



La prévention du tabagisme en milieu scolaire

Développer une politique de prévention du tabagisme en milieu scolaire nécessite d'articuler une action sur les déterminants de la consommation de tabac et une démarche éducative qui vise le développement de connaissances, capacités et attitudes chez les élèves en matière de tabac.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Didier Jourdan
Laboratoire ACTÉ EA4281, Université
Blaise Pascal

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France [29], prévenir sa consommation est une priorité de santé publique, c'est aussi un enjeu éducatif de premier ordre. Avec plus de 13 millions de consommateurs quotidiens et 73 000 morts par an, l'impact du tabagisme sur la santé des populations appelle la mobilisation de l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et éducatif. De plus, les jeunes sont particulièrement concernés puisque à 17 ans, 42 % d'entre eux déclarent avoir consommé du tabac au cours des trente derniers jours. Après une baisse entre 2005 et 2008, la consommation a augmenté de façon significative au sein de cette population entre 2008 et 2011 [43]. La prévention du tabagisme, qui s'avère être une tâche particulièrement complexe¹, est un véritable défi pour notre pays.

Une approche articulant action sur les déterminants de la consommation et éducation à la santé

Comme l'a notamment montré la *Cochrane Review* [62], les études d'évaluation mettent en évidence les limites des dispositifs de prévention implantés en milieu scolaire à ce jour aucun n'a fait la preuve de son efficacité à long terme. La méta-analyse dirigée par Sarah Stewart-Brown sous l'égide de l'OMS² montre également que, parmi les

dispositifs de prévention, les programmes centrés sur les addictions sont ceux qui ont le moins d'impact. D'une façon plus générale, il apparaît que, pour être efficace, une action de prévention sanitaire en milieu scolaire doit inclure des activités dans plus d'un domaine et tendre vers une prise en compte de toutes les dimensions de la vie de l'élève dans l'établissement. L'environnement scolaire, les relations, la qualité de vie et le climat de l'établissement sont aussi identifiés comme des déterminants majeurs. D'autres études vont dans le même sens et soulignent que les éléments-clés sont la durée de l'action, le soutien institutionnel, la formation et l'accompagnement des acteurs, ainsi que la mise en place d'une approche large centrée sur le développement des compétences sociales (confiance en soi, capacité à exprimer ses émotions, gestion du risque et du stress...). En d'autres termes, les programmes implantés de l'extérieur ne donnent pas de résultat, les approches efficaces sont celles qui associent deux dimensions : d'une part le volet pédagogique (les activités de classe), et d'autre part une démarche plus large prenant en compte tous les aspects de la vie dans l'établissement (il s'agit de travailler à la création d'un environnement physique, social et d'apprentissage favorable).

Sur la base des données disponibles, il apparaît que développer une politique de prévention du tabagisme en milieu scolaire nécessite ainsi d'articuler une action sur les déterminants de la consommation de tabac (notamment la création d'un environnement et d'un climat scolaires favorables, l'absence de tabac dans les établissements, l'accès à un

1. Voir par exemple [32].

2. Stewart-Brown S. « What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach? » *WHO Regional Office for Europe*, 2006 (Health Evidence Network report) <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>.

accompagnement sanitaire adapté, des actions spécifiques d'information incluses dans le projet d'établissement ou bien en relais d'une action nationale, régionale ou locale) d'une part et une démarche éducative qui vise le développement de connaissances, capacités et attitudes chez les élèves en matière de tabac d'autre part³. Le premier axe fait l'objet d'une littérature très développée⁴, nous nous focaliserons sur le second.

La contribution de l'éducation à la santé à la prévention du tabagisme

C'est sur la référence à la capacité à faire des choix éclairés et responsables que l'éducation à la santé en milieu scolaire est fondée⁵. «*À l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure.*»⁶ Dans notre pays, la consommation de tabac est légale, fumer relève donc de la liberté individuelle (à condition de respecter la loi, en particulier en ce qui concerne l'interdiction de fumer dans des lieux affectés à un usage collectif). S'il est légitime que l'école délivre 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 comme des autres psychotropes a un impact sur la santé des individus, elle peut générer une dépendance, une aliénation, une perte de liberté. L'école est fondée à mettre en œuvre des activités permettant à l'élève de disposer des compétences lui permettant de conserver sa liberté, c'est-à-dire d'être capable de faire des choix responsables. Il s'agit de donner les moyens à la personne de prendre soin d'elle-même, d'être en situation d'exercer sa part de responsabilité envers sa propre santé⁷.

3. Downie R. S., Tannahil A. *Health Promotion. Models and Values*, Oxford University Press, 1996.

4. Voir par exemple l'ouvrage de Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*. Inpes éditions 2006.

5. Circulaire n° 2011-216 du 2-décembre-2011.

6. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998.

7. Jourdan D. «*Quelle éducation à la santé à l'école?*» *Le Journal des professionnels de l'enfance*, «*numéro thématique santé*», n° 27, 2004.

Pour que de tels choix soient possibles, il est nécessaire que des connaissances soient acquises : connaissance de soi et de ses besoins, connaissances relatives aux effets du tabac... Mais ce n'est pas suffisant, il est indispensable d'être en capacité de choisir, de mettre à distance la pression des stéréotypes (qui associent tabac et statut d'adulte notamment) et des pairs (c'est le groupe des amis qui est le principal vecteur de l'initiation au tabac⁸). C'est bien le rôle de l'école que de mettre en œuvre des activités visant à rappeler la loi, transmettre des connaissances scientifiques relative aux produits, développer un

8. On peut citer par exemple une étude récente conduite auprès de 5 000 femmes européennes sur les déterminants de l'initiation de la consommation de tabac. Elle montre que le fait d'avoir des amis qui fumaient est la principale raison évoquée (62,3 % des fumeuses ont donné cette raison). Les femmes qui ont commencé à fumer parce qu'elles avaient des amis qui fumaient ou bien pour avoir l'air «cool» ont plus tendance à avoir commencé tôt. Celles qui ont commencé pour gérer leur stress ou pour se sentir moins déprimées ont commencé plus tard. D'autres déterminants ont également été mis en évidence (avoir des parents qui fument, vieillir, être divorcée sont significativement liés avec le fait d'avoir fumé ou de fumer). Là aussi, il s'agit de données populationnelles très utiles, mais qui ne permettent pas de prévoir les parcours individuels [44].

regard positif sur soi ou la capacité à résister à l'emprise des médias et des pairs.

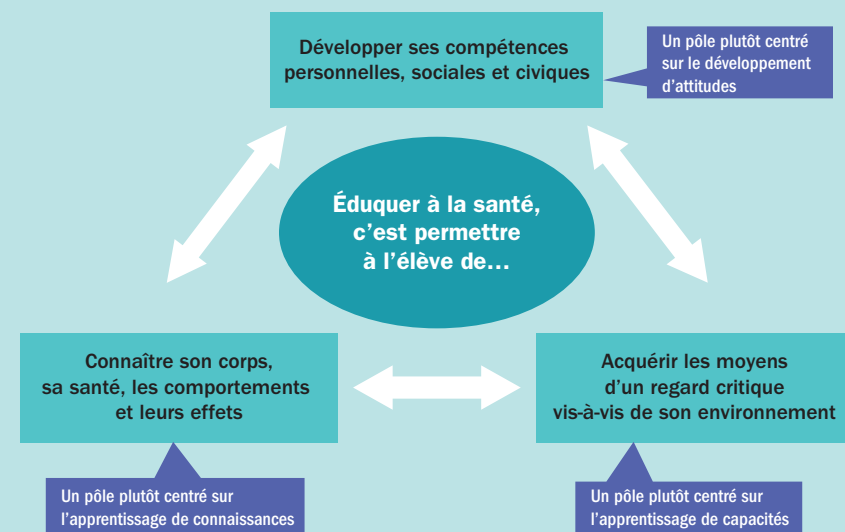
D'une façon très générale, les facteurs susceptibles d'interagir avec le développement du tabagisme et des conduites à risque sont de trois ordres : il s'agit de ceux liés à la personne, aux comportements eux-mêmes et à l'environnement. Ainsi, il est possible d'organiser les finalités de l'éducation à la santé à l'école autour de ces trois pôles (figure 1).

– Le développement de compétences individuelles (regard positif sur soi, gestion du stress, gestion du risque, capacité à communiquer...) dans le but de permettre à l'élève de développer des capacités d'agir, de choisir, de décider d'une manière autonome et responsable, des capacités d'affronter la réalité et de faire face aux conflits...

– La transmission de connaissances sur les effets spécifiques des produits et des conduites (on ne peut exercer un jugement critique sans éléments rationnels de jugement...). Il s'agit de permettre aux élèves d'aborder des comportements qui ne sont pas univoques, qui tiennent une place spécifique dans le développement des personnes, dans le champ social. Des comportements pour lesquels de nombreuses dimensions sont intriquées : symbolique, rationnelle, morale, juridique, individuelle, sociale...

figure 1

Schéma présentant les différentes dimensions de l'éducation à la santé en milieu scolaire



Cette illustration est construite sur la base de la circulaire n° 98-237 du 24/11/1998 qui concerne l'éducation à la santé et à la citoyenneté, et sur les contenus du socle commun de connaissances et de compétences (décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006).



– Le développement d'un regard critique sur l'environnement social (en particulier médiatique) ainsi que l'identification, dans ce même environnement, des ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien social comme médical.

Ces objectifs se déclinent dans le quotidien de la classe (pas seulement au cours de séquences spécifiques) et dans le cadre du « vivre ensemble » à l'échelle de l'établissement⁹.

l'enjeu central de la formation et de l'accompagnement des professionnels du milieu scolaire

Le fait que les dispositifs implantés de l'extérieur n'aient pas montré d'efficacité significative souligne l'importance de la mobilisation de l'école sur ce qui, dans sa mission propre, est de nature à promouvoir la santé plutôt que le transfert, vers l'école, de problématiques sanitaires. Comme tous les milieux, l'école n'est pas un instrument mais un acteur de santé publique.

L'éducation dans le domaine de la santé est, en effet, constitutive de toute éducation humaine. Il n'est pas de civilisations qui, dans la culture transmise, n'inclut des prescriptions relatives à la santé. L'école républicaine n'y échappe pas. Des leçons de morale sur l'hygiène, la tuberculose ou l'alcoolisme de la fin du siècle dernier¹⁰ à l'intégration de l'éducation pour la santé dans les programmes et le socle commun de connaissances et de compétences¹¹, l'école a toujours été l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé.

Par conséquence, pour l'école, il s'agit, en référence à ses missions et en articulation avec l'ensemble des acteurs de la santé publique, d'accompagner les professionnels, de leur donner les moyens, *via* la formation, des textes institutionnels et des documents de travail adaptés, de prendre en charge ce volet de l'éducation de la personne. Cette démarche n'étant pas à conduire une fois pour toutes mais bien à reprendre et à actualiser continuellement.

Cela étant, il convient de souligner que, même si l'éducation à la santé n'est pas un

objet central dans l'activité des professionnels de l'école, elle n'est pas pour autant absente du paysage. C'est le cas en premier degré, puisque plus de 70 % des enseignants déclarent faire de l'éducation à la santé¹². C'est également le cas en second degré puisqu'une étude récente conduite auprès de 207 personnes travaillant dans 5 collèges a montré que 89 % des professionnels se considéraient comme impliqués dans l'éducation à la santé. Ils se situent essentiellement en tant qu'éducateurs dans le quotidien de la vie de l'établissement. La fraction des personnels qui prennent part, même très modestement, à des démarches collectives est quant à elle limitée à 23 %¹³. En tout état de cause, que l'on s'arrête sur le fait que moins d'un quart des professionnels contribuent d'une façon ou d'une autre à une action identifiée en éducation à la santé, ou l'on mette en avant que neuf acteurs sur dix se positionnent comme éducateurs dans ce domaine, on ne peut considérer que l'école est un terrain vierge qu'il s'agirait de conquérir.

Permettre à chacun des acteurs de l'école de percevoir que travailler individuellement et collectivement à la promotion de la santé dans les établissements scolaires est bien constitutif du cœur de leur mission est un enjeu majeur pour la formation initiale et continue. Il importe d'aller vers une intégration toujours plus forte de l'éducation à la santé au « projet de l'école » à la fois dans une perspective émancipatrice (donner les moyens de choix libres et responsables en matière de santé) et en référence à la création des conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves (*via* le développement des compétences personnelles et sociales et la création d'un environnement scolaire favorable)¹⁴.

En conclusion, il paraît nécessaire de rappeler d'une part la complexité de l'éducation qui résiste à tous les raccourcis et à toutes les recettes miracles et, d'autre part, le fait que la mission première du système éducatif n'est pas de lutter contre tel ou tel fléau mais bien de former les citoyens de

demain et de permettre la réussite de tous¹⁵. Ainsi, pour l'école, prévenir le tabagisme par l'éducation à la santé, c'est permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables, de garder sa liberté vis-à-vis des produits ou des comportements, mais aussi des stéréotypes ou de la pression des médias et des pairs. L'éducation à la santé n'est ainsi pas l'affaire de spécialistes, elle relève de l'action quotidienne des adultes en charge de l'éducation des enfants. Cela ne signifie nullement que tous les intervenants aient à se situer de la même façon, mais bien que chacun a sa place spécifique. Les acteurs issus du champ sanitaire et social (assistants sociaux, infirmiers, médecins) ont un rôle d'expert, de conseillers au service de projets pour lesquels les actions éducatives seront essentiellement le fait des parents et des enseignants. Les équipes d'encadrement et de vie scolaire jouant un rôle déterminant dans l'analyse des besoins, l'élaboration et le suivi des projets.

Au-delà des incantations, une mobilisation réelle est aujourd'hui nécessaire en termes de soutien à la recherche dans le domaine de la prévention du tabagisme en milieu scolaire, de formation des acteurs et d'appui aux politiques régionales et locales d'accompagnement des professionnels et des établissements. 🌐

9. Le projet d'école, le projet d'établissement et le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté constituent des outils au service de la structuration et de la pérennisation de la dimension collective de l'éducation à la santé (circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006).

10. Nourrisson D. *Éducation à la santé : XIX^e-XX^e siècle*. Éditions ENSP, 2002.

11. Circulaire n° 2006-830 du 11 juillet 2006.

12. Jourdan D., Pommier J. « Quidu F. Practices and representations of health education among primary school teachers ». *Scand J Public Health*, 2009, 22 octobre.

13. Jourdan D., Mannix Mc Namara P., Simar C., Geary T., Pommier J. « Factors Influencing Staff Contribution to Health Education in Schools ». *Health Education Research*, 2010, 5 mars, 519-530.

14. Jourdan D. *Éducation à la santé : Quelle formation pour les enseignants*. Saint-Denis : Éditions Inpes, 2010, 160 p. ISBN 978-2-9161-9214-7 <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1272.pdf>

15. Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école.