

**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE  
**RENNES**

## **MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2001 –**

# **Les jeunes et le tabac en France**

**– thème n° 32 –**

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale**

***Animatrice : Elisabeth SLEDZIEWSKI***

# Sommaire

## PREAMBULE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
1. ETAT DES LIEUX .....	2
1.1. Généralités.....	2
1.1.1. Données quantitatives.....	2
1.1.2. Analyse des comportements .....	4
1.2. L'évolution du comportement tabagique selon l'âge et la scolarité.....	6
1.2.1. La perception du tabac par les pré-adolescents à l'école primaire.....	6
1.2.2. La perception du tabac chez de jeunes collégiens de 6 <sup>ème</sup> et 5 <sup>ème</sup> .....	7
1.2.3. Les jeunes filles et le tabac .....	8
1.2.4. Garçons fumeurs entre 17 et 19 ans.....	9
2. ACTIONS DE PREVENTION ET EVALUATION.....	10
2.1. La prévention du tabagisme.....	10
2.1.1. Prévention par des mesures législatives de protection.....	10
2.1.2. Prévention par la promotion de la santé.....	13
2.1.3. Bilan .....	16
2.2. L'évaluation de la prévention du tabagisme chez les jeunes.....	16
2.2.1. Une opération nécessaire et complexe.....	16
2.2.2. Une acceptation délicate.....	17
3. PROPOSITIONS.....	18
3.1. Un préalable à l'action : un réel engagement de l'Etat.....	18
3.2. Mesures de protection : les préconisations d'ordre juridique.....	19
3.2.1. L'interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs de moins de 16 ans .....	19
3.2.2. Augmentation du prix du paquet de tabac : un outil potentiel pour limiter l'âge d'entrée dans le tabagisme .....	19
3.2.3. Une nouvelle politique d'étiquetage des paquets de cigarettes .....	20
3.2.4. Une aide financière au sevrage .....	20
3.3. Mesures de promotion de la santé.....	20
3.3.1. Une attention à la personne plutôt qu'au produit.....	20
3.3.2. L'adaptation des campagnes en fonction de l'âge .....	21
3.3.3. Le rôle de l'éducation nationale : intégration de la problématique du tabac dans les programmes scolaires .....	22
3.3.4. Le rôle des parents.....	23
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>24</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>27</b>

## **PREAMBULE**

### ▪ ***Démarche - Méthodologie***

Le tabagisme est un sujet difficile à aborder de manière objective et non passionnelle, tant il est au cœur d'héritages culturels, d'enjeux de santé publique, de choix économiques.

L'objectif de ce travail est de faire le point sur les connaissances et les actions de prévention à propos du tabagisme des jeunes. Nous avons donc d'abord procédé à une revue de la littérature, puis à des entretiens tant auprès de groupes de jeunes que d'acteurs de prévention.

Ces entretiens, en petit nombre, élaborés rapidement, n'ont aucune prétention scientifique, mais ils nous ont permis d'avoir une approche des réalités du terrain et de ce problème.

Pour les entretiens avec les jeunes, la segmentation par âge et par niveau de scolarité nous est apparue la plus pertinente pour circonscrire en première approche le problème du tabagisme juvénile. Faute de temps, nous n'avons pas pu tenir compte des facteurs liés aux conditions de vie, à la précarité et au mode de vie.

Nous nous sommes efforcés de mener les entretiens en inter-professionnalité, afin de favoriser une diversité d'approche, et de partager nos expériences au vu de nos centres d'intérêt professionnels.

Cependant, le nombre de pages limité pour ce document ne nous a pas permis de restituer l'intégralité des débats menés au sein du groupe. Aussi le rapport écrit ne reflète-t-il pas le caractère vivant du travail fait. Dans ce document limité en taille et en temps de réalisation, nous ne pouvons prétendre à l'exhaustivité.

### ▪ ***Difficultés rencontrées préalables***

Nous avons été confrontés en premier lieu à l'abondance de la documentation, tant en français qu'en langue anglaise, ainsi qu'au caractère contradictoire de l'interprétation des statistiques, voire des chiffres eux-mêmes (Cf. la controverse sur la décroissance ou non du tabagisme chez les jeunes).

C'est pourquoi, compte tenu des limites imposées à notre travail, en temps comme en taille pour le rapport, nous avons dû faire des choix de présentation, en particulier pour les facteurs qui influencent le comportement tabagique des jeunes, et pour les nombreuses initiatives de prévention.

Au-delà de ces difficultés, ce travail n'aurait pas pu être mené sans l'aide et la disponibilité de toutes les personnes qui ont bien voulu prendre de leur temps pour échanger avec nous. Qu'elles en soient toutes remerciées.

## INTRODUCTION

Le 15 février 1665, Molière, défiant Louis XIV dans Dom Juan, fait l'éloge du tabac. Jouant lui-même le rôle de Sganarelle, il ose devant toute la Cour commencer sa pièce ainsi [14] :

*"Quoi que puisse dire Aristote et toute la philosophie, il n'est rien d'égal au tabac : c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre. Non seulement il réjouit et purge les cerveaux humains, mais encore il instruit les âmes à la vertu, et l'on apprend de lui à devenir un honnête homme" <sup>1</sup>.*

Pourtant même si le tabac depuis le XVI siècle est adopté par un grand nombre de sociétés, certains, à l'instar du Dr SOUVILE, signalent les effets néfastes du tabac et notamment sur les jeunes : *"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" [15].*

Aujourd'hui, 350 ans plus tard, les risques du tabac pour la santé sont bien connus. *Nul n'est besoin de les rappeler. Pourtant, les mêmes problématiques subsistent.* La délicate question des rapports entre les jeunes et le tabac reste d'une acuité particulière, *aux enjeux spécifiques.* Entre 10 et 25 ans, l'enfant devient progressivement adulte et passe par diverses transformations physiques et psychologiques qui ne sont pas sans influence sur son approche et sa relation avec le tabac.

Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes attachés à suivre une démarche de santé publique. Avec notre intervenante, nous avons donc articulé notre démarche autour de deux étapes essentielles, que reflète le plan de ce document :

- un état des lieux de la situation sanitaire et sociale du tabagisme chez les jeunes,
- une revue des différentes pistes de prévention et des évaluations, à partir desquelles nous avons dégagé un certain nombre de préconisations.

---

<sup>1</sup> Molière, "Dom Juan ou le festin de pierre", Acte I, Scène 1.

# 1. ETAT DES LIEUX

Notre approche se décompose en deux points. D'une part il s'agira de présenter quelques données quantitatives, puis d'orienter notre propos sur le comportement des jeunes fumeurs au travers de données qualitatives.

## 1.1. Généralités

### 1.1.1. Données quantitatives

#### a) Panorama du tabac

Le tabagisme est un des enjeux majeurs de santé publique en France. Les chiffres sont parlants :

- 60.000 décès annuels lui sont imputés en France [1] et 540.000 dans l'Union Européenne [2]. C'est la première cause de décès évitables en France [3] ;
- 2.500 décès seraient en France attribués au tabagisme passif [1] ;
- il est responsable de 50% des cancers entre 35 et 65 ans dans les pays occidentaux [2] ;

Les méfaits du tabac ne sont plus à démontrer. Dresser la liste des principaux indicateurs, chiffrés ou non n'est pas notre propos ici, mais il est acquis que fumer est facteur de risque pour de nombreuses pathologies, ce qui se traduit en terme de morbidité et de mortalité [4].

#### b) Le tabagisme chez les jeunes : un constat en demi-teinte

Deux types d'enquête permettent d'observer la consommation de tabac chez les jeunes.

La première procède par enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de la population et la seconde se base sur des auto-questionnaires dans le milieu scolaire. En fonction des contextes et des populations interrogées, les résultats peuvent ne pas être concordants [4].

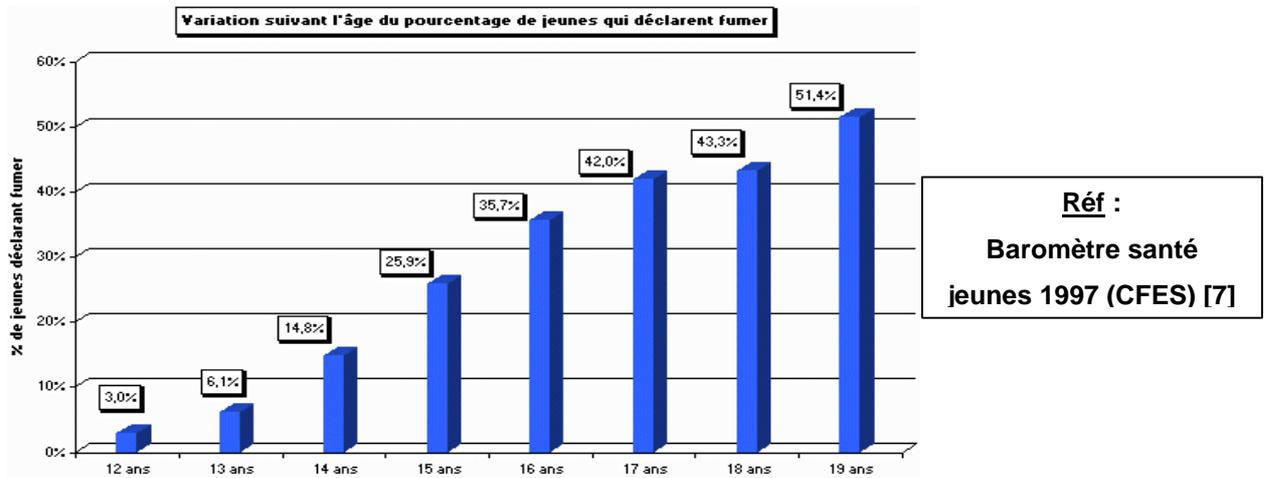
Toutefois, après examen des informations disponibles dans la littérature et de ce qui apparaît comme accepté par les spécialistes du champ, le constat se décline en 2 points. D'une part, on observe une baisse de la consommation de tabac chez les jeunes entre 1977-1997 et d'autre part, depuis cette date, une inflexion de cette tendance peut être mise en exergue. De même, on constate un rajeunissement de l'entrée dans le tabagisme, «qui se déplace vers les âges plus jeunes, avec un pic à 14 ans »<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ce rajeunissement de l'entrée dans le tabagisme n'est pas partagé par le CFES qui conclut à la tendance inverse. On retrouve une divergence d'appréciation entre PST (Paris Sans Tabac) et le CFES en ce qui concerne la décroissance du pourcentage d'adolescents français déclarant fumer, même de temps en temps. (Cf. le "Baromètre santé des jeunes 1998", CFES)

- **Une baisse significative des jeunes fumeurs pendant 30 ans**

En 1977 la prévalence tabagique des 12-18 ans atteignait 46%, et a diminué régulièrement jusqu'en 1997 où elle s'élevait à 25% [6].



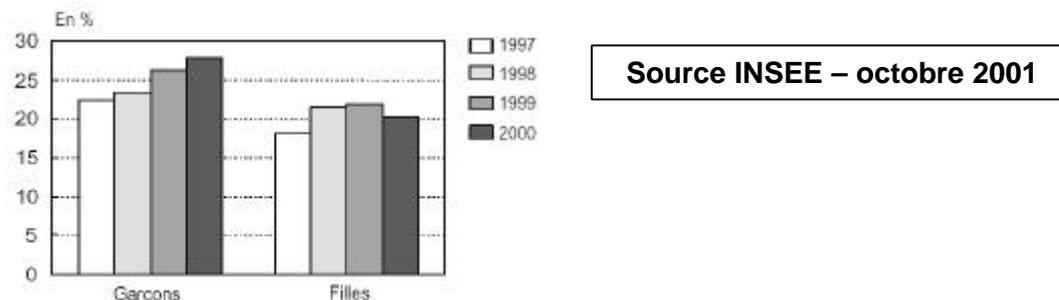
Parallèlement le différentiel de consommation de tabac entre les garçons et les filles a considérablement diminué depuis 1977, date à laquelle aucune différence ne peut être observée entre les deux sexes [6].

Le tabagisme croît rapidement dès 12-13 ans pour toucher plus de la moitié de la population âgée de 19 ans.

- **Une nouvelle inflation à partir de 1997**

A partir de 1997, on observe une augmentation de la consommation de tabac chez les

**Évolution récente de la proportion  
de fumeurs quotidiens  
chez les jeunes de 15 à 19 ans**



jeunes garçons (15 à 19 ans) [5] :

Le différentiel garçons/filles semble ainsi s'affirmer de nouveau, notamment par le fait de cette consommation de tabac accrue chez les jeunes garçons.

**c) Le tabac est un levier vis-à-vis des autres substances psychoactives**

Les jeunes fumeurs ont une propension à consommer d'autres substances psycho-actives induisant une dépendance. Ainsi, parmi les fumeurs [6] :

- 44,5 % déclarent avoir bu au moins une fois par semaine au cours de la dernière année (ils sont 3 fois moins nombreux chez les non-fumeurs) ;
- 60 % disent avoir déjà été ivres (4 fois moins chez les non-fumeurs) ;
- 52,4% ont pris au moins une fois du cannabis dans leur vie (4 fois moins nombreux chez les non-fumeurs)<sup>3</sup> ;

Une consommation de tabac pendant l'enfance présage fortement d'une consommation d'alcool et dans une moindre mesure, de cannabis, à l'adolescence. L'expérimentation de substances psycho-actives fait de plus en plus partie de l'univers des jeunes et celle-ci augmente avec l'âge. Ainsi, moins d'un jeune sur dix parmi les 15 -19 ans n'a absorbé ni tabac, ni alcool ou cannabis au cours de sa vie; à 19 ans, ils ne sont plus que 4%. Entre 11 et 18 ans le taux est multiplié par 16 pour la consommation quotidienne de tabac, et par 6 pour l'usage régulier d'alcool et de cannabis [3].

Il convient de distinguer les jeunes s'étant livrés à une simple expérimentation de l'un ou l'autre de ces produits, de ceux qui les consomment de façon régulière.

#### **d) Bilan**

L'augmentation récente du tabagisme chez les garçons est un phénomène inquiétant. Sachant en outre que plus le jeune commence à fumer tôt, plus sa dépendance au stade adulte sera importante [2], il est nécessaire de renforcer l'effort de prévention.

Aussi, au-delà des chiffres, il est nécessaire d'analyser les comportements. Il serait illusoire de vouloir mettre en lumière toutes les raisons qui poussent les jeunes à fumer. Il est néanmoins indispensable d'en avoir une vue générale afin d'engager des actions de prévention efficaces.

### **1.1.2. Analyse des comportements**

Deux types de facteurs expliquant le comportement tabagique peuvent être dégagés, selon qu'ils sont internes, propres à l'individu, ou bien externes, liés à son environnement [16].

#### **a) Facteurs endogènes**

L'adolescence est une période troublée. Le jeune est le siège de mécanismes psychologiques et biologiques qui peuvent dans une certaine mesure servir de base d'analyse. La littérature sur ce thème est nombreuse : on peut retenir deux axes principaux.

##### **■ Emancipation**

La cigarette est avant tout pour l'enfant un attribut de l'adulte. Aussi, quand l'adolescent ou le pré-adolescent cherchera à jouir des prérogatives de l'adulte, le tabac en tant que symbole d'une conduite adulte devient extrêmement attractif. La cigarette devient alors le support à son émancipation, un artifice qui lui permet de dissimuler ses caractéristiques enfantines.

---

<sup>3</sup> Toutes les différences citées persistent quel que soit l'âge des sujets interrogés.

Ainsi, fumer est un moyen pour l'adolescent de s'affirmer vis à vis des adultes, de leur montrer qu'il n'est plus un petit enfant, et d'acquérir ainsi un statut. L'interdit de la cigarette peut devenir un moyen d'opposition et de confrontation avec les figures d'autorités que sont la mère et le père.

Une seconde cause est la symbolique phallique de la cigarette et l'accès à la maturité sexuelle qu'elle suggère. Ce point a été mis en avant par O. LESSOURNE, dont l'analyse touche principalement les garçons pubères. Ils tentent, en fumant, de conquérir une certaine puissance sexuelle, et au-delà d'arriver à la relation sexuelle réussie qui y est symboliquement liée.

- **Réponse à une angoisse.**

Sur un tout autre plan, O. LESSOURNE a mis en avant que «la cigarette est également un moyen de se libérer d'une angoisse diffuse, non fixée sur un objet, constamment niée et sans cesse renaissante». Le tabac devient ainsi un soutien psychologique pour l'adolescent fragilisé augmentant la probabilité d'une dépendance rapide.

Enfin, de nombreux auteurs s'attachent à souligner qu'il existe une composante masochiste dans l'attitude du fumeur. Selon certains psychanalystes, en «dominant» la cigarette, le fumeur mime plusieurs fois par jour sa victoire sur la mort.

## **b) Les facteurs exogènes : cas du marketing et de l'industrie du tabac.**

Les jeunes évoluent dans un environnement non neutre. Il est impossible de faire la liste de ce qui les influence : parents, amis, son propre état de santé...

Il nous a semblé intéressant de nous focaliser sur un seul de ces facteurs, moins voyant mais certainement le plus important, puisqu'il s'agit du marketing des fabricants de cigarettes (ou "cigarettes") en direction des jeunes.

- **Une attitude ambiguë**

La communication des industriels en direction des jeunes est extrêmement habile et efficace. Ils basent la pérennité de leurs profits sur les jeunes, futurs adultes fumeurs de demain. De fait, la majorité des fumeurs deviennent dépendants durant l'adolescence.

Sans la manne financière que représentent ces derniers, leurs bénéfiques fondraient..

Cependant, les industries du tabac ont dû faire face à un durcissement de l'attitude des gouvernements à leur égard, et à la montée en puissance des préoccupations de santé publique. Les législations les ont obligé à mettre sur leur paquet des messages avertissant des dangers du tabac, ou conseillant de ne pas fumer avant 18 ans.

Dans le même temps, les cigarettes ont développé divers stratagèmes pour vendre plus aux jeunes, dont les paquets de dix cigarettes, format favori des jeunes.

Parallèlement, les cigarettes se dirigent maintenant vers les populations des pays en voie de développement, où n'existent pas de restriction de marketing et de publicité, et y focalisent à nouveau la cible des jeunes...

### ■ Des campagnes efficaces.

Les campagnes de publicités sont interdites en France. Cela n'empêche pas les industriels de mettre en place de véritables plans marketing. Les cadeaux, pourtant illégaux, se multiplient. Tous les lieux de rencontres de la jeunesse font l'objet de distribution d'objets promotionnels et de distribution de cigarettes gratuites. La conception des paquets de cigarettes (le "packaging") cible de plus en plus les jeunes, à l'exemple de "Camel" et de son « chameau animé », ou bien de "Gauloises" et de ses « paquets fun ».

D'autres moyens plus insidieux sont mis en œuvre. Ainsi les industriels du tabac laissent circuler des paquets de cigarettes en chocolat utilisant leurs codes couleur et leurs dessins : 5% des fumeurs auraient été influencés par ceux-ci.

Les adolescents sont très sensibles à ces divers messages. Une étude a été menée prouvant l'impact de tous ses messages sur les jeunes. Pour les raisons évoquées auparavant ils sont peu sensibles aux arguments portant sur la santé, la dépendance.

## 1.2. L'évolution du comportement tabagique selon l'âge et la scolarité

Il n'est pas possible ici de reprendre en détail toutes les notions concernant le tabagisme auprès des jeunes. Aussi avons-nous choisi de présenter des cas de figure parmi les plus significatifs. Partant du postulat qu'entre 12 et 16 ans le taux de fumeurs est multiplié par 12 aussi bien chez les filles que chez les garçons [9], nous avons choisi de présenter quatre "gros plans" selon l'âge et selon le sexe. Nous avons distingué les enfants de moins de 12 ans, encore à l'école primaire, des adolescents au collège puis au lycée.

Les données ci-dessous ont été obtenues à partir d'entretiens dont les grilles sont présentées en annexe.

### 1.2.1. La perception du tabac par les pré-adolescents à l'école primaire

Tout en prenant appui sur les enquêtes conduites sous l'égide de l'OMS [12] et de l'association coordonnatrice PST [13], nous avons souhaité rencontrer une classe de CM2 afin d'y organiser un débat et de recueillir sur le terrain leur témoignage<sup>4</sup>.

La réceptivité des enfants aux risques liés à l'usage régulier du tabac est certaine. En effet, à part une exception, tous décrivent parfaitement les risques pour le fumeur (tabagisme actif), mais aussi pour l'entourage du fumeur (tabagisme passif). Ils expriment leur crainte quant aux conséquences sur la santé de leurs parents et de leur fratrie : « J'ai peur, mon frère fume, j'ai peur parce que c'est mon frère ... ». Certains décrivent les désagréments liés à la fumée du tabac, surtout en voiture avec « les cendres qui volent » vers l'arrière... Ils sont nombreux à dire aussi que leurs parents ont arrêté de fumer pour protéger la santé de leurs

---

<sup>4</sup> Ecole primaire P.J. HELIAS, à La Mézière (35). Enseignant et directeur : M. DENNIEL. Débat organisé le 01/10/2001.

enfants (parce que « je toussais trop », parce que « ma maman attend un bébé »...). Ils décrivent enfin, les tentatives de l'un ou l'autre de leurs parents ou d'un autre membre de leur famille pour arrêter de fumer. L'inquiétude des enfants pour leurs proches et pour eux-mêmes est donc très perceptible, elle constitue une caractéristique de cette tranche d'âge. Une seule petite fille avoue avec difficulté, longtemps après le début du débat que ses deux parents fument, que cela « ne lui fait rien » et qu'elle a déjà goûté à la cigarette. Ce qui n'a pas manqué de provoquer l'étonnement de ses camarades et souligne bien le rôle primordial des parents et de la relation enfants-parents à cet âge.

En ce qui concerne leur perception des motivations des fumeurs, plusieurs pensent que ce n'est plus à la mode de fumer, maintenant « c'est plutôt une honte ! ». A la question : « Pensez-vous que vous essaieriez de fumer ? », la plupart répondent non, parce qu'ils ont peur de ne pas pouvoir s'arrêter et qu'ils ont peur des maladies. L'une de leur réponse résume bien l'état d'esprit général : « Je vais essayer de ne pas essayer ! » .

Enfin, nous voulions tester l'influence du marketing des cigarettiers sur les enfants par le biais de leur connaissance des marques de cigarettes. Il s'avère que leur connaissance est impressionnante, toutes les grandes marques ont été citées et même les moins connues... Les enfants disent connaître ces marques à travers les paquets qu'achète leur entourage, ou bien par ceux qui traînent à terre. Par contre, ils n'ont pas le souvenir de campagnes anti-tabac (ni même du clip vidéo conçu par les auteurs du programme "Minikeums" sur France-3<sup>5</sup>). En revanche, plusieurs ont suivi une émission d'information sur le tabac à la télévision et s'en souviennent bien. Ils sont quelques-uns à qui leur grand frère ou grande sœur a montré le cours ou les infos prodiguées au collège par les professeurs.

### **1.2.2. La perception du tabac chez de jeunes collégiens de 6<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup>.**

Un interview de 5 jeunes collégiens de la région parisienne, âgés de 11 à 13 ans, montre qu'ils sont parfaitement informés des méfaits du tabac. Ils ont tous bénéficié en CM2 et en CM1 d'une information-débat après la diffusion d'un petit film, ainsi que d'activités ludiques sur CD-ROM. Trois de ces jeunes ont conservé une image extrêmement négative du tabac, malgré le fait que 2 d'entre eux évoluent dans un contexte familial de fumeurs.

A l'inverse 2 collégiens ont commencé à fumer et ne se sentent pas concernés directement par les risques liés au tabac. Ils reconnaissent fumer à l'insu de leurs parents, non-fumeurs. La première cigarette était « dégueulasse », mais après, ils se sont habitués. Leur motivation, au départ était de véhiculer une image de « virilité » auprès des filles. Ils n'envisagent pas d'arrêter car « s'ils tombent malades, de toute façon ce sera quand ils seront vieux, et c'est normal d'être malade quand on est vieux ». Ils ne connaissent pas

---

<sup>5</sup> « Sois hip, sois hop, Stop la clope » avec la CNAMTS et le CFES.

toujours la marque de la cigarette qu'ils fument, car elles sont offertes par des copains plus âgés, mais ils ont connaissance de deux grandes marques de cigarettes.

En revanche, ils ne fument pas dans l'enceinte du collège, en raison des mesures restrictives prises par le proviseur (heures de colle, information des parents) et de la surveillance des interours, mais ils ont déjà vu « des grands 3<sup>ème</sup> fumer ». Ils seraient dissuadé de fumer, s'il voyaient « un jeune en train de mourir à cause du tabac en crachant du sang », mais ils sont unanimes sur l'irréalisme de ce scénario.

Les 3 jeunes non-fumeurs, quant à eux, envisagent de ne jamais fumer parce que « les cigarettes coûtent trop cher » et que « ça sent trop mauvais », et ils souhaiteraient que leurs parents arrêtent de fumer.

Au regard de ces interviews, si l'information est un préalable incontournable à la prévention anti-tabagique, elle n'est pas encore assez dissuasive, et elle n'a pas annihilé totalement l'image de virilité et de reconnaissance véhiculée par la cigarette.

### **1.2.3. Les jeunes filles et le tabac**

#### **a) Le problème spécifique de l'association tabac / pilule**

Chez les jeunes filles, l'association pilule-tabac concerne 18% des femmes de 20 à 24 ans. Le risque d'hémorragie méningée est multiplié par 22.

Le risque est généralement connu des jeunes filles. Cette prise de conscience conduit souvent à l'abandon de la contraception plutôt qu'à l'arrêt du tabac, aussi certains médecins préfèrent dissimuler cette information. C'est pourquoi, dans le programme d'éducation à la santé 2000-2002, les gynécologues-obstétriciens sont fortement incités à délivrer aux jeunes-filles une information éclairée sur les méfaits du tabac lors de la prescription d'une méthode contraceptive ou au cours du suivi de la grossesse.

#### **b) Les motivations spécifiques des jeunes fumeuses**

En règle générale, la perception qu'ont d'elles-mêmes les jeunes filles fumeuses est moins positive que celle des garçons. Elles ne sont que 24% à déclarer avoir toujours confiance en elles contre 46% des garçons.

Des motivations spécifiques aux jeunes filles fumeuses sont à noter :

- L'impression de pouvoir gérer son poids : la nicotine augmente les dépenses caloriques, si bien que la consommation de tabac apparaît pour les jeunes filles comme un moyen de réguler leur poids. Chez les jeunes filles, la peur de la prise de poids est très forte, et ce d'autant plus qu'elles utilisent souvent la cigarette comme un régulateur de leur poids. La prise de poids consécutive à l'arrêt du tabac constitue souvent un obstacle à cesser de fumer.

- Un nouveau symbole pour les femmes : la cigarette, depuis les années 60, est devenue un symbole de liberté féminine, accentué par l'utilisation qui en a été faite par les médias,
- Un accessoire de séduction : demander du feu ou une cigarette peut être un moyen facile pour aborder quelqu'un et lier connaissance ; d'autre part, dans l'esprit de beaucoup, la femme tenant une cigarette est forcément séduisante,
- L'élément qui incite à commencer : la revendication de l'égalité entre les sexes, voire une volonté d'effacer toute différence liée au sexe, pour 50% des jeunes filles,

#### **1.2.4. Garçons fumeurs entre 17 et 19 ans.**

Entre 17 et 19 ans, les garçons sont une forte majorité à avoir expérimenté la cigarette (jusqu'à 84% à 19 ans). Cependant, "seulement" 59,7% d'entre eux peuvent être considérés comme fumeurs, parmi lesquels 6% ne le sont qu'occasionnellement [16].

La proportion des jeunes fumeurs est beaucoup plus forte chez les garçons non scolarisés que chez ceux qui le sont, les proportions étant respectivement de 75.9% et de 50.6%. Une telle différence se retrouve pour la consommation de tout produit psychoactif [16].

Dans le milieu scolaire, le "fumeur-type" est scolarisé en filière technologique, il a redoublé au moins deux fois, est issu d'une famille monoparentale, et ne vit plus chez ses parents.

Le phénomène de polyconsommation est une des caractéristiques principales de cette tranche d'âge. Le mode de vie, les sorties et la pratique de sports collectifs notamment, peuvent favoriser la consommation de plusieurs substances psychoactives.

En règle générale, l'usage d'autres produits psychoactifs est beaucoup élevé chez les garçons qu'il ne peut l'être chez les filles, allant jusqu'à près de 8% pour des substances pour les champignons hallucinogènes et les poppers . Aucun des jeunes interrogés n'a reconnu avoir eu recours à des drogues dites dures. Ils ont une vision très négative de celles-ci : dépendance, forte nocivité...

Le discours est fondamentalement différent quant on aborde deux autres produits : l'alcool et le cannabis. Plus de 15 % des garçons ont combiné l'action du tabac, du cannabis et de l'alcool [17]. La consommation régulière d'alcool est assez forte dans cette tranche d'âge et se répercute sur le nombre d'ivresse : ils sont autant à n'avoir jamais bu qu'à avoir déjà été ivre dix fois ou plus dans leur vie.

Il est incontestable que le cannabis s'est banalisé pour une toute une partie de la population. Pour la plupart des jeunes que nous avons rencontrés, l'usage du cannabis est une chose courante, voire une habitude. Aucun ne s'est positionné comme étant contre le cannabis. Ils ne le considèrent pas comme une drogue, ni comme un produit dangereux.

## 2. ACTIONS DE PREVENTION ET EVALUATION

Nous évoquerons des initiatives significatives de lutte contre le tabagisme chez les jeunes, les carences rencontrées en matière d'évaluation en vue de proposer quelques pistes d'intervention dans la troisième partie.

### 2.1. La prévention du tabagisme

La prévention du tabagisme en général repose sur des mesures soit de protection des populations, à travers des dispositions réglementaires (limitation de la publicité autour du tabac, protection des non-fumeurs, mesures fiscales), soit de promotion de la santé, à travers des actions de communication sur le risque tabagique, ou d'accompagnement du sevrage tabagique.

#### 2.1.1. Prévention par des mesures législatives de protection

Face à l'ampleur du phénomène, la France s'est progressivement dotée d'un cadre législatif destiné à lutter contre le tabagisme.

##### a) La loi Veil

A l'initiative de Mme Simone Veil, ministre de la santé, le Parlement a adopté le 9 juillet 1976 une première loi de lutte contre le tabagisme, complétée par un décret du 17 novembre 1977. Cette loi constituait un dispositif contraignant car elle portait diverses restrictions à l'usage de la publicité en faveur des produits du tabac (interdiction de distribution gratuite de tabac, interdiction de patronage des manifestations sportives, publicité indirecte...) et organisait des interdictions de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique pouvait avoir des conséquences dangereuses pour la santé, c'est à dire qui ne répondaient pas à des exigences de ventilation ou d'aération.

La loi prévoyait en outre des mesures spécifiques de protection de la santé des jeunes. Ainsi était-il interdit de fumer dans les locaux accueillant des jeunes de moins de 16 ans et plus particulièrement dans les établissements d'enseignement publics ou privés, de niveau primaire et collège. Pour les lycées, le décret renvoyait au règlement intérieur de chaque établissement le soin de préciser les locaux dans lesquels une interdiction de fumer devait être respectée.

Le dispositif législatif et réglementaire mis en place à compter de cette date a vu son efficacité limitée en raison de la passivité des autorités publiques, peu soucieuses de faire respecter les termes de la loi. Il est apparu également insuffisamment protecteur pour la santé des jeunes. C'est pourquoi, il est apparu nécessaire de franchir une nouvelle étape.

## **b) La loi Evin**

C'est en ce sens qu' a été votée la loi du 10 janvier 1991, dite "Loi Evin", complétée par le décret du 29 mai 1992. Ses deux principales mesures sont l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'interdiction de toute forme de publicité.

### **■ L'interdiction de fumer dans les lieux publics**

Cette avancée législative va au-delà du simple renforcement des mesures de protection. Elle correspond en réalité à un renversement de logique : si, dans le système issu de la loi Veil de 1976, la liberté de fumer demeurait la règle à laquelle il était apporté certaines limitations, il n'en va plus de même dans le dispositif mis en place par la loi Evin. L'interdiction de fumer dans les lieux publics devient la règle, la possibilité de fumer l'exception. Le nouvel article 16 de la loi du 9 juillet 1976, tel qu'il a été réécrit par la loi Evin, affirme, en effet, avec force le principe d'interdiction qui s'impose désormais en droit français : « il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transport collectifs, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs ». L'interdiction ainsi définie en termes généraux, revêt un caractère absolu. Il ne peut y être dérogé que dans certains emplacements qui doivent être déterminés comme étant réservés aux fumeurs.

Un accent est mis sur les lieux d'enseignement afin de lutter contre le tabagisme des jeunes. Le décret du 29 mai 1992 fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics : « l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, s'applique dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ». Elle s'applique également en ce qui concerne les écoles, les collèges et les lycées publics et privés dans les lieux non couverts fréquentés par les élèves pendant la durée de la fréquentation. Cette spécificité vise notamment les cours de récréation dans lesquelles il devient interdit de fumer. Il est à noter cependant que cette interdiction connaît une application inégale, parfois même inexistante, selon les établissements.

Dans l'enceinte des établissements d'enseignement publics et privés de niveau primaire et collège, des salles spécifiques, distinctes des salles réservées aux enseignements, peuvent être mises à la disposition des enseignants et des personnels fumeurs. Les élèves ne doivent pas y avoir accès.

Dans l'enceinte des lycées, lorsque des locaux sont distincts de ceux des collèges, et dans les universités, des salles, à l'exclusion des salles d'enseignement, de travail et de réunion, peuvent être mises à la disposition des usagers fumeurs, qu'ils soient élèves ou personnels.

L'ouverture des sites fumeurs est laissée à la discrétion du conseil d'administration de l'établissement scolaire qui doit décider des locaux et lieux réservés aux fumeurs dans l'intérêt de la communauté scolaire. Ces lieux doivent être désignés dans le règlement intérieur de l'institution.

Il incombe aux directeurs d'école et aux chefs d'établissements de veiller strictement au respect de ces dispositions. Il leur appartient également d'exercer leur pouvoir disciplinaire en matière de transgression de la réglementation en la matière.

Cependant, il est parfois nécessaire de faire preuve de souplesse dans certaines circonstances : ainsi dans certains quartiers sensibles peut-il y avoir paradoxalement un risque à faire fumer les jeunes à l'extérieur de l'établissement, où des pourvoyeurs seront libres de leur proposer d'autres substances...

■ **L'interdiction de toute forme de publicité.**

L'autre mesure principale de lutte contre le tabagisme consiste en une interdiction complète de toute publicité en faveur des produits du tabac, que cette publicité soit directe ou indirecte. La seule exception admise par le législateur concerne les enseignes des débits de tabac et des affichettes apposées à l'intérieur de ces commerces, à condition qu'elles ne soient pas visibles de l'extérieur.

Afin de lutter contre l'imagination des industries du tabac qui développent un marketing très puissant en direction des jeunes, la loi s'est efforcée de donner une définition très large de la publicité indirecte en englobant dans celle-ci toute propagande susceptible de « rappeler » le tabac ou tout produit du tabac : graphisme, présentation, nom de marque, emblème publicitaire...

■ **Les autres mesures de la loi Evin**

On peut citer les dispositions relatives au conditionnement des produits du tabac qui imposent de faire figurer sur tous les paquets de cigarettes la mention « Nuit gravement à la santé », accompagnée d'un autre avertissement choisi sur une liste annexée. Le texte de loi prévoit également que figure sur les paquets de cigarettes la teneur en goudron et en nicotine.

La loi Evin énonce également le principe de la limitation de la teneur en goudron, tout en renvoyant la fixation précise du taux à un arrêté du ministre en charge de la santé.

Enfin, autre aspect novateur et important de cette loi, l'ouverture des droits de la partie civile aux associations de lutte contre le tabagisme. Ces dernières doivent être reconnues comme telles, c'est à dire avoir un objet statutaire comportant la lutte contre le tabagisme depuis au moins cinq ans. A cette condition, elles sont alors habilitées à se porter partie civile dans les procès relatifs à la violation des dispositions de la loi du 10 janvier 1991.

### **2.1.2. Prévention par la promotion de la santé**

S'y retrouvent des actions à un niveau "macro", comme la communication dite "grand public" sur le risque tabagique, ou bien des actions à un niveau plus "micro", par des animations auprès de groupes restreints, voire des actions individualisées, en particulier par l'accompagnement du sevrage tabagique.

#### **a) Communication grand public sur le risque tabagique**

Elles s'appuient sur les médias de large diffusion, dont nous donnons ci-dessous quelques exemples.

##### **■ Le rôle de la presse écrite**

Son influence n'est plus à démontrer, particulièrement pour les jeunes filles qui peuvent lire dans les mots du journaliste les conseils d'un grand frère ou d'une grande sœur. La presse peut encourager, motiver par les témoignages d'autres jeunes filles qui vivent les mêmes expériences. La presse, depuis plusieurs années, véhicule une certaine image de la femme que bon nombre de lectrices prennent en modèle.

A l'initiative du secrétariat d'État à la santé, de la CNAMTS et du CFES, un projet de charte est en cours d'élaboration, à laquelle l'ensemble de la presse féminine est invitée à s'associer. Son objectif est de ne plus promouvoir une image positive de la femme fumeuse à travers des photographies de mode.

Vient de sortir une brochure intitulée « Fumer : Adieu santé ! Adieu beauté ! », faite en collaboration avec le magazine « Jeune et Jolie » et à destination des jeunes filles afin de les sensibiliser sur les risques du tabac.

##### **■ Radio : une mise en garde contre la manipulation.**

Une nouvelle initiative du CFES consiste à relativiser le sentiment de liberté et d'émancipation que les adolescents croient trouver dans la consommation de cigarettes et celles-ci sont des produits conçus pour les rendre dépendants. L'hypothèse est qu'il s'agit d'un argument auquel sont sensibles les adolescents. Une campagne radio sur les stations les plus écoutées par les jeunes a débuté récemment autour de l'axe général « On nous cache les dangers de la cigarette ». Cette campagne radio fait l'objet d'un relais médiatique, et un portail Internet fournit une information complète sur les thèmes évoqués.

##### **■ Internet au service de la prévention tabagique**

Deux sites<sup>6</sup> se mettent à la portée des jeunes pour communiquer sur le tabac. Leur présentation ludique, les échanges entre jeunes, l'abonnement à une lettre d'information, la mise à disposition d'un médecin pour répondre aux questions, le paramétrage du programme en fonction du profil du jeune, fumeur ou non fumeur, sont autant d'éléments pour impliquer les jeunes dans la lutte anti-tabagique.

## **b) Actions de proximité**

Elles reposent sur une présence auprès des jeunes d'adultes formés spécifiquement (même dans les dispositifs de "pair-éducation", un référent adulte doit intervenir à un moment donné).

### ■ **Quelles connaissances?**

Une première difficulté vient du fait que la gravité du tabac n'est pas forcément bien connue, des adultes comme des jeunes. Souvent de faibles connaissances sont constatées sur les problèmes généraux et les problèmes de santé liés au tabac, ainsi que sur la relation dose cumulée–effet. On se contente trop souvent du schéma simpliste: «fumer c'est mauvais pour la santé», sans savoir différencier le tabac, la nicotine, la fumée, les goudrons... ("ce qui brûle").

Chez les adultes, les connaissances minimales, "de bon sens", sont largement insuffisantes pour expliquer et faire comprendre auprès d'un public exigeant. Ces carences existent même chez de nombreux médecins, qui sont de fait non formés spécifiquement au tabagisme, et *a fortiori* chez les enseignants et les éducateurs. Chez les jeunes, beaucoup croient tout savoir (à l'image des adultes d'ailleurs) et rejettent volontiers "une information de plus". Il est donc important de ne pas surestimer les connaissances préalables, de les évaluer avant une action de prévention, et de se servir des lacunes pour "accrocher" l'action.

Une autre difficulté vient de ce qu'il n'est pas toujours facile de se ressentir, se définir comme fumeur, d'apprécier sa dépendance, d'autant qu'elle a une image péjorative. A noter que la dépendance aurait aussi une connotation positive paradoxale chez certains adolescents, en étant perçue comme "exploit" quantitatif valorisant («*non! 2 paquets par jour !*»).

### ■ **Quelles dépendances?**

Ce thème de la "dépendance" est un axe majeur dans les réflexions menées autour de la prévention. Ainsi l'Education Nationale suit les recommandations de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT), en voulant considérer l'attitude addictive dans sa globalité. La prévention du tabagisme est comprise dans le domaine plus vaste de la lutte contre les dépendances, et n'est que rarement citée en tant que telle dans les documents et les programmes. Cette option de sortir du "produit" pour se tourner vers la "personne" est fondamentale, faisant rupture avec des décennies d'une sorte de médicalisation d'un problème de société.

Pourtant il est surprenant, dans les documents officiels de l'Education Nationale, de ne plus trouver beaucoup mention du tabagisme, maintenant qu'il est inclus dans le thème "dépendances". Le tabagisme "isolé" (sans autre addiction) reste une pratique majoritaire

---

<sup>6</sup> les sites [www.tasante.com](http://www.tasante.com) et [www.sijefume.com](http://www.sijefume.com)

chez les jeunes, et il apparaît un peu masqué par l'évocation systématique des autres dépendances, en particulier l'alcoolisme. Même si ce dernier est souvent évoqué en association avec le tabac, on peut s'interroger sur un risque qu'il y aurait à ne plus parler suffisamment du tabagisme en lui-même, et de parler aux élèves des comportements addictifs dans lesquels la majorité ne se retrouve pas.

### ■ **Quelques exemples**

Plusieurs travaux insistent sur la position majoritairement hostile au tabac des enfants [8], ce qui conduit à mettre en place une stratégie d'éducation pour la santé différente pour les pré-adolescents de celle pour les adolescents.

Parmi les dispositifs proposés se situe l'idée de contractualisation entre les plus jeunes. Ainsi, depuis 1990, la Ligue Nationale contre le Cancer et ses comités départementaux ont créé le club "Pataclope" à destination des jeunes de 7 à 14 ans, avec pour mission de sensibiliser l'enfant à une vie saine sans tabac et au respect de son environnement, par le biais d'actions pédagogiques, culturelles, sportives et ludiques. Ce club a pour souhait de devenir une référence en vue de valoriser le non fumeur, et de générer chez les jeunes une population de non fumeurs actifs et fiers de leur choix. 65 clubs existent actuellement et ils regroupent 65000 jeunes répartis dans toute la France.

Par ailleurs, l'opération nationale « Jamais la première cigarette », reconduite depuis 1997, implique les enfants de 10 à 15 ans.

Une autre idée de mise en participation repose sur l'appel à la créativité. Ainsi, après avoir répondu à une enquête sur « les jeunes et les méfaits du tabac », des milliers d'enfants ont participé au concours « du meilleur clip de 30 secondes », le clip gagnant faisant l'objet d'une diffusion à la télévision et au cinéma. L'enfant est considéré comme un acteur à part entière de la lutte anti-tabac : les clips sont élaborés avec leurs mots, leurs codes, leurs images et surtout leurs univers préférés.

Les enfants plus âgés pourront s'investir dans la lutte contre le tabagisme en transmettant le message « Fumer, c'est céder. Te laisse pas rouler par la cigarette » par l'intermédiaire d'un timbre de 0,76 Euro.

### **c) Accompagnement du sevrage tabagique**

Inciter à l'arrêt pour les fumeurs est un des axes des campagnes de prévention, mais encore très peu d'adolescents fumeurs font la démarche personnelle de vouloir arrêter de fumer.

Il est donc important de permettre des lieux d'écoute individualisés, pour faciliter la réflexion et la parole, et l'accompagnement de ceux qui souhaitent vraiment s'arrêter. A noter qu'il est nécessaire d'expliquer le processus d'arrêt, notamment le fait qu'une voire plusieurs rechutes sont possibles, et que cela ne remet pas en cause pour autant leur guérison.

Les consultations de tabacologie constituent de tels endroits, mais elles ne reçoivent que très peu d'adolescents. D'autres alternatives existent ponctuellement dans des lieux associatifs, ou auprès de soignants attentifs.

### **2.1.3. Bilan**

La plupart des recherches montrent une complémentarité et une synergie entre les campagnes de communication et les actions de proximité: les campagnes ont plus d'efficacité si elles sont ensuite débattues en petits groupes, et les actions de proximité sont plus faciles à mener si elles peuvent reposer sur des informations et des représentations déjà établies par les campagnes.

De même est évoquée une complémentarité entre les actions de promotion et celles de réglementation: les mesures restrictives trouvent justification et compréhension par la diffusion des informations sur les dangers qu'elles visent à contenir, tandis que la promotion peut prendre appui sur la présence des mesures pour amener débat et prise de conscience. Il est donc nécessaire d'envisager la prévention comme un ensemble de dispositions interagissant avec de l'encadrement et de l'encouragement.

Une autre interaction à mettre en place est celle entre la prévention et son évaluation, trop souvent séparées alors qu'elles devraient être interdépendantes.

## **2.2. L'évaluation de la prévention du tabagisme chez les jeunes**

### **2.2.1. Une opération nécessaire et complexe**

L'évaluation est définie comme une façon systématique de tirer les leçons de l'expérience afin d'améliorer et de choisir parmi les activités de prévention possible. En dernière analyse, la finalité d'un programme antitabac consiste dans la baisse de la mortalité et de la morbidité attribuables au tabagisme.

Comme la plupart des maladies liées au tabac peuvent mettre plus de 20 ans à se manifester, il faut parfois attendre plusieurs années pour valider définitivement un programme antitabac et, même alors, il n'est pas toujours possible de dire à quelles mesures précises on doit attribuer l'évolution bénéfique constatée. Il est donc nécessaire de se guider sur des "jalons", des indicateurs pour les résultats intermédiaires. Ces résultats intermédiaires sont appréciés en termes de connaissances acquises ou de changements enregistrés dans l'usage du tabac. Nous avons vu dans "l'état des lieux" quantitatif et qualitatif combien ces données étaient

Comme pour toute action de santé publique les activités de prévention du tabagisme jouent sur des champs sociaux, comportementaux, politiques, économiques, ce qui rend également

complexe leur évaluation. Il est souvent difficile de savoir si le résultat est obtenu grâce au programme d'action, ou s'il peut être imputé en partie à un ensemble de facteurs positifs ou négatifs indépendants de ce programme.

L'évaluation est le prolongement opérationnel de la description, de l'explication, puis de la tentative de résolution d'un problème de santé, étapes qu'elle va ensuite nourrir. A tous ces stades est nécessaire une vision globale des problèmes politiques, sociaux, économiques et humains, ce qui demande l'apport de nombreuses disciplines comme les sciences politiques et comportementales, la sociologie, l'économie, l'épidémiologie, la statistique et la médecine. En annexe sont présentées des aspects plus théoriques sur l'évaluation des actions contre le tabagisme.

### **2.2.2. Une acceptation délicate**

Il s'avère que les nombreuses initiatives évoquées dans ce document sur la prévention du tabagisme auprès des jeunes ne sont que rarement évaluées. Peu d'informations sont disponibles sur les évaluations externes, et celles menées en interne ne sont pas accessibles. Même si cette insuffisance d'évaluation s'explique en partie par la complexité de ce processus en matière de lutte antitabac, il n'en demeure pas moins dans de nombreux programmes une certaine négligence en ce qui concerne le souci d'apprécier leur efficacité.

De fait, il est significatif que la notion d'évaluation suscite beaucoup de réserves. Sont invoquées les difficultés de l'évaluation, ses sources d'information trop variées, et finalement l'impression qu'elle ne serait pas "valable". C'est un argument entendu par exemple dans l'institution scolaire, avec un autre argument contradictoire suggérant que cette évaluation ne devrait être qu'un élément de l'évaluation des politiques de santé en général, et qu'elle est donc du ressort d'un autre ministère.

Par ailleurs, plusieurs entretiens avec des acteurs de terrain nous ont fait pressentir que la demande d'évaluation formulée par les "experts" est parfois perçue comme une critique déguisée d'actions ou de programmes de prévention considérés en fait comme inefficaces. L'évaluation semble alors confondue avec la mesure de l'efficacité. Il serait alors inutile d'évaluer les actions de prévention du tabagisme, puisqu'elles se situent sur le long terme et que leur efficacité est ainsi très difficile à mesurer. Pourtant, demander une évaluation n'est pas exiger une efficacité, mais souhaiter une demande d'appréciation du résultat, qu'il soit positif ou négatif, en sachant qu'un résultat positif non évalué est moins intéressant et "utile" *in fine* qu'un résultat négatif bien évalué, dont des enseignements utiles pourront alors être extraits et valorisés.

A ce titre une évaluation peut être l'occasion de bénéfiques prises de conscience. Ainsi l'Education Nationale dit vouloir s'appuyer sur une prochaine évaluation de l'application de la Loi Evin dans les établissements scolaires pour impulser une réflexion sur le rôle de l'adulte en milieu scolaire dans la prévention du tabagisme. D'une observation sans doute encore imparfaite des règles peut venir de nouvelles initiatives tendant à mieux les accepter.

### **3. PROPOSITIONS**

A l'image des mesures de prévention, les préconisations de notre groupe de travail sont présentées par des mesures soit de protection (aspect réglementaire), soit de promotion de la santé et de communication. Maillon fondamental en matière de santé publique, il est apparu essentiel de discuter sur l'engagement nécessaire de l'Etat.

#### **3.1. Un préalable à l'action : un réel engagement de l'Etat**

Le principal acteur de santé publique, l'Etat, ne s'est pas réellement positionné de manière déterminante. Par son attitude ambiguë et les profits qu'il retire des ventes de cigarettes [11], l'Etat brouille un message qui devrait à l'inverse être clair.

Il manque une réelle impulsion à une politique anti-tabac en France. Les atermoiements de l'Etat nuisent à la mise en place d'actions à long terme et à la constitution d'un véritable pôle de lutte contre la cigarette.

Les sommes consacrées à cette dernière sont infimes comparées à ce que rapporte à l'Etat la vente de cigarettes. De nombreux moyens pourraient être dégagés. La décision de financer les 35 heures par une nouvelle taxe sur le tabac est contre-productive et n'envoie pas un signal clair en direction des fumeurs, qu'ils soient jeunes ou plus âgés.

De cet investissement de l'Etat et d'une position qui serait en paroles et en actes sans ambiguïté, dépend l'efficacité des futures campagnes de prévention.

Grâce une impulsion forte des pouvoirs publics et une injection de moyens importants, la communication pourrait atteindre une ampleur nationale. De vrais spots télé pourraient être diffusés de manière régulière et plus adaptée qu'à l'heure actuelle.

Les multiples acteurs pourraient être coordonnés par une structure unique, ce qui rendrait une homogénéité et une unité aux diverses actions entreprises.

La problématique bien spécifique du tabac chez les jeunes pourrait être traitée dans toute sa diversité et sa complexité : les campagnes doivent être dirigées de manière ciblée vers chaque catégorie de jeunes. Comme nous l'avons montré, il existe différents profils de jeunes fumeurs qui correspondent à diverses motivations. Pour être le plus possible efficace, une campagne nationale devrait pouvoir être dirigée spécifiquement auprès de chacune de ces catégories de fumeurs. Tel n'est pas encore le cas.

Les volontés sur le terrain ne manquent pas, comme nous avons pu nous en rendre compte grâce à nos multiples entretiens. Les moyens ne sont pas toujours à la hauteur de l'investissement des différents acteurs de terrains.

Ainsi, la vraie question est de savoir si l'Etat est réellement prêt à faire du tabac un problème central de santé publique et à engager une vraie campagne de lutte contre la tabagisme, notamment chez les jeunes .

## **3.2. Mesures de protection : les préconisations d'ordre juridique**

### ***3.2.1. L'interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs de moins de 16 ans***

Le 29 mai 2001, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac, Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, a indiqué réfléchir à la possibilité d'une interdiction de la vente aux moins de 16 ans. Sans être totalement arrêté sur cette mesure, le ministre a émis l'hypothèse d'une expérimentation dans une région volontaire.

Le débat sur l'utilité d'une telle mesure est pourtant loin d'être tranché.

Les objectifs affichés et espérés par une interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs sont clairs, à savoir une volonté d'empêcher les jeunes de moins de 16 ans de découvrir le tabac et donc de commencer à fumer de plus en plus jeunes. Elle constituerait, par ailleurs, selon ses défenseurs un symbole fort qui contribuerait à soutenir les parents et les établissements scolaires dans leurs prévention du tabagisme chez les jeunes.

Les objections sont multiples. Comme l'affirme notamment Claude MOLIMARD, président de la Société Française de Tabacologie, une telle interdiction pourrait avoir des effets pervers, l'interdit constituant un puissant attrait chez les adolescents.

De même, cette prohibition serait facilement contournée par les jeunes se procurant du tabac grâce à des tiers majeurs.

Enfin, une telle mesure, si elle veut être efficace, doit être intégrée dans le cadre d'un dispositif plus global, accompagnant un changement de mentalité vis à vis du tabac.

Ce débat à eu lieu dans notre groupe, et il nous a été impossible d'adopter une position commune. Cette question mériterait en tout cas de faire l'objet d'une discussion au niveau national, afin que chacun se positionne clairement.

### ***3.2.2. Augmentation du prix du paquet de tabac : un outil potentiel pour limiter l'âge d'entrée dans le tabagisme***

Si l'on se réfère au prix moyen du paquet de tabac vendu en France, notre pays se situe dans la médiane européenne [11]. Face aux augmentations du prix du tabac rencontrés ces dernières années, une des parades des fabricants de tabac fut de proposer à la vente des paquets de 10 cigarettes, correspondant approximativement au prix initial des paquets de

20. Même si la quantité de tabac acheté et donc *a priori* consommé devrait être plus faible, il serait souhaitable d'augmenter le prix du paquet de tabac à un coût jugé inacceptable pour les jeunes. Le prix du paquet de tabac pourrait à titre d'exemple, s'établir à 40 francs pour 20 cigarettes.

Il apparaît essentiel que l'augmentation du prix du tabac ne se fasse pas par paliers successifs mais directement, sans aucune transition : cette démarche signera alors une véritable volonté politique de santé publique visant à réduire la consommation (*a contrario* des précédentes augmentations qui se sont faites progressivement, permettant ainsi une certaine "accoutumance" des consommateurs à ces nouveaux tarifs).

RECOURS signalait que certaines mesures fiscales induisent un prix de vente des cigarettes égal au 2/3 des prix continentaux (exemple en Corse) [11]. L'équité des politiques de santé publique doit être la même sur l'ensemble du territoire, nonobstant les variables institutionnelles que l'on peut rencontrer.

### **3.2.3. Une nouvelle politique d'étiquetage des paquets de cigarettes**

A l'instar du Canada, des messages d'avertissement sur la santé, particulièrement visibles et explicites, pourraient être portés directement sur les paquets, de façon à favoriser une prise de conscience sur le lien entre le tabagisme et les problèmes de santé qu'il induit.

A côté de chaque slogan inscrit sur le paquet de cigarettes, un court commentaire médical pourrait l'argumenter. A titre d'exemple, le message « La cigarette, ça brise le cœur » s'accompagnerait d'un commentaire médical décrivant l'incidence du tabac sur la circulation du sang et le dysfonctionnement organique qu'il génère.

### **3.2.4. Une aide financière au sevrage**

L'aspect préventif de lutte contre le tabagisme doit offrir également des garanties d'aide pour les jeunes fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer. Mais le coût financier de l'arrêt peut constituer un obstacle majeur à l'arrêt du tabac, qui pourrait être levé grâce à une prise en charge au moins partielle, par la Sécurité Sociale et/ou par les mutuelles, des substituts nicotiques et des autres traitements favorisant le sevrage.

## **3.3. Mesures de promotion de la santé**

### **3.3.1. Une attention à la personne plutôt qu'au produit**

Une approche plus nuancée du produit est préférable à une diabolisation ; en effet, la diabolisation ne fonctionne pas à long terme ; au moment de l'adolescence, le tabac devient désirable car dangereux et interdit.

Il faut expliquer la dépendance que provoque le tabac : dans une période de prise d'autonomie, le jeune peut être sensible à cet argument sur la privation de la liberté liée à la dépendance.

### **3.3.2. L'adaptation des campagnes en fonction de l'âge**

L'enfance est la période la plus propice pour ancrer les comportements non-tabagiques du jeune. Pendant l'adolescence, il est important de valoriser le jeune, bien connaître ses amis afin de lui montrer son intérêt.

#### **a)auprès des enfants de moins de 12 ans :**

Afin d'adapter le discours anti-tabagique aux pré-adolescents, il est important de ne pas renforcer « la tendance déjà naturellement morbide » des enfants<sup>7</sup>. En effet, ils sont « inquiets de voir mourir leurs parents ou leurs proches fumeurs. Ils sont ainsi inquiets pour eux même »<sup>8</sup>. Il ne semble donc pas pertinent d'utiliser pour cette tranche d'âge un discours et des images "choc". Sont suffisantes une information objective, des explications scientifiques sur la nocivité du tabac et ses effets sur le corps (expérience du fumeur mécanique ou de la bouteille enfumée). Il paraît important d'armer les enfants à affronter la tentation tabagique de l'adolescence, mais sans les alarmer.

Il reste qu'avant 13 ans, « c'est la tranche d'âge où l'efficacité de la prévention tabagique est la plus indiscutablement établie »<sup>9</sup>.

#### **b) A partir de l'adolescence : "dur ou doux"?**

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce sont les plus jeunes, les moins de 19 ans, qui semblent les plus motivés pour arrêter de fumer. Ils sont 39,1% entre 15 et 19 ans contre seulement 27,2% entre 26 et 34 ans. Il est donc important de développer des mesures visant à inciter les jeunes fumeurs à l'arrêt du tabac. Pour cela, il est nécessaire de les aider à se motiver, plusieurs méthodes de communication peuvent être utilisées.

Jusqu'à présent, la communication contre le tabagisme est conçue en France sur le mode suggestif ("Fumer c'est pas ma nature"), alors que les pays anglo-saxons ont volontiers recours à des images fortes, choquantes (par exemple une personne fumeuse opérée d'un cancer du larynx qui témoigne de sa dépendance en fumant par sa trachéotomie), dont les évaluations semblent positives.

Pourtant, de nombreux acteurs de prévention préconisent maintenant que la France s'intéresse à son tour à cette approche. Ainsi Mme GALLOPEL, chercheuse en communication à l'Université de Rennes, étudie les techniques de marketing dans l'influence

---

<sup>7</sup> B. DAUTZENBERG, Parler du tabac aux jeunes, p. 2

<sup>8</sup> idem

<sup>9</sup> B.DAUTZENBERG, Parler du tabac aux jeunes, p.5

des comportements sociaux. En matière de lutte contre le tabagisme, elle mène une recherche sur l'utilisation de la peur dans les campagnes antitabac. Elle a mis en évidence une meilleure persuasion pour ne plus fumer. Selon elle, il n'est pas pertinent de montrer uniquement la peur, car cela conduit à une attitude de rejet. Il est donc nécessaire de proposer en même temps des solutions accessibles : l'arrêt du tabac apparaît comme le remède à la situation d'inquiétude créée par la communication. Une fois la personne consciente de la nécessité de ne plus fumer, des indications concrètes doivent lui être fournies sur les possibilités de se faire aider

A l'opposé, les acteurs de prévention réticents à de telles méthodes, comme Mme PALLEC responsable de la promotion de la santé à la CPAM de Rennes, insistent sur la prise en compte de l'autre et de son discours, dans un patient travail de discussion et de concertation. A cet égard, sont mis en avant les forums-théâtre et les jeux de rôle. C'est pour eux la seule manière de responsabiliser les personnes et de les inciter à des changements durables de comportement.

Les difficultés évoquées plus haut dans l'évaluation font qu'il n'y pas encore de données permettant d'apprécier l'efficacité de ces deux approches.

Cependant une telle technique ne doit pas être utilisée auprès d'enfants de moins de 12 ans, dans la mesure où ils sont déjà très conscients des dangers du tabac, et même volontiers inquiets que cela leur arrive, à eux ou à leurs proches qui seraient fumeurs.

### ***3.3.3. Le rôle de l'éducation nationale : intégration de la problématique du tabac dans les programmes scolaires***

Au delà du débat "produit ou dépendance" évoqué plus haut, il semble nécessaire d'inscrire la prévention du tabagisme dans les programmes scolaires au niveau national. En effet, laisser la prévention à la seule initiative des enseignants, comme c'est actuellement le cas, est source d'inégalités entre les élèves qui reçoivent une information et ceux qui n'en reçoivent pas.

Cela permettrait de garantir la continuité de la prévention dès l'entrée de l'enfant dans le système scolaire, et de renforcer son rôle d'acteur dans la promotion de la santé (la sienne propre, et celle de la collectivité). Ce module pourrait en effet faire l'objet d'approches différentes (par exemple approche ludique en primaire, 6<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup>, puis civique en 4<sup>ème</sup>, médicale en 3<sup>ème</sup> ...).

### **3.3.4. Le rôle des parents**

L'enfance étant la période la plus propice à l'influence du modèle parental et ce contrairement à l'adolescence, il serait opportun d'intégrer la dimension relationnelle enfant-parent dans les campagnes de prévention <sup>10</sup>.

Il semble particulièrement important d'aider les parents fumeurs à ne pas se sentir désinvestis de leur rôle d'éducateur parce qu'ils fument.

A cet égard sont envisageables des campagnes télévisées centrées sur quelques scènes de la vie quotidienne où des parents prendraient conscience en même temps que les téléspectateurs des conséquences sur la vie de leurs enfants du fait qu'ils fument. Par exemple pourraient être montrées des scènes à l'intérieur d'une voiture, de la maison qui seraient sans équivoque sur la gêne occasionnée par la fumée de cigarette pour les enfants. Côté parents fumeurs, le message aurait pour effet de redonner place à une attitude responsable et mesurée, sans les culpabiliser. Il s'agit de l'instauration de règles de respect mutuel : ne pas fumer dans toutes les pièces de la maison, ne pas fumer en voiture, ne pas envoyer les enfants acheter les cigarettes à la place de leurs parents.

Ainsi, les parents fumeurs peuvent apporter leur témoignage, leur expérience sur l'entrée dans le tabagisme, leurs tentatives d'arrêt, etc... Ils sont responsabilisés, ce qui les conduit à mettre des limites au « débordement » que constitue le fait de fumer lui-même. Mme PALLEC soulignait combien les fumeurs sont demandeurs de limites et acceptent volontiers de changer leur comportement lorsque l'utilité pour autrui en est démontrée <sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> voir en ce sens M.GRAF, Les 15-20 ans, entre indépendance et dépendance, CFES, La santé de l'homme n°313, sept-octobre 1994, p. 44 et suivantes.

<sup>11</sup> Entretien avec Mme PALLEC, responsable de la promotion de la santé à la CPAM 35.

## CONCLUSION

Le tabagisme chez les jeunes revêt une importance primordiale en matière de santé publique. Certaines données de bibliographie nous renseignent sur le fait que plus un jeune fume tôt, plus il sera enclin à fumer au stade adulte, et présentera en parallèle une propension à consommer du cannabis [2]. Ce phénomène nécessite d'être mieux étudié en vue de le qualifier et de le quantifier.

Pour qu'elles portent véritablement leurs fruits, les actions de prévention et de protection nécessitent un effort constant et doivent être évaluées pour les ajuster si besoin. S'il est nécessaire de devancer les fabricants de tabac sur le registre commercial et publicitaire, il est aussi indispensable d'adapter au plus près le message auprès des jeunes, en tenant compte de l'évolution rapide des comportements.

La lutte contre le tabagisme chez les adultes et les futurs adultes doit être coordonnée pour éviter les écueils liés à la dispersion des efforts. Outre la diversité des acteurs et des actions en matière de lutte contre le tabagisme, il appartient de mieux prendre en compte les dispositifs centrés sur l'éducation, et ce dès le plus jeune âge. A cet effet, le rôle des parents doit être mieux pris en compte et relayé par l'éducation au sein de l'école.

## Références bibliographiques

- [1] dossier documentaire MIP
- [2] THS la revue des addictions
- [3] <http://www.tabac-info.net/>
- [4] Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, 1999, OFDT.
- [5] Institut National des Statistiques et des Sciences Economiques (INSEE), *Le tabac : 20 ans d'usages et de consommation*. Octobre 2001.
- [6] BEH 52/1998
- [7] <http://www.respir.com/GrandPublic/GPTabagismeChezLesJeunes.htm>
- [8] B. DAUTZENBERG, Parler du tabac aux jeunes, *www-tabac-net, réseau internet sans tabac 09 /01*.
- [9] Dossier de presse : Les jeunes et le tabagisme, CFES juin 1999
- [10] P. LOTTIN, Evolution selon l'âge du comportement tabagique des jeunes parisiens, thèse faculté de médecine X. Bichat, université Paris 7.
- [11] RECOURS Alfred, *Politique de santé et fiscalité du tabac*. Rapport au premier Ministre de septembre 1999.
- [12] Enquête auprès des écoliers de 11-15 ans de 24 pays industrialisés, HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), enquête française, juin 94 en Lorraine et Midi-Pyrénées.
- [13] Enquêtes épidémiologiques descriptives transversales annuelles pour évaluer selon l'âge, les habitudes tabagiques des collégiens et lycéens parisiens depuis 1991, PST et cf. P. LOTTIN opus-cité.
- [14] Didier Nourrisson "Le tabac en son temps" p17 collection Contrechamp, ed. ENSP, avril 1999.
- [15] Ibidem p45, Dr SOUVILE "Observation sur l'abus de la pipe, dans le Bas-Calais" *Journal de médecine militaire*, Paris 1783.
- [16] FRYDMAN, les habitudes tabagiques, comment les démystifier, Education 2000, 1987 édition Labor
- [17] Enquête EPAD 2000

### **Autres références bibliographiques étudiées, non visées**

- BEH 24/1997
- Evolution des habitudes tabagiques des collégiens et lycéens parisiens depuis le vote de la nouvelle loi sur le tabac en France : 1991-1996 : texte publié dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 1997
- Rapport HCSP 1997 : « La santé des enfants, la santé des jeunes »
- Les documents et brochures d'autres organismes, en particulier la MILDT
- Fédération Française de Cardiologie, [www.fedecardio.com](http://www.fedecardio.com)

### **Les documents et brochures du CFES, en particulier**

- Le tabagisme passif au cœur de la journée mondiale sans tabac : Dossier de presse CFES, 31 mai 2001
- Les jeunes filles et le tabac : Santé, beauté et séduction : de vraies motivations pour ne jamais commencer à fumer. Dossier de presse CFES (novembre 2000)
- Education pour la santé : Prévention du tabagisme 2000-2003. Dossiers techniques CFES
- Les années Collège : enquête 1998 HBSC auprès des 11-15 ans en France. Dossier de presse, CFES : [www.cfes.sante.fr](http://www.cfes.sante.fr)
- Baromètre santé des jeunes 1998, CFES

# Annexes

- Organismes contactés
  
- Personnes rencontrées
  
- Données scientifiques complémentaires sur les effets du tabac
  
- Éléments théoriques de l'évaluation de la prévention du tabagisme
  
- Entretiens auprès de jeunes dans des établissements scolaires
  - Ecole primaire P.J. HELIAS, à La Mézière (35)*
  - Lycée Curie, Rennes*
  - Lycée Jean Vilar, Plaisir (78)*

### **Personnes rencontrées (en dehors des établissements scolaires)**

*(par téléphone ou par rencontre directe)*

- Mme DE BOURNONVILLE, pneumologue, responsable de la consultation de tabacologie au CHU de Pontchaillou
- Mme GALLOPEL, enseignante en marketing et communication à l'Université de Rennes
- Mme HEILENE, Inspection Académique, Rennes
- Mme PALLEC, responsable de la promotion de la santé à la CPAM 35, Rennes
- Mme GIQUEL, animatrice à l' "Espace Santé" de la CPAM 35, Rennes
- Mme BESNART, Chargée de Mission au Comité Départemental de la Ligue Nationale Contre le Cancer, Rennes
- Mme AUBAULT, responsable des interventions du programme "Pataclope" au Comité Départemental de la Ligue Nationale Contre le Cancer, Rennes
- Mme LEQUIN, responsable du programme "Pataclope" à la Ligue Nationale Contre le Cancer, Paris
- Mme Sylviane RATTE, sociologue, Paris

### **Autres organismes contactés**

- Caisse Régionale d'Assurance-Maladie (CRAM) de Bretagne, Rennes
- Centre Information Documentation Jeunesse (CIDJ), Rennes
- Centre d'Information et de Ressources Drogues et Dépendances (CIRDD) (représentant local de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies), Rennes
- Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES), Rennes
- Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), Vanves  
Alexandre PICARD
- Comité National de Lutte contre le Tabagisme (CNCT), Paris
- Conseil Général (35), Direction de l'Action Sociale, Service des Actions de Santé, Rennes
- DDASS 35, Rennes
- Maison des Associations de la Santé, Rennes
- Observatoire Régional de la Santé (ORS) – Bretagne, Rennes
- Service Inter-Universitaire de la Médecine Préventive et Sociale (SIUMPS), Rennes

## **Données scientifiques complémentaires sur les effets du tabac**

### **1- Définition et origine du tabac :**

Le tabac est le nom commun donné à une plante de la famille des solanacées. Les diverses espèces de tabac sont toutes originaires du continent américain. Environ soixante variétés ont été répertoriées. La composition du tabac est donc très variable. En pratique, 90% de la production mondiale sont représentés par l'espèce *Nicotiana tabacum*. Toutes les variétés de tabac sont riches d'une substance chimique possédant une activité pharmacologique. Il s'agit d'un alcaloïde faiblement psychoactif appelé *nicotine*, isolé par le chimiste Nicolas VAUQUELIN en 1809. La nicotine est présente dans les feuilles à une teneur comprise entre 2 et 8% (environ 0,4 % dans les racines).

L'existence du tabac et ses usages sont connus depuis le XV<sup>e</sup> siècle. C'est ainsi qu'il fut signalé aux Antilles par Christophe COLOMB en 1492, sur l'île de Margarita en 1499 par Amérigo VESPUCCI, au Mexique en 1519 par Cortès (2). L'explorateur Jacques CARTIER en a observé la consommation par les indiens du Canada vers 1536.

Les premières graines de tabac plantées en France furent rapportées du Brésil (région de Rio de Janeiro) en 1557 par le moine cordelier André THEVET. Dès l'origine, des vertus « bénéfiques » ou « merveilleusement profitables » sont prêtées au tabac par les premiers consommateurs.

Au cours de leur discussion en groupe, les indigènes fument les feuilles de tabac séchées, enroulées dans une feuille de palmier. Jean NICOT, diplomate en poste à Lisbonne en 1560, crut pouvoir noter que l'application de feuilles de tabac permettait de guérir plaies et écrouelles. Il envoya alors du tabac à la cour de France qui se mit à priser pour prévenir toutes sortes de maux. En son honneur, le tabac fumé ou « pétun » fut appelé en France « herbe à Nicot » ou « nicotinine ». Catherine de Médicis, dont il calmait les migraines, le fit appeler « herbe à la reine ».

En 1737, le célèbre botaniste LINNE décrit deux espèces distinctes de tabac. Le premier, *Nicotiana rustica* ou « pétun femelle » est originaire du sud-est des Etats-Unis. Introduit à la cour de France, il est réservé aux usages sociaux. La seconde espèce, *Nicotiana tabacum* ou « pétun mâle », rapportée du Brésil par THEVET est réservé aux usages médicaux.

L'usage du tabac se répandit rapidement en Europe au XVI<sup>e</sup> siècle d'où il gagna l'Asie via la Turquie et l'Afrique via le Maghreb. En Angleterre, toutes les couches de la société fumaient le tabac dans l'espoir de bénéficier de ses propriétés médicinales.

Toutefois, à l'encontre de cet engouement pour l'usage du tabac, des voix s'élevèrent rapidement. Certains soulignèrent la propension du tabac à induire une dépendance. JACQUES 1<sup>er</sup> juge l'acte de fumer comme « une habitude dégoûtante pour les yeux, désagréable au nez, dangereuse pour le cerveau, et désastreuse pour les poumons ». Une

répression apparaît. Au début des années 1600, les usagers du tabac sont mutilés ou mis à mort dans certains pays musulmans. En Russie, ce « nouveau vice » est puni du châtimeut de la peine de mort. En occident, le pape URBAIN VIII envisage d'excommunier les fumeurs. En France, les choses se passent différemment. RICHELIEU, en 1621, comprit l'immense intérêt fiscal du tabac dont il taxa l'usage (première taxe sur ce produit). En 1674, COLBERT instaure le monopole de la vente des tabacs et les prélèvements sur les usagers et les producteurs augmentent considérablement. A partir de 1700, l'usage du tabac devient extrêmement populaire : les armées le prisent, le chiquent, et le fument dans des pipes ; sa consommation est considérée comme un raffinement dans les milieux bourgeois et aristocratiques ; les enfants chantent « j'ai du bon tabac dans ma tabatière ! ». Personne ne voulait voir dans l'engouement pour l'usage de cette plante à fumer les prémices d'un fléau social et sanitaire sans précédent.

Puis le monopole du tabac passe entre les mains de la Compagnie des Indes à la fin du XVIII siècle. En 1811, NAPOLEON ramène ce monopole dans le giron de l'Etat.

La cigarette apparaît en France entre 1825 et 1830. Son succès est tel que sa production s'industrialise dès 1840 ce qui entraîne des bénéfices astronomiques pour l'Etat. Dans ce contexte, les travaux de l'association française contre l'abus du tabac, fondée en 1868, sont étouffés.

Nous pouvons constater que toute la problématique actuelle de l'usage du tabac et de son abus se trouve déjà posée à cette époque : succès social de la cigarette, connaissance des dangers pour la santé humaine, manne fiscale et existence du monopole de la régie des tabacs créée par NAPOLEON III.

## **2- Les effets et conséquences sanitaires du tabac :**

La nicotine est le déterminant principal de la dépendance au tabac car elle est active sur le système nerveux central et périphérique. Elle modifie la fonction cardiovasculaire par son effet tachycardisant (augmentation de la fréquence cardiaque au repos), hypertensif (élévation de la tension artérielle), vasoconstricteur et athérogène indirect. Ainsi, chez les sujets de 30 à 50 ans, le risque coronarien et de décès par arrêt cardiaque subit est deux à quatre fois plus élevé chez le fumeur. Il est important de noter que le taux de goudrons (et donc le type de cigarette) n'a pas d'incidence sur le risque d'infarctus du myocarde ni sur celui d'accident vasculaire cérébral.

Au niveau de la fonction respiratoire, la nicotine entraîne une vasoconstriction, de la toux et une hypersécrétion bronchique. Elle agit aussi sur la fonction digestive (anorexiant) et les systèmes neuro-hormonaux. Le monoxyde de carbone est responsable d'un moindre apport d'oxygène aux muscles et au cerveau (ce qui provoque céphalées, vertiges, diminution de la

résistance à l'exercice). La fumée contient de nombreuses substances irritantes qui perturbent les fonctions immunitaires et l'élimination du mucus bronchique. Elles sont à l'origine d'un risque important de cancérisation directe par les hydrocarbures polycycliques et les nitrosamines ou indirect par les colorants et les polluants captés par le tabac. L'usage du tabac est responsable de 30% de l'ensemble des cancers (larynx, poumons, voies aérodigestives supérieures) et il est un facteur favorisant de certains cancers (pancréas, estomac, vessie, col utérin). En association avec l'hypercholestérolémie et l'hypertension, il constitue un risque majeur de maladie cardiovasculaire. Le tabac favorise les phénomènes infectieux. Sont surtout concernées chez le tabagique les défenses non spécifiques des voies aériennes inférieures et supérieures (altération de la fonction mucociliaire, augmentation de volume de la sécrétion de mucus, altération de la réponse humorale aux antigènes, modifications des cellules immunitaires). Les tableaux cliniques rencontrés sont ceux d'une pneumonie ou d'une surinfection de bronchopneumopathie chronique obstructive. Des études réalisées par Bertrand BECK-GIRAUDON mettent l'accent sur le caractère facilitant du tabac dans la transmission du V.I.H. de la mère à l'enfant et sur son rôle dans la survenue d'abcès récidivants du sein et d'infections bactériennes postopératoires. La consommation excessive de tabac est la première cause de décès prématuré en France (6000 par an). Cependant, ce risque régresse à l'arrêt de l'exposition au tabac, et ce, quelle que soient la durée et l'intensité de la consommation. Il n'est donc jamais « trop tard » pour arrêter de fumer.

## ***Éléments théoriques de l'évaluation de la prévention du tabagisme***

### **a) Résultats à mesurer**

L'évaluation des programmes antitabac peut porter sur toute une série de résultats :

- \* Résultats sur le plan politique apprécié par l'adoption de programmes et mesures d'ordre général aux niveaux local, régional et national.
- \* Résultats cognitifs :
  - opinion et prise de conscience du grand public
  - évolution des connaissances et changements d'attitude en ce qui concerne la consommation du tabac,
- \* Résultats sur le plan des comportements :
  - diminution de la prévalence du tabagisme
  - baisse de la consommation
  - développement des comportements d'auto-défense;
  - accroissement de l'engagement personnel dans la lutte antitabac.
- \* Résultats économiques :
  - baisse du coût des soins médicaux, amélioration de la productivité et diminution des dommages subis par les biens, et répercussions sur les finances publiques.
- \* Résultats touchant à la santé (pour les fumeurs et les non-fumeurs) :
  - amélioration de la qualité de vie
  - recul de la morbidité attribuable au tabac;
  - recul de la mortalité attribuable au tabac.

La diminution des risques encourus par les non-fumeurs, en leur qualité de fumeurs passifs, constitue un effet secondaire bénéfique de nombreux programmes antitabac, bien qu'en général il ne soit pas chiffré.

### **b) Typologies**

Selon le niveau macro ou micro où porte l'action, on distingue deux types d'évaluations. La micro-évaluation est l'évaluation d'actions appliquées à un niveau local (comme l'effet de l'interdiction de fumer sur les lieux de travail), tandis que la macro-évaluation est l'évaluation d'actions appliquées à un niveau national (comme l'interdiction de la publicité en faveur des produits du tabac au niveau national). Dans le domaine de la lutte antitabac, la macro-évaluation ne doit en aucun cas constituer la résultante d'une série de micro-évaluations.

Les projets pilotes ou les projets expérimentaux constituent des formes particulières de micro-évaluation, ils exigent souvent davantage de ressources et une dépense d'énergie supérieure, tant de la part des responsables que de celle des consommateurs, de sorte qu'ils créent un climat artificiel et faussent les résultats. Ces projets perdent souvent de leur efficacité lorsqu'ils sont généralisés à plus grande échelle.

Par ailleurs, on parle de "méta-évaluation" pour l'analyse de plusieurs évaluations faites antérieurement, avec éventuellement des comparaisons entre elles. Une "méta-évaluation" permet d'améliorer la méthodologie ou de réduire le coût de l'évaluation, et peut aider à se prononcer sur l'utilité à long terme de certains types d'évaluation.

Une autre distinction dans les différents modes d'évaluation se fait selon son moment par rapport au déroulement de l'action, et fait distinguer des évaluations initiales, intercurrentes, et finales.

### **c) Evaluation initiale**

Elle repose sur la mesure des critères de pertinence, et d'adéquation.

La pertinence consiste d'abord en la justification d'une politique ou d'un programme de lutte antitabac, du point de vue de la réponse ainsi apportée aux problèmes sanitaires, sociaux et économiques du pays ou de la communauté en cause. La pertinence consiste également en la mise en place de programmes, activités, services ou établissements qui répondent aux besoins et aux priorités de l'action. Par exemple, l'adoption d'une politique des prix est pertinente dans le cas d'un programme destiné à freiner le tabagisme chez les jeunes.

L'adéquation porte sur le point de savoir si une attention suffisante a été prêtée à l'élaboration du programme (fixation des objectifs, des buts et des indicateurs, définition des méthodes à utiliser, etc.) compte tenu des besoins. Par exemple, l'apposition de mises en garde sur les emballages des produits du tabac n'est pas une bonne méthode si une grande partie de la population ne sait pas lire.

### **d) Evaluation intercurrente**

Appelée également "évaluation du processus", elle consiste à suivre l'engagement des ressources et à examiner si les approches et méthodes prévues sont appliquées convenablement et si les jalons sont bien atteints. Elle comprend l'"état d'avancement" et l'"efficacité".

L'état d'avancement est déterminé en comparant les activités effectives aux activités prévues; c'est à ce niveau qu'il faut identifier les raisons des succès ou des échecs et suggérer des mesures correctives dans le second cas.

L'efficacité est le rapport des résultats d'un programme ou d'une activité antitabac aux moyens engagés correspondants - ressources humaines, financières ou autres.

### **e) Evaluation finale**

Elle repose sur l'efficacité et sur la mesure de l'impact.

L'efficacité exprime la mesure dans laquelle une action visant à atténuer la gravité du problème du tabagisme a eu l'effet global souhaité, conformément aux objectifs initiaux. C'est donc la mesure dans laquelle on est parvenu aux objectifs et aux cibles fixés au départ. L'appréciation de l'efficacité doit aussi porter sur le degré de satisfaction ou de mécontentement suscité dans la communauté en cause par les effets du programme, du service ou de l'établissement.

L'impact exprime l'effet global d'un programme, d'un service ou d'un établissement sur le développement sanitaire et le développement socio-économique corrélatif de la population concernée. Dans le cas de la lutte antitabac, l'impact final d'un programme (baisse de la morbidité et augmentation de l'espérance de vie) ne peut être mesuré qu'après un laps de temps relativement long. L'appréciation de l'impact peut également tenir compte d'effets "pervers" comme l'intensification de la contrebande du fait du renchérissement des produits du tabac.

### **Collecte de l'information**

L'exploitation de l'information est un aspect permanent de l'évaluation, comme elle l'est pour les autres composantes du processus gestionnaire. Il est nécessaire de s'assurer d'un appui informationnel suffisant si l'on veut éviter d'être retardé par l'absence de données.

La meilleure façon de s'assurer cet appui consiste à préciser les besoins en matière d'information dès le stade de la planification du programme antitabac. Il est également essentiel, avant d'entreprendre toute activité, de procéder à un bon "bilan de départ" en faisant le point de la situation. Les décisions prises en matière d'information sont conditionnées par trois facteurs principaux : la question à laquelle on cherche une réponse, les contraintes imposées par la situation et le coût de la collecte.

### **Stratégies et diversité des résultats**

L'action menée par l'industrie du tabac pour maintenir la consommation de ce produit doit être prise en compte lors de l'évaluation des stratégies antitabac et la formulation de recommandations pour l'avenir.

Un changement de stratégie de la part des pouvoirs publics et des personnes directement engagées dans la lutte antitabac suscite à bref délai une nouvelle stratégie commerciale, la création de nouveaux produits, voire des poursuites judiciaires intentées par l'industrie du tabac.

Un changement de stratégie de la part des pouvoirs publics et des personnes directement engagées dans la lutte antitabac suscite à bref délai une nouvelle stratégie commerciale, la création de nouveaux produits, voire des poursuites judiciaires intentées par l'industrie du tabac.

Par ailleurs, l'évaluation des activités antitabac doit se faire dans un contexte socio-économique évolutif, où différents facteurs, comme le chômage et la nature des loisirs, exercent une influence.

Les modes de vie liés à l'usage du tabac renforcent encore cette complexité, car les observations sur les comportements individuels et sociaux ne sont pas transposables d'une culture à l'autre et souvent même d'une catégorie sociale à l'autre.

### **Évaluation des résultats dans le temps**

Les effets d'une mesure antitabac, quelle qu'elle soit, peuvent apparaître radicalement différents selon que l'évaluation a lieu au bout de quelques semaines, de quelques mois ou de quelques années. En effet, la plupart des fumeurs qui renoncent à leur habitude se voient rechuter à plusieurs reprises, car ils sont pris au piège de l'approbation de la société, de leur dépendance à la nicotine, et de la promotion en faveur de nouveaux produits du tabac. (ici, on peut parler de l'évaluation qui vient de débiter dans l'éducation nationale sur le respect de la loi Evin dans les bâtiments de l'école primaire au lycée)

### **Exploitation de l'évaluation**

La diffusion des résultats d'une évaluation est capitale, mais peu réalisée en pratique. La publicité des résultats ne devrait pas être limitée aux spécialistes ou aux hommes politiques, il faudrait également informer et motiver le grand public. Trop souvent, les résultats d'essais cliniques sont publiés dans une revue scientifique puis oubliés, sans jamais être exploités en pratique.

Le but le plus évident d'une évaluation est d'apporter la preuve de la valeur d'un programme ou d'une activité ou de montrer comment on pourrait l'améliorer. Des constatations négatives sont aussi importantes que les constatations positives, mais elles ne sont jamais publiées. Lorsqu'une intervention n'atteint pas ses objectifs, il importe d'en prendre acte et de trouver les raisons de cet échec de façon à pouvoir ajuster cette action, ou au moins en tirer les leçons pour des actions ultérieures.

### ***Entretiens menés au sein d'établissements scolaires***

Dans le cadre du module, certains d'entre nous ont réalisé des entretiens dans des établissements scolaires sur la base d'un questionnaire ouvert, afin d'essayer de comprendre les relations qu'entretiennent les jeunes et les adultes avec le tabac. En ce qui me concerne, mes entretiens ont été réalisés à Plaisir, en région parisienne, dans un lycée général comprenant environ 700 élèves. Dans un premier temps, les différents professionnels du lycée ont été interrogés sur la manière dont ils percevaient les jeunes fumeurs et sur leur rôle en matière de prévention. Puis, dans un deuxième temps, des entretiens ont été menés avec des élèves, rencontrés dans la cour de récréation, au CDI, dans les salles de permanence. En fonction du hasard des rencontres, certains entretiens sont individuels, d'autres ont été réalisés auprès de deux voire de trois élèves en même temps.

Cette démarche a été très formatrice, les lycéens se sont prêtés volontiers au jeu des questions, n'hésitant pas parfois à aller très loin dans leurs explications. Aussi, par manque de temps et parfois parce que le dialogue était très riche, toutes les questions n'ont pas été posées à tous les lycéens interrogés. Cependant, ce travail ne s'inscrit pas dans une démarche quantitative mais qualitative; ainsi, chaque réponse trouve sa place dans la mesure où elle apporte un éclairage sur une question donnée.

#### **I- QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS DE L'ETABLISSEMENT :**

##### **1) Estimez-vous que la lutte contre le tabagisme des jeunes est une priorité ?**

♣ Le proviseur : « non, compte tenu de ce qui se passe dans le monde (insécurité...) la lutte contre le tabagisme juvénile n'est pas une priorité. De plus le nombre de fumeurs est en constante diminution »

♣ Le proviseur adjoint : « non ce n'est pas une priorité, la priorité aujourd'hui c'est la lutte contre la drogue. » Non pas pour des raisons de santé publique mais parce que cela provoque au sein de l'établissement des règlements de compte et donc énormément de violence. Le critère de la santé passe en dernier.

♣ Pour le personnel administratif : la lutte contre le tabagisme juvénile est une priorité

♣ Pour l'assistante sociale : « ce n'est pas une priorité. L'alcool devrait faire l'objet de plus de prévention dès le collège, il m'est déjà arrivée de voir des adolescents de 13 ans venir en classe complètement ivres. »

♣ Pour l'infirmière : ses actions de prévention n'incluent pas la lutte contre le tabac et sont plus centrées sur la lutte contre l'alcoolisme des jeunes et la prévention quant aux risques liés aux MST.

♣ Pour les agents de maintenance : "oui, la lutte contre le tabagisme des jeunes est une priorité".

♣ Pour la 2<sup>ème</sup> CPE : "oui, c'est une priorité, mais je doute de l'efficacité de la prévention, les jeunes ne se sentent pas concernés par les risques liés au tabac"

## **2) Pouvez-vous évaluer le nombre de lycéens fumeurs dans votre établissement ?**

♣ Le proviseur : environ 50%

♣ Le proviseur adjoint : 30%

♣ L'assistante sociale : 50%

♣ Le gestionnaire : 33%

♣ La 2<sup>ème</sup> CPE : 25%

## **3) Comment percevez-vous les jeunes qui fument ?**

♣ Le proviseur : « la consommation de tabac est légale ; il n'est pas choquant de voir des jeunes fumer. Aujourd'hui, c'est la norme. Il existe une tolérance à partir de 13 ans même si cela reste relativement jeune. »

♣ Le proviseur adjoint : « des jeunes qui fument quoi ? Du tabac, non choquant. Ce qui me choque, ce n'est pas de voir un jeune fumer, mais c'est surtout le fait pour un individu, qu'il soit jeune ou non, de ne pas savoir à quel moment fumer, je suis plus choqué par le manque de civisme de certains adultes qui fument sans tenir compte des autres. »

♣ L'assistante sociale : « c'est attristant pour leur santé, mais ce n'est pas étonnant. Les enfants sont dans des milieux où l'on fume, ils sont donc incités à fumer ; souvent les parents sont au courant »

♣ Le gestionnaire : « c'est devenu banal »

♣ La CPE : « c'est attristant pour leur santé mais le tabagisme juvénile est entré dans les mœurs, il est trop banalisé »

♣ Les agents de maintenance : "il n'est pas choquant de voir des jeunes fumer, s'ils ont 16 ans"

## **4) Avez-vous remarqué une évolution du tabagisme juvénile ?**

♣ Le proviseur adjoint : « aujourd'hui, les jeunes ne se cachent plus pour fumer. Avant, le tabac était moins diabolisé qu'aujourd'hui car on avait moins de connaissances sur ses effets néfastes. Tout le monde fumait à tout moment, les adultes comme les jeunes, l'initiation se faisait pendant le service militaire; on nous distribuait une cartouche à chaque fin de

semaine. Avant l'évolution des jeunes était marquée par plusieurs étapes : l'école s'arrêtait à 14 ans, ainsi le jeune de 14 ans qui entrait en apprentissage, devenait un adulte et de ce fait pouvait avoir les mêmes droits qu'un adulte, fumer faisait partie de ces prérogatives. Pour les autres, ceux qui poursuivaient leurs études jusqu'au bac, le passage à l'âge adulte se faisait en terminale, mais surtout pendant le service militaire. Aujourd'hui, il n'y a plus de repères précis. »

♣ L'assistante sociale : « il y a plus de jeunes qui fument »

♣ L'infirmière : « de plus en plus de jeunes fument dès la 6<sup>ème</sup> »

<sup>a</sup>La CPE : « ils sont plus nombreux à fumer, ils sont de plus en plus jeunes, il y a plus de filles ; il y a plus de secondes qui fument qu'il y a 10 ans. Aujourd'hui, ils n'hésitent pas à fumer devant les adultes

♣ Les agents de maintenance : « ils fument plus et sont de plus en plus jeunes »

♣ La 2<sup>ème</sup> CPE : "les filles fument plus"

##### **5) Pensez-vous que l'école a un rôle à jouer dans la lutte contre le tabagisme ?**

♣ Le proviseur : « l'école doit jouer un rôle d'information mais en règle générale, elle est plutôt impuissante, elle ne peut faire plus que ce qu'elle fait actuellement. Les parents ont un rôle à jouer »

♣ Le proviseur adjoint : « non, il existe, et cela dans de nombreux domaines, une forte déresponsabilisation des parents sur l'école. Dans de nombreux domaines, l'école prend une part dans l'éducation. L'école a un rôle à jouer mais uniquement en matière d'information. L'école n'a pas les moyens de tout prendre en charge, il serait même injuste vis-à-vis des non-fumeurs, qui restent majoritaires, d'utiliser trop de moyens dans la lutte contre le tabac »

♣ La CPE : « oui, l'école a un rôle à jouer mais il faudrait travailler en aval ; les informer quand ils sont plus jeunes, au lycée, c'est trop tard, ils n'écoutent plus. » Aucune action de prévention n'a été menée au lycée. Quant à celles qui ont été menées ailleurs, elles n'impliquaient pas les parents.

♣ Le gestionnaire : « l'école doit appliquer la Loi Evin »

♣ L'assistante sociale : « oui, l'école a un rôle à jouer »

♣ L'infirmière : "la prévention devrait débutée dès la maternelle, le lycée n'est pas le meilleur moment pour faire de la prévention."

♣ Le personnel administratif : "l'école a un rôle à jouer surtout lorsque l'on voit encore aujourd'hui des instituteurs fumaient dans la cour de récréation."

♣ Les agents de maintenance : "l'école ne joue pas son rôle en matière de prévention"

♣ La 2<sup>ème</sup> CPE : "oui, mais il est très difficile d'impliquer les professeurs"

## **6) Quelles sont les actions menées ?**

<sup>a</sup> Le proviseur : « les actions de la tutelle ne sont pas prises en compte car elles sont floues, il n'y a pas de directive précise donc rien n'est fait ; Le rôle de chacun n'est pas défini. Il n'y a pas non plus d'initiative locale sauf les actions menées par l'infirmière »

« Les parents ne sont pas associés aux actions de prévention car on ne les voit jamais. De plus ce n'est pas à l'école d'éduquer les parents. » Les parents ne sont jamais vus essentiellement parce qu'aucune rencontre n'est organisée par les responsables de l'établissement.

<sup>a</sup> Le proviseur adjoint : « deux types de prévention peuvent être menés : celle dévolue aux enseignants et qui consiste à transmettre un savoir, des connaissances scientifiques sur les conséquences du tabac et celle élaborée par l'infirmière et la CPE qui doivent informer d'une manière différente (par des témoignages de professionnels.... Il faut que quelqu'un en prenne l'initiative. » Le proviseur adjoint doute de l'efficacité de ces interventions « trop rabâcher, c'est trop »

<sup>a</sup> La CPE : « aucune action n'est menée et les parents semblent ne pas être inquiétés par le tabagisme de leurs enfants »

<sup>a</sup> Le gestionnaire : « aucune action de prévention n'est menée. Il existe une tolérance dans la cour de récréation ; les lycéens sont autorisés à fumer au-delà d'une ligne blanche »

<sup>a</sup> L'infirmière : "les jeunes croient savoir mais quand on les interroge, on se rend compte qu'ils ignorent beaucoup de choses. Pour qu'une prévention soit efficace, il ne faut pas hésiter à montrer la réalité aux jeunes, il ne faut pas hésiter à choquer, il faut aussi cibler le discours sur les conséquences immédiates sur la santé (sexualité, grossesse, sport.) La prévention se fait au coup par coup ; le lycée n'est pas la bonne période pour une campagne de prévention efficace ; il faut commencer plutôt »"

<sup>a</sup> L'assistante sociale : « la prévention se fait au cours d'entretien individuel mais le discours passe difficilement sauf pour les autres drogues. Une campagne de prévention a été menée dans un collège pour des 4<sup>èmes</sup> et des 3<sup>èmes</sup> par des médecins hospitaliers, des médecins généralistes... Ce type d'intervention est difficile à mettre en place car il n'est pas prévu dans le programme d'enseignement, ce qui conduit à un bouleversement des emplois du temps. Il faudrait intégrer dans les programmes des temps réservés à la prévention et il faudrait commencer dès le primaire pour plus d'efficacité La loi Evin est une bonne chose."

<sup>a</sup> La 2<sup>ème</sup> CPE : "une exposition au CDI est réalisée chaque année, nous travaillons actuellement sur un projet de prévention qui se présentera sous forme de témoignages; Une campagne de prévention sur les drogues a aussi été réalisée, cependant, il n'y a aucune évaluation de ces actions. Dans le cadre de ces actions, les parents ont déjà été convoqués mais il y a 5 ou 6 ans de cela"

### **7) Selon vous, quels sont les facteurs prédisposant un jeune à fumer ?**

<sup>a</sup> Le proviseur : « l'exemple familial et le mimétisme, vouloir faire comme les copains, les habitudes, fumer peut être un plaisir. »

<sup>a</sup> Le proviseur adjoint : « les jeunes sont plus livrés à eux-mêmes qu'avant, ils ont ainsi plus l'occasion de fumer. Il est difficile d'avoir une autorité sur un adolescent »

<sup>a</sup> La CPE, l'assistante sociale, l'infirmière et le gestionnaire : « l'effet de groupe, le tabagisme des parents, le marketing, le goût »

<sup>a</sup> L'assistante sociale : "les jeunes qui fument sont souvent issus de milieux défavorisés, mal structurés, ils sont souvent livrés à eux-mêmes."

<sup>a</sup> Les agents de maintenance : "pour faire comme les autres"

### **8) Prenez-vous en compte les plaintes révélatrices d'un malaise psychosomatique ?**

<sup>a</sup> Le proviseur : « oui, c'est le rôle de l'infirmière et de l'assistante sociale, mais certains jeunes refusent toute aide »

<sup>a</sup> Le gestionnaire ; « il est difficile de répondre à cette question dans la mesure où il n'existe pas d'état sanitaire et social dans l'établissement »

### **9) Quels sont les obstacles à l'efficacité de la prévention ?**

<sup>a</sup> Le proviseur : « il faut continuer à faire de la prévention mais elle doit être améliorée ; la prévention doit être intégrée dans les programmes de manière claire et ceci pour toutes les tranches d'âge »

<sup>a</sup> Le proviseur adjoint : « la prévention n'est pas efficace, un jeune qui n'a pas la structure mentale pour se corriger lui-même, la prévention ne peut rien y faire. De plus, la cigarette n'est pas dévalorisée par les médias comme pourraient l'être d'autres drogues comme l'alcool par exemple. »

<sup>a</sup> Le gestionnaire : « l'Etat a le monopole de la vente, il est juge et partie »

<sup>a</sup> L'assistante sociale : « la prévention donnée par les adultes est perçue de manière négative »

<sup>a</sup> L'infirmière : « les risques pour leur santé sont vus comme une échéance lointaine « c'est loin, je pourrai arrêter avant » disent-ils. De plus quand les parents sont fumeurs, il est difficile d'avoir un discours préventif. Il arrive que les parents soient au courant du tabagisme de leur enfant, ils semblent l'accepter."

<sup>a</sup> Les agents de maintenance : " les campagnes actuelles ne sont pas efficaces, de plus la priorité actuelle dans les lycées, c'est la lutte contre la violence"

### **10) Prévention ou répression, faut-il interdire la vente de cigarettes aux mineurs ?**

<sup>a</sup> Le proviseur : « la répression est difficile ; de plus, fumer ne met pas en danger la vie d'autrui. Comment interdire aujourd'hui la cigarette alors que l'on parle de légaliser les drogues douces ? »

<sup>a</sup> Le proviseur adjoint « pas de répression, il s'agirait d'une attitude arbitraire ; la répression n'est concevable que si le lycéen trouble la tranquillité et les règles posées par l'école. En matière de tabac, les jeunes seront sanctionnés s'ils fument à l'intérieur des locaux ou au-delà de la ligne blanche qui délimite, dans la cour de récréation la zone fumeur de la zone non-fumeur » « la vente de tabac aux mineurs ne doit pas non plus être interdite car elle ne conduirait qu'à l'instauration d'un trafic et ainsi à des règlements de compte. De plus, il faut avoir les moyens d'interdire, cela n'empêchera pas la consommation de tabac »

<sup>a</sup> La CPE : « pour l'interdiction de vente aux mineurs tout en étant consciente des limites d'une telle interdiction »

<sup>a</sup> Le gestionnaire : « tolérance, contre l'interdiction de vente aux mineurs car cela n'aura aucune efficacité »

<sup>a</sup> L'assistante sociale : « il est inutile d'interdire la vente aux mineurs car les parents iront acheter les cigarettes pour leurs enfants »

<sup>a</sup> L'infirmière : « oui, pour l'interdiction au lycée mais à condition que les profs respectent aussi cette interdiction. L'interdiction de la vente pourrait être dissuasive pour certains mais en règle générale cela ne règlera pas le problème »

<sup>a</sup> Le personnel administratif : « favorables à une interdiction de vente aux mineurs »

<sup>a</sup> Les agents de maintenance : "la répression ne sert à rien, cependant, on est plutôt favorable à l'interdiction de vente de cigarettes aux mineurs"

<sup>a</sup> La 2<sup>ème</sup> CPE : "oui, il faudrait interdire la vente de cigarettes aux mineurs mais une telle action sera difficile à mettre en œuvre. La répression serait aussi difficile à mettre en place. Je pense que les parents ont un rôle important à jouer en matière de prévention, l'éducation parentale peut dissuader un jeune de fumer, si on s'y prend tôt. On éduque par l'exemple, aussi il est difficile pour des parents fumeurs de jouer un rôle en matière de prévention, comment peut-on interdire ce que l'on fait soi-même ?"

## 11) Fumez-vous ?

<sup>a</sup> Le proviseur (environ 55 ans) : « non »

<sup>a</sup> Le proviseur adjoint (environ 55 ans) : « j'ai fumé quand j'étais au lycée, et ce jusqu'à 21 ans ; Ma première cigarette, je l'ai fumée à 13-14 ans, pour m'amuser mais ce n'était qu'un essai, je n'ai repris à fumer qu'au lycée. A mon époque, cela ne se faisait pas de fumer si jeune, c'était voyou. La notion de voyou avait une connotation négative, elle représentait une couche sociale inférieure à laquelle on ne voulait pas appartenir ; depuis, l'image du voyou s'est positivée » « aujourd'hui, je ne fume plus que de manière occasionnelle »

<sup>a</sup> La CPE (environ 50 ans) : « je ne fume plus ; j'ai fumé quand j'avais 18 ans, c'était une échappatoire. J'ai arrêté car je suis tombée malade, j'ai eu de nombreuses bronchites assez graves »

<sup>a</sup> Le gestionnaire (26 ans) : « non, je n'ai jamais fumé, cela ne m'a jamais tenté. »

<sup>a</sup> L'assistante sociale (environ 55 ans) : « non, je ne fume pas »

<sup>a</sup> L'infirmière (environ 50 ans) : "je ne fume plus, j'ai fumé quand j'avais 17 ans puis j'ai arrêté assez rapidement, après avoir été en contact avec des fumeurs malades. Aujourd'hui, je ne fume plus que de manière occasionnelle"

<sup>a</sup> Le personnel administratif : la sas (environ 30 ans) : "je ne fume plus, j'ai fumé quand j'avais 17 ans, cela n'a duré qu'un an, puis je suis tombée gravement malade, j'ai eu une embolie pulmonaire, j'ai donc arrêté de fumer, il faut dire que l'environnement amical est très important dans le processus d'arrêt, mes amis m'ont beaucoup aidée; mes parents ne l'ont jamais su." L'agent administratif (environ 30 ans): je fume, j'ai commencé quand j'avais 19 ans, pour faire comme les autres, j'ai souvent eu envie d'arrêter mais c'est trop difficile"

<sup>a</sup> Le personnel de maintenance : 5 fumeurs sur 9 personnes présentes, certains d'entre eux fument devant leurs enfants, selon eux les parents sont en partie responsables du tabagisme de leur enfants. Si leurs enfants venaient à fumer, ils préféreraient être au courant et semblent pouvoir accepter une telle situation. Selon eux, les jeunes seraient mieux sensibilisés si on leur montrait des images plus choquantes.

<sup>a</sup> La 2<sup>ème</sup> CPE (environ 50 ans) : "non, je ne fume pas, mes enfants ne fument pas non plus"

**QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES ELEVES :**

- 1) *Que pensez-vous du tabac ?*
- 2) *Connaissez-vous des personnes qui fument dans votre entourage ?*
- 3) *A votre avis pourquoi fume t-on ?*
- 4) *Comment voyez-vous les jeunes qui fument ? ceux qui ne fument pas ?*
- 5) *Fumer est-il dangereux ? Comment le savez-vous ?*
- 6) *Etes-vous sensibles aux campagnes de prévention ? Pourquoi ?*
- 7) *Faut-il interdire la vente de cigarettes aux mineurs ?*
- 8) *A votre avis qu'est ce qui pourrait dissuader un jeune de fumer ?*
- 9) *Quelles sont vos relations avec vos parents ? Pouvez-vous parler librement avec eux ? Vous ont-ils déjà parlé des dangers du tabac ? Si oui, comment s'y sont-ils pris ?*
- 10) *Fumez-vous ? Pourquoi ?*
- 11) *A quel âge avez-vous commencé ?*
- 12) *Où fumez-vous le plus ? Dans quelle circonstance ? Seul ou avec des amis ?*
- 13) *Où avez-vous fumé votre première cigarette ? Quelle circonstance ?*
- 14) *Est-ce que fumer vous fait peur ?*
- 15) *Pensez-vous arrêter un jour ? Quand ? Comment ?*
- 16) *Peut-on arrêter quand on veut ?*
- 17) *Quel type de cigarette fumez-vous ? Pourquoi ?*
- 18) *Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?*
- 19) *Comment vous les procurez-vous ?*
- 20) *Est-ce que vous fumez autre chose que du tabac ? Du hachisch ?*
- 21) *Comment devrait être une campagne de prévention pour plus d'efficacité ?*