votre décision d'arrêter ?
.....
.....
.....

→ Aimeriez-vous arrêter de fumer ?
 oui non

→ Etes-vous gêné(e) par la fumée ?
 oui non

→ Si au sein de l'entreprise on vous proposait une aide pour arrêter le tabac, cela vous intéresserait-il ?
 oui non

→ Dans quel cadre êtes-vous gêné(e) ?
- au bureau
- en réunion
- dans l'ascenseur
- dans les couloirs
- sur le lieu de repas
- dans le véhicule de service
- autre

→ Vos relations avec les fumeurs sont-elles difficiles ?
 oui non

→ Si oui, auriez-vous des suggestions d'améliorations à apporter ?
.....
.....
.....

→ Connaissez-vous la loi Evin ?

oui non

→ L'entreprise à votre connaissance en fait-elle état ? (affiches, panneaux etc)

oui non

→ Estimez-vous qu'elle est appliquée au sein de l'entreprise ?

oui pas suffisamment non

→ Qu'aimeriez-vous dire au sujet du tabac au sein de votre entreprise ?

.....
.....
.....
.....

→ Etes-vous prêt à participer à des échanges sur le thème des risques liés au tabac au sein de l'entreprise ?

oui non

- Merci pour votre participation -

www.craes-crips.org

