



HAL
open science

Education et santé au lycée : quelle contribution à la prévention du tabagisme pour les professionnels ?

Frank Pizon

► **To cite this version:**

Frank Pizon. Education et santé au lycée : quelle contribution à la prévention du tabagisme pour les professionnels ?. Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2008. Français. NNT : . tel-00780184

HAL Id: tel-00780184

<https://theses.hal.science/tel-00780184v1>

Submitted on 23 Jan 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BLAISE PASCAL – CLERMONT FERRAND

UFR de Psychologie Sciences Sociales et Sciences de l'Education
Ecole Doctorale de Lettres, Sciences humaines et Sociales (ED 370)

THÈSE

Pour obtenir le grade de docteur
Mention : Sciences de l'Education (70^{ème} section)

Education et santé au lycée : quelle contribution à la prévention du tabagisme pour les professionnels ?

Présentée et soutenue publiquement le 08 décembre 2008

Frank Pizon

Laboratoire PAEDI – IUFM d'Auvergne

Composition du jury :

Dominique BERGER

Maître de conférences - IUFM de l'Académie de Lyon - Université Claude Bernard Lyon I

Graça Simoes de CARVALHO

Professeur des universités - Département d'éducation - Université Minho à Braga, Portugal

Jacqueline DESCARPENTRIES (Rapporteur)

Maître de conférences HDR - UFR des Sciences de l'Education - Université Ch. De Gaulle Lille III

Chantal EYMARD (Rapporteur)

Maître de conférences HDR - UFR des Sciences de l'Education - Université de Provence – Aix- Marseille I

Roland GOIGOUX

Professeur des universités - IUFM d'Auvergne - Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand II

Didier JOURDAN (Directeur de thèse)

Professeur des universités - IUFM d'Auvergne - Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand II

Remerciements

Je tiens à remercier tous les personnels de lycée qui ont participé à ce travail et à leur exprimer ma profonde gratitude.

Mes remerciements les plus chaleureux vont à Didier Jourdan pour ses qualités humaines, son accompagnement et son soutien qui ont été constants depuis mes débuts comme jeune stagiaire d'IUFM.

Un grand merci au laboratoire PAEDI pour son accueil, tout particulièrement aux membres de l'équipe « éducation à la santé ».

A tous ceux qui ont apporté un soutien sans faille à ce travail jusqu'au moment de son ultime relecture, j'adresse ma reconnaissance et mon amitié.

A mes proches, mes très proches, Isabelle, ma petite Emma et ma petite Mathilde, merci pour votre tendresse et votre patience.

*A mon grand-père René qui n'aura pu voir l'aboutissement de ce travail,
Mais qui a su m'enseigner curiosité et amour de la connaissance.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
I. Présentation générale de la problématique	8
II. Notre positionnement de chercheur	14
PARTIE 1 : EDUCATION ET SANTE : DES TENSIONS MULTIPLES	19
CHAPITRE 1 : Le système éducatif, acteur de santé publique	20
I. Du point de vue de l'Ecole : une problématique marginale ?	20
1. Une question secondaire en regard des défis que l'Ecole est appelée à affronter ?	20
2. L'éducation à la santé : une question périphérique de l'activité des professionnels, mais...	21
II. Du point de vue de la santé publique : un enjeu central	23
III. La position du système éducatif	25
CHAPITRE 2 : Education et santé : vers une modélisation d'ensemble	28
I. Une diversité de façons de penser l'éducation à la santé	28
1. Les modèles de l'éducation	28
2. Les modèles de santé	29
3. La mise en lien des modèles d'éducation et de santé	31
II. La question des thématiques de santé	35
1. Des contenus définis en référence aux pratiques sociales	35
2. Prendre soin de soi et des autres, éviter les conduites à risque	36
CHAPITRE 3 : Le cas de la consommation de produits psychoactifs	40
I. Dépendance, usage nocif, usage : une problématique de santé	40
1. La dépendance	41
2. L'usage nocif	42
3. L'usage	43
II. Un statut culturel, social et juridique spécifique	44
1. Un objet socialement déterminé	44
2. Une évolution des représentations au cours du temps	45
3. Le statut juridique des consommations	47
4. Le contexte du décret de 2006 sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics	50
CHAPITRE 4 : Education à la santé et prévention du tabagisme	53
I. Une dimension constitutive de la mission de l'Ecole depuis ses origines	53
1. Une mise en perspective historique	53
2. Sur quelle base fonder la prévention du tabagisme en milieu scolaire	54
3. Quelles conséquences pour l'activité éducative ?	63
II. Un état des lieux de la prévention des addictions en milieu scolaire	68
1. Les caractéristiques de méthodologies employées dans les études évaluatives	68
2. Les principales études disponibles	72
3. Des résultats contrastés	75
III. Une perspective d'ensemble : la promotion de la santé	77
1. Le cadre général : créer les conditions de la réussite scolaire	78
2. La promotion de la santé : une mise en perspective historique	80
3. Une démarche basée sur l'articulation de la protection, de la prévention, de l'éducation	85
Synthèse de la première partie	90

PARTIE 2 : LA PREVENTION DU TABAGISME AU LYCEE : DES PRATIQUES TRANSVERSALES ET DIFFUSES **92**

CHAPITRE 5 : Investiguer les modalités d'intervention des professionnels	93
I. Un champ professionnel non disciplinaire	93
II. Le cadre méthodologique de l'analyse du travail	95
1. La notion de travail	95
2. La tâche : répondre à des contraintes	97
3. L'activité : une grande variété de possibles	101
CHAPITRE 6 : L'activité déclarée des professionnels en matière de prévention	103
I. Une approche pluricatégorielle	103
1. Une diversité de personnels interrogés	103
2. Des professionnels impliqués	104
II. Une étude de l'activité déclarée	105
1. Le contexte de recherche	105
2. Une méthodologie basée sur la confrontation de pratiques	107
III. Une activité à la fois « explicite » et « implicite »	113
1. Entretiens avec le groupe faisant « explicitement » de la prévention	113
2. Entretiens avec le groupe faisant « implicitement » de la prévention	121
3. Entretiens entre personnels des groupes « explicite » et « implicite »	123
4. Des pratiques éparses, des professionnels en quête d'unité	126
Synthèse de la deuxième partie	129

PARTIE 3 : LES DETERMINANTS DE L'ACTIVITE DES PROFESSIONNELS **131**

CHAPITRE 7 : L'implication des personnels des établissements scolaires français	132
I. Etat des lieux des données existantes	132
1. Les travaux de recherche sur les déterminants d'implication des professionnels de l'Ecole	132
2. Le rapport sur le rôle du CESC	135
3. Le rapport des Inspections générales	138
CHAPITRE 8 : De la tâche prescrite à la tâche réelle : l'influence des différents déterminants, pour les enseignants et les autres professionnels de lycée	148
I. Du prescrit au réel	148
1. L'activité des professionnels n'est pas la simple mise en œuvre des prescriptions	148
2. Les conséquences sur la façon d'aborder le travail	150
II. Un modèle d'analyse de l'activité des professionnels du milieu scolaire	151
1. Les déterminants de l'activité	151
2. Les finalités de l'activité en éducation et santé	156
3. Le processus de redéfinition de la tâche	159
CHAPITRE 9 : Le déterminant « Institution »	161
I. Une surprescription d'objectifs	161
II. Des textes multiples mais une sousprescription de moyens	163
1. Une prescription multiforme en éducation, prévention et protection	163
2. Une prescription traversée par une série de tensions	174
CHAPITRE 10 : Le déterminant « Personnel »	177
I. Les personnels exerçant en lycée	177
1. Données statistiques sur les personnels	177
2. Les catégories de personnel des lycées français	178
II. Considérer des représentations multiples	180

1.	Les représentations fonctionnelles	181
2.	Les représentations sociales	181
3.	Dans un lien « par », « dans » et « pour » l'action	183
III.	Des conditions de travail en nette dégradation	184
1.	L'accumulation de tensions	184
2.	Le malaise enseignant	185
IV.	La santé des professionnels du milieu scolaire français	190
1.	Les données disponibles sur la santé au travail des personnels du milieu scolaire	190
2.	Les personnels enseignants	194
3.	Les autres catégories de personnels des établissements scolaires	195
4.	Les carences en hygiène, sécurité et santé au travail	197
CHAPITRE 11 : Le déterminant « Public »		199
I.	Les consommations de psychotropes des élèves en France	199
1.	Leur consommation tabagique	200
2.	Leur consommation d'alcool	201
3.	Leur consommation de cannabis	202
II.	Les élèves des lycées de notre recherche et les psychotropes	203
1.	Un échantillon de quatre lycées	203
2.	Tabac, alcool et cannabis	204
4.	Des chiffres dans la moyenne nationale sauf pour l'alcool	217
Synthèse de la troisième partie		219
 PARTIE 4 : LES MODALITES D'IMPLICATION DANS UNE DEMARCHE DE PREVENTION		 222
CHAPITRE 12 : Le rapport à une démarche de prévention et les déterminants de l'implication		223
I.	La prévention du tabagisme au lycée : déterminants de l'implication des professionnels	223
1.	Des lycées impliqués dans une démarche non-fumeur	223
2.	Résultats de l'étude	230
3.	La dominance du déterminant « Personnel » sur la prescription	244
II.	La prévention du tabagisme au lycée : déterminants de l'implication des professionnels après le décret	248
1.	Le contexte suivant l'arrivée du décret tabac	248
2.	Des lycées déjà inscrits dans une démarche non-fumeur	250
3.	Résultats de l'étude	255
4.	Entre satisfaction et incertitude : un sentiment mitigé	269
CHAPITRE 13 : Etude des déterminants d'implication dans un lycée non-fumeur		272
I.	Présentation générale des deux études	272
1.	Articuler le quantitatif avec le qualitatif	272
2.	Méthodologie de recueil et d'analyse	273
II.	Les données obtenues avant le décret tabac	278
1.	Résultats de l'analyse descriptive	279
2.	Résultats de l'analyse univariée	281
3.	Des personnels majoritairement favorables au lycée non-fumeur	284
III.	Résultats après le décret tabac	286
1.	Résultats de l'analyse descriptive	286
2.	Résultats de l'analyse univariée	289
3.	Un moindre engagement des enseignants après le décret tabac	291
CHAPITRE 14 : Les changements professionnels induits par le décret sur l'activité des personnels de direction et de vie scolaire		293
I.	Des positions professionnelles marquées par le déterminant institutionnel	293
1.	Un métier au cœur du prescriptif	293

2.	Un décret comme objet d'étude	294
II.	La prise en compte de la redéfinition de la tâche	295
III.	Une approche adaptée	298
1.	Méthodologie de recueil	298
2.	Population concernée	299
3.	Analyse du contenu des discours	300
IV.	Importance relative des différentes rubriques significatives	301
1.	Analyse globale du discours	301
2.	Rubriques significatives exprimées pour chaque déterminant	303
3.	Importance dans le discours des différentes rubriques significatives	313
V.	Quelle place pour l'éducation ?	315
	Synthèse de la quatrième partie	322
	SYNTHESE GENERALE, DISCUSSION ET CONCLUSION	326
I.	Les quatre principaux résultats	327
1.	Le professionnel au centre de notre recherche	327
2.	Une contribution à la prévention passant par une reconstruction des enjeux en milieu scolaire	329
II.	Conséquences possibles pour la formation et l'accompagnement	334
1.	L'appropriation de l'objet	334
2.	L'ancrage professionnel de l'objet	334
3.	Des pratiques cohérentes en lien avec les missions éducatives	334
4.	La prise en compte des déterminants de redéfinition de la tâche	335
III.	Vers une formation centrée sur la professionnalisation des personnels	337
1.	Une formation et un accompagnement intégrant la spécificité de l'objet	337
2.	Des façons différentes de penser la formation	337
3.	Les finalités multiples de formation au service de l'activité professionnelle	340
IV.	En conclusion	346
1.	Du particulier au général	346
2.	La nécessité de développer de nouveaux projets de recherche	347
	BIBLIOGRAPHIE	349

INTRODUCTION

I. Présentation générale de la problématique

1. Des questions socialement vives

Tabac, drogues, alcool mais aussi sexualité, obésité, sommeil, accidents : que fait l'Ecole ? Une question qui revient dès lors que telle ou telle statistique alarmante est publiée ou qu'un drame touchant des adolescents fait la Une des médias. S'il n'y a guère de doute sur le fait que l'éducation à la santé et la prévention sont bien constitutives de toute éducation humaine, il n'en reste pas moins difficile d'identifier ce qu'est la mission du système éducatif dans ce domaine. En effet, la santé touche au privé, à l'intime, elle relève d'abord de l'éducation familiale. Plus encore, dans un monde où le paraître tient une place grandissante, où le corps et la santé parfaite constituent le but ultime de l'existence de beaucoup, peut-on souhaiter que l'Ecole contribue à la promotion d'un unique mode de vie « sain », voire à l'idéalisation du corps ?

C'est peu dire que la problématique de la santé et plus spécifiquement celle de la consommation de tabac et de produits psychoactifs, constitue un enjeu social majeur pour nos sociétés occidentales contemporaines. Les mutations dans la perception sociale comme sanitaire des addictions sont particulièrement rapides. Alors que jusqu'à une période récente, elle ne concernait que des comportements liés à une substance, aujourd'hui, au-delà des produits, le concept d'addiction établit une correspondance entre divers phénomènes jusque là séparés : tabagisme, alcoolisme, toxicomanie et comportement sans drogue. Le statut légal ou illégal des substances psychoactives, la banalisation de certaines consommations (cannabis, alcool,...) ou de certains comportements (jeux pathologiques, achats compulsifs,...) soulignent encore davantage la complexité de ce champ qui amène

à se référer à des questionnements aussi bien épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques que préventifs ou éducatifs.

La question des liens unissant éducation et santé est donc à reprendre sans cesse à nouveaux frais, à approfondir dans un mouvement entre le travail d'objectivation des risques sanitaires (qu'accomplissent avec plus ou moins de précision les sciences biomédicales, notamment par l'épidémiologie), et un mouvement de subjectivation par lequel les individus sont appelés à devenir des acteurs [libres² et] responsables de leur santé (Fassin, Dozon, 2001, cité dans Descarpentries, 2007). Une étude des liens unissant éducation et santé est indispensable tout comme celle de la mission spécifique de l'École en la matière. La mise en perspective des modèles en éducation avec les modèles en santé participe à identifier non pas « la » mais « les » manières qui s'offrent au milieu scolaire pour intervenir dans le champ de la santé.

2. L'École et la santé

Comme nous aurons l'occasion de le démontrer, le milieu scolaire ne peut être totalement étranger aux problématiques de santé publique. La pertinence de sa contribution comme sa légitimité à intervenir (OMS, 1986) conduisent à ce que l'École fasse l'objet de demandes considérables émanant des diverses sphères de la société. « L'alcool tue, il faut immédiatement dire aux élèves de cesser de boire, le tabac fait des ravages, intervenons derechef pour les inciter à ne pas fumer, le SIDA revient en force, une information sur l'usage du préservatif s'impose... Le tout sans oublier le cannabis, les accidents de la route et les accidents domestiques, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, celles liées à une exposition inadaptée au soleil... Le trait est à peine forcé, chaque jour l'École est sollicitée pour mettre en œuvre des actions relatives à la santé des élèves » (Jourdan, 2004). Pour éminemment justifiables qu'elles soient au plan épidémiologiques, ces injonctions s'avèrent en fait bien peu compatibles avec le rôle de l'École dont la mission consiste en le développement des capacités de l'individu comme personne et comme citoyen. L'empilement d'actions

² C'est nous qui ajoutons ici la référence à la liberté.

préventives sur les différents sujets évoqués plus haut ne peut être le support d'une éducation de la personne dans sa globalité (ibid.).

De leur côté, les professionnels sont frappés de plein fouet par la multiplicité des sollicitations et les évolutions du travail. Il est de plus en plus complexe pour les enseignants de faire tout simplement classe (Goigoux, 2007), alors que leur santé au travail se dégrade nettement, tout comme l'image qu'ils ont de leur métier (Lantheaume et Hérou, 2008). Dans ce contexte de tensions professionnelles, les enseignants se doivent d'être à la fois didacticiens, pédagogues, préventeurs et éducateurs... Les missions attendues semblent infinies et nécessitent un grand écart permanent (Mérieu, 2002). Elles sont morcelées, et sur des registres tellement divers, qu'il est bien difficile pour les professionnels d'avoir une vision claire de ce que l'on attend d'eux (Lantheaume et Hérou, 2008).

3. L'implication des professionnels

Dans la bibliographie, l'implication des professionnels du milieu scolaire dans le champ de la prévention est décrite comme modeste, et ce aussi bien dans les rapports (Bauemler, 2002, Mamecier et al., 2004) que dans les méta-analyses scientifiques (Tobler, 1997, Thomas, 2002). Néanmoins, les méthodologies mises en œuvre sont en général fortement réductrices. Il s'agit plus de mesures de la compliance à un dispositif particulier (mettre en œuvre les séances ou activités prescrites) que d'identifier la nature de la contribution des professionnels. Cela ne nous apprend que peu de choses sur ce que font les professionnels, ce qu'ils peuvent choisir de mettre en œuvre ou non pour agir. Il est indispensable d'aller plus loin et de mobiliser des outils permettant de considérer les caractéristiques et les déterminants de cette implication des personnels des établissements scolaires. Notre approche se basera ainsi sur une démarche de compréhension par des entretiens avec une large diversité de professionnels. Ce sont non seulement les pratiques et modalités d'implication que nous tenterons d'aborder mais surtout le sens que les professionnels eux-mêmes donnent à leur action. Du fait de ses spécificités, notre objet de recherche appelle à une prise en compte de la variété des déterminants sociaux à l'œuvre comme des situations humaines des différents acteurs. En mobilisant ensuite les cadres conceptuels de la psychologie

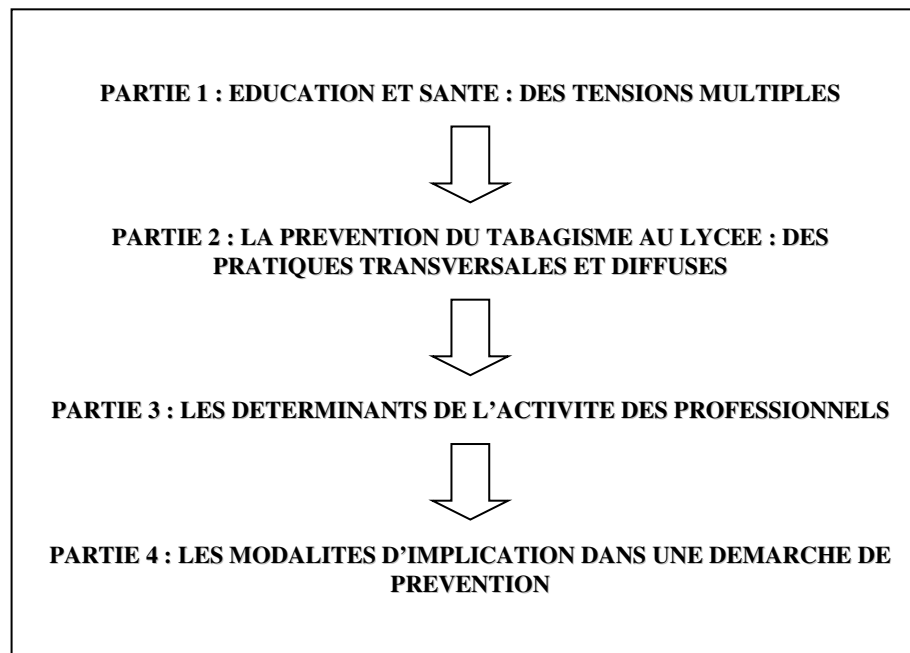
ergonomique, nous proposerons de ramener notre objet de recherche au plus près du métier de ces professionnels pour tenir compte de leurs contraintes mais aussi de leurs ressources (Leplat, 1992, 1997, Goigoux, 2005, 2007). Des approches plus quantitatives compléteront l'ensemble et permettront de hiérarchiser l'influence des différents déterminants sur l'activité des professionnels. Les méthodes de recueil et d'analyse des données que nous mobilisons relèvent d'abord des sciences humaines lorsque nous choisissons de nous rapprocher des professionnels pour entendre ce qu'ils nous disent de leurs pratiques, ou de la santé publique lorsqu'il nous faut étudier les représentations et les opinions de la population de notre étude (les questionnaires appelant à des traitements quantitatifs des données).

Nous n'ignorons rien de l'enracinement épistémologique des diverses approches que nous mettons en œuvre, elles relèvent de deux mondes différents. Laisser croire qu'il serait possible d'articuler des approches renvoyant à une appréhension compréhensive du réel et d'autres basées sur le postulat du réductionnisme méthodologique serait inadéquat et relèverait d'un syncrétisme épistémologique dangereux. Notre posture vise à offrir des éclairages complémentaires du même objet. Faire varier les points de vue est pour nous essentiel face à la complexité d'un objet de recherche aussi socialement investi. La situation multifactorielle et multidimensionnelle dans laquelle nous nous trouvons, ne signifie pas que « tout est dans tout ». Il s'agit plutôt de veiller à adopter une méthodologie ancrée dans notre problématisation, et qui laisse toute sa place à la fois au sujet (les personnels des lycées) et à l'objet (la prévention dans leur activité professionnelle). Il s'agit donc bien d'approches plurielles mais en aucun cas d'une méta-approche susceptible de chapeauter l'ensemble. Il n'est pas non plus question de hiérarchie ou de dépendance d'une approche par rapport à l'autre, nous considérons davantage que leur rapprochement peut être un moyen de mettre en perspective des données multiples qui ne sont a priori que rarement amenées à se rencontrer. En tout état de cause, notre ambition est modeste : nous mettrons en regard des données sans pour autant chercher à construire des modélisations les intégrant toutes.

4. Une démarche en quatre étapes

Dans notre exposé (figure 1), nous analyserons la nature des liens existant entre éducation et santé avant de définir le champ de notre étude, la prévention du tabagisme en milieu scolaire. C'est ensuite à la lecture qu'en font des professionnels et aux pratiques qu'ils déclarent mettre en œuvre que nous nous intéresserons. La troisième partie abordera les différents déterminants de l'activité des professionnels en matière de prévention du tabagisme. Sur la base de cette analyse, nous aborderons ensuite la façon dont les professionnels redéfinissent la tâche dans ce domaine de leur activité.

Figure 1 : Structure de la thèse



Les données exposées dans notre thèse sont issues à la fois de la bibliographie et d'études que nous avons réalisées. Nous avons fait le choix d'intégrer l'ensemble dans une structure de thèse qui privilégie la cohérence expositive et non la séparation entre apport bibliographique et études de terrain.

5. Un vocabulaire adapté à la complexité du champ

Au fil de notre écrit, nous utiliserons différentes locutions ou mots : « éducation et santé », « éducation à la santé³ », « prévention », « promotion de la santé ».

Dans la première partie, c'est d'abord à « éducation et santé » que nous nous référerons puisqu'il s'agira d'explorer de façon très large les liens existant entre les deux.

Dans un second temps, nous focaliserons notre analyse sur le contexte scolaire au sein duquel le vocable de référence est « éducation à la santé ». L'enjeu ne sera plus ici d'explorer les relations entre les deux termes mais d'étudier la place de l'objet de notre étude dans le système éducatif à partir de la focale la plus large. En milieu scolaire, la prévention du tabagisme est perçue comme l'une des composantes de l'éducation à la santé.

L'analyse des textes institutionnels nous conduira ensuite à faire appel à une troisième notion. Il s'agit de celle de « promotion de la santé » qui constitue la toile de fond des textes récents (postérieurs à 2003). C'est donc la base sur laquelle sera élaborée notre synthèse quant à la contribution de l'école en matière de santé, en fin de première partie.

La définition de l'objet opérée au fil de la première partie nous permettra de nous concentrer sur la prévention⁴ dans les parties suivantes sans oublier son insertion dans un ensemble plus vaste.

³ Dans la littérature on trouve soit la locution « éducation à la santé » soit la locution « éducation pour la santé ». Choisir l'une ou l'autre des formulations n'est pas neutre. En effet, si la première se réfère à la santé comme état à atteindre, la seconde renvoie plutôt à une dynamique permanente d'adaptation de la personne. Dans le système éducatif, les deux expressions sont employées indifféremment dans les textes ou les outils (B. SANDRIN-BERTHON et coll., *1, 2, 3, santé : éducation pour la santé en milieu scolaire : guide pédagogique à l'usage des professionnels*, Vanves, Comité français d'éducation pour la santé, Collection: La santé en action, 1994.) sans faire spécifiquement référence à l'une ou l'autre des approches. En effet la préposition « à » est employée par les acteurs du système éducatif par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et ses déclinaisons (à l'environnement, à la consommation...). Il ne s'agit pas ici de concevoir l'éducation à la santé comme l'apport de connaissances nécessaires à un individu pour atteindre « l'état de santé » (le bien-être de la définition de l'OMS de 1946) mais plutôt d'insister sur la dimension éducative de cette mission constitutive de l'éducation de la personne dans son intégralité. Bien que cette utilisation systématique de « à la santé » apparaisse comme troublante aux acteurs issus du champ de la santé publique ou des sciences de l'éducation, elle ne masque que très superficiellement l'existence de deux approches de l'éducation à la santé dans les actions mises en œuvre au sein du système éducatif.

⁴ Le travail que nous avons conduit concerne la prévention du tabagisme. Pour autant, nous nous référons parfois à des termes plus larges tels que la prévention des addictions ou celle des consommations de produits psychoactifs. Nous nous expliquerons sur l'acceptation de ces différents termes et leur place dans les conduites à risque dans le chapitre 2, paragraphe 2.

II. Notre positionnement de chercheur

1. La multiréférentialité comme posture

En exposant en quelques mots la direction donnée à notre travail de recherche, nous mettons en évidence toute la complexité inhérente à notre objet et à son contexte. Perrenoud (1993) citant Edgar Morin précise que « la complexité s'impose d'abord comme impossibilité de simplifier ; elle surgit là où l'unité complexe produit ses émergences, là où se perdent les distinctions et clartés, là où les désordres et les incertitudes perturbent les phénomènes, là où le sujet-observateur surprend son propre visage dans l'objet de son observation, là où les antinomies font divaguer le cours du raisonnement... La complexité n'est pas la complication. Ce qui est compliqué peut se réduire à un principe simple comme un écheveau embrouillé ou un nœud marin. Certes, le monde est très compliqué, mais s'il n'était que compliqué, c'est-à-dire embrouillé, multidépendant, etc., il suffirait d'opérer les réductions bien connues (...) Le vrai problème n'est donc pas de ramener la complication des développements à des règles de base simple. La complexité est à la base (Morin, 1977). Et il ajoute : « Une telle jonction de notions jusqu'alors disjointes nous fait approcher du noyau principal de la complexité qui est, non seulement dans la liaison du séparé/isolé, mais dans l'association de ce qui était considéré comme antagoniste. La complexité correspond, dans ce sens, à l'irruption des antagonismes au coeur des phénomènes organisés, à l'irruption des paradoxes ou contradictions au coeur de la théorie. Le problème de la pensée complexe est dès lors de penser ensemble, sans incohérence, deux idées pourtant contraires (Morin, 1977) ».

Face à cette complexité, nous acceptons une certaine hétérogénéité des démarches. En d'autres termes, nous cherchons à faire varier les points de vue. Cette posture s'accompagne d'une vigilance épistémologique la plus grande possible pour ne pas « naturaliser » les savoirs (Berger, 2007). La multiréférentialité n'est pas prise comme méthodologie de recherche : elle reste une posture qui guide notre activité de recherche (Ardoino, 1993). Cette posture s'accompagne d'une prudence à ne pas vouloir articuler à tout prix des paradigmes hétérogènes (Monjo, 2003a). C'est la nature de notre objet de

recherche qui nous a conduit à passer par cette pluralité de paradigmes. Si notre écrit donne sa place à l'histoire de la construction du champ de la santé (éducation et prévention), c'est pour souligner son ancrage paradigmatique du côté des sciences dites « dures » qui ont nourri la santé publique, notamment par la prégnance d'une entrée médicalisée. Pour reprendre les propos de Berger (2007), « tout est rapport de place » (« d'où je suis, je pense que... »). Cela revient aussi à considérer notre pratique de recherche comme une pratique sociale sur une autre pratique sociale. Nous ne sommes donc pas dans le syncrétisme qui pousserait à prendre d'un peu partout pour « rendre service ». Nous nous appuyons plutôt sur une lecture culturelle et historique de notre objet de recherche pour légitimer cette approche multiréférentielle. Se définit ainsi un parcours de travail, un cheminement personnel qui tente d'éclairer un objet à l'aide de sources lumineuses différentes, irréductibles les unes aux autres.

Nous avons conscience du fait que les modélisations que nous allons être amenés à proposer peuvent parfois entraîner une pensée catégorielle qui amplifie les différences entre catégories et minimise l'intercatégoriel. « Nos connaissances ne dissipent pas ce que nous ne connaissons pas » (Berger, 2007). Cela participe à définir la complexité des choses en positionnant nos travaux face à des niveaux différents (individus, groupes, organisation, institution) s'altérant par modifications mutuelles.

2. Une recherche à visée épistémique et transformative

Ce positionnement est évidemment largement conditionné par le milieu au sein duquel cette thèse a été réalisée. A la croisée des sciences de l'éducation et de la santé publique, l'équipe « éducation à la santé en milieu scolaire » du laboratoire PAEDI EA 4281 à Clermont-Ferrand (Processus d'Action des Enseignants : Déterminants et Impacts) est engagée dans la construction et la délimitation du champ de l'éducation à la santé et de la prévention des addictions. La démarche de mise en tension de travaux enracinés dans des épistémologies différentes est celle de l'ensemble de l'équipe : « Alors que le discours des sciences de la nature ne peut être que descriptif et explicatif (fait et cause) et oblige à suspendre toute volonté herméneutique (sens et raison) ou critique (norme et valeur), celui des

sciences humaines et sociales inclut cette double dimension irréductible d'interprétation et d'évaluation qu'un paradigme pour ces sciences est tenu de considérer s'il veut rendre compte de leur objet (sujet) dans son intégralité, c'est-à-dire, aussi, dans son intégrité. Pour le dire autrement : s'il est vrai que science et liberté ne sont pas incompatibles, il faut entendre cette proposition dans son double sens : la liberté n'empêche pas la science ; la science n'empêche pas la liberté. » (Monjo, 2003b).

Notre activité professionnelle est aussi un élément déterminant tant dans la nature de cette recherche que dans sa conduite. Le fait d'être impliqué dans l'accompagnement des établissements scolaires en matière, notamment, de prévention et d'éducation à la santé ne permet pas d'être en position d'extériorité vis-à-vis des sujets comme de l'objet de la recherche⁵. De la même façon, le laboratoire PAEDI, enraciné dans un IUFM⁶, entretient un rapport d'étroite proximité au champ scolaire. Si cela ne va pas sans poser des difficultés (cette proximité introduit évidemment des biais), ce positionnement présente l'intérêt de rapprocher le chercheur du praticien (et réciproquement). Il est question ici de recherche-intervention en référence à la proximité de position (chercheur/praticien), de fonction (modélisation/amélioration des pratiques) et à la double perspective : épistémique et « transformative » du travail (Mérini et Ponté, 2007). Cette proximité au terrain a conduit Vial à s'interroger sur la « santé comme terrain de recherche en sciences de l'éducation » et à mettre en avant trois éléments clés (Vial, 2000) : « l'Institution dans laquelle se place la pratique éducative étudiée », « la provocation ou l'impulsion des réactions de celui qui apprend, qu'on éduque, qu'on forme, qu'on encadre » et « la politique de formation que les acteurs sociaux déploient dans cette institution : le projet de former affiché et/ou endossé par les acteurs » :

⁵ Professeur d'école, maître formateur à l'IUFM à l'origine, j'ai été successivement chargé de mission du Rectorat de Clermont-Ferrand dans le domaine de la prévention du tabagisme (projet Libertabac) puis conseiller auprès de l'Inspecteur d'académie de l'Allier sur les dossiers départementaux d'éducation prioritaire, de politique de ville et de réussite éducative.

⁶ IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres

- *Le premier élément* nous amène à souligner les spécificités du contexte au sein duquel se déroule cette recherche et donc la nécessité de disposer d'outils d'investigation adaptés ;

- *Le second* interpelle le chercheur sur son rôle transformatif. S'entretenir avec des personnels et les solliciter pour qu'ils s'impliquent dans un dispositif de recherche nécessite une éthique de recherche. Cette éthique se fonde sur une conscience des interactions mutuelles et multiples qui unissent chercheur et sujet. Elle s'est traduite par exemple, par un retour systématique des données les concernant aux équipes des établissements impliqués et de leur analyse, en veillant à en garantir l'anonymat ;

- *Le troisième* renvoie à la formation des professionnels du milieu scolaire et pose la question du développement des compétences individuelles et collectives. Les connaissances sont rapidement élevées au statut de ressources permettant de développer ces compétences. Les contraintes du moment, les incertitudes générées par le milieu appellent les acteurs à rechercher des balises stables pour agir. Le chercheur se doit d'avoir en tête de telles attentes qui contribuent en partie à élaborer une relation de confiance mutuelle.

Outre la production de savoirs scientifiques, l'action sur l'Ecole via la formation constitue l'une des dimensions de la démarche qui a conduit à la fondation de PAEDI. Ses travaux scientifiques sont largement orientés vers la question de la formation professionnelle des enseignants. C'est donc tout naturellement que nous nous inscrivons dans cette démarche. Il ne s'agit pas d'orienter les pratiques mais de mettre à disposition des pistes et des outils en acceptant qu'ils puissent être détournés du fait même de leur appropriation par le praticien. Nous sommes également conscients que transposer les résultats en actes formatifs est un processus complexe que nous commencerons ici, mais qui appelle lui-même à des travaux d'une autre nature.

Une présentation générale des éléments clés de notre démarche de recherche est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Les éléments clés de notre démarche de recherche.

Les éléments clés de notre démarche :

Une recherche scientifique :

- En éducation
- Qui vise à produire des savoirs
- Est basée sur les apports des sciences de l'éducation et de la santé publique
- Fait appel à des épistémologies différentes
- Est centrée sur l'activité des professionnels

Une recherche au service de l'Ecole :

- Qui vise à produire des savoirs scientifiques susceptibles d'éclairer les politiques et d'enrichir les pratiques des acteurs
- Qui est inscrite dans la mission de l'Ecole et dans ses valeurs
- Qui ne concerne que les pratiques scolaires en référence aux programmes, au socle commun de connaissances et de compétences dans le cadre de l'éducation à la santé et à la citoyenneté
- Qui est conduite en étroite relation avec les responsables locaux du système éducatif (rectorat, inspections académiques, inspections de circonscription)

Une recherche avec les professionnels et non pas sur les professionnels :

- Elle est de type recherche-intervention dans le sens où elle associe chercheurs et professionnels d'un bout à l'autre du processus
- Si la recherche répond à une problématique scientifique, elle n'est pas pensée en dehors des préoccupations des acteurs
- Le dispositif d'intervention et celui de recherche ne sont pas pensés indépendamment l'un de l'autre. L'ensemble des données collectées via le questionnaire et les entretiens est restitué aux acteurs et mis au service des établissements
- Le fait que les acteurs soient associés à la conduite du projet permet que l'ensemble des questions, notamment éthiques, soit pris en charge collectivement

Une recherche qui vise à améliorer la formation des enseignants :

- L'une de ses spécificités est qu'elle s'inscrit dans une équipe de recherche installée au sein d'un IUFM
- Si elle vise à produire des connaissances scientifiques, elle a aussi pour objectif de nourrir la réflexion sur la formation des professionnels des lycées.

PARTIE 1 : Education et santé : des tensions multiples

I. Du point de vue de l'Ecole : une problématique marginale ?

1. Une question secondaire en regard des défis que l'Ecole est appelée à affronter ?

Face à la multiplicité des questions qui assaillent l'Ecole, quelle peut être la pertinence d'une réflexion sur la prévention ? Est-il judicieux d'investir temps et énergie sur une problématique fort éloignée des principales préoccupations du moment ? A une époque qui se caractérise par une inflation démesurée des missions qui sont confiées à l'Ecole, cela ne risque-t-il pas d'ajouter à la confusion et donc de desservir l'Ecole ? Ne s'agit-il pas de la lubie de quelques « militants », voire de l'expression de la tentative de divers lobbies d'instrumentaliser l'Ecole au service de telle ou telle cause ? Non, il est aisé de montrer que la question de l'éducation à la santé n'est pas sans lien avec les principales questions posées à l'Ecole aujourd'hui, qu'elle est en fait l'une des expressions des mutations en cours au sein de notre système éducatif (Mérieu, 2006). L'éducation à la santé, pour peu qu'elle ne soit pas pensée comme la transmission de règles intangibles, se révèle être un excellent support pour rendre explicites les tensions existant entre les dimensions potentiellement antagonistes de l'activité des professionnels et explorer les façons de les réduire.

Elle est, en effet, constitutive de toute éducation humaine. Il n'est pas de civilisation qui, dans le patrimoine transmis, n'inclut des prescriptions relatives à la santé⁷. Notre pays n'y échappe pas. Ainsi, dès son origine, comme nous le développerons plus loin, l'Ecole républicaine s'est située comme acteur de santé publique (Nourrisson, 2002a). L'idée selon laquelle c'est pendant l'enfance que peuvent être acquis des comportements positifs vis-à-vis de la santé a conduit les autorités politiques à lui assigner une mission de prévention. Des leçons de morale sur l'hygiène, la tuberculose ou l'alcoolisme de la fin du siècle dernier à l'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes, le socle commun de

⁷ Cette question est, du reste éminemment politique, Disraeli, le Premier ministre de la Reine Victoria, disait déjà : « La santé est le socle sur lequel se construit la prospérité d'une nation ».

connaissances et de compétences ou les thèmes de convergence, l'Ecole a toujours été un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé. Néanmoins, l'expression de cette éducation dans le champ de la santé a pris des formes différentes au cours du temps et doit sans cesse être reprise.

2. L'éducation à la santé : une question périphérique de l'activité des professionnels, mais...

Pour autant, bien des professionnels de l'Ecole ne sont pas demandeurs d'une réflexion relative à l'éducation à la santé. Force est de constater que l'implication dans des dynamiques collectives d'éducation à la santé reste minoritaire notamment dans le second degré. Pour l'immense majorité des acteurs de l'Ecole, l'éducation à la santé reste une activité qui ne fait pas partie du cœur de la mission dont ils se sentent investis. Comment les en blâmer quand la plupart des concours de recrutement d'enseignants n'accorde quasiment aucune place à ces aspects et quand la majorité des acteurs en place sur le terrain aujourd'hui n'a bénéficié d'aucune formation. Plus fondamentalement encore, il est ici question de représentation sociale des métiers. Un jeune étudiant en sciences physiques qui tente aujourd'hui d'obtenir le CAPES⁸ a-t-il les moyens d'identifier que sa tâche de professeur dépasse de loin la transmission de savoirs disciplinaires ? Ces quelques éléments soulignent l'importance d'un réel travail sur ce qui fonde l'identité professionnelle des enseignants. La situation des personnels médicosociaux et de vie scolaire est bien évidemment différente.

L'analyse des représentations des acteurs montre de plus l'influence majeure de leur formation initiale, de leurs missions et de leur statut sur la perception qu'ils ont de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Nous ne disposons pas de données spécifiques sur les lycées mais des travaux sur ce sujet ont été conduits par notre équipe auprès des enseignants du primaire (Jourdan et al., 2002) et des professeurs d'éducation physique et sportive du second degré (Jourdan et al., 2003). La première étude souligne que le fait d'avoir reçu une formation a un impact significatif sur la mise en œuvre d'un travail en éducation à la santé. La seconde montre que l'identité professionnelle des acteurs constitue le prisme à travers

⁸ CAPES : Certificat d'Aptitude au Professorat du Second Degré

lequel ils forgent leurs propres représentations de l'éducation à la santé et de leur rôle dans ce domaine. Chez les professeurs d'EPS⁹, c'est une conception de l'éducation à la santé à la fois liée à la fonction cardiaque, à l'effort, à l'endurance et à la préparation à cet effort qui domine. Etre en bonne santé (et s'y préparer), c'est être un sujet en action, en quelque sorte « énergétiquement » en action. Un enjeu fort se dessine ici. On ne peut faire l'impasse sur cette diversité. Il importe de prendre en compte les spécificités individuelles mais aussi collectives des représentations de la mission de l'Ecole dans le domaine de l'éducation à la santé. Il s'agit de prendre les personnes « là où elles sont ». En tout état de cause, la nature même de l'« éducation à la santé en milieu scolaire » conduit à accepter la coexistence de différentes lectures légitimes ayant leur consistance propre et donc à récuser les anathèmes. L'objectif n'est pas d'arriver à une uniformisation des façons de voir le rôle de l'Ecole dans ce domaine mais plutôt de rendre explicites les différentes lectures.

Ceci étant, il convient de souligner que même si l'éducation à la santé n'est pas central dans l'activité professionnelle de l'Ecole, elle n'est pas pour autant absente du paysage. Une étude récente conduite auprès de 207 personnes travaillant dans 5 collèges a montré que 89% des professionnels se sentaient impliqués dans l'éducation à la santé. Ils se situent essentiellement en tant qu'éducateurs dans le quotidien de la vie de l'établissement. La fraction des personnels qui prennent part, même très modestement, à des démarches collectives est quant à elle limitée à 23% (Leyrit et al., 2007). En tout état de cause, que l'on s'arrête sur le fait que moins d'un quart des professionnels contribuent d'une façon ou d'une autre à une action identifiée en éducation à la santé, ou que l'on mette en avant que neuf acteurs sur dix se positionnent comme éducateurs dans ce domaine, on ne peut considérer que l'Ecole est un terrain vierge qu'il s'agirait de conquérir.

Aujourd'hui, l'éducation à la santé reste, pour nombre de professionnels, un objet périphérique. Cette observation est sans doute valable pour un bon nombre d'aspects de la mission éducative des acteurs du système éducatif français. Il est difficile de tenir ensemble une référence aux savoirs académiques et à l'acte

⁹ EPS : Education Physique et Sportive

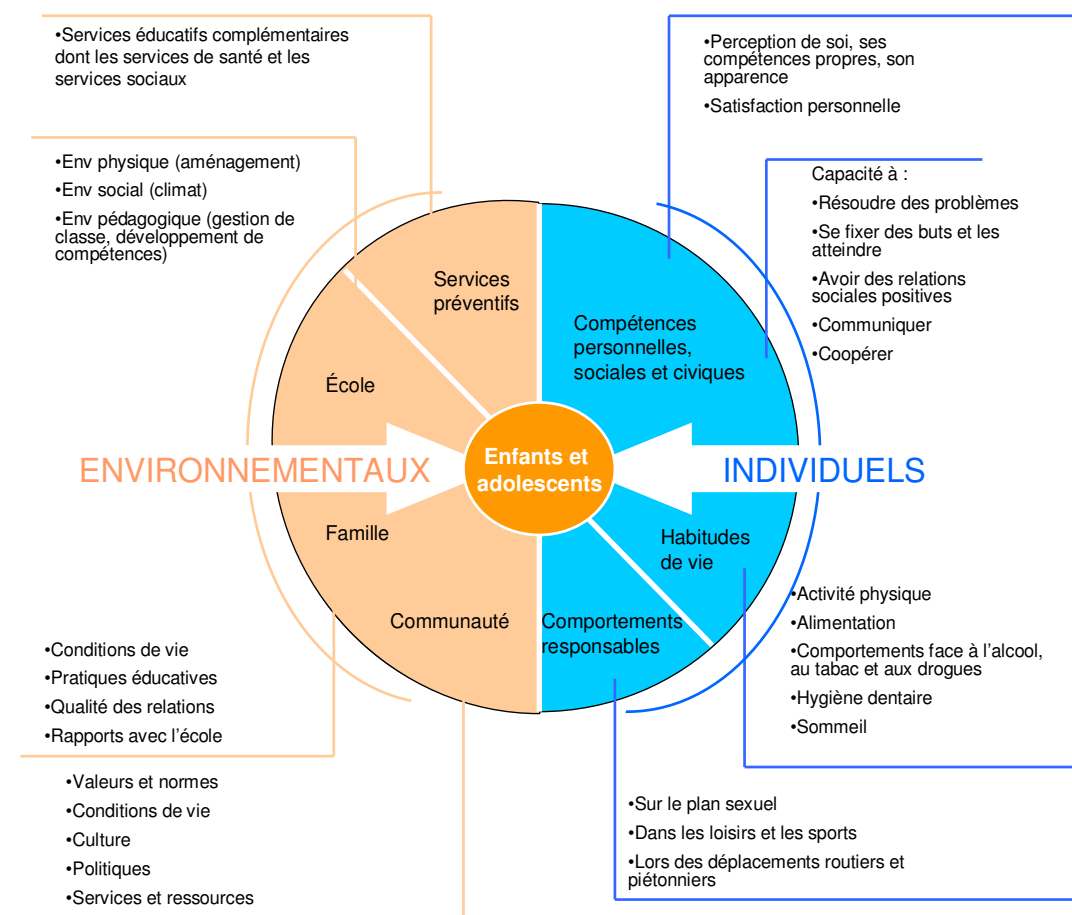
d'enseignement d'une part, et l'appel à une implication dans des dynamiques qui transcendent tant les disciplines que les modes de travail habituels d'autre part.

II. Du point de vue de la santé publique : un enjeu central

Lorsqu'il s'agit de légitimer l'action de l'Ecole en matière de santé, les arguments viennent rarement de la sphère éducative. L'idée selon laquelle l'éducation à la santé est une dimension de l'éducation à la citoyenneté qui vise à accompagner les élèves vers la liberté et la responsabilité en matière de santé est rarement évoquée. Ce sont plus généralement des justifications issues du champ de la santé publique. C'est en référence à l'idée d'urgence préventive (si nous n'agissons pas maintenant les conséquences seront grandes dans le futur) ou à des fins plus larges (promouvoir le bien-être social, prendre du pouvoir sur sa santé et celle de la communauté) que sont bâtis les argumentaires. Autrement dit, l'appel à la prise en compte de la santé à l'Ecole émane plus souvent de sources externes au système éducatif plutôt que de sources internes.

Cela n'est guère étonnant du fait de l'acuité de certaines problématiques sociales et de santé (que l'on pense simplement au fait que 66 000 personnes décèdent chaque année des conséquences du tabagisme) mais aussi des résultats des travaux de recherche qui mettent en avant le rôle de l'Ecole dans l'amélioration de la santé des populations (McQueen et Jones, 2007) (document 1).

Document 1 : Les principaux facteurs conditionnant la santé des enfants et des adolescents¹⁰. L'École est l'un des facteurs environnementaux au même titre que la famille ou la « communauté ».



Légende : Les facteurs conditionnant la santé des jeunes sont disposés selon deux entrées : selon un registre individuel (compétences personnelles, sociales et civiques, habitudes de vie, comportements responsables) et selon un registre environnemental (services préventifs, École, famille, communauté).

Plus généralement trois approches sont reconnues comme pertinentes pour promouvoir la santé¹¹. Elles sont ciblées soit sur des populations (population générale, personnes âgées, enfants, personnes atteintes de maladie chronique, sportifs de haut niveau, etc.), soit sur des thèmes (addictions, obésité, sécurité, etc.) ou des milieux de vie (monde du travail, lieux de soin, quartier, milieu scolaire, etc.).

¹⁰ Modifié d'après Martin C. et Arcand L. (2005) : « École en santé Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires ». Comité national d'orientation du Québec. <http://www.mels.gouv.qc.ca/dfgj/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf>

¹¹ The evidence of health promotion effectiveness - Shaping public health in a new Europe. Part two : evidence book. A report for the European Commission. International Union for Health Promotion and Education ; 1999. 110-13.

L'Ecole est au carrefour de toutes ces approches et apparaît donc comme un acteur privilégié des stratégies de santé publique en étant :

► *Un milieu spécifique* ;

► *Un lieu d'accueil des populations* (enfants et adolescents) qui sont la cible de nombreuses actions, un lieu où tous les individus d'une génération sont réunis ;

► *Un lieu de mise en œuvre des démarches de prévention* centrées sur des thèmes précis concernant les enfants ou les adolescents immédiatement ou bien visant à leur donner les moyens d'éviter, dans le futur, telle ou telle pathologie ou de mettre en œuvre tel ou tel comportement responsable.

Il est donc indiscutable que cet appel à la mobilisation du système éducatif soit pleinement légitime. Ceci est d'autant plus vrai que l'Ecole est l'un des outils à la disposition de l'Etat pour mettre en œuvre ses politiques et notamment sa politique de santé publique : « la Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels [...]. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat ». La Loi est claire : « la politique de santé publique concerne » entre autre « l'information et l'éducation à la santé de la population¹² ». Le système éducatif est l'un des acteurs au service de cette politique de santé publique.

III. La position du système éducatif

Les quelques éléments que nous venons de proposer permettent de mesurer la densité de la question. Les sollicitations dont l'Ecole est l'objet ne sont pas toutes de même nature et n'interagissent pas avec le « projet éducatif de l'Ecole » de la même manière. Il ne peut donc s'agir d'intégrer toutes les propositions au cursus des élèves. L'Ecole apparaît ainsi souvent comme « traînant les pieds », comme étant « en retard d'un problème de santé publique », comme « peu engagée dans la lutte contre tel ou tel fléau ». Sans doute le problème dépasse-t-il ici largement le

¹² Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

cadre restreint de l'éducation à la santé puisque c'est le rôle de l'Ecole et sa spécificité dans le champ social qui est en question. Il s'agit en fait d'articuler la nécessaire adaptation de l'Ecole aux réalités sociales et la pérennité de ce qu'elle transmet au delà des effets de mode et des urgences du moment :

- prise en compte de questions sanitaires spécifiques et résistance à l'instrumentalisation, aux lobbies de toute sorte ;
- transmission d'informations sur les comportements et prise en compte de la diversité sociale et culturelle ;
- implication dans des politiques sanitaires et respect du cadre laïc de l'Ecole ;
- prise en compte de l'éventail des problématiques de citoyenneté ;
- refus d'une éducation se limitant à l'empilement d'apports successifs ;
- etc.

D'une façon générale, il n'est possible d'avancer sur la question de l'éducation à la santé à l'Ecole qu'à la condition de prendre conscience de l'étendue de l'acte éducatif qui résiste à tous les raccourcis et à toutes les recettes miracles, et du fait que la mission première de l'Ecole n'est pas de lutter contre les fléaux sociaux mais bien de former les citoyens de demain et de permettre la réussite de tous. On ne peut penser l'éducation à la santé à l'Ecole qu'à partir de l'articulation des problématiques éducatives et des enjeux de santé publique.

L'Ecole se doit donc de travailler à la façon dont ces questions sociales et/ou sanitaires peuvent être prises en compte dans l'éducation de la personne. Les enjeux éducatifs évoluent constamment, l'Ecole doit nécessairement adapter ses programmes, ses contenus, ses méthodes, ses modes d'accueils des élèves. Faire changer les programmes scolaires, les méthodes d'enseignement, la formation des acteurs de l'Ecole dans le but de répondre aux enjeux éducatifs actuels dans le domaine de la santé n'est pas du même ordre qu'être la courroie de transmission d'un message sanitaire. Il reste néanmoins clair que cette position institutionnelle de l'Ecole vis-à-vis des légitimes enjeux de santé publique n'est pas simple à tenir. A notre sens l'idée fondamentale est celle de médiation. En effet, l'Ecole ne peut ni être le relais pur et simple d'une politique de santé ni être totalement hermétique aux sollicitations sociales. Elle est appelée à les tenir à distance,

exercer une médiation en référence à la mission de l'Ecole et aux conditions réelles d'apprentissage.

Le fait que l'Ecole soit légitimement interpellée sur sa contribution à la santé publique ne signifie en rien qu'elle doive prendre pour argent comptant toutes les sollicitations. En effet, elles ne sont pas neutres et renvoient à des finalités comme à des visions de l'éducation à la santé différentes. Pour peu que l'on porte un regard critique sur les appels à la mobilisation de l'Ecole sur les questions de santé, il apparaît clairement que les sources de motivation sont multiples. Elles peuvent s'inscrire dans des projets de changement social comme de normalisation des comportements, viser la réduction des dépenses de santé voire répondre à des intérêts catégoriels. Plus généralement, elles s'enracinent dans des paradigmes différents (Jourdan et Berger, 2005). Il nous paraît pertinent de rendre explicite les différentes modalités d'articulation de l'éducation et de la santé à la suite de travaux antérieurs (Eymard, 2005).

I. Une diversité de façons de penser l'éducation à la santé

Le professionnel possède ses conceptions, le sujet auquel il s'adresse également. La rencontre de sujets singuliers est constitutive de la relation éducative. Il serait illusoire de penser que le professionnel est face à un sujet systématiquement réceptif et faisant preuve de compliance. Rencontre signifie relation à l'autre, et donc, pour qu'il y ait dialogue, il doit y avoir écoute. « Toute relation éducative s'établit dans un rapport conflictuel entre les connaissances scientifiques du moment, et les éléments qui font vérité pour le sujet éducateur comme pour le sujet en éducation. En ce sens, elle se structure dans la connaissance de l'état des lieux des savoirs, la connaissance de l'autre et la connaissance de soi » (Eymard, 2005).

La relation éducative mobilise alors des modèles sous-jacents multiples. Nous étudierons successivement les modèles de l'éducation et de la santé avant de proposer une analyse de la façon dont ils interagissent (Eymard, 2005).

1. Les modèles de l'éducation

La relation éducative en santé s'est instaurée historiquement dans le cadre d'un mode essentiellement transmissif d'informations (Nourrisson, 2002a), réduit au premier modèle, celui de l'*instruction*, basé sur le « mythe » d'un sujet compliant. Le sujet se trouve pris dans une relation éducative déséquilibrée et destinée à lui éviter le « mal ». Il doit, dans ce schéma, se soumettre à une morale et aux normes qui l'accompagnent sur un chemin du « bien » qui lui est imposé. L'instruction vise davantage à transmettre un code, sans mise à distance pour et par le sujet. Les savoirs qui guideront cette instruction renvoient le plus souvent à une entrée cognitive aussi bien au travers de contenus « biomédicalisés » que de contenus ayant une perspective globale et positive. Pour autant, il serait caricatural et réducteur de penser que ces savoirs n'ont pas leur utilité, tout particulièrement

lorsqu'ils visent à accompagner le sujet sur la voie de l'autonomie décisionnelle par une meilleure connaissance du monde qui l'entoure et de lui-même. Il est bien évident qu'il ne s'agit pas ici de faire le procès des apports cognitifs et hygiénistes. Ils ont toute leur importance mais nous leur accordons une valeur relative.

Le développement du sujet constitue le second modèle. Il accorde à l'individu une potentialité développementale. « Le sujet devient l'organisateur et l'animateur de l'apprentissage de l'autre dans une approche constructiviste » (Eymard, 2005). Cette relation renvoie à la notion d'accompagnement du sujet sur la voie d'une meilleure connaissance de lui-même et d'autrui. Elle mise sur une approche plus distanciée de l'apprentissage : le sujet n'est plus passif, et c'est au praticien de veiller à permettre son développement. Le sujet devient ressource pour lui-même et il est placé entre les besoins collectifs et ses propres besoins (Maslow, 1989), entre la morale de l'autre et la sienne. C'est un pas de plus vers l'autonomie au regard des connaissances auxquelles il accède.

Le troisième modèle de l'éducation est basé sur les *interactions sociales*. Il se réfère au socio-constructivisme et vise au développement de la conscience du sujet et de son autonomie. Etre social, le sujet tend à être capable d'argumenter peu-à-peu ses choix vers un préférable. Cette éthique personnelle le pousse à considérer qu'il n'est pas seul, qu'il n'agit pas sans être soumis aux normes sociales. Pour autant, il est capable de s'arracher en partie de cette posture de soumission pour faire de sa santé un concept intégrateur de l'autre par rapport à lui-même et de lui-même par rapport à l'autre. Hétéronomie et autonomie se conjuguent, de même qu'identité et ipséité (Lecorps, 2002).

2. Les modèles de santé

Ces modèles d'éducation sont appelés à s'articuler plus ou moins facilement avec les modèles de santé. En d'autres termes, considérer chaque modèle en santé selon qu'il est abordé sous un angle cognitif, constructiviste ou socioconstructivisme revient à préciser comment santé et éducation interviennent dans la relation éducative (document 2). Rappelons qu'« en mettant l'accent sur la différenciation

des modèles, et en essayant de marquer de manière significative leurs traces un peu canoniques, nous prenons le risque de la caricature et de la simplification, comme dans toute taxonomie » (ibid.).

Le *modèle biomédical de la santé* privilégie l'acquisition de savoirs comme facteur de protection. La santé est appréhendée par le côté négatif de la maladie qui la restreint. Une plus grande maîtrise de l'absence de maladie, un développement des connaissances du sujet sur son corps et ses moyens de défense, l'extension de ces connaissances d'une valeur individuelle à une valeur collective, constituent autant de paliers possibles. « Si l'activité éducative peut prendre en compte la dimension culturelle et laisser un espace pour la critique, elle se construit autour de l'enseignement d'un objet d'apprentissage et survalorise les savoirs savants » (ibid.).

La recherche de comportements adaptés à la santé s'inscrit dans le *modèle global et positif de la santé*. Les objectifs cognitivo-comportementaux visés structurent une approche essentiellement behavioriste. « Il vise la suppression de l'erreur et l'adoption de bonnes conduites » avec un « renforcement positif des réponses adaptées à la situation de santé » (ibid.). Le behaviorisme, de l'anglais « behaviour » qui signifie comportement, est né aux Etats-Unis au début du XX^{ème} siècle et a connu un immense développement jusqu'en 1950. Il considère l'étude des comportements comme unique champ observable de l'activité psychologique. En excluant toute référence à la conscience et en s'opposant aux méthodes d'introspection, les approches behavioristes s'intéressent à l'analyse des relations qui existent entre les stimuli et les réponses du sujet. Le succès du behaviorisme est dû à l'ensemble des méthodes thérapeutiques qu'il a produites : les thérapies comportementales.

Le *modèle de l'existence d'un sujet autonome et citoyen* renvoie davantage à la connaissance de soi dans une approche psychosociale : « l'estime de soi, la confiance en soi, le sentiment d'efficacité personnelle ou de compétence personnelle, l'auto-détermination, afin de l'aider à se sentir libre de diriger sa vie, d'être maître de son projet de santé et de sa qualité de vie » (ibid.). Cette capacité du sujet à agir sur son environnement permet de définir la notion

d' « empowerment » (Tones et Tilford, 1994) qui recouvre une double posture réflexive : pour le sujet lui-même et pour le professionnel. Ce dernier se doit de « s'ajuster au processus d'apprentissage » et de « s'appuyer sur la formalisation des expériences ».

3. La mise en lien des modèles d'éducation et de santé

Chantal Eymard (2005) propose une modélisation générale des liens théoriques entre les modèles de la santé et les modèles de l'éducation à partir du tableau ci-dessus (document 2). Chaque cas illustre les caractéristiques d'une relation éducative en santé qui valoriserait un modèle « x » de la santé et un modèle « y » de l'éducation. Le schéma présente donc neuf approches possibles.

Document 2 : Modélisation des liens théoriques entre les modèles de la santé et les modèles de l'éducation (Eymard, 2005)

Les modèles en santé			
Modèles de l'éducation	Biomédicale	Globale et positive	Existence d'un sujet autonome et citoyen
Instruction	Utiliser les résultats de la science pour :	Se servir des résultats de la science pour :	Confronter les résultats de la science pour :
	Informer des éléments de savoirs nécessaires à la prévention des maladies au niveau individuel et collectif	Enseigner les savoirs visant l'adaptation, voire l'ajustage physique, psychologique et culturel du sujet et des groupes dans un environnement social en perpétuelle évolution.	Transmettre les savoirs nécessaires aux sujets et aux groupes, afin qu'ils puissent décider de leur santé dans un environnement social en évolution.
	Dans la maîtrise de la non maladie	Dans la maîtrise de la santé totale et globale	Le sujet conjugue son savoir expérientiel aux savoirs savants pour organiser son mode de vie.
Développement du sujet	Entrer en relation pédagogique avec le sujet ou le groupe afin de lui permettre de se connaître.	Entrer en relation pédagogique avec le sujet ou le groupe afin de développer la connaissance qu'il a de lui-même et de la société dans laquelle il évolue.	Entrer en relation éducative avec le sujet ou le groupe afin de lui permettre de se connaître et de connaître le monde dans lequel il évolue.
	Le diriger dans la connaissance de son potentiel énergétique pour lutter contre les maladies.	Piloter, guider le sujet ou les groupes dans la connaissance de l'interaction de l'individuel physique, psychologique et culturel au collectif, pour qu'il ajuste son comportement aux normes sociétales.	L'accompagner dans la prise de décision individuelle et collective concernant la santé, dans une connaissance du soi sujet et groupal évoluant dans un environnement social.

Interactions sociales	Diriger des projets de santé individuels et collectifs.	Manager des projets de santé individuels et collectifs.	Construire des projets de santé individuels et collectifs avec les sujets ou les groupes.
	Développer la conscience individuelle et collective des problèmes de lutte contre les maladies. Construire un projet social de lutte contre les maladies.	Développer la conscience individuelle de l'adaptation du sujet et des groupes sociaux, à un environnement en perpétuelle évolution.	Développer l'autonomie du sujet et des groupes sociaux pour favoriser les prises de décision individuelles et collectives quant à la santé de l'Homme, de la société et du monde.
	Amener le sujet à s'interroger par lui-même et le collectif dans une perspective de maîtrise de non maladie, pour le bien de soi et des autres.	Amener le sujet et les groupes sociaux à uniformiser leurs attitudes aux normes en vigueur, définies par des priorités collectives.	Amener le sujet ou le groupe à faire des choix individuels et collectifs, en tenant compte de son équilibre interne et d'une approche écologique des problèmes de santé.

Légende : Ce document propose une mise en perspective de la santé et de l'éducation selon les modèles dominants qui permettent de les caractériser.

Lorsque l'on rapproche éducation et santé, les choix éducatifs ont autant d'importance que les conceptions en santé. Les uns et les autres font débat au sein de l'Ecole et il est impossible de dire que l'un ou l'autre est « le modèle » développé dans le système éducatif français.

Ce modèle permet de distinguer selon nous trois situations éducatives propres au champ de la santé en milieu scolaire (tableau 2) :

- Transmettre et enseigner des savoirs en santé au sujet et au groupe,
- Etablir une relation pédagogique et éducative sur la santé avec le sujet et le groupe,
- Faire de la santé un projet personnel et collectif.

Tableau 2 : Entrée éducative des liens théoriques entre les modèles de la santé et les modèles de l'éducation (d'après Chantal Eymard, 2005).

Modèles de l'éducation	Les modèles en santé		
	Biomédicale	Globale et positive	Existence d'un sujet autonome et citoyen
Instruction (Modèle transmissif)	Transmettre et enseigner des savoirs en santé au sujet et au groupe		
	<i>Intention :</i> Faire éviter la maladie <i>Démarche :</i> Inform er sur les maladies	<i>Intention :</i> Aller vers le fait de maîtriser une santé totale et globale <i>Démarche :</i> Faire évoluer vers les attitudes physique, psychologique et culturelle souhaitées au regard des savoirs	<i>Intention :</i> Aider à organiser son mode de vie en conjuguant un savoir basé sur l'expérience à des savoirs savants <i>Démarche :</i> Permettre de décider en connaissance de cause de sa santé dans un environnement social en évolution
Développement du sujet (Modèle constructiviste)	Etablir une relation pédagogique et éducative sur la santé avec le sujet et le groupe		
	<i>Intention :</i> Diriger dans la connaissance de son potentiel énergétique pour lutter contre les maladies <i>Démarche :</i> Développer la connaissance de soi	<i>Intention :</i> Piloter, guider le sujet ou les groupes pour ajuster les comportements aux normes sociales dans la connaissance de ses besoins (physique, psychologique et culturel par rapport à soi et à l'autre) <i>Démarche :</i> Développer la connaissance de soi et de la société	<i>Intention :</i> Accompagner la prise de décision individuelle et collective concernant la santé, dans une connaissance de soi par rapport à autrui en tenant compte de l' environnement social <i>Démarche :</i> Aider à se connaître et à connaître le monde dans lequel on évolue
Interactions sociales (Modèle socioconstructiviste)	Faire de la santé un projet personnel et collectif		
	<i>Intention :</i> Faire s'interroger le sujet et le collectif afin de maîtriser la non maladie pour le bien de soi et des autres <i>Démarche :</i> Développer la conscience individuelle et collective des problèmes de lutte contre les maladies Diriger un projet social de lutte contre les maladies	<i>Intention :</i> Amener le sujet et le groupe à uniformiser leurs attitudes aux normes en vigueur définies par des priorités collectives <i>Démarche :</i> Développer la conscience individuelle de la nécessité de s'adapter personnellement et collectivement à un environnement en perpétuelle évolution Manager des projets de santé individuels et collectifs	<i>Intention :</i> Laisser le sujet ou le groupe faire des choix individuels et collectifs en tenant compte de son équilibre interne et d'une approche écologique des problèmes de santé <i>Démarche :</i> Développer l'autonomie du sujet et des groupes sociaux pour favoriser la prise de décision individuelle et collective quant à la santé de l'Homme, de la société et du monde Permettre de construire des projets de santé individuels et collectifs avec les sujets ou les groupes

Légende : le modèle propose de distinguer l'intention de la démarche. L'intention que se fixe le praticien lui permet de mobiliser certaines situations éducatives.

Ces trois situations permettent de définir pour chacune d'entre elles, deux niveaux de conception de l'intervention à l'École : une *intention* (ou motivation à intervenir) et une *démarche* (ou mobilisation de liens spécifiques en éducation et santé).

Si l'on considère le lexique employé, on observe :

- une progression lexicale horizontale (*éviter, maîtriser, organiser, ou diriger, piloter accompagner, ou faire s'interroger, amener, laisser faire des choix*) ;
- une progression lexicale verticale (*éviter, diriger, faire s'interroger, ou maîtriser, piloter, amener, ou, organiser, accompagner, laisser faire des choix*).

Une autre façon de penser cette modélisation consiste à se placer du point de vue des finalités pour le sujet (tableau 3).

Tableau 3 : Finalités d'une démarche de santé privilégiant l'entrée éducative (d'après Chantal Eymard, 2005).

		<i>Santé</i>		
		Connaissances à acquérir	Comportements à adopter	Capacités à développer
Education	Savoirs	Connaître la maladie	Recevoir des informations pour rester en bonne santé	Développer des savoirs pour un regard critique sur la notion de santé
	Savoir-être	Se connaître soi-même	Etre conseillé et orienté pour être bien dans sa peau	Développer sa liberté de penser
	Savoir-faire	Connaître son environnement	Etre conseillé et orienté pour vivre en société	Développer sa conscience collective et citoyenne

Légende : Les trois finalités de l'intervention en éducation à la santé (connaissances à acquérir, comportements à adopter, capacités à développer) s'appuient sur le développement de savoirs, de savoir-être et de savoir-faire.

L'éducation à la santé peut permettre d'aborder des savoirs, des savoir-être ou des savoir-faire. Ceux-ci visent alors des buts différents chez le sujet. Ces buts peuvent être l'acquisition de connaissances, l'adoption de comportements spécifiques ou le développement de capacités personnelles ou interpersonnelles.

Cette approche générale des relations entre éducation et santé ne laisse pas de place aux diverses thématiques (tabac, alcool, drogues...). La question se pose de savoir comment l'approche thématique, largement dominante dans le champ de la santé publique, peut être articulée avec une lecture centrée sur le développement de compétences par l'éducation.

II. La question des thématiques de santé

1. Des contenus définis en référence aux pratiques sociales

La spécificité des objets d'enseignement en matière de santé impose de prendre en compte leurs caractéristiques. Leur statut inhabituel dans le milieu scolaire de concepts à caractère juridique, idéologique et politique nécessite de les ancrer fortement dans un réseau notionnel et conceptuel issu de différents champs disciplinaires. Mais il convient également de tenir compte de savoirs implicites, voire cachés, chargés de valeurs, qui s'y trouvent associés (Lange et Victor, 2006). Ainsi, en l'absence de savoirs identifiés susceptibles de fonder ses contenus (une discipline académique), l'éducation à la santé fait appel aux pratiques sociales existantes dans le champ concerné, à ce qui est reconnu comme commun à un moment donné sans pour autant prétendre à l'universel. Ceci n'est pas spécifique à l'éducation à la santé ni même aux « éducations à ». L'éducation physique et sportive ou l'éducation technologique par exemple sont aussi dans cette situation. Le concept de pratiques sociales de référence, défini par Martinand dans le champ didactique¹³ consiste à mettre en relation les activités scolaires avec « les situations, les tâches et les qualifications d'une pratique donnée ». Le problème est que dans le domaine de la santé et plus généralement des

¹³ À propos d'un projet d'initiation aux techniques de fabrication mécanique en classe de quatrième, in A. Giordan (coord.). Diffusion et appropriation du savoir scientifique : enseignement et vulgarisation. Actes des Troisièmes Journées Internationales sur l'Education Scientifique. (pp. 149-154) Paris : Université Paris 7.

comportements privés, il n'y a pas, par définition, de norme sociale générale et reconnue par tous.

Si c'est essentiellement en référence aux thématiques de santé publique que se structurent les pratiques sociales, plusieurs cas de figure se présentent. Un certain nombre de comportements sont clairement encadrés par la Loi (drogues illicites, violences sexuelles, conduite sous l'emprise des psychotropes...). Les savoirs enseignés sont légitimés par le rôle de l'Ecole dans la formation du citoyen et l'éducation au « vivre ensemble » pour lequel le rapport à la Loi est central. D'autres comportements, s'ils restent du registre de la liberté individuelle, ne font pas l'objet d'un consensus social fort : c'est le cas notamment de la consommation de tabac, source de débats intenses. Enfin, pour d'autres, il n'y a pas une pratique sociale déterminée sur laquelle fonder la transmission soit parce que ce n'est pas possible pour des raisons éthiques de respect de la différence, soit par carence d'informations scientifiques ou de représentations sociales. C'est le cas notamment du domaine de la sexualité. Pour ce thème, c'est la référence à ce qui définit le « vivre ensemble » c'est-à-dire les valeurs de dignité, de liberté, de responsabilité, de laïcité comme de fraternité qui doit guider la définition des contenus et aussi les limites de la contribution de l'Ecole. Cette référence au statut social des thématiques constitue l'une des façons d'organiser les contenus en éducation à la santé. Une autre, basée sur la finalité éducative, peut être proposée.

2. Prendre soin de soi et des autres, éviter les conduites à risque

Il semble en apparence difficile de regrouper dans un même ensemble des activités éducatives aussi hétéroclites que celles ayant pour objet l'équilibre alimentaire, les rythmes de vie, les habitudes d'hygiène quotidienne, l'épanouissement de la sexualité de la personne, la prévention de la violence, des toxicomanies, de la prise de risques routiers, la diminution du risque cardiovasculaire ainsi que le développement d'un regard positif sur son propre corps ou le respect d'autrui... La question de l'unité de l'éducation à la santé en milieu scolaire est nécessairement posée car l'élaboration d'un programme listant les compétences à acquérir dans tous ces champs conduirait à la structuration d'un édifice lourd et confus. Or l'éducation d'une personne ne peut être basée sur

l'empilement de modules aussi bons soient-ils, il doit y avoir cohérence¹⁴. Ce qui est valable pour l'éducation en général l'est aussi pour l'éducation à la santé. L'empilement de séquences éducatives sur un vaste ensemble de thèmes conduits, de surcroît, à allouer un temps très court à chacune de ces séquences : le temps scolaire n'est pas extensible et les priorités éducatives sont bien nombreuses ! En général lorsque l'éducateur dispose de peu de temps, son action se limite à une information. L'ensemble de ces raisons ne peut que conduire à faire le deuil d'une approche exhaustive des problèmes de santé et risques potentiels. Cette liste de thèmes a, du reste, pour caractéristiques d'évoluer au cours du temps. Les comportements à promouvoir et les risques à prévenir, lorsque les élèves d'aujourd'hui auront atteint l'âge adulte, ne seront probablement pas les mêmes que ceux qui sont l'objet de l'éducation à la santé de nos jours. Il n'est d'autre choix que de faire confiance à l'apprenant et d'aborder l'éducation à la santé comme un tout faisant sens et prenant sa place au cœur de l'ensemble des activités éducatives de l'Ecole. Cette nécessité de cohérence éducative est loin d'être en opposition avec les apports des neurosciences¹⁵ et de la psychologie en particulier dans le domaine des conduites à risque. Les motivations qui conduisent à regrouper la consommation pathologique de psychotropes (alcool, cannabis, héroïne, cocaïne, anxiolytiques...), la prise de risques sportifs ou routiers, les troubles du comportement alimentaire ou le dopage, dans les conduites à risque sont liées au fait que bon nombre des facteurs psychologiques ou environnementaux qui les conditionnent sont communs. Identifier des éléments communs (sur lesquels l'éducation est susceptible d'avoir une action) ne veut bien évidemment pas dire que tous les objets de l'éducation à la santé soient solubles dans un seul et même cadre explicatif. Une telle approche ignorerait la complexité

¹⁴ D'une façon générale, l'une des causes les plus profondes de l'échec scolaire est localisée dans cette absence de perception de sens chez les élèves et au sentiment de passer arbitrairement d'un domaine de connaissance à l'autre.

¹⁵ Les bases neurochimiques des comportements addictifs sont communes : tous les psychotropes modifient la production de certains neuromédiateurs dans le système nerveux central et agissent sur la production d'hormones. On sait en particulier qu'une de leurs actions est d'accroître la production de la dopamine dans les structures du cerveau impliquées dans la régulation des émotions. Des stimulations d'une autre nature que la prise de psychotropes sont susceptibles d'avoir des effets de même nature. Il s'agit en particulier de la pratique physique intense, les sportifs acharnés qui doivent brutalement cesser leur activité peuvent être plongés dans un véritable état de manque physique. Le dopage est par ailleurs considéré par de nombreux auteurs comme étant une forme de toxicomanie. En tout état de cause, il existe un lien entre pratique physique de haut niveau, dopage et toxicomanie, cette dernière se développant particulièrement au cours de périodes de vulnérabilité : blessure, arrêt, baisse des résultats.

inhérente aux réalités humaines. Les questions posées par les conduites à risque (toxicomanies, risque routier, sportif, violence...) et celles relatives au « prendre soin de soi et des autres » (hygiène, nutrition, rythmes de vie, activité physique...) restent encore pour une large part différentes. Toutefois, il reste possible de trouver une certaine cohérence par l'analyse des facteurs qui, dans l'histoire de l'individu, sont susceptibles d'interagir avec la mise en œuvre de comportements mettant en cause sa santé et celle de la communauté. L'Ecole n'a ni la mission ni les moyens d'agir sur l'ensemble des aspects concernés. Pour autant, certains sont accessibles à l'action éducative en milieu scolaire. Des contenus spécifiques doivent indéniablement faire l'objet d'apprentissages. Il est probablement tout aussi inadéquat de réduire l'éducation à la santé à des apports thématiques que de la limiter au développement de savoir-être généraux (compétences personnelles et sociales au sens large du terme). Il est une nouvelle fois question ici d'articulation de dimensions différentes et irréductibles (document 3).

Document 3 : Les diverses thématiques de l'éducation à la santé peuvent se répartir en deux groupes. Celles qui sont centrées sur la prévention des conduites à risque et celles qui renvoient au prendre soin de soi et des autres.

Education à la santé et thèmes

Une action éducative qui vise à permettre aux élèves de :	
<ul style="list-style-type: none"> • Etre autonome en matière de santé • Faire des choix libres et responsables 	
Apprendre à prendre soin de soi et des autres	Eviter les conduites à risque
<p>« Prendre soin » ne renvoie pas à un mode de vie standardisé. L'action éducative ne peut être normative tant le poids des déterminants sociaux et de la diversité des situations humaines est grand. L'individu ne peut être tenu pour seul responsable de ses choix ni, corrélativement, être considéré comme le jouet de déterminants sociaux que le dépassent. Cette idée du « prendre soin » n'inclut aucun caractère moral, elle est centrée sur la capacité à choisir et la responsabilité qui sont des compétences citoyennes. Elle situe la santé non comme une fin en soi mais comme une condition de possibilité d'une vie pleinement humaine. Enfin, contrairement aux conduites à risque, les thèmes concernés ne sont pas nécessairement en lien avec une problématique sociale aiguë.</p>	<p>Les conduites à risque peuvent se définir comme « l'exposition d'une personne à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril »¹⁶. Il peut s'agir d'actes uniques ou d'habitudes installées dans la durée. Cette définition ne préjuge pas du caractère légal ou illégal des conduites. Cette approche des questions de santé par les conduites à risque n'a pas de caractère normatif et ne se réfère pas à une vie « sans risque ». Elle n'inclut aucun caractère moral, elle est centrée sur la capacité à choisir et la responsabilité qui sont des compétences citoyennes. Enfin, les thèmes concernés sont en général en lien avec des questions sociales vives.</p>

¹⁶ Le Berton (2003) *In* M. Bantuelle et R. Demeulemeester (dir.) « Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire » p.48.

<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation • Hygiène • Rythmes de vie • Sexualité • Activité physique • Sécurité (domestique, routière, professionnelle) • Apprentissage du porter secours • Usage du système de santé • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Usage de substances psychoactives licites ou illicites (toxicomanies, consommations à risque) • Violence dirigée contre soi ou contre les autres • Conduites dangereuses sur la route et dans le cadre d'activités sportives • Conduites sexuelles à risque • ...
<p>Dans les deux cas, il n'est pas possible de se référer à une causalité univoque, on retrouve toujours l'interaction entre les comportements considérés, les spécificités des personnes et de leur histoire et les déterminants environnementaux.</p>	
<p>Dans les deux cas, l'action en milieu scolaire se réfère à la citoyenneté et au vivre ensemble. Elle s'inscrit dans la double finalité de la création des conditions de la réussite de tous les élèves et de l'émancipation des personnes.</p>	

Légende : L'action éducative peut être définie en référence à « apprendre à prendre soin de soi » ou à « éviter les conduites à risque ». Pour ces deux axes, les comportements, l'histoire de l'individu et ses spécificités interagissent.

Ce chapitre a permis de situer le champ dans lequel se développe notre travail de recherche. Il importe maintenant de définir plus précisément l'objet de notre étude au sein de la problématique des relations existant entre éducation et santé. Nous allons ainsi développer le cas de la prévention de la consommation des produits psychoactifs et notamment du tabac.

I. Dépendance, usage nocif, usage : une problématique de santé

Les produits psychoactifs sont des substances d'origine naturelle ou synthétique qui, lorsqu'elles sont absorbées, modifient l'activité mentale, les sensations et le comportement. Il s'agit de ce que l'on appelle couramment les « drogues » (héroïne, cannabis, cocaïne...), l'alcool et le tabac mais aussi des classes de médicaments du système nerveux. Leurs effets incitent à un usage répétitif qui conduit à instaurer la permanence de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (dépendance psychique), voire même physiques (dépendance physique), survenant à l'arrêt de cette consommation qui, de ce fait, s'est muée en besoin (Académie de médecine séance du 28 novembre 2006). On parle alors d'addiction.

Le terme *addiction* vient du latin « ad-dicere » qui signifie « dire à ». En droit romain, il était utilisé pour désigner la contrainte par son corps de celui qui ne pouvait honorer ses dettes. Cette définition renvoie à la dépendance à autrui, à une position servile. Aujourd'hui encore, elle existe sous une forme mineure dans le droit français avec « la contrainte par corps »¹⁷. Ce terme apparaît aussi dans la langue anglaise avec le verbe « to addict » signifiant « s'adonner à ». La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux produits psychoactifs ou psychotropes¹⁸ (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (au jeu par exemple).

L'intérêt pour ces questions a émergé tardivement au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles. C'est l'alcoologie française, fondée par Fouquet en 1956, qui a permis d'insister sur l'interaction entre l'individu, le produit et l'environnement qui concourt à l'installation d'une maladie définie comme « une perte de la liberté de s'abstenir d'alcool ». Cette définition fut ensuite élargie à la consommation des

¹⁷ Code de procédure pénale, partie législative, titre IV, articles 749 à 762.

¹⁸ Selon Jean Delay en 1957 : « On appelle psychotrope, une substance chimique d'origine naturelle ou artificielle, qui a un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui est susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification ».

autres produits et à la mise en œuvre d'une addiction au jeu, à l'Internet, au sexe, etc.

Trois grands types de comportements dans la consommation de produits psychoactifs sont identifiés par la communauté scientifique internationale : la *dépendance*, l'*usage nocif* (ou l'abus)¹⁹ et l'*usage*. Ils permettent de prendre en compte la personne et ses comportements dans un environnement donné. Le produit n'est plus l'unique point de centration, autorisant ainsi d'extrapoler ce cadre d'interaction de facteurs aux addictions sans produit.

1. La dépendance

Certains donnent parfois une définition très large de *la dépendance* en la fondant uniquement sur le désir de se procurer tel ou tel produit ou de mettre en œuvre tel ou tel comportement. On pourrait donc être dépendant, par exemple, du chocolat... Même si des comportements de consommation compulsive existent, il nous semble important d'isoler la dépendance au sens strict de tels comportements. En effet, si l'on peut consommer de façon régulière et massive du chocolat, on ne peut parler de dépendance. Pour qu'il y ait dépendance, il faut à la fois qu'il y ait désir de se procurer les produits, perte de contrôle des quantités consommées, signes de sevrage et tolérance. A notre connaissance la tolérance, qui se manifeste par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet, n'a pas été décrite dans le cas du chocolat, pas plus que de l'existence d'un syndrome de sevrage. On peut être « accro » à tel ou tel comportement mais on ne peut considérer qu'il y a dépendance réelle que lorsqu'il y a perte de liberté avec cette consommation, lorsqu'il y a envahissement de l'existence par la recherche du comportement ou du produit considéré.

La définition proposée par Goodman (1990), et qui est reconnue aujourd'hui au plan international comme étant la référence, fait état d'« un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». Ce psychiatre américain renvoie ici à l'impossibilité de résister aux pulsions amenant à ce type

¹⁹ Nous utiliserons le terme usage nocif à abus qui a une connotation morale.

de comportements, à la sensation croissante de tension précédant immédiatement le début de ce comportement, au plaisir ou au soulagement d'abord, puis à la sensation de perte de contrôle pendant sa durée, et enfin, à la présence d'au moins cinq parmi neuf critères établis²⁰ qui soulignent l'aliénation de la personnalité au travers d'une dépendance allant parfois jusqu'à l'isolement social de l'individu²¹. Cette définition relève donc d'un esprit différent de celle proposée par l'OMS²² en 1969. L'OMS avait alors considéré la notion de dépendance comme étant « un état psychique et quelque fois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelques fois d'éviter le malaise de la privation ». La communauté scientifique ne se réfère plus à cette définition de nos jours. Son intérêt réside davantage dans la trace qu'elle laisse d'une terminologie dont le sens a évolué au cours du temps.

2. L'usage nocif

Il convient de distinguer la dépendance et l'*usage nocif* pour la santé, qui s'évalue par ses conséquences observables. Il ne comporte ni perte de contrôle ni obsession à se procurer le produit. « En revanche, l'abus (ou usage nocif) de substances psychoactives pose un réel problème conceptuel et de positionnement : il est difficile de parler de maladies alors que cet état est réversible, et en grande partie sous l'effet de la volonté du consommateur et qu'il ne se différencie que progressivement de la consommation d'usage. Toutefois, l'existence des

²⁰ Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation / Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine / Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement / Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre / Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales / Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement / Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique / Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.

²¹ Par exemple, « les consommateurs de cannabis ayant une longue histoire de dépendance à cette substance peuvent présenter de nombreuses difficultés à s'intégrer dans un milieu professionnel et réduisent leurs contacts sociaux à des personnes également dépendantes au cannabis » (Hüsler et al., 2005). Parallèlement, la dépendance physique au cannabis reste une question posée à la recherche, seule la dépendance psychique arrive à faire consensus.

²² OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

complications somatiques ou psychiatriques et des dommages sociaux, familiaux ou juridiques induits justifie de parler de « troubles liés à la consommation de... » (en anglais : « Substances Use Disorders ») et de proposer une véritable réponse sanitaire d'aide à la gestion de ces comportements nocifs » (Reynaud, 2002).

L'usage nocif d'un produit psychoactif peut s'accompagner (mais pas nécessairement) d'une problématique de polyconsommation. Une étude épidémiologique française montre que la consommation de cannabis est souvent associée à la consommation d'alcool et de tabac (Choquet et al., 2002). De manière générale, prendre régulièrement une des trois substances augmente la probabilité d'en consommer une autre. Dans cette étude, les jeunes qui ont été ivres au moins trois fois durant les trente derniers jours, sont non seulement plus souvent consommateurs réguliers d'alcool, mais aussi plus fréquemment consommateurs réguliers de tabac et de cannabis que ceux qui ne se sont pas ou peu enivrés (ibid.). Pour autant, l'augmentation de la consommation de cannabis dans la population occidentale n'a pas entraîné une augmentation de la polyconsommation de drogues, y compris celle des drogues « dures ».

Reynaud²³ décrit l'usage nocif comme étant « la résultante de l'interaction de trois facteurs rappelant l'équation à trois inconnues formulée par Olievenstein : un produit, une personnalité, un moment socioculturel. Le premier facteur de risque est celui lié au produit, et il est double : risque de dépendance et risque d'apparition de complications sanitaires, psychologiques ou sociales. Le second est représenté par les facteurs individuels de vulnérabilité que celle-ci soit d'ordre psychologique, psychiatrique, biologique ou génétique. Et enfin le troisième regroupe les facteurs environnementaux de risque tels que les facteurs sociaux, familiaux et socioculturels ».

3. L'usage

L'*usage* se réfère à trois modalités de consommation (Reynaud, 2002) : la non-consommation, la consommation socialement réglée, les usages à risque. Si « l'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages » (ibid.), il est considéré

²³ Cité par Michel Hautefeuille (2003).

« à risque » lorsqu’il renvoie à la consommation dans certaines situations, selon certaines modalités ou au-delà de certaines quantités. La frontière entre l’usage à risque et l’usage nocif reste assez floue et ne permet pas une distinction tranchée de certaines consommations, tout particulièrement celles ayant lieu dans un cadre festif par exemple. De même, la difficulté est de reconnaître le seuil à partir duquel l’expérience initiale est vécue, ressentie comme un besoin impérieux mais « normal », et le moment où la consommation de psychotrope devient pathologique sous la forme d’une dépendance à une drogue. La prise en compte du risque de comportements addictifs ne peut donc pas se satisfaire d’une logique de culpabilisation de l’individu. Cela reviendrait à considérer que les dimensions personnelles sont les seules responsables. Des entrées multiples sont nécessaires. Elle amène également l’idée qu’un objectif prioritaire est fixé : celui d’accompagner les prises de décision. Il n’est donc pas surprenant que si la progression des connaissances scientifiques a fait évoluer le concept d’addiction, par jeu réciproque, la prévention s’en trouve influencée.

II. Un statut culturel, social et juridique spécifique

1. Un objet socialement déterminé

Les addictions ne constituent pas un objet culturellement et socialement neutre. Leur statut diffère d’une société à l’autre. Selon les cultures ou les milieux de vie considérés le rapport aux produits et aux comportements diffère fortement. On n’entretient pas le même rapport à l’alcool, aux dérivés de la Coca et aux opiacés en Asie, en Europe et en Amérique du sud. Les consommateurs et le sens attribué à la consommation de produits illicites dans les années soixante (classes moyennes et supérieures, contre-culture, référence aux artistes, aux poètes) ne sont pas les mêmes que ceux des années quatre-vingts (milieux populaires, défonce, oubli) (Kokoreff, 2002). Pour ce qui concerne nos sociétés occidentales, Courty (2007) souligne le lien fort entre consommation en général et consommation de psychotropes. Selon lui, il existe une ambiguïté sociale autour de la consommation des produits en général. « La société actuelle souvent nommée « de consommation » semble être à son apogée en privilégiant l’avoir sur l’être. Certaines personnes ne semblent exister qu’à travers les marques de leurs

vêtements. Cet avoir leur permet d'être. Paradoxalement à cet avoir, on a besoin d'être et se développent gourous et coaches d'un nouveau prêt à penser. On retrouve cette idée même dans la consommation des produits psychoactifs. Consommer des substances n'est plus systématiquement associé à la déchéance mais de plus en plus en rapport avec la nécessité de la performance ou bien simplement de « tenir le coup ». Il y a cependant un large éventail de produits qui fait que malgré la baisse régulière des prix des drogues, ceux qui consomment de la cocaïne et ceux qui consomment du mauvais vin sont rarement les mêmes. Néanmoins, quelque soit le produit psychoactif, si elle renvoie à l'avoir, elle modifie toujours même temporairement l'être. Cette ambiguïté sociale par rapport aux consommations se retrouve également chez chaque individu dans sa singularité. Chacun juge toujours sa consommation avec son baromètre personnel et ce dernier est plutôt indulgent. « L'alcoolique, c'est toujours l'autre ! » Lorsque l'on tire le fil des addictions, c'est toute la pelote sociale qui vient avec.

2. Une évolution des représentations au cours du temps

De plus, les représentations sociales évoluent considérablement au fil du temps. Le cas du tabac est tout à fait flagrant. Jusqu'en 1950, le grand public ne croit pas à sa toxicité²⁴. La consommation de tabac est fortement encouragée du fait de sa valeur émancipatrice. Mais en 1953, l'alerte est donnée dans la presse, Paris-Match publie un article de Raymond Cartier titré : « Une bombe venue d'Amérique : chaque cigarette coûte une demi-heure de vie ! ». En réaction à l'inquiétude naissante, la Seita (Service d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes, société publique contrôlant la commercialisation du tabac) crée le Groupe d'étude sur la fumée du tabac, sous l'égide de l'Institut d'hygiène (prédécesseur de l'INSERM²⁵). En 1958, des chercheurs établissent une « corrélation certaine » entre cancer du poumon et cigarette. Malgré tout, le ministère de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ne semblent pas exprimer de craintes à ce sujet. En 1970, l'Organisation Mondiale de

²⁴ L'étude Princeps de Sir Richard Doll sur les médecins anglais débutée en 1948 une des premières grandes études épidémiologiques sur la toxicité du tabac et qui a été publiée dans le British Medical Journal (BMJ 1964, 1399-1410).

²⁵ INSERM : Institut National de la Santé et de la recherche Médicale.

la Santé qualifie la cigarette « d'instrument de mort ». Un début de mobilisation s'en suit. André Dufour de l'Académie de médecine écrit que « la cigarette est pour une femme enceinte une arme pointée vers son enfant ». On dénonce aussi le rôle du service militaire, au cours duquel des cigarettes sont vendues à bas prix aux jeunes recrues, soulignant la main mise de l'Etat français sur le tabac. Mais ce n'est qu'en 1972 que la CNAM²⁶ érige la lutte contre les toxicomanies (tabac, alcool et autres drogues) parmi les priorités de son action éducative. En 1975, un des tout premiers sondages de la SOFRES²⁷ sur le tabagisme montre que 85 % des français se disent informés sur les risques. En 1976, la Loi Veil précise qu'il est désormais interdit de fumer dans un grand nombre de lieux publics, en particulier ceux accueillant des jeunes. La période 1981-1987 est marquée par l'échec relatif des campagnes d'opinion, qui modifient certes l'image du fumeur, mais n'enrayent pas la hausse de la consommation. Le journal Le Monde constate en 1987 : « ce n'est plus au service militaire mais sur les bancs des collèges que les enfants apprennent à fumer, les filles autant que les garçons. » En 1991, la promulgation de la Loi Évin affirme la nécessité de protéger les non-fumeurs, notamment en n'autorisant le tabac que dans des endroits bien définis. Pour le milieu scolaire, cette loi prévoit l'interdiction de fumer dans les écoles, les collèges, les lycées, publics ou privés, ainsi que dans les universités et lieux d'enseignement professionnel. Les lieux, même découverts, fréquentés par les élèves, sont non-fumeurs (les textes interdisent donc à un chef d'établissement d'autoriser des élèves ou des professeurs à fumer pendant les cours ou dans la cour de récréation). Des salles fumeurs peuvent être mises à disposition du personnel à condition qu'elles soient distinctes des locaux d'enseignement et des salles réservées aux professeurs. Dans les lycées (lorsque les locaux sont distincts des collèges), dans les établissements supérieurs et de formation professionnelle, des salles spécifiques peuvent être mises à disposition des fumeurs mais elles ne sont accessibles qu'aux élèves de 16 ans et plus.

En 2003, la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac, adoptée à l'unanimité des 192 états membres de l'OMS, précise dans l'article 8 qu'« il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée de tabac entraîne la

²⁶ CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

²⁷ SOFRES : SOciété Française d'Etude par Sondage.

maladie, l'incapacité et la mort ». Cette question ne fait plus débat et l'objectif fixé par les états membres est le suivant : « protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac en offrant un cadre pour la mise en oeuvre de mesures de lutte antitabac par les Parties aux niveaux national, régional et international, en vue de réduire régulièrement et notamment la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac » (OMS, 2003). Un engagement politique fort se manifeste dans un certain nombre de pays, notamment européens. Les normes sociales relatives au tabac évoluent, de nouveaux interdits semblent possibles. Ainsi, une enquête IFOP²⁸ réalisée en 2005 montre que plus de 80% des français sont favorables à l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Fin 2006, le gouvernement promulgue un décret (décret n°2006-1386 du 26 novembre 2006) sur l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics suivant ainsi d'autres pays européens.

3. Le statut juridique des consommations

Les tensions culturelles et sociales relatives aux comportements addictifs resurgissent en permanence dès lors que la question de l'équilibre ou du déséquilibre entre répression et prévention est mise en avant. « Les représentations en matière de santé sont largement tributaires des normes collectives » (Lecorps et Paturet, 1999) et elles influent sur l'interdit. Celui-ci devient un régulateur des comportements en délimitant ceux rendus acceptables pour le plus grand nombre. Il fixe les frontières, il fixe les limites. L'Etat légifère et l'approche de la prévention s'en trouve modifiée. En effet, même si la prévention des addictions se réfère à la consommation des différents psychotropes addictogènes, le statut juridique du produit influence la façon de conduire une action de prévention (que l'on pense aux actions conduites en direction des consommations de tabac et de cannabis). L'Etat est constamment appelé à prendre position entre missions de santé publique (améliorer la santé collective en limitant les consommations) et libertés individuelles des citoyens alors que des psychotropes sont consommés dans toute la société (OFDT, 2006, 2007). C'est à

²⁸ IFOP : Institut Français d'Opinion publique.

la fois le statut juridique des produits et la façon d'aborder leur consommation qui sont en cause.

En France, une mission interministérielle, la MILDT²⁹, a d'ailleurs en charge ces aspects. Son plan 2004-2008 précise que la prévention doit tenir compte « des caractéristiques propres de chaque produit, des déterminants des conduites et des phénomènes culturels et générationnels ».

Il y a une différence fondamentale de statut entre la consommation de tabac ou d'alcool (légale), et celle illégale de cannabis ou des dérivés des opiacées. Dans nos sociétés occidentales, la plupart des consommations de psychotropes ont valeur de fléau du fait de la référence à une logique d'engrenage (du tabac au cannabis ou à des drogues « dures »). Comme le contexte survalorise cet aspect, le recours à la peur va en quelque sorte de soi. Pour autant, selon les pays européens, la consommation et la possession de cannabis sont traitées de manières différentes. Cela va d'une politique d'interdiction totale à une politique plus tolérante qui dépénalise la possession et l'usage personnel de ce psychotrope³⁰.

Les tableaux 4 et 5 présentent le cadre juridique français. Derrière ces tensions multiples, on perçoit que la prévention des addictions reste un sujet socialement complexe. Il n'appelle pas de réponse univoque. Ces tensions sont constitutives de cette thématique et donc, doivent être prises en compte comme telles dans les démarches de prévention.

²⁹ MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues et Toxicomanies.

³⁰ Seule la Suisse continue à considérer la consommation du cannabis comme une infraction pénale. Le Portugal est le seul pays qui ait explicitement dépénalisé la détention d'une petite quantité de cannabis, mais, dans les autres pays, divers mécanismes juridiques permettent de ne pas sanctionner cette infraction. La vente et la culture du cannabis, qui constituent partout des infractions pénales, sont cependant tolérées aux Pays-Bas et, à un moindre degré, en Suisse.

Tableau 4 : Principales mesures réglementaires et législatives nationales antérieures à 2006 sur les produits

Mesures réglementaires et législatives	Tabac	Alcool	Produits stupéfiants
31 décembre 1970 <i>Loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses</i> ³¹			- Interdit et pénalise l'usage et le trafic de toute substance ou plante classée comme stupéfiant, sans établir une distinction claire permettant de distinguer l'utilisateur du revendeur.
9 juillet 1976 <i>Loi Veil</i>	- Mention « abus dangereux » sur les paquets de cigarettes - Interdiction de fumer dans certains lieux à usage collectif Réglementation de la publicité sur le tabac		
19 janvier 1991 <i>Loi Evin</i>	- Hausse du prix des cigarettes - Interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif Interdiction de toute publicité directe ou indirecte sur le tabac	- Interdiction de publicité pour les boissons alcoolisées - Interdiction de distribution aux mineurs de documents ou objets en rapport avec une boisson alcoolisée Interdiction de la vente / distribution / introduction de boissons alcoolisées dans les établissements d'activités physiques et sportives	
29 août 1995 <i>Décret relatif à l'alcoolémie routière</i>		- Abaissement du seuil d'alcoolémie autorisé au volant à 0,5 g / litre.	
3 février 2003 <i>Loi relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants</i>		- Loi relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants	- Dépistages obligatoires en cas d'accident immédiatement mortel ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants
12 juin 2003 <i>Loi renforçant la lutte contre la violence</i>		- Loi renforçant la lutte contre la violence	

³¹ Le classement français des drogues est organisé par l'article L.5132-1 du code de la santé publique qui précise la catégorie générique des « substances vénéneuses », lesquelles regroupent : les substances stupéfiantes, les substances psychotropes, les substances inscrites sur les listes I et II et « certaines substances dangereuses ». Le choix de classement se fait en fonction des modalités de contrôle que la loi veut exercer sur tel ou tel produit : « ainsi, l'usage illicite de stupéfiant est interdit et son trafic puni de peines graduées jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité tandis que l'usage des autres substances vénéneuses (notamment substances psychotropes ou médicaments inscrits sur les listes I et II) n'est pas pénalement sanctionné et que les actes de trafic s'y rapportant ne sont passibles que d'une peine de deux ans d'emprisonnement ».

Tableau 5 : Principales mesures réglementaires et législatives nationales postérieures à 2006 sur les produits

Mesures réglementaires et législatives	Tabac	Alcool	Produits stupéfiants
15 novembre 2006 <i>Décret fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif</i>	- Lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail : établissements de santé, transports en commun, écoles, collèges et lycées publics et privés, établissements d'accueil, de formation ou d'hébergement des mineurs.		
5 mars 2007 <i>Loi relative à la prévention de la délinquance</i>		- Etre sous l'emprise de l'alcool est une circonstance aggravante de nombreux crimes et délits.	- Systématisation de la sanction de l'usage de stupéfiants : stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, ordonnance pénale pour les majeurs, composition pénale pour les mineurs. - Etre sous l'emprise de stupéfiants est une circonstance aggravante de nombreux crimes et délits.

Légende des tableaux 4 et 5 : Les principales mesures réglementaires et législatives relatives au tabac peuvent être mises en perspectives de celles concernant l'alcool et les produits stupéfiants³². On voit en particulier pour l'alcool que les pouvoirs publics agissent sur le seuil d'alcoolémie tolérée et que la valeur pénale de l'alcool progresse, en devenant en 2007, une « circonstance aggravante ».

4. Le contexte du décret de 2006 sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics

La promulgation du décret tabac de 2006³³ a nettement partagé en deux notre période de recherche entre 2005 et 2008. Ce décret est entré en application au 1^{er} février 2007. Il a été décrit comme une décision politique qui « créera une rupture dans les pratiques et les règles encore en vigueur en 2006 dans les lycées » (Karsenty et al., 2006). « Le premier état des lieux réalisé par l'OFDT³⁴ avait permis d'objectiver le retard pris par cette catégorie d'établissements scolaires dans l'application des lois de santé publique et de souligner l'urgence des changements nécessaires. On pouvait donc espérer une mobilisation plus importante des acteurs ». L'étude 2006 de Karsenty et Gómez, parue au lendemain de la parution du décret tabac au journal officiel, suit la même

³² Livret juridique : Drogues savoir plus. INPES, MILDT, Avril 2004 (réactualisé jusqu'en 2008).

³³ Décret n°1386-2006 du 26 novembre 2006.

³⁴ OFDT : Observatoire Français de Drogues et des Toxicomanies.

méthodologie qu'une étude identique conduite en 2002, avec le même maître d'œuvre : l'Institut d'Observation et de Décision (IOD). Les résultats de cette étude comparée montre que « parallèlement au renforcement des règles prohibant le tabac dans l'enceinte des lycées, la prévalence tabagique des lycéens a fortement diminué entre 2002 et 2006 ». Avant le décret, en 2002 comme en 2006, « les lycées dans lesquels les élèves peuvent fumer dans une salle mais pas dans une cour constituent une extrême minorité, de l'ordre de 1 % ». Il apparaît qu'en 2006, au moins 40 % des lycées pratiquent l'interdiction totale de fumer pour les élèves. Pour les autres établissements, les « zones fumeurs » étaient en progression (54 % en 2006 contre 40 % en 2002). Concernant la consommation tabagique des lycéens, le nombre de fumeurs réguliers baisse de 8 points en passant de 32 % à 24 %, et le nombre de fumeurs quotidiens ou occasionnels perd 9 points (35 % contre 44 % précédemment). La principale cause explicative est liée à l'augmentation du prix des cigarettes (Beck et al., 2006, Wilquin, 2006). Durant la même période, seul un élève sur cinq déclare se souvenir d'une action de prévention ayant eu lieu l'année précédente. Pour ce qui est des enseignants, il n'y a plus que 2 % des lycées où il est encore observé que les personnels fument en salle des professeurs (ils étaient 14 % en 2002). Mais 35% de ces salles restent de façon stable partagées en deux zones « fumeurs / non-fumeurs ». D'une façon générale, l'étude montre l'évolution des opinions quand à l'application de la Loi qui est jugée plus facile (par 83 % des personnels en 2006 contre 63 % en 2002). Est observé « un changement vers des positions moins pessimistes quant à la possibilité de faire appliquer la Loi au lycée » (Karsenty et al., 2006). Enfin, « comme pour les élèves, il semble qu'il y ait un effet propre des règles de l'établissement sur la prévalence tabagique des personnels ». Les données statistiques qui précèdent l'entrée en application du décret tabac montrent que des évolutions significatives ont été observées en quelques années. Globalement la consommation tabagique des élèves et des personnels diminue, les représentations sociales progressent en faveur d'une meilleure acceptation de l'interdit. Pour autant, les résistances observées semblent affirmées avec davantage de force et elle proviennent principalement des fumeurs, mais pas seulement. Un nombre significatif de lycées a mis en place des « zones fumeurs » ce qui souligne une

volonté d'entrer dans une démarche progressive de mise en place de l'interdit plutôt qu'un passage brutal.

Cette description du contexte social et juridique permet de montrer l'enjeu d'une démarche préventive contextualisée. L'évolution tant des mentalités que de l'arsenal législatif conditionne fortement la façon dont est perçue la question des consommations de psychotropes et donc des démarches de prévention. Le décret s'inscrit dans une évolution des mentalités concernant la consommation tabagique qu'il est indispensable de considérer. Il est probable qu'elle n'aurait pu être mise en place au moment de la promulgation de la Loi Evin en 1991 alors que cela a été possible en 2006. Toutefois, il importe de préciser qu'aucune des études publiées durant cette période ne pointe les difficultés attendues par les personnels et les élèves, notamment en ce qui concerne les publics les plus vulnérables (élèves ayant une réelle dépendance au tabac, tout particulièrement si ces élèves sont en internat).

I. Une dimension constitutive de la mission de l'Ecole depuis ses origines

1. Une mise en perspective historique

De la circulaire du 9 mars 1897 qui introduisit la lutte antialcoolique dans les programmes de l'enseignement primaire et secondaire (Nourrisson, 2002a) à celle de la rentrée 2005 (MEN, 2005) qui met en avant le rôle du ministère de l'Education nationale dans la lutte contre le tabagisme et la prévention des conduites addictives et précise qu'elle s'inscrit dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, coordonné par la MILDT³⁵, la mission de l'Ecole dans ce domaine n'a cessé d'être réaffirmée. « La prévention est partie intégrante de la mission éducative de l'Ecole » (MEN, 1998b), il ne s'agit donc pas de l'effet d'une mode ou de l'expression d'un regain des forces réactionnaires et répressives en matière de toxicomanie. La finalité ultime de l'éducation scolaire étant l'émergence de sujets libres et responsables, cette affirmation appuyée du rôle de l'Ecole n'a rien d'étonnant puisque l'addiction, se caractérise par l'assujettissement de l'individu à un comportement, notamment la prise d'un produit psychotrope. Comme nous l'avons indiqué précédemment, c'est « un comportement susceptible de procurer un plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par un échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de ses conséquences négatives » (Goodman, 1990). Autrement dit, c'est la perte de la liberté de s'abstenir de mettre en œuvre un tel comportement³⁶. Nous touchons bien ici au cœur de la mission de l'Ecole : donner aux individus les moyens de leur émancipation. La prévention des conduites addictives est ici pensée en référence à une éducation à la liberté.

Le système éducatif français présente des caractéristiques telles qu'il n'est pas possible de mettre en place n'importe quelle démarche de prévention. Toute

³⁵ Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

³⁶ En référence à la définition que Pierre Fouquet donnait de l'alcoolodépendance dans les années 50 (la perte de la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool).

intervention ne peut que respecter la « règle du jeu » du milieu scolaire, tenir compte à la fois des missions assignées à notre système éducatif et des valeurs qui le fondent. Ces « règles du jeu », au premier rang desquelles la distinction sphère privée/sphère publique, sont celles qui constituent le contrat entre l'Ecole et la nation. L'enjeu pour tous les acteurs de la prévention des conduites addictives en milieu scolaire est donc d'articuler des objectifs de santé publique (abaisser le niveau des consommations et des risques comme le prévoit le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool) à la mission de l'Ecole en ce domaine.

2. Sur quelle base fonder la prévention du tabagisme en milieu scolaire

a. Des constats

Le fait que la prévention des addictions (à l'alcool d'abord, au tabac ensuite) ait toujours constitué l'un des objectifs de l'Ecole républicaine ne conduit pas pour autant à ce que sa prise en compte comme objet scolaire se fasse sans difficulté. Compte tenu des spécificités de l'objet, plusieurs éléments saillants peuvent être mis en évidence :

1) La première difficulté pour l'Ecole est d'avoir à faire des choix en termes de savoirs, alors même que les données scientifiques dans ce domaine montrent des divergences, voire des contradictions. Il n'y a pas de « vérité » établie et définitive en la matière ;

2) Dans le même temps, les normes collectives évoluent de manière différente selon le produit. Le tabac renvoie aujourd'hui une image beaucoup plus négative du fumeur (Mélihan-Cheinin et al., 2003) que l'alcool, produit pour lequel les normes collectives évoluent très peu ;

3) La prévention des conduites addictives à l'Ecole doit être pensée de manière à établir dans quelle mesure les principaux modèles théoriques centrés sur les comportements en santé sont compatibles avec les objectifs fixés pour le milieu scolaire. Ces modèles ne sont pas neutres. Ils « prennent place dans une vision du monde, de la société et de l'homme, dans un type de rapport aux

données épidémiologiques, sociologiques ou psychologiques » (Jourdan et Berger, 2005). Plutôt que de détailler chacun de ces modèles théoriques, nous précisons les choix opérés pour cadrer les missions de notre système scolaire. De fait, tous les modèles ne sont pas acceptables au regard des décisions politiques prises en matière éducative. Notre objectif n'est pas de débattre de l'efficacité de tel ou tel modèle d'intervention, mais il est davantage de contextualiser l'activité du professionnel de l'Ecole dans un environnement sociétal plus large que celui de la classe ou de l'établissement scolaire et qui interroge de façon permanente son cadre de travail ;

4) D'autre part, les établissements scolaires n'ont pas vocation à être des lieux de soin. Dans le cadre d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) (MEN, 2000), « l'infirmière est [toutefois] habilitée à accomplir les actes et soins infirmiers relevant de sa compétence et notamment ceux nécessitant une prescription médicale qui, sauf urgence, doit être écrite, nominative, qualitative et quantitative, datée et signée (art. 4 et 5 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier) ». Ce texte officiel, à mettre en lien avec les différents décrets constituant les missions professionnelles des infirmières³⁷, fixe par exemple la liste des médicaments pouvant être utilisés en infirmerie. Le Norlévo (plus connu sous le nom de « pilule du lendemain ») a été rajouté à cette liste très restrictive après avoir fait l'objet d'un débat opposant des visions différentes des questions de sexualité dans notre société³⁸. Sur le registre de la prévention du tabagisme, l'aide à l'arrêt a constitué un autre sujet de débat assez vif avec l'arrivée du décret tabac de 2006 en France. Les limites jugées souhaitables pour intervenir en milieu scolaire n'ont pas été identifiées de la même façon par tous. Malheureusement pour les uns, paradoxalement pour certains, heureusement pour d'autres, les substituts nicotiques ne figurent pas dans la liste officielle du ministère de l'Education nationale, et ne peuvent donc être délivrés par les infirmières scolaires ;

³⁷ décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, etc.

³⁸ Bulletin officiel n° 15 du 12 avril 2001 concernant notamment l'application de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.

5) Autre constat, la nature même des interventions de l'Ecole dans ce domaine pose problème. Il existe une tension révélatrice de conceptions différentes du rôle de l'Ecole. La prévention du tabagisme et des addictions questionne très fortement les établissements scolaires au sujet de la manière la plus adéquate d'agir. L'Ecole a l'obligation de se soumettre à un cadre réglementaire appelant des démarches, des méthodes et des moyens d'actions qui ont été posés de façon dogmatique en France, et ce au sens étymologique du terme, c'est-à-dire renvoyant à une décision politique et philosophique. De fait, la question des changements de comportement qui restent en toile de fond des problématiques addictives, ne peut être envisagée selon n'importe quelle direction.

Il nous faut déterminer, à partir de ces constats, quelle posture préventive peut être conciliable avec les objectifs éducatifs de l'Ecole.

b. Une approche éducative de la prévention

Si le centre des préoccupations n'est pas la maladie ou même le comportement à risque mais la personne, ce n'est donc pas sur la connaissance des différentes conduites à risque que peut être assise en premier lieu l'activité de classe. Les bases susceptibles de fonder la prévention sont plutôt relatives à ce qui fait qu'une personne est capable de garder sa liberté vis-à-vis d'un produit ou d'un comportement, de mettre en œuvre telle ou telle attitude responsable pour elle comme pour autrui. On ne pourra donc ni réduire la personne à son comportement ni faire l'impasse sur l'étendue des déterminants qui sont à l'œuvre dans sa vie et dont la majorité échappe totalement à la sphère scolaire. L'éducateur se doit de faire preuve d'humilité, se situant en position d'accompagnement d'une personne à un moment de son histoire sans ambitionner une quelconque maîtrise.

Si aucune théorie ne peut prétendre rendre compte de la complexité des comportements humains, quelques unes des données obtenues sont toutefois susceptibles d'éclairer les acteurs de prévention (Bantuelle et Demeulemeester, 2008). Les études convergent notamment sur le fait que plusieurs types de facteurs sont susceptibles d'interagir avec le développement des conduites à risque : la personne elle-même, ses comportements et l'environnement. Ces

facteurs serviront de cadre très général pour proposer des pistes d'intervention en milieu scolaire³⁹.

► *Les facteurs liés à la personne*

Comment prendre en compte le fait que tout le monde ne devient pas dépendant de produits psychoactifs... Le produit ou le comportement en lui-même n'est pas seul en cause : le cas de l'alcool est tout à fait éclairant à cet égard. Bien que près de 95 % des plus de 15 ans en boivent, seule une fraction de la population française a une consommation problématique. Ce sont cinq millions de personnes qui présentent des difficultés médicales, psychologiques ou sociales liées à leur consommation (Ades et Lejoyeux, 1996). Pour autant, stigmatiser l'alcool, l'identifier au mal « en soi » ne peut être acceptable⁴⁰. Ceci est aussi valable pour les opiacés, psychotropes qui peuvent générer de puissants phénomènes de dépendance. Une très classique étude anglaise a montré que sur 11 882 patients traités par des opiacés dans le cadre de la lutte contre la douleur, seuls quatre d'entre eux ont présenté des manifestations de dépendance (Porter et Jick, 1980). Dans ce cas non plus, l'exposition au psychotrope ne suffit pas à expliquer la pharmacodépendance. D'une façon plus générale, les études récentes montrent que moins de 20% des personnes consommant des produits psychoactifs développent un usage nocif ou une dépendance (INSERM, 2001). Il est donc légitime de se préoccuper des raisons pour lesquelles seule une partie des consommateurs est en difficulté avec le produit.

Des travaux ont été conduits dans le but d'identifier les facteurs susceptibles de permettre de comprendre cette vulnérabilité particulière. Ils sont nombreux et relèvent des sphères biologique⁴¹ comme psychologique ou sociale. Pour ce qui est des déterminants personnels, les données obtenues ne sont pas toujours faciles à interpréter mais on retrouve souvent à un moment de l'histoire des personnes : « faible estime de soi, auto-dépréciation, timidité, réaction émotionnelle

³⁹ Nous suivrons ici de près le texte publié par notre équipe de recherche dans le numéro 43 (décembre 2005) de la revue *Ville École Intégration*.

⁴⁰ Et ce d'autant plus que des effets positifs de certains types de consommation d'alcool dans la prévention des maladies cardiovasculaires et certaines maladies neurodégénératives a été démontré.

⁴¹ Il existe une réelle inégalité biologique devant les différents produits ou comportements. La plus connue concerne la capacité à métaboliser l'alcool qui est plus faible chez la femme que chez l'homme. On a aussi montré de différences interpersonnelles dans la sensibilité aux psychotropes.

excessive, difficulté à faire face aux événements, difficultés à établir des relations stables et satisfaisantes, difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels » (Glantz, 1992). Autrement dit, il s'agit de difficultés dans la maîtrise des compétences personnelles et sociales⁴². Ces compétences correspondent à « la capacité d'une personne à répondre de façon adaptée aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est son aptitude à maintenir un état de bien-être, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » (Sandrin-Berthon, 1997). D'autres éléments interviennent en ce qui concerne la période spécifique de l'adolescence : la curiosité, le désir de tester des limites, la recherche de sensations nouvelles.

Il est important de rappeler ici que notre propos est bien de réfléchir à ce qui peut fonder l'action éducative et non la démarche thérapeutique. En effet, dès qu'il s'agit de conduites à risque, c'est en général d'abord vers la façon dont les personnes peuvent être soignées, accompagnées que se tournent les regards. Par exemple, la psychiatrie lie souvent la toxicomanie à une blessure narcissique vécue dans la petite enfance et développe des démarches de soin adaptées. La prévention des conduites addictives en milieu scolaire ne se situe pas dans le même registre. Elle est destinée à tous les élèves, et non limitée aux plus vulnérables d'entre eux ou à ceux qui rencontrent déjà des difficultés⁴³. Enfin, elle ne vise ni à réparer ni à combler des manques de ce type, ce que du reste elle ne pourrait pas réaliser. Son ambition de développement de compétences personnelles, sociales et civiques est nécessairement modeste.

L'essentiel pour l'éducateur réside dans le fait que l'absence d'information scientifique n'est pas le seul paramètre conditionnant la consommation. Une prévention visant à permettre aux personnes de garder leur liberté vis-à-vis des produits psychoactifs devra laisser une large place au développement de ces compétences personnelles et sociales.

⁴² Certains auteurs utilisent plutôt le terme de compétences de vie.

⁴³ Des dispositifs coordonnés par les équipes de santé scolaire et les RASED sont destinés aux élèves à besoins éducatifs spécifiques (circulaire n 2001-012 du 12 janvier 2001). La mission de « scolarisation des élèves malades chroniques ou en situation de handicap, pour prise en compte de leurs besoins particuliers au regard de leur scolarisation et pour contribution à l'éducation thérapeutique » relève de la compétence des médecins et infirmiers de l'Education nationale.

► *Les comportements eux-mêmes*

Les facteurs liés à la personne ne suffisent pas à rendre compte des conduites à risque. En effet, comme nous l'avons décrit précédemment, tous les comportements ne posent pas le même type de problèmes. Les démarches de prévention ne peuvent donc faire l'impasse sur la maîtrise par les adolescents de savoirs spécifiques sur les caractéristiques des produits, puisque tous ne se valent pas. Le discours dominant au cours de ces dernières années était volontiers négatif sur les vertus de l'information, il ne faudrait pas que cela conduise à une dévalorisation de l'action sur la composante rationnelle de la détermination des comportements. Tout comme il est inacceptable de réduire l'homme à une machine rationnelle susceptible d'opérer des choix en référence exclusive aux informations scientifiques, il est dangereux de négliger les savoirs nécessaires au discernement.

Concernant les consommations elles-mêmes, il existe une réelle diversité de rapports aux produits. Ainsi, dans le cas du cannabis, les conséquences sur le développement psychique et social d'une consommation occasionnelle, dont le but est récréatif, sont bien différentes de celles d'une consommation régulière, qui peut évoluer vers la dépendance⁴⁴.

Schématiquement, on distingue trois types de consommation en fonction de l'effet recherché par le sujet, ainsi que de leur impact sur le contexte social et relationnel dans lequel celle-ci se déroule (Marcelli et Braconnier, 2000) (document 4):

- *la consommation occasionnelle* dite festive dont le but est la curiosité, la recherche de sensations nouvelles, éventuellement de plaisir ou de stratégies pour se sentir appartenir à un groupe ;

- *la consommation auto-thérapeutique*, visant à l'apaisement d'une tension et qui est souvent associée à un début de démotivation générale et au décrochage scolaire. C'est une consommation plutôt solitaire, associée la plupart du temps à des troubles anxieux et à des troubles du sommeil ;

⁴⁴ Dépendance au cannabis chez l'adolescent en rupture de formation Thèse présentée à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université de Genève pour obtenir le grade de Docteur en Psychologie par Pablo CASCONI Novembre 2007.

- *la consommation toxicomaniaque* liée à la recherche d'un effet anesthésiant à la fois solitaire et en groupe, laquelle est associée à la rupture de la scolarité ou de la formation, aboutissant souvent à l'exclusion du système.

Document 4 : Les différents types de consommations de cannabis selon Marcelli et Braconnier (2000).

Types de consommation			
	Festive	Autothérapeutique	Toxicomaniaque
Effet recherché	Euphorisant	Anxiolytique	Anesthésiant
Mode sociale de consommation	En groupe	Plutôt solitaire	Solitaire et en groupe
Scolarité	Scolarité normale	Signes de « décrochage », problèmes de concentration, attention, redoublements, absentéisme non justifié	Rupture échecs répétés, expulsion du système, absentéisme prolongé, etc.
Activités sociales	Conservées	Limitées	Marginalisation plus de relations avec les personnes marginalisées
Facteurs de risque familiaux	Absents	Pas nécessairement présents	Présents relations pathologiques, conflits difficultés socio-économiques majeures, etc.
Facteurs de risque individuels	Absents	Présents troubles du sommeil, troubles anxieux, dépression	Présents

Légende : Les trois types de consommation sont décrits en fonction de l'effet recherché, de leur usage social, des incidences scolaires, des conséquences sociales, familiales et individuelles.

Du point de vue médical, « il y aura donc toujours des usages problématiques qui nécessitent des aides et des prises en charge et d'autres pour lesquels aucune intervention spécifique ne sera nécessaire » (Hautefeuille, 2003). Cette diversité est une donnée importante pour l'éducateur. En effet, on ne peut mettre sur le même plan ces différents types de consommation. La banalisation (qui défendrait une pseudo innocuité du produit) est tout aussi dangereuse que la dramatisation (qui voudrait présenter tous les consommateurs de cannabis comme des toxicomanes dépendants appelés à passer à des drogues plus « dures »).

Un autre aspect de ces comportements doit être souligné, c'est celui de leur sens. Dans tous les cas, il y a un lien entre les besoins de la personne et ses comportements mis en œuvre. Le recours aux différents comportements et produits peut aussi être interprété comme moyen de satisfaire les besoins fondamentaux de l'individu (Maslow, 1989). Il existe, par exemple, des liens

entre consommation de tabac ou de cannabis et besoin d'appartenance. D'autres pratiques sont liées à la gestion du mal-être. La conduite à risque ne peut être considérée comme un élément extérieur à la personne, à l'image d'un parasite qu'il suffirait d'ôter pour que l'individu en soit libéré. Elle prend place dans l'équilibre global de la personne humaine, elle répond à des besoins. Il y a danger à isoler le comportement, à le considérer comme une chose à part. Une approche éducative de la prévention des conduites à risque se devra donc de permettre aux enfants d'identifier et d'exprimer leurs besoins fondamentaux et de porter un regard lucide sur les façons de les satisfaire.

Enfin, ces comportements n'ont pas tous le même statut aux yeux de la Loi. Ainsi, même si le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France, sa consommation n'en est pas moins légale, tandis que les données épidémiologiques ne permettent pas d'identifier de façon claire les conséquences de la consommation illégale de cannabis en terme de mortalité⁴⁵. La prévention dans le cadre de l'apprentissage du vivre ensemble ne peut faire l'impasse sur un travail concernant la Loi.

► *Le rôle de l'environnement*

Les facteurs liés à la personne et les comportements eux-mêmes ne suffisent pas pour décrire la complexité des phénomènes. Comme nous l'avons indiqué précédemment, le rapport aux produits et aux comportements diffère fortement selon les cultures ou les milieux de vie considérés. Le rôle des stéréotypes sociaux véhiculés en particulier par les médias, et qui jouent un rôle dans certaines conduites doit être souligné : performance dans la vie professionnelle et consommation de produits psychostimulants, morphologie des top-modèles et troubles du comportement alimentaire, consommation d'alcool et prise de risque pour être un « vrai homme ».

Plus fondamentale est encore l'influence du milieu familial sur les habitudes alimentaires, les rythmes de vie, l'hygiène, le rapport aux produits psychoactifs.

⁴⁵ Peu de données fiables sont disponibles du fait de la nature du produit et des difficultés spécifiques de dosage. Selon l'étude Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (2005), le nombre annuel de victimes directement imputable au sur-risque de responsabilité attaché à une conduite sous cannabis serait de l'ordre de 180 tués, sur une base de 6 000 accidents mortels par an.
http://www.inserr.org/securite_routiere/documents/Etude-SAM-octobre2005.pdf.

Les relations à l'intérieur de la famille ont un impact déterminant : « un faible niveau d'encadrement, d'autorité et d'implication parentale, une attitude coercitive, injuste et incohérente de la part des parents, la perception par l'enfant d'un manque de proximité des parents sont autant de facteurs de risque pour la survenue d'un usage nocif ou d'une dépendance » (INSERM, 2001). De la même façon, le groupe des pairs joue un rôle important dans l'initiation et la consommation de psychotropes.

Il existe donc une influence forte de l'environnement sur les comportements liés à la santé : la famille, les pairs et le bain culturel et médiatique. Il est néanmoins important de préciser que même si l'on peut considérer qu'il existe des « psychotropes de riches » et des « psychotropes de pauvres », des « comportements de riches » et des « comportements de pauvres », le milieu socioculturel d'origine se révèle sans relation nette avec l'apparition d'un usage nocif ou d'une dépendance⁴⁶. L'usage de produits comme béquille psychologique n'est pas spécifique d'un milieu ou d'un type de comportement, l'objet de la prévention du tabagisme ou des addictions en général dépasse largement la prévention de comportements marginaux (ESCAPAD, 2005)⁴⁷.

Cette approche des conduites à risque rejoint celle basée sur le renforcement des facteurs de protection⁴⁸. Les déterminants de la santé et du bien-être d'un côté et ceux des conduites à risque de l'autre, sont les deux faces d'une même réalité simplement observée sous des angles différents. Une faible perception du risque ou la recherche systématique de sensations sont des facteurs de risque tout comme le fait d'avoir une connaissance de soi suffisante ainsi qu'une appréciation du

⁴⁶ Dans l'étude « Les usages de drogues des adolescents parisiens. Analyse de l'enquête ESCAPAD Paris 2004 » publiée en décembre 2005, François BECK, Stéphane LEGLEYE et Stanislas SPILKA montrent par exemple que « concernant les produits les plus courants (tabac, alcool, cannabis et médicaments psychotropes), la cartographie se dessine très clairement : les jeunes du nord-est parisien [milieu social modeste] apparaissent toujours moins consommateurs et le sud-ouest [milieu plus aisé] présente toujours une plus grande proportion d'usagers, et ce quel que soit le produit ou le niveau d'usage ».

⁴⁷ Des travaux ont montré que 12 à 18 % des français exerçant des professions de cadres supérieurs à haut stress indiquent se doper sans avis médical et consommer des tranquillisants, des antidépresseurs ou des psychostimulants. En ce qui concerne les étudiants, l'enquête MNEF a permis de montrer que 25% des étudiants prennent des tranquillisants ou des psychostimulants en période d'examen, taux qui passe à 40 % parmi les étudiants en médecine !

⁴⁸ Le ministère de l'Education nationale a signé, en 2003, un contrat cadre de partenariat avec le ministère de la Santé. Il prévoit notamment des actions qui visent à renforcer les facteurs de protection chez les enfants et les jeunes avec une approche globale de la santé.

risque adaptée constituent des facteurs de santé. Les facteurs de protection sont le reflet des facteurs de risque.

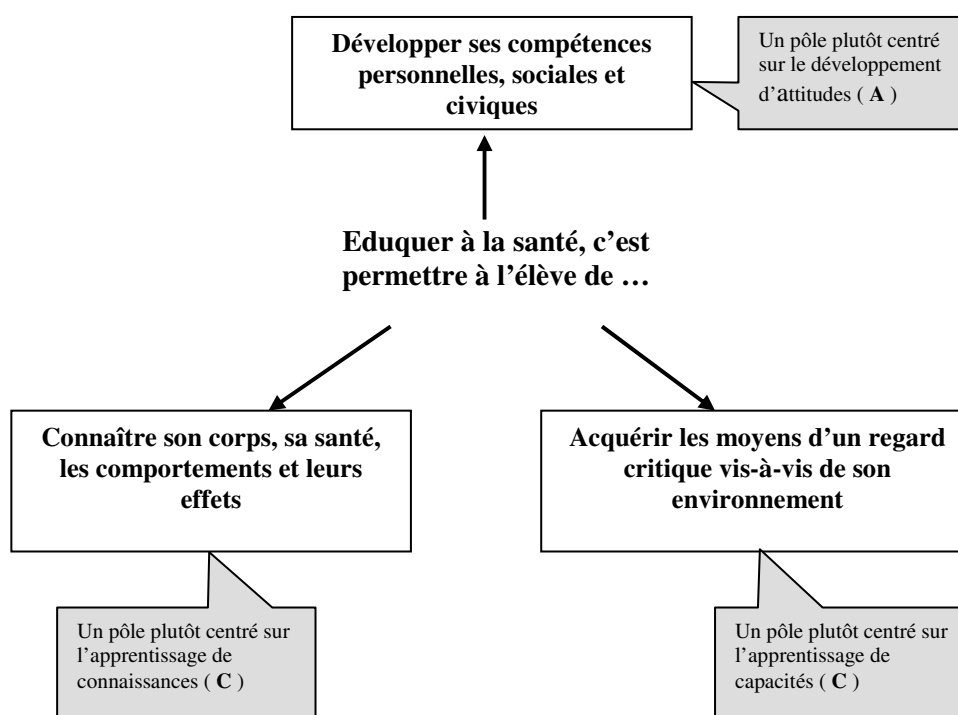
3. Quelles conséquences pour l'activité éducative ?

On peut considérer que la réflexion précédemment développée n'apporte rien de bien neuf. Sans doute, mais cette simple mise à plat des éléments déterminants (qui, nous le rappelons, n'est qu'une lecture parmi d'autres possibles) contribue à situer l'action éducative autrement qu'en rapport exclusif à l'information des élèves tout en restant strictement dans le cadre des missions de l'Ecole. Elle permet de souligner l'importance (figure 2):

- d'une *prise en compte des facteurs individuels* (estime de soi, gestion du stress, gestion du risque, capacité à communiquer ...) et donc de permettre au jeune de développer des capacités d'agir, de choisir, de décider d'une manière autonome et responsable, des capacités d'affronter la réalité et de faire face aux conflits, etc. ;
- du *rôle de l'environnement social et en particulier médiatique* (stéréotypes de ce qu'est un homme « bien » ou une femme « bien », identification symbolique aux modèles ...) ;
- et des *effets spécifiques des produits et des conduites* (on ne peut exercer un jugement critique sans éléments rationnels de jugement...). Il s'agit de permettre aux élèves d'aborder des comportements qui ne sont pas univoques, qui tiennent une place spécifique dans le développement des personnes, dans le champ social. Des comportements pour lesquels de nombreuses dimensions sont intriquées : symbolique, rationnelle, morale, juridique, individuelle, sociale... La dimension éthique étant, là aussi, déterminante tant les risques de stigmatisation du buveur, du fumeur ou du drogué sont considérables.

C'est d'une part au travers des activités pédagogiques en classe, et d'autre part du « vivre ensemble » à l'échelle de l'établissement que vont pouvoir se développer les interventions éducatives.

Figure 2 : Cadre général de modélisation



Légende : Figure présentant les différentes dimensions de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Cette illustration est construite sur la base de la circulaire du Circulaire n° 98-237 du 24/11/1998 qui concerne l'éducation à la santé et à la citoyenneté et sur les contenus du socle commun de connaissances et de compétences (décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006). Les trois pôles de la modélisation proposés sont : les attitudes (A), les connaissances (C), les capacités (C).

❖ *Compétences personnelles sociales et civiques*

Dans le domaine du développement des compétences personnelles, la connaissance de soi est en position centrale, elle constitue la base sur laquelle peuvent être construites les compétences sociales. Les activités de classe dans les diverses disciplines permettent de promouvoir la connaissance de soi dans toutes ces dimensions biologique, psychologique et sociale.

Le développement de l'estime de soi est aussi un objectif en tant que tel. Il est même le premier critère de référence proposé aux écoles du réseau européen des écoles promotrices de santé (ENHPS, 1994), suivent ensuite des éléments relatifs à la communication au sein de l'établissement, à l'environnement de l'École... Seront donc sollicités tous les aspects de la vie de l'établissement qui y contribuent. Dans le cadre spécifiquement pédagogique, les éléments déterminants

sont bien évidemment liés à la nature des relations existant entre les professeurs et les élèves mais aussi à la mise en œuvre d'activités visant spécifiquement les compétences personnelles. Ces activités sont centrées sur le développement des capacités d'expression des élèves. Ainsi, si toutes les disciplines sont évidemment concernées certaines offrent un cadre tout particulièrement adapté : expression orale et écrite, activité théâtrale ou poétique, éducation civique, éducation physique, éducation artistique.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, il existe un lien entre conduites à risque et situation de conflit ou de mal-être. Il s'agit ici de permettre aux élèves de disposer de moyens pour faire face à certaines des situations difficiles de l'existence autrement que par le recours aux psychotropes ou à la violence envers soi ou autrui. C'est la maîtrise du langage qui constitue le pivot de cet aspect qui inclut un travail sur la reconnaissance et l'explicitation des situations de tension, l'identification de ses émotions et de celles des autres, la mise en œuvre de divers moyens de gestion des conflits, le rôle structurant de la Loi, etc.

❖ *Connaissances*

Si, une fois encore, l'ensemble des disciplines est concerné, c'est surtout sur certaines d'entre-elles qu'il est possible de s'appuyer. En l'occurrence, il s'agit ici des sciences de la vie et de la Terre (dimension scientifique) et de l'histoire géographique (dimension juridique et sociale). Dans le domaine de la prévention des conduites addictives comme dans tous les autres, il convient de tenir compte des caractéristiques de l'apprentissage. D'abord que l'on n'apprend pas à la place de l'élève et que, sans sa participation réellement active, les apprentissages ne prennent pas sens dans un ensemble plus vaste. Ils sont comme un vernis déposé en surface qui disparaîtra rapidement. Ensuite qu'un enfant, comme un adulte, est toujours « complet », il ne passe pas de l'ignorance au savoir. Il dispose toujours d'un modèle explicatif du réel, de son propre fonctionnement qui est organisé et cohérent. Chacun possède une conception de l'effet des comportements sur la santé. Tout apprentissage consiste en fait en une réorganisation du savoir de l'élève. La prise en compte de ses conceptions est un préalable indispensable dans

le domaine de la santé qui met en jeu le corps et la relation que l'enfant entretient avec lui mais aussi les peurs, les angoisses...

❖ *Environnement*

Le travail a pour finalité de contribuer à développer chez les enfants la résistance à l'emprise de l'environnement et se développe selon trois axes : une éducation aux médias, une prise de recul vis-à-vis des stéréotypes sociaux et un décodage de la pression exercée par les pairs. Toutes les disciplines enseignées à l'Ecole sont concernées même si l'histoire géographie, les lettres et les arts offrent sans doute un cadre plus propice aux apprentissages. L'ECJS⁴⁹, au lycée, constitue aussi un temps privilégié.

Habituellement, les activités se limitent au premier pôle. Prenons exemple de la prévention du tabagisme. Des programmes, souvent très pertinents au plan pédagogique, permettent aux élèves de s'approprier des savoirs et des savoirs faire relatifs au tabac et aux addictions en général. Cet aspect nécessaire gagnerait à être complété par (1) un travail sur l'image de soi, la perception du corps, la confiance en soi et (2) des activités visant à développer un regard critique par rapport aux stéréotypes médiatiques et à la pression des pairs.

Autrement dit, éduquer à la santé revient à permettre à l'enfant de développer des capacités d'agir, de choisir, de décider d'une manière autonome et responsable ainsi que des capacités d'affronter la réalité et de faire face aux conflits. Il est évident que l'objectif du développement de ces compétences n'est pas l'apanage de la prévention, il s'agit des objectifs généraux de toute éducation humaine. Ces compétences sont développées dans le quotidien de la classe et pas seulement au cours de séquences spécifiques.

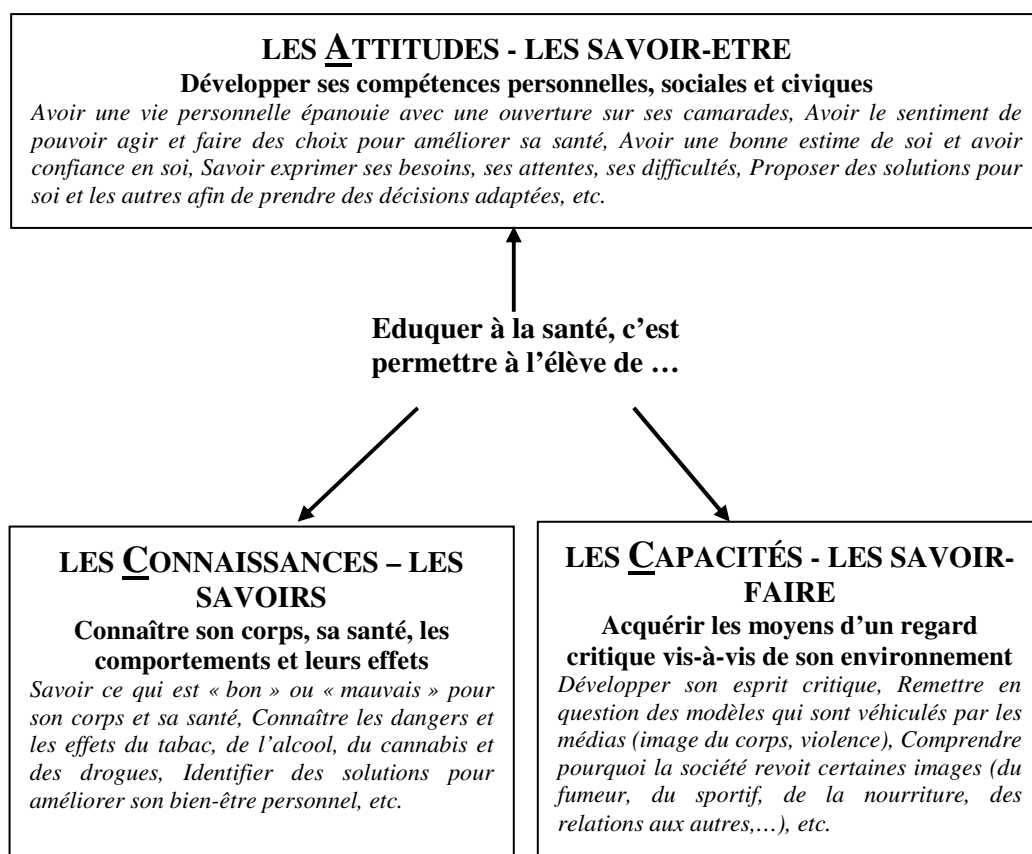
Le modèle que nous proposons s'inscrit dans cette démarche ancrée sur la circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998 qui précise qu'« à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité,

⁴⁹ Education Civique Juridique et Sociale

dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences ».

En se référant au socle commun, il est possible de détailler plus avant les connaissances et les compétences correspondant aux trois pôles (figure 2 bis). Si pour le volet éducatif dans le champ de la santé, le socle commun auquel nous nous référons n'est valable que pour ce qui concerne la scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans, il n'en demeure pas moins que la modélisation que nous proposons trouve toute sa pertinence pour la scolarisation au lycée du fait de sa parfaite compatibilité avec une éducation à la citoyenneté.

Figure 2 bis : Proposition de modélisation de l'éducation à la santé en milieu scolaire



Légende : Figure présentant les différentes dimensions de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Cette illustration est construite sur la base de la circulaire du Circulaire n° 98-237 du 24/11/1998 qui concerne l'éducation à la santé et à la citoyenneté et sur les contenus du socle commun de connaissances et de compétences (décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006). Trois axes d'intervention sont proposés dans ce schéma. Tantôt les actions peuvent relever des Attitudes (savoir-être), tantôt des Connaissances (savoirs), tantôt des Capacités (savoirs-faire). Cette figure s'inscrit dans les instructions officielles du milieu scolaire et il est conçu pour guider l'activité des professionnels de l'Ecole.

II. Un état des lieux de la prévention des addictions en milieu scolaire

La bibliographie relative à l'efficacité des dispositifs de prévention du tabagisme est considérable. Sans doute à la mesure de l'ampleur du problème de santé publique qu'il représente. L'essentiel de cette production émane de centres de recherche mettant en œuvre une approche biomédicale des questions de prévention. Les travaux issus des recherches en éducation sont très rares. Ce fait n'est pas sans conséquence sur la nature des études disponibles et la « transférabilité » de leurs résultats. Nous nous proposons ici de décrire les méthodologies utilisées dans les études disponibles ainsi que leurs intérêts et limites avant de faire le point des principales données disponibles.

1. Les caractéristiques de méthodologies employées dans les études évaluatives

Nous avons déjà discuté dans l'introduction la question des présupposés épistémologiques sur lesquels sont fondés les recherches en éducation et santé. En matière d'évaluation, deux grandes conceptions sont présentes.

- la première, se référant à l'approche « épidémiologiste » ou « biomédicale », mesure l'atteinte d'objectifs préalablement fixés pour une population donnée (augmenter le taux de non-fumeurs dans un lycée par exemple).

- la seconde, se référant aux approches « communautaires », souhaite que les objectifs et les moyens mis en œuvre pour les atteindre, voire les méthodes d'évaluation, soient déterminés par la population elle-même, empêchant ipso facto tout protocole d'intervention ou d'évaluation préalablement défini (INSERM 2001). L'évaluation est ici un processus impliquant l'ensemble des acteurs dans le but de l'améliorer (document 5).

Document 5 : Principaux traits des évaluations en fonction du type de programme mis en œuvre (INSERM, 2001).

Approche dominante des programmes		
	Traditionnelle positiviste : éducation pour la santé	Postmoderne : promotion de la santé
Actions interventions		
Définition des objectifs	par les expérimentateurs	par la population concernée par le programme
Types d'objectifs	inciter et aider à adopter des comportements favorables à la santé	provoquer des changements organisationnels (mouvement social et/ou citoyen) et environnementaux favorables à la santé
Evaluations		
Objectifs	mesure des effets du programme : amélioration des connaissances, des compétences, des attitudes et des comportements de santé	examen du processus de déroulement du programme : suivi et vécu des étapes
Approche dominante	quantitative : mesure d'indicateurs	qualitative : analyse des phénomènes et des ressentis vécus par la population
Point de vue épidémiologique	approche expérimentale : efficacité scientifiquement déterminée	approche développementale : efficacité démocratiquement déterminée (Tones, 2000)
Positions éthiques	acceptation de l'idée de l'expérimentation dans le domaine des sciences sociales et éducatives à la condition que les individus y consentent après avoir été informés	refus d'utiliser les individus et les groupes sociaux comme des objets d'expérimentation dans le domaine des sciences sociales et éducatives

Légende : Deux approches des programmes sont proposées selon qu'il s'agisse de programmes traditionnels positivistes ou de promotion de la santé. Pour chacun de ces types de programmes sont distinguées les actions, les évaluations et les positions éthiques.

L'essentiel des publications est constitué par des analyses ou méta-analyses scientifiques. Celles-ci ont été conduites sur la base de pré-requis issus de la méthode expérimentale qui consiste à comparer l'évolution d'une population ayant bénéficié d'un programme éducatif à celle d'une population n'en ayant pas bénéficié ou ayant bénéficié d'un programme alternatif.

Evaluer l'impact des pratiques afin d'en déterminer les plus pertinentes est étroitement lié au débat sur les données probantes d'intervention en santé, avec en arrière-plan des questions budgétaires. Dans cette perspective, les années quatre-vingt-dix étaient déjà très fortement marquées par les « evidence-based practices » ou pratiques fondées sur des données probantes. Celles-ci s'appuient sur des recherches principalement basées sur une méthodologie expérimentale de type

RCT (Randomized Clinical Trials). Ces essais cliniques randomisés sont à la base de nombreux travaux épidémiologiques⁵⁰. Ils ont largement marqué les modes de recueil de données. Leur traitement statistique demande de limiter les biais. La randomisation (tirage au sort) contribue à atteindre cet objectif. Si les populations sont prises « au hasard », c'est aussi pour veiller en amont de l'intervention à ce que les populations comparées soient comparables, en vue de déterminer la plus value réelle du programme. Les travaux actuels visant à définir de « bonnes pratiques » en éducation à la santé avancent de façon importante (par exemple dans le cadre du projet européen « Getting Evidence into Practice », IUHPE 2005). Le réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la santé a établi un référentiel de bonnes pratiques⁵¹. Ces éléments sont en concordance avec une autre analyse d'efficacité conduite en santé mentale au Québec (INSPQ, 2008). « Les études évaluatives réalisées ces vingt dernières années ont permis d'identifier certaines caractéristiques propres aux interventions efficaces (Blanchet, 1993, Domitrovich et Welsh, 2000, Greenberg et al., 2001, Lemarquand et al., 2001, United States Department of Health and Human Services, 2001, Webster-Stratton et Taylor, 2001) ».

Néanmoins, « même pour celles et ceux qui adhèrent à la vision positiviste de la science et à la méthode expérimentale qui sous-tendent les RCT's, les défis à établir l'efficacité de la promotion de la santé selon cette approche sont considérables et, pour de nombreux types d'interventions, à toutes fins pratiques insurmontables » (O'Neill, 2004).

De plus, la transférabilité des résultats est une question récurrente des évaluations de santé publique. Deux positions contradictoires peuvent être mises en évidence. Certains considèrent qu'il existe des principes universels dans l'éducation qu'il suffit d'extraire des programmes efficaces et de transférer aux acteurs, notamment les enseignants, pour qu'ils les mettent en œuvre dans leur classe. À l'opposé, d'autres pensent que toute action d'éducation à la santé ou de prévention est surdéterminée par son contexte socioculturel et qu'il est impossible de généraliser

⁵⁰ Nous retiendrons pour définition de l'épidémiologie la définition de Barker & Rose (1984) : « Epidemiology [is] the study of the distribution and determinants of disease in human populations ».

⁵¹ In Bantuelle, M., Demeulemeester, R. (2008) : « Référentiel de bonnes pratiques : Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire ». INPES éditions.

des données issues d'une expérience, le transfert est impossible. Ces positions diamétralement opposées conduisent symétriquement à des impasses. Il n'en reste pas moins que l'utilisation des données de la bibliographie internationale ne peut se résumer à un transfert direct des informations et des résultats.

Une limite importante que l'on peut formuler de bien des études est de ne pas assez prendre en considération l'*effet Hawthorne*. On appelle *effet Hawthorne* les résultats, positifs ou négatifs, qui ne sont pas dus à des facteurs expérimentaux mais à l'effet sur les acteurs que la conscience de participer à une recherche et le fait d'être l'objet d'une attention spéciale exercent sur eux (Bernoux, 1985). Cet effet concerne donc autant les groupes « test » que les groupes « témoins ». Les gens réagissent positivement au fait d'être l'objet d'un traitement spécifique, même si cet effet n'est pas durable. Il a été montré que la productivité en entreprise était accrue indépendamment de la nature du changement mis en place. Cet effet, mis en évidence par les sociologues des organisations, est sans doute l'un des facteurs confondant le plus puissant dans l'interprétation des résultats des études publiées. Il est indiscutable que cet effet innovation est susceptible d'expliquer des échecs dans les tentatives de généralisation d'un programme de prévention.

Enfin, dans l'analyse de l'échec de nombreux programmes à obtenir un changement, on peut également considérer que l'approche éducative et/ou son évaluation étaient mal conçues. En effet, les approches éducatives initiales étaient souvent naïves, et reposaient sur des modèles explicatifs des comportements assez frustes, voire erronés, non renseignés par les théories existantes. Ainsi, la théorie du déficit d'information comme raison du comportement à risque a été le seul fondement des premiers programmes. Quant aux méthodes d'évaluation, elles étaient inadaptées et la puissance statistique souvent insuffisante pour détecter des changements. Or, il ne faut pas confondre la conclusion « aucune différence n'a pu être observée entre ceux qui ont bénéficié d'un programme de prévention et ceux qui n'en ont pas bénéficié » avec « le programme n'est pas efficace » (INSERM, 2001).

2. Les principales études disponibles

Du fait de la multiplicité des interactions à l'œuvre, il n'est pas possible de se limiter à une étude pour tirer des conclusions quant à la pertinence de telle ou telle démarche éducative. Des méta-analyses ont ainsi été conduites (tableau 6). Pour les auteurs de ce type de travaux, c'est sur la capacité des programmes à modifier des comportements que doit ultimement porter l'évaluation. Cette perspective est très réductrice aussi, d'autres éléments sont pris en compte. L'INSERM (2001) propose cinq catégories de mesure :

- l'acquisition de connaissances ;
- la variation d'attitudes (avec gradation des réponses) ;
- la modification déclarée de comportement (avec ou sans contrôle biologique) ;
- l'acquisition d'aptitudes à réagir face à une situation pour les participants ;
- la modification d'un certain nombre de caractéristiques personnelles, comme l'intention d'adopter un comportement, le sentiment d'efficacité à réagir face à une situation, l'estime de soi, quantifiables à partir d'échelles psychométriques validées.

D'une manière générale, la classification des programmes est variable et difficile avec des entrées plus ou moins englobantes. Tobler (1997) propose une classification large des programmes. Ils peuvent être « interactifs » (prise en compte des influences sociales et acquisition de compétences génériques) ou « non-interactifs » (apport de connaissances et travail sur les attitudes).

Battjes (1985) classe les approches éducatives utilisées dans les programmes de prévention de l'usage de produits psychoactifs selon quatre types d'approches :

- Approche rationnelle : fournir de l'information sur les effets et les conséquences (cours, jeux de questions réponses, montrer des substances) ;
- Approche développementale : accroître l'estime de soi, augmenter l'autonomie, apprendre à prendre des décisions, relations avec les autres (cours, discussion, résolution de problèmes, jeu de rôle) ;

- Approche sur les normes sociales : accroître l'autonomie, accroître l'estime de soi, réduire l'ennui (développement d'activités alternatives, programmes sociaux collectifs, tutorat, développement d'activités de loisirs) ;
- Renforcement social : détecter les pressions sociales à consommer, apprendre à y réagir, reconnaître les effets physiques et sociaux immédiats.

Hansen (1992) caractérise les programmes en fonction des thèmes retenus :

- Information : apport d'information biologique, légale, historique ;
- Décision : enseignement de stratégies pour identifier les problèmes, générer des solutions possibles, choisir entre différentes alternatives ;
- Engagement : demande d'engagement à ne pas consommer pour les participants ;
- Clarification des valeurs : mise en regard des valeurs personnelles et des comportements qui devraient en découler ;
- Fixation d'objectifs : apprentissage de la fixation d'auto-objectifs et du suivi de leur réalisation ;
- Gestion du stress : apprentissage de la gestion du stress par l'action ou par la relaxation ;
- Estime de soi : développement d'images positives sur soi, gestion des idées négatives ;
- Résistance : repérage des pressions sociales et développement de l'affirmation de soi ;
- Compétences générales : apprentissage de compétences sociales comme la communication et la gestion des conflits interpersonnels ;
- Normes : correction des normes imaginaires en informant sur les prévalences réelles des consommations de psychotropes ;
- Assistance : écoute et conseil ;
- Alternatives : développement d'activités autres.

Thomas (2002) montre que la moitié des études concernant la prévention du tabagisme en milieu scolaire et utilisant l'approche dite des influences sociales, avait un effet à court terme. Les interventions basées seulement sur de

l'information sont en revanche inefficaces. La meilleure étude est celle qui s'inscrit sur le plus long terme. Cependant, le Hutchinson Project a montré que 65 leçons réparties sur 8 années de scolarité n'avaient pas d'effet. Les résultats sont donc plutôt négatifs (Peterson et al., 2000).

Dans leur ensemble, les résultats des revues de littérature publiés dans la Cochrane Library⁵² sur l'efficacité d'intervention en prévention du tabagisme en milieu scolaire mettent en avant les préconisations suivantes :

- Ne pas développer de nouveaux programmes ;
- Réorienter les ressources ;
- Faire arrêter les adultes ;
- Campagnes sur les manipulations des fabricants de cigarettes ;
- Augmenter le prix du tabac.

Les conclusions des principales méta-analyses sont résumées dans le tableau 6.

Tableau 6 : Tableau récapitulatif des principales méta analyses internationales sur les programmes de prévention des conduites addictives

Auteur(s)	Année	Nombre de programmes considérés	Principales conclusions
<i>Tobler</i>	1986	143 programmes de prévention de l'usage des substances psychoactives en milieu scolaire ou communautaire	Catégorisation des programmes en « interactifs » (prise en compte des influences sociales et acquisition de compétences génériques) ou en « non-interactifs » (apport de connaissances et travail sur les attitudes)
	1992	Analyse d'un sous-groupe de 91 programmes	Meilleure efficacité des programmes interactifs centrés sur le tabac
	1997	120 programmes (de 1978 à 1990)	
<i>Bangers-Drowns</i>	1988	33 programmes en milieu scolaire aux Etats-Unis ou au Canada entre 1968 et 1986	Ont permis les acquisitions de connaissances et les changements d'attitudes Ont limités les changements de comportements
<i>Lanvin et al.</i>	1992	25 études sélectionnées	Les établissements scolaires sont des lieux privilégiés de promotion de la santé
<i>Hansen</i>	1992	45 publications sur des programmes d'intervention	¾ des programmes ont eu un effet positif sur les comportements (tabac, alcool, cannabis) Plus d'efficacité pour les programmes fondés sur les influences sociales
<i>Bruvold</i>	1988	84 programmes en milieu scolaire sur la prévention du tabagisme entre 1970 et 1980	Les approches traditionnelles sont plus efficaces en terme d'apports de connaissances que de modification de comportements contrairement aux approches prenant en compte les déterminants psychosociaux

⁵² Des études ont également été réalisées sur l'effet des actions communautaires et des médias sur le tabagisme des jeunes (Sowden et Arblaster, 2000).

<i>Bruvold</i>	1993	94 programmes en milieu scolaire sur la prévention du tabagisme entre 1980 et 1990	En ce qui concerne les croyances, il n'y a aucune différence identifiée entre des interventions plus traditionnelles (basées principalement sur l'apport d'information factuelle sur les drogues, leurs effets et leurs conséquences) et des interventions basées aussi sur d'autres principes tels que le renforcement social (incluant l'acquisition de capacités pour reconnaître et résister aux pressions sociales). Ces dernières obtiennent par contre davantage d'impact sur le comportement tabagique.
<i>Thomas</i>	2002	23 programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire (évaluation RCT) entre 1984 et 1999	Résultats sont plutôt négatifs pour un programme composé de 65 leçons réparties sur 8 années de scolarité n'avaient pas d'effet. Leviers identifiés : Ne pas développer de nouveaux programmes, réorienter les ressources, faire arrêter les adultes, campagnes sur les manipulations des fabricants de cigarettes, augmenter le prix du tabac.
<i>Mukoma and Flisher</i>	2004	9 études considérées en Afrique du Sud et de l'Est	Les établissements scolaires sont des lieux privilégiés de promotion de la santé

Légende : Les conclusions principalement avancées confortent l'idée de l'importance de prendre appui sur le milieu scolaire en matière de prévention. Les approches visant à développer les compétences psychosociales sont identifiées comme davantage efficaces.

3. Des résultats contrastés

D'une façon générale, comme nous venons de la montrer, les recherches sur l'efficacité de la prévention des consommations de produits psychoactifs et notamment de tabac en milieu scolaire montrent un bénéfice très inégal selon les programmes considérés (Tobler, 1997, 2000, Thomas, 2002). De nombreuses études ne montrent même aucun effet des programmes, en particulier en terme de changement de comportement. Ces résultats ne signifient pas pour autant qu'aucun critère de pertinence n'apparaît. Certains éléments tendent à faire consensus. Ainsi, des facteurs tels que la prise en compte de l'environnement social et physique de l'École, l'allocation de temps, la durée de mise en œuvre des programmes, la participation active des élèves, le développement des compétences psychosociales semblent avoir un impact déterminant sur l'effet des dispositifs (INSERM, 2001). Les méta-analyses montrent que les interventions multifactorielles et globales sont les plus efficaces (Steward Brown, 2006).

La participation « active et interactive » des élèves est un facteur identifié de réussite plus grande que la simple diffusion d'informations dispensées pendant le temps de la classe en matière de santé (Saint Leger, 1999a, 1999b). Le travail sur les habiletés sociales (particulièrement pour les adolescents) et personnelles des élèves permet de compléter utilement cette approche, ces habiletés étant identifiées comme des facteurs de protection (INSPQ, 2008).

La durée d'intervention doit être suffisamment longue et étalée sur plusieurs années pour être réellement efficace (Tobler, 1997, Tobler et al., 2000). Les interventions ponctuelles sont remises en cause : « les programmes brefs produisent des effets à court terme ». Webster-Stratton et Taylor (2001) préconisent plus de vingt heures par an pour les enfants et les parents. Cette inscription dans la durée permet une adaptation des actions « à leur expérience et à leur niveau de maturité et en les coordonnant avec les programmes scolaires » (Williams, 1990). Cette concordance avec les programmes scolaires est même élargie par des interventions spécifiques pour les enseignants et l'environnement scolaire (Cuijpers, 2002 ; Lemarquand et al., 2001). L'action simultanée sur plusieurs facteurs constitue un critère d'efficacité (Simar et al., 2007), et davantage encore dans les milieux sociaux favorisés (Ross et Chia-Ling, 1995⁵³). Pour autant, nombre d'évaluations de programmes ne permettent pas de mettre en évidence leur efficacité sur le plus long terme. Augmenter la durée d'un programme pose d'autres problèmes liés aux mouvements de la population scolaire. De plus, l'efficacité et la pérennité des interventions de santé en milieu scolaire dépendent du degré de liaison à l'activité principale de l'École, à savoir le développement des compétences scolaires et des connaissances des jeunes (Saint Leger, 1999a, 1999b).

De même, la durée d'implication des acteurs dans le projet conditionne fortement la nature des pratiques dans le domaine de l'éducation à la santé et à la citoyenneté (Tones 1994, Kam et al. 2003, Pateman et al., 1999, Simar et Jourdan, 2008). Le réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la santé souligne deux nécessités : « les personnes responsables de la mise en application de l'intervention doivent avoir une excellente connaissance

⁵³ Cité par l'Institut canadien d'information sur la santé (2005).

du programme et du milieu ; elles doivent être à l'aise avec la dynamique de groupe et avoir de bonnes capacités relationnelles » (United States Department of Health and Human Services, 2001). Les ressources nécessaires doivent bien sûr avoir été mises à leur disposition.

Ces travaux se heurtent cependant à de sérieuses difficultés quant à l'utilisation des données probantes. Dans le cadre d'une approche structurée de l'évaluation (Birchmayer et Weiss 2000), il convient de travailler de manière approfondie la prise en compte du contexte, de l'opportunité et de la densité des interactions à l'œuvre dans le processus éducatif. Les méthodologies disponibles sont diverses, la justification du recours à une ou plusieurs est un préalable indispensable.

III. Une perspective d'ensemble : la promotion de la santé

Le rapide état des lieux de la prévention à l'École que nous venons de réaliser est riche en informations même s'il ne permet pas de définir de bonnes pratiques. Il souligne la pertinence des approches qui dépassent la simple transmission d'informations sanitaires.

En cohérence avec ces données, le ministère de l'Éducation nationale a choisi de se placer dans une perspective de promotion de la santé (MEN, 1998, 2001, 2003, 2005). La promotion de la santé n'est pas une simple combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel. Elle prend appui sur des habitudes et des conditions de vie favorables à la santé des individus, des groupes ou des collectivités (Green et Kreuter (1999) *in* Promotion & Education, 2004⁵⁴). Elle « représente une stratégie médiatrice entre les gens et leur environnement, qui établit la synthèse du choix personnel et de la responsabilité sociale en matière de santé pour créer un avenir plus sain » (Romano, 2004).

⁵⁴ Promotion & Education, Actes du colloque organisé par l'INPES avec la collaboration de l'UIPES, Hors série 1, 2004, article de Michel O'Neill

Après avoir décrit l'origine historique du concept de promotion de la santé, nous nous référerons à la modélisation proposée par Downie et Tannahill (1996) pour l'explicitier⁵⁵.

1. Le cadre général : créer les conditions de la réussite scolaire

Il n'est pas facile de délimiter le champ de l'éducation à la santé à l'Ecole. La santé est présente dans toutes les dimensions de la vie à l'Ecole qu'il s'agisse d'une démarche de prévention des consommations de psychotropes, de l'intégration d'un enfant ou d'un adolescent porteur de handicap ou de maladie chronique ou bien d'une démarche globale à l'échelle de l'établissement portée par le CESC. Le texte le plus général sur la santé à l'Ecole est le programme quinquennal de prévention et d'éducation (2003). Ce texte précise le cadre dans lequel les questions de santé prennent place à l'Ecole. Il se situe dans une perspective de « promotion de la santé » dont la finalité n'est pas définie en terme de conduites à risque ou d'indicateurs de santé mais en référence à l'émancipation des individus et des populations. Selon la Charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé vise à donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. Le concept de promotion de santé dépasse l'individu pour penser la communauté et prendre en compte les interactions entre la personne et son environnement tant physique qu'humain. Dans notre système éducatif, elle se voit assigner deux objectifs. Il s'agit d'une part de permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires à des choix libres et responsables en matière de santé et d'autre part de créer les conditions de la réussite possible de tous les élèves. L'insistance sur le « tous » les élèves est liée à l'attention particulière portée à ceux qui présentent une vulnérabilité liée à un handicap, leur situation sociale ou de santé. Le texte définit la mission de l'Ecole dans ce domaine de la façon suivante : « L'Ecole a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Elle participe également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, en articulation

⁵⁵ Même si cette modélisation n'est pas à la base des écrits du ministère français de l'Education nationale.

avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité. C'est pourquoi la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative ». Tous les acteurs de l'Ecole (parents, enseignants, personnels médicosociaux, encadrement, vie scolaire, service, administration) sont appelés à contribuer à cette mission, chacun dans le champ précis des missions qui lui sont conférées. Les acteurs issus du champ sanitaire et social, assistants sociaux, infirmiers, médecins ont un rôle d'expert, de conseillers au service du projet pour lequel les actions éducatives seront essentiellement le fait des parents et des enseignants ; les équipes d'encadrement et de vie scolaire jouant, quant à elles, un rôle déterminant dans l'analyse des besoins, l'élaboration et le suivi du projet. Pour autant, le nécessaire partenariat entre ces acteurs ne s'improvise pas, il est le résultat d'une démarche collective durable qui conduit à l'émergence d'une culture commune (Mérini, 2002, 2008). Dans cette perspective, la formation des acteurs se révèle être un enjeu capital.

L'idée est qu'au delà des éléments constitutifs des enseignements dans diverses matières, l'éducation à la santé ne peut prendre tout son sens que dans la mesure où elle s'insère dans une démarche plus vaste de promotion de la santé au sein de l'école, du collège ou du lycée. Or d'un réel investissement en matière de vie collective au sein de l'établissement, d'accueil des élèves, de relation aux parents et aux partenaires, de présence de services sociaux et de santé, les activités pédagogiques en éducation à la santé restent formelles. Elles ne sont qu'un verni superficiel qui a bien peu de chance de rejoindre la personne humaine dans la dynamique de son développement. Les textes appellent à cette prise en compte de l'éducation à la santé au cœur du projet éducatif : « l'éducation à la santé prend appui sur la transmission de savoirs et de connaissances et passe par l'organisation du cadre de vie à l'Ecole et des activités éducatives⁵⁶ ». Le projet d'établissement

⁵⁶ Circulaire n° 98-237 du 24/11/1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège.

constitue un outil au service d'une intégration de la santé dans la vie de l'Ecole. Selon les situations et les besoins perçus à la suite d'une analyse de la réalité locale, le projet peut inclure une « dimension santé » impliquant divers partenaires (parents, spécialistes de la prévention, municipalité ...). Cette « dimension santé » n'étant que l'un des éléments d'un projet incluant plusieurs composantes. Cette intégration du projet santé dans le projet d'établissement est bien dans la logique d'une approche partenariale, elle contribue à faire de l'éducation à la santé un objet commun à tous les acteurs de l'Ecole.

En second degré, les établissements disposent d'un outil institutionnel, le CESC (Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté) qui s'intègre à la politique globale de réussite des élèves⁵⁷. Ses missions sont de contribuer à l'éducation à la citoyenneté, de préparer un plan de prévention de la violence, de proposer des actions pour aider les parents en difficulté, de lutter contre l'exclusion et enfin de définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risque. Le CESC constitue une instance de réflexion, d'observation et de veille qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière de prévention, d'éducation à la citoyenneté et à la santé, intégré au projet d'établissement. Cette démarche globale et fédératrice vise à donner plus de cohérence et de lisibilité à la politique de l'établissement.

Les choix réalisés dans le système éducatif français prennent place dans une dynamique qui le dépasse largement. La promotion de la santé est en fait un courant, comme bien d'autres, qui a une histoire propre et émerge dans des conditions sociohistoriques particulières.

2. La promotion de la santé : une mise en perspective historique

L'engagement officiel de la communauté internationale en faveur de la promotion de la santé est intervenu au cours de la Première Conférence internationale sur la promotion de la santé en 1986 à Ottawa (Canada). La Charte d'Ottawa, issue de cette conférence, établit les fondements de la promotion de la santé: « La santé est engendrée là où les gens vivent, aiment, travaillent et s'amusent ». Cette

⁵⁷ Circulaire N°2006-197 du 30-11-2006 : Protection en milieu scolaire. Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté. Il est à noter que les écoles primaires peuvent aussi être partie prenante dans les CESC ce qui permet d'établir une cohérence plus grande en matière d'éducation à la santé et de prévention.

Charte précise que « la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (OMS, 1986). Cette charte inclut cinq domaines d'action : (1) la promotion de la santé devient planifiée au niveau international et par chaque pays afin d'élaborer des politiques pour la santé ; (2) dans ce sens, les services de santé sont réorientés ; (3) l'action ne porte pas seulement sur les individus mais sur la création d'environnements favorables ; (4) l'entrée communautaire est valorisée en renforçant son action ; (5) l'objectif de permettre l'acquisition d'aptitudes individuelles est énoncé.

Cette approche est maintenant largement répandue à l'échelon mondial. Elle appelle des actions sur les cadres favorisant la santé des populations, en leur conférant les moyens de l'améliorer et d'en assurer un plus grand contrôle. Plus qu'un état, la santé revêt une image positive et devient une quête qui suppose de « favoriser et consolider un potentiel de bonne santé » (OMS, 1986) et non plus seulement, de se limiter à la lutte contre telle maladie ou tel problème de santé⁵⁸. Réseaux et programmes donnent ensuite vie à cette approche. On parle alors des « écoles-santé », des « hôpitaux-santé », de « lieux de travail-santé » ou encore de « villes-santé ». Cette démarche émerge à l'échelon international dans années 80 et s'enracine en fait dans un courant pédagogique plus ancien. C'est la pédagogie de l'émancipation, formalisée par Paulo Freire qui sous tend la promotion de la santé⁵⁹.

En instituant ce type d'entrée, nous voyons que la somme de l'état de santé des individus n'est plus un critère pertinent. La faculté d'anticipation des facteurs « perturbateurs », des « risques » devient centrale pour caractériser l'état de santé d'une organisation, d'une communauté.

C'est donc bien l'individu dans son environnement qui est privilégié. Objectifs, stratégies ou encore mesures prises doivent donc mettre l'accent sur le développement et le changement des structures, en faisant collaborer les secteurs, les disciplines et les organes multiples de décision, en axant leur travail sur la participation et la responsabilisation des communautés. « Le concept de

⁵⁸ Rappelons que la santé a été définie en 1946 par l'OMS comme « un état de bien-être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité. »

⁵⁹ Paulo Freire: « La pédagogie des opprimés », livre paru en 1969.

promotion de la santé formalisé en 1986 dans la Charte d'Ottawa, qui reste un point de référence, a élargi la démarche éducative, en mettant en avant la responsabilité collective. Il ne s'agit plus seulement d'éduquer les individus mais de favoriser les mobilisations et les changements collectifs en prenant en compte les déterminants psychosociaux et sociétaux à l'origine des comportements et des attitudes défavorables à la santé » (Ardwinson et al, 2001).

Les conférences suivantes viendront étayer cette prise de position sans finalement apporter de bouleversements majeurs, mais elles préciseront néanmoins un certain nombre de pistes opérationnelles complémentaires.

Lors de la Conférence d'Adélaïde de 1988, la santé est décrite comme étant à la fois un droit fondamental de l'homme et un investissement social pertinent. Cette conférence réaffirme l'alliance forte entre les membres présents en faveur de la santé publique. Dans ce sens, elle a appelé instamment les gouvernements à promouvoir la santé en liant entre elles les politiques économiques, sociales et sanitaires. La dimension partenariale de cette démarche est soulignée, avec en toile de fond l'importance de l'équité en matière de santé. Ainsi, les gouvernements sont incités à se tourner vers le monde de l'entreprise, des syndicats et des organisations non gouvernementales.

Parmi les quatre domaines définis pour guider les politiques de santé publique, le tabac et l'alcool sont identifiés comme deux grands problèmes de santé appelant une action immédiate. Cet « esprit Adélaïde » a caractérisé ensuite le travail mené par de nombreuses organisations internationales, des pays et des autorités locales. Ce fut le cas par exemple de l'UNICEF⁶⁰ qui a intégré les domaines d'action de la Charte d'Ottawa dans sa stratégie de la santé de 1995, tandis que de nombreux pays d'Europe ont élaboré depuis, des actions axées sur la « santé de la nation ». L'individu, son comportement, son rôle social, son avenir constitue le socle de cette démarche.

La Conférence de Sundsvall, en Suède, en 1991 a souligné le lien essentiel entre la santé et l'environnement. Elle revendique que l'environnement conditionne en

⁶⁰ UNICEF : United Nations Children's Fund.

partie la santé de l'individu. Sa dimension sociale, spirituelle, culturelle, économique, politique et idéologique est à considérer dans les choix politiques qui sont menés. Arguant que la promotion de la santé englobe les grands déterminants susceptibles d'engendrer une meilleure santé, la conférence de Sundswall s'est particulièrement intéressée aux domaines de l'instruction, de l'alimentation et de la nutrition, du logement et de l'habitat, du travail, des transports et de la protection sociale. Ces domaines servent de base dans les stratégies d'action qui peuvent être mises en œuvre pour agir sur l'environnement de la personne. Les participants ont reconnu que chacun a un rôle à jouer pour créer un monde plus propice à la santé et ont regroupé des stratégies visant à modifier l'environnement pour favoriser la santé. Sundsvall a introduit trois modèles pour analyser, décrire, comprendre et résoudre des problèmes environnementaux afin d'améliorer la santé. Le premier est le « modèle d'analyse des stratégies de promotion de la santé », le deuxième est la « pyramide Sundsvall d'environnements favorables à la santé », et le troisième est « l'action en faveur de l'environnement », qui illustre une suite d'actions logiques dans de nombreux domaines de l'activité humaine.

En 1997, la conférence de Jakarta insistera à nouveau sur les conclusions des conférences précédentes en matière de promotion de la santé en fixant trois objectifs : examiner et évaluer l'impact des activités de promotion de la santé, définir des stratégies novatrices visant à obtenir de bons résultats en matière de promotion de la santé, et faciliter l'établissement de partenariats pour la promotion de la santé afin de relever les défis mondiaux en matière de santé. Rapprocher les villes, les communautés, les lieux de travail et l'École des problématiques santé permet de concrétiser la mise en œuvre de stratégies globales et théoriquement plus efficaces.

La conférence de Jakarta se solde par une déclaration, approuvée à l'unanimité des participants, et qui énonce les priorités de l'action de promotion de la santé de l'OMS pour le XXI^{ème} siècle : « promouvoir la responsabilité sociale en matière de santé; accroître les investissements en faveur du développement sanitaire ; renforcer et élargir les partenariats pour la santé ; accroître les capacités

communautaires et responsabiliser l'individu ; mettre en place une infrastructure de promotion de la santé ».

La conférence de Mexico (2000) place de façon définitive la promotion de la santé comme élément fondamental des politiques et programmes publics en quête d'équité et d'une meilleure santé pour tous. Cet accès au bien-être passe par la prise en considération des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Cette tâche ambitieuse débouche sur un certain nombre d'engagements. Le partenariat est à nouveau décrit comme ayant une place primordiale pour atteindre les objectifs fixés. Inscire la promotion de la santé dans les politiques des programmes de santé locaux, régionaux, nationaux, et internationaux devra se traduire par la définition de priorités sanitaires et l'établissement de politiques et de programmes publics performants en rapport avec celles-ci. Cela implique le soutien à la recherche et la mobilisation de ressources financières et opérationnelles afin de développer les moyens humains et institutionnels nécessaires à l'élaboration, à la mise en œuvre, à la surveillance et à l'évaluation des plans d'action. Un meilleur état de santé reste pour les gouvernements un bien précieux pour le développement économique et social. Il représente un capital et un potentiel, fondés en partie sur cette démarche d'identification de stratégies publiques pertinentes.

Cinq ans plus tard, à Bangkok (OMS, 2005), le souci de gagner en performance au niveau mondial se traduira par la volonté de faire coopérer les états et de mutualiser les expériences. Dans le même temps, l'Organisation des Nations Unies reconnaît que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans discrimination ». La promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant de la qualité de vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel. « Au gré de son utilisation sociale, le bien-être est devenu le lieu d'expression de la santé individuelle » (Descarpentries, 2006).

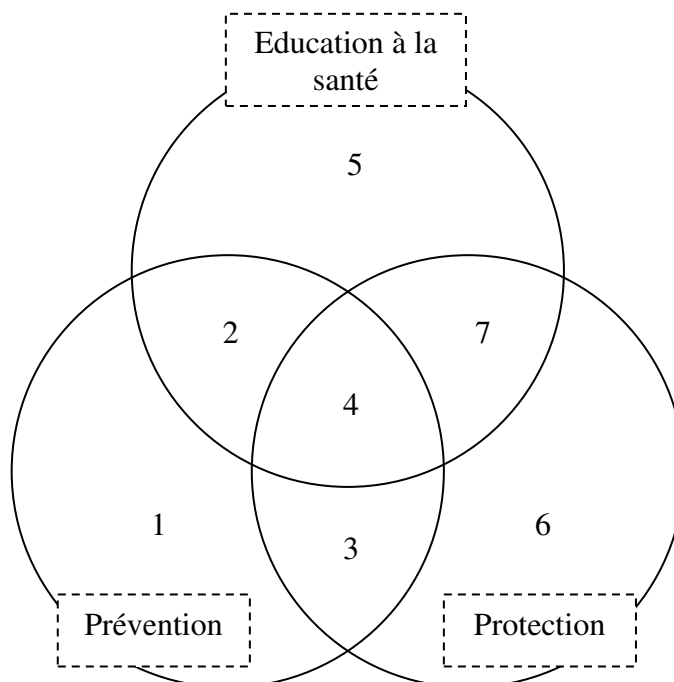
3. Une démarche basée sur l'articulation de la protection, de la prévention, de l'éducation

Il existe plusieurs façons de rendre opérationnelle l'idée de promotion de la santé. La plus pertinente à nos yeux est celle défendue par A Tannahil et R. & S. Downie (1996), adaptée aux spécificités du système éducatif français (figure 3). Développer une politique de promotion de la santé, c'est articuler protection, prévention et éducation. L'axe protection correspond aux actions visant à créer un environnement et un climat scolaire favorable, à mettre en œuvre les moyens de l'accueil de tous les élèves notamment ceux à besoins éducatifs particuliers. L'axe prévention correspond à un travail spécifique sur les comportements générateurs d'échec (violence, conduites à risque...) et l'axe éducation vise le développement de connaissances, capacités et attitudes chez les élèves.

Prévention, protection et éducation n'entrent ainsi pas en opposition mais en complémentarité, sans qu'il y ait de hiérarchie ou de priorité d'un terme par rapport à l'autre. En arrière plan, la santé est considérée comme un équilibre, une harmonie que seul l'individu est en mesure d'apprécier en fonction de la subjectivité de ses propres valeurs et postulats (Downie et Tannahill, 1996).

Pour aider à atteindre cet équilibre (instable), les actions mises en œuvre vont se positionner selon l'un de ces trois champs ou à leur intersection. Selon les situations, telle action aura une « coloration » davantage éducative, tandis qu'une autre s'attachera aux facteurs de protection d'une population, alors qu'une troisième veillera à développer les aspects préventifs. On pourra parler de dominance de l'éducation, de la protection ou de la prévention.

Figure 3 : Modèle conceptuel de la promotion de la santé présentant quelques exemples : La promotion de la santé selon Tannahill et Downie (d'après Pommier, Jourdan, 2008).



Légende : La promotion de la santé englobe des activités qui cherchent l'amélioration du niveau de santé des personnes et des communautés. Elle inclut à la fois la prévention, la protection de la santé et l'éducation pour la santé. Par exemple :

1. Vaccination (dépistage)
2. Education pour faire évoluer les comportements pour prévenir des maladies (encourage l'utilisation de services de prévention)
3. Fluoration de l'eau (mise en place de mesures préventives)
4. Education des décideurs pour les soutenir dans le développement d'environnements favorables à la santé (engagement pour développer l'éducation pour la santé dans le cadre de la prévention)
5. Education visant à donner à chacun les moyens de prendre en charge sa propre santé (développement des connaissances, des capacités et des attitudes permettant d'accéder à une citoyenneté dans le domaine de la santé)
6. Dimension positive de la protection : accès à l'air « pur » par le développement en milieu de travail de lieux sans tabac (rendre accessibles, par exemple, en milieu de travail des espaces pour développer l'éducation physique)
7. Développer la sensibilisation pour la protection de la santé auprès des décideurs (engagement politique pour le développement d'une éducation pour la santé positive).

Comme le définit le réseau suisse des écoles en santé, « une Ecole favorable à la santé travaille explicitement sur des thèmes de promotion de la santé à tous les niveaux de la vie scolaire (enseignement, équipe, organisation scolaire, réseau, programme) et s'investit pour mettre en œuvre les mesures appropriées. Elle contribue ainsi à améliorer la qualité de la formation et de l'Ecole dans le sens

d'une Ecole en bonne santé, en veillant à l'épanouissement et à la promotion de la santé et du bien-être de toutes les personnes impliquées dans l'Ecole.

Pour ce faire, elle se réfère à une conception globale de la santé et travaille conformément aux principes de la promotion de la santé définis dans la charte d'Ottawa : participation, acquisition d'aptitudes permettant une action autodéterminée, centration sur les ressources, pérennité, pédagogie de la diversité (égalité des chances entre les genres et les origines sociales, ethniques et religieuses) » (document 6)⁶¹.

Document 6 : Exemples d'axes prioritaires des programmes mis en place par les écoles membres du réseau suisse d'écoles en santé⁶²

Au niveau des classes, du corps enseignant, de l'ensemble de l'école, de l'environnement scolaire et de la politique, les écoles ont abordé les aspects suivants :

- *Bien-être social* : communauté, communication, collaboration, participation, culture d'établissement, règlements internes, gestion des conflits, prévention de la violence
- *Bien-être physique* : alimentation, activité physique, détente, posture
- *Prévention des dépendances* : drogues légales (tabac, alcool) et illégales, troubles alimentaires
- *Structures scolaires* : charte, formation de responsable de projet, travail social scolaire
- *Santé des enseignant(es)*
- *Bien-être psychique* : renforcement des facteurs de protection, estime de soi, maîtrise du stress, prévention du suicide
- *Aménagement des locaux scolaires* : cour de récréation, salles de repos, infrastructure
- *Collaboration avec les parents, les autorités, les centres spécialisés, ouverture de l'école, collaboration avec la commune*
- *Éducation sexuelle et prévention du sida*
- *Environnement, nature*
- *Risques et sécurité*

Légende : Le Réseau européen des écoles en santé (REES ou ENHPS) est un projet commun de l'OMS, de l'UE et du Conseil de l'Europe. La Suisse en fait partie depuis 1993. Onze axes prioritaires sont retenus dans les programmes des écoles membres du réseau suisse d'écoles en santé.

La prévention du tabagisme apparaît ainsi comme l'une des dimensions de la promotion de la santé. Concrètement, l'approche proposée présuppose que des résultats positifs en matière de tabagisme ne pourront être obtenus que si un travail est conduit dans les trois domaines.

⁶¹ Réseau suisse d'écoles en santé (2005) Guide pratique Radix Promotion de la santé – Lausanne – octobre 2005 – 4ème édition http://www.bildungundgesundheit.ch/dyn/bin/82825-82371-1-guide_rses.pdf

⁶² Réseau suisse d'écoles en santé (2005) Ibid.

Travailler à la protection, c'est s'assurer que l'environnement scolaire soit favorable au bien-être social de tous les acteurs de l'École (élèves comme professionnels) en permettant que le respect et la sécurité de chacun soient assurés, que les locaux (salles, cours, équipement pour l'EPS) soient disponibles, mais aussi que des adultes compétents puissent être à l'écoute des élèves pour les aider à résoudre les difficultés auxquelles ils sont confrontés que ce soit dans le domaine de la vie scolaire (conseillers principaux d'éducation, assistants sociaux), de la santé (infirmiers, médecins) ou de la scolarité (enseignants). Agir en matière de protection, c'est aussi s'assurer de la qualité des repas à la cantine, du respect des lois relatives à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites.

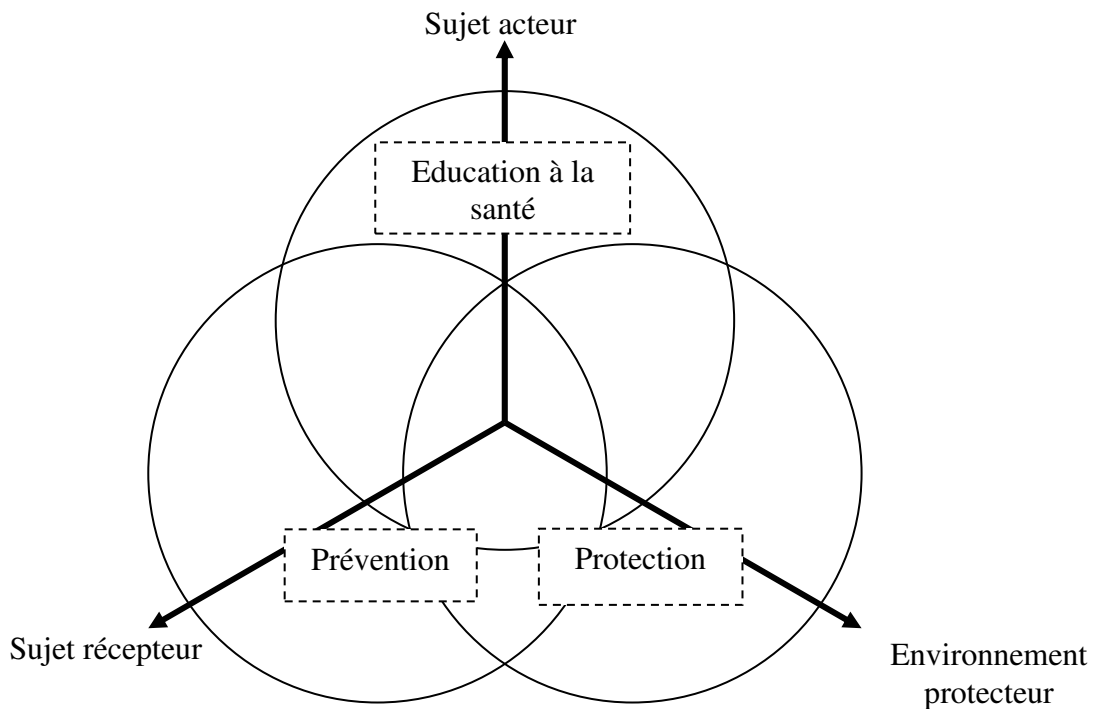
Travailler à la prévention, c'est développer des actions centrées sur un produit, un comportement ou un risque, en l'occurrence le tabac. Ce peut être un travail en direction des élèves comme des temps d'information à destination de tous les adultes.

Travailler à l'éducation, c'est travailler au développement des compétences des élèves tant dans le cadre des activités de classe que dans le quotidien de la vie scolaire au sein de l'établissement.

Prévention, protection et éducation reste trois dimensions différentes. La modélisation de la figure 4 montre également que « promotion de la santé et éducation à la santé ne sont pas des termes interchangeables » (Dennis et al, 1982). L'éducation à la santé est une partie du tout de la promotion de la santé, sans pour autant la résumer. Les actions, selon qu'elles relèvent plus de la prévention ou plus de l'éducation, ne placent donc pas le sujet dans la même position (Pommier et Jourdan, 2008). Tantôt sujet « récepteur » ou sujet « acteur », la prise en compte de son environnement et de sa valeur protectrice est abordée dans la globalité de la démarche de promotion de la santé (figure 4).

La promotion de la santé, telle que la propose Downie et Tannahill (1996), se structure suivant les trois axes décrits ci-dessous : prévention (sujet récepteur), protection (environnement protecteur) et éducation (sujet acteur).

Figure 4 : Modèle conceptuel de la promotion de la santé: La promotion de la santé selon Tannahill et Downie (d'après Pommier, Jourdan, 2008).



Légende : Le pôle « éducatif » de cette figure offre l'opportunité à l'individu de développer son autonomie. Le pôle « préventif » valorise davantage l'apport d'informations qui aideront l'individu à effectuer des choix. Un troisième pôle, celui de la protection, complète cette démarche promotrice de santé en créant des conditions environnementales favorables.

L'éducation à la santé est en lien étroit avec les grandes questions qui se posent à l'Ecole. Il est donc normal que le milieu scolaire soit interrogé afin de participer à répondre aux enjeux de santé publique, comme il l'a déjà fait au cours de son histoire. L'éducation à la santé est donc présente dans l'activité des professionnels de l'Ecole mais sous une forme périphérique. Ceux-ci s'en saisissent très peu, la formation initiale des enseignants n'accordant d'ailleurs que peu de place à ce champ.

La pertinence d'une intervention à l'Ecole est établie, mais elle se trouve en tension permanente entre des objectifs de santé publique et ses propres missions éducatives. Pourtant, elle reste un des acteurs de santé publique lié au fait que l'Ecole constitue un milieu spécifique qui accueille une population jeune et qui permet de porter l'attention sur des thématiques variées de santé avec un souci d'unité et de cohérence éducative.

Le système éducatif se positionne en médiateur entre la complexité de l'acte éducatif et les sollicitations sociales en matière de santé.

Santé et éducation peuvent être modélisées (Eymard, 2005). Les modèles de santé peuvent être de type biomédical, global et positif, ou aller vers un sujet autonome en privilégiant trois entrées éducatives : l'instruction, le développement du sujet ou les interactions sociales. A travers des finalités différentes, les modèles d'éducation et de santé appellent des démarches complémentaires qui se posent en choix possibles pour les professionnels de l'Ecole.

La prévention de la consommation de produits psychoactifs, notamment du tabac, nous a permis de préciser des problématiques de santé situées entre dépendance, usage nocif et usage. Outre le risque d'une perte de liberté pour l'individu vis-à-vis du produit, c'est à l'échelle collective qu'il nous a fallu poser cette consommation en tant qu'objet socialement déterminé.

Le tabac est particulièrement significatif de ce que peut être dans le temps une évolution des conceptions sur un psychotrope. L'évolution de son cadre juridique, jusqu'à ce que l'interdiction du tabac dans les lieux affectés à un usage public soit décidée en France, en est un révélateur intéressant. D'autres produits (alcool, cannabis) bénéficient d'un statut très différent.

Nous nous sommes appuyés sur les facteurs d'intervention en prévention (individu, comportement, environnement), sur le concept de promotion de la santé et les missions imparties à l'Ecole (prescriptions officielles) pour proposer une modélisation de l'éducation à la santé au lycée. Cette modélisation propose de développer des attitudes (savoir-être), des connaissances (savoirs) et des capacités (savoir-faire) chez les élèves.

L'état des lieux de la prévention en milieu scolaire soulève l'inégalité des résultats obtenus à l'échelle internationale, et la nécessité de se référer à une perspective d'ensemble. C'est ainsi que nous avons présenté la promotion de la santé dans une perspective historique d'abord, puis au travers d'une modélisation (Downie et Tannahill, 1996). Le concept de promotion de la santé permet d'ancrer l'action de l'Ecole dans un contexte bien défini. Il s'agit de mettre l'accent sur les dimensions éducatives dans une démarche de contribution à la prévention et à la protection en milieu scolaire.

**PARTIE 2 : La prévention du tabagisme au lycée : des pratiques
transversales et diffuses**

I. Un champ professionnel non disciplinaire

La prévention et l'éducation à la santé ont pour un certain nombre d'auteurs une position périphérique dans le milieu scolaire (Martinand, 2003, Lange et Victor 2006), car il s'agit d'entrer dans des dynamiques qui transcendent tant les disciplines que les modes de travail habituels. L'éducation à la santé et la prévention ne sont pas des « disciplines ». Le balisage disciplinaire (didactique reconnue, notation, coefficient affecté à la discipline, etc.) n'existe pas. L'intervention se positionne davantage sur le registre du « à côté », « en plus », « à la marge »... Chez les enseignants de SVT⁶³ débutants (PLC2)⁶⁴, on constate une conscience et une acceptation majoritaire de la prise en compte des enjeux sociaux et de citoyenneté dans l'enseignement scientifique. Néanmoins, on remarque que les principales justifications pour « ne pas faire » apparaissent très tôt. Ils estiment que la lourdeur des programmes, le manque de temps et le besoin de formations spécifiques constituent des freins difficilement surmontables pour s'emparer des « éducation à » (Lange et Victor, 2006).

Prévenir le tabagisme comme éduquer à la santé demeurent des objets « mouvants », résistants à toute transmission descendante. Martinand les qualifie (à propos de l'éducation à l'environnement) de « formes scolaires non disciplinaires »⁶⁵. Ces formes se fondent sur une « morale provisoire à construire » et non sur des connaissances universelles. Il s'agit ainsi d'intervenir en contexte d'incertitude, ce que la santé publique a l'habitude de faire mais pas le système éducatif. L'éducation à la santé remet l'homme au centre du débat alors qu'une grande part des disciplines a été construite en se décentrant de la question de l'Homme pour aller vers l'universel. En tout cas, il n'y a pas un corpus

⁶³ SVT : Sciences et Vie de la Terre.

⁶⁴ PL2 : Professeurs et CPE de Lycées et Collèges en deuxième année de formation à l'IUFM.

⁶⁵ « Nous entendons par formes scolaires, un ensemble d'activités menées par les enseignants et leurs élèves repérables parmi d'autres formes d'activité, en particulier en raison de leurs visées éducatives, répondant aux exigences officielles et faisant l'objet d'une organisation spécifique s'inscrivant dans le curriculum scolaire des élèves ». Martinand J.L. (2003) Séminaire travail conjoint. IUFM Versailles-UIMM. Paris.

univoque de connaissances et de méthodes qu'il suffirait de transmettre à un enseignant, un chef d'établissement, un infirmier, un médecin, un assistant social ou un partenaire de l'Ecole pour lui permettre de devenir acteur d'éducation à la santé.

Ce champ d'intervention n'est pas « en soi » un objet nouveau, mais un objet qui trouve aujourd'hui difficilement sa place dans les enseignements (Vincent, 1994). Le problème n'est pas tant l'objet « santé » en lui-même, (il n'est pas grand monde pour contester l'idée selon laquelle l'Ecole a un rôle à jouer dans ce domaine), mais plutôt sa place dans le champ scolaire et la nature de la contribution des acteurs. La période où le Maître d'Ecole (avec un M et un E majuscules) transmettait un savoir univoque, montrait la voie du bien (une vie saine) et la voie du mal (une vie de débauche) au cours des leçons de morale, est maintenant révolue. À la fin du XIX^{ème} siècle, période marquée par l'hygiénisme, l'Ecole, fondée sur des savoirs universels incontestables, transmettait les règles de la bonne santé. La question se pose différemment aujourd'hui. Dans le monde contemporain où le paraître tient une place grandissante, où le corps et la santé parfaite sont présentés comme le but ultime de l'existence, doit-on souhaiter que l'Ecole contribue à la promotion d'un unique mode de vie « sain » voire à l'idéalisation du corps ? En un temps où il est essentiellement question d'intérêt particulier, de lobbying, doit-on attendre de l'Ecole, oubliant que sa mission relève du bien commun, qu'elle se transforme en pourvoyeuse d'informations sanitaires au gré des modes et de l'efficacité de telle ou telle campagne de communication ? Non, éduquer et prévenir à l'Ecole aujourd'hui, c'est conduire chacun à se construire en référence aux conduites à risque (drogues illégales, alcool, tabac, prise de risque routier, violence ...), à être capable de prendre soin de soi et à respecter les autres (dans les domaines de la nutrition, des addictions ou de la sexualité par exemple). Rapprocher santé et éducation, c'est permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables, de garder sa liberté vis-à-vis des drogues mais aussi des stéréotypes ou de la pression des médias et des pairs. Ce n'est pas que l'affaire de spécialistes, cela relève aussi de l'action quotidienne des adultes en charge de l'éducation des enfants, au premier rang desquels les

parents et les enseignants. Les experts, notamment ceux issus du secteur de la santé, sont au service du projet éducatif porté par les parents et les enseignants.

De cette spécificité de l'objet, découlent deux conséquences dans l'investigation des pratiques :

- ▶ La première idée concerne le champ d'intervention et sa délimitation, son contenu. Il nous faut comprendre ce que les professionnels du milieu scolaire mettent derrière des mots qui n'ont pas forcément le même sens pour eux.

- ▶ La seconde touche à l'adaptation des méthodes d'analyse du travail à une activité diffuse.

Si la prévention du tabagisme peut prendre place dans l'activité des professionnels de l'Ecole, celle-ci nécessite d'être analysée. L'analyse du travail fait l'objet d'élaborations conceptuelles et méthodologiques (Durand, 2000, Saujat, 2002, Amigues et al., 2004 a & b, Amigues et al., 2003, Espinassy et Saujat, 2004, Goigoux, 2007). Nous n'avons pas connaissance de recherches en analyse du travail qui s'intéressent à la façon de faire de la prévention, notamment du tabagisme, en milieu scolaire. Il est indispensable de permettre aux professionnels des lycées de dire de quels registres leurs pratiques relèvent. Cette démarche est guidée par une volonté d'identifier le sens qu'ils accordent à leur intervention sur ce champ. Pour cela, ce sont des outils issus de la psychologie ergonomique et plus largement de l'analyse du travail que nous avons choisis d'utiliser.

II. Le cadre méthodologique de l'analyse du travail

1. La notion de travail

Le *travail* peut être défini comme une *activité forcée* pour reprendre Wallon (1938). Les définitions de cette notion oscillent entre une vision « peine » et une vision « expression de soi ». Elles se situent entre une réduction des contraintes et une finalité de développement de la personne (*au et par* le travail).

Selon Karnas (2002), le travail se définit « comme activité d'un homme ou d'une femme dans un cadre organisationnel, social, défini, utilisant des outils particuliers, aux fins d'atteindre des objectifs de production donnés ». Leplat

(1997) parle de *couplage optimal* entre l'homme et le travail, s'effectuant suivant trois pôles que sont la tâche, l'activité et le professionnel. Yvon et Clot (2004) défendent « l'idée que l'activité est moins un couplage qu'un dialogue dynamique entre sujet et tâche. La tâche n'explique pas le sujet mais il s'explique avec elle, à tous les sens du terme. Plus qu'une interaction entre ces deux pôles, l'activité s'inscrit dans l'histoire du sujet, du collectif et du métier et puise ses ressources – ou trouve ses obstacles – dans chacun des trois en assumant les conflits inhérents à leurs rapports ». Il s'agit d'adapter le travail à l'homme, en plaçant au coeur de nos préoccupations les aspects opératoires et techniques du travail, les tâches, leur définition, et leur cadre environnemental. Le travail peut alors être appréhendé selon des points de vue différents : celui des objectifs à atteindre ou celui des conséquences sur le sujet (Kerguelen, 1992).

Ombredane et Faverge (1955) ont proposé plusieurs finalités à l'analyse du travail telles que la formation professionnelle, la qualification du travail et l'aménagement du travail. Leurs travaux ont introduit une distinction importante qui a fortement influencé la réflexion sur l'analyse du travail et les pratiques en la matière (du moins pour ce qui concerne la psychologie du travail de langue française - voir Leplat, 1997). Le travail prescrit est distingué du travail réel. Leplat (1997) propose différentes étapes « de la tâche à réaliser à la tâche réalisée »⁶⁶. Est ainsi souligné l'écart existant entre ce qui est demandé par le prescripteur et ce qui est effectivement fait. « La tâche n'est, ainsi, à proprement parler, jamais « exécutée » mais toujours repensée, réorganisée, transformée en fonction de situations concrètes variant constamment et de chaque sujet particulier dont la biographie, la formation, l'expérience sont singulières » (Astier, 2003). L'accès à ces différents niveaux sous-entend qu'il existe des aspects directement observables par l'analyste du travail (les comportements de l'opérateur) et des aspects non observables (aspects mentaux concernant par exemple la représentation des objectifs à atteindre et des moyens pour y parvenir, la planification de l'action, la résolution des problèmes, l'évaluation des contraintes,

⁶⁶ (1) Tâche à réaliser pour le concepteur, (2) Tâche prescrite par l'organisateur / prescripteur (incertitude), (3) Tâche prescrite pour le professionnel, (4) Tâche redéfinie, (5) Tâche actualisée, (6) Tâche effective (exécution), (7) Tâche réalisée pour le professionnel (autocontrôle), (8) Tâche réalisée pour l'analyste (contrôle).

etc.). Karnas (1996) précise qu'il « résulte de cette vision que le travail peut être décrit tantôt sous l'angle des tâches comme un « arbre de tâches et de sous tâches », tantôt sous l'angle de l'activité proprement dite comme un « enchaînement de tâches réalisées ». La place du sujet s'en trouve décalée et c'est ce décalage qui est fécond afin de mesurer l'écart entre le prescrit et le réel, le « à faire » et le « effectivement fait » ou du moins le « déclaré comme fait » ».

Selon Pinski (1991), « le but de l'analyse du travail est pratique : il s'agit de comprendre ce que font les opérateurs en situation de travail afin de répondre le plus efficacement et le plus complètement possible aux questions de la conception ». Cela n'occulte pas le fait que les professionnels sont des « reconcepteurs » de leur tâche pour reprendre les termes de Clot et Yvon (2004).

Nous avons choisi de partir des acteurs eux-mêmes et de leur discours sur le champ de la prévention du tabagisme en milieu scolaire. Dans cette perspective, nous avons mis en place une démarche essentiellement qualitative. Pour cerner les enjeux propres aux professionnels de lycée sur cette question, les méthodes qualitatives particulières aux sciences humaines et notamment aux approches ergonomiques (Karnas, 1987, Leplat, 1995, Goigoux, 2005) ont une place importante dans notre travail de recherche. Notre objectif majeur est l'acquisition de connaissances et l'élaboration d'un modèle de fonctionnement cognitif, en restant au plus près de ce que disent les acteurs de leur activité. « L'analyse du travail est un préalable nécessaire à toute intervention efficace » (Leplat, 1992). Néanmoins, il nous faut accepter et maîtriser un certain nombre de limites et de biais. Nous nous plaçons dans la position d'une activité sur l'analyse d'activité. « Ce mouvement indissociable subjectif et objectif auquel on les a invités ne peut être arrêté sans conséquence » (Leplat et Clot, 2005). L'intervention du chercheur n'est pas sans effet transformatif sur les acteurs auxquels la recherche s'intéresse. Elle « débouche sur des interactions conduisant à une transformation de la situation de travail » (Daniellou, 1996).

2. La tâche : répondre à des contraintes

Les liens étroits qui unissent tâche et activité ne permettent pas d'apporter un éclairage qui dissocierait ces deux objets sur la scène de l'analyse du travail. Nous

aborderons la tâche confiée aux professionnels comme un élément préexistant à l'activité. Nous définirons d'abord les composantes qui guident notre travail de recherche, pour ensuite préciser de quelle manière aborder les contours et les implications de la finalisation de cette tâche en activité, en fonction des contraintes que se fixe le sujet ou qui se posent à lui. Nous prendrons en compte le contexte particulier d'analyse du travail qui est le notre : un établissement scolaire n'est pas une entreprise. Le profitable se détermine plus en termes d'éducation des élèves qu'en une simple capitalisation de savoirs. De fait, les professionnels de l'Ecole se placent dans une perspective non linéaire, avec une multitude de paramètres contraignants qui les mettent en tension dans leur travail (Rabardel, 1995).

La définition de Leontiev (1976) caractérise la tâche comme « un but donné dans des conditions déterminées ». Cette définition sous-tend les notions de « tâche prescrite » et de « tâche redéfinie » (Goigoux, 2005). Nous pouvons les décrire du point de vue des états, des opérations et des procédures qui les conditionnent (Leplat et Hoc, 1983). « L'analyse du travail peut diverger sensiblement du sens commun qui décrit généralement une tâche comme un ensemble d'opérations, erreur fondamentale en analyse du travail, qui est d'exprimer le comment par le quoi, assimiler l'activité à la tâche, l'effectif au prescrit » (ibid.).

La « caractérisation de la tâche dans un espace d'états plus ou moins large (en fonction des contraintes apparaissant dans la définition de la tâche) et plus ou moins bien définie (selon le niveau de précision adopté) » (Leplat et Hoc, 1992) permet de déterminer des états initiaux d'observation, autrement dit leurs « conditions d'apparition ». Ainsi, les micro ou macro contraintes temporelles (durée d'une séance de classe, découpage de l'emploi du temps ou de l'année scolaire...) et spatiales (lieux d'intervention, géographie de l'établissement...) ne peuvent être appréhendées sans la prise en compte des individus qui animent ces espaces et ces temps : les élèves et les personnels. Il s'agit ici d'un élément de distinction fort entre ce qui est constitutif de l'analyse du travail de l'homme sur des machines industrielles et de l'analyse du travail de l'homme sur des « machines » humaines, creusets de l'aléatoire et du prévisible, de l'irrationnel et du rationnel. Cette bivalence est densifiée par le dénombrement difficilement

exhaustif des variables intervenantes. Notre contrainte de recherche la plus importante est d'identifier les variables principales en introduisant l'idée de leur affecter des valeurs relatives du fait de l'importance potentielle de certaines de ces variables par rapport à d'autres.

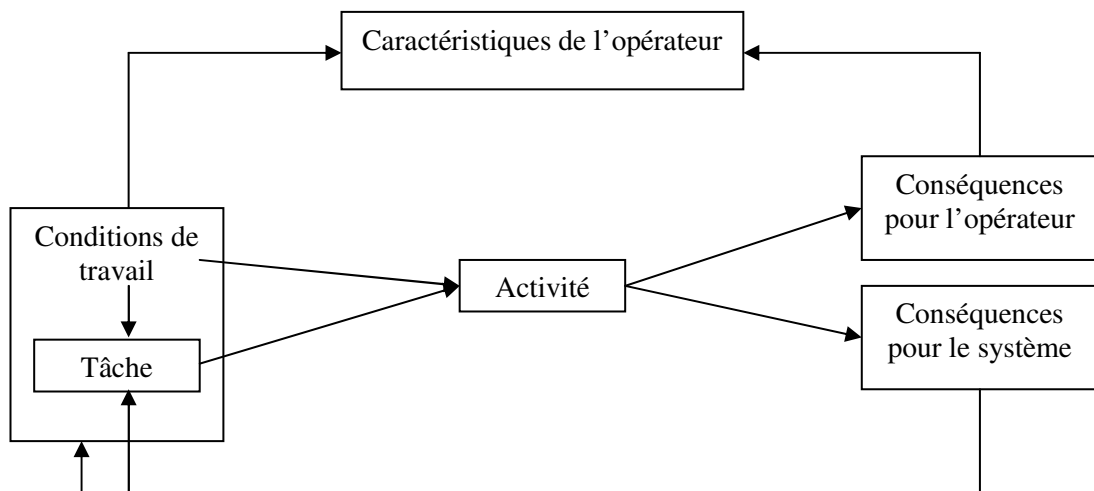
La description des espaces d'états de la tâche (Leplat, 1992) est dynamisée par ses acteurs. Toute situation conserve une valeur transitoire. Aussi, la description d'états intermédiaires construit un espace d'états dont le moment de description doit être pris en compte. Deux études situées à des temps différents de notre recherche contribueront à faciliter l'identification de ces états au service d'une « *mise en valeurs* » du processus observé. Nous introduirons, lorsque cela s'avère pertinent, des données quantitatives au service du recueil qualitatif de données.

Les opérations qui permettent la transformation de ces états s'organisent en système. « Elles indiquent comment cheminer dans l'espace d'états » (Leplat et Hoc, 1992). Cette approche systémique apporte une précision sémantique importante dans le champ de la prévention du tabagisme. Le terme de « programme de santé » (en sa qualité en santé publique d'interventions prédéterminées) ne nous convient pas. Nous emploierons plutôt le terme de *dispositif* avec une double valeur : personnelle et d'opération (Hoc, 1980) ou collective (Vial, 1999). Plusieurs dispositifs personnels d'opérations peuvent composer un dispositif collectif. Pour Vial (1999), « le terme « dispositif » est plus approprié, si on y entend un schéma de la relation qui devra s'actualiser à chaque fois différemment selon les conditions d'exercice et les aléas de la relation humaine, un ensemble de principes et non pas un plan à suivre ». La réalisation d'un répertoire d'opérations contribue à rapprocher « dispositif » et « tâche ». Elle offre un contrôle du processus à partir du point de vue du sujet. Cette démarche d'analyse du travail, à partir de ce que met en œuvre le sujet, nous semble être un levier indispensable pour dépasser les contraintes évaluatives de l'action des professionnels du milieu scolaire. Le contrôle du processus s'en trouvera amélioré puisque collant au plus près du sujet et ce, en considérant ses contraintes opérationnelles (Karnas, 1987) (figure 5).

L'analyse autour du « comment » qui accompagne l'observation ou le prélèvement d'indices des procédures engagées, concourt à l'établissement de

principes d'élaboration de réponses possibles à la tâche prescrite autour d'une double intention : l'intention du prescripteur qui souhaite orienter l'activité, et celle relative à la lecture que le sujet en propose au travers de son activité de redéfinition mentale.

Figure 5 : Contextualisation de la tâche et de l'activité (d'après Karnas, 1987)



Légende : Le schéma distingue les exigences du travail de l'activité, « à savoir les statuts respectifs des notions de tâche et de conditions de travail dans leur relation avec l'activité ».

Pour le prescripteur, sa capacité à détailler ou non la tâche est un facteur important, tout particulièrement pour des domaines transversaux comme l'éducation à la santé et la prévention du tabagisme. Les prescriptions dans ces domaines restent à un niveau souvent très général, et le sujet doit les intégrer avec très peu d'énonciation de liens avec son activité. L'importance de l'implicite est telle qu'il peut faire obstacle. Mais une autre dimension de l'implicite existe. Les professionnels peuvent se déclarer comme faisant « implicitement » ou « explicitement » de la prévention du tabagisme, comme pour « passer sous silence » (Leplat, 1992) certaines conditions d'engagement ou de non engagement sur ces problématiques. Pour reprendre Leplat (1997), « la description d'une tâche se réfère toujours, implicitement ou explicitement à une conception du sujet auquel elle s'adresse ». Il semble incontournable de repositionner le sujet au centre des procédures opératoires qu'il mobilise. Sa lecture du « comment » confrontée au « comment » initialement prescrit par les textes officiels se traduit par une distance porteuse de sens. Cet écart, dû à l'implicite que la tâche prescrite suppose, peut ou non permettre d'exécuter la tâche sans traduction. La nécessité

d'explicitation de la tâche renvoie aux langages parfois très différents utilisés selon qu'il s'agisse de prescripteurs en santé publique ou de professionnels de l'Ecole. Cela n'est pas propice à une compréhension mutuelle. Il ne faut pas s'étonner si ces difficultés « langagières » confortent une impression de distance entre les procédures opératoires observables et celles qui sont prescrites. Il ne viendrait à l'esprit de personne de demander à un maçon d'utiliser des outils de pâtissier pour construire un mur, ni de se baser sur le schéma d'une pièce montée pour qu'il construise une maison !

3. L'activité : une grande variété de possibles

Ce que le sujet décrit comme relevant effectivement de sa tâche constitue un modèle de l'activité. Les professionnels du milieu scolaire conçoivent de multiples bricolages (Pastré, 1994) afin d'exercer leur activité et d'atteindre leurs buts, en investissant les espaces de liberté. L'activité professionnelle recouvre à la fois les capacités, les savoirs, la culture et l'identité (Bourdoncle et Mathey-Pierre, 1995). Elle concerne spécifiquement la personne avec ses acquis et ses capacités à les mettre en oeuvre dans un contexte professionnel (Courtois et al., 1997). Toujours en construction, elle repose sur la capacité à identifier et à résoudre des problèmes professionnels (Altet, 1994, Perrenoud, 1994) comme agir sur le terrain de la prévention du tabagisme lorsque cela semble a priori à la marge de ce que le sujet met en oeuvre habituellement. La compréhension de l'activité éducative en situation de dérégulation scolaire suppose d'aborder la dimension affective liée au travail (Dejours, 1987). Elle ne peut se limiter à une approche des conduites circonscrites au champ cognitif. Les événements perturbateurs provoquent non seulement des changements dans les équilibres cognitivo-praxiques, mais aussi dans ceux relevant du champ affectif. Nous rejoignons ainsi les deux origines de nos travaux de recherche : définir des facteurs d'implication des personnels des établissements scolaires, et, adopter comme point de centration la professionnalité de ces personnels. En arrière-plan, une double finalité apparaît. Il s'agit de comprendre une situation mais aussi de délimiter les contours « professionnalisés » de la prévention au lycée. Le souci est de conserver le lien signifiant entre le sujet et la tâche, le sujet et son activité, le sujet et ses

représentations. L'activité de travail impose au sujet des conflits qui sont révélateurs de nombreuses contraintes. La distinction entre *tâche* et *activité* permet d'aborder ce qui est relatif au prescrit et ce qui est réalisé (Leplat et Hoc, 1983). Cependant, ce qui est réalisé n'est qu'une des activités réalisables parmi un champ de possibles. Dans cette situation, le développement de l'« activité gagnante » (Vygotski, 1994) est gouverné par les conflits entre celles, concurrentes, qui auraient permis de réaliser la même tâche à d'autres coûts. Cela pose le statut que nous accorderons au *réel de l'activité*. « Fait, « non fait », « avoir voulu faire », « non-réalisable », « avoir fait pour ne pas faire ce qui était donné » (Clot, 1999) ont un statut essentiel à nos yeux. Clot va plus loin en parlant du réel de l'activité posé en référence à Vygotski pour qui le comportement n'est jamais que le système « *des réactions qui ont vaincu* » dans une situation donnée. Le traitement cognitif de situation par le sujet n'exclut pas de prendre en compte des besoins fondamentaux (Maslow, 1989) qui le poussent à bousculer ses intentions mentales pour conserver son équilibre. La santé au travail, les rapports sociaux que le sujet vit dans son établissement scolaire, etc. influent sur ses choix professionnels. « Les activités suspendues, contrariées ou empêchées, voire les contre-activités, doivent être admises dans l'analyse [...]. L'activité retirée, occultée ou repliée n'est pas absente pour autant. Elle pèse de tout son poids dans l'activité présente » (Clot, 1999).

Les études mises en œuvre dans ce travail de recherche ne s'appuient pas sur l'observation directe de l'activité des professionnels mais sur ce qu'ils déclarent à son sujet. La reconstruction de l'activité est orientée par le contexte de l'étude (notamment le fait qu'il s'agisse d'un objet souvent mal identifié par les professionnels) qui s'adresse à des personnes qu'il s'agit de ne pas mettre en difficulté. La relation de confiance qui peut s'établir entre le chercheur et le sujet, est un point qui nous semble essentiel. A partir de là, ce qu'ils nous disent ou ne nous disent pas de ce qu'ils ont mis en œuvre, prend sens et amplifie l'image socialisée qu'ils souhaitent renvoyer de leur activité.

CHAPITRE 6 : L'activité déclarée des professionnels en matière de prévention

I. Une approche pluricatégorielle

1. Une diversité de personnels interrogés

La promotion de la santé à l'École n'appelle pas uniquement la contribution des enseignants. Même si leur activité est au centre du dispositif éducatif des établissements scolaires, ils interagissent avec d'autres professionnels qui côtoient eux-aussi selon des modalités différentes, les élèves scolarisés. Nous avons donc pris le parti de considérer la dimension catégorielle des personnels de lycée.

Du fait de la difficulté rencontrée par les professionnels à identifier l'objet « prévention du tabagisme », nous avons choisi de mettre en œuvre un dispositif de recueil spécifique⁶⁷. C'est dans le cadre d'une journée banalisée⁶⁸ que nous avons conduits des entretiens auprès de professionnels. Ceux invités à participer, l'ont été sur la base de leur expertise et du volontariat. Tous sont impliqués à des degrés divers dans le dispositif.

Nous avons été attentifs à ce que le recueil des données soit conduit auprès d'un maximum de catégories de personnels. Les 11 entretiens réalisés concernent les 7 personnes suivantes :

- Deux enseignants (un de sciences et ingénierie et une documentaliste) ;
- Trois personnels TOS (Personnels Techniques et Ouvriers de Service qui effectuent pour le premier le ménage dans l'internat, pour le second le ménage du couloir central et la vaisselle, et un chef de la restauration scolaire pour le troisième) ;
- Une conseillère principale d'éducation (CPE) ;
- Une intendante.

⁶⁷ En effet les différentes tentatives réalisées au cours des phases préliminaires de recueil ont montré qu'hors contexte, il était difficile pour les professionnels d'évoquer leur activité dans ce domaine.

⁶⁸ L'organisation des cours est modifiée pour dégager du temps pour des ateliers de prévention dans l'établissement, des conférences, etc.

Nous avons toutefois volontairement exclu de notre enquête le chef d'établissement et l'infirmière du fait de leur engagement particulièrement marqué dans le dispositif.

2. Des professionnels impliqués

Si cette action collective de prévention a permis de légitimer notre étude auprès des professionnels, elle a également constitué un élément facilitateur dans la mise en place de la méthodologie mobilisée pour le recueil de données. Ces professionnels travaillent dans un lycée qui s'ouvre sur l'extérieur par des partenariats associatifs établis. En effet, ce lycée souhaite, sous l'impulsion du chef d'établissement et de l'infirmière scolaire, aider ses élèves à développer des facteurs de protection⁶⁹. Ces professionnels n'évoluent donc pas dans un lycée replié sur lui-même, privilégiant enseignement et instruction. Ils ne décrivent pas non plus un établissement où tous les aspects éducatifs sont simultanément travaillés dans une démarche planifiée de promotion de la santé.

Dans le cadre de ce dispositif de prévention, nous considérons que « l'action est indéterminée, non réductible à l'exécution d'un plan : c'est une improvisation permanente. Cette improvisation est cadrée par l'intention de l'acteur, sur un mode vague et ouvert » (Durand et al., 2002). Une « improvisation » au sens musical du terme ne signifie toutefois pas qu'elle s'organise sans planification et sans ancrage intentionnel. C'est pourquoi la reconstruction a posteriori nous semble pertinente ici pour investiguer les motivations à agir. Comme un musicien pourrait suivre une grille d'accords pour créer sa propre ligne mélodique, le professionnel agit selon un canevas ouvert qui tient compte des situations au travers desquelles il intervient. « Ces situations sont considérées dans leur

⁶⁹ Parmi les facteurs de protection, les compétences actuellement désignées par l'OMS sous l'appellation « d'aptitudes utiles dans la vie » sont particulièrement importantes à considérer pour deux raisons : il existe un lien fort entre ces compétences, la prévention des conduites à risque et la réussite éducative ; et d'autre part, elles peuvent s'acquérir et se développer. Ces compétences « permettent aux individus de maîtriser et de diriger leur existence et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci ». « De nombreux facteurs de protection sont aussi des facteurs favorisant la réussite éducative. Les évaluations des programmes de prévention des conduites à risque démontrent que les plus efficaces reposent sur le développement de compétences sociales, émotionnelles et cognitives, utilisent des méthodes interactives et s'inscrivent dans la durée » (Bantuelle et Demeulemeester, 2008).

complexité, de points de vue divers que l'ergonome essaie de coordonner et dont il essaie aussi de hiérarchiser l'importance par rapport au but et aux conditions de l'étude ou de l'intervention » (Gadbois et Leplat, 2004).

II. Une étude de l'activité déclarée

1. Le contexte de recherche

▪ *Population élève*

Cette étude a pour cadre un lycée public d'enseignement technologique situé en milieu urbain dans l'Académie de Clermont-Ferrand. Cet établissement [codé L018⁷⁰] accueille 401 élèves dont 70,6% d'internes et 27,9% de demi-pensionnaires (tableau 7). Les effectifs ont diminué de 141 élèves en 5 ans, baisse correspondante à la norme académique et démographique du secteur géographique concerné.

Ils se répartissent entre des divisions d'enseignement général et technologique (239 élèves), une classe de préparation aux grandes écoles (47 élèves) et quatre divisions préparant au brevet de technicien supérieur (115 élèves). Un taux élevé de garçons (88 %) s'explique par les spécialisations enseignées qui dépendent du secteur secondaire. Elles concernent la conception de produits industriels, la mécanique et les automatismes industriels, les outillages et la mise en forme des matériaux ainsi que la plasturgie.

Les statistiques font apparaître un nombre élevé de retards scolaires et de redoublements (en classe de seconde 34,7 % d'élèves redoublent, chiffre largement supérieur aux 20,1 % académiques, et aux 22,2 % départementaux). Les taux de réussite au baccalauréat et au brevet de technicien supérieur tournent autour de 86 % ce qui est dans la moyenne nationale.

L'origine des élèves par catégories socioprofessionnelles est décrite dans le tableau 7.

⁷⁰ La numérotation [L018] correspond à : L = Lycée, et 018 = numéro d'identification du 18^{ème} lycée sur un total de 18 lycées ayant servi de cadre d'étude dans la recherche présentée dans cette thèse.

Tableau 7 : Caractéristiques du public élève du lycée L018.

Code	Effectif internat	Effectif Demi pensionnaires	CSP en %		
			Favorisé	Moyen	Défavorisé
L018	27,9	70,6	38,1%	31,4 %	27,4 %
			Moyenne académique = 41,2% Moyenne nationale = 34,8 %	Moyenne académique = 29,2% Moyenne nationale = 26 %	Moyenne académique = 29,6% Moyenne nationale = 39,1 %
Total	112	283	153	126	110

Légende : L'origine des catégories socioprofessionnelles (CSP) des élèves du lycée montrent des taux élevés des catégories « favorisées » et « moyennes ». Le total de 69,5% est largement supérieur à celui des moyennes nationales (60,8%) et à peu près équivalent à celui des moyennes académiques (70,4%).

▪ *Population adulte*

Les différents personnels se répartissent de la manière suivante (tableau 8) : 78 enseignants dont 4 stagiaires, 4 personnels de direction (principaux, gestionnaire et Conseiller Principal d'Education : CPE), 37 personnels IATOS (Ingénieurs, Administratifs, Techniciens, Ouvriers et personnel de Service) tels que les agents d'entretien, de cuisine, une infirmière, une équipe de vie scolaire composée de 8 assistants d'éducation, un maître d'internat et/ou surveillant d'externat.

Les hommes représentent 60 % de l'effectif total du personnel ce qui s'explique principalement par les champs de spécialisation de cet établissement [L018]. Les trois classes d'âge sont, quantitativement, bien équilibrées (1/3 de moins de 35 ans, 1/3 de 35 à 49 ans et 1/3 de plus de 50 ans). La répartition par quotité de modalité de service indique seulement 8 % de temps partiel ce qui implique un temps de présence important des personnels dans l'établissement. Le rapport élèves/professeurs (401/78) est de 5,14 ce qui correspond à un taux d'encadrement élevé comparativement à d'autres lycées d'enseignement général et technologique de l'Académie.

Tableau 8 : Caractéristiques de l'encadrement de L018 (source : site du rectorat)

<i>Lycée L018</i>	Personnel de direction	Personnel de vie scolaire	Personnel enseignant	Personnel IATOS	Total
Personnel permanent (titulaire)	4	0	74	37	115
Personnel non permanent (stagiaire ou contractuel)	0	9	4	1	14
Total	4	9	78	38	129

Légende : Le personnel de l'établissement, toutes catégories confondues, est majoritairement titulaire de son poste : 115 personnels sur 129 sont en postes permanents. Dans le personnel non permanent, on cite 4 stagiaires qui restent seulement un an dans l'établissement. Les 9 personnels de vie scolaire comprenant 8 assistants d'éducation et 1 maître d'internat et/ou surveillant d'externat, peuvent rester plusieurs années. Le personnel IATOS comprend seulement une personne sous contrat déterminé qui peut être parfois reconduit. Cette titularisation sur le poste s'accompagne d'une stabilité du personnel qui constitue un atout majeur pour le fonctionnement de l'établissement.

2. Une méthodologie basée sur la confrontation de pratiques

Nous avons mis en œuvre une méthodologie spécifique d'analyse du travail afin d'appréhender les aspects professionnels.

Nous nous sommes alors fixés deux objectifs complémentaires :

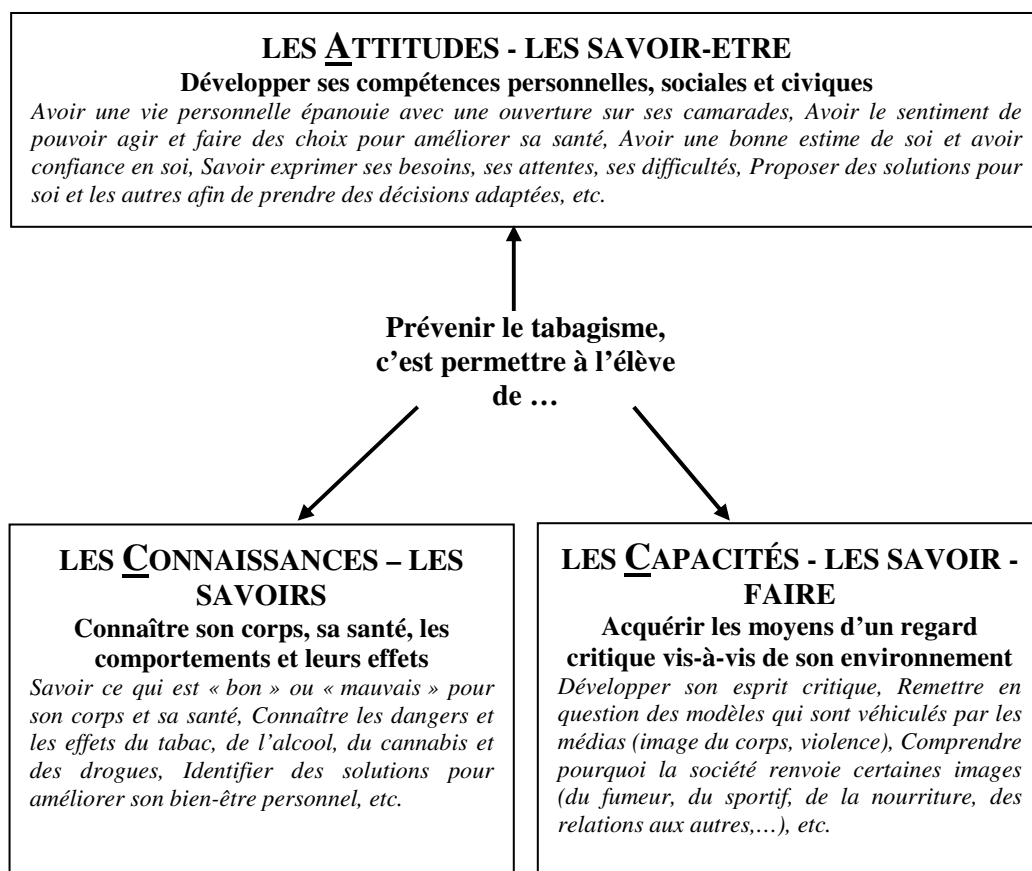
- Faire délimiter les contours de cette prévention en milieu scolaire ;
- Déterminer la place professionnelle accordée à ce champ dans l'activité professionnelle.

La variété des actions professionnelles et notre volonté de déterminer le reconstruit de cette activité par les professionnels eux-mêmes, nous ont conduit à nous inspirer des méthodologies mises en œuvre par auto-confrontation simple et croisée.

Nous avons choisi de placer, après une phase d'entretien individuel, les personnels ayant participé à cette étude dans une situation de confrontation :

► soit une confrontation à une *pratique professionnelle d'autrui* sous la forme d'une modélisation de la prévention du tabagisme en milieu scolaire (figure 6) ;

Figure 6 : Proposition de modélisation de la prévention du tabagisme en milieu scolaire



Légende : Schéma présentant les différentes dimensions de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Cette illustration est construite sur la base de la circulaire du Circulaire n° 98-237 du 24/11/1998 qui concerne l'éducation à la santé et à la citoyenneté et sur les contenus du socle commun de connaissances et de compétences (décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006). Trois axes d'intervention sont proposés dans ce schéma. Tantôt les actions peuvent relever des Attitudes (savoir-être), tantôt des Connaissances (savoirs), tantôt des Capacités (savoir-faire). Ce schéma ACC s'inscrit dans les instructions officielles du milieu scolaire et il est conçu pour guider l'activité des professionnels de l'Ecole.

► soit une confrontation à un *corpus d'incidents critiques* pouvant être potentiellement identifiés par ces professionnels dans leur contexte de travail. Cette méthode des incidents critiques, définie lors de la deuxième guerre mondiale dans l'aviation américaine (Flanagan, 1954), a été utilisée ici pour explorer les postures de personnels confrontés à un événement créant une rupture, un événement critique (par exemple, de surprendre des élèves en train de fumer dans l'établissement).

Dans la démarche d'aller à la rencontre de l'ensemble des catégories de personnels de cet établissement, nous avons choisi d'adopter des méthodologies différentes en fonction de deux critères. Le premier critère a été de laisser les professionnels se positionner eux-mêmes par rapport à la prévention du tabagisme. Le second critère a été de ne pas mettre en difficulté les personnels, notamment de service et d'entretien, par une méthodologie trop ancrée sur des lectures expertes.

Les personnels volontaires pour participer à l'étude ont été contactés individuellement. S'ils estimaient que la prévention du tabagisme faisait partie intégrante de leur activité professionnelle, ils étaient classés dans le groupe « explicite ». Si à l'inverse, ils pensaient que la prévention du tabagisme n'était pas constitutive de leur activité, ils étaient positionnés dans le groupe « implicite ».

Au sein de chaque groupe, deux entretiens successifs ont été conduits. Le premier était individuel et a eu lieu lors de la journée banalisée se déroulant dans le lycée. Le second, à une semaine d'intervalle, a été conduit soit sous la forme d'une confrontation croisée avec un autre professionnel, soit à nouveau individuel. Un entretien [L018-E2/VACC₂-IC₃] a permis la confrontation croisée de catégories de personnels différentes afin de les conduire à renforcer leur argumentation. Les entretiens étaient enregistrés en accord avec les personnes, et une restitution de cette étude a été faite sous la forme d'une synthèse écrite adressée personnellement à chaque personnel interviewé.

Le schéma général de recueil de données (schéma 1) s'appuie sur ces deux groupes de personnels « explicite » ou « implicite ». Il résume les différents entretiens conduits et les outils d'investigation utilisés.

Personnels sollicités pour le recueil des données :

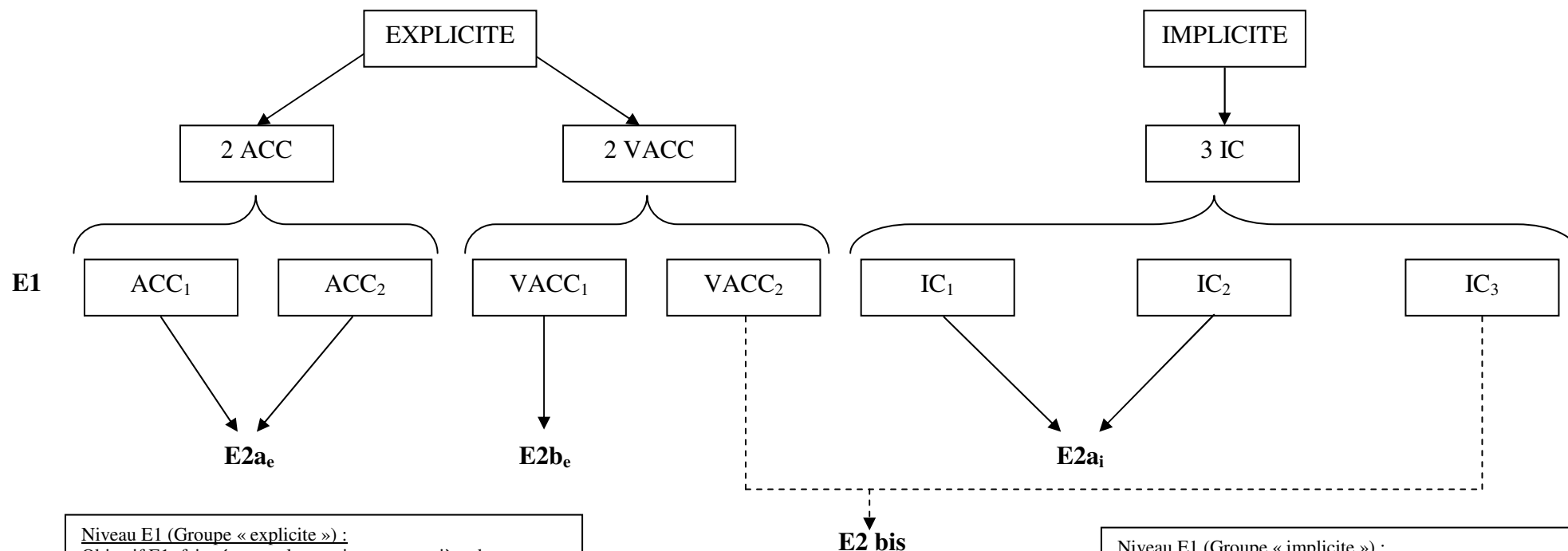
- ACC₁ et ACC₂ : Deux enseignants (même catégorie professionnelle)
- VACC₁ et VACC₂ : catégories professionnelles différentes
- IC₁ et IC₂ : même catégorie professionnelle (IC₃: catégorie professionnelle différente de IC₂ et IC₃)

Remarque : VACC₁, IC₁ et IC₂ : même catégorie professionnelle

Schéma 1 :
Schéma général de recueil de données

Codages utilisés :

- ACC₁ : Professeur de sciences et ingénierie
- ACC₂ : Professeur documentaliste
- VACC₁ : TOS (ménage de l'Internat)
- VACC₂ : CPE
- IC₁ : TOS chef cuisinier
- IC₂ : TOS (ménage couloir central + vaisselle)
- IC₃ : Intendante



Niveau E1 (Groupe « explicite ») :

Objectif E1 : faire évoquer les pratiques en matière de prévention du tabagisme (prise d'appui sur l'implication dans la journée de prévention servant de cadre à l'étude)

Méthode : Entretien d'explicitation semi-directif

Niveau E2 (Groupe « explicite ») :

Objectif E2 : Positionner ses pratiques par rapport à une modélisation (figure 6)

→ Méthodologie E2a_e : Entretien d'explicitation croisée entre deux professionnels de même catégorie professionnelle (2 enseignants) (figure 6)

→ Méthodologie E2b_e : Entretien conduit en s'appuyant sur ACC et sur le discours recueilli lors du premier entretien. (Verbatims ACC sous la forme d'affirmations = « Dans mon métier, la prévention du tabagisme, c'est plutôt... »)

E2 bis

Démarche du niveau E2 bis :

Objectif : débattre des « façons de faire » et des « raisons de ne pas faire » entre deux professionnels exerçant la même fonction.

Méthode : Entretien croisé entre deux professionnels de même catégorie professionnelle, l'un faisant partie du groupe « explicite » et l'autre du groupe « implicite ».

Légende : Ce schéma s'appuie sur la distinction de deux groupes de professionnels selon qu'ils se sont déclarés faisant « explicitement » ou « implicitement » de la prévention du tabagisme. La méthodologie est décrite selon le niveau d'entretien (premier entretien E1, deuxième entretien E2).

Niveau E1 (Groupe « implicite ») :

Objectif : faire évoquer des statures professionnelles face à des incidents critiques (prise d'appui sur la non-implication dans la journée de prévention servant de cadre à l'étude)

Niveau E2 (Groupe « implicite ») :

Objectif E2a_i : Entretien conduit en s'appuyant sur le discours recueilli lors du premier entretien (Entretien d'explicitation croisée) (Verbatims ACC sous la forme d'hypothèses = « Pour vous, dans votre métier, la prévention du tabagisme, ce serait plutôt... »)

Objectif E2b_i : Positionner ses statures avec celles d'un pair de même catégorie professionnelle (Entretien d'explicitation) (Verbatims ACC sous la forme d'hypothèses = « Pour vous, dans votre métier, la prévention du tabagisme, ce serait plutôt... »)

▪ *Recueil de données auprès du groupe « explicite »*

Pour le groupe explicite, une grille semi-directive a servi de support lors de la première phase d'entretien : « Quelle est votre fonction dans le lycée ? Quel(s) lien(s) faites-vous entre votre métier et la prévention du tabagisme ? En quoi cela fait partie de vos missions ? Quel(s) rôle(s) vous vous accordez par rapport à la prévention du tabagisme au lycée ? Expliquez moi, quelles sont vos pratiques dans ce domaine ? ».

La présentation de la modélisation de la prévention du tabagisme en milieu scolaire que nous avons établie (figure 6) a été utilisée pour les enseignants comme outil de discussion lors du deuxième entretien que nous qualifierons d'entretien d'explicitation.

Pour les professionnels non enseignants, la figure 6 a été convertie en verbatims (tableau 9) du fait de sa relative complexité afin de limiter le niveau d'expertise de lecture attendu.

Les documents du deuxième entretien d'explicitation (figure 6 ou verbatims) ont été remis à la fin de la première phase pour que les personnels aient le temps d'en prendre connaissance.

Tableau 9 : Exemple de verbatims proposés aux personnels non enseignants et construits à partir du schéma ACC

Pour moi la prévention du tabagisme, c'est... / ce serait plutôt...

Apporter des connaissances aux élèves sur la nocivité du produit (quels produits, quels effets sur la santé...).

Apprendre aux élèves à se connaître eux-mêmes et à se respecter.

Apprendre aux élèves à être bien dans son corps.

Apprendre aux élèves à prendre du recul, à avoir un esprit critique vis-à-vis de leur environnement.

Apprendre aux élèves comment et pourquoi on peut facilement se laisser avoir.

Apprendre aux élèves à mieux communiquer (savoir s'exprimer, se confier, demander de l'aide...).

Apprendre aux élèves à avoir confiance en eux et à avoir une bonne estime d'eux-mêmes.

Apprendre aux élèves à décider par eux-mêmes de ce qui est bon ou mauvais pour leur santé.

.../...

Légende : cette liste d'items a été utilisée pour le groupe explicite (personnels non enseignants) et pour le groupe implicite (toute catégorie de personnels) afin que chaque personnel ait été confronté, sous une forme ou une autre, à la modélisation de la prévention du tabagisme au lycée.

▪ *Recueil de données auprès du groupe « implicite »*

Pour le groupe implicite, la technique des incidents critiques a été mise en oeuvre lors du premier entretien. Une liste d'une douzaine de situations professionnelles

susceptibles d'être rencontrées par ces professionnels (tableau 10) a été constituée en lien avec les trois dimensions du schéma ACC (Attitudes, Connaissances, Compétences) (schéma 1). Cette liste n'avait pas pour finalité d'être exhaustive mais plutôt de proposer une variété suffisante d'incidents pour impulser une discussion chez ces professionnels.

Lors du deuxième rendez-vous, la figure 6 mise sous forme de verbatims (tableau 9) a été utilisée afin de sortir d'une logique d'incident et d'adopter une entrée plus positive en lien avec leurs missions éducatives.

Tableau 10 : Incidents critiques proposés lors de la première phase d'entretien

Incidents critiques : Pour vous, dans votre métier, la prévention du tabagisme, ce serait plutôt...

Un élève est venu vous parler d'un personnel qui fume/boit sur le temps scolaire.
Vous avez localisé un endroit où il y a beaucoup de mégots.
Vous surprenez parfois des élèves qui fument.
Des élèves font les éloges d'un week-end très arrosé.
Un élève est absent parce qu'il a été victime d'un accident sous l'emprise de l'alcool/drogue.
Vous rencontrez des élèves en état d'ébriété à l'intérieur et/ou à l'extérieur de l'établissement.
Un élève fait tomber un paquet de cigarettes de sa poche.
Vous voyez le plateau repas d'un élève avec trois desserts sucrés.
Un joint tombe de la poche ou du sac d'un élève et vous vous trouvez sur son passage à ce moment-là.
Un élève s'efface systématiquement devant les brimades de ses camarades.
Une élève s'habille et se maquille de façon outrancière ou provocante.
Des élèves font les éloges d'un film particulièrement violent qui passe actuellement au cinéma.
Au restaurant scolaire, un élève très effacé ne prend pas part à la conversation du groupe au sein duquel il se trouve, il semble même ignoré voire exclu de ce groupe.

Légende : cette liste d'items avait pour but d'impulser la discussion auprès de professionnels n'estimant pas faire de prévention du tabagisme dans le cadre de leur activité professionnelle (groupe implicite).

▪ *Analyse et structuration des données*

Chaque entretien a été saisi par écrit et anonymé. L'analyse a veillé à rester le plus proche possible des propos des personnels interviewés en tenant compte de la trame narrative. Pour cette raison, nous avons choisi une mise à plat des résultats en illustrant des verbatims recueillis et d'adopter une démarche visant à extraire du discours des blocs de signification (Bardin, 2001). Après une première approche du corpus, a été réalisée une analyse catégorielle en référence à trois axes : (1) la fonction et ses missions, (2) les contours accordés à la prévention du tabagisme au lycée et (3) la place de la prévention dans l'activité déclarée.

Chaque référence faite a été rattachée à (1) la catégorie de personnel à laquelle appartenait l'interviewé. Nous avons listé ce qu'il associait comme relevant de son rôle d'une manière générale dans son travail ou plus particulièrement sur le terrain préventif, et quelles étaient (2) ses contraintes, ressources ou espaces de liberté professionnelle. Les contours de la prévention (3) ont été définis par rapport à ce qui a été exprimé par les personnels comme relevant selon eux de la prévention du tabagisme au lycée. De la même façon, l'activité déclarée (4) a fait l'objet d'une sériation d'items afin de prendre en compte à la fois ce qui était décrit comme ayant été fait, pouvant se faire ou ne pouvant se faire par contrainte ou par choix.

III. Une activité à la fois « explicite » et « implicite »

1. Entretiens avec le groupe faisant « explicitement » de la prévention

a. Entretien E1/ACC₁

Dans cet entretien, l'enseignant établit un lien avec l'action éducative de l'enseignant en général (« moi je le voyais comme un...comment dire ? Une des fonctions éducatives du métier de prof »). La prévention du tabagisme en fait partie de « façon indirecte ». Elle est située en-dehors de la discipline enseignée (« c'est vrai que ça n'a rien à voir avec la discipline »), et revêt une position à la marge : « c'était sortir un peu de la discipline, c'est tout ce qui est parallèle à la discipline », « ce qui se passe dans les « à côté » des cours ». L'activité habituelle devient un prétexte pour agir en conservant le contact avec les élèves sans leçon de morale (« Mon rôle du moins sans être en permanence à aller sur leur dos parce que je suis pas là principalement pour ça, c'est quand même de rester assez proche d'eux et de voir quand il y a des changements de comportement »). Les spécificités de l'âge sont soulignées : « c'est une période un petit peu charnière entre le collégien et le futur étudiant ».

La matière qu'il enseigne (génie mécanique) s'organise sur un plan pédagogique en un travail par petits groupes, par binômes voire individuel (« Ils sont souvent par équipe de deux, ou en individuel, on passe pas mal de temps avec eux »). Cette organisation de la classe est jugée propice pour faciliter les temps

d'échanges « informels » (« *Il peut y avoir des petits moments informels qui sortent un petit peu de la discipline qu'on enseigne et on parle d'autre chose* »), contrairement aux cours magistraux (« *ce qui fait qu'on n'a pas la même relation que certains professeurs d'enseignement plus classique qui sont en classe entière* »). La prévention du tabagisme est décrite comme devant privilégier les relations (« *on a donc un contact assez proche avec les élèves* »).

Elle est définie comme un accompagnement du développement des compétences personnelles (attitudes et capacités) des élèves (« *c'est l'aider à passer ... le plus sereinement possible sa présence dans l'établissement mais aussi l'aider à vivre le mieux possible son adolescence* »). Il ne déclare pas établir de planification de l'intervention (« *ce sera pas calculé, formalisé* »), mais plutôt se saisir du moment judicieux. Cependant, cette posture est difficile à tenir (« *À l'aise non justement, puisque justement comme tout est informel, c'est au cas par cas* ») et il qualifie son intervention de « bricolage » (« *je dirais que c'est un peu du bricolage* »). Les actions conduites à l'échelle de l'établissement permettent de trouver quelques ressources pour intervenir, malgré l'absence de formations spécifiques (« *j'en découvre tous les jours* », « *on n'a pas de formation spécifique* »). Toutefois, ces actions sont jugées ponctuelles par cet enseignant qui renvoie plutôt la prévention à des pratiques « *au jour le jour* ». Il regrette que cela reste sur un registre « *d'initiative personnelle, individuelle* » qui limite l'ampleur du dispositif. Il souligne alors l'influence du soutien du chef d'établissement d'une part (« *selon sa volonté beaucoup de choses peuvent être différentes* ») et d'autre part la nécessité d'un projet d'établissement qui prenne en compte la prévention des conduites addictives (« *C'est peut-être au niveau du projet d'établissement, c'est-à-dire que ... qu'il y ait un mouvement global* »). Le besoin d'une prescription supplémentaire est exprimé ici. En effet, la valeur individuelle des initiatives ne semble pas évoluer vers une prise en compte collective tabagisme (« *Il faudrait mais pour l'instant, je ne pense pas que ce soit clairement établi* », « *il peut y avoir les agents qui sont impliqués comme tout le monde* ») même si au niveau du CESC (Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté) les personnes, par leur présence, se montrent impliquées. L'action collective, par l'agrégation d'actions individuelles, est avancée comme un levier pertinent (« *Je prends l'image de la*

rame, si tout le monde a une petite rame... chacun en mettant un coup, ça avancera plus vite que... tout seul dans son coin. »). Le frein principal exprimé est le temps : *« il faut y consacrer du temps, il faut convaincre et donc passer dans les classes »*.

b. Entretien E1/ACC₂

Prévenir le tabagisme va de soi, selon cette enseignante documentaliste, avec les missions enseignantes : *« C'est inhérent quand même à notre fonction, à nos missions [...] même si c'est pas clairement explicité »*. Même si la prévention des consommations de psychotropes *« n'apparaît pas dans les textes »*, cela constitue une obligation d'agir, un *« devoir »*. Cela commence par la participation au CESC : elle parle d'*« essayer »* d'organiser des *« petites choses »* dans ce cadre, en lien étroit avec l'infirmière scolaire. Sont évoqués le rôle de *« relais d'information » « entre collègues »* pour échanger sur certaines situations d'élèves en difficulté, mais aussi celui auprès des élèves par la diffusion de brochures d'information. C'est le public élève qui est ici à la base de la définition des contours de la prévention du tabagisme au lycée. Elle est décrite comme devant s'appuyer sur l'information mais aussi sur le développement des attitudes et des compétences personnelles (*« Sans vouloir jouer les moralisateurs [...] et puis montrer qu'on est là pour qu'ils prennent soin d'eux, parce que c'est très important ... »*).

Le soutien de la direction lui a permis de suivre des actions de formation grâce à un partenaire associatif en éducation à la sexualité (*« des actions de formation par le CADIS-CRIPS⁷⁰, des choses comme ça, c'est un réel besoin qu'on a ressenti »*) et ainsi l'aider à répondre aux attentes du public (*« les élèves tentent des expériences à cet âge là »*). Cette formation a ensuite sécurisé son intervention sur le sujet du cannabis, pour une co-animation de débats avec les élèves en partenariat avec l'infirmière (*« c'est mieux de faire ça à deux »*). Le soutien de la direction est décrit à nouveau comme essentiel pour ce qui est de la mise en place des *« journées banalisées »* qui permettent d'offrir du temps formalisé et susciter

⁷⁰ Un CRIPS (appellation remplaçant CADIS-CRIPS) est un Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida.

l'aide de « *bonnes volontés* ». Dans le même sens, le projet d'établissement est cité comme levier d'action (« *Inscrire les projets santé dans le cadre du projet d'établissement* ») pour améliorer l'implication de l'équipe éducative.

c. Entretien croisé E2/ACC₁ et ACC₂

La confrontation entre ces deux enseignants au modèle de prévention du tabagisme en milieu scolaire montre globalement leur adhésion à ce modèle (« *tout le monde vise à acquérir ce qui est marqué là, avoir une vie personnelle épanouie, avoir le sentiment de pouvoir agir, ...* » [L018-E2/ACC₁]). Ils indiquent être en plein accord avec ces items (« *oui, il n'y a pas de choses... où je ne me retrouve pas dedans* » ... » [L018-E2/ACC₂]). Le CPE met en lien sa fonction avec le besoin d'une prise en compte de la dimension communautaire de l'établissement (« *organiser une vie pour l'élève au sein de l'établissement ... cela va peut être plutôt, je ne sais pas moi, plutôt du côté des CPE ou de ...* » [L018-E2/ACC₁] « *de la communauté* » [L018-E2/ACC₂]).

Si ACC₁ déclare agir en tant que personne plus qu'en tant qu'enseignant (« *Personnellement, c'est plus l'aspect citoyen que l'aspect prof qui rentre là dedans* »), ACC₂ estime ne pas avoir le même rapport (registre informel) que ACC₁ avec ses élèves. Mais elle déclare à nouveau agir pour informer (en tant que documentaliste), et rajoute (cela n'apparaissait pas dans la phase individuelle d'entretien) agir pour développer l'esprit critique sur « *des questions politique, social, de santé, etc.* » lors du module ECJS (Education Civique Juridique et Sociale). ACC₂ pense même envisageable de travailler d'autres axes (attitudes, compétences, connaissances) dans l'ECJS. Ces deux enseignants partagent l'avis qu'agir pour prévenir le tabagisme est lié à la fonction mais aussi à une « *touche* » personnelle, nous pouvons parler de style personnel (« *si t'as un tempérament à t'investir dans les choses comme ça* » [L018-E2/ACC₂]).

ACC₁ considère que la modélisation proposée de la prévention du tabagisme au lycée est présentée comme le contenu d'une discipline (« *j'avais l'impression de retrouver dans le programme d'une discipline, savoir, savoir-faire, savoir-être...* »). Elle ne prend pas place facilement dans son activité professionnelle. Sa spécialisation de documentaliste est vue comme « *parallèle* », une « *allée*

transversale ». ACC₁ voit néanmoins un support pertinent pour aller vers des temps formalisés d'enseignement permettant de sortir de la situation informelle décrite antérieurement. L'idée d'une planification du travail des différentes notions du modèle proposé est avancée, et montre une forme d'appropriation de ce modèle. Cela reste « *ponctuel selon les situations* », car ACC₁ ne dispose « *pas de cadre clair* » pour agir et ne se juge pas assez compétent. Ce sentiment de faible efficacité appelle les questions de formation pour « *mutualiser* » [L018-E2/ACC₁], pour développer ses connaissances sur les drogues et toxicomanies, leur prise en charge et les attitudes d'accompagnement (« *on n'est pas formé du tout ...* » [L018-E2/ACC₂]). Il s'agit de sortir de « *l'intuitif* » ([L018-E2/ACC₁]) par l'échange de pratiques et le partage de ressources pédagogiques.

d. Entretiens E1 & E2/VACC₁

Lors de la première phase d'entretien, cet agent d'entretien propose davantage un état des lieux d'exercice professionnel plutôt qu'une mise en lien de son travail avec la prévention du tabagisme qu'il trouve pour autant utile. Il parle des relations avec ses collègues fumeurs qui n'ont pas conscience de leur rôle de modèle (« *Ils ne donnent pas le bon exemple* ») expliquant qu'il est difficile d'en parler avec eux (« *On n'est pas toujours bien placé malgré ce qu'on en pense...* »). Il parle de son rapport assez distant avec les élèves, situation qu'il regrette (« *Mais les élèves, on les voit peu parce que les bâtiments lorsque nous y travaillons ils sont fermés, ils n'y ont pas accès.* »), en considérant que le milieu scolaire est « *un terrain propice* » même s'il n'est pas le mieux placé pour agir (« *Disons que, à mon niveau...* »). Il hésite donc à intervenir (« *Non je ne suis pas intervenu dans ce cadre là* »).

La deuxième phase d'entretien montre un regard assez distancié sur l'Ecole en rappelant la place importante des familles (« *Anticiper c'est déjà, quand ils sont en âge de consommer, un problème familial* »).

S'il déclare ne pas agir véritablement en prévention du tabagisme, il met néanmoins en avant une « *démarche personnelle* » de réflexion qui le conduit à proposer des pistes variées d'intervention pouvant prendre place dans son cadre professionnel. Ces pistes (souvent exprimées avec prudence sous la forme de

questions) portent sur l'apport de connaissances et le développement de savoir-être ou de savoir-faire auprès des élèves :

- sur les consommations de psychotropes (*« C'est leur faire prendre conscience de ces choses là parce qu'il y a de plus en plus de dégâts liés à ces consommations là. »*);

- sur la pression du groupe (*« Si tu le fais pas t'es pas un mec » « faut essayer au moins une fois »... est ce que cet esprit là n'amène pas à poursuivre la consommation ? »*);

- sur l'initiation en développant la capacité à exercer un contrôle personnel (*« Est ce que l'individu réagit en fonction en disant que c'est mal. Est-ce que ce ne sera pas quelque chose de contrôlé avec le temps ? »*);

- sur le phénomène de dépendance (*« La dépendance, oui c'est quelque chose qui m'interpelle, ouvrir le dialogue avec les élèves »*);

- sur la pression des médias (*« On nous a assez bassiné à la télé avec ça »*);

- sur une inversion du processus en valorisant la sortie de la consommation (*« Est-ce que c'est le déclic pour eux pour ressortir du groupe finalement, de se sentir revalorisé alors que c'est pas le cas ? »*).

Il propose d'organiser des débats entre consommateurs et non consommateurs (*« Est-ce qu'il faut des gens adéquats pour en discuter, avoir des réunions des confrontations entre ceux qui font et ceux qui font pas ? »*), de développer l'esprit critique (*« Pas se jeter à tête baissée et faire comme son copain. Essayer de réfléchir à ce qu'il faut faire »*), et de montrer d'autres alternatives de choix (*« Le fait d'être soi-même déjà, on a moins envie d'additifs pour se créer un monde rose, il faudrait qu'ils décident par eux-mêmes ce qui va leur plaire dans la vie »*). Conscient des limites de la prévention, il appelle à établir un dialogue adultes / élèves et entre adultes. Ce dernier point renvoie selon lui à la nécessité d'échanger entre catégories de personnels pour améliorer la gestion de l'établissement, pour partager et réfléchir collectivement (*« Je suis dans les internats et je trouve personnellement qu'il n'y a pas assez de surveillance en général, par rapport à l'entrée, parce que je pense que ça arrive à l'entrée, de l'introduction de boissons alcoolisées dans l'enceinte de l'établissement. »*). Peut-être y a-t-il derrière cette

réflexion une envie de rompre un sentiment d'isolement professionnel que l'on peut mettre en lien avec l'expression d'un questionnement personnel sur la légitimité à intervenir en étant agent d'entretien.

Malgré une conscience des limites de la prévention (« *On intervient ici mais ça se pratique quand même.* »), il y a bien une envie réelle d'agir (« *On peut pas rester insensible* ») qui est à nouveau fortement réaffirmée en fin d'entretien.

e. Entretien E1/VACC₂

L'entretien souligne le rôle pivot de Conseillère Principale d'éducation dans un lycée. Cette fonction est décrite comme une mise en lien régulière avec l'infirmière, l'assistante sociale, l'élève, l'enseignant, les parents (« *On travaille jamais seul* »), c'est un travail « *en collaboration* ». Les questions de tabagisme s'insèrent dans les missions de cette CPE (« *On a un secteur qui est réservé, on va dire à l'animation éducative donc où on peut faire des actions d'animation au foyer, en organisant des sorties pour les élèves voilà, des choses comme ça.* »). Ce travail collaboratif est nécessaire car elle ne pense pas pouvoir agir seule, mais avec des personnes ressources (« *Le faire seul, c'est pas évident* », « *les bonnes personnes* ») ayant un rôle facilitateur (« *Quand on a quelqu'un avec qui avec qui travailler et ben, c'est d'autant plus facile* »).

Bien que nouvelle venue dans le lycée, elle suit les propositions d'action de l'infirmière et souhaite poursuivre l'année prochaine. La difficulté pour dégager du temps d'intervention est exprimée et contextualisée au fait qu'elle se sait limitée par le manque de créneaux horaires, pour ne « *pas trop déranger* » (les enseignants donnant leur accord pour libérer quelques heures s'ils sont prévenus à l'avance). Elle ne se dit pas convaincue d'une réelle prise de conscience collective de la prévention du tabagisme par ses collègues enseignants (« *Je ne suis pas convaincue que pour tout le monde, ça soit des actions importantes* »). Elle regrette leur faible participation au CESC (« *Ils ne nous mettent pas de barrières pour organiser mais ils s'impliquent pas* »), considérant que des prolongements peuvent être possibles dans les disciplines (« *ça pourrait déboucher sur un travail en français* ») même si cela est difficile à mettre en œuvre (« *C'est pas évident, bon c'est vrai qu'ils ont leurs programmes, ils ont plein de choses aussi à faire,*

donc voilà, c'est pas simple non plus de tout gérer », « si on veut vraiment toucher les élèves, faut faire pendant le temps scolaire »).

Elle dit bénéficier de l'aide du chef d'établissement pour faciliter, sur un plan institutionnel, le dégagement d'heures de prévention (*« ça dépend des établissements, mais le chef d'établissement nous met pas non plus d'obstacles à ce genre d'actions de prévention, bien au contraire », « Je suis justement en train de réfléchir, sur comment on pourrait organiser des choses mais c'est vrai que c'est le temps vraiment qui est une grosse contrainte »*). Dans l'exercice de sa fonction, elle estime avoir plus de temps que dans son poste précédent dans un gros collège où il y avait *« une grosse gestion au quotidien, pas les mêmes soucis, pas la même approche, pas la même relation »*. De ce fait, elle a de nouveaux espaces de liberté : *« ça nous permet aussi justement de se dégager du temps pour organiser ces actions-là »*.

Elle rapproche santé et citoyenneté (*« dans le cadre de l'éducation des jeunes, au niveau de la citoyenneté »*), dans un *« travail au quotidien », « au jour le jour »* de suivi des élèves en lien avec l'infirmerie et en identifiant deux registres distincts d'intervention : les actions spécifiques de prévention d'une part, et d'autre part, le suivi des élèves grâce à sa fonction privilégiée au plus proche du public. Une gestion plus attentive des élèves de l'internat (du fait de soucis antérieurs de consommation d'alcool) est jugée nécessaire avec un accompagnement en ayant conscience des moments propices de consommation (*« la veille de vacances »*). La prévention par l'apport d'informations sur les méfaits est estimée comme ayant un impact assez faible sur les élèves, mais ayant un impact tout de même (*« Je ne pense pas qu'ils retiennent tout, mais voilà il y a des petites choses comme ça qui marquent et on se dit c'est déjà ça »*). La prévention au travers de plusieurs journées banalisées permettrait néanmoins de toucher un public le plus large possible (*« Banaliser des moments où on pourrait faire des actions vraiment pour toutes les classes »*).

Elle pose le problème de sa compétence pour certains sujets spécifiques (*« y a des thèmes effectivement j'suis, j'suis pas... assez compétente »*). Elle considère qu'une formation sur l'animation de groupe serait un soutien intéressant pour elle, ne se sentant pas encore capable d'organiser une action de prévention seule (*« Je*

ne pourrais pas faire une action de prévention, je m'en sentirais pas capable »). Elle se saisit des éléments qui peuvent être aidant dans son intervention (« *J'ai participé à la conférence sur le tabac et c'est vrai que j'ai appris énormément de choses qui, après voilà, nous servent dans, dans le quotidien* », « *J'assiste comme ça aux conférences* »). La complexité des consommations de psychotropes nécessite des formations complémentaires (« *ça serait bien effectivement, si on pouvait être formé sur des thèmes* ») pour améliorer le sentiment de compétence.

2. Entretiens avec le groupe faisant « implicitement » de la prévention

Les entretiens conduits auprès des personnels techniques et ouvriers de service (IC₁ et IC₂) et auprès de la gestionnaire (IC₃) montrent une très large dominante de discours centrée sur les spécificités de leur fonction dans le lycée. Cette fonction rend leurs relations complexes avec les élèves, du fait du peu de contacts qu'ils peuvent établir avec eux (« *je les vois tellement brièvement* » [L018-E1/IC₂]). Ils mettent en avant de manière sous-entendue les difficultés relationnelles entre enseignants et agents (« *la relation souvent entre... profs et agents n'est pas toujours... il n'y a pas tellement de contacts vraiment...* » [L018-E2/IC₂]).

La fonction des agents est restreinte à des tâches fonctionnelles. La prévention du tabagisme ne prend pas véritablement place dans leurs missions (« *Ce n'est pas réellement notre rôle* » [L018-E1/IC₁]), et ils n'identifient pas le lien possible avec leur rôle éducatif (« *C'est vrai qu'on a un rôle qui devrait être éducatif mais c'est vrai que je pense qu'il y a très peu d'entre nous qui le faisons quoi* » [L018-E1/IC₂]). Agents ou gestionnaire renvoient tantôt la balle à la vie scolaire (« *Je pense que les surveillants et les CPE sont là pour faire ce rôle* » [L018-E1/IC₁]), « *il n'y a pas assez de sévérité de la part des surveillants en général sur le lycée* » [L018-E1/IC₁]), « *Derrière l'internat il y a des élèves qui fument [...] C'est signalé tout de suite à la vie scolaire. [...] Je ne fais que signaler* » [L018-E1/IC₃]), aux enseignants (« *Les profs qui les voient plus souvent que nous* » [L018-E2/IC₁]), ou aux parents (« *c'est vrai que c'est pas non plus notre rôle principal disons de faire de la prévention... ils ont aussi des parents qui sont peut-être là aussi pour ça* » [L018-E1/IC₂]). Le discours sur la prévention du

tabagisme au lycée est argumenté en situant cette prévention par rapport à l'exercice de leur rôle dans l'établissement. (« *J'ai essayé de lui dire « soyez un petit peu adulte » [L018-E1/IC₁], « C'est vrai qu'on ne prend pas assez part justement à ce genre de choses... » [L018-E1/IC₂]*).

La confrontation croisée accentue l'« effet métier ». Est ainsi posée la question centrale de la légitimité d'intervention. Cette légitimité est positionnée au regard des autres personnels mais aussi au regard des élèves du lycée (« *Tout ce qu'on peut dire, ils nous rient au nez pratiquement... » « Oui ! » [L018-E1/IC₂ et IC₁]*). On observe même une certaine surprise que l'on s'intéresse à eux sur cette thématique (« *Je ne vois pas l'intérêt (de venir m'interviewer) parce que ça me concerne pas directement, je suis curieuse je viens voir... » [L018-E1/IC₃]*). L018-E2/IC₁ renvoie systématiquement à la fonction qui ne le place pas dans une situation favorable pour intervenir (« *C'est pas nous qui ont directement autorité sur eux. [...] Après, moi je veux pas... je peux plus rien faire » [L018-E2/IC₁]*). Lors de l'entretien croisé avec IC₂, cela fait également consensus avec son collègue.

Le manque de temps est évoqué (« *je n'ai pas le temps, sinon je travaillerais la nuit, le jour... » [L018-E1/IC₃]*), mais c'est essentiellement un sentiment de dépassement qui domine. Cela génère une tension forte en ne percevant pas comment agir (« *Même des professionnels ont déjà du mal », « On essaie de se remettre en question, je ne dis pas le contraire... mais ... même si nous on se pose des questions, je sais pas, je... » [L018-E1/IC₁]*), « *Les autres personnels ne savent déjà pas comment s'y prendre. Euh... Alors, nous, à notre échelle, on a encore moins de moyens » [L018-E1/IC₂]*). Cette tension trouve son enracinement dans des difficultés de compréhension du lexique : « prévenir » est pris dans le sens de « prévenir quelqu'un que quelque chose est arrivé ou va arriver », « dépendance » n'est pas compris. Ce langage spécifique ne leur fait pas sens.

Cela est amplifié lorsque l'on cherche à identifier les contours que ces personnels accordent à l'objet. En amont, ils remettent très largement en question l'efficacité de la prévention du fait de la spécificité de l'âge des élèves et du rapport qu'ils entretiennent avec l'interdit et la prise de risque. En aval, les limites identifiées de

l'information donnée aux adolescents sont un moyen pour remettre en cause l'efficacité de la prévention et cela fait également consensus (« *Je pense pas que le taux de fumeurs va baisser parce que nous on a décidé de faire de la prévention.* » [L018-E2/IC₁]).

Même s'il est possible pour eux d'agir a minima, un lien précaire est établi entre fonction professionnelle et leviers d'action : « *J'essaie de leur poser des questions, de ce qu'ils ont envie. Si ils ont envie de nouvelles choses parce qu'ici c'est vrai on a beaucoup beaucoup de choix en fin de compte* » [L018-E1/IC₁], « *Si on en voit un fumer, on ira lui dire ouais « il ne faut pas fumer dans le lycée, tu vas dehors* ». *C'est la seule chose que l'on peut faire à notre niveau* » [L018-E2/IC₂]. Il s'agit surtout de réprimander « ce qui n'est pas bien » en rappelant « ce qui est bien » ou en faisant une mise en garde. La place des parents est fortement appelée par rapport au développement des savoirs et des attitudes.

Globalement, il est difficile pour ce groupe d'apporter des éléments de définition de la prévention du tabagisme. Les deux agents revendiquent d'ailleurs une formation : « *il faudrait qu'on suive une formation pour nous dire comment faire. Parce que moi, même si je me pose ces questions, comme je disais, y a des fois où je réponds par une question « comment on peut faire ? » parce que moi je sais pas, j'ai pas la solution... [...] Comment parler à un élève ?...»* [L018-E2/IC₁].

La tension avec les limites inhérentes à leur fonction est accentuée par la perception d'un paradoxe (« *On a un côté où on ne veut pas... les empêcher, mais leur faire comprendre que c'est pas bien pour leur santé ou quoi que ce soit. Mais, de l'autre côté, on leur donne des cigarettes...* » [L018-E2/IC₂]). Expliquer les « bons » comportements n'apparaît pas comme la solution, apprendre à établir une relation de communication avec les élèves semble être un point de départ possible.

3. Entretiens entre personnels des groupes « explicite » et « implicite »

Deux fonctions différentes et deux positionnements différents : la gestionnaire (IC₃) est sur un niveau de contrôle / transfert de l'information / attente de sanctions, la CPE (VACC₂) est sur la démarche surveillance / recherche du

dialogue et écoute / évaluation de la pertinence de la sanction. Au travers de ces deux démarches, ce sont aussi des vues différentes de la prévention du tabagisme qui apparaissent. IC₃ associe prévention à « prévenir de l'existence d'interdits » et juge que « *toutes les solutions sont bonnes* » du fait de l'âge du public, tandis que VACC₂ est dans une posture plus ouverte. De même, les consommations de psychotropes sont vues sous des angles également différents : « *c'est soit pour frimer, soit parce qu'ils aiment ça, soit pour... Personne ne les oblige à le faire* » [L018-E2/IC₃], « *c'est plus au collège qu'il faudrait travailler sur apprendre à dire non. Ils sont plus jeunes et peut-être plus influençables* » [L018-E2/VACC₂]. Responsabilité individuelle d'un côté, problématique de l'initiation et des influences sociales de l'autre, deux approches se confrontent.

Cette tension va trouver une amorce de résolution avec un premier consensus portant sur le rôle du contexte (« *je crois qu'on aura beau les mettre à 200km de l'endroit où il y a de l'alcool, ils trouveront un moyen de consommer* » [L018-E2/VACC₂], « *Ils sont dégourdis nos gamins, il y a des bus, il y a des trains, il y a des voitures... Ils iront se procurer ce dont ils ont besoin ailleurs* » [L018-E2/IC₃]) et sur le fait que réprimander les consommations est nécessaire (Passage de « *tu* » de IC₃ au « *on* » inclusif de VACC₂). Malgré tout, VACC₂ estime que leur expérience personnelle et le fait de les aider à faire des choix sont des leviers. IC₃ pense que « *apprendre aux élèves à avoir confiance en eux et avoir une bonne estime d'eux même, c'est vaste... Si tous les gamins ils sortaient d'ici, ils étaient bien dans leur peau, on serait vraiment super fortiche* ». Pour montrer sa distance avec les actions de prévention qui sont conduites, IC₃ déclare : « *Il y a rien qui me concerne. Rien* », renvoyant à sa fonction de gestionnaire : « *je veux bien obtenir les financements pour les mettre en œuvre mais... Moi c'est plus ce qui est financier, organisation, réservation des salles, organisation des cours...* ».

La CPE explique : « *Moi ça concerne plus mon métier, et ma fonction* » et précise que la mise en place d'actions nécessite de l'organisationnel, assuré par la gestionnaire. Celle-ci estime « *en faire suffisamment* » : « *je suis en colère aujourd'hui [...], je vais changer de métier, j'en ai marre* » [L018-E2/IC₃]. La CPE tempore en estimant que le rôle de gestion fait partie d'un tout.

Ce moment extrêmement tendu, révélateur d'autres tensions professionnelles, se montre salubre et ce, grâce à deux temps successifs du discours. Un premier apaisement apparaît autour du sentiment de dangerosité des conduites de psychotropes des élèves (tabac, alcool, conduite automobile). La gestionnaire se montre satisfaite d'exposer ce qu'elle connaît d'un mode de consommation d'alcool par les jeunes : sa position professionnelle liée à sa fonction lui permet d'avoir cette information comme si ce transfert d'informations n'était pas réservé à sa collègue CPE (« *En ce qui concerne ma profession, moi...il y a personne qui vient en parler au gestionnaire* »). Le deuxième apaisement provient de la CPE qui renvoie à l'activité de sa collègue qu'elle juge importante à ses yeux afin que les actions initiées fonctionnent. Elle se déclare ensuite découragée (« *Quand on voit après que les élèves n'en retiennent rien, c'est un peu décourageant.* » [L018-E2/VACC₂]), et c'est au tour de sa collègue gestionnaire de dire qu'« *à la sortie, ils en retiennent toujours un petit peu quelque chose* » [L018-E2/IC₃].

La reprise par IC₃ de l'argument avancé précédemment par sa collègue (« *après je suis pas persuadée que l'expérience que l'on a puisse servir aux jeunes* » [L018-E2/IC₃]) témoigne de la recherche d'apaisement qui se construit et de l'influence réciproque du discours de ces personnels mis en situation de confrontation sur cette thématique du tabagisme. Un accord consensuel ponctue cette phase autour du travail forcément de longue haleine qui sous-tend la prévention des conduites addictives des élèves (« *Espérer qu'ils en tirent quelque chose de très concret tout de suite ça m'étonnerait* » [L018-E2/IC₃], « *il faut rabâcher, faut en remettre une couche l'année d'après* » [L018-E2/VACC₂]). L'infirmière de l'établissement apparaît très clairement comme le trait d'union entre ces deux professionnels. Certes, ils ont des divergences de point de vue, des lectures différentes des situations, mais ils se déclarent prêts à coopérer. Toutefois, à la proposition de participation de la CPE (« *Effectivement après quand on fait des conférences, la formation sur des addictions, tu peux participer...* » [L018-E2/VACC₂]), la gestionnaire s'estime prête à venir à titre personnel mais s'en défend à titre professionnel, exprimant un sentiment très fort d'amoncellement de demandes multiples en-dehors de ses fonctions professionnelles (« *On nous demande tellement de trucs, de faire tellement de choses que tout ce qui est pédagogie, vie*

de l'élève, on s'en éloigne le plus possible parce que sinon je vais passer le balai dans les couloirs » [L018- E2/ IC₃]). Elle déclare avec fermeté ne pas vouloir faire et le revendique (« je me suis exclue formellement de nombreuses tâches qui m'incombent » [L018- E2/ IC₃]).

4. Des pratiques éparses, des professionnels en quête d'unité

Nous avons cherché dans cette étude à situer « objet » et « intervention sur l'objet » en tenant compte des fonctions et missions des différents professionnels. Nous sommes conscients des limites de notre méthodologie. Le temps de rencontre des professionnels de cette étude a été relativement limité. Nous ne sommes pas non plus allés voir comment ils intervenaient effectivement, tout particulièrement pour les personnels qui déclaraient avoir une activité professionnelle en prévention.

Le rapport entretenu avec la prévention par la confrontation à une modélisation experte est le principal lien considéré par cette méthodologie. La reconstruction de leur activité effectuée a posteriori leur a permis de se positionner à des niveaux d'intervention en prévention qu'ils jugeaient pertinents.

❖ La référence à sa catégorie professionnelle

Lorsque l'on considère la globalité des résultats de cette étude, la prévention du tabagisme est à rapprocher de l'activité professionnelle propre à chaque catégorie de personnel. L'exercice de sa fonction dans l'établissement constitue un point stable de référence, très nettement mis en avant. La prévention est perçue comme une activité de travail qui prend place parmi d'autres, et dont la description permet de structurer son positionnement professionnel.

De ce point de vue, le *sentiment de légitimité* à pouvoir intervenir est différent selon les catégories de personnels rencontrés. Les enseignants de notre étude pensent que cette question ne fait plus débat par rapport à leurs missions, mais n'estiment pas pour autant être efficaces.

Si cette légitimité est bien identifiée chez les enseignants, elle l'est beaucoup moins chez les agents. D'autres études ont montré que ces derniers se situent

essentiellement dans un rapport de loyauté avec le chef d'établissement (Leyrit et al., 2007). Conscients de l'impulsion que le proviseur donne dans leur lycée, les personnels de service et d'entretien cherchent tous à voir comment devenir davantage acteurs. Ils expriment cependant les difficultés qu'ils ressentent à pouvoir participer. Leur statut social dans l'établissement semble constituer un frein pour intervenir auprès des élèves ou pour dialoguer avec les enseignants. Ils renvoient aussi au peu de contacts avec les élèves du fait de leur fonction et de l'organisation de leur travail.

❖ *Des motivations personnelles malgré un sentiment de faible efficacité*

Tous les professionnels de l'étude s'attachent à dire que leur implication (ou leur non implication) est liée à *des choix personnels*, à leur lecture à titre individuel de leur engagement (ou non engagement) délibéré. Pour autant, on constate souvent l'expression d'un *manque criant de formation*. Ils s'estiment démunis pour intervenir. C'est donc le sentiment d'une *compétence insuffisante* qui semble réduire la place de la prévention du tabagisme dans leur activité. Ce constat peut être mis en lien avec d'autres études (Jourdan et al., 2002). Les enseignants n'identifient pas de réelle efficacité de leur activité propre et ni des actions telles qu'elles sont mises en place lors de cette journée balisée dans leur lycée. On observe également que « leurs interventions les confortent dans l'idée qu'un discours de prévention mesuré est plus crédible qu'un discours normatif » (Leselbaum, 2003). De multiples tâtonnements sont exprimés, ainsi un enseignant parle de « bricolages », ce qui correspond à des « stratégies reposant sur l'expérience acquise » telles que les décrit Pastré (1994). La position « à la marge » de la prévention du tabagisme semble amplifier l'incertitude professionnelle liée à l'exercice du métier. La confrontation au modèle montre en effet la nécessité d'un effort permanent d'appropriation de la part de ces professionnels. Ils semblent en quête d'un point d'équilibre entre les finalités de ce travail et le souhait d'une « sorte d'affranchissement à l'égard de certaines contraintes génériques » (Clot, 2000). Le modèle prend alors pouvoir de prescription. Compétences et prescription ne se font pas forcément écho. Les

compétences définies en un « système de connaissances qui permettra d'engendrer l'activité répondant aux exigences des tâches d'une certaine classe » (Leplat, 1991) ne permettent pas un ancrage suffisant de l'activité pour réduire les incertitudes.

❖ *Une place limitée pour intervenir dans un contexte difficile*

Si la modélisation à laquelle nous les avons confrontés prône une approche socialisée de la prévention, ce sont justement les rapports sociaux au sein de l'établissement qui sont principalement mis en avant. Les tensions catégorielles et intercatégorielles vont parfois jusqu'à l'expression de difficultés importantes au travail. Ces tensions professionnelles soulevées montrent d'une part que le sujet de la prévention n'est définitivement pas neutre (Lange et Victor, 2006), et d'autre part qu'il peut devenir le révélateur de l'état de santé au travail (Dejours, 1993, 1995, Fotinos, 2005). « La souffrance reste difficile à dire car c'est dire son échec, son impuissance, sa fragilité, dans la situation de travail » (Lantheaume, 2006), néanmoins cette souffrance est soulignée par les relations unissant prévention et activité professionnelle.

Au regard des résultats obtenus, se pose une question en arrière plan : explicite ou implicite, cela a-t-il du sens pour distinguer les professionnels du milieu scolaire ? Les données recueillies confirment le fait que le modèle a une valeur d'« expertise ». Il n'a pas fait l'objet d'une appropriation directe et peut même être considéré comme une prescription supplémentaire. L'éparpillement des interventions en prévention montre que les professionnels se sentent dépassés par la complexité des problématiques et les tensions liées à l'objet.

L'investigation des modalités d'intervention des professionnels de lycée nécessite de considérer en premier lieu les spécificités de la prévention des consommations de psychotropes dans le milieu scolaire. Nous avons rappelé sa place a priori périphérique dans l'activité, du fait de la difficulté à ne pas pouvoir s'appuyer sur des savoirs universels, immédiatement transférables.

Le caractère non-disciplinaire et transversal de la prévention n'a pas historiquement contribué à ce que l'ergonomie s'y intéresse. Pour autant, afin de surmonter les difficultés qui apparaissent de manière récurrente, nous considérons qu'un autre éclairage que celui de la santé publique est possible. Les outils d'investigation doivent être adaptés au champ scolaire. L'analyse des modalités de l'activité des professionnels en prévention du tabagisme et des consommations de psychotropes trouve toute sa pertinence dans le cadre conceptuel de l'analyse du travail (Leplat, 1992, 1997). Il contribue à identifier la place du milieu scolaire dans le domaine de la santé en France.

Les tâches prescrites aux professionnels de lycées font, par nature, l'objet d'une relecture par ces professionnels. Ce processus d'interprétation ne signifie surtout pas que rien n'est fait, mais plutôt qu'il est nécessaire de chercher à accéder à une activité révélatrice des multiples tensions qui l'animent. Les dispositifs individuels mis en œuvre pour répondre au travail prescrit peuvent générer des activités variées. C'est cette diversité d'activités qui nous intéresse.

Nous avons ensuite, dans cette deuxième partie, présenté une première phase de notre étude sur les contours professionnels de la prévention au lycée. Nous avons pour cela rencontré des personnels variés (enseignants, CPE, personnels d'entretien et de service, personnel administratifs) afin de leur présenter une modélisation « experte » de la prévention du tabagisme en milieu scolaire.

Nous nous sommes fixés pour ce travail de donner la parole aux acteurs eux-mêmes grâce à une méthodologie en deux phases allant d'entretiens individuels à des entretiens de confrontation.

- Le premier constat est que les pratiques évoquées sont particulièrement éparses. Un effet catégoriel se manifeste dans le positionnement du professionnel à s'engager ou non. Le sentiment de légitimité à intervenir est différent selon que l'on soit enseignant, CPE ou personnel administratif, d'entretien ou de service. Toutes les catégories de personnels s'interrogent sur leur compétence en prévention et réclament un accompagnement et une formation adaptés. La temporisation des prises de position est très marquée par les missions professionnelles de chacun. Elle s'effectue en affichant une volonté personnelle de donner un sens particulier à son travail éducatif auprès des élèves. Cela relève davantage d'un engagement personnel.

- Le second constat porte sur la place des activités en prévention dans un contexte difficile. Faire parler les professionnels sur ces activités est un puissant révélateur des tensions professionnelles et des difficultés interpersonnelles dans l'établissement. Ils réorientent la prévention vers une démarche collective comme celle qui a servi de cadre à notre prélèvement de données, même s'ils éprouvent des difficultés à y trouver leur place.

Ces observations nous ont amené à reconsidérer l'entrée initialement choisie de demander aux personnels de lycées de se déclarer comme faisant « explicitement » ou « implicitement » de la prévention du tabagisme. La prise en compte des déterminants de l'activité est à présent une étape nécessaire avant de caractériser les modalités d'implication en prévention.

PARTIE 3 : Les déterminants de l'activité des professionnels

CHAPITRE 7 : L'implication des personnels des établissements scolaires français

I. Etat des lieux des données existantes

Nous nous appuierons dans un premier temps sur les données bibliographiques en présentant les principaux résultats disponibles sur les déterminants d'implication des professionnels de l'Ecole. Dans un second temps, nous exposerons le contenu de deux rapports, un rapport parlementaire (Baeumler, 2002) et un rapport de l'administration centrale (Mamecier et al., 2004). Ces deux principaux rapports permettent de considérer deux formes d'analyse de l'implication des personnels des établissements scolaires en éducation à la santé et en prévention. Ils abordent les pratiques des personnels au travers des actions qu'ils mettent en œuvre dans le champ de la santé. Nous prendrons dans un troisième temps en compte l'exemple de critères d'évaluation retenus au niveau académique.

1. Les travaux de recherche sur les déterminants d'implication des professionnels de l'Ecole

Sur le plan international, les principaux facteurs mis en évidence dans la bibliographie sont le soutien des responsables d'établissements, le soutien technique en terme d'accompagnement et de formation des enseignants, l'engagement dans le temps de l'Institution et de la communauté (Han et Weiss, 2005, Kam et al., 2003, Resnicow et al., 1992, Pateman et al., 1999, Harachi et al., 1999). Sont aussi mentionnés le temps rendu disponible pour l'éducation à la santé dans les cursus, le temps laissé aux enseignants pour se former ou échanger sur leurs pratiques et la disponibilité de ressources financières et matérielles (Waggie et al., 2004, English, 1994, Viig et Wold, 2005). La formation des enseignants reste un facteur central très lié à la qualité de mise en œuvre des projets (Hausman et Ruzek, 1995, Kealey et al., 2000, Ballard et al., 1990, Abbott et al., 1998, Hoelscher et al., 2004, Ottoson et al., 2004, Lytle et al., 2003).

L'examen de la littérature scientifique sur le sujet de l'implication des professionnels des établissements scolaires en matière de santé, révèle une certaine modestie de la contribution française (Arwidson, 2001). Toutefois, une dynamique de recherche s'oriente de manière plus spécifique vers les personnels des établissements scolaires.

Une étude conduite dans 545 collèges et lycées entre 1998 et 2000 a fait l'objet de deux publications (Berger et Leselbaum, 2002, Mérini et al., 2002). Son objectif était triple : dresser une cartographie des pratiques de prévention, comprendre les difficultés des établissements et faire une typologie des établissements à partir de leurs pratiques de prévention. Le recueil de données a été établi à partir de questionnaires distribués dans 7 académies et d'entretiens avec des acteurs de la prévention. Les résultats ont montré que la prévention était essentiellement pensée sous l'angle d'une information sur les produits, sur la Loi et le développement du dialogue avec les jeunes. Le manque de temps par rapport aux programmes et les difficultés organisationnelles sont les principaux obstacles déclarés. Les établissements « actifs » ont des instances spécifiques (CESC, club santé...) et un axe prévention dans le projet d'établissement. L'intérêt de cette étude a été de se centrer sur les professionnels du milieu scolaire. Il apparaît parmi les résultats clés qu'au sein des établissements de cette étude, les acteurs de prévention des toxicomanies sont le chef d'établissement et/ou son adjoint (78%), l'équipe médico-sociale (66%), les CPE (53%), les enseignants (44%) et plus particulièrement ceux de SVT (33%). Sont notées la faible implication des enseignants et la relative absence de l'EPS (Education Physique et Sportive). Les formes pédagogiques des interventions sont en accord avec l'objectif d'information, mais les établissements mettent les partenaires en difficulté car s'ils sont experts du rapport à la Loi ou des questions biomédicales, ils sont inexpérimentés en matière de pédagogie (Mérini et De Peretti, 2002).

Nelly Leselbaum (2003) rappelle cinq points majeurs de cette étude. « Les trois quarts des établissements sont engagés dans des actions de prévention » (1). « Les établissements cherchent davantage à apprécier les actions qu'à les évaluer au sens précis de ce terme » (2). « La nécessité et le besoin d'évaluer pour maîtriser

les actions de prévention sont reconnus par un grand nombre d'établissements » (3). « Les acteurs et les intervenants dans le système scolaire témoignent de positions plutôt différenciées (4). « Il y a une évolution notable vers le recours à plus de partenariats d'une part, et plus d'implication et de responsabilisation des élèves d'autre part » (5). Le point 4 est en accord avec la bibliographie internationale qui porte sur des travaux étudiant spécifiquement l'implication des enseignants. Ces travaux montrent une réelle diversité de pratiques de prévention en milieu scolaire (Ménard, 1989, Campiche et Le Gauffrey, 1995, Perry-Casler et al., 1997, Saint-Leger, 1999).

Une étude conduite dans le premier degré, entre 2000 et 2001 (Jourdan et al., 2002) complète utilement ces données. Elle souligne que la majorité des enseignants déclare pratiquer l'éducation à la santé. Leur approche est principalement thématique mais certaines démarches sont construites sur une perception globale de la santé et du bien-être. Le plus souvent, elles sont limitées à des séquences pédagogiques mais sont intégrées à un projet dans 20% des cas. Ces travaux ont aussi permis la mise en évidence des paramètres influençant les pratiques et les représentations des enseignants. Il s'agit du fait (1) de travailler en ZEP/REP (Zones ou des Réseaux d'Education Prioritaire) et en RPI (Regroupement Pédagogique Intercommunal), et du fait que les enseignants sont plus nombreux à faire de l'éducation à la santé dans ces écoles que dans les autres et (2) à avoir reçu une formation.

Lacombe et Charrier (2000) ont conduit une enquête quantitative par questionnaire sur l'Académie de Rennes auprès de 450 collèges, puis une seconde phase qualitative par observations et entretiens. Ils montrent que « l'aval du chef d'établissement est nécessaire pour toute action éducative », parlant d'un ménage à trois avec les enseignants et le service médico-scolaire. Ils rajoutent que « pour les adultes, les interactions se fondent sur l'accomplissement de la mission pédagogique, confiée par les parents et l'Etat, au prix de la relégation de la vie scolaire à des temps et des espaces non pas complémentaires mais concurrents, et en ceci devant être délimités, voire réduits et en tout cas contrôlés ».

Les actions de prévention sont « tirillées entre les trois pôles, administratif, éducatif et sanitaire » et peuvent rapidement amener un déséquilibre si un de ces pôles fait le choix de ne pas participer. Ces auteurs soulèvent alors la question de la formation des personnels. Ils estiment que « l'efficacité des modalités de formation dans le domaine de la santé et plus largement dans celui de la citoyenneté suppose sans doute de repenser profondément les liens entre apprentissages disciplinaires et développement de la personne de l'élève ».

2. Le rapport sur le rôle du CESC

La commission Baeumler⁷¹ a effectué un bilan du fonctionnement des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté créés en 1998. Ce bilan s'appuie sur une enquête conduite en 2002 auprès de sept académies. Ce rapport repose sur des consultations des autorités académiques et rectorales, consultations qui incluaient les chefs d'établissement. La position institutionnelle des principaux de collège ou proviseurs de lycée et les données à la disposition de l'Institution (est déploré le « peu de remontées en terme d'impact »), privilégient une base de données très institutionnalisée. Adressé au Premier ministre, il pointe trois types de difficultés : le manque de cohérence des politiques de prévention menées au sein des établissements scolaires, la faible implication des élèves, des parents et « dans une certaine mesure » des enseignants dans ces dispositifs, et la difficulté pour faire en sorte que le CESC ne soit pas seulement un « outil de régulation locale au service des projets d'établissements » mais aussi un partenaire dans « la définition et la mise en œuvre des politiques éducatives locales ».

Les éléments relatifs à l'implication des personnels dans les actions portées par les CESC précisent qu'« il faut sortir d'une logique cloisonnée d'intervention et produire chez les membres de la communauté éducative un sentiment fort d'engagement personnel ». Le rapport essaie de cerner pourquoi les personnels se saisissent assez peu de cette instance. Un effet catégoriel est pointé. L'implication des personnels enseignants dans les CESC est décrite comme faible, alors qu'a

⁷¹ Jean-Pierre Baeumler, député-maire du Haut-Rhin, a présidé la commission chargée de faire ce rapport « L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté » (2002).

contrario, ce sont les chefs d'établissements, les conseillers principaux d'éducation, les médecins, infirmières et assistantes sociales qui sont identifiés comme les plus actifs dans cette instance.

Cette situation « doit être analysée comme le symptôme d'un besoin de reconnaissance d'acteurs qui consacrent beaucoup de temps aux actions » mais aussi que leur participation « repose sur le seul bénévolat en-dehors des heures d'enseignement ». « Les résistances témoignent peut-être aussi d'un refus de rattacher le développement du champ sanitaire et social aux savoirs scolaires, rendant par là même illégitime cette amputation de l'horaire d'enseignement. »

Cela se traduit par une action éducative des CESC qui « privilégie la participation d'acteurs non-issus du monde enseignant. La difficile intégration disciplinaire des six orientations des CESC a pour conséquence le recours important à des partenaires externes. Ce processus d'externalisation des tâches de santé, de prévention, de lutte anti-violence assuré par des spécialistes est soit considéré comme la conséquence du désengagement ou de la « fatigue » (terme utilisé dans l'Académie d'Aix) des personnels enseignants, soit au contraire comme un motif de démobilisation de ces mêmes personnels ».

Ce rapport pointe également parmi les causes explicatives, la prescription (circulaire de 1998) qui « pousse au contraire les cocontractants à une obligation de résultats. C'est une raison pour laquelle des initiateurs de projets se démobilisent » entraînant une « fragmentation des dispositifs et l'absence de vision globale ».

Une réorientation des prescriptions est proposée autour de 12 propositions (tableau 11) pour renforcer l'efficacité des CESC⁷². En introduction du rapport, est précisé que « le succès des CESC dépend de la coopération entre différents acteurs placés en situation d'interdépendance les uns par rapport aux autres par delà leurs liens hiérarchiques ». Les propositions formulées se contentent de réaffirmer les préconisations des textes officiels. Aucune piste faisant suite au constat d'échec n'est véritablement proposée.

⁷² Le rapport Bauemler renferme 142 occurrences du verbe « devoir » (doit, doivent, etc.).

Tableau 11 : Douze propositions du rapport Baeumler (2002) visent à renforcer l'efficacité du dispositif CESC et à permettre de rapprocher les établissements scolaires des partenaires éducatifs locaux.

Mobilisation
1 - Le CESC est le dispositif unique de prévention de l'Education nationale dans et hors l'Ecole.
2 - La mobilisation de tous les membres de la communauté éducative est la condition de réussite des actions conduites par le CESC. L'élève doit être un acteur essentiel des actions engagées auxquelles les parents doivent être pleinement associés.
3 - La prévention fait partie intégrante du projet éducatif de l'Education nationale. La démarche du CESC doit être globale. Le CESC doit aider les élèves à choisir des comportements responsables dans le respect de soi, de l'autre et de l'environnement.
4 - Le CESC repose sur la méthode de projet Le CESC doit s'appuyer sur un diagnostic précis à partir des difficultés propres à chaque établissement. Il fixe des objectifs et des priorités, prenant, également, en compte les priorités fixées à l'échelon départemental et académique. Celles-ci doivent être intégrées dans le projet d'établissement. Le CESC doit s'appuyer également sur les actions conduites en matière d'éducation à la santé et à la citoyenneté dans les différents enseignements.
Formation initiale et continue
5 - La réforme des IUFM doit intégrer la démarche préventive La formation initiale de tous les personnels doit comporter une sensibilisation à la démarche de prévention, à la problématique actuelle des jeunes, aux questions sanitaires et sociales ou touchant à la citoyenneté. La réforme des IUFM doit prendre en compte cette orientation.
6 - La formation continue des personnels doit porter sur la méthode de projet. Il doit s'adresser à tous les personnels concernés et peut s'inscrire dans un cadre interministériel.
7 - Des outils méthodologiques doivent être mis à la disposition des établissements pour faciliter la mise en place du projet et l'évaluation des actions engagées.
8 - Un centre de ressources et de documentation académique des politiques de prévention, mis en oeuvre par les CESC, doit être mis en place. Il permettra notamment de valoriser les actions originales et pertinentes conduites par les établissements.
Partenariat
9 - Les CESC doivent travailler en réseaux à l'échelon des bassins de formation. Ecoles, maternelles, primaires, collèges, lycées, doivent ainsi, à travers les CESC, mettre en oeuvre des politiques éducatives communes.
10 - Un "chef de projet Education nationale", placé auprès de l'Inspecteur d'Académie, a pour mission de représenter l'Education nationale auprès de ses partenaires, de coordonner les financements et de mettre en place un guichet unique d'attribution des crédits en liaison avec les coordonnateurs académiques et départementaux.
11 - A travers le CESC, le partenariat avec les politiques mises en oeuvre par le ministère de la santé doit être renforcé.
12 - L'éducation est une responsabilité partagée. Le CESC doit être le dispositif de l'Education nationale dans la conduite des politiques de la ville, des politiques éducatives locales, et des contrats locaux de sécurité. Un correspondant CESC doit être désigné dans chaque ministère concerné.

Légende : Le renforcement des CESC est présenté dans le rapport selon trois axes : la mobilisation des personnels, leur formation initiale et continue et l'établissement de partenariats.

3. Le rapport des Inspections générales

Le rapport Mamecier (2004)⁷³ de l'administration centrale a été réalisé sur la base de constats faits au niveau national et dans six académies (Aix-Marseille, Caen, Clermont-Ferrand, Lille, Nancy-Metz, Rennes), et sur la lecture d'une abondante documentation sur l'éducation à la santé en milieu scolaire. Dans une première partie, les membres de la mission présentent un constat de la politique d'éducation à la santé. La mission formule dans une deuxième partie des recommandations générales et propose deux types de dispositifs pour inscrire efficacement l'éducation à la santé dans la scolarité de l'élève.

Ce rapport apporte en préambule une vision critique des prescriptions officielles en pointant « un empilement de textes, qui mélangent souvent considérations générales, affichage de politiques et prescriptions plus ou moins impératives », ce qui « est d'autant plus surprenant que les circulaires précédentes ne sont jamais abrogées et que les nouveaux textes ne précisent jamais comment les dispositions qu'ils contiennent viennent s'insérer dans le dispositif existant. Les acteurs potentiels de l'éducation à la santé se trouvent donc confrontés à un ensemble de textes constitués de circulaires « organisatrices », celles définissant les missions des personnels, celles portant sur des sujets connexes ou traitant d'un problème particulier, celles qui apportent des conseils méthodologiques et, en outre, des textes qui périodiquement viennent signaler telle ou telle campagne de prévention. En sus chaque année, les circulaires de rentrée apportent leur flot de consignes sans la lisibilité nécessaire pour le chef d'établissement débutant désireux d'engager ses équipes dans une démarche de projet » (Mamecier et al., 2004). Cet ensemble repose selon les rapporteurs sur une « conception cohérente » mais « peu attractive ». Rappelons que l'analyse des textes prescriptifs en éducation à la santé et prévention ne montre pas un regard aussi univoque sur la question de la cohérence.

⁷³ Ministère de l'Éducation nationale (2004) : « Évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège ». Inspections générales (IGEN, IGAS, IGAER). Janvier 2004.

Concernant les moyens d'évaluation de la DESCO (Direction centrale de l'enseignement scolaire en France), le rapport considère que « les informations dont elle dispose sont pour l'essentiel constituées d'informations statistiques à caractère factuel », principalement sous la forme de synthèses de rapports d'activités, effectuées d'abord au niveau académique, puis rectoral avant leur remontée au ministère. Il remet en cause la « capacité d'expertise » de la DESCO qui ne peut, « dans l'état actuel de ses effectifs », être suffisante pour intégrer les travaux scientifiques publiés.

Les constats de la politique d'éducation à la santé au niveau national sont donc sévères. Ils soulignent un pilotage inefficace et « quasi absent », une « activité gouvernée par l'urgence », « l'insuffisance de contacts directs entre les responsables de terrain et les personnels de l'administration centrale ».

Pour identifier les pratiques de terrain, la commission s'est appuyée sur les synthèses institutionnelles mais aussi des actions d'éducation à la santé qui « ont été présentées aux membres de la mission dans chacune des académies visitées. Souvent ces actions se sont révélées exemplaires ».

Pour ce qui est des CESC et des actions qui y sont menées, sont pointés les éléments suivants :

- « dans la réalité, il apparaît que les CESC fonctionnent dans certains cas en cohérence avec une politique globale, d'autres n'existent que sur le papier » ;
- « la juxtaposition au sein du même comité de la santé et de la citoyenneté n'est pas sans ambiguïté sur la définition, les frontières et l'interaction des deux concepts. » ;
- « le CESC n'est jamais ou rarement réuni. Les chefs d'établissements expliquent qu'ils ne perçoivent pas l'utilité de la structure qui « n'intéresse personne et ne sert en fait qu'à justifier des demandes de subvention » ;
- « les actions présentent un caractère ponctuel voire conjoncturel, et qu'elles ne s'inscrivent pas dans un programme d'action formalisé » ;

- « Les établissements ayant conçu et mis en oeuvre dans le cadre du projet d'établissement une démarche globale, cohérente et progressive d'éducation à la santé, conforme aux prescriptions de la circulaire de novembre 1998, constituent des exceptions » ;
- « Les actions recensées sont le plus souvent ponctuelles » ;
- « Quelques actions exemplaires ne peuvent masquer l'immense faiblesse de l'éducation à la santé à l'école, au collège ainsi qu'au lycée » ;
- « Les conditions de vie à l'école, au collège et au lycée contredisent souvent frontalement les messages d'éducation à la santé ».

Force est de constater que « l'action de l'administration centrale produit peu d'effet d'entraînement ou de mobilisation des acteurs ». Le rapport conclue qu'« imposer aux établissements par voie de circulaire un modèle de mise en oeuvre idéal est sans effets », mais que cela ne signifie pas qu'il ne faille pas chercher à « s'abstenir de toute volonté de pilotage ».

Pour ce qui est de la participation des personnels, la commission montre sa volonté de s'intéresser à l'ensemble des catégories de personnels :

- « Les personnels réellement impliqués dans les actions ne sont qu'une minorité dans les établissements » ;
- « Le rôle des chefs d'établissement est également très variable. Ils sont parfois les initiateurs mais le plus souvent des facilitateurs pour la réalisation de projets conçus par des personnels de l'établissement » ;
- « La grande majorité des conseillers principaux d'éducation (CPE) rencontrés ont montré qu'ils percevaient l'importance de l'éducation à la santé à côté d'autres thèmes « transverses » ayant une valeur éducative (c'est-à-dire, ayant un impact sur la capacité des élèves à devenir des adultes responsables) » ;
- « Certains enseignants de sciences de la vie et de la Terre (SVT) peuvent penser que l'acquisition de savoirs suffit à déterminer des comportements réfléchis. Dans ce domaine, une formation s'impose » ;

- « Le véritable pilote des actions d'éducation à la santé reste le plus souvent l'infirmière. D'autres personnels participent à des degrés divers mais exceptés les professeurs de sciences de la vie et de la Terre (SVT), ils ont rarement le même rôle moteur » ;
- « Les médecins sont de moins en moins acteurs d'éducation à la santé » ;
- « Les personnels dont les activités contribuent à la qualité de vie dans l'établissement scolaire, participent ainsi au bien-être et à la santé des élèves et ont également, à travers leurs attitudes professionnelles, une fonction éducative souvent masquée ou peu valorisée » ;
- Le constat est fait d'un « transfert de la responsabilité éducative vers des structures extérieures généralement associatives. Il s'agit là d'une véritable sous-traitance plus ou moins encadrée » ;
- Du point de vue de la maîtrise du champ « éducation à la santé », la commission dit avoir pu « mesurer l'incompréhension des enjeux par de nombreux professionnels de l'Education nationale ». Cette situation trouve son explication par le fait qu'« ayant été polarisés par les enseignements disciplinaires dont l'objectif essentiel est l'acquisition de savoirs, de nombreux personnels de l'Education nationale rassemblent sans grandes distinctions dans un même ensemble tout ce qui est du domaine des « savoir-faire » et des « savoir-être ». En outre, il n'existe pas de « frontière nette » entre des actions qui visent à permettre à des enfants et adolescents d'acquérir des comportements responsables dans le champ de la santé et dans des champs qui relèvent de la vie sociale des élèves » ;
- « Le temps de l'élève, le temps des personnels dans le cadre scolaire se concilient difficilement avec cette « priorité » quand ils ne deviennent pas un frein aux initiatives ». « L'absence de temps consacré à la concertation et de créneau horaire commun aux familles, aux élèves et aux personnels est un frein important à la dynamique des CESC ». A ce

titre, « seul l'engagement des enseignants peut être rémunéré⁷⁴ ». « Les conditions d'un travail en équipe interdisciplinaire ne sont pas réunies ».

La mise à plat faite par les Inspections générales va au-delà d'un simple état des lieux d'une implication faible des personnels du milieu scolaire. Elle montre que la prévention et l'éducation à la santé sont identifiées d'abord comme l'affaire de « spécialistes », que les personnels n'ont pas le sentiment d'incarner. Pour les enseignants, leur « polarisation » sur les enseignements disciplinaires ne permet pas à l'éducation à la santé et à la prévention de trouver sa place. Il s'en suit une mise en œuvre très disparate d'actions qui restent à l'initiative des personnes, sans véritable dynamique collective. La plupart des établissements se tourne alors vers des actions partenariales dans une logique de sous-traitance. Parallèlement, la formation des personnels, jugée « globalement satisfaisante » pour les personnels de santé et sociaux, est qualifiée de « peu adaptée » pour les personnels de direction, d'éducation et d'enseignement.

Si ce rapport ne s'appuie que sur quelques témoignages qui sont davantage des entrevues que des entretiens, il montre malgré tout une volonté institutionnelle de pointer des dysfonctionnements et de proposer de nouvelles orientations.

Les nouvelles orientations que ce rapport propose, sont de deux ordres : le premier concerne le renforcement des modalités actuelles d'application des principes de la circulaire du 24 novembre 1998 et leur extension aux lycées, le second dispositif envisagé, plus pragmatique, s'appuie sur les enseignements.

Pour un renforcement des modalités actuelles d'application des principes de la circulaire du 24 novembre 1998, l'approche positive de la santé par l'OMS est rappelée : « valorisation de l'estime de soi, du respect des autres, capacité à faire des choix, apprendre à gérer les risques. Cette approche globale des dimensions biologiques, psychiques, morales et sociales du bien-être tient à un certain nombre de conditions ».

⁷⁴ Au travers de la DHG (Dotation Horaire Globale) ou sous la forme d'heures supplémentaires (HSE, HSA).

La commission préconise :

- « un cadre horaire minimum, pour chaque élève au collège et au lycée, garantissant sa faisabilité », avec « un minimum de dix heures, par niveau, à identifier dans la dotation horaire globale (DHG) » ;
- La « réalisation d'actions peu nombreuses mais motivées, cohérentes, inscrites dans la durée et en particulier tout au long de la vie du jeune à l'Ecole. » ;
- « L'organisation d'un temps collectif de travail réunissant les différentes catégories de personnels au sein de l'établissement scolaire. Il doit permettre d'articuler au mieux les activités d'enseignement, de vie scolaire ainsi que les apports des intervenants extérieurs » ;
- « Un référent identifié dans chaque établissement (enseignant, conseiller principal d'éducation, personnel de santé, personnel de direction...) doit coordonner les acteurs, avec une petite équipe de prévention » ;
- « L'éducation à la santé ne peut pas constituer une discipline. Elle doit néanmoins trouver sa place dans le projet éducatif. Pour cela, elle doit prendre appui sur les enseignements naturellement porteurs de ce message éducatif » ;
- « La mise en place d'un réseau de formation, de conseil et d'aide au plus près des établissements scolaires » ;
- L'intégration dans la formation initiale d'une formation sous la forme d'un « module obligatoire » ;
- La mise en place de formations généralisées à l'ensemble des acteurs de la communauté éducative autour de « comment l'Ecole peut-elle aider les jeunes à préserver leur capital santé ? » ;
- « La formation continue devrait être organisée au plus près des établissements, dans le cadre du fonctionnement du réseau ».

Pour s'appuyer sur les enseignements, le rapport Mamecier propose d'élargir le champ d'action de l'enseignant. « Une étude thématique devrait être proposée aux élèves, à chaque trimestre, et pour chaque niveau de scolarité. L'enseignant

référent, pilote du projet, renforce le sens donné à l'éducation à la santé à travers le programme d'enseignement ». Est avancée l'idée d'une animation en binôme des groupes de travail, des demi-classes, des ateliers, des « classes-santé », l'organisation de débats sur un objet d'étude adapté aux préoccupations des jeunes, etc. Il est préconisé de dégager un temps spécifique pour les actions éducatives ou d'intégrer l'éducation à la santé dans le temps de classe et d'organiser une confrontation d'expériences pour former progressivement les personnels.

- Un exemple de critères d'évaluation académiques

Ces deux rapports s'appuient prioritairement sur les écrits officiels des services de l'Education nationale. Il nous a donc semblé intéressant, à partir d'un exemple significatif, de voir comment ces retours sont bâtis et ainsi de décrire les objectifs qu'ils sont susceptibles de se fixer. Ce choix de centration suscite deux remarques.

Pour les partenaires de l'Ecole, Leselbaume précise que « les deux seuls critères par lesquels leurs actions sont évaluées, à notre connaissance, sont le degré de satisfaction des publics (qu'ils mesurent à l'aide de questionnaires après leurs interventions) et la progression quantitative des établissements qui leur demandent d'intervenir » (Leselbaum, 2003).

La seconde remarque porte sur les difficultés d'accès aux éléments d'évaluation par l'administration elle-même. Les Inspections générales admettent qu'un certain nombre d'obstacles liés aux retours d'informations par les établissements scolaires aux autorités académiques apparaissent.

Cette appréciation est à mettre en lien avec les indicateurs demandés aux établissements. Ils essaient de se situer à la fois sur un registre qualitatif et quantitatif (tableau 12). Mais, leur choix par les Rectorats et les Inspections académiques est motivé par le fait que c'est l'administration centrale qui les charge de collecter ces indicateurs et d'en synthétiser le retour.

Tableau 12 : Exemple de critères retenus pour un bilan académique des actions CESC.

<i>Types d'actions engagées pour répondre aux priorités mises en place dans l'Académie :</i>	Formation des personnels ressources :	Nombre de personnes bénéficiaires de formations : Quelles catégories de personnels sont les plus fréquemment concernées ? Thèmes les plus fréquemment retenus par ordre de priorité Quelles catégories de personnels sont les plus fréquemment concernées ? Y a-t-il eu des formations ? (Intercatégorielles ou interpartenariales)
	Information des personnels et des élèves :	Information, sensibilisation dans le cadre des CESC : Elèves ayant bénéficié d'actions d'information et de sensibilisation sur les trois thèmes du CESC (par niveau et par produit ou thématique) Personnels ayant bénéficié d'actions d'information et de sensibilisation sur les trois thèmes du CESC
	Actions spécifiques de prévention du tabagisme, des conduites d'alcoolisation et de consommation du cannabis :	Nombre d'établissements ayant mené des actions de prévention dans le primaire, les collèges et les lycées Citer quelques actions particulièrement remarquables, susceptibles d'être diffusées aux autres académies
<i>Mise en œuvre des dispositions actuelles de la Loi de santé publique dans les écoles, collèges et lycées</i>	Difficultés rencontrées dans l'établissement pour la mise en œuvre de l'interdiction de fumer du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif mis en application le 1er février 2007	
	L'établissement dispose-t-il : - D'un ou plusieurs distributeur(s) d'aliments ou de boissons - D'une offre de petit déjeuner, de fruits, autres (hors service de restauration) - D'un point de vente d'aliments et/ou de boissons - D'une ou plusieurs fontaine(s) à eau - D'un ou plusieurs distributeur(s) de préservatifs	
<i>Citoyenneté</i>	- Dans le cadre de votre projet d'établissement et en référence au décret relatif au CESC, avez-vous mis en place un plan de prévention de la violence ? - Au sein de votre CESC, avez-vous mis en place des actions de citoyenneté (action de solidarité, action d'information et/ou de prévention, action à destination des parents...) ? - Pour les LEGT, LP et EREA : Votre CESC travaille-t-il en collaboration avec votre CVL ?	

Légende : Les objectifs des CESC ont été centrés principalement autour de trois thèmes : l'éducation à la citoyenneté et à la vie sociale, la prévention des conduites addictives dans le cadre de l'éducation à la santé, la prévention de la violence.

A partir de cet exemple (tableau 12), nous pointons le fait que la commande institutionnelle est construite afin de répondre aux multiples prescriptions en prévention et en éducation à la santé. Elle ne cherche pas à fournir aux établissements un cadre utile d'évaluation de leurs pratiques en éducation à la santé et prévention des conduites à risque.

Les questions s'articulent tout d'abord autour des priorités académiques de santé en privilégiant une entrée thématique par produit. Un certain nombre de prescriptions institutionnelles (MEN, 2006, 2007) ou de santé publique (MILDT, 2007) sont à l'origine de ce choix. Les établissements scolaires sont également sollicités pour rendre compte d'« actions remarquables » sur ces thématiques prioritaires (tabac, alcool, cannabis). On notera que ce sont de telles actions qui ont servi en partie de base au rapport de l'administration centrale de 2004. Ce retour d'action porte sur la mise en place de temps d'informations adressés aux personnels et aux élèves, mais aussi de formations, principalement celles relatives au guide MILDT (2004) d'intervention en milieu scolaire⁷⁵. Cette formation se veut multicatégorielle (personnels de direction, enseignants, CPE, etc.) et pluri institutionnelle (police, gendarmerie, DDASS). Ce sont des dimensions qui avaient été pointées de par leur faible présence (Mamecier et al., 2004).

Dans une seconde partie, l'enquête cible la mise en place de la Loi de santé publique et les préconisations qui l'accompagnent pour la mise en place de la législation (addictions et nutrition principalement). Là aussi, les prescriptions sont en arrière-plan et parmi celles-ci, nous prendrons l'exemple significatif de la mise en application du décret tabac (décret n°2006-1386).

La dernière partie concerne les actions de citoyenneté en référence au plan national de prévention de la violence qui se décline dans chaque préfecture par un plan contextualisé au niveau départemental. « Préparer le plan violence » fait partie des missions prioritaires des CESC (MEN, 2005).

Répondre aux prescriptions de santé publique est donc fondateur de la construction de ce type d'évaluations relatives aux établissements scolaires. Des limites sont pourtant soulignées : ces évaluations, tout comme celles menées par les partenaires de l'École, sont décrites le plus souvent comme assez succinctes. Pour autant, le mode de recueil retenu au niveau institutionnel reste dans une logique visant à rassembler des données, mais celles-ci permettent surtout de

⁷⁵ Guide DESGESCO/MILDT : Pour développer une politique nationale cohérente dans le cadre de cette prévention des conduites addictives dans les établissements scolaires, la direction générale de l'Enseignement scolaire (DGESCO), et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) ont rédigé un guide d'intervention en milieu scolaire pour les intervenants.

répondre aux enquêtes nationales et aux prescriptions de santé publique adressées à l'École.

Nous pouvons légitimement nous interroger sur les vertus d'accompagnement d'un tel document. Ce mode d'évaluation est davantage une évaluation d'« appareil administratif » qu'un outil au service des professionnels des écoles, collèges et lycées. Se pose également la question du retour qui leur en est fait et qui n'existe que trop rarement. La demande institutionnelle adressée aux structures scolaires est davantage construite pour assurer une remontée d'informations au niveau ministériel (et chaque item de l'enquête académique s'inscrit dans cette perspective), qu'inscrite dans une réelle volonté de pilotage et d'accompagnement (Mamecier et al., 2004).

Il convient donc d'utiliser avec prudence le rapport Baeumler et celui des Inspections générales. En effet, ils présentent tous les deux une vision plutôt négative de l'implication des professionnels du milieu scolaire.

CHAPITRE 8 : De la tâche prescrite à la tâche réelle : l'influence des différents déterminants, pour les enseignants et les autres professionnels de lycée

I. Du prescrit au réel

1. L'activité des professionnels n'est pas la simple mise en œuvre des prescriptions

Selon Karnas (2002), le travail, activité d'enseignement comprise, se structure autour de quatre composantes :

- *Travailler c'est*, occuper des postures, réaliser des gestes ;
- *Travailler c'est*, traiter de l'information, c'est « communiquer », soit directement, soit à l'aide d'intermédiaires ;
- *Travailler c'est*, réguler des processus complexes nés des interactions entre les cellules d'un système dont on est soi-même l'un des éléments ;
- *Travailler c'est*, mettre en jeu des processus de pensée gérant les activités précédentes. C'est mettre en œuvre des stratégies, des représentations.

L'activité des professionnels de l'École ne peut se résumer dans le domaine de l'éducation à la santé ou de la prévention à une application directe de protocoles prescrits. La mise en œuvre de circulaires ou de programmes relève de quelque chose de beaucoup plus complexe. Elle est dépendante, certes de *paramètres institutionnels* (prescription liée aux programmes, projets d'établissement, circulaires), mais aussi *personnels* (nature des représentations de l'enseignant quant à sa mission dans le champ de l'éducation à la santé, histoire personnelle) et *relatifs au public* (les élèves, leurs besoins, leurs attentes). L'ensemble s'inscrit dans un contexte déterminé (les conditions de travail).

Puisque ce qui conditionne l'activité professionnelle est lié à une multiplicité de déterminants, il s'agit d'accéder à la compréhension des contradictions inhérentes au métier, entre les exigences d'encadrement et des apprentissages des élèves et celles de l'exercice réel du métier pour offrir une formation adaptée. C'est de l'articulation des contraintes que va émerger un mode d'exercice de l'activité professionnelle.

Parmi l'ensemble des professionnels du milieu scolaire, les enseignants se positionnent de manière spécifique du fait des apprentissages disciplinaires dont ils ont la charge. C'est donc sur eux que nous allons centrer l'illustration de nos propos.

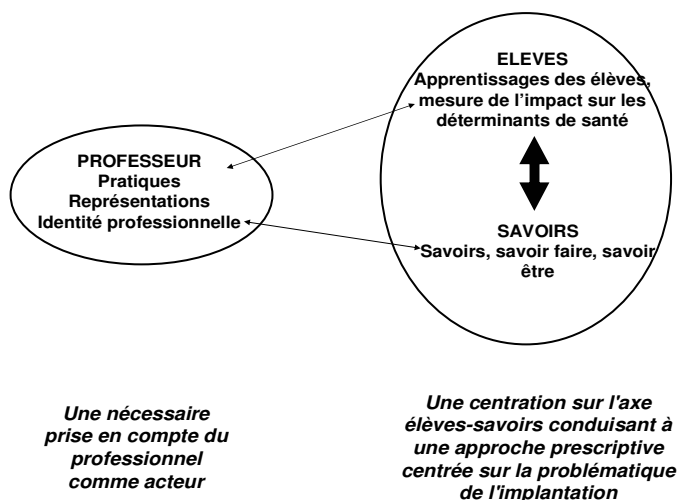
Les enseignants sont tous à la recherche d'un équilibre entre deux logiques de régulation de leur activité : la logique des savoirs enseignés (savoirs, savoir-être, savoir-faire) et la logique de la conduite de la classe (celle de la régulation sociale des échanges et des comportements). Cette seconde logique peut vite prendre le pas sur la première lorsque les conditions d'exercice se dégradent : plus les difficultés des élèves sont grandes, plus les décisions prises par les professeurs tendent avant tout à maintenir « la classe en vie », c'est-à-dire en ordre et en activité, choix qui se fait parfois au détriment des apprentissages (Goigoux, 2007).

L'analyse de la gestion de cette densité d'interactions dans le cadre de la classe (ou de l'établissement) est donc complexe. Il convient de considérer le rôle essentiel de l'enseignant dans le processus d'apprentissage. L'exercice du métier demande d'intégrer des dimensions placées sur des registres différents. Savoirs, savoir-être et savoir-faire délimitent et balisent les situations d'apprentissage.

Par ces apprentissages, l'enseignant aura le souhait d'un impact mesurable sur les déterminants de santé (Schéma 2). Tenir ensemble toutes ces dimensions devient la priorité permanente de l'enseignant. Prescrire d'intervenir en prévention du tabagisme peut donc facilement devenir source de dérégulation de l'activité professionnelle. Cette schématisation de l'exercice professionnel de l'enseignant

nous aide à comprendre pourquoi ils ne gèrent pas cette mise en situation d'une manière identique lorsqu'il s'agit de contribuer à la prévention.

Schéma 2 : Dimensions de l'exercice professionnel de l'enseignant.



Légende : L'intervention en santé ne peut se limiter à la prescription de « bonnes pratiques » dans une perspective d'implantation. Elle se doit de prendre en compte le professeur comme acteur ayant à « tenir ensemble » toutes les dimensions de son exercice professionnel.

2. Les conséquences sur la façon d'aborder le travail

Dans toute situation de travail, il existe un point de vue de l'activité qui est porteur de changement dans une visée transformative (Schwartz, 1997). Nous veillerons donc à décrire la prescription en nous plaçant du point de vue de la tâche qu'elle suppose et de ses liens étroits avec l'activité. Cela revient à dire que la prescription n'a pas une place centrale. Elle est une des composantes qui débouchent sur l'activité réalisée dans un processus de prises de décisions multiples (Leplat, 1997). Par conséquent, en situation de travail, il faut toujours s'attendre à trouver un écart entre le prescrit et le réel. Pour autant, c'est faire le deuil d'une prévision précise de cet écart. Nous ne sommes pas dans la recherche d'une reproductibilité des situations et de réponses souhaitables. La valeur inédite de ce qui se produit est inhérente à l'activité. Il faut l'assumer.

L'écart entre le prescrit et le réel oblige à s'intéresser à l'activité d'une personne unique, cherchant à construire un dispositif personnel d'action dans lequel il se trouve bien, ou du moins, dans lequel il tend à se trouver bien. Il nous faut donc

considérer les situations de vie et les choix orientés par les valeurs en jeu dans cette activité humaine.

II. Un modèle d'analyse de l'activité des professionnels du milieu scolaire

Nous choisirons de décrire la multiplicité des déterminants de l'activité du point de vue des enseignants. Notre modèle de l'activité (Goigoux, 2007), trouve son ancrage dans les pratiques enseignantes du premier degré. Néanmoins, ce sera du point de vue des professeurs du second degré, plus particulièrement de lycée, que nous ferons intervenir cette modélisation. Dans un troisième paragraphe, nous nous appuierons sur le processus de redéfinition de la tâche pour élargir ce modèle de l'activité à l'ensemble des personnels de lycée.

1. Les déterminants de l'activité

Le poids respectif des volets de l'activité est très différent. Lorsqu'il s'agit d'aborder les questions de l'apprentissage de la lecture avec des professeurs des écoles de Cours Préparatoire, le déterminant Institution joue un rôle central en interaction avec les autres déterminants (Personnel et Public). De la même manière, lorsqu'un enseignant de philosophie prépare ses élèves au baccalauréat, des déterminants liés à son Institution, à ses élèves et à lui-même interviennent (figure 7). Cela revient à considérer l'enseignement comme un métier commun de la maternelle au lycée, mais en intégrant les aspects spécifiques du contexte d'exercice professionnel.

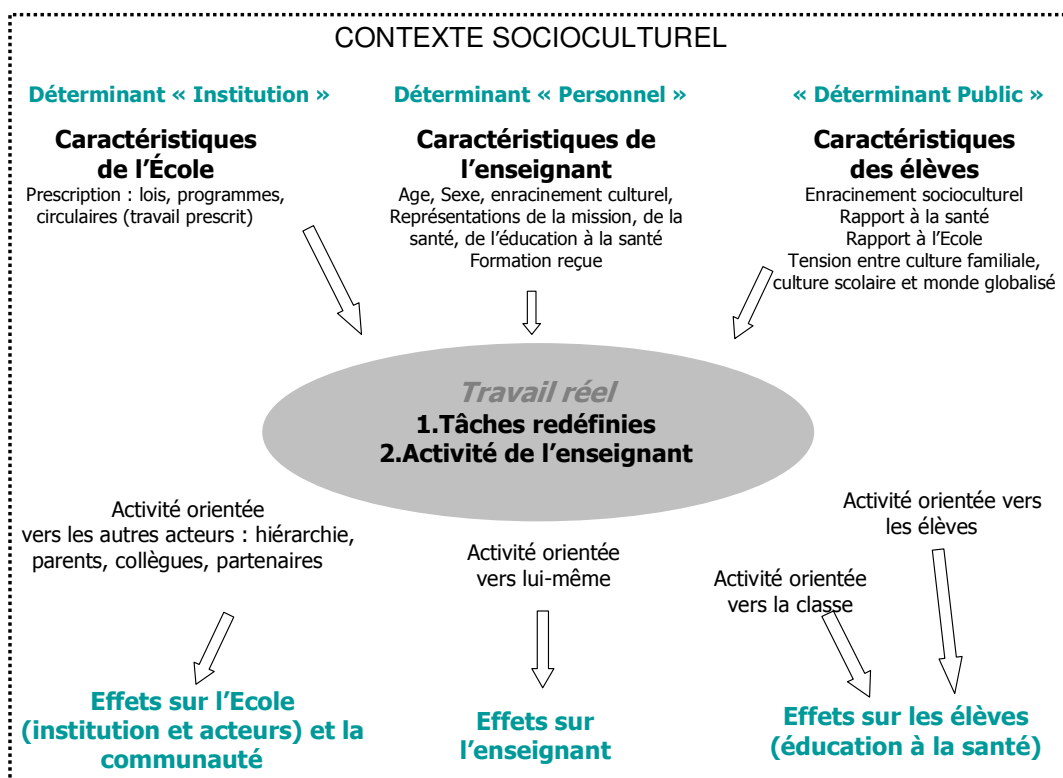
Nous allons examiner successivement en rapport au domaine de l'éducation à la santé et de la prévention :

- ▶ Les caractéristiques de l'Ecole en tant qu'Institution et contexte social d'exercice du métier ;

- ▶ Celles des élèves (leurs savoirs et leurs rapports au savoir ou à l'Ecole, leurs compétences, leurs comportements individuels et collectifs, etc.) ;

► Celles des enseignants (finalités et objectifs, savoirs et savoir-faire, conceptions, valeurs et croyances, expérience et formation).

Figure 7 : Déterminants et impacts de l'activité des enseignants dans le domaine de l'éducation à la santé (D'après Goigoux, 2007).



Légende : Le professionnel, en fonction des caractéristiques de l'École, du public et de ses propres caractéristiques propose une nouvelle définition de la tâche prescrite qu'il oriente vers des finalisations multiples (l'École, les élèves, lui-même dans sa vie professionnelle).

- ***Le déterminant Institution***

Du côté de l'Institution, il s'agit d'abord d'identifier la nature de la prescription. Le travail prescrit représente tout ce qui est défini en amont par l'Institution scolaire et qui est communiqué à l'enseignant pour l'aider à concevoir, organiser et réaliser son travail. Il s'agit des programmes d'enseignement et des instructions, de l'évaluation du travail des enseignants par les corps d'inspection (réalisée au cours de leur activité, mais qui pèse par anticipation sur la conception de celle-ci) et de l'évaluation des performances scolaires des élèves (qui définit ce qui est attendu, en aval, à l'issue de l'activité professionnelle des enseignants).

Ainsi, le fait que des inspecteurs pédagogiques régionaux de SVT incluent de façon systématique un échange sur l'éducation à la santé, l'éducation à l'environnement et au développement durable au cours des inspections, a nécessairement pour impact de conduire les enseignants, en amont, à s'interroger sur la nature de leur contribution dans ces domaines et à la rendre explicite. En éducation à la santé, même s'il existe effectivement une prescription primaire (programmes scolaires, socle commun, circulaires⁷⁶), son rôle est mineur en terme d'impact sur l'activité car elle est noyée au sein d'une myriade d'autres priorités. Tant que le travail de redéfinition du métier d'enseignant ne sera pas plus avancé, ces priorités ne pourront prendre sens dans une activité pour tous les enseignants. De la même façon, les projets d'établissement ou de CESC, qui constituent aussi des dimensions de la prescription (à l'échelle de l'établissement), n'ont qu'une incidence relative sur l'activité professionnelle enseignante.

Cette approche générale est à nuancer. En effet, les questions de santé ont une place importante dans certains contextes ou disciplines d'enseignement dans le second degré (STMS, VSP, SVT, EPS notamment). Dans le premier degré, ce sont des thématiques qui sont reconnues comme faisant partie de la prescription (alimentation, sécurité routière ou hygiène). Le fait que l'éducation à la santé ne soit explicite que dans les programmes de certaines disciplines peut être un obstacle à une conception de l'éducation à la santé comme dispositif d'éducation globale de la personne (au profit d'un simple apport de connaissances).

La prescription secondaire (celle émanant des universités ou des centres de formation et qui est particulièrement prégnante dans les métiers de l'enseignement) existe mais est marginale, cantonnée à quelques centres notamment ceux où existe un réel travail conjoint entre IUFM, santé scolaire et corps d'inspection.

⁷⁶ Les textes institutionnels sont décrits et analysés dans la première partie de cet ouvrage.

- ***Le déterminant Personnel***

Le déterminant personnel a une place importante parmi ceux structurant ce modèle d'analyse de l'activité. De nombreux travaux (qui ne sont pas dans le champ de l'analyse du travail) renforcent cette idée en montrant l'intérêt de considérer les dimensions personnelles. Les programmes de santé publique tendent à prendre davantage en compte les personnels de l'École en tant que professionnels. L'objectif est de rendre ces « opérateurs » plus efficaces, et de fait, les interventions également : « Smoking prevention curricula need to be developed with practical considerations of teachers' time limitations to teach such programs, given their teaching expertise, curriculum requirements, and length of school terms »⁷⁷. Certaines études en santé publique (Han et Weiss, 2005) montrent par exemple que le sentiment d'efficacité, l'épuisement professionnel ou encore l'acceptabilité du programme influent sur la motivation à intervenir. Ils estiment que les enseignants ont plusieurs attentes : bien définir l'objectif du programme et les problèmes de comportements, adapter la nature de l'intervention au problème, tenir compte de la complexité du problème dans la durée du programme, définir un programme compatible avec les croyances personnelles du professeur sur la gestion de la classe et le comportement des élèves (par exemple, l'expérience d'enseignement, son niveau de connaissance en matière de changement comportemental), et enfin avoir un effet espéré et une efficacité positifs. Ils insistent tout particulièrement sur le sentiment d'efficacité, c'est-à-dire le jugement de sa capacité personnelle à influencer les conduites des élèves et qui a un effet important sur l'activité enseignante. L'enseignant qui possède une croyance élevée en son efficacité personnelle, fait preuve d'une attitude plus ouverte, un engagement éducatif et une expérience plus positive de réussite. Il devient lui-même promoteur du programme (ibid.).

Que la santé publique accorde une telle importance à ce que nous qualifierons de déterminants personnels prenant place dans une démarche collective, est intéressant. Une position d'analyse du travail considérera tout particulièrement la

⁷⁷ Factors Influencing Teachers' Implementation of an Innovative Tobacco Prevention Curriculum for Multiethnic Youth: Project SPLASH

place d'où parle le professionnel. Des éléments divers interviennent tels que son âge, son sexe, et ce, en considérant son enracinement culturel, ses représentations de ses missions éducatives en prévention et la formation qu'il a reçue. Les représentations qu'il a de l'Ecole et de lui-même évoluant dans ce monde scolaire, jouent un rôle crucial.

Si l'on considère le champ de la prévention du tabagisme, très fortement connoté socialement, le déterminant personnel tient une place toute particulière et concerne : le fait d'être fumeur ou non, les représentations individuelles sur les comportements addictifs et les consommations de psychotropes, les rapports à l'interdit, à la prévention et la perception des leviers possibles pour que les membres de la communauté éducative agissent pour prévenir la consommation de tabac.

- ***Le déterminant Public***

Le déterminant public correspond aux élèves, à leur situation, à leurs besoins, et à l'environnement social. Les caractéristiques des élèves seront différentes selon le contexte socioculturel, depuis des contextes sociaux difficiles à des contextes plus favorisés. L'âge considéré a également toute son importance. On ne peut envisager une action de prévention avec des élèves de lycée comme on l'envisagerait avec des élèves de l'école primaire. La prévention du tabagisme réclamera pour le public du lycée de considérer l'âge mais aussi le statut tabagique des élèves, et comment ils se situent par rapport aux autres consommations de psychotropes. Leurs représentations sur le tabac, l'alcool, le cannabis... doivent donc être prises en compte. Les élèves dans une enceinte scolaire ne se résument pas à des « êtres scolaires » laissant derrière eux leurs problèmes, leurs difficultés personnelles et familiales.

Cette analyse conduit à souligner la multiplicité des déterminants de l'activité dans le domaine de l'éducation à la santé et de la prévention.

2. Les finalités de l'activité en éducation et santé

Si l'activité de l'enseignant est conditionnée par différents facteurs situés « en amont », elle l'est aussi, « en aval » par ses finalités. Elle est en fait dirigée dans plusieurs directions simultanément, c'est pourquoi nous la qualifions de multifinalisée (Leplat, 1992). Nous pouvons distinguer quatre directions principales selon que cette activité soit orientée (Goigoux, 2007) :

- *vers les élèves* : l'enseignant vise à faciliter les apprentissages des élèves dans le domaine de la santé (qu'il s'agisse de savoirs, de savoir-faire ou de savoir-être) ;
- *vers la classe* : l'enseignant vise à faire vivre le collectif-classe en tant que groupe social qui entretient avec lui des rapports dont les règles ne sont ni totalement données à l'avance, ni définitivement établies. Il cherche à rester maître de ce groupe sans perdre de vue les élèves singuliers. Il s'efforce de maîtriser la trajectoire intellectuelle et relationnelle de la classe considérée comme une entité dont il convient d'assurer le fonctionnement et le développement ;
- *vers les autres acteurs de la scène scolaire* : l'enseignant consacre une partie de ses ressources à rendre lisible et acceptable (voire à valoriser) son action professionnelle à leurs yeux. Il faut aussi qu'il puisse intégrer son activité à celle des autres : les parents de ses élèves, sa hiérarchie, les enseignants qui ont reçu les élèves les années précédentes et ceux qui les recevront ensuite, les autres enseignants qui agissent simultanément, les divers partenaires de la co-éducation. Il suffit, pour s'en convaincre de penser aux facteurs qui conditionnent l'activité d'un enseignant du primaire en matière d'éducation à la sexualité... La question de la hiérarchie et des familles conditionne au moins autant l'engagement dans ce type d'activité que les apprentissages des élèves ;

- *vers l'enseignant lui-même* : l'activité d'enseignement produit des effets sur celui qui l'accomplit à la fois sur le plan physique – fatigue, santé – et sur le plan psychique en terme d'accomplissement de soi. Une part des choix de l'enseignant dépend donc des coûts et des bénéfices qu'il peut retirer personnellement de son activité en fonction de ses propres buts, qu'il peut décliner en termes d'objectifs pédagogiques, de valeurs, de fierté professionnelle, d'estime de soi, de confort, de santé, d'intégration à son milieu de travail, de reconnaissance sociale, de déroulement de carrière, etc.

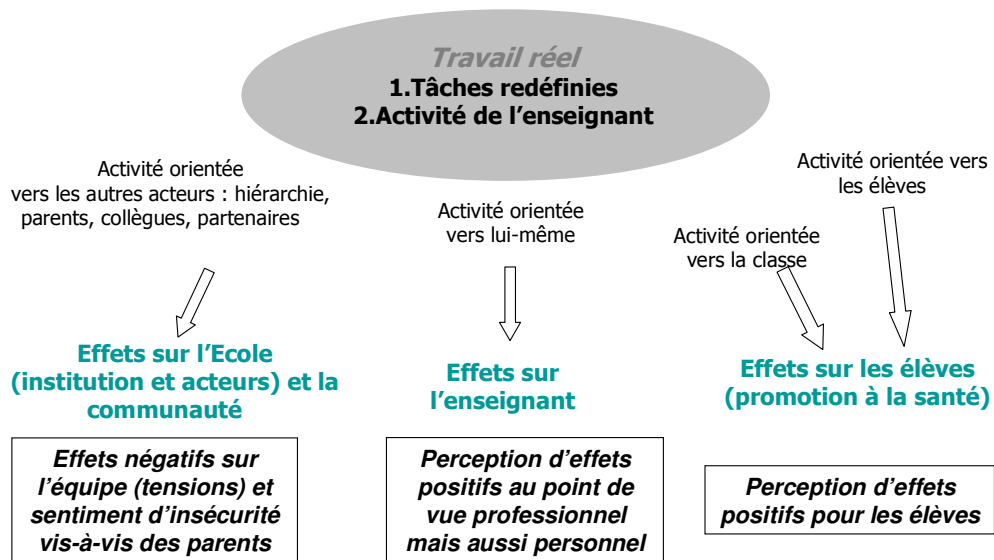
Il y a donc risque à ne penser l'activité de l'enseignant qu'en référence à l'apprentissage des élèves.

Ces réflexions ont aussi une conséquence plus large quant à la façon de penser l'activité de l'enseignant dans le domaine de l'éducation à la santé et plus généralement sa contribution à la promotion de la santé des élèves. En effet, la multifinalité de l'activité d'enseignement engendre des conflits de critères (entre multiplicité des prescriptions et cohérence de l'enseignement, besoins des élèves et demande sociale, engagement et usure professionnelle, volonté d'agir et limites de la sphère publique par exemple).

Les finalités de l'intervention en santé, pour peu que cette intervention ne soit pas pensée comme la transmission de règles intangibles, se révèlent être un excellent support pour rendre explicites ces tensions entre dimensions potentiellement antagonistes de l'activité des professeurs et explorer les façons de les réduire (figure 8).

A titre d'exemple, voici comment peuvent être formulées les finalités de l'activité en éducation à la santé (figure 8).

Figure 8 : Présentation des impacts de la mise en place du dispositif de promotion de la santé à l'école primaire « apprendre à mieux vivre ensemble » tels que perçus par les 24 enseignants d'une école élémentaire (Jourdan, 2009).



Légende : Les enseignants expriment trois registres d'effets de leur activité : des effets sur l'Ecole, sur eux-mêmes, sur les élèves. Ces effets sont décrits en positif ou en négatif.

Il est rarement fait mention dans la bibliographie des conséquences négatives des dispositifs d'intervention. Le fait qu'il en existe ne conduit pas nécessairement à porter un jugement négatif sur l'action mise en œuvre ou à la remettre en cause. Il s'agit simplement de montrer que l'activité professionnelle s'inscrit dans un cadre complexe et qu'elle est régulée par bien d'autres paramètres que celui des apprentissages des élèves.

Tout se passe comme si l'éducation à la santé renvoyait à des pratiques professionnelles qui ne sont pas consensuelles. Mettre en place une dynamique collective n'est pas sans générer des tensions. De plus, l'implication des parents d'élèves conduit à la formulation d'attentes spécifiques de leur part en direction de l'Ecole et donc à un sentiment d'insécurité pour les enseignants.

L'étude des déterminants de l'activité met en lumière la nécessité de tenir ensemble leurs différentes dimensions.

3. Le processus de redéfinition de la tâche

Pour définir le processus de redéfinition de la tâche, la littérature s'accorde sur le fait qu'une liaison existe entre tâche et activité. Celle-ci est médiée par la tâche que le sujet se fixe lui-même. On ne peut donc prétendre accéder qu'à la partie d'un tout en observant l'activité. L'accès au réel de l'activité est d'une autre ampleur. Le travail réalisé ne constitue qu'une partie du travail réel. L'activité concerne donc « ce qu'on cherche à faire sans succès et qui nous échappe, ce qu'on s'interdit de faire, ce qu'on fait sans vouloir le faire, ce qu'on fait pour ne pas faire ce qu'on nous demande de faire, autrement dit les activités suspendues, empêchées ou, au contraire déplacées » (Clot, 1999).

La tâche est donc redéfinie en fonction de ses orientations ou de ses finalités. Un lien fécond s'établit avec l'activité, dans un mouvement de va-et-vient permanent. La redéfinition de la tâche dépend pour part des capacités spécifiques que le sujet s'attribue par rapport aux finalités et aux contraintes qui se posent à lui. Néanmoins, il est indéniable que l'atteinte ou non de ces finalités revêt une signification pour le sujet.

Les missions éducatives ne se limitent pas dans un établissement scolaire aux seuls personnels enseignants. Cela est d'autant plus vrai dans le second degré (lycée, collège) au regard de l'école primaire (maternelle, école élémentaire). Avant de présenter plus précisément quels sont les professionnels de lycée, *une première distinction* porte sur le fait que les enseignants du secondaire ne sont pas, comme dans le premier degré, des personnels pouvant cumuler enseignement et direction d'Ecole⁷⁸. Les chefs d'établissements des collèges et les lycées ont un pouvoir hiérarchique clairement identifié sur les autres personnels. La *deuxième distinction* est que l'ensemble des personnels est beaucoup plus varié dans le second degré depuis les infirmières, les gestionnaires, etc. jusqu'aux personnels

⁷⁸ Un directeur d'école n'a aucun pouvoir hiérarchique sur ses collègues.

d'entretien des lycées⁷⁹. Ces constats influent donc sur la composition de l'équipe éducative d'un établissement du second degré qui diffère donc de celle du premier degré.

Pour ces raisons, l'analyse de l'activité ne peut se résumer dans le cadre du lycée à celle de l'enseignant, même si, comme nous l'avons décrit précédemment, sa place est essentielle.

Par conséquent, nous choisirons de décrire les trois déterminants (Institution, Personnel et Public) du point de vue de l'ensemble des professionnels de lycée.

⁷⁹ Dans les écoles primaires, les agents d'entretien ou les personnels de cantine, sont placés sous l'autorité des mairies.

I. Une surprescription d'objectifs

Les travaux conduits depuis de nombreuses années dans le champ de l'analyse du travail ont montré que l'activité ne saurait être décrite comme l'application mécanique des programmes scolaires. Elle est plutôt « le résultat d'un compromis entre des rationalités multiples : les objectifs didactiques et pédagogiques des enseignants, leurs propres buts subjectifs ainsi que les contraintes et les ressources de leur milieu de travail » (Goigoux, 2007). Penser le travail en lycée nécessite ainsi de dépasser la simple référence à l'implantation, pour aller vers la prise en compte du professionnel comme acteur à part entière. Si la prescription, c'est-à-dire tout ce que l'Institution scolaire définit et communique au professeur pour l'aider à concevoir, à organiser et à réaliser son travail⁸⁰, n'est pas le seul déterminant du travail, elle joue néanmoins un rôle capital. Son analyse est nécessaire pour comprendre comment sont orientées les actions, voir quelles en sont les contraintes, les marges de manoeuvre que les professionnels se donnent, et ainsi pour rendre compte de leur efficacité (Amigues et Lataillade, 2007).

Lois, décrets, programmes, circulaires, plans gouvernementaux et d'actions submergent en continu le système éducatif de kyrielles de prescriptions diverses. De plus, dans le champ de l'éducation à la santé, le nombre de textes publiés a augmenté de façon considérable à partir de la fin des années 90. La grande diversité de ces écrits ne contribue pas forcément à une clarification de ce que les professionnels sont appelés à mettre en œuvre (Baeumler, 2002, Mamecier et al., 2004). Ces constats ne peuvent qu'interpeller sur la façon dont les différentes prescriptions, d'origines parfois très diverses, sont adressées à l'Ecole. Ceci n'est sans doute pas sans conséquences comme le rappelle Peretti-Watel (2008), « la tendance actuelle, liée aux exigences croissantes des politiques en matière de

⁸⁰ les programmes d'enseignement et autres instructions officielles, les lois et règlements de la fonction publique d'État, l'évaluation du travail enseignant réalisée par les inspecteurs de l'Education nationale, l'évaluation des acquisitions des élèves, etc. (Goigoux, 2007).

prévention et de gestion des différents risques sanitaires, conduit à multiplier des actions d'information et des campagnes sur des thèmes spécifiques. Or il est de moins en moins évident que la résultante de ces actions soit cohérente et qu'il n'y ait pas plus d'effets soustractifs qu'additifs ». C'est donc moins l'objet « en soi » qui pose question que le fait qu'il prenne place dans un contexte scolaire marqué par une surprescription massive d'objectifs (Félix et Saujat, 2007).

Cette prescription s'exprime en premier lieu sous la forme des programmes des différentes disciplines enseignées à l'école, au collège ou au lycée. Elle ne se limite pas pour autant à encadrer le volet didactique de l'activité des enseignants en référence aux enseignements disciplinaires. En effet, cette prescription concerne aussi la dimension éducative d'une forme scolaire qui se distingue des disciplines par l'absence de référent académique et donc de curriculum clairement établi. La prescription s'ancre alors sur des pratiques sociales de référence (Martinand, 1981). L'éducation à la santé, à l'environnement, à la sécurité, à la consommation ou aux médias en sont les principales déclinaisons actuelles. Le fait qu'elles soient considérées aujourd'hui comme des dimensions constitutives de la mission de l'Ecole et des enseignants ne signifie pas pour autant qu'elles trouvent facilement leur place dans le champ scolaire. Les « éducations à » restent un élément « à part » dans l'activité professionnelle (Lange et Victor, 2006). Ne s'inscrivant pas dans le cadre disciplinaire, elles sont perçues comme étant en périphérie de ce qui fonde l'identité enseignante (Jourdan, 2005).

Nous allons faire le point sur l'ensemble des textes disponibles et montrerons que la prescription est multiforme, depuis des programmes centrés sur les connaissances aux bulletins officiels de 1998, 2001 et 2003 qui prônent une approche large centrée sur le lien santé/réussite scolaire, en passant par une multitude de textes thématiques répondant à une pression sociale mais ne prenant pas place dans un projet structuré.

II. Des textes multiples mais une sousprescription de moyens

1. Une prescription multiforme en éducation, prévention et protection

La pression sociale exercée sur le système éducatif dans le domaine de la santé est très forte, notamment du fait du corpus considérable de données qui mettent en avant le rôle de l'École dans l'amélioration de la santé des populations. L'une des traductions en est l'importance des documents destinés au milieu scolaire et à ses professionnels. Les textes législatifs centrés sur des problématiques sanitaires incluent souvent des prescriptions en matière d'éducation à la santé. C'est le cas par exemple de l'article 22 de la Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception qui stipule qu'« une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène ». Du côté des textes émanant du pouvoir exécutif, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie, rédigé par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) laisse, dans son volet prévention, une large place à l'action en milieu scolaire. On pourrait aussi citer ici le plan national nutrition santé (PNNS). Les agences d'état, notamment l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) qui dépend du ministère de la santé proposent de nombreux documents destinés aux enseignants. Le ministère de l'Education nationale a produit quant à lui un ensemble de textes qui définissent le statut de l'éducation à la santé à l'École ainsi que les modalités de sa mise en œuvre (code de l'éducation, programmes, socle commun, circulaires spécifiques...). Enfin, de nombreuses associations du secteur de la prévention proposent des documents pédagogiques pour agir contre une problématique sanitaire déterminée (obésité, risques cardiovasculaires, conduites addictives, violences sexuelles...). Tous ces documents ne relèvent pas du même registre. Il est nécessaire de centrer notre analyse sur ce qui constitue le cœur de la prescription, la prescription primaire, c'est-à-dire celle qui émane du ministère de l'Education nationale et ne relève pas de l'activité propre des professionnels d'un établissement scolaire. Les prescriptions secondaires (projets d'établissement,

projets des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, dispositifs académiques de prévention...) ne seront pas prises en compte. Il convient ici de préciser que l'écueil potentiel que constituerait la non-intégration des textes législatifs dans l'analyse peut être levé car les articles des lois concernant la mise en œuvre d'actions éducatives en milieu scolaire font l'objet de textes du ministère de l'Éducation nationale (intégration dans le code de l'éducation, circulaires spécifiques...). Pour reprendre l'exemple cité plus haut, les modalités de mise en œuvre de l'article 22 de la Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 sont détaillées dans la circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées, parue au BO n°9 du 27 février 2003.

D'une façon générale, la prescription primaire prend trois formes principales, complémentaires et interdépendantes :

- ↳ *la publication de programmes d'enseignement et d'instructions* qui définissent en amont les attentes de l'Institution scolaire à l'égard des maîtres ;
- ↳ *l'évaluation du travail des enseignants par les corps d'inspection*, réalisée au cours de leur activité, mais qui pèse par anticipation sur la conception de celle-ci ;
- ↳ *l'évaluation des performances scolaires des élèves* qui définit ce qui est attendu, en aval, à l'issue de l'activité professionnelle des enseignants. (Goigoux, 2007)

Nous nous focaliserons sur le premier de ces axes car l'éducation à la santé ne donne pas lieu à une évaluation des performances scolaires et que, du côté de l'inspection, ce sont essentiellement les inspections pédagogiques régionales de sciences de la vie et de la Terre (pour l'éducation à la santé et à l'environnement) ou des établissements et de la vie scolaire (pour les conduites à risque et les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté) qui prennent en compte l'implication des professionnels dans les dynamiques d'éducation à la santé.

Plusieurs démarches peuvent être mises en œuvre pour analyser la prescription en matière d'éducation à la santé. Il est possible de travailler à partir de la nature des textes (socle commun, programmes, circulaires...), de leur public (tous les professionnels de l'établissement, les enseignants ou toute autre catégorie spécifique...) ou de leur contenu. C'est cette dernière entrée que nous avons choisie pour dresser une cartographie de la prescription scolaire en éducation à la santé (tableau 13).

Tableau 13 : Prescriptions en éducation à la santé et prévention des conduites à risques : le cadre législatif et réglementaire de l'éducation à la santé à l'Ecole

<i>Référence / Intitulé</i>	<i>Nature (Axes EPP)</i>	<i>Niveau d'action</i>	<i>Intention</i>	<i>Ressources / Partenariats</i>
Circulaire N°98-237 du 24 novembre 1998 <i>Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège fixant le nouveau cadre pour la mise en œuvre des actions concernant les élèves</i>	Promotion de la santé	Développement de compétences suivantes par : - l'appropriation de connaissances utiles pour comprendre et agir, - la maîtrise de méthodes de pensée et d'action, - le développement d'attitudes , telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie, la responsabilité.	Approche globale : l'éducation à la santé nécessite une prise en charge collective, cohérente et progressive au travers des différents enseignements et de l'ensemble des activités éducatives.	- Ensemble des personnels des établissements scolaires - Rôle essentiel des personnels de santé - médecins, infirmier(e)s - et des personnels du service social - Les élèves sont le plus possible associés. - Formations sur l'adolescent et sur des thématiques spécifiques.
Bulletin officiel hors série n° 9 du 4 novembre 1999 <i>Repères pour la prévention des conduites à risques</i>	Promotion de la santé	Permettre aux jeunes de répondre ou de s'opposer de manière adéquate aux propositions faites par l'environnement .	Mise en œuvre d'une démarche de santé communautaire .	- Maintenir la cohérence entre des acteurs de la communauté scolaire et des divers métiers à l'oeuvre. - Le bulletin officiel accompagné d'un guide théorique
Code de l'éducation paru au bulletin officiel spécial n° 7 du 13 juillet 2000 <i>Partie législative ordonnant la mise</i>	Axe Prévention	Article L312-16 : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées à raison d'au moins trois séances annuelles. »	Approche planifiée de l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées par groupe d'âge homogène.	- Personnels de santé scolaire et personnels des établissements - Elèves formés - Partenaires extérieurs

<p><i>en œuvre de la scolarité obligatoire</i></p>		<p>Article L312-17 : « Une information est également délivrée sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes [...], à raison d'au moins une séance annuelle. »</p>	<p>Approche planifiée de la prévention de l'alcoolisme dans les collèges et les lycées par groupe d'âge homogène.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels de santé scolaire - Partenaires extérieurs
<p>Encart du Bulletin officiel n°46 du 11 décembre 2003 <i>Education à la santé : programme quinquennal de prévention et d'éducation</i></p>	<p>Promotion de la santé</p>	<p>Favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques</p>	<p>La promotion de la santé en faveur des élèves est indissociable de la politique éducative globale en articulation avec les enseignements.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concerne l'ensemble de la communauté éducative et non quelques spécialistes - En liaison étroite avec la famille
<p>Décret n° 2005-1145 du 9 septembre 2005 modifiant le décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement <i>Le CESC, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté</i></p>	<p>Promotion de la santé privilégiant l'éducation</p>	<p>Contribuer à l'éducation à la citoyenneté Préparer le plan de prévention de la violence Proposer des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion Définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques.</p>	<p>Institutionnaliser des temps de rencontres sur l'établissement scolaire afin de mettre en place des projets santé et citoyenneté dans une démarche de santé communautaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion à l'initiative du chef d'établissement ou à la demande du CA - Participants : le chef d'établissement, les personnels d'éducation, sociaux et de santé et des personnels enseignants, des parents et des élèves, les représentants de la collectivité, toute personne dont l'avis est estimé utile
<p>Décret n° 2006-41 du 11 janvier 2006 <i>Sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, à la formation aux premiers secours et à l'enseignement des règles générales de sécurité</i></p>	<p>Axes Protection Prévention</p>	<p>Enseigner les règles générales de sécurité et de principes simples pour porter secours.</p>	<p>Préparer les enseignants (brevet national de moniteur des premiers secours) à dispenser aux élèves des principes simples pour porter secours.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formation aux premiers secours assurée par des organismes habilités pour les personnels d'enseignement, d'éducation et de santé

<p>Circulaire n°2006-080 du 11 mai 2006 <i>précisant l'organisation de la journée mondiale sans tabac</i></p>	<p>Axes Prévention Protection</p>	<p>Apporter aux personnes et notamment aux jeunes, des informations scientifiquement validées sur les différentes formes du tabac afin d'appliquer plus efficacement les mesures antitabac et d'induire ainsi un effet positif sur la santé.</p>	<p>Les objectifs de cette journée mondiale définis par l'OMS sont de mieux faire connaître : - les diverses formes de consommation du tabac ; - les types, noms et arômes sous lesquels se cache le tabac [...] ; - la nécessité d'une réglementation stricte et de son application.</p>	<p>Le guide d'intervention en milieu scolaire élaboré par la direction de l'enseignement scolaire et la MILDT est centré sur cet objectif de prévention des conduites addictives. (Outil de référence).</p>
<p>Décret modificateur n° 2006-830 du 11 juillet 2006 <i>Socle commun de connaissances et de compétences</i></p>	<p>Axe Education</p>	<p>Intégration de l'éducation à la santé dans le socle commun de connaissances de compétences de la scolarité obligatoire dans les « compétences sociales et civiques » et dans la partie « autonomie et initiative »</p>	<p>Approche globale participant à la construction du citoyen en matière d'éducation nutritionnelle, de prévention des conduites addictives, formation aux premiers secours, d'éducation à la sexualité, etc.</p>	<p>Personnels des établissements scolaires</p>
<p>Décret n°2006-1386 du 29 novembre 2006 modifiant la Loi Evin <i>fixant l'interdiction de fumer dans les établissements d'enseignement et de formation</i></p>	<p>Axe Protection</p>	<p>« A partir du 1er février 2007, il sera totalement interdit de fumer dans les enceintes [...] et cette interdiction s'applique aux personnels comme aux élèves. »</p>	<p>Mettre en œuvre une démarche centrée sur l'information des personnels, des parents, des élèves et des apprentis sur la nouvelle réglementation, les risques tabagiques et les possibilités d'aide au sevrage. Mettre en place de la prévention et de l'aide au sevrage.</p>	<p>- Ensemble de la communauté scolaire concerné en s'appuyant sur le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et la commission hygiène et sécurité (CHS) de l'établissement - Site Internet "Eduscol" - Associations et mutuelles ressources</p>

Circulaire n°2006-197 du 30 novembre 2006 <i>Protection du milieu scolaire</i>	Axes Prévention Protection	Permettre aux élèves de développer des comportements de responsabilité individuelle et sociale par l'acquisition des compétences sociales et civiques (socle commun).	Favoriser la continuité éducative dans une démarche de santé communautaire.	Prendre appui sur le CESC (réflexion, observation, conception, mise en œuvre et évaluation) <i>[Sont cités en réf. 15 autres textes, Lois, décrets, circulaires, notes,...]</i>
Circulaire N°2007-172 du 15 novembre 2007 <i>précisant l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le sida</i>	Axes Prévention Protection	Programmer l'installation de distributeurs aisément accessibles et maintenus en bon état de marche et d'approvisionnement, en prévoyant deux emplacements distincts, pour les garçons et pour les filles ; - mettre à disposition des membres du conseil d'administration des informations démontrant l'urgence d'un renforcement de la prévention auprès des jeunes.	Sensibiliser et responsabiliser les jeunes face au SIDA pédagogique.	- mobiliser leur conseil d'administration et impliquer le conseil des délégués à la vie lycéenne - CESC - partenariat renforcé avec l'association Sidaction autour de l'opération "Pour la vie", avec le concours de France 5 Éducation, la Ligue de l'enseignement et l'INPES - Renvoi à la circulaire n° 2007-113 du 6-7-2007

Légende : ces textes relèvent du pouvoir législatif qui regroupe les Lois, codes, modifications par décret. Dans ce tableau ne figure pas le code de santé publique qui précise le lien unissant en France la santé scolaire et les politiques de santé publique (Livre 3, Titre 2). Trois axes EPP peuvent être mis en évidence en matière de promotion de la santé (Downie & Tannahill, 1996) : l'axe « Education », l'axe « Prévention » et l'axe « Protection ».

Dans le domaine de la prescription en éducation à la santé, les textes les plus généraux font appel à la notion de promotion de la santé dont la finalité est de « donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer » (OMS, 1996). Le concept de promotion de santé dépasse l'individu pour penser la communauté et prendre en compte les interactions entre la personne et son environnement tant physique qu'humain. Dans notre système éducatif, elle se voit assigner deux objectifs. Il s'agit d'une part de permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires à des choix

libres et responsables en matière de santé, et d'autre part de créer les conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves. « En assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité. C'est pourquoi la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative. Aussi, la promotion de la santé en faveur des élèves est-elle indissociable de la politique éducative globale. » (MEN, 2003). La démarche de promotion de la santé concerne ainsi tous les acteurs et toutes les dimensions de vie de l'établissement incluant un volet protection (textes relatifs à l'interdiction de fumer, à la sécurité, à l'accès pour les élèves à des personnels de santé et social...), un volet prévention centré sur les thèmes et un volet éducatif. C'est donc en référence à ce cadre, tel que développé par Downie et Tannahill (1996) que nous étudierons le contenu des textes institutionnels.

Au sein de ce corpus, il a été possible d'identifier trois groupes de textes en fonction des axes qu'ils privilégient (figure 9) :

- ↳ *Groupe 1* : Textes prenant en compte les trois dimensions de la promotion de la santé (éducation, prévention, protection) ;
- ↳ *Groupe 2* : Textes insistant sur la prévention et la protection ;
- ↳ *Groupe 3* : Textes orientés sur l'éducation.

Le texte le plus représentatif du *premier groupe* est le programme quinquennal de prévention et d'éducation (encart du Bulletin officiel n°46 du 11 décembre 2003) qui souligne que la « promotion de la santé en faveur des élèves » est « indissociable de la politique éducative globale ». L'action des professionnels du milieu scolaire, au quotidien, en constitue le levier principal.

Figure 9 : Orientation des principaux textes prescriptifs dans le domaine de l'éducation à la santé dans le système éducatif français.

			Promotion de la santé			
			<i>Education</i>	<i>Prévention</i>	<i>Protection</i>	
Cadre législatif et réglementaire de l'éducation à la santé à l'Ecole	Circulaire N°98-237 du 24 novembre 1998 <i>Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège fixant le nouveau cadre pour la mise en œuvre des actions concernant les élèves</i>					
	Bulletin officiel hors série n° 9 du 4 novembre 1999 <i>Repères pour la prévention des conduites à risques</i>					
				Code de l'éducation paru au bulletin officiel spécial n° 7 du 13 juillet 2000 <i>Partie législative ordonnant la mise en œuvre de la scolarité obligatoire</i>		
	Encart du Bulletin officiel n°46 du 11 décembre 2003 <i>Education à la santé : programme quinquennal de prévention et d'éducation</i>					
	Décret n° 2005-1145 du 9 septembre 2005 modifiant le décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement <i>Le CESC, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté</i>					
				Décret n° 2006-41 du 11 janvier 2006 <i>Sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, à la formation aux premiers secours et à l'enseignement des règles générales de sécurité</i>		
				Circulaire n°2006-080 du 11 mai 2006 <i>précisant l'organisation de la journée mondiale sans tabac</i>		
	Décret modificateur n° 2006-830 du 11 juillet 2006 <i>Socle commun de connaissances et de compétences</i>			Décret n°2006-1386 du 29 novembre 2006 modifiant la Loi Evin <i>fixant l'interdiction de fumer dans les établissements d'enseignement et de formation</i>		
	Circulaire n°2006-197 du 30 novembre 2006 <i>Protection du milieu scolaire</i>					
	Circulaire N°2007-172 du 15 novembre 2007 <i>précisant l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le sida</i>					

Légende : Les principales prescriptions officielles d'éducation à la santé en milieu scolaire sont positionnées suivant les trois axes de promotion de la santé (Downie & Tannahill, 1996) : éducation, prévention et protection. Le décret n° 2005-1145 du 9 septembre 2005 modifiant le décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement et la circulaire n°2006-197 du 30 novembre 2006 privilégient l'axe éducation parmi les trois axes possibles. Les plans gouvernementaux et d'action n'apparaissent pas sur ce schéma. Ils se situent majoritairement selon l'axe prévention.

Cette prescription attend des compétences variées de la part des professionnels du milieu scolaire, notamment des enseignants puisqu'il est question aussi bien de « développer chez les élèves des comportements civiques et solidaires » que de « permettre à la fois le repérage des élèves et leur accompagnement de façon continue sur leur scolarité ». La coordination de la mise en œuvre de la promotion de la santé, dans les établissements scolaires, est confiée aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (circulaire n°2006-197 du 30-11-2006). A la fois outil de diagnostic et lieu de conception d'actions, le CESC « contribue à l'éducation à la citoyenneté ; il prépare le plan de prévention de la violence ; il propose des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion : il définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risques ». Sa perspective est donc éducative et relie l'éducation pour la santé à l'éducation à la citoyenneté. Partant d'une logique centrée sur l'établissement, le CESC s'inscrit comme une des instances du dispositif public de prévention, en concertation notamment avec les structures de la politique de la ville impliquées dans la lutte contre l'exclusion et la prévention des violences. La circulaire du 30 novembre 2006 laisse une large place au volet éducatif en référence aux programmes scolaires par « l'acquisition des compétences sociales et civiques, déclinée à tous les niveaux de la scolarité dans le cadre des contenus disciplinaires, [qui] constitue l'un des piliers du socle commun de connaissances et de compétences défini dans le décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 ». Les domaines à aborder sont nombreux (parcours civiques, formation aux premiers secours, éducation à la sécurité routière, à l'environnement pour un développement durable, à la défense et l'éducation à la sécurité et aux risques, diagnostic de sécurité, protection de l'enfance, etc.).

Le *second groupe* rassemble des textes qui privilégient la protection et la prévention. Il s'agit essentiellement de textes relatifs à une thématique particulière (SIDA, sécurité, tabac...). Certains, comme la circulaire n°2006-085 du 24-5-2006 centrée sur la « sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, formation aux premiers secours et enseignement des règles générales de sécurité » ou la circulaire n°2003-027 du 17-2-2003 concernant « l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées » précisent les modalités de prise en compte, par le système éducatif, de problématiques spécifiques. Dans les « repères pour la prévention des conduites à risques » parus au bulletin officiel hors série n° 9 du 4 novembre 1999, ce sont les facteurs de protection qui sont mis en avant : « le travail éducatif dans son ensemble visera à articuler ces facteurs de protection afin qu'ils permettent aux jeunes de répondre ou de s'opposer de manière adéquate aux propositions faites par l'environnement, non seulement par rapport aux propositions de substances psychoactives, mais par rapport à toutes les conduites à risque ». Viennent s'ajouter à ces textes un certain nombre de « journées » portant sur diverses thématiques de santé. Il existe, chaque année, 77 journées mondiales ou européennes ayant une entrée « santé » (sur un total de 178 journées diverses et variées). Des circulaires donnent les modalités d'organisation de certaines de ces journées dans le milieu scolaire. Il s'agit de celles relatives à la journée tabac (circulaire n°2006-080 du 11 mai 2006), et à la journée SIDA (circulaire n°2007-172 du 15 novembre 2007). Enfin, certains textes correspondent à la transposition de directives de santé publique, comme le décret n° 2006-1386 de novembre 2006 (publié au JO du 16 novembre 2006), fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (Circulaire n°2006-196 du 29-11-2006 JO du 5-12-2006).

Le *troisième groupe* rassemble des textes centrés sur le volet éducatif. Il s'agit des programmes scolaires du premier degré et du second degré dans plusieurs disciplines (sciences de la vie et de la Terre, éducation physique et sportive, sciences et technologies de la santé et du social) et du socle commun de

connaissances et de compétences (décret n°2006-830 du 11 juillet 2006). Dans ce dernier texte, la santé est présente à la fois dans le domaine de la culture scientifique et technologique (« l'appréhension rationnelle des choses développe les attitudes de responsabilité face à l'environnement, au monde vivant, à la santé »), et au sein des compétences sociales et civiques puisque les élèves doivent « être éduqués à la sexualité, à la santé et à la sécurité ». Le paragraphe « autonomie et initiative » appuie les démarches centrées sur la construction de la personnalité de l'élève mise en œuvre en éducation à la santé : participation active, appropriation de règles de vie partagées, respect mutuel. Ce texte rappelle également que « la prise en compte de la santé par l'Ecole répond aussi à une demande sociale, organisée autour de trois grands domaines : les difficultés sociales des familles : chômage, ruptures familiales..., la santé des élèves proprement dite : addictions, obésité, nutrition..., le mal-être des jeunes, qui peut se traduire par des attitudes de repli sur soi »⁸¹. La circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998 (BOEN n°45 du 03-12-1998) constitue le cadre de référence de l'éducation à la santé à l'école et au collège. Elle se situe dans une perspective globale et est centrée sur la mission éducative de l'Ecole. Il n'est donc pas ici question de traiter des problèmes de santé publique mais de fournir les clés pour une prise en compte de la santé dans l'éducation scolaire des élèves. Sa référence centrale en est la citoyenneté. Le texte précise qu'« à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences ». Ces éléments permettent de situer la légitimité de l'éducation à la santé non pas en référence aux problèmes de santé mais en terme de construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables.

⁸¹ Version du 2 septembre 2008 du code de l'éducation

La prescription en éducation à la santé telle que nous la connaissons aujourd'hui est le fruit d'une histoire. Son hétérogénéité peut en partie être interprétée en référence à l'évolution de la perception du rôle de l'Ecole en matière d'éducation à la santé. Il est nécessaire de présenter succinctement l'évolution de la prescription pour comprendre ses caractéristiques actuelles.

2. Une prescription traversée par une série de tensions

A l'évidence, la prescription apparaît comme traversée par une série de tensions. La première est liée au fait que, dans notre pays, il n'y a rien d'évident à ce que l'Ecole, dont la mission se cantonne à la sphère publique, prenne en charge le domaine de la santé qui relève d'abord du privé, de l'intime. Il n'existe pas non plus de consensus sur la façon d'aborder les questions de santé. A minima deux lectures émergent pour peu que l'on creuse l'argumentaire développé dans les différents textes. Il s'agit de la référence à la sécurité et de la référence à la promotion du bien-être individuel et social. La première se réfère à l'idée d'urgence préventive (si nous n'agissons pas maintenant les conséquences seront importantes dans le futur), la seconde à des fins plus larges (promouvoir le bien-être social, faire prendre du pouvoir sur sa santé et celle de la communauté). Si la première a été longtemps dominante, le double phénomène de l'émergence d'une éthique du bien-être individuel et d'une augmentation du degré d'exigence des individus vis-à-vis des états providentiels a conduit à donner plus de place à la seconde. Ces deux sources de légitimation coexistent dans le système éducatif et conduisent nécessairement à des façons différentes de percevoir le rôle de l'Ecole et des enseignants. La première lecture est ainsi centrée sur la prévention de problématiques sanitaires, le système éducatif y est perçu comme instrument de santé publique. La seconde se réfère aux missions fondamentales de l'Ecole. Il s'agit d'une part de permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires à des choix libres et responsables en matière de santé, et d'autre part de créer les conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves. Dans ce second cas, l'Ecole est un acteur de santé publique.

La seconde tension est celle qui existe entre centration sur l'enseignement (les disciplines) et prise en compte des « éducations à » (la santé, la citoyenneté, l'environnement, aux médias, etc.). Cette tension n'est pas nouvelle, elle est constitutive de l'Ecole républicaine. Dès son origine, la question de la nature de la mission éducative de l'Ecole a été posée. Dans notre pays, le contexte qui a vu son émergence était tel que c'est sur ce qui est reconnu comme commun à tous qu'elle a été fondée. Tout ce qui relevait de choix, d'opinions concernait seulement la sphère familiale, à la famille l'éducation, à l'Ecole l'instruction. Permettre à l'Ecole d'être reconnue et acceptée par tous les citoyens était à ce prix. Le courant des pédagogies actives ou nouvelles a porté cette préoccupation des « éducations à » dans une perspective éducative plus globale mais il l'a fait en périphérie de l'Ecole. Aujourd'hui encore, les différents dispositifs d'ouverture qui offrent des entrées non-disciplinaires restent marginaux.

D'autres tensions sont aussi à l'œuvre et permettent de rendre compte de la nature complexe de la prescription : la position de « l'objet santé à l'Ecole » entre versant éducatif et volet prise en charge des difficultés de santé. S'opposent une approche essentiellement biologique (centrée sur la transmission de connaissances hygiénistes) et une finalité plus large visant l'émancipation. Ces multiples tensions s'expriment de façon différente selon la nature des textes considérés. Elles sont probablement irréductibles du fait de la nature même de la « santé », concept intégrateur que l'on ne saurait enfermer dans une définition univoque. La santé peut être considérée à la fois comme « un état de complet bien-être physique, psychologique et social » au sens de la définition de l'OMS de 1946 et comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (OMS, 1986). Il n'est donc pas étonnant que, dans les programmes scolaires de 2008 pour l'école primaire (BO Hors série n°3 du 19 juin 2008) l'éducation à la santé soit présente en deux lieux. L'acquisition de connaissances relatives à la santé est mentionnée dans deux domaines d'apprentissage : l'EPS (les élèves apprenant à veiller à leur santé) et les SVT (connaître le fonctionnement du corps humain et avoir un comportement

responsable face à l'environnement). Elle apparaît aussi en lien avec la citoyenneté dans le cadre de l'instruction civique et morale.

I. Les personnels exerçant en lycée

1. Données statistiques sur les personnels

Notre recherche s'est déroulée dans l'Académie de Clermont-Ferrand.

Les chiffres dont nous disposons concernent principalement le second degré dans son ensemble (collèges et lycées). Si l'on considère uniquement les lycées de l'Académie, les personnels enseignants sont au nombre de 3 609 se répartissant de la manière suivante : 1 090 en lycée professionnel et 2 519 en lycée d'enseignement général et technologique (document 7).

Document 7 : Personnels de direction et vie scolaire, personnels enseignants exerçant dans le second degré (Source : Rectorat de l'Académie de Clermont-Ferrand).

Enseignants dans le 2nd degré public et personnels D.I.E.O en activité au 01/01/2007 dans l'académie	Effectifs	Taux de féminisation (en %)	Age moyen	Taux de temps partiel (en %)
Direction	283	33,9	49,8	0
Inspection	75	38,7	51,9	1,3
Education	270	66,3	41,5	11,9
Orientation	94	81,9	46,8	29,8
TOTAL Personnels D.I.E.O.	722	52,8	46,5	8,4
Professeurs agrégés et chaires supérieures	906	46,1	44,6	7,3
Professeurs et chargés d'EPS	587	46,3	44,8	7,0
Professeurs certifiés	4 638	63,3	42,3	14,2
Professeurs des lycées professionnels (PLP)	1 382	47,3	44,8	11,4
Professeurs d'ens. général des collèges (PEGC)	301	56,1	55,6	31,9
Adjoints d'enseignement	8	37,5	53,8	25,0
Instituteurs et professeurs des écoles	242	46,3	43,6	4,1
TOTAL enseignants dans le 2nd degré public	8 064	56,6	43,7	12,8
TOTAL	8 786	56,3	44,0	12,4

Légende : Les enseignants de lycée représentent 44,75% des enseignants du second degré. Ils présentent un taux de féminisation plus faible que la moyenne de l'ensemble des enseignants du secondaire.

Au niveau national, les enseignants de lycées représentent 51 543 personnes exerçant en lycée professionnel et 142 123 en lycée d'enseignement général et technologique, soit un total de 193 666 enseignants sur 530 000 enseignants dans les collèges et lycées. Le taux de féminisation en lycée est de 48,4%.

2. Les catégories de personnel des lycées français

Les personnels qui constituent l'encadrement quotidien des lycées français, se répartissent de la manière suivante. Nous suivrons de près les éléments de présentation fournis par le ministère de l'Education nationale⁸² :

▪ *Les enseignants*

Les enseignants sont spécialistes d'une discipline particulière et sont recrutés au niveau bac plus 3 par concours externes ou internes. Dans tous les établissements, enseignent des professeurs agrégés (agrégation) et des professeurs certifiés (CAPES ou CAPET). Certains professeurs sont spécialisés dans l'enseignement professionnel : ce sont des professeurs de lycées professionnels et des professeurs techniques chefs de travaux (CAPLP).

▪ *Les personnels d'éducation*

Les conseillers principaux d'éducation (CPE), appelés jusqu'en 1991 les conseillers d'éducation (CE), sont responsables de l'organisation de l'éducation et de la vie scolaire des élèves. Comme les enseignants, ils sont recrutés au niveau bac plus 3 par concours externe et interne.

▪ *Les personnels d'orientation*

Les conseillers d'orientation-psychologues exercent leurs fonctions dans les Centres d'Information et d'Orientation (CIO) où ils reçoivent les élèves et leur famille ainsi que les adultes afin de les informer, les documenter et les conseiller.

▪ *Les personnels de direction*

Dans les collèges ou les lycées, les personnels de direction (proviseur, principal, adjoint, agent comptable) sont recrutés parmi les enseignants, les personnels

⁸² <http://www.education.gouv.fr/cid223/au-college-et-au-lycee.html>

d'éducation, d'orientation ou d'inspection, par concours ou liste d'aptitude.

- *Le chef d'établissement* dirige l'établissement et préside le conseil d'administration. Il est à la fois exécutif de l'établissement et représentant de l'Etat : il a autorité sur tous les personnels mis à sa disposition. Il exécute le budget et rend compte de sa gestion devant le conseil d'administration. Il a la capacité de prendre la responsabilité de mesures graves (fermeture de l'établissement, suspension des enseignements) si nécessaire. Le chef d'établissement veille au bon déroulement des enseignements, à l'orientation et au contrôle des connaissances des élèves. Les chefs d'établissement (collèges et lycées) sont recrutés soit par concours (après cinq années d'exercice dans la fonction publique), soit par liste d'aptitude, soit par détachement.

- *Le gestionnaire « intendant »* seconde le chef d'établissement pour tout ce qui relève de la gestion matérielle et financière (entretien des locaux, sécurité, organisation de l'accueil, de la restauration, de l'hébergement, etc.). Il dirige l'ensemble des personnels administratifs, ouvriers et de service. Il peut effectuer les fonctions d'agent comptable.

- *L'agent comptable* est chargé de la comptabilité générale de l'établissement. Il a la charge de l'encaissement des recettes et le paiement des dépenses.

▪ *Les personnels sociaux et de santé*

Les infirmier(e)s de l'Education nationale sont principalement affecté(e)s dans les établissements du second degré et peuvent couvrir, dans un secteur d'intervention donné, les écoles et établissements d'enseignement secondaire ne disposant pas d'une infirmière en résidence. Le personnel infirmier a pour mission, sous l'autorité du chef d'établissement, de promouvoir et de mettre en œuvre la politique de santé en faveur de tous les élèves scolarisés. Les infirmiers de l'Education nationale sont titulaires d'un diplôme d'Etat d'infirmier, et ils ont réussi un concours spécifique pour exercer dans l'Education nationale.

▪ *Les médecins de l'Education nationale*

Ils sont chargés des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de la santé. Ces actions sont menées auprès de l'ensemble des élèves

dans les écoles, les collèges ou les lycées. Les médecins de l'Education nationale sont titulaires des qualifications et diplômes conférant le droit à l'exercice de la médecine en France, et ils ont réussi un concours spécifique pour exercer dans l'Education nationale.

- *Les assistant(e)s de service social*

Ils aident les jeunes scolarisés à faire face aux problèmes qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne, que le problème soit scolaire ou non. Ils interviennent dans les établissements publics du second degré auprès des élèves et de leur famille. Leur rôle auprès d'eux est multiple : analyser la situation scolaire et familiale des élèves en difficulté, les informer sur leurs droits, les orienter vers les services compétents pour les aider, les accompagner dans leurs démarches, jouer un rôle de médiation.

Ils conseillent également les établissements pour les questions d'ordre social et participent aux actions collectives de prévention. Titulaires du diplôme d'Etat d'assistant de service social, les assistants sociaux sont soumis au secret professionnel.

II. Considérer des représentations multiples

La diversité des personnels que nous venons d'évoquer implique des représentations forcément très variées. Le déterminant personnel, relatif aux caractéristiques professionnelles, à la formation reçue ou encore aux représentations de son métier, peut donc être potentiellement décrit de façon extrêmement variée. Il nous faut tenir compte de ce paramètre et définir ce que recouvre la notion même de représentation qui reste multiple.

Nous décrirons en premier lieu les représentations fonctionnelles dans le travail (Leplat, 1985), puis nous établirons leurs liens avec les représentations sociales (Moscovici et al., 1986, Abric, 1994, 1997).

1. Les représentations fonctionnelles

« La représentation est fonctionnelle dans la mesure où elle assure la planification et le guidage de l'action » (Leplat, 1992). Les représentations fonctionnelles permettent « au sujet de se représenter une situation et de la conceptualiser avant d'agir (structure conceptuelle de la situation avant l'acte). Il construit alors une connaissance opératoire et active, par le biais de la médiation de représentations, qui va l'aider à faire face à de nouvelles situations ou à des situations professionnelles complexes » (Huard, 2006). Ainsi, « les représentations construites par l'action, dans l'action et pour l'action, y sont étroitement imbriquées et s'avèrent souvent plus « pertinentes » que « véridiques », plus « spécifiques » que « générales », en tout cas en perpétuelle évolution » (Weill-Fassina et al., 1993).

Ne retenant que certains éléments de l'objet qu'elle considère, la représentation ou modèle mental n'est pas accessible directement. L'analyste n'a que la partie verbalisée de la représentation. Celle-ci est mise en lien par le sujet avec son activité de façon plus ou moins explicite. L'accès aux représentations fonctionnelles s'appuiera sur la verbalisation de règles d'actions, mais aussi sur le rôle planificateur de propositions déclarées. Les représentations de l'opérateur (qui peuvent être mises en perspective de celles de professionnels expérimentés) sont de nature à nous aider à comprendre quelles représentations fonctionnelles sont mobilisées. Ces représentations sont donc porteuses d'une intention. Norman (1983) précise qu'elles visent à guider l'action pour obtenir un certain résultat dans des conditions déterminées. « En comprenant mieux le rôle des conditions techniques et organisationnelles de l'élaboration et de l'exploration des représentations, on pourra orienter les actions ergonomiques qui visent à l'amélioration des conditions de travail » (Leplat, 1985).

2. Les représentations sociales

Pour participer à décrire les représentations fonctionnelles de l'action professionnelle, et étant donné l'objet spécifique de la prévention, nous ne pouvons faire abstraction des représentations sociales des personnels du milieu

scolaire afin d'accéder à leurs conceptions (Abric, 1994, 1997). Sur cette question, les grandes enquêtes de santé publique (OFDT, 2006, 2007a, ESCAPAD, 2005, EROPP, 2002) fournissent des éléments sur la population générale.

Les représentations sociales ne touchent pas uniquement la consommation de psychotropes et les addictions. Elles concernent de la même façon le métier d'enseignant, les missions de l'Ecole, etc. Elles permettent aux professionnels d'effectuer des choix et de positionner leur intervention (Hoc, 1980).

Selon Moscovici (1986), une représentation sociale comporte trois dimensions :

- *L'attitude* : elle exprime un positionnement, une orientation générale, positive ou négative par rapport à l'objet de la représentation ;
- *L'information* : elle renvoie à la somme et à l'organisation de connaissances nombreuses, variées, précises ou stéréotypées sur l'objet de la représentation ;
- *Le champ de représentation* : le contenu d'une représentation est constitué d'éléments à la fois cognitifs et affectifs. C'est un ensemble d'informations organisées et structurées relatives à un objet.

Abric propose dès 1976 la *théorie du noyau central*. Selon ce modèle, une représentation sociale s'organise autour d'un noyau central, composant fondamental qui détermine la signification et l'organisation de la représentation. Ce noyau est consensuel et collectivement partagé. Il se caractérise par une cohérence, une stabilité qui lui permet de résister aux changements.

Des éléments dits «périphériques», plus instables et moins prégnants dans la représentation, viennent s'organiser autour de ce noyau central.

Peuvent ainsi être distingués :

- *Le système central* qui est le fruit des déterminismes historiques, symboliques et sociaux et qui structure les pensées relatives à l'objet ;
- *Le système périphérique*, en prise avec les contingences quotidiennes, qui permet, dans une certaine mesure, l'adaptation de la représentation à des contextes sociaux variés. Flament (1989) utilise la métaphore du

« pare-chocs » pour expliquer que le système périphérique absorbe les conflits entre la représentation et la réalité discordante. Il y a adaptation du système périphérique, en vertu d'un principe d'économie et en cohérence avec le noyau central.

D'après Abric, les représentations sociales comportent quatre fonctions principales :

- Une fonction de savoir : Elles vont permettre, de par leur contenu, à la fois de comprendre et d'expliquer la réalité. Ces savoirs « naïfs » vont faciliter la communication et les échanges sociaux ;
- Une fonction identitaire : Les représentations sociales servent à définir l'identité sociale de chaque individu et ainsi préservent la spécificité des groupes sociaux. Cette fonction va intervenir dans les processus de socialisation ou de comparaison sociale ;
- Une fonction d'orientation : Les représentations sociales permettent au sujet d'anticiper, de produire des attentes mais également de se fixer ce qu'il est possible de faire dans un contexte social particulier ;
- Une fonction justificatrice : Elles peuvent aussi intervenir a posteriori et ainsi servir à justifier nos choix et attitudes. Par là, elles jouent un rôle essentiel dans le maintien ou le renforcement des positions sociales.

3. Dans un lien « par », « dans » et « pour » l'action

Dans la perspective de ces quatre fonctions, et afin de permettre de conceptualiser la situation, le déterminant personnel viendra s'enraciner dans un corpus de représentations sociales et fonctionnelles. Du point de vue social, « un groupe impliqué dans une relation effective avec un objet, privilégie dans la construction représentationnelle des éléments descriptifs et pragmatiques, contrairement au groupe « éloigné » de l'objet qui privilégie des éléments évaluatifs renvoyant de fait à une représentation plus idéologique » de l'objet. » (Abric, 2001). « Les représentations sociales sont souvent assimilées à un savoir pratique. Or, cette dimension est déterminante dans la mesure où le processus de formation des

représentations s'appuie précisément sur les pratiques sociales et professionnelles qui ont cours dans un champ social donné. Les représentations, formes de connaissances pratiques qui se construisent à partir de la pratique en interaction constante avec l'objet et qui, dans ce processus, le construisent et le définissent, sont donc des interprétations de la réalité et des phénomènes complexes qui ont un sens pour les acteurs sociaux » (Courty, 2007).

Représentations sociales et fonctionnelles entretiennent avec l'objet un lien fonctionnel dont le registre identitaire nous intéresse tout particulièrement. « Pour construire leur identité professionnelle, les individus doivent créer des relations de travail, collaborer aux activités professionnelles dans des organisations et participer aux jeux des acteurs et de leurs groupes qui s'y développent » (Frayssé, 2000). Leur investigation permet de mieux comprendre les bases des prises de décisions des professionnels du milieu scolaire. Elle permet aussi de chercher à identifier ce qui domine dans ces représentations et voir de quelle façon celles-ci s'organisent de façon systémique.

III. Des conditions de travail en nette dégradation

1. L'accumulation de tensions

L'Ecole, reflet du modèle social et politique auquel elle appartient, est traversée par de multiples débats sur ses missions, ses capacités à favoriser l'égalité des chances. Les professionnels du milieu scolaire se retrouvent au cœur de ces questionnements et tout particulièrement les enseignants. Ceux-ci exercent un métier dont les conditions de travail se sont particulièrement dégradées cette dernière décennie. Pour « faire classe », une gestion simultanée des apprentissages et des relations au sein du groupe classe avec la perspective d'emmener 80% d'une classe d'âge au baccalauréat est nécessaire. « Les enseignants doivent, outre leurs tâches traditionnelles de préparation de cours, d'enseignement et d'évaluation, participer davantage à la vie de leur Ecole, s'engager dans un travail collectif, se former... Au niveau du travail réel, la littérature en sciences de l'éducation s'accorde sur un constat d'intensification et de complexification du

travail des enseignants. L'intensification se marque moins par un allongement de la durée du travail que par un alourdissement et une extension des tâches à réaliser et par une complexification du travail en classe. » (Maroy, 2006). « Aux intentions régulièrement affirmées par les slogans que sont « l'égalité des chances » et « l'Ecole de la réussite », la réalité renvoie un écho souvent plus dissonant et une image plus sombre que traduisent les expressions « échec scolaire », « classes hétérogènes » ou « élèves en difficulté » (Lebeaume, 1999).

Parallèlement, les signaux négatifs sur les performances de l'Ecole en France s'accumulent. Les indicateurs publiés par le Haut Conseil de l'éducation font apparaître que 15% des élèves sortant de CM2 connaissent des difficultés sévères ou très sévères de compréhension et de repères méthodologiques et culturels. Les résultats de l'enquête internationale PISA (Programme International pour le Suivi de l'Acquis des élèves) montrent depuis les années 2000 que les compétences des élèves français de 15 ans se situent un peu en dessous de la moyenne des 30 pays de l'OCDE avec un recul régulier de plusieurs rangs chaque année. Le rapport Pirls 2006 (Progress international reading literacy study) réalisé dans 40 pays par l'Association internationale d'évaluation (AIE), classe la France au 27^{ème} rang, en stagnation depuis le premier rapport en 2001.

Il n'est pas surprenant dans ces conditions de voir l'image du métier enseignant se dégrader. Estève et Fracchia (1988) considèrent que le malaise enseignant peut être considéré comme une thématique de recherche à part entière « dont les revues spécialisées ont publié plus de 500 études ». La notion de « malaise » est devenu peu-à-peu un vrai sujet de préoccupation, révélateur de l'intérêt qui lui est porté.

2. Le malaise enseignant

Le fait que la profession enseignante soit en crise ne signifie pas que nous ayons à faire à une situation exceptionnelle. En fait, tout se passe comme si le malaise était permanent. En 1899 déjà, dans son « Enquête sur l'enseignement secondaire, rapport général à la chambre des députés », Ribot écrivait : « nous avons recherché avec la plus grande sincérité les causes du malaise de l'enseignement

secondaire ». De la même manière, dans son introduction, le rapport de Joxe « La fonction enseignante dans le second degré, Rapport au ministre de l'Education nationale » publié en 1972 soulignait : « on ne saurait aborder les problèmes posés par le malaise des enseignants, et plus généralement par la crise de l'enseignement, sans poser d'abord les éléments quantitatifs de ces problèmes »⁸³.

Trente-six ans plus tard, « l'idée d'un métier impossible » (Lantheaume, 2006) commence à être partagée par nombre d'enseignants. Auto-prescription et prescription se confondent pour nourrir cette idée. « Le discours prescriptif très fréquent dans les entretiens relève autant de l'auto-prescription que de la prescription : « il faut », « on doit », « on n'a pas le droit », sont des expressions qui reviennent régulièrement. Elles font référence à une nécessité de fonctionnement, une contrainte propre à l'activité, une exigence institutionnelle ou sociale, une obligation difficile à assumer » (ibid.). Le sens accordé au métier d'enseignant est de l'ordre de « l'empilement de tâches situées dans plusieurs registres : pédagogique, administratif (et juridique), vie scolaire. Elles apparaissent comme non hiérarchisées et non coordonnées ». Un sentiment de « mal travailler » est exprimé du fait d'une organisation du travail vécue comme défaillante. « Il ne savent plus ce que « bien faire son travail » signifie » (Lantheaume, Hérou, 2008). La mission d'intervenir auprès des élèves et être à leur service (dans une démarche de service à la personne) apparaît comme « mission impossible » (Lantheaume, 2006). Face aux difficultés sociales et scolaires, la tâche semble immense, d'où un sentiment de découragement, de dépassement. « La difficulté à identifier les limites et les normes du métier, provoque un doute sur le sens du travail, aggravé par une reconnaissance sociale défaillante » (ibid.). « L'impression de dispersion l'emporte et accompagne le doute sur ce qui constitue le cœur du métier » (ibid.).

⁸³ Ces deux citations proviennent du « livre vert sur l'évolution du métier d'enseignant » rédigé sous la présidence de Marcel Pochard remis au premier ministre le 4 février 2008 qui tente d'analyser les questions posées aujourd'hui et propose des pistes politiques pour y répondre.

Au quotidien, « tous [ces enseignants] s'efforcent de trouver en classe un bien-être suffisant pour « tenir » chaque jour ou « durer » toute une carrière⁸⁴. Ils sont à la recherche d'un équilibre entre deux principales logiques de planification et de régulation de leur activité : la logique des savoirs enseignés (la logique didactique stricto sensu) et la logique de la conduite de la classe (celle de la régulation sociale des échanges et des comportements) » (Goigoux, 2007). Cette pression réclame une adaptation perpétuelle que certains écrits qualifient de « ruses ». Ainsi, « L'analyse d'exemples, extraits d'enquêtes ethnographiques récentes, montre que ces ruses sont le signe d'un défaut d'adaptation et la preuve d'une capacité à ajuster son action afin de rendre le travail possible. Selon les situations, elles sont défensives ou manifestent l'inventivité individuelle et la capacité d'agir collectivement. Elles peuvent ainsi être, selon les situations, sources de souffrance ou de plaisir au travail » (Lantheaume, 2007).

Des travaux institutionnels récents (2005) tels que les travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, insistent sur les liens unissant le travail et sa reconnaissance, et cette reconnaissance et la santé mentale. Les conséquences d'un défaut de reconnaissance se problématisent autour d'un « rapatriement de la reconnaissance du faire dans le registre de l'être [...] du ressort stricte du sujet singulier ». Cette notion a une dimension individuelle et collective, contextuelle et organisationnelle, et elle « dépend fondamentalement de la qualité des relations au travail, c'est-à-dire de la façon dont les principes de justice sont respectés non seulement par le management mais à l'intérieur [...] de l'équipe de travail ». La demande de reconnaissance du travail est constante dans l'activité enseignante. En 2000, l'étude de la crainte de ne pas être reconnu ne montrait pas de différences significatives entre les enseignants et les non-enseignants (Kovess-Masféty et al., 2000). Mais, ce sentiment arrivait à niveau

⁸⁴ Au Canada, Tardif et Lessard (1999) ont appréhendé le travail des enseignants en incluant les phénomènes globaux de société ou d'évolution du système d'enseignement. Néanmoins, ils s'attachent à considérer le métier d'enseigner comme une interaction quotidienne « avec, pour et sur des jeunes êtres humains ». Ils font l'hypothèse que cet « objet humain » rejaillit sur tous les aspects du travail. La dimension collective du travail au sein de l'organisation a également, selon eux, une large place.

presque similaire aux agressions verbales pour ce qui est des inconvénients redoutés.

Sans doute peut-on émettre l'hypothèse selon laquelle la position de l'Ecole au cœur des tensions sociales et dans un écartèlement perpétuel entre « ce qui est » et « ce qui devrait être » conduit à des réajustements permanents qui ne sont pas sans conséquences sur les personnels.

Dans ces conditions, la commission Pochard a été mandatée en 2008 par le gouvernement français afin de rédiger le *livre vert sur le métier enseignant*. La partie considérant l'état des lieux des conditions de travail souligne 6 caractéristiques professionnelles à partir de la consultation des enseignants :

- un service défini en heures d'enseignement et non sur la base d'une durée de travail ;
- des contextes d'exercice très divers ;
- une confrontation à des actes de violence ;
- un déficit en matière d'action sociale, d'hygiène et de sécurité ;
- un suivi mieux assuré des enseignants en difficulté par une démarche de retour à l'emploi ;
- un absentéisme limité.

Le rapport Pochard montre en premier lieu que la motivation des enseignants pour ce métier est forte. L'expression de la satisfaction professionnelle des enseignants du second degré au regard de l'exercice du métier est proche de celle des professeurs des écoles, et elle est plus élevée qu'en 2004 (87 % contre 81 %).

Pour autant, les arguments et les facteurs de malaise présentés dans le rapport Pochard sont nombreux. Ils peuvent être répartis selon qu'ils trouvent leur origine à *un niveau endogène* « au plan personnel et professionnel » ou à *un niveau exogène* « relatifs à l'Institution et à la société » ou « relatifs aux élèves et à leurs parents » (tableau 14).

Tableau 14 : Classification des principales données du rapport Pochard (2008) selon leurs origines :

Origines exogènes		Origines endogènes
« relatifs à l'Institution et à la société »	« relatifs aux élèves et à leurs parents »	« au plan personnel et professionnel »
Série des demandes institutionnelles sans accompagnement et d'évaluation	Plus de 80 % des enseignants réfutent désormais l'idée que l'Education nationale puisse se démocratiser encore et permettre une plus grande égalité des chances	Le sentiment de malaise serait alimenté par la perception qu'ont les enseignants du positionnement de leur métier dans la hiérarchie globale des professions
Réformes multiples mais 19 % des enseignants regrettent de ne pas suffisamment participer à l'évolution de l'Ecole (ils étaient 9% en 1972)	Principale difficulté « l'adaptation au niveau des élèves »	Le sentiment de malaise est lié à l'âge : il est décrit par la moitié des enseignants de moins de 32 ans, 67 % des 32-40 ans, et 72 % des 41-48 ans
<i>Moins de prestige</i> : cette dégradation est ressentie de manière quasi unanime : 92 % des chefs d'établissement, 95 % des directeurs d'école et, respectivement, 94 % et 95 % des enseignants du premier et du second degré estiment en 2007 <i>Du prestige</i> : 38 % dans le second degré	59 % des enseignants estimaient que les élèves ont de moins en moins le goût d'apprendre (35% en 1972, 44% en 2003) 64% à dire « avoir du mal à les intéresser »	Le sentiment de malaise est lié à l'ancienneté : 63 % de ceux qui exercent depuis 21 à 30 ans trouvent le métier de plus en plus difficile contre 19 % de ceux qui ont moins de 5 ans d'ancienneté
Ils seraient confrontés à la fois à «une dégradation de leur image dans la société » citée par 50% d'entre eux	Trop de temps devant la télévision et/ou Internet	La question de leurs revenus
« Manque de prise en compte des difficultés concrètes du métier » par leur autorité de tutelle pour 68 % des enseignants interrogés	Le sentiment que les élèves ont un rapport délicat à l'autorité : 74 % des enseignants dans le primaire, 65 % dans le secondaire	Les satisfactions apportées par le métier passent de 33 % en 1972 à 24% en 2007. Repli sur la sphère familiale comme source de satisfaction personnelle
Insuffisante considération de leur activité	38 % à estimer que les exigences des parents sont une cause plus importante de difficultés relationnelles avec les élèves	Alors que le sentiment de découragement touche 40 % des cadres français, les deux tiers des enseignants (70 % dans le premier degré, 64 % dans le second degré) déclarent le ressentir dans leur travail.
	Les enseignants du second degré sont de plus en plus nombreux à souhaiter « un plus grand soutien des parents » pour atténuer ce malaise	86% ressentent un alourdissement de leur charge de travail, et les deux tiers éprouvent un sentiment de découragement dans leur travail (contre 40% des cadres français en moyenne)
		46 % des enseignants du premier degré et 39 % des enseignants du second degré disent penser à quitter ce métier en raison du stress qu'il engendre.

Légende : Les origines du malaise enseignant sont décrites par ceux-ci depuis un niveau endogène (« au plan personnel et professionnel ») ou depuis un niveau exogène « relatifs à l'Institution et à la société », ou « relatifs aux élèves et à leurs parents »).

Le rapport de conclure :

- « La définition du métier est floue et empêche les enseignants de percevoir leurs missions comme un tout répondant aux besoins de la classe et du système éducatif » ;

- « Un grand nombre d'activités apparaissent comme optionnelles et relever de la libre appréciation de leur nécessité par l'enseignant, alors que certaines d'entre elles sont indissociables de l'acte d'enseigner et sont essentielles pour la réussite des élèves, comme l'organisation collective de travail » ;
- « Pour faire face aux besoins des établissements, les chefs d'établissement, faute de dispositifs adaptés, «font» avec les moyens du bord, à mi-chemin entre le droit et le non-droit, et manipulent des masses d'heures qui peuvent être considérables : 7 000 équivalents emplois au titre des décharges de service non-statutaires, 1,7 million d'heures supplémentaires échappant à la nomenclature actuelle » ;
- « Ne pas définir la responsabilité de l'enseignant, c'est risquer de le charger de tâches qui incombent à d'autres intervenants : autres personnels éducatifs, collectivités publiques, familles, etc. ».

Les questions de changement du métier enseignant et de son organisation sont au cœur de débats de société. L'expression du malaise enseignant et des difficultés de l'Institution pour y répondre relèvent d'un affichage récent et nouveau. Mais qu'en est-il vraiment sur le plan de la santé au travail des personnels des établissements scolaires.

IV. La santé des professionnels du milieu scolaire français

1. Les données disponibles sur la santé au travail des personnels du milieu scolaire

Historiquement, un certain nombre de courants issus de la psychologie, de la psychopathologie du travail (Billiard, 1998), de la psychodynamique (Dejours, 1993) ou de la psychanalyse ont apporté leur éclairage sur la question de la santé professionnelle en milieu scolaire. La sociologie du travail s'est également intéressée à ces problématiques de santé au travail.

Il semble difficile d'adopter une vision idéaliste d'une activité professionnelle faisant abstraction de certaines dimensions, parmi les plus intimes, d'un individu

au travail. Parler de santé à un jeune public dans le cadre de son activité professionnelle nécessite la prise en compte de l'éducateur lui-même et de sa capacité à mobiliser des ressources professionnelles, personnelles et interpersonnelles. Comprendre comment un professionnel peut s'impliquer dans un dispositif de prévention ne permet pas de faire l'économie de son développement subjectif au travail et de la tension inhérente à l'exercice de son métier.

L'approche par la pathologie ne répond pourtant pas d'emblée à la définition de la santé que nous avons pu donner par ailleurs. Cependant, nous ne nous bornerons pas à « ne voir dans la maladie que son sens », « c'est supprimer le contresens qui la constitue » (Ey, 1950). Nous retiendrons que la maladie peut engendrer une contrariété à un « pouvoir d'agir » (Clot, 2001), à une « puissante indétermination, une activité d'endurance » face aux différentes situations professionnelles. Ainsi, la souffrance au travail ne peut se réduire à la description de la douleur physique ou mentale mais peut se définir « par la diminution, voire la destruction, de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme atteinte à l'intégrité de soi » (Ricoeur, 1990). Ce « pouvoir-d'agir que la maladie entame » (Dejours, 1995) nous interroge sur les évolutions récentes de la santé au travail chez les personnels de l'Education nationale. L'étude de la souffrance psychique engendrée par l'organisation du travail révèle la « défense inconsciemment mise en œuvre pour l'occulter » (Dejours, 1993). L'instabilité de l'équilibre souffrance / défense contre la souffrance devient normalité. Ces « stratégies collectives de défense » sont des « formes de coopération pour lutter contre la souffrance dans le travail, plus précisément contre la peur générée par les risques de l'activité » (Molinier, 2004). Demander à un professionnel du milieu scolaire d'inscrire son activité professionnelle dans une démarche de prévention qu'il identifie mal, c'est générer cette prise de risque.

La gradation du lexique utilisé pour décrire la santé des professionnels du milieu scolaire demeure un révélateur intéressant puisque l'on constate une montée en puissance dans les termes employés. Le point de départ (reconnu

institutionnellement), est marqué par l'expression « être en difficulté » puis « être en souffrance » jusqu'à montrer des signes « d'épuisement professionnel » ou de « burnout ». Ce terme anglo-saxon de « burnout » renforce l'idée de destruction progressive. Il trouve son origine dans l'aérospatiale en décrivant la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine.

Maslach et Jackson (1981) ont défini trois critères (en 22 items) rassemblés dans un outil d'évaluation MBI (Maslach Burnout Inventory). Les trois éléments centraux du « burnout syndrome » sont : l'épuisement émotionnel (9 items), la dépersonnalisation (« blindage émotionnel avec absence d'émotionné ») (5 items) et la diminution de l'accomplissement émotionnel accompagné d'une baisse du sentiment d'efficacité, de compétence au travail (8 items). Ce syndrome est donc pris dans une approche multifactorielle et pluridimensionnelle. Les signes cliniques sont des symptômes somatiques, psychiques et comportementaux variés, mais qui n'ont rien de véritablement spécifiques. Le critère de la déshumanisation de la relation à l'autre confère toute sa particularité au burnout. Il le positionne comme l'un des aspects de la pathologie de la relation d'aide pour des professions qui impliquent un idéal et sont difficiles à exercer. Ces éléments interpellent sur la densité de l'objet « santé au travail » du professionnel qui peut aller, sur le plan personnel, très loin.

Nous abordons la question de la santé du professionnel du milieu scolaire à la fois comme celle d'un salarié dans une structure de travail devant faire face à des impératifs et des contraintes, mais aussi comme celle d'un salarié évoluant dans un milieu ayant la spécificité de se construire autour de pratiques éducatives.

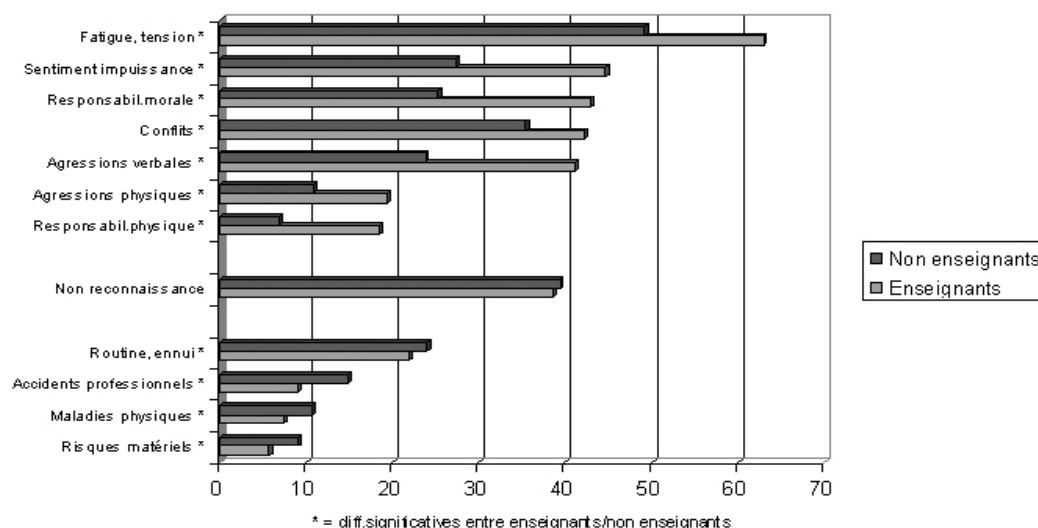
La fondation santé de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale) a encouragé des recherches récentes sur la difficulté au travail, la souffrance au travail et la médication de ses mutualistes, composés à 60% d'enseignants.

En 1999-2000, cette fondation MGEN a réalisé une enquête par questionnaire postal (10.000 personnes / 66,5% de réponses) auprès de ses adhérents âgés de 20 à 60 ans et vivant en France métropolitaine (Kovess-Masféty et al., 2006). Cette

enquête traite de la santé physique et mentale de ses membres, de leurs attitudes de prévention et de leur recours aux soins. La vie professionnelle a été aussi étudiée grâce aux informations recueillies sur les diplômés, la profession, la situation au moment de l'enquête, les motivations, les satisfactions et les inconvénients rencontrés dans l'exercice de la profession, sans mesure du burnout. L'objectif était de comparer la prévalence des troubles de santé mentale (détresse psychologique) entre les enseignants et les non-enseignants et d'examiner les facteurs de risque selon la profession exercée.

Les travaux de Kovess-Masféty, Seidel et Sévilla montrent qu'il existe une différence entre les enseignants et les non-enseignants pour ce qui concerne les inconvénients redoutés par la profession (document 8).

Document 8 : Principales difficultés professionnelles identifiées par les personnels non enseignants et enseignants (Kovess-Masféty, Seidel et Sévilla, 2006)



Légende : « Fatigue et tension » sont les principaux arguments avancés par les enseignants. La « non reconnaissance » rassemble l'ensemble des personnels avec un niveau de fréquence élevé.

En 2004, une enquête FSP – INRP a cherché à mesurer les facteurs de risque professionnel en milieu scolaire (dont l'épuisement professionnel) comme indicateurs d'un état de souffrance au travail. Elle s'est appuyée sur 530 questionnaires diffusés auprès d'enseignants travaillant dans 8 établissements scolaires (collèges et lycées) avec un taux de réponses moyen de 35% soit 164 enseignants. Ce travail a précédé une étude épidémiologique de cohorte

(commencée en 2005) au niveau national en ce qui concerne la santé physique et mentale et la consommation de soins de la population mutualiste⁸⁵. Le burnout était mesuré. La méthodologie employée se limitait à un recueil de données quantitatives par questionnaires. Cette étude longitudinale étudiait la relation entre la santé et le parcours de vie professionnelle et post-professionnelle.

2. Les personnels enseignants

Les enquêtes épidémiologiques sur la santé des mutualistes de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale) avaient montré jusqu'à présent que les enseignants n'ont pas plus de problèmes de santé mentale que les non-enseignants ou la population française en générale (Kovess, 1997). La consommation d'anti-dépresseurs, d'anxiolytiques ou de somnifères par les enseignants se situait dans la moyenne de leur catégorie sociale. Au cours de ces dernières années, de nombreux problèmes ont été repérés par les IPR (Inspecteurs Pédagogiques Régionaux), médecins et assistantes sociales, et ont montré un « décrochage » professionnel (Derouet, 2006). Sur le plan international, un certain nombre de travaux vont dans le même sens (Vanderberghe, Huberman, 1999, Gold, Roth, 2003, Cheuk, Wong, Rosen, 2002, Han and Weiss, 2005).

En France, des communications récentes (Kovess, 2006) montrent que « le burnout peut s'appliquer aux enseignants. C'est une détresse psychologique attribuée au travail. [...] Ce mécanisme semble relativement protecteur puisque la morbidité psychiatrique de cette profession n'est pas plus élevée alors que la détresse professionnelle y est très élevée ».

Ces travaux soulèvent le paradoxe révélé lors des études épidémiologiques sur les enseignants. En effet, si la plupart des enquêtes existantes pointent un niveau de stress élevé chez les enseignants (dont les causes sont très semblables à travers des pays très divers), les études épidémiologiques de population mesurant les diagnostics de dépression et d'anxiété ne montrent quant à elles aucune

⁸⁵ Échantillon de 20.000 mutualistes, âgés de 18 ans et plus, qui ont été tirés au sort au niveau national (France métropolitaine et DOM TOM).

surmorbidity si l'on considère la dépression ou les troubles de l'anxiété en tant que maladie.

En France, des travaux s'intéressant à la façon dont les enseignants vivent subjectivement leur travail et aux conditions objectives de leur activité et leur construction identitaire (Lantheaume, 2006) ont montré qu'investiguer la souffrance au travail auprès de professionnels du milieu scolaire est difficile. Toutefois, quel que soit le milieu d'exercice professionnel, nous savons que « la souffrance reste difficile à dire car c'est dire son échec, son impuissance, sa fragilité, dans la situation de travail » (Lantheaume, 2006). Malgré ce déni, la relation entre vie professionnelle et personnelle est décrite par les enseignants comme forte avec une valeur déstabilisante importante.

3. Les autres catégories de personnels des établissements scolaires

❖ Les personnels de direction

En 2004, une première enquête a été publiée. En 2008, une seconde enquête plus conséquente sur « le moral des personnels de direction » au lycée et au collège voit le jour (Fotinos, 2008). Elle concerne 1 847 chefs d'établissement et adjoints. En terme de représentativité, les chefs d'établissements ont beaucoup plus largement répondu à cette enquête (72 %) que leurs adjoints (38 %).

« Le constat est clair : tous les points positifs appartiennent à des champs relationnels internes et externes à l'établissement (enseignants, élèves, inspection pédagogique, hiérarchie, collectivités locales). Le champ des éléments négatifs est plus composite : il a trait en priorité au manque de soutien dans la fonction, à l'affaiblissement de l'obligation scolaire, à la déresponsabilisation de la fonction ». Ils sont 92 % à considérer que la charge de travail a augmenté et 88 % déclarent avoir « le sentiment d'être soumis de plus en plus à des facteurs de stress » et 72 % estiment que « les conditions de travail ont connu au cours de ces dernières années une dégradation ». « Les plus fortes dégradations enregistrées concernent les conditions de travail, l'instabilité de l'organisation du système éducatif, la motivation des personnels de l'établissement » (Fotinos, 2008). La

motivation des personnels de direction reste malgré tout forte (intérêt du travail et utilisation des compétences) même si celle-ci a tendance à diminuer sur trois ans. Ainsi, « en 2004, 90% des personnels de direction se déclaraient satisfaits de l'intérêt de leur travail et 82% considéraient le climat de leur établissement comme satisfaisant. En 2007, ces pourcentages sont respectivement de 81% et 74% ».

On observe également en France un « phénomène de masculinisation des personnels de direction et des postes dans le second degré, non seulement dans un sens quantitatif, mais encore au sens qualitatif du terme » (Cacouault, Combaz, 2007). Ces auteurs considèrent que « la fonction « personnel de direction » au cours des dernières décennies est plus accessible pour les hommes que pour les femmes, étant donné la redéfinition des attributions des chefs d'établissement ». Cacouault et Combaz considèrent que « outre une plus grande difficulté à faire preuve de la disponibilité requise, les femmes auraient moins d'attrance que les hommes pour la conception « managériale » de la fonction proposée au cours des vingt dernières années, ou seraient moins préparées à l'assumer ».

❖ *Les infirmières scolaires*

Si un nombre important de recherches a mis en évidence la pénibilité de la fonction infirmière dans le secteur hospitalier, il existe très peu de travaux portant sur la santé ressentie des infirmières scolaires. La synthèse des rapports académiques 1992-1993 qui traitent de cette catégorie de personnel n'est plus rendue accessible par le ministère de l'Education nationale et il nous faut donc nous tourner vers des travaux portant sur quelques académies.

Le poids de la charge de travail sur la vie sociale et familiale est avancé par 73% des infirmier(e)s selon une enquête réalisée par questionnaire auprès de 228 infirmier(e)s de l'Académie de Rennes (Batt et al., 1999). Selon cette enquête, il ne semble pas exister dans cette profession de problèmes de santé majeurs. La corrélation entre les problèmes de santé et l'exercice de la profession sont alors associés à l'expression d'un besoin de suivi médical en lien avec le travail. L'image que les infirmier(e)s scolaires renvoient de leur profession est toutefois

un « discours auto-dévalorisant [qui] traduit un réel manque de confiance dans ses compétences professionnelles » (Osiek-Parisod, 1994). Ce besoin de valorisation est donc présent même si le sentiment d'usure professionnelle semble moins présent que dans le milieu hospitalier (Lert et al., 1993). Néanmoins, « faire reconnaître son rôle et la valeur de son travail auprès des autres professionnels (enseignants, psychologues et travailleurs sociaux) est difficile ». « Ce manque de reconnaissance externe va souvent de pair avec un sentiment subjectif de dévalorisation induisant le doute quant à ses propres compétences » (Osiek-Parisod, 1995).

Pour autant, cela n'est pas antagoniste avec le fait qu'une réelle satisfaction au travail est largement exprimée (seulement 5% se déclarent insatisfait(e)s ou très insatisfait(e)s au travail (Batt et al., 1999)).

❖ *Les autres personnels*

La question de la santé au travail et de l'épuisement professionnel n'a pas fait l'objet à notre connaissance de travaux pour les conseillers principaux d'éducation, les personnels administratifs ou les personnels de service.

4. Les carences en hygiène, sécurité et santé au travail

Le suivi sanitaire des professionnels et des risques liés à leur milieu a été décrit comme médiocre par la commission Pochard en 2008. « En matière d'hygiène, de sécurité et de santé au travail, le ministère de l'Education nationale n'assume pas ses responsabilités de type prévention. Réglementairement, les visites médicales annuelles obligatoires concernent les agents soumis à une surveillance particulière [...]. Pour les autres personnels, une visite médicale doit intervenir au moins tous les cinq ans ». Et de rajouter que « seulement 10 % des établissements publics locaux d'enseignement ont établi le document unique des résultats d'évaluation des risques professionnels, obligatoire depuis 2002 ».

Il reste donc beaucoup à faire pour une réelle prise en compte de la santé au travail des personnels de l'Education nationale.

De manière récente (octobre 2008), la MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale) a signé un accord-cadre avec les ministères de l'Éducation nationale et de l'enseignement supérieur pour renforcer leur partenariat « dans les domaines de la santé, de l'aide sociale, de l'éducation et de la formation ». Cet accord est conclu pour cinq ans. Il porte sur trois domaines : l'accompagnement des personnels des deux ministères, notamment dans les « aléas » de leur activité, la prise en compte des personnels en situation de handicap, le développement d'actions de prévention des conduites à risque et des phénomènes de violence.

Au regard des éléments que nous venons de décrire, la santé professionnelle apparaît véritablement comme la toile de fond à l'ensemble de ce travail. C'est donc de ce point de vue qu'il nous semble nécessaire de nous y référer, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de considérer ce qui contribue à complexifier notre objet de recherche.

Nous ne proposerons pas ici d'analyse générale de la condition des élèves de lycées aujourd'hui (Blanchet, 1998, Godeau et al., 2000). Nous nous focaliserons spécifiquement sur le tabac et les autres psychotropes.

I. Les consommations de psychotropes des élèves en France

La consommation de psychotropes constitue un objectif prioritaire de santé publique pour les adolescents et primo-adolescents. En France, les plans gouvernementaux (MILDT, 2004-2008 par exemple) s'appuient sur des données épidémiologiques inquiétantes, à la fois en ce qui concerne la précocité des usages, les cumuls d'addictions et les conduites d'excès, mais aussi l'extension des produits et de leur consommation. Dans l'usage régulier, le cannabis se situe ainsi après le tabac et s'associe étroitement à l'alcool chez les moins de 18 ans. Mais ces addictions ne sont pas les seules et les conduites addictives dans leur ensemble constituent la première cause de mortalité précoce directement liée à des comportements humains.

On constate une relative méconnaissance de la part des professionnels de l'École des types et modes de consommation de psychotropes chez leurs élèves. Leurs points de référence s'actualisent avec difficulté, sinon au hasard de temps d'échanges avec les jeunes de leur établissement ou par d'autres biais (médias, amis, leurs enfants, etc.).

L'objectif des données que nous allons présenter, est d'apporter des éléments de description de la population élèves des lycées français. Nous incluons volontairement des données relatives au 11-15 ans afin de considérer la population entrante dans les lycées. De même, certaines données concernant les 18-25 ans permettent de situer le public sortant.

1. Leur consommation tabagique

L'expérimentation du tabac est majoritairement au début de l'adolescence. En moyenne, les expérimentateurs ont fumé leur première cigarette à 13,5 ans pour les filles et 13,3 ans pour les garçons (OFDT, 2006). A l'âge de 15 ans, l'initiation tabagique concerne la moitié des élèves et un élève sur cinq déclare un usage hebdomadaire (HSBC, 2006). Les filles sont le plus représentées malgré une initiation un peu plus tardive que les garçons.

La féminisation du tabagisme à l'adolescence se confirme en 2008 (INPES, 2008), comme elle avait été mise en évidence par l'enquête Espad 2003 chez les 12-18 ans.

A 16 ans, 31% des élèves fument quotidiennement (ibid.). Plus un jeune fume depuis longtemps, plus il est susceptible de déclarer une consommation importante. « En terme d'intensité, les fumeurs se répartissent en deux groupes : ceux qui ont fumé leur première cigarette avant 13 ans ou moins et qui présentent un tabagisme plus intensif et, d'autre part, ceux qui ont expérimenté le tabac après 13 ans et qui ont un tabagisme plus modéré puisque moins d'un tiers d'entre eux se déclarent fumeurs quotidiens » (ibid.). Pour autant, parmi les adolescents âgés de 17 ans, 28% indiquent avoir juste essayé le tabac et n'être jamais devenus fumeurs.

La classe d'âge permet de mettre en évidence des évolutions différentes de la consommation de tabac au cours du temps.

- En 2005, la France des 12-75 ans comptait 29,9 % de personnes qui fumaient ne serait-ce que de temps en temps, soit un peu plus de 14 millions de fumeurs ; en 2000, elle en comptait environ 15 millions. La baisse de prévalence entre ces deux dates (de 33,1 % à 29,9 %) est essentiellement intervenue au moment des hausses de prix fortes et répétées de 2003 à début 2004.

- Les 15-17 ans, qui étaient à 37 % de fumeurs réguliers en 2000 demeurent en 2005, aux alentours des 27 %, pourcentage auquel ils étaient passés en 2003.

- La diminution la plus forte a été chez les 18-25 ans chez qui près d'une personne sur deux fumait (48 %) en 2000. En 2003, la prévalence était tombée à 40 %. Cependant, les mesures réalisées en 2005 et 2006 montrent que cette classe d'âge est revenue à son niveau de 2000. En 2008, ce niveau est même reparti à la hausse.

- Chez les moins de 15 ans, on identifie toutefois une baisse générale du tabagisme, ce que confirment les études récentes. Le tabac a changé d'image auprès de ces jeunes, perdant son image valorisante. Pour autant, une tranche importante des jeunes de 15 ans est constituée de fumeurs réguliers sans que cette situation ne parvienne réellement à changer malgré les actions de prévention (INPES, 2008).

2. Leur consommation d'alcool

En France, « l'alcool demeure la substance psychoactive la plus largement consommée à la primo-adolescence » (INPES, 2008). D'après les résultats de l'enquête HSBC (Health behaviour in school-aged children), publiée par l'Office français des drogues et des toxicomanies (OFDT, 2008), la consommation d'alcool est forte chez les jeunes et en augmentation.

A seulement 11 ans, 59% des Français ont déjà consommé de l'alcool. Les garçons, avec 64% d'initiés à 11 ans, commencent en moyenne avant les filles à boire de l'alcool. Cet écart entre les sexes se réduit rapidement. Entre 11 et 13 ans, le cidre est de loin la boisson alcoolisée la plus souvent consommée, devant le vin, le champagne, la bière et les « premix » (mélanges d'alcool fort avec un soda ou une boisson sucrée). A 15 ans, autant de filles que de garçons ont déjà bu de l'alcool (on retrouve ici ce que nous soulignons précédemment pour le tabac). Les écarts entre les boissons se réduisent. Le cidre, les vins et la bière sont indifféremment consommés. La consommation d'une grande quantité d'alcool en peu de temps, est également en progression, et 9 à 10% des 18-25 ans auraient un usage problématique de l'alcool.

En 2006, à 13 ans, les jeunes Français sont déjà 16% à avoir connu l'ivresse. A 15 ans, ce taux passe à 41%, soit une hausse de 37% en quatre ans (il était de 30% en 2002). Si l'on considère les jeunes de 16 ans, 46% ont été ivres au moins une fois au cours de leur vie et 36% durant les 12 derniers mois. La France se situe, du point de vue de ces données, dans le groupe de pays où l'expérience de l'ivresse est la moins fréquente (INSERM, 2001).

3. Leur consommation de cannabis

En France, l'enquête INSERM (2001) a montré que 35% des jeunes de 16 ans avaient expérimenté le cannabis durant leur vie, 12% en avaient consommé 10 fois ou plus par an. Un tiers des adolescents de 17 ans (22 % des filles et 33 % des garçons) déclarent avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois (Beck et al., 2005). Ces proportions placent la France parmi les pays où les jeunes à partir de 16 ans sont les plus « expérimentateurs ». L'expérimentation progresse rapidement entre 12 et 18 ans. Elle offre des similitudes avec celle du tabac tout en se situant à des niveaux de fréquence inférieurs. Très faible entre 12 et 13 ans, elle augmente nettement à partir de 14 ans (Choquet et al., 2004). Elle concerne aujourd'hui 49 % des jeunes de 17 ans contre 46 % en 2000. Toutefois un examen plus précis comparant 2003 et 2005 fait apparaître une stagnation du niveau d'expérimentation aussi bien chez les filles que chez les garçons. Cette stagnation du cannabis intervient après une assez longue période de diffusion de ce produit depuis le début des années 90.

Ces consommations ont principalement lieu le week-end. Il existe également un lien entre fréquence et intensité de l'usage : si 33 % des jeunes usagers au cours du mois révèlent avoir fumé au moins trois joints la dernière fois, ils sont 69 % parmi les usagers quotidiens. La consommation de cannabis des jeunes français est une des plus élevées d'Europe. Le cannabis est la première substance illicite consommée.

II. Les élèves des lycées de notre recherche et les psychotropes

1. Un échantillon de quatre lycées

Il est nécessaire de caractériser les consommations des jeunes des établissements inclus dans nos études afin d'être en mesure d'apporter des éléments de contexte.

Les données descriptives des principaux lycées de notre recherche⁸⁶ ont été intégralement communiquées à chaque établissement concerné, par le biais du chef d'établissement qui les a transmises au CESC pour une communication plus élargie.

Nous présenterons le protocole suivi pour le prélèvement de données puis les résultats du point de vue descriptif et multivarié avant de les mettre en perspective des données nationales dont nous avons fait état.

Le recueil de données a eu lieu en 2008, c'est-à-dire après le décret tabac entré en vigueur le 1^{er} février 2007 en France.

Il s'appuie sur un questionnaire concernant :

- les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis,
- les représentations sociales et connaissances sur le tabac (Q.1 ; Q.2 ; Q.3 ; Q.14),
- les influences sociales et les normes (Q.3 ; Q.4 ; Q.5 ; Q.14),
- les modes de consommation et les comportements addictifs tabac, alcool, cannabis (Q.6 ; Q.10 ; Q.11 ; Q.12 ; Q.13 ; Q.14 ; Q.15 ; Q.16),
- l'environnement social personnel (Q.7 ; Q.8 ; Q.9)
- la consommation tabagique (Q.13 ; Q.14).

Les élèves proviennent de quatre lycées de l'Académie de Clermont-Ferrand, codés L001, L002, L003 et L004. Cet échantillon 2008 représentait 483 élèves (54,7% de garçons, 44,7% de filles) de 16,46 ans d'âge moyen. Le corpus de classes enquêtées est placé sous le signe de la diversité (âge, sexe, et niveau) et de la représentativité. Les questionnaires ont été passés en la présence des enseignants sous la conduite du CPE.

⁸⁶ Nous entendons par là ceux au sein desquels avons réalisé les enquêtes par questionnaires et les entretiens sur la redéfinition de la tâche.

La saisie des résultats a été faite sous Epi Info[®] et l'analyse des résultats, d'abord descriptive puis par régression logistique, a été conduite avec SAS[®].

2. Tabac, alcool et cannabis

a. Présentation des résultats sur les consommations

▪ Consommation tabagique

La consommation tabagique des élèves s'exprime par une majorité d'élèves fumeurs. Les fumeurs occasionnels représentent 23,09% des élèves, les fumeurs réguliers représentent 29,4% des élèves enquêtés. Cela représente un total de 52,49% de fumeurs contre 41,37% de non-fumeurs.

Ils sont 2,38% à avoir essayé d'arrêter de fumer depuis moins de six mois et deux fois plus nombreux d'ex-fumeurs de plus de six mois (4,97%) (tableau 15).

Tableau 15 : Consommation tabagique des élèves (en %) en 2008 (L001, L002, L003, L004).

	2008
Fumeurs réguliers	29,4
Fumeurs occasionnels	23,09
Ex-fumeurs – 6 mois	2,38
Ex-fumeurs + 6 mois	4,97
Non-fumeurs	41,37

L'âge de la première cigarette est de 12,85 ans (tableau 15.1).

Tableau 15.2 : Age d'initiation tabagique en 2008 (L001, L002, L003, L004).

	L001	L002	L003	L004
Age moyen de la première cigarette	13,1	12,4	13,08	12,82

La répartition des élèves selon leur sexe et leur statut tabagique montre que les élèves non-fumeurs sont principalement des garçons (60,3%). Si l'on cumule les fumeurs réguliers et occasionnels, on constate qu'ils se répartissent de manière équilibrée par sexe. Concernant les consommations occasionnelles de cigarettes, elles touchent davantage les filles que les garçons. Les ex-fumeurs sont à 61,76% des garçons (tableau 15.3).

Tableau 15.3 : Répartition des élèves en fonction du sexe et de la consommation tabagique (en %) en 2008 (L001, L002, L003, L004).

	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	Ex-fumeurs	Non-fumeurs
Filles	48,17	52,25	38,23	39,7
Garçons	49,63	47,75	61,76	60,3

La plus grande proportion de fumeurs se situe dans la classe d'âge 16/17 ans et représente à elle seule 53 % des fumeurs des ces quatre établissements (tableau 15.4). Les élèves les plus jeunes et les plus anciens dans les lycées L001, L002 et L003 sont les moins consommateurs de tabac. Ce sont les classes de première et terminale qui regroupent le plus de lycéens fumeurs.

Tableau 15.4 : Répartition des élèves fumeurs en fonction de leur âge

	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans	21 ans	22 ans
Non-fumeurs	0	13%	30%	22%	16%	7.7%	7.3%	2%	0.4%
Fumeurs	1.6%	9.3%	24%	29%	18%	10%	5%	2%	0.4%

Le pourcentage d'élèves fumeurs réguliers est presque multiplié par 3 quand les deux parents fument. Le nombre d'ex-fumeurs est doublé quand les parents ne fument pas. Le pourcentage d'élèves ne fumant pas (non-fumeurs et ex-fumeurs) est presque doublé quand les parents ne fument pas (tableau 15.5).

Tableau 15.5 : Répartition des élèves en % selon leur consommation de tabac

Statut tabagique des élèves	% avec deux parents non-fumeurs	% avec deux parents fumeurs
Non-fumeurs	53,77 %	11,56 %
Fumeurs occasionnels	52,25 %	16,22 %
Fumeurs réguliers	31,39 %	32,12 %
Ex-fumeurs (depuis plus ou moins 6 mois)	55,88 %	8,82 %

Légende : le fait d'avoir ses deux parents non-fumeurs concerne plus de la moitié des lycéens non-fumeurs, fumeurs occasionnels, ou ex-fumeurs

- Consommation d'alcool

Le pourcentage d'élèves ayant déjà consommé de l'alcool est de 94,6 % en 2008. Le tableau 15.6 présente les types de consommation. La bière et les alcools forts font l'objet d'une consommation hebdomadaire (respectivement 21,91% et 25,55%) voire pluri hebdomadaire (respectivement 12,46% et 11,63%).

Tableau 15.6 : Consommation d'alcool hebdomadaire (en %) par les élèves en 2008 (L001, L002, L003, L004).

	Jamais	Rarement	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
	2008	2008	2008	2008	2008
Bière	24,6	42,16	21,91	12,46	2,80
Cidre	32,4	60,58	5,63	1,98	1,04
Vin	45,2	38,16	13,14	5,42	2,19
Champagne	19,3	72,07	6,23	2,60	1,45
Alcools forts	21,9	38,73	25,55	11,63	4,05

Un quart des élèves déclarent ne jamais avoir été ivres. Un autre quart déclare avoir été ivre 3 à 9 fois dans sa vie. On remarque qu'ils sont près de 20% à l'avoir été 20 fois et plus (tableau 15.7).

Tableau 15.7 : Répartition des élèves selon le nombre d'ivresses au cours de la vie (en %) en 2008 (L001, L002, L003, L004).

0	1 à 2	3 à 9	10 à 19	20 et plus
25,21%	19,33%	23,32%	12,18%	19,96%

- **Consommation de cannabis**

Le tableau 15.8 indique le nombre d'élèves n'ayant jamais consommé de cannabis au cours de leur vie. Ils sont 8,08 % en 2008 à en avoir consommé plus de 20 fois. La consommation de cannabis supérieure à 10 ou 20 fois au cours des six derniers mois montre que 8,08% des élèves sont concernés.

Tableau 15.8 : Répartition des élèves selon leur consommation de cannabis au cours de leur vie (en %) en 2008 (L001, L002, L003, L004).

0	1 à 2	3 à 9	10 à 19	20 et plus
65,3%	12,28%	11,26%	3,17%	8,08%

b. Représentations, influences sociales et comportements

- Analyse descriptive

► *Représentations sociales et connaissances sur le tabac (Q.1 ; Q.2 ; Q.3 ; Q.14)* : les élèves font preuve d'une bonne conscience de la dangerosité de la cigarette : 85,9% des lycéens sont conscients que fumer est nuisible, voir très nuisible (tableau 15.9). Le statut tabagique n'est pas lié au fait de penser que fumer est nuisible ou non ($p = 0,2254$). De plus, 71,6% des élèves ne pensent pas qu'il faille fumer pendant de nombreuses années avant que cela ne nuise à la santé. Ils considèrent même majoritairement qu'une consommation assez faible est nocive (65,4% pensent que fumer une cigarette de temps en temps peut nuire à la santé). Nous retrouvons le même type de positionnement quant au phénomène de dépendance puisque 90,3% des élèves pensent que les gens peuvent développer une dépendance au tabac.

L'arrêt du tabac est jugé comme bénéfique même après avoir fumé pendant de nombreuses années pour 64,4% des élèves. Les fumeurs sont plus nombreux à être en accord avec cette proposition, même s'ils sont 61% à penser qu'ils ne peuvent pas arrêter de fumer quand ils le veulent (ce taux monte à 76% pour les ex-fumeurs).

Tableau 15.9 : Avis des lycéens sur la nocivité du tabac sur la santé (en %) (L001, L002, L003, L004) (2008).

	« Fumer, c'est nuisible »	« Fumer, c'est bénéfique »
Fumeurs réguliers	75,18	6,57
Fumeurs occasionnels	98,20	1,81
Ex-fumeurs	73,53	0
Non-fumeurs	94,47	3,01

Légende : La plus grande proportion d'élèves pensant que fumer est nuisible sont les lycéens fumeurs occasionnels, puis les non-fumeurs, les fumeurs réguliers et enfin les ex-fumeurs. Aucun des ex-fumeurs ne pense que fumer est bénéfique.

Les élèves ayant répondu « beaucoup » ou « extrêmement » à la question « l'adolescent qui fume possède les caractéristiques suivantes », ont choisi « insouciant » (31,7 %), « indépendant » (25,1 %), « égocentrique » (18,8 %), « cool » (18,7 %). L'image du fumeur n'est donc pas uniquement positive entre prise de risques non calculés et preuve de liberté.

► *Influences sociales et les normes (Q.3 ; Q.4 ; Q.5 ; Q.14) : la valeur attribuée à la consommation de tabac est de façon dominante reconnue comme une « mauvaise » pratique (60,1% des lycéens pensent que fumer est mal). Pour les fumeurs, leur capacité déclarée à refuser est plus ou moins développée selon que la cigarette est proposée lors d'une soirée (34,3 %), par un ami (35,9 %), par leur meilleur ami (36,3 %) ou par leur petit ami (39,5 %) (tableau 15.10).*

Tableau 15.10 : Pourcentage d'élèves trouvant facile ou difficile de refuser une cigarette selon la personne la proposant (L001, L002, L003, L004) (2008).

Personne proposant la cigarette	Non-fumeurs		Ex-fumeurs		Fumeurs	
	Facile	Difficile	Facile	Difficile	Facile	Difficile
Personne dans une soirée	89,9	6	61,8	17,6	34,3	45,6
Copain, copine	91,5	6,5	55,9	23,5	35,9	46,4
Meilleur ami	89,4	6	55,9	26,5	36,3	46
Petit ami	87,9	6	58,8	20,6	39,5	42,3

Légende : La situation exprimée comme la plus facile par les non-fumeurs est le copain ou la copine, pour les ex-fumeurs la personne dans une soirée et pour les fumeurs leur petit ami.

Pour les élèves, l'avis des parents et des membres de l'environnement familial proche est très important contrairement à celui des enseignants (tableau 15.11). Ces données sont à compléter par le fait que cet environnement joue effectivement un rôle de conseil (83,8% des personnes importantes pour les lycéens leur conseillent de ne pas fumer).

Tableau 15.11 : Pourcentage d'élèves déclarant que l'avis des personnes suivantes est important.

Catégorie	%
Mère	73,2
Père	66,9
Famille	56,6
Amis	52
Frères et sœurs	51,2
Filles en général	24,6
Professeurs	16,1
Garçons en général	14,9

Légende : Les parents, la famille proche et le cercle d'amis sont déclarés comme ayant une influence beaucoup plus grande que les enseignants.

► *Les modes de consommation et les comportements addictifs tabac, alcool, cannabis (Q.6 ; Q.10 ; Q.11 ; Q.12 ; Q.13 ; Q.14 ; Q.15 ; Q.16) : l'étude des situations où les élèves ont eu envie ou non de fumer (tableau 15.12) montre que cette envie est souvent mise en lien avec des situations de conflit avec la famille,*

avec l'anxiété et le stress ou la vue d'un fumeur qui a l'air bien. L'avis des non-fumeurs est très souvent à l'opposé de l'avis des fumeurs pour ce qui concerne ces situations favorisantes.

Tableau 15.12 : Situations dans lesquelles les lycéens ont déjà eu envie ou non de fumer (répartition en % selon le statut tabagique sur L001, L002, L003, L004).

	Rarement ou jamais eu envie				Quelques fois eu envie				Souvent eu envie			
	NF	EX	FO	FR	NF	EX	FO	FR	NF	EX	FO	FR
Q6.1 Frustré	61,02	10,84	22,84	5,30	12,68	53,52	49,30	28,17	1,92	7,12	22,70	68,27
Q6.2 Petit ami	54,24	6,48	36,62	4,05	9,86	21,13	38,03	30,99	3,61	1,69	13,32	80,42
Q6.3 Conflit	47,13	6,59	35,93	9,06	14,89	8,51	23,40	44,68	9,06	6,77	17,83	71,50
Q6.4 Heureux	62,06	6,80	26,84	4,29	18,42	11,84	39,47	30,26	2,92	7,84	21,48	66,94
Q6.5 Colère	56,67	9,34	28,20	5,78	17,65	5,88	41,18	27,45	5,09	10,06	26,63	58,22
Q6.6 Voir fumer	39,64	8,48	28,35	22,76	1,72	12,07	25,86	60,34	11,78	1,32	5,26	81,64
Q6.7 Relaxé	42,24	8,87	34,64	14,24	8,33	13,89	38,89	38,89	1,90	4,35	10,32	82,35
Q6.8 Moral	46,06	9,39	30,96	13,59	7,41	18,52	25,93	46,30	5,23	3,06	19,19	72,51
Q6.9 Fête	65,97	7,47	23,79	2,77	27,42	12,90	46,77	12,90	3,21	8,45	27,35	60,58
Q6.10 Stress	53,58	6,91	32,28	7,24	6,52	19,57	43,48	30,43	6,19	9,07	21,21	62,30

Légende : Le codage utilisé : NF = Non-Fumeurs ; EX = Ex-fumeurs ; FO = Fumeurs Occasionnels ; FR = Fumeurs Réguliers. Les situations de stress, d'anxiété et de conflit familial font partie des situations les plus favorables pour provoquer l'envie de fumer.

Les opinions n'influençant pas la décision de fumer de l'élève fumeur (tableau 15.13) concernent l'image positive de la cigarette (image du fumeur, soutien à la concentration, plaisir). Inversement, le regard porté par les gens qui entourent le fumeur (gêne occasionnée, prise inconsiderée de risques) n'est pas incitatif. Le risque de développer une maladie et la dangerosité de la cigarette arrivent en tête des opinions influençant la décision de ne pas fumer.

Tableau 15.13 : Opinions influençant ou non la décision de fumer des élèves fumeurs (L001, L002, L003, L004).

	N'influence pas ma décision de fumer	Influence ma décision de fumer
Fumer des cigarettes est très plaisant.	59,03 %	11,52 %
La fumée de ma cigarette affecte la santé des personnes qui m'entourent.	22,88 %	55,27 %
J'aime l'image d'être un fumeur.	71,86 %	6,40 %
Mes proches souffriraient si je devenais malade à cause de la	19,75 %	72,40 %

cigarette.		
Je suis relaxé et donc plus plaisant lorsque j'ai fumé.	46,48 %	25,82 %
Si j'arrête de fumer je vais être irritable et éprouver des difficultés à être entouré.	51,65 %	29,01 %
Fumer des cigarettes est dangereux pour ma santé.	29,87 %	45,82 %
Ma famille me préfère lorsque je suis heureux de fumer que lorsque je suis triste à essayer d'arrêter.	58,40 %	17,05 %
Je suis gêné de fumer.	68,45 %	7,60 %
Je me préfère lorsque je fume.	66,93 %	12,92 %
La fumée de ma cigarette dérange les autres.	29,67 %	35,55 %
Fumer m'aide à mieux me concentrer et à mieux travailler.	61,89 %	13,81 %
Les gens pensent que je suis stupide en ignorant les dangers de la cigarette.	58,52 %	20,10 %
Mes proches désapprouvent que je fume.	47,06 %	23,27 %
Je suis stupide d'ignorer les dangers de la cigarette.	50,13 %	22,14 %

Légende : « L'image d'être fumeur » est l'item le plus avancé par les élèves fumeurs pour consommer du tabac. « Mes proches souffriraient si je devenais malade à cause de la cigarette » est l'item le plus avancé pour ne pas consommer.

Les consommations de cannabis, d'alcool et de tabac semblent être liées au sexe et au nombre d'amis, de même qu'au statut tabagique des parents (tableau 15.14). La consommation de tabac semble liée au statut tabagique des parents. La consommation de tabac n'est pas liée à l'établissement ($p = 0,48$).

Tableau 15.14 : Test du χ^2 (sexe, cannabis, alcool, tabac, mère et père fumeurs, amis) pour les lycées fumeurs.

	Sexe	Cannabis	Mère fumeuse	Père fumeur	Amis	Alcool	Tabac
Sexe		0.019	0.49	0.36	0.07	0.000027	0.0187
Cannabis			0.25	0.99	<0.0001	<0.0001	<0.0001
Mère fumeuse				<0.0001	0.397	0.23	0.00011
Père fumeur					0.1986	0.74	0.029
Amis						0.002209	0.00024
Alcool							<0.0001

Légende : Le test du χ^2 établit un lien entre les consommations de psychotropes (tabac, alcool, cannabis) et le sexe, le nombre d'amis et le statut tabagique de la mère et du père.

- Analyse multivariée des données 2008

► Les régressions logistiques conduites avec SAS[®] ont porté sur la variable à expliquer « consommation de tabac ». La sélection de variables a été conduite par la méthode de régression pas à pas (Méthode Forward – tableaux 15.15 ; 15.16 & 15.17). D'après le modèle, les variables explicatives « consommation de cannabis, amis au lycée, sexe et statut tabagique de la mère » ont été conservées par SAS[®].

Les variables « statut tabagique du père » et « consommation d'alcool » ont été éliminées.

Tableau 15.15 : Association des probabilités prédites et des réponses observées

Percent Concordant	78.7	Somers' D	0.602
Percent Discordant	18.5	Gamma	0.620
Percent Tied	2.9	Tau-a	0.182
Pairs	8580	c	0.801

Légende : La convergence du modèle est satisfaite (78,8%)

Tableau 15.16 : Association des probabilités prédites et des réponses observées (variable à expliquer « consommation de tabac »)

Number of Observations Read	483
Number of Observations Used	239

Légende : Les observations ayant des valeurs manquantes sont éliminées du modèle.

Tableau 15.17 : Association des probabilités prédites et des réponses observées (variable à expliquer « consommation de tabac »)

Profil de réponse		
Valeur ordonnée	Fumeur	Fréquence totale
1	non	44
2	oui	195

Légende : L'échantillon analysé est donc composé de 239 élèves, dont 81.58% sont fumeurs.

Les odds ratio (tableau 15.18) montrent que :

- Pour l'influence de la variable « consommation de cannabis », un jeune ayant fumé du cannabis une à deux fois au cours des six derniers mois a plus de 2 fois plus de risque d'être fumeur de tabac qu'un élève n'ayant pas fumé de cannabis.

Ce risque augmente de façon proportionnelle à la consommation de cannabis. En effet, un élève ayant fumé plus de 20 fois du cannabis au cours des six derniers mois, a plus de 9 fois plus de risque d'être fumeur de tabac qu'un élève n'ayant pas fumé de cannabis.

- Pour l'influence de la variable « ami au lycée » : un élève considérant avoir « assez » ou « beaucoup » d'amis au lycée a 4 fois plus de risque de fumer qu'un élève déclarant ne pas en avoir.

- Pour l'influence de la variable « statut tabagique de la mère » : un élève ayant sa mère qui fume a 2,5 fois plus de risque de fumer qu'un élève ayant une mère non-fumeuse.

- Pour l'influence de la variable « sexe » : un élève de sexe masculin a 2,9 fois moins de risque de fumer qu'une fille.

Tableau 15.18 : Estimation des odds ratios (analyse multivariée portant sur les élèves fumeurs)

Estimations des rapports de cotes				
<i>Effet</i>	<i>fumeur</i>	<i>Point Estimate</i>	<i>95% Limites de confiance de Wald</i>	
Q11CANNA 1 vs 0	oui	2.098	0.798	5.514
Q11CANNA 2 vs 0	oui	3.985	1.242	12.791
Q11CANNA 3 vs 0	oui	>999.999	<0.001	>999.999
Q11CANNA 4 vs 0	oui	9.119	1.962	42.389
Q9AMIOLY 2 vs 1	oui	1.754	0.596	5.163
Q9AMIOLY 3 vs 1	oui	4.369	2.001	9.539
Q9AMIOLY 4 vs 1	oui	4.169	1.738	10.005
Q8MEREFU 1 vs 2	oui	2.559	1.134	5.775
Q8MEREFU 3 vs 2	oui	>999.999	<0.001	>999.999
SEXE 1 vs 2	oui	0.271	0.124	0.591

Légende : Un rapport de cotes décrit la probabilité d'un évènement. Un rapport de cotes supérieur à 1 indique une probabilité plus élevée que la moyenne (un évènement a plus de « chances » de se produire) et un rapport de cotes inférieur à 1 indique une probabilité inférieure à la moyenne (un évènement a moins de « chances » de se produire). Lorsque la valeur du rapport de cotes est supérieure à 1, plus le nombre est grand, plus l'évènement est probable. L'inverse est vrai lorsque la valeur du rapport de cotes est inférieure à 1 : plus le nombre est petit, moins l'évènement est probable.

► Les régressions logistiques conduites avec SAS[®] ont également porté sur la variable à expliquer « consommation d'alcool ». Nous avons utilisé la méthode Stepwise qui démarre avec la constante, plus les variables explicatives. A chaque étape, des tests du Chi² sont réalisés pour toutes les variables extérieures au modèle. Ils permettent de comparer le modèle tel qu'il est, à un modèle où l'on aurait juste inclus cette variable explicative en plus. Les probabilités associées à ces statistiques sont comparées à un seuil que l'on a défini au préalable (ici 0,05). La variable présentant la plus grande valeur du Chi² avec une probabilité inférieure au seuil, est incluse dans le modèle. Par contre, les variables déjà présentes dans le modèle à une étape donnée, peuvent ne pas y rester. La sélection s'arrête lorsque aucune statistique du Chi² ne donne une probabilité inférieure au seuil d'entrée.

➤ Les variables explicatives proposées étaient le sexe, la consommation de cannabis, la consommation de tabac, le nombre d'amis au lycée, le statut tabagique de la mère, l'avis de l'entourage sur le fait de fumer (It.5), l'envie ou

non de fumer durant les fêtes entre amis (It.69), l'opinion sur le fait de fumer en général (It.32). Les variables éliminées par SAS[®] ont été l'avis de l'entourage, le statut tabagique de la mère, les amis au lycée et l'envie de fumer lors de fêtes (tableau 15.18, 15.19 et 15.20).

Tableau 15.18 : Association des probabilités prédites et des réponses observées (variable à expliquer « consommation d'alcool »)

Percent Concordant	80,7	Somers' D	0,675
Percent Discordant	13,2	Gamma	0,719
Percent Tied	6,1	Tau-a	0,334
Pairs	46899	c	0,838

Légende : La convergence du modèle est satisfaite.

Tableau 15.19 : Association des probabilités prédites et des réponses observées (variable à expliquer « consommation de tabac »)

Number of Observations Read	483
Number of Observations Used	436

Légende : Les valeurs manquantes ont été éliminées, l'échantillon est alors composé de 436 observations, et il est composé de 55,70 % d'élèves ayant été ivres plus de 3 fois dans leur vie.

Tableau 15.20 : Association des probabilités prédites et des réponses observées (variable à expliquer « consommation d'alcool »)

Profils de réponse		
Valeur ordonnée	Alcool	Fréquence totale
1	Beaucoup	243
2	peu	193

Légende : L'échantillon analysé est donc composé de 336 élèves.

Les odds ratio (tableau 15.21) montrent que :

- *Pour l'influence de la variable « consommation de cannabis »* : d'après le modèle, un élève fumant du cannabis a plus de risque d'être ivre plus de 3 fois au cours de sa vie. Ce risque augmente avec la consommation de cannabis. En effet, pour un élève qui a fumé du cannabis une à deux fois au cours des 6 derniers mois, le risque d'être ivre plus de 3 fois est multiplié par 3,6 par rapport à un élève ne fumant pas de cannabis. Un élève ayant fumé plus de 20 fois du cannabis au cours des 6 derniers mois, a 7,9 fois plus de risque d'être ivre plus de 3 fois dans sa vie qu'un élève n'ayant pas fumé de cannabis.

- Pour l'influence de la variable « consommation de tabac » : d'après le modèle, un fumeur occasionnel a 2,34 fois plus de risque d'être ivre plus de 3 fois dans sa vie qu'un non-fumeur alors qu'un fumeur régulier a 8,09 fois plus de risque.
- Pour l'influence de la variable « sexe » : d'après le modèle, un garçon a 3,426 fois plus de risque d'être ivre plus de 3 fois dans sa vie qu'une fille.
- Pour l'influence de la variable « opinion de fumer en général » : d'après le modèle, un élève qui pense que fumer est nuisible pour la santé a 1,8 fois moins de risque d'être ivre plus de 3 fois dans sa vie qu'un élève pensant que fumer est bénéfique.

Tableau 15.21 : Estimation des odds ratios (analyse multivariée portant sur les élèves consommant de l'alcool)

Estimations des rapports de cotes				
Effet	Alcool	Point Estimate	95% limite de confiance de Wald	
Q11CANNA 1 vs 0	Beaucoup	3.698	1.707	8.011
Q11CANNA 2 vs 0	Beaucoup	6.927	2.614	18.359
Q11CANNA 3 vs 0	Beaucoup	>999.999	<0.001	>999.999
Q11CANNA 4 vs 0	Beaucoup	7.900	1.681	37.121
Q13CONSO 1 vs 0	Beaucoup	2.342	1.297	4.228
Q13CONSO 2 vs 0	Beaucoup	1.011	0.184	5.566
Q13CONSO 3 vs 0	Beaucoup	3.571	1.244	10.255
Q13CONSO 4 vs 0	Beaucoup	8.095	3.876	16.909
SEXE 1 vs 2	Beaucoup	3.426	2.074	5.660
Fumer 2 vs 0	Beaucoup	0.151	0.056	0.409
Fumer 4 vs 0	Beaucoup	0.184	0.112	0.301

Légende : Un rapport de cotes décrit la probabilité d'un événement. Un rapport de cotes supérieur à 1 indique une probabilité plus élevée que la moyenne (un événement a plus de « chances » de se produire) et un rapport de cotes inférieur à 1 indique une probabilité inférieure à la moyenne (un événement a moins de « chances » de se produire). Lorsque la valeur du rapport de cotes est supérieure à 1, plus le nombre est grand, plus l'événement est probable. L'inverse est vrai lorsque la valeur du rapport de cotes est inférieure à 1 : plus le nombre est petit, moins l'événement est probable.

➤ L'étude des polyconsommations et de l'influence des consommations entre elles montre que :

- Pour l'influence de la consommation de tabac sur la consommation de cannabis, parmi les élèves ayant fumé du cannabis plus de 10 ou 20 fois durant les 6 derniers mois, on retrouve une grande proportion de fumeurs (réguliers et occasionnels) et très peu de non-fumeurs. A l'inverse parmi les élèves n'ayant pas

fumé de cannabis au cours des 6 derniers mois, la majorité ne fume pas (tableau 15.22).

Tableau 15.22 : Influence de la consommation de tabac sur la consommation de cannabis chez les élèves (2008)

Tabac Cannabis	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	Ex-fumeurs	Non-fumeurs
+20X	81,58 %	7,89 %	5,26 %	5,26 %
+10X	66,67 %	33,33 %	0 %	0 %
3à9X	50,94 %	35,85 %	9,44 %	3,77 %
1à2X	46,55 %	31,03 %	10,34 %	12,07 %
0X	12,99 %	21,10 %	6,17 %	59,74 %

Légende : la consommation de cannabis est corrélée à la consommation de tabac et montre que le fait de fumer augmente le risque de consommer du cannabis.

- Pour l'influence de la consommation de tabac sur la consommation d'alcool, la majorité des élèves ayant été ivres plus de 10 ou 20 fois sont des fumeurs réguliers. A l'inverse parmi les élèves n'ayant jamais été ivres au cours de leur vie, on retrouve plus de 70 % de non-fumeurs (tableau 15.23).

Tableau 15.23 : Influence de la consommation de tabac sur la consommation d'alcool chez les élèves (2008)

Tabac Alcool	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	Ex-fumeurs	Non-fumeurs
+20X	60,87 %	19,56 %	5,35	14,13
+10X	44,64 %	28,57 %	12,5	14,29
3à9X	31,78 %	28,04 %	6,54	32,71
1à2X	15,73 %	28,09	8,99	47,19
0X	4,31 %	18,10	4,31	73,28

Légende : la consommation d'alcool est corrélée à la consommation de tabac et montre que le fait de fumer augmente le risque de boire.

➤ La recherche d'autres influences sur les consommations montre que :

- Pour l'influence du nombre d'amis sur la consommation d'alcool, le fait d'avoir « beaucoup » ou « assez » d'amis, regroupe 92,39 % des élèves ivres plus de 20 fois au cours de leur vie, 78,57 % des élèves ivres plus de 10 fois au cours de leur vie et 65,52 % des élèves n'ayant jamais été ivres au cours de leur vie.

- Pour l'influence du nombre d'amis sur la consommation de cannabis, le fait d'avoir « beaucoup » ou « assez » d'amis, regroupe 91,24% des élèves ayant fumé du cannabis plus de 20 fois au cours des 6 derniers mois, 93,33% des élèves

ayant fumé du cannabis plus de 10 fois au cours des 6 derniers mois, et 72,08% des élèves n'ayant pas fumé de cannabis au cours des 6 derniers mois.

- Pour l'influence du nombre d'amis sur la consommation de tabac, le fait d'avoir « beaucoup » ou « assez » d'amis, regroupe 92,10 % des fumeurs réguliers, 86,96% des fumeurs occasionnels et 64,82 % des élèves non-fumeurs.

- Pour l'influence de l'âge de la première cigarette sur la consommation de tabac, lorsque la première cigarette est fumée avant 14 ans, on observe une grande proportion de fumeurs réguliers (66,54 %) et peu de fumeurs occasionnels (16,75%). Après 14 ans, la tendance se stabilise avec autant de fumeurs occasionnels (44,7%) que de fumeurs réguliers (41,46%).

L'âge de la première cigarette influence donc la consommation de tabac, plus elle est précoce plus les jeunes ont tendance à devenir fumeurs réguliers (tableau 15.24).

Tableau 15.24 : Influence de l'âge de la première cigarette sur la consommation de tabac

Age de la première cigarette (ans)	Fumeurs réguliers (%)	Fumeurs occasionnels (%)	Ex-fumeurs (%)	Non-fumeurs (%)
6	50	50		
7			100	
8	80	20		
9	66,67	16,67		16,67
10	46,67	13,33	26,67	13,33
11	72,73	18,18		9,09
12	64,44	17,78	8,89	8,89
13	68,75	14,58	12,5	4,17
14	32	48	10,42	10,42
15	39,39	36,36	6,06	18,18
16	44,44	44,44		11,11
17	50	50		
18		100		
19	100			

Légende : L'âge de la première cigarette influence donc la consommation de tabac, plus elle est précoce plus les jeunes ont tendance à devenir fumeurs réguliers.

4. Des chiffres dans la moyenne nationale sauf pour l'alcool

Pour le tabac, on constate que l'âge moyen de la première cigarette dans notre échantillon se situe autour de 13 ans. Il est légèrement plus précoce que la moyenne nationale (vs 13,4 ans, OFDT, 2006). L'analyse des données confirme un risque d'autant plus élevé de devenir fumeur régulier que l'initiation a été précoce. Le pourcentage de fumeurs réguliers est légèrement en-dessous des résultats nationaux avec 29,4% vs 31% (INPES, 2008) pour la classe d'âge des 15-17 ans. Ce sont les 16-17 ans de notre échantillon qui rassemblent le plus de fumeurs réguliers. Il existe également un écart significatif selon le sexe pour le taux de non-fumeurs avec 60,3% des garçons contre 39,7% de filles. Ces résultats vont dans le sens de la féminisation du tabagisme observée au niveau national.

Conscients de la dangerosité du tabac, sans que cela ne soit lié au statut tabagique ($p = 0,2254$), les élèves identifient bien le phénomène de dépendance. L'image du fumeur est partagée entre sa valeur positive (confiance en soi) et sa valeur négative (prise de risque). Si l'on ne constate pas d'effet établissement sur la consommation tabagique, d'autres variables environnementales et sociales entrent en interaction. Il semble que la présence de parents non-fumeurs influe favorablement sur la consommation de tabac chez ces lycéens. Ils accordent une importance réelle à l'avis de leur famille proche et de leurs copains, davantage qu'aux enseignants. Ces données soulignent en tout cas le rôle important de l'environnement familial et relationnel. L'Ecole ne peut pas tout, elle n'agit pas seule et sphère publique / sphère privée s'entremêlent sur la question complexe des consommations de psychotropes.

Les situations déclenchant l'envie de fumer décrites par les élèves non-fumeurs sont d'une autre nature que celles décrites par les fumeurs. Il en va de même pour les situations propices à l'initiation tabagique. Ainsi, derrière le partage par les fumeurs et les non-fumeurs du sentiment d'une forte capacité déclarée à refuser, se cachent des représentations différentes. Cette distance entre des statuts tabagiques différents (fumeurs / non-fumeurs) souligne l'importance de prendre

en compte cette dimension dans les actions de prévention et peut-être de la mettre à profit en associant les élèves.

L'expérience du *cannabis* est inférieure au niveau national : 34,7% des élèves déclarent avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie, contre 38% en France (Beck et al., 2005) voire 50% pour l'étude ESCAPAD (chiffres de la région Auvergne, 2005).

La consommation d'alcool est en augmentation au niveau national, la bière et les alcools forts sont les plus consommés. Au niveau de notre échantillon, une forte alcoolisation est identifiée avec 74,79% d'élèves qui déclarent avoir été ivres au moins une fois dans leur vie. Ce chiffre est particulièrement important au regard des 46% nationaux. Un quart des élèves déclarent même avoir été ivres 3 à 9 fois dans leur vie, parmi les 94,6% à avoir déjà consommé de l'alcool.

Les *polyconsommations* sont confirmées dans notre étude. Les analyses statistiques montrent que c'est le cas avec le lien tabac / alcool et le lien cannabis / tabac. Le fait de fumer régulièrement augmente le risque de consommer de l'alcool. Il en est de même pour le cannabis et le tabac.

Parmi les *influences sociales* potentiellement négatives, avoir un cercle d'amis élargi, être confronté à des situations favorables d'initiation ou de consommation n'impliquent pas nécessairement une consommation. La construction de la capacité à faire des choix s'exerce différemment selon les jeunes de notre étude.

Cette analyse des consommations de psychotropes par les élèves des lycées de notre étude soulève *deux conclusions* : d'une part, les élèves se situent dans la moyenne nationale (sauf pour l'alcool où ils consomment plus, et pour le cannabis, pour lequel ils consomment moins), et d'autre part, cette analyse montre qu'ils sont tout sauf ignorants des conduites addictives. Ce dernier élément est à considérer au regard de la mise en œuvre d'actions de prévention.

Sur le plan international, l'analyse des résultats obtenus grâce aux programmes d'intervention en milieu scolaire tendent à montrer la nécessité de prendre en compte les professionnels de l'Ecole. Au niveau national, un nombre croissant de recherches se développe. Les résultats (Berger et Leselbaum, 2002, Mérini et De Peretti, 2002, Jourdan et al., 2002, Leselbaum, 2003) confirment la place périphérique de la prévention dans l'activité de ces professionnels et leur implication partielle. Les pratiques sont diverses et la mise en œuvre des actions renvoie à une tension entre éducation et objectifs de santé.

L'implication des personnels de l'Ecole sur les questions de santé a fait l'objet d'une évaluation de la part du politique et de la part de l'Institution scolaire. Une attention particulière a été portée aux CESC (Comité d'éducation à la Santé et à la Citoyenneté) qui, malgré une obligation de généralisation, ne permettent toujours pas de mobiliser les équipes éducatives (Bauemler, 2002). Face à ce constat d'échec, les Inspections générales (Mamecier et al., 2004) ont adopté un jugement très critique, plutôt négatif, mais argument, selon l'idée directrice suivante : l'éducation à la santé et la prévention ne sont pas des disciplines et restent donc « à la marge », elles nécessitent une prise d'appui sur les contenus d'enseignements accompagnée de moyens spécifiques comme l'allocation de temps et le renforcement de la formation. Les rapports reconnaissent néanmoins dans leur ensemble une relative méconnaissance de ce que les professionnels mettent réellement en œuvre. En portant notre regard sur la façon dont les bilans des actions santé sont conçus au niveau institutionnel, nous avons pu mettre en évidence qu'il s'agit là aussi davantage d'un outil structurel que d'accompagnement des équipes d'établissement. Ils ne permettent pas de décrire l'activité des personnels dans les établissements scolaires.

La nécessité d'investiguer de manière adaptée les déterminants de l'activité nous conduit à mobiliser un modèle de l'activité (Goigoux, 2007). Il se structure autour de trois déterminants (Institution, Personne, Public). Il intègre la notion de redéfinition de la tâche avec des finalités multiples, orientées vers l'Ecole, l'enseignant lui-même et les élèves.

- L'analyse du déterminant Institution nous a permis de caractériser le contexte de surprescription spécifique au champ de la santé en milieu scolaire. Notre société contemporaine confère à l'Ecole des fonctions multiples se traduisant par des textes officiels multiformes. Lorsque l'on aborde les grands problèmes de santé actuels, les prescriptions en santé ne font pas exception et sont extrêmement nombreuses. Leur méta analyse a pu être conduite en considérant les trois axes possibles de la promotion de la santé que ces prescriptions préconisent : l'éducation, la prévention et la protection. En les replaçant dans l'histoire particulière qui lie l'Ecole avec les questions sanitaires et plus particulièrement avec la santé publique, on observe un mouvement de va-et-vient entre des textes généraux et englobants, et des textes plus ciblés, morcelant l'intervention du milieu scolaire. Notre typologie met en évidence des textes demandant d'agir sur tous les axes de la promotion de la santé (groupe 1), des textes plus orientés sur la prévention et la protection (groupe 2) et enfin des textes spécifiquement positionnés sur un des trois axes possibles (groupe 3).

- L'analyse du déterminant Personnel s'appuie sur des dimensions à la fois personnelles et professionnelles. La prise en compte des représentations sociales et fonctionnelles permet d'élucider les registres que les personnels mobilisent en tant que personne « par », « dans » et « pour » l'action. Leur activité professionnelle s'exerce dans un contexte de nette détérioration des conditions du travail enseignant.

Cette situation se traduit par un « malaise » avec l'idée d'« un métier impossible », les enseignants ne sachant plus comment « bien faire » leur travail (Lantheaume, Hélou, 2008). Des situations de « décrochage » professionnel sont observées (Derouet, 2006). Les problématiques de santé au travail (Dejours, 1995, Kovess-Masfety et al., 2006) deviennent un aspect qui doit être considéré. Les toutes dernières mesures gouvernementales de 2008 le confirment.

- L'étude du déterminant Public s'est centrée sur la consommation de psychotropes par les élèves. La mise en perspective des données de notre échantillon de lycées avec les résultats des enquêtes nationales permet de souligner que les élèves de ces établissements sont moins consommateurs de tabac et de cannabis, et davantage consommateurs d'alcool.

Ils ont également des connaissances sur les addictions et ne peuvent être considérés comme ne sachant rien des psychotropes et de leur consommations.

PARTIE 4 : Les modalités d'implication dans une démarche de prévention

CHAPITRE 12 : Le rapport à une démarche de prévention et les déterminants de l'implication

Nous traiterons successivement les déterminants de l'implication des professionnels de lycée à partir d'une étude conduite sur trois lycées dans une démarche articulant qualitatif et quantitatif.

Puis, nous présenterons une étude conduite auprès d'une cinquantaine de proviseurs, proviseurs adjoints et CPE de lycée sur leurs changements professionnels résultant de l'entrée en application du décret tabac.

I. La prévention du tabagisme au lycée : déterminants de l'implication des professionnels

1. Des lycées impliqués dans une démarche non-fumeur

a) Contexte de la recherche

L'étude a été menée l'année précédant l'application du décret n° 2006 – 1386 entré en vigueur le 1^{er} février 2007 en France et qui interdit toute consommation tabagique dans une enceinte scolaire. Elle s'adresse à des professionnels au début de la mise en place d'un dispositif de prévention basé sur une démarche collective impliquant l'ensemble des personnels de l'établissement dans une perspective d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Le dispositif vise l'ensemble des conduites addictives mais il est plus spécifiquement centré sur la prévention du tabagisme dans une démarche « lycée non-fumeur ». Les entretiens ont été réalisés entre janvier 2006 et juin 2006, six mois après l'entrée du lycée dans le dispositif. Chaque établissement a reçu une synthèse de l'analyse de ces entretiens conformément au contrat initialement passé avec les personnels interviewés.

Cette recherche porte sur trois lycées publics français de l'Académie de Clermont-Ferrand : L001, L002 et L003 (tableau 16). Le choix des lycées a été guidé par la recherche d'une diversité de contextes, de localisations géographiques, de tailles

et de proportions de filles et de garçons scolarisés. Deux critères sont par contre communs à tous les établissements : les catégories socioprofessionnelles des parents ont une dominante « défavorisée » par rapport à la moyenne nationale, et enfin, ils possèdent un internat. Le fait d'avoir un internat est un élément essentiel car il conduit à poser le problème du tabagisme autrement qu'en terme géographique (les fumeurs devant la porte du lycée plutôt que dans l'établissement) et à rendre nécessaire une réelle démarche d'accompagnement des élèves. Les personnels de ces établissements sont des enseignants (57%), des personnels d'entretien, de service et de restauration (28%) et des personnels de direction, de vie scolaire ou d'administration (15%). La population de cette étude est majoritairement féminine (58%).

Tableau 16: Répartition des élèves des établissements étudiés

Code	Type	Public/ privé	Rural / urbain	Effectifs		
				Total	Garçons	Filles
L001	Polyvalent	PU	U	815	262 (32,1 %)	553 (67,9 %)
L002	Professionnel	PU	R	305	218 (71,5 %)	87 (28,5 %)
L003	Agricole	PU	R	146	28 (19,2 %)	118 (80,8 %)
	Total			1266	508 (40,1%)	758 (59,9 %)

Code	SEP ou SGT	BTS	Effectif internat	Favorisé	CSP en %				
					Moyen		Défavorisé		
L001	449 (55,1 %)	130 (16 %)	189 (23,2 %)	27 %	Moyenne académique = 41,2 % Moyenne nationale = 34,8 %	31,8%	Moyenne académique = 29,2 % Moyenne nationale = 26 %	41,2%	Moyenne académique = 29,6 % Moyenne nationale = 39,1 %
L002	--	--	119 (39 %)	17,7%		32,8%		49,5%	
L003	--	--	58 (39,7 %)	14%		34%		52%	
Total	449 (35,5 %)	130 (10, 3 %)	366 (28,9 %)	19,6%		32,9%		47,6%	

Légende: Les données relatives aux trois lycées L001, L002 et L003 montrent la diversité des caractéristiques des établissements étudiés. Celles-ci sont en effet variables d'un point de vue « type », « rural / urbain », « pourcentage de garçons et de filles ». Les catégories socioprofessionnelles montrent une dominante « défavorisée » par rapport à la moyenne nationale.

b) Cadre conceptuel convoqué

Notre démarche de recherche s'appuie sur le cadre théorique de la psychologie ergonomique autour d'un modèle d'analyse de l'activité (Goigoux, 2007) fondé

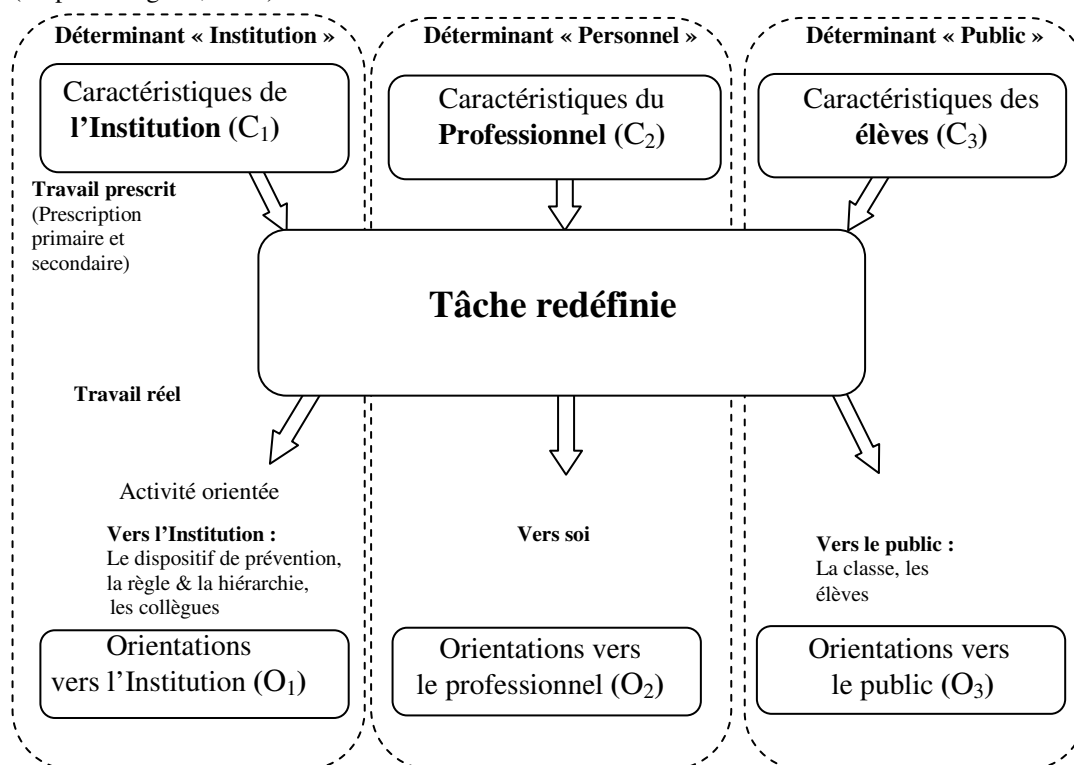
sur la prise en compte des trois déterminants : le déterminant « Institution », le déterminant « Personnel » et le déterminant « Public » (IPP). Ce modèle repose sur trois entrées (les principales caractéristiques du travail enseignant) et sur trois sorties (les effets de ce travail correspondant aux trois orientations de l'activité). Nous dissociions néanmoins ici « analyse de l'activité » et « analyse de la tâche » (Karnas, 2002). Ce qui pourra participer à la redéfinition de la tâche par le professionnel est davantage au centre de nos préoccupations que l'activité elle-même à laquelle nous ne pouvons prétendre accéder avec notre méthodologie de recueil de données.

Pour le professionnel, l'activité a la valeur d'une « réponse qu'il met en œuvre pour réaliser la tâche qu'il se donne » (Goigoux, 2007). La tâche redéfinie (Leplat, 1992) est considérée comme fondatrice de cette activité. Elle est orientée vers des finalisations multiples : en direction des élèves et des autres acteurs scolaires, en direction de l'Institution, et vers lui-même. Nous nous situons donc en amont de ce que font ou qui sera effectivement fait par les professionnels du milieu scolaire en matière de prévention du tabagisme.

Bien que bâtie en référence à la didactique et donc centrée sur l'activité des enseignants, la modélisation que nous mobilisons, est utilisée pour décrire au sens large une « éducation à » mise en œuvre par toutes les catégories de personnels des lycées. Il s'agit d'aborder un domaine qui renvoie à une grande diversité d'activités tant individuelles que collectives et qui se situe en périphérie de l'identité professionnelle des acteurs.

Au regard des éléments ci-dessus, le modèle d'analyse que nous proposons est présenté dans la figure 10.

Figure 10 : Modèle d'analyse de la tâche dans un dispositif de prévention du tabagisme au lycée (d'après Goigoux, 2007)



Légende : A → B signifie "B dépend pour partie de A". Les savoirs (contenus et enjeux) sont transversaux à l'ensemble de ces déterminants. Ils relèvent de chaque déterminant (programme, choix pédagogiques personnels, évaluation des élèves). Le professionnel, en fonction des caractéristiques de l'Institution, du public et de ses propres caractéristiques propose une nouvelle définition de la tâche prescrite qu'il oriente vers des finalisations multiples (l'Institution, les élèves, lui-même dans sa vie professionnelle).

c) Méthodologie de recueil

Notre approche est basée sur la démarche inductive utilisée en sciences humaines et sociales qui privilégie les données qualitatives, la proximité des milieux d'observation, la valorisation de la parole des professionnels. Cette étude s'appuie sur des entretiens semi-directifs. Le canevas d'entretien (tableau 17) a été élaboré sur la base des résultats d'une étude pilote conduite dans un autre établissement en 2005 (Simar et al., 2006). Pour ce corpus, nous avons fait le choix de la diversité, et non de l'exhaustivité. Cependant, le nombre d'entretiens (vingt-neuf au total) a permis une réelle saturation des données (absence ou faible nombre d'informations originales apparaissant lorsque de nouveaux entretiens sont réalisés). Chacun d'eux a été enregistré puis retranscrit et anonymé en recevant un

code composé du code établissement [L001], [L002], [L003] suivi d'une lettre (E, pour entretien) et d'un chiffre (ordre de passage).

Tableau 17 : Items de la grille d'entretien utilisée en 2006

<i>N° d'item</i>	<i>Items</i>
1	<i>Que pensez-vous du tabac en général dans notre société ? Dans quelle mesure faut-il interdire sa consommation ? Quelle place faut-il laisser à la prévention du tabagisme et des dépendances en général ?</i>
2	<i>Quel est votre positionnement professionnel face au projet « lycée non-fumeur » ? Comment vous situez-vous par rapport à ce projet ?</i>
3	<i>Quels sont les éventuels aspects « irrecevables » dans la mise en place d'un « lycée non-fumeur » ?</i>
4	<i>Quels sont les aspects « acceptables » dans la mise en place d'un « lycée non-fumeur » ?</i>
5	<i>Sur le plan personnel et professionnel, pensez-vous pouvoir observer des évolutions favorables liées à un projet « lycée non-fumeur », lesquelles par rapport à votre travail avec les élèves, aux relations avec les parents ou avec vos collègues ?</i>
6	<i>Le projet va-t-il, à l'inverse, poser des problèmes, générer des tensions, de l'inertie professionnelle de votre part ou de la part des autres ?</i>
7	<i>Quelles suggestions pouvez-vous formuler dans le but d'améliorer le projet au service des élèves et du lycée (organisation, fonctionnement, perspectives éducatives, etc.) ?</i>

Légende : Chaque entretien a été enregistré et retranscrit par écrit. L'anonymat des personnels a été garanti. Chaque entretien a reçu un code composé du code établissement (L001, L002, L003) suivi d'une lettre et d'un chiffre.

Le choix de privilégier les entretiens individuels plutôt que d'utiliser des enregistrements vidéo repose sur le fait que l'intervention en prévention est diffuse. En effet, une autre étude, réalisée en collège, a montré que la majorité des professionnels (79%) estiment que c'est dans la vie quotidienne en établissement, en tant qu'éducateurs, qu'ils contribuent à la prévention (Leyrit et al., 2007). Selon les catégories de personnels, les missions de prévention du tabagisme sont identifiées de manière explicite (infirmières, enseignants de sciences et vie de la Terre) ou de manière implicite (enseignants de disciplines générales, personnels de restauration, d'entretien ou administratifs). Les formes observables sur le terrain sont variées : le dialogue avec les élèves (y compris dans les couloirs du lycée), la mise en place d'un environnement scolaire favorable au bien être de tous, l'accueil à l'infirmerie pour un accompagnement vers le sevrage ou l'aide à l'arrêt, un cours durant lequel la question du tabagisme ou des pressions sociales et médiatiques est abordée, des temps forts tels que des journées banalisées sur la

prévention, etc. Ce volet de l'activité se caractérise par son morcellement temporel et spatial dans plusieurs contextes. Il est donc très difficile d'enregistrer les professionnels à des moments spécifiques pour ensuite utiliser ce matériau avec eux. Néanmoins, d'autres études plus spécifiques peuvent être conduites en direction de personnels et de situations bien déterminées (les professeurs de SVT traitant des chapitres du programme relatifs à la fonction respiratoire, les conseillers principaux d'éducation en entretien avec des élèves en difficulté avec un produit psychotrope, les infirmiers dans les rencontres individuelles ou collectives par exemple).

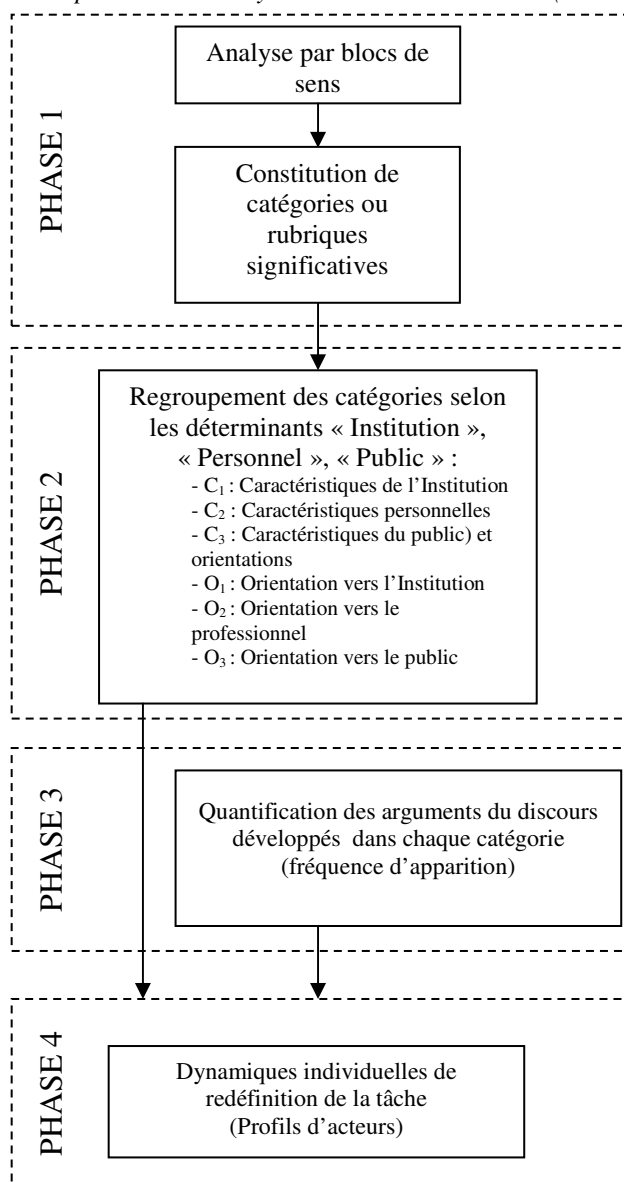
Nous ne présentons pas ici les données provenant des interviews des chefs d'établissement qui ont fait l'objet d'une étude spécifique que nous présenterons dans le chapitre 13.

Notre étude se limite ainsi volontairement à ce que les professionnels déclarent, sans chercher à observer ces professionnels en action. Ce qu'ils nous disent de leur activité, n'est pas ce qu'ils font réellement mais leur discours est porteur de sens. Il nous fournit des éléments sur la manière dont ils redéfinissent la tâche prescrite et les orientations qu'ils pensent pouvoir alors observer sur l'Institution, sur les élèves et leurs collègues, et sur eux-mêmes. Les entretiens deviennent un outil méthodologique pour comprendre comment les professionnels se représentent leur travail sur le champ de la prévention du tabagisme.

d) Analyse et structuration des données

Dans une première phase, notre analyse a d'abord été ascendante avec une analyse du contenu du discours par blocs. Cet inventaire repose sur la constitution de catégories ou rubriques significatives (Bardin, 2001) à partir des éléments du discours (schéma 3).

Schéma 3 : Schématisation du processus d'analyse du contenu du discours (étude 2006)



Légende : Le processus d'analyse se décompose en quatre phases avec d'abord l'analyse par blocs, la détermination de catégories autour de ces blocs, puis la répartition de ces catégories conformément à notre cadre conceptuel (Goigoux, 2005), jusqu'à la quantification des arguments composant chacune des catégories. Des profils de dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche sont enfin déterminés.

Dans une seconde étape, descendante cette fois-ci, des regroupements ont été faits en référence au cadre conceptuel du modèle d'analyse. Les différentes catégories permettent ainsi de caractériser chaque déterminant (C₁ : Caractéristiques de l'Institution, C₂ : Caractéristiques personnelles, C₃ : Caractéristiques du public) et

orientations (O₁: Orientation vers l'Institution, O₂: Orientation vers le professionnel, O₃: Orientation vers le public).

Les éléments dominants, les points d'ancrage les plus forts du discours ont été également quantifiés à partir de leur fréquence dans les entretiens que nous avons conduits.

Dans une dernière phase d'analyse, des profils d'acteurs autour de dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche ont été réalisés à partir de ces données.

2. Résultats de l'étude

L'analyse du contenu des entretiens a conduit à faire émerger vingt-trois catégories (ou rubriques significatives) différentes. Dans un second temps, ces catégories ont été organisées en référence aux trois axes ou déterminants (« Institution », « Personnel » et « Public ») du modèle (figure 11).

Les résultats s'organisent en deux parties : les déterminants de redéfinition de la tâche (caractéristiques et orientations) et les dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche.

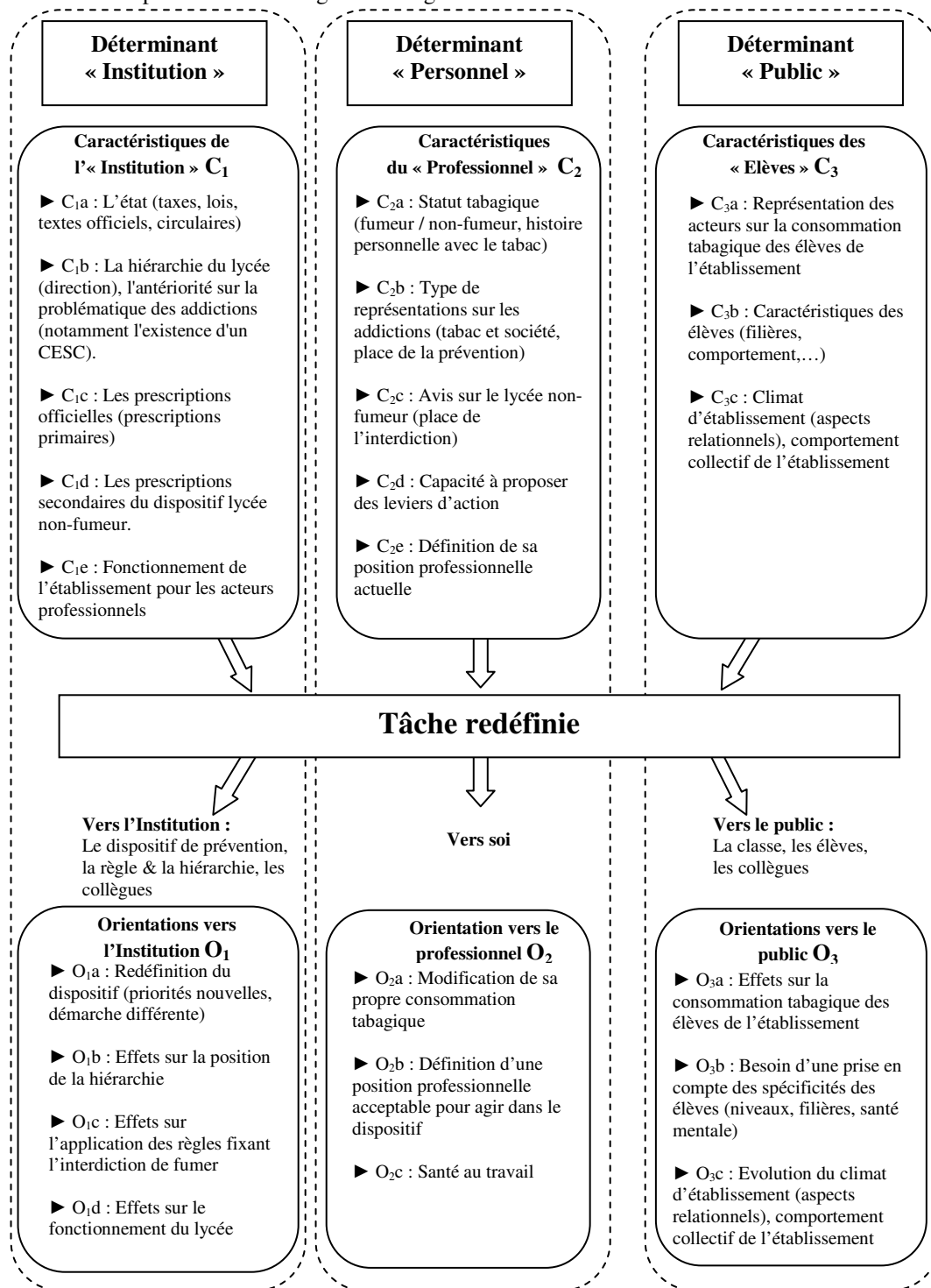
1) Les déterminants de redéfinition de la tâche

a) Le déterminant « Institution »

❖ Les caractéristiques de l'Institution

► C_{1a} : L'état est cité en premier lieu au travers de la taxation du tabac (« C'est de l'argent dans les caisses de l'Etat » [L001-E3], « L'état se fait beaucoup d'argent sur le tabac avec les taxes » [L001-E5]). Les prescriptions officielles en matière de tabagisme et de consommation de psychotropes sont aussi mentionnées (« on a des textes, on est obligés de les faire appliquer » [L001-E4], « il y a une Loi qui existe et tout le monde est censé savoir les Lois » [L001-E2], « C'est vrai que l'on ne peut être que dans un cadre [légal] très précis » [L003-E5]), mais avec le paradoxe qui les accompagne : « [le tabac] c'est une drogue, une drogue légale, d'où les difficultés qui sont inhérentes à cette consommation puisque c'est une consommation qui est autorisée » [L001 – E5].

Figure 11 : Caractéristiques et orientations telles qu'exprimées par les personnels de leur activité en matière de prévention du tabagisme au regard des trois déterminants IPP



Légende : En pointillés sont distingués, selon trois axes, les déterminants du cadre conceptuel mobilisé de la psychologie ergonomique: Institution, personnel et public. Chaque déterminant fait référence d'une part à un ensemble de caractéristiques liées à l'Institution, à la personne et au public, et d'autre à un ensemble d'orientations, donc de finalités pressenties au travers de la

redéfinition de la tâche. Ces finalités recouvrent également le champ institutionnel, personnel et le public. Un total de 23 catégories se répartit ainsi en six grands ensembles (C₁, C₂, C₃, O₁, O₂, O₃).

► C_{1b} : La composante « **hiérarchie** » est présente au travers de la transgression des règles : « *Déjà nous en tant qu'adultes, on a envie de contrecarrer ce que disent les autorités* » [L002 – E2]. Cette composante est aussi mise en avant lorsque la direction donne l'impression d'une certaine frilosité sur la question du tabagisme dans le lycée (« *Encore faut-il ici que ce soit réellement impulsé par la direction. Il faut qu'il y ait une volonté* » [L001-E3]. « *Il faut qu'il y ait une décision au niveau du projet d'établissement de mettre en place un établissement sans tabac et donner les moyens de le réaliser* » [L003-E5]). L'attitude de certains adultes est soulignée : « *Les adultes sont des exemples pour les élèves mais ils ont un rapport différent aux règles applicables dans l'établissement.* » [L001 – E1].

► C_{1c} : La possibilité d'un ancrage dans les **programmes scolaires** est largement abordée. Une enseignante d'éducation physique et sportive affirme : « *je suis toujours intervenue auprès des élèves que je vois fumer pour leur dire que ce n'est pas bien* » [L001-E1]. Pour d'autres enseignantes, « *y'a plein plein de matières où on peut à un moment ou à un autre au cours du programme, aborder ces questions là.* » [L003 – E5], « *dans le cadre de ma matière, il serait tout à fait intéressant d'intégrer ce projet* [L001-E3]. Une infirmière nous dit que des choses peuvent « *se faire en français, en philo, en bio...* » [L001-E5]. Un conseiller principal d'éducation pense que « *c'est surtout les enseignants* » [L003-E7] qui sont les plus à même d'intervenir. Tous ne perçoivent cependant pas quelle peut être leur contribution : « *je ne pense pas être dans une matière dans laquelle je peux intervenir dans le cadre d'un projet lycée non-fumeur* » [L003-E3]. Sur l'ensemble des trente-quatre entretiens, l'éducation à la santé n'est citée que deux fois (« *faire de l'éducation à la santé dans les lieux scolaires* » [L001-E3], « *parler des projets en termes d'éducation à la santé et à la citoyenneté* » [L001-E5]).

► C_{1d} : Un dispositif de prévention dans le lycée génère, de par son existence, une composante « **prescription secondaire** ». Cette dimension prescriptive est diversement perçue et la question d'un ordre de priorité dans les thématiques

choisies est soulevée : « *par rapport à la situation de notre lycée, je pense qu'il y a tellement de choses davantage prioritaires à prendre en compte, à mettre d'abord sur la table, que effectivement dans ce projet, il y aura beaucoup, enfin je pense, de réactions négatives de la part de certains, parce qu'il y a beaucoup de choses à faire avant.* » [L003 – E4]. A l'inverse, d'autres professionnels considèrent que « *ce projet paraît tout à fait pertinent dans la mesure où le lycée est un lieu de prévention* » [L001-E3].

► C_{1e} : Le sentiment d'une équipe peu engagée sur des actions de prévention est également renvoyé : « *c'est pas quelque chose qui était un cheval de bataille notamment de l'équipe pédagogique* » [L002 – E4]). Cela demande de porter notre attention sur ce que les personnels nous disent de l'**histoire de l'établissement** en matière de prévention (« *les conduites à risque, il y a deux ans, j'avais trouvé que c'était intéressant* » [L003-E5]). Cette antériorité ressort au travers de registres différents tels que les choix qui ont été faits pour les espaces fumeurs (« *Lorsque j'ai débuté dans l'enseignement, j'ai été outrée de voir qu'une salle de professeurs pouvait être « fumeur »* » [L001-E7]), la volonté d'engagement d'acteurs qui expriment un découragement (« *j'ai pas les moyens pour l'instant de faire réfléchir les personnes sur ce que signifie jeter un mégot par terre, ce que signifie fumer à chaque pause tout ça ... En même temps, j'ai un rôle de gendarme, on va dire. Mon rôle, c'est la répression et c'est pas la prévention...* » [L003 – E1]), ou encore la difficulté de trouver des actions renforçant le sentiment d'auto efficacité (« *je fais partie du CESC, la commission hygiène et sécurité – alors bon ce type de projet il est vraiment bien, mais c'est vrai, c'est difficile de trouver des solutions.* » [L001 – E4]).

❖ Les orientations vers l'Institution

► O_{1a} : **Redéfinir le dispositif** est un souhait exprimé par plusieurs professionnels, qu'ils soient fumeurs ou non-fumeurs. Ils demandent « *qu'effectivement on prévoit un espace fumeur pour ceux qui le désirent* » [L001-E8]. De nouveaux objectifs sont avancés pour souligner les limites du dispositif (« *L'objectif, est-ce que c'est le lycée sans tabac ou des jeunes sans tabac ?* »

[L001-E3]) avec la volonté de conserver une certaine éthique d'action (« *je ne vois pas comment on peut contraindre quelqu'un de s'arrêter de fumer* » [L001-E13], « *Il y a aussi la contrainte, le fait que l'on impose aux autres, ça c'est quasiment insupportable* » [L001-E12]).

► O_{1b} : Les **effets sur la position de la hiérarchie** sont attendus principalement autour d'une attitude allant dans le sens de l'interdit (« *Le plus gros problème que je vois, ça va être que les personnes qui ont du pouvoir dans le lycée vont vouloir faire de la répression* » [L003 – E1]). La crainte de « *faire de la répression et de l'interdiction sans réflexion* » [L003- E3] est présente.

► O_{1c} : **L'application des règles** fixant l'interdiction de fumer est immédiatement associée à l'action sur l'autorité. Agir sur les personnels de direction pour modifier les règles est un but clairement énoncé. Cette démarche peut parfois même être guidée par une demande de durcissement (« *le lycée non-fumeur, si il y a des gens qui ne le respectent pas, qu'est-ce qui peut être mis en place, ..., je suppose que ça va être un système de sanctions* » [L001- E13]) ou de souplesse (« *ceux qui font des tâches pénibles, pour ménager leur activité, [...] il serait peut-être opportun de déterminer un endroit fumeur à l'extérieur* » [L001 – E15]). Une « *prise de conscience générale* » [L001-E19] semble possible sans pouvoir éviter « *d'avoir des gamins qui vont sortir du lycée pour aller fumer leur cigarette devant le portail* » [L001- E11].

► O_{1d} : **Les effets sur le fonctionnement du lycée** sont mentionnés en terme de gestion du temps et du sentiment que « *c'est un vrai programme d'établissement* » [L001-E7] avec une prise de conscience collective de la communauté éducative et une harmonie de discours et d'action [L001-E11]. Néanmoins, certains considèrent « *inacceptable qu'on oblige ses collègues à sortir dehors pour fumer* » [L003-E4]. L'impact que cela peut avoir sur « *l'image de marque du lycée* » est cité [L003-E5].

b) Le déterminant « Personnel »

❖ Les caractéristiques du « Professionnel »

► C_{2a} : Tous les personnels interviewés se positionnent en tant que fumeurs ou non-fumeurs. Leur **consommation de tabac** est très clairement à leurs yeux une composante discriminante (« *Après on créé un corporatisme : il y a d'un côté les fumeurs et de l'autre les non-fumeurs.* » [L003 – E3]). Les fumeurs expriment leur niveau de dépendance ou s'en défendent (« *Oui, une grande fumeuse [...] Je prends pas de Prozac mais je suis dépendante, je fume.* » [L002-E1], « *Je ne pense pas être dépendante mais il m'arrive de temps en temps, effectivement, de... c'est occasionnellement lors des soirées, il m'arrive de fumer* » [L001-E3], « *je ne suis pas fumeuse - mais je suis accro de mes deux cigarettes* » [L001 – E4]).

► C_{2b} : Les **types de représentations sur le tabac et les addictions** sont liées à l'histoire personnelle de chacun avec le produit : « *on peut pas empêcher les gens de fumer si ils ont envie de fumer. Moi je sais que je suis une fumeuse* » [L002-E1], « *si je fumais, je ferais attention de ne pas dépasser les bornes comme je fais avec l'alcool* » [L003-E1].

Néanmoins, qu'il s'agisse des fumeurs ou des non-fumeurs, on constate que la première question de notre grille d'entretien (*Que pensez-vous du tabac en général dans notre société ?*) montre très clairement que le contexte sociétal dans lequel notre recherche s'inscrit évolue fortement. La conscience de cette évolution est très présente dans les entretiens. Nous citerons pour exemple ce verbatim : « *Maintenant, c'est vrai que l'image du fumeur n'est plus celle de la personne épanouie [...] on se cache davantage pour fumer [...] on est culpabilisés à longueur de temps* » [L002-E2]. Si le tabac est « *culturellement ancré* » [L001-E5], le sentiment d'un changement dans le comportement des fumeurs est exprimé : « *il y a déjà eu des évolutions [...], dans mon entourage, les fumeurs diminuent de façon impressionnante* » [L001-E6]. « *Petit à petit, on a pris conscience que le tabac, c'était dangereux pour la santé et qu'on fumait à peu près n'importe où. Faut voir toute cette évolution là, non ?* » [L003-E5]. « *Je ne vais pas me mettre avec mes collègues pour les enfumer. Voyez, je les respecte* »

[L002-E1], « mon rôle professionnel, ce sera déjà de respecter l'endroit où je devrai fumer » [L003-E2].

► C_{2c} : Lorsque l'on analyse les points saillants du discours autour de l'**avis sur le dispositif de prévention**, les arguments avancés mettent de façon extrêmement fréquente prévention et interdiction en balance comme alternative : « je crois qu'il est plus important de faire de la prévention plutôt que de faire des mesures coercitives à foison, interdire, interdire. » [L001-E3], « je suis contre tout ce qu'on appelle interdiction. [...] Par contre c'est vrai, au niveau des jeunes, est-ce qu'il ne faudrait pas être plus insistants sur la prévention [L003-E3]. « Il faudrait interdire sa consommation dans tout ce qui est lieux publics. [...] il faut laisser une grande place à la prévention » [L001-E2].

Le pilotage du dispositif est un élément fréquemment cité. Le principe de la recherche d'un accord permet « une autorité consentie » [L001-E1] avec le maintien d'espaces de liberté (« L'important, c'est qu'il y ait un endroit l'où on puisse fumer » [L003 – E2]) et qui témoigne de la place de la progressivité dans le projet (« il faut mettre en place les choses progressivement » [L001-E5], « il faut vraiment une période d'information avant d'entériner les choses » [L001-E1], « je suis partagé entre l'idée qu'il faut mettre en place les choses progressivement [...] en même temps je me dis que si à un moment ou à un autre on ne passe pas définitivement à l'idée... » [L001-E5]).

Sa valeur collective est soulignée : « aussi bien des fumeurs que des non-fumeurs, aussi bien des élèves que pas élèves, aussi bien profs que personnels » [L001-E1]. « Il faudrait qu'il y ait un peu plus d'osmose, quoi, entre peut-être les adultes entre eux déjà » [L001-E2].

► C_{2d} : Le **point de vue personnel sur les leviers** potentiels est un autre élément du discours des professionnels. Pour les uns, un apport d'informations sur le tabac basées sur la peur est pertinent (« Encore faut-il être informé au préalable avant de prendre la première clope » [L001-E3], « Il faut prévenir de ce qui peut leur arriver » [L001-E2], « leur montrer dans des hôpitaux, des gens qui sont atteints par un tabagisme aigu » [L003 – E3]), pour d'autres, c'est un accompagnement « les aspects acceptables... c'est qu'il y ait un accompagnement » [L001-E3],

« l'accompagnement social que l'on peut avoir dans un établissement scolaire est minimale » [L001-E4]), « je ne crois pas qu'il faille leur faire [aux élèves] de grandes campagnes d'affichage, en leur disant ne fumez pas. Par contre, j'ai des élèves qui viennent discuter » [L002-E2].

Le soutien institutionnel prend lui aussi la stature d'un levier confortant les prises de décisions collectives ou hiérarchiques, de même que le travail en équipe (« ce n'est pas que l'E.P.S., l'équipe interdisciplinaire » [L001-E4]).

Des « formations ayant trait à la santé » [L001-E15] sont demandées pour une amélioration des connaissances sur les addictions et les psychotropes.

Les acteurs qui se déclarent les plus engagés dans la prévention du tabagisme évoquent l'ouverture du dispositif via un partenariat avec des acteurs locaux (« l'ensemble des partenaires du lycée [...] une personne extérieure » [L001-E1], « l'intervention de professionnels de santé, notamment tabacologues » [L001-E3]), « un accompagnement régulier, suivi, par des équipes qui seraient extérieures » [L001-E12].

► **C_{2e} : Définir sa position professionnelle actuelle** est un moyen pour les personnels d'une part, de souligner leur fonction catégorielle (« En tant que chef des travaux hôtellerie » [L001-E15]), et d'autre part, d'exprimer des freins inhérents à la fonction qu'ils occupent (« Moi, fondamentalement, je suis prof d'économie » [L001-E12], « Vu ma fonction (administrative), ma masse de travail, je n'ai pas de liberté d'action » [L001-E13]).

❖ Les orientations vers le « Professionnel » lui-même

► **O_{2a} : La modification de sa propre consommation tabagique** est un thème central du discours des personnels fumeurs qui voient avec lucidité la mise en place progressive de nouveaux interdits. Des perspectives pour « supporter » ces contraintes à venir sont évoquées (emploi du temps, modification de sa consommation de tabac, sortie du lycée pour fumer,...).

► **O_{2b} : La définition d'une position professionnelle acceptable** pour agir dans le dispositif fait appel à un ensemble de pratiques permettant une action à moindre coût (« je le fais déjà »). La relation au collectif de l'équipe éducative montre que

le professionnel éprouve le besoin de légitimer sa place avant d'agir dans le dispositif. Les acteurs font un va-et-vient permanent entre différents blocs de signification. Ces allers-retours entre la manière dont l'acteur conçoit ses missions (« *On a un métier, on le fait bien, je suppose et donc, on aurait peut-être une autre approche avec les élèves* » [L001-E2]) et la difficulté qu'il éprouve pour agir efficacement (« *il faut quand même que l'on m'aide à donner des réponses, parce que je n'ai pas la science infuse* » [L001-E2]) appuie l'idée d'un avis « professionnalisé » qu'il est capable de porter sur un dispositif de prévention avec toutes les difficultés que cela peut poser (« *Je trouve difficile de mêler l'aspect professionnel et personnel* » [L001- E21]).

► O_{2c} : Pour les personnels fumeurs, la question de la **santé au travail** peut être corrélée à deux aspects : tenir face à un public de plus en plus difficile et gérer sa consommation de tabac dans la perspective de contraintes plus fortes (« *c'est pénible pour nous et c'est pénible pour eux [les élèves]* » [L001-E12]). Les professionnels n'hésitent pas à exprimer leurs craintes d'une augmentation de leurs difficultés voire de leur souffrance au travail en lien avec leur besoin de compenser en fumant (« *si je fume, c'est pour compenser ce mal être* » [L001-E4], « *ça va l'année prochaine je suis à mi-temps. C'est une mesure de prévention de ma santé mentale* » [L003- E2]).

c) *Le déterminant « Public »*

❖ *Les caractéristiques du « Public »*

► C_{3a} : S'entretenir avec les professionnels des lycées sur le tabac est le révélateur d'un ensemble de difficultés spécifiques au contexte et provenant de la **consommation tabagique des élèves**. Ainsi, à partir de situations vécues antérieurement, apparaissent des craintes quant à la gestion du manque de tabac pour certains élèves dépendants : « *ces jeunes montraient des signes de sevrage très perceptibles c'est-à-dire qu'ils étaient très très irritables. [...] Nous avons notamment une classe [...] qui est composée de jeunes qui sont en situation très délicate* » [L003 – E2]. « *Les élèves sont dans un état de stress* » [L001-E4].

En nous entretenant avec les personnels des lycées, à aucun moment le mot « cannabis » n'a été cité. Le mot « alcool » a été évoqué à une dizaine de reprises. Un seul professionnel a évoqué indirectement la problématique des polyconsommations : « *le tabac est le vecteur d'un certain nombre de produits illicites, et ces produits là qui sont le haschich ou l'herbe, arrivent par le tabac* » [L001-E15]. L'expression des acteurs du milieu scolaire interviewés sur le dispositif de prévention se limite au tabac et à la dépendance qui l'accompagne.

► C_{3b} : Les **caractéristiques des élèves** sont également mis en avant : « *on recrute des jeunes en situation difficile. Je n'aurais bientôt plus la patience que le gouvernement attend de moi face à des individus comme ça.* » [L003 – E2]. Certaines filières sont plus spécifiquement citées, de même que les classes de troisièmes intégrées dans la structure du lycée.

► C_{3c} : La composante « **climat d'établissement** » apparaît de par les aspects relationnels sous jacents aux discours que nous avons recueillis : « *Sur l'accueil d'une certaine personne fumeuse (une enseignante très opposante) [rires], on va avoir du mal à la mettre dehors pour fumer* » [L003-E5], « *Il y a des personnes qui ne pourront pas faire autrement que d'essayer d'aller fumer* » [L001-E2]. « *Cela fait quelques années que je suis ici, donc [soupirs], envisager une discussion, c'est vrai que...pour l'instant, je pense qu'il y a tellement de choses qui ne vont pas* » [L003-E4]. « *On pourrait très bien dire, on va fumer notre cigarette en salle des profs [...] mais nous, on est dans notre cuisine. On voit les profs uniquement quand ils passent au self. On n'a pas de relations avec les profs* » [L003-E6].

Ces difficultés relationnelles ne sont pas seulement entre adultes mais elles concernent également des relations adulte / élève(s) (« *oui, il faudrait qu'il y ait un peu plus d'osmose, quoi, entre peut-être les adultes entre eux déjà, les adultes avec les élèves et les élèves avec les adultes* » [L001-E2]).

❖ Les orientations vers le « Public »

► O_{3a} : L'évolution favorable de la **consommation tabagique des élèves** de l'établissement est certes la priorité centrale d'un dispositif de prévention mais

cela reste davantage source de questionnement plutôt que de certitudes. L'impact du dispositif n'apparaît pas au travers du mot « évaluation » (cité une seule fois) mais davantage au travers de l'impression d'efficacité ou d'inefficacité qu'il entraînera : « *Alors avec les élèves, je pense qu'il y a vraiment du positif puisque plusieurs m'ont dit vouloir, du moins peut-être pas arrêter, mais diminuer leur consommation, et c'est une prise de conscience* » [L001 – E9]. Un certain nombre d'acteurs pensent qu'« *une direction comme cela d'une voie généralisée « non-fumeur* », *ne peut qu'apporter des effets favorables* » [L001-E19].

► O_{3b} : Les professionnels ne font pas l'économie de la prise en compte des **spécificités** des élèves. C'est même un moyen pour eux de justifier telle ou telle prise de position. Les acteurs expriment alors la complexité qu'ils ressentent parfois pour aborder le produit ou la dépendance à un produit, avec les élèves avec des effets sur la nature de la relation adulte / élève (« *une relation différente puisqu'on aborde [...] cette difficulté de la dépendance* » [L001-E3]).

► O_{3c} : L'**évolution du climat d'établissement** renvoie à un ensemble d'aspects relationnels complexes, source de tensions ou, plus rarement, de dynamisation collective. Les difficultés liées à certains comportements collectifs apparaissent et « *cela peut créer une tension, pas vis-à-vis des non-fumeurs, mais vis-à-vis de l'administration qui l'aura imposé* » [L003 – E3]. D'autres considèrent que cette tension est normale car inhérente à une phase de changement (« *la tension, ça se gère* » [L001-E2]).

Cette approche descriptive met en avant les différentes catégories mobilisées par les professionnels pour caractériser leur activité en lien avec la prévention du tabagisme dans le cadre du dispositif mis en place dans le lycée (figure 10). A partir de ces éléments, les entretiens ont ensuite été tous repris un à un pour évaluer le poids relatif de ces composantes spécifiques dans le discours argumentatif de chaque professionnel.

L'observation globale des données rassemblées permet de souligner les caractéristiques suivantes :

- 1) Les catégories les plus fréquentes dans le discours des professionnels des lycées ne renvoient pas aux mêmes axes selon que ces acteurs évoquent les *caractéristiques* qui conditionnent leur redéfinition de la tâche ou selon qu'ils en proposent des *orientations* possibles ;
 - ▶ On constate une **place prépondérante des caractéristiques du « professionnel » (C₂)**. Ainsi, sur 284 arguments développés, 94 correspondent à cet axe C₂ (21 aux caractéristiques C₁ de l'« Institution » et 19 aux caractéristiques C₃ du « public ») ;
 - ▶ Les orientations proposées sont **de manière prépondérante sur l'axe institutionnel (O1)** avec 64 arguments développés (contre 37 pour ce qui concerne les orientations O₂ vers le professionnel lui-même et 49 pour les orientations O₃ vers le « public »).
- 2) De façon complémentaire, on observe que :
 - ▶ Seul l'entretien L003-E2 renvoie simultanément à **toutes les caractéristiques** et toutes les orientations du modèle d'analyse ;
 - ▶ Seul cinq personnels prennent en compte les **caractéristiques des élèves** dans leur argumentation ;
 - ▶ Quand des orientations sont proposées en direction du « **public** », le discours des acteurs s'appuie également sur les caractéristiques de ce public ;
 - ▶ Dix-sept entretiens orientent la tâche redéfinie vers **au moins deux axes (IP ou PP)**.
- 3) On n'observe **pas d'effet « catégorie professionnelle »** qui permettrait de regrouper les entretiens au regard de ce critère.
- 4) Si nous considérons le **critère « fumeur / non-fumeur »** : neufs des entretiens ont été passés avec des fumeurs ou des fumeurs occasionnels (quinze avec des non-fumeurs et pour quatre des entretiens, il n'est pas possible de déterminer si la personne interviewée est fumeuse). **Tous les**

fumeurs renvoient à des orientations vers le « public », aussi bien vers les élèves que vers les autres adultes de l'établissement.

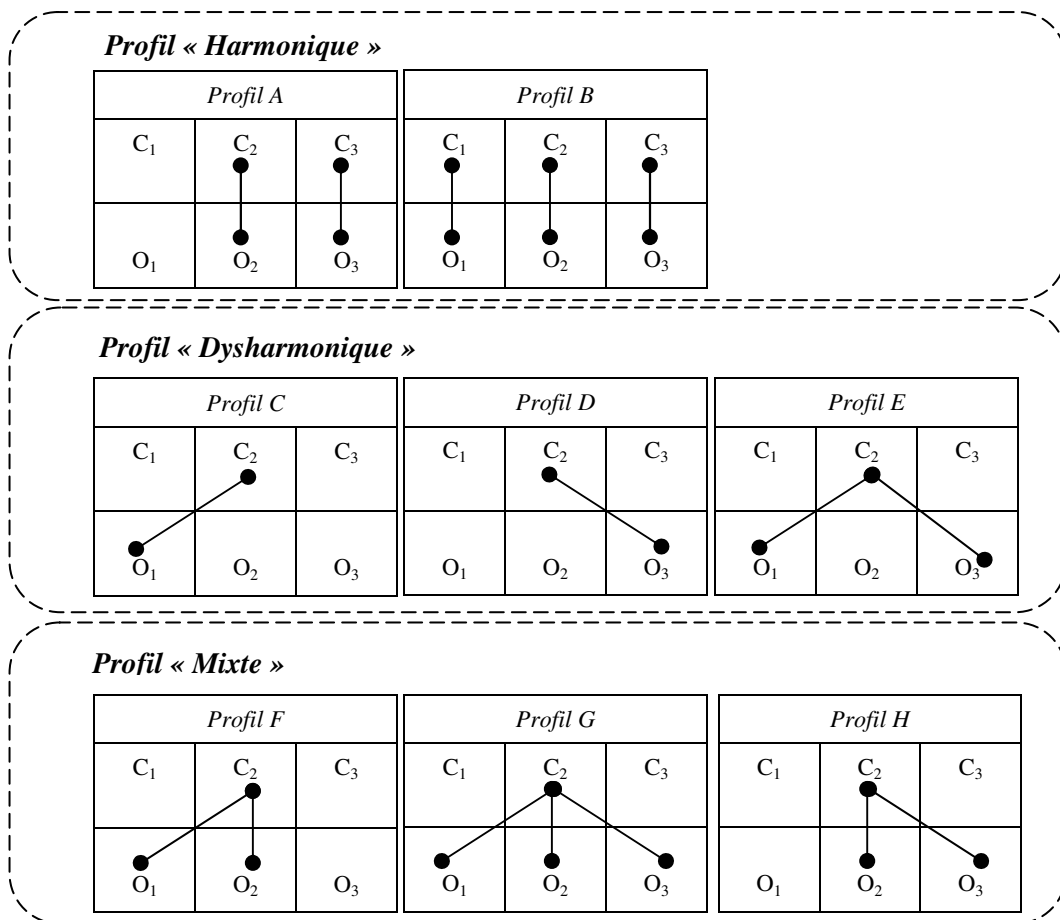
2) Dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche

Ces éléments nous ont permis de décrire des dynamiques individuelles. Le discours de chacun des professionnels a été analysé en référence aux 23 catégories de sens obtenues à partir de l'analyse de contenu. Pour chacun d'entre eux, la composante dominante a été mise en évidence tant en ce qui concerne les déterminants de l'activité (C₁, C₂, C₃) que ses orientations (O₁, O₂, O₃). Trois types de profils (figure 12) ont pu être mis en évidence selon que les caractéristiques et les orientations dominantes se réfèrent aux mêmes déterminants (Institution, Personnel, Public).

- **Profil « harmonique »** : Ce profil concerne cinq entretiens et il montre une structuration du discours forte suivant au moins deux voire trois axes IPP. Les orientations proposées sont « en accord », « en harmonie » avec les caractéristiques qui les motivent, comme si ces différents caractéristiques et orientations entraient en résonance. Tous ces personnels sont favorables à la mise en place d'un dispositif de prévention spécifique et à un lycée non-fumeur.
- **Profil « dysharmonique »** : Ce profil est le plus représenté avec quinze entretiens. Plutôt que de résonance, nous pouvons parler de décalage des orientations par rapport à la caractéristique dominante (C₂). Ainsi, depuis ce qui caractérise le « professionnel » qui s'exprime, on observe des allers-retours réguliers avec des orientations dirigées vers « l'Institution », ou vers le « Public », ou vers les deux. Ces professionnels sont très majoritairement favorables à la mise en place d'un dispositif de prévention adapté et à un lycée non-fumeur.
- **Profil « mixte »** : Il permet de regrouper neuf entretiens. C'est le groupe qui rassemble le plus de fumeurs et de non-fumeurs avec

des avis très variés sur la forme que peut prendre un lycée interdisant la consommation de tabac. Ce profil s'appuie sur l'axe « Personnel » (caractéristiques et orientations) et les acteurs qui le composent, orientent également leur tâche vers des finalités soit d'ordre institutionnel, soit en direction du public.

Figure 12 : Dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche (étude 2006)



Légende : Le discours de chacun des professionnels a été analysé en référence aux 23 catégories de sens mise en évidence par l'analyse de contenu. Pour chacun d'entre eux, la composante dominante a été mise en évidence tant en ce qui concerne les déterminants de l'activité (C1, C2, C3) que ses orientations (O1, O2, O3). Les points noirs indiquent les déterminants ou orientations les plus présents dans le discours et les traits mettent en évidence la trame argumentative du discours. Trois types de profils ont pu être mis en évidence selon que les déterminants et les orientations dominants se réfèrent aux mêmes composantes (institutionnelle, personnelle, public).

3. La dominance du déterminant « Personnel » sur la prescription

L'objectif de cette étude était de caractériser les modalités d'implication des professionnels de trois lycées dans un dispositif de prévention du tabagisme. Il s'agissait, à l'aide des outils de la psychologie ergonomique, d'identifier les caractéristiques et les finalités qui permettent aux professionnels de déterminer comment agir en matière de prévention du tabagisme. Nous sommes conscients des principales limites de ce type d'étude du fait que nous nous appuyons sur des données déclaratives (qui correspondent à un discours construit) et que la taille de l'échantillon est limitée par le nombre d'entretiens. Le champ de validité propre à ces données permet néanmoins de faire un état des lieux des rapports entretenus par les acteurs avec les démarches de prévention et de fournir des données en vue de l'accompagnement des professionnels et des établissements scolaires.

Le premier élément qui doit être souligné ici est le fait que *la thématique est loin de laisser indifférents les professionnels des lycées*. Tous ont développé un discours dense et riche en arguments. S'il existe une certaine variété dans leur rapport au tabac ou aux psychotropes, la prévention est jugée importante par tous les interviewés. Ce résultat est cohérent avec ceux de l'enquête EROPP (2002) portant sur un échantillon représentatif de la population française. Il indique, concernant les opinions sur l'information sur les drogues dispensée en milieu scolaire que celle-ci est jugée utile par 94,9% des gens, 14,1% la trouvent suffisante et 7,5% dangereuse. « Les individus qui trouvent que l'information est dangereuse n'y sont pas forcément opposés : les trois quarts d'entre eux jugent celle-ci utile, quelque soit le produit ». Ce résultat rejoint aussi celui obtenu à la suite d'une étude concernant cent quatre-vingt-dix professionnels de collège qui montre que la majorité d'entre eux considère que l'éducation à la santé est constitutive de leurs missions, soit dans le cadre de leur activité quotidienne (79%) soit via la participation à des activités collectives (23%) (Leyrit et al., 2007).

Le second élément concerne la grande variété des catégories de discours mises en évidence par l'étude. En dehors des infirmiers pour lesquels cette prévention est

un élément central, les résultats confirment que l'implication dans une démarche préventive demeure périphérique pour beaucoup de professionnels des lycées. Pour l'exprimer, ceux-ci développent une argumentation qui est ancrée principalement autour de composantes personnelles mais avec une projection *des finalités possibles de leur action essentiellement dirigée vers l'Institution*. Parler d'abord de soi (expérience individuelle avec le produit, contraintes professionnelles, sentiment d'une faible marge de manœuvre liée au poste occupé et/ou au manque de formation) est structurant de la majorité des discours que nous avons recueillis. Pourtant, contrairement à d'autres thématiques de santé, nous n'avons observé aucun effet « catégorie professionnelle » comme cela a pu être le cas dans d'autres études (Leyrit et al., 2007).

Il est important de souligner que les professionnels ne font que *peu référence à la prescription*. En effet, même si certains y font allusion (professeurs d'EPS, de SVT ou infirmier notamment), c'est essentiellement le déterminant Personnel qui est mis en avant pour légitimer l'action dans ce domaine et ce, quand bien même des textes officiels sont disponibles. La tâche que se donnent les professionnels, si elle prend place dans un contexte institutionnel bien précis, est plutôt déterminée par *la référence à l'idée qu'ils se font de la mission de l'Ecole en lien avec leur histoire propre et le contexte social*. Il s'agit là de l'un des traits caractéristiques des « éducations à ... » que d'être référées non à un savoir universel définitif mais à un compromis social toujours à redéfinir, laissant la place à l'opinion de chacun. Comme le soulignent Lange et Victor (2006), « ici nous avons davantage affaire à des savoirs non disciplinaires ayant une acception à caractère juridique, issus de compromis politiques et donc, par essence, polémiques, mouvants et objets de controverses ».

Dans le cadre de la prévention du tabagisme en milieu scolaire, nous proposons une typologie suivant *trois profils*. Ces profils renvoient à des dynamiques individuelles différentes (*profils « harmonique », « dysharmonique » et « mixte »*). Le dénominateur commun à tous ces profils correspond au poids important des caractéristiques personnelles. Notamment, consommer ou non du

tabac (de manière régulière ou occasionnelle) demeure un argument très présent. Néanmoins, la prévention reste un volet marginal de l'activité des professionnels. Pour une majorité d'entre eux (profils « dysharmonique » et « mixte »), se fait jour un dilemme éducatif et personnel qui les met en tension avec leur activité, débouchant sur un sentiment de « rupture » (Rabardel et Pastré, 2005). Cette tension, qui se noue à l'intime du sujet, se résout par la référence aux finalités de la tâche : besoins du public scolaire (déterminant « Public ») et prise en charge institutionnelle (déterminant « Institution »).

Les effets que les acteurs du milieu scolaire attendent de leurs pratiques professionnelles montrent *une volonté de proposer des solutions qui leur permettent d'apporter des réponses acceptables aux prescriptions* primaires (instructions officielles) et secondaires (liées à l'existence du dispositif de prévention dans l'établissement) au regard des contraintes liées à l'exercice de leur métier. Ils soulignent clairement que *l'activité n'est pas seulement orientée vers les élèves mais aussi vers eux-mêmes et vers le corps social*. Le sujet demeure un « être humain, social et singulier » (Charlot, 1997, 1999, 2002, 2005) qui se place dans une posture d'action « dans » et « sur » le monde. Le professionnel du milieu scolaire est porté par « le désir et ouvert sur un monde social dans lequel il occupe une position active » et qui le pousse à prédire un certain nombre d'effets sur son Institution, sur lui-même et sur son contexte de travail.

Au-delà des connaissances que nous apporte l'analyse de ces entretiens, la question de l'accompagnement qui peut être offert aux établissements reste posée. Nous n'aurons pas la prétention d'y répondre entièrement. Toutefois, les « retombées », les « compromis » ou encore les « tensions » que les professionnels pressentaient dans le cadre de la mise en œuvre d'un dispositif de prévention du tabagisme (alors que l'arrivée d'un décret n'était pas encore évoquée au niveau national), constituent autant de révélateurs des effets que le travail des professionnels du lycée va avoir sur l'Institution, sur leur personne et sur leur contexte de travail. En amont, les caractéristiques propres à leur

environnement d'exercice, au contexte social et à leurs caractéristiques personnelles constituent également autant de références pouvant légitimer leur prise de position. La valeur « accompagnatrice » de la formation doit prendre en compte ces tensions et favoriser une posture de réflexivité (Schön, 1994, 1996).

En effet, *une majorité de professionnels pense qu'il est possible d'agir et ils appellent d'ailleurs à un renforcement du soutien institutionnel*. Ceci est en cohérence avec les données internationales (Han et Weiss, 2005) et celles obtenues lors des entretiens conduits avec les chefs d'établissement et qui font également référence au déterminant « Institution » (Pizon et Jourdan, 2007). Il est clair que les acteurs mettent en avant les tensions générées par la surprescription d'objectifs (cf. les multiples textes de Loi, circulaires issues du pouvoir exécutif en relation avec les addictions), la prescription sociale en lien avec la santé amplifiée par les médias et la sousprescription de moyens. C'est paradoxalement par *un appel à une augmentation de la prescription* (engagement fort des équipes de direction) que les professionnels des lycées gèrent cette tension. Sans doute faut-il développer d'autres travaux pour mieux comprendre le rapport que les professionnels entretiennent aux différentes formes de prescriptions (ils n'accordent pas le même statut aux textes nationaux et aux politiques d'établissement). Il s'agit de tester l'hypothèse selon laquelle c'est d'un déficit de prescription (Félix et Saujat, 2007) qui pose problème aux professionnels et non l'excès. Cela consistera à mettre en évidence différentes modalités de prescription (Amigues et Lataillade, 2007) et à identifier celles qui contribuent à donner les moyens aux professionnels de gérer les tensions inhérentes à la mise en œuvre de démarches de prévention.

II. La prévention du tabagisme au lycée : déterminants de l'implication des professionnels après le décret

1. Le contexte suivant l'arrivée du décret tabac

Les arguments ne manquaient pas pour que la législation évolue en France à l'aube de l'année 2007 : la forte augmentation de 16% à 40% entre 2002 et 2006 de lycées dans lesquels les élèves ne déclarent jamais fumer à l'intérieur des locaux (Karsanty et Díaz Gómez, 2006), le développement rapide des normes sociales défavorables au tabagisme, 88 % des européens favorables à l'interdiction de fumer dans les espaces publics couverts, les bureaux et les autres lieux de travail (UE, 2007), la pression sociale autour du tabagisme passif...

Toutefois, en France en 2006, le point de vue des élèves de lycée vis-à-vis de la Loi Evin montrait que le « renforcement du lien entre le statut tabagique des élèves et leur désapprobation de la Loi » se traduisait par « une résistance beaucoup plus marquée de la part des fumeurs » (Karsanty et Díaz Gómez, 2006). En 2006, le même phénomène de résistance était présent chez les personnels des lycées de notre étude. Pour autant, la situation 2006 ne pouvait être réduite à des prises de position marquées « pour » ou « contre » un lycée non-fumeur. Des paramètres multiples intervenaient, nécessitant de prendre en considération le public (les élèves), les professionnels eux-mêmes et leurs caractéristiques personnelles mais aussi les décisions institutionnelles. L'implication dans une démarche préventive demeurait périphérique pour la majorité des professionnels des lycées mais une volonté de proposer des solutions existait à condition que ces personnels puissent le faire en intégrant les contraintes liées à l'exercice de leur métier. Ils réclamaient pour agir un soutien institutionnel en jugeant la Loi Evin comme difficilement applicable, estimant que des conflits entre fumeurs et non-fumeurs étaient susceptibles de se produire.

Peu d'études ont été conduites pour déterminer les effets de la généralisation en 2007 des lycées non-fumeurs. Celles-ci ont été principalement centrées sur la consommation tabagique des jeunes (ESCAPAD, 2007, OFDT, 2007, Spilka et al., 2008, Ben Lakhdar, 2008), et si des études portent sur les adultes, il s'agit

d'enquêtes relatives à la population française générale (OFDT, 2007). Les pratiques professionnelles et leur évolution du fait de la mise en œuvre imposée par cette prescription ne font pas l'objet d'études publiées. Seule celle relative à l'expérimentation conduite en 2005 dans 22 lycées engagés dans la démarche non-fumeur en région parisienne a fait l'objet d'une évaluation. Elles montrent que les actions de prévention continuent toujours de faire l'objet d'une sous-traitance à des partenaires extérieurs. « 64 % des personnels ne participaient pas aux actions éducatives relatives à la consommation de tabac » et « 84 % d'entre eux n'intervenaient pas dans les « activités du CESC » (Driard et Branellec, 2006).

Après la période d'inquiétude liée à l'entrée en application du décret tabac le 1^{er} février 2007, nous avons choisi de rencontrer à nouveau les professionnels de lycée avec la même démarche ergonomique que celle de 2006. Il ne s'agit néanmoins pas d'une étude comparée. Du fait des mouvements de personnels et des contraintes organisationnelles pour notre prélèvement de données, nous n'avons pas cherché à revoir de manière systématique les mêmes personnels qu'en 2006.

L'implication des professionnels dans des démarches de prévention du tabagisme demeure au centre de notre recherche et notre point de centration n'est pas le lycée non-fumeur proprement dit (éléments potentiels d'amélioration, efficacité sur la consommation tabagique des élèves et des personnels). Chaque personnel de lycée, en fonction de ses missions, de ses contraintes d'intervention et de sa liberté d'action, agit avec une façon qui lui est propre (Leyrit et al. 2007). C'est par cette entrée professionnalisée que nous considérons qu'il deviendra véritablement possible d'identifier comment les professionnels ont redéfini leur tâche. L'écart entre le prescrit et le réel (Leplat, 1992, 1997, Goigoux, 2007) nécessite d'apporter un regard d'analyse du travail. C'est pourquoi en mobilisant la psychologie ergonomique, cette étude se situe dans le prolongement de la précédente.

Son objectif est d'identifier en référence à notre cadre conceptuel (Goigoux, 2007) quels sont les changements déclarés par ces professionnels à l'issue de l'application du décret. Nous resituerons notre analyse suivant le modèle qui nous a permis en 2006 de catégoriser les éléments du discours de personnels de lycée. Cette analyse vise à poursuivre notre compréhension de ce qui a déterminé leur action et les orientations qu'ils proposent.

2. Des lycées déjà inscrits dans une démarche non-fumeur

1) Contexte de la recherche

L'étude a été menée l'année suivant l'application du décret n° 2006 – 1386 entré en vigueur le 1er février 2007 en France et elle s'est déroulée entre mars 2008 et mai 2008. Elle porte sur des personnels de lycées dont l'établissement s'était engagé dans un dispositif collectif de prévention du tabagisme.

Trois lycées publics français sont concernés par cette recherche. Ils sont situés dans l'Académie de Clermont-Ferrand : L001, L002 et L003 (tableau 18). Ces lycées sont les mêmes que ceux de l'étude de 2006. Ils partagent deux critères communs : les catégories socioprofessionnelles des parents ont une dominante « défavorisée » par rapport à la moyenne nationale, et ces lycées ont un internat. Du fait de la spécificité du public des élèves internes, on pouvait s'attendre à ce que ces élèves fassent l'objet d'une attention toute particulière lors de l'application de l'interdiction totale de fumer dans l'enceinte du lycée.

Les personnels de ces établissements se répartissent de la façon suivante : 59 % d'enseignants, 26 % de personnels d'entretien, de service et de restauration et 15% de personnels de direction, de vie scolaire ou d'administration. La population adulte de cette étude a un taux de féminisation de 47%.

Tableau 18 : Répartition des élèves des établissements étudiés

Code	Type	Public/ privé	Rural / urbain	Effectifs		
				Total	Garçons	Filles
L001	Polyvalent	PU	U	853	274 (32,1 %)	579 (67,9 %)
L002	Professionnel	PU	R	271	197 (72,7 %)	74 (27,3 %)

L003	Agricole	PU	R	152	30 (19,7 %)	122 (80,3 %)
Total				1276	871 (41,5 %)	775 (58,5 %)

Code	SEP ou SGT	BTS	Effectif internat	CSP en %			
				Favorisé	Moyen	Défavorisé	
L001	445 (52,2 %)	127 (14,9 %)	189 (22,7 %)	23,8 %	35,5%	38,9%	
L002	--	--	114 (42,1 %)	21,7%	36,9%	37,6%	
L003	--	--	57 (46 %)	17%	33%	50%	
Total	445 (35,5 %)	127 (10,3 %)	360 (36,9 %)	20,8%	35,1%	42,2%	

Légende : Les données relatives aux trois lycées L001, L002 et L003 montrent la diversité des caractéristiques des établissements étudiés. Celles-ci sont en effet variables d'un point de vue « type », « rural / urbain », « pourcentage de garçons et de filles ». Les catégories socioprofessionnelles montrent une dominante « défavorisée » par rapport à la moyenne nationale.

2) Cadre conceptuel convoqué

Nous nous appuyons sur le même cadre théorique que la période précédant le décret tabac, autour d'un modèle d'analyse de l'activité (Goigoux, 2007), articulé selon trois déterminants : le déterminant « Institution », le déterminant « Personnel » et le déterminant « Public » (IPP). Trois entrées (les principales caractéristiques du travail enseignant) et trois sorties (les effets de ce travail correspondant aux trois orientations de l'activité) assoie ce modèle d'analyse.

Nous ne nous plaçons pas ici dans une posture d'analyse de l'activité déclarée ou effective. Nous dissociions « analyse de l'activité » et « analyse de la tâche » (Karnas, 2002). Il s'agit d'identifier la tâche que ces professionnels du milieu scolaire se sont donnés pour agir dans le nouveau dispositif. Leur prise en compte des élèves, de leurs collègues, de leurs contraintes professionnelles, de leurs missions mais aussi du positionnement de leur Institution permettent de considérer un ensemble de déterminants aux réponses qu'ils vont pouvoir apporter et aux dispositifs personnels d'opérations (Hoc, 1980) qu'ils vont mettre en œuvre. Les finalisations multiples (IPP) de la tâche redéfinie participent à identifier ce que les

professionnels du milieu scolaire en matière de prévention du tabagisme ont apporté comme traduction de la prescription primaire initiale (le décret) et secondaire (les choix stratégiques à l'échelle de leur établissement).

3) *Méthodologie de recueil*

Notre approche est restée basée sur un recueil de données qualitatives par entretiens. Les entretiens de type semi-directif que nous avons conduits s'appuient sur un canevas d'entretien le plus proche possible de celui avant le décret tabac. Des modifications légères ont dû être apportées puisque le contexte est différent. Le principe d'un lycée non-fumeur ne fait plus débat, sa mise en place ayant été imposée avec le décret tabac à compter du 1^{er} février 2007. La grille d'entretien utilisée est présentée dans le tableau 19.

Tableau 19 : Items de la grille d'entretien utilisée en 2008

<i>N° d'item</i>	<i>Items</i>
1	<i>Que pensez-vous du tabac en général dans notre société ? Dans quelle mesure faut-il interdire sa consommation ? Quelle place faut-il laisser à la prévention du tabagisme et des dépendances en général ?</i>
2	<i>Quel est votre positionnement professionnel face au « lycée non-fumeur » ? Comment vous situez-vous par rapport à ce « lycée non fumeur » ?</i>
3	<i>Quels ont été les éventuels aspects « irrecevables » dans la mise en place du « lycée non-fumeur » ?</i>
4	<i>Quels ont été les éventuels aspects « acceptables » dans la mise en place du « lycée non-fumeur » ?</i>
5	<i>Sur le plan professionnel et personnel, avez-vous pu observer des évolutions favorables liées au lycée non-fumeur, lesquelles par rapport à votre travail avec les élèves, aux relations avec les parents ou avec vos collègues ?</i>
6	<i>Le passage au lycée non-fumeur a-t-il à l'inverse posé des problèmes, généré des tensions, de l'inertie professionnelle de votre part ou de la part des autres ?</i>
7	<i>Quelles suggestions pouvez vous formuler dans le but d'améliorer le dispositif lycée non-fumeur au service des élèves et du lycée (organisation, fonctionnement, perspectives éducatives...) ?</i>

Légende : Chaque entretien a été enregistré et retranscrit par écrit. L'anonymat des personnels a été garanti. Chaque entretien a reçu un code composé du code établissement (L001, L002, L003, L004) suivi d'une lettre et d'un chiffre.

Nous avons à nouveau fait le choix de la diversité, et non de l'exhaustivité. Les vingt-quatre entretiens ont à nouveau permis d'arriver à une variété suffisante de points de vue sans que cela ne crée d'apparition de nouveaux arguments en réalisant davantage d'entretiens. Tous les entretiens ont été enregistrés puis

retranscrits et anonymés en recevant un code composé du code établissement [L001], [L002] ou [L003] suivi d'une lettre (D) et d'un chiffre.

Le modèle d'analyse que nous mobilisons est le même que celui de l'étude avant le décret (figure 9), mais nous parlerons davantage d'« effets » plutôt que d'« orientations » attendues. Il s'agit d'identifier les résultantes que les personnels considèrent pour leur action.

L'étude avant le décret avait montré que cette méthodologie permettait de catégoriser l'ensemble des propos des personnels rencontrés. Les blocs de sens (Bardin, 2001) nous ont conduit à identifier 23 catégories ou rubriques significatives que nous avons réparties selon qu'elles relevaient des caractéristiques mobilisées pour redéfinir la tâche ou qu'elles relevaient des orientations choisies de cette tâche redéfinie. Depuis le décret, nous considérons que les professionnels nous parlent d'un point de vue légèrement différent. Ils n'évoquent plus la tâche selon les orientations qu'elle sera susceptible d'avoir mais des effets qu'ils ont pu identifier ou qu'ils en attendent. C'est pourquoi ces « orientations » de la tâche auront davantage valeur opératoire à leur activité.

4) Analyse et structuration des données

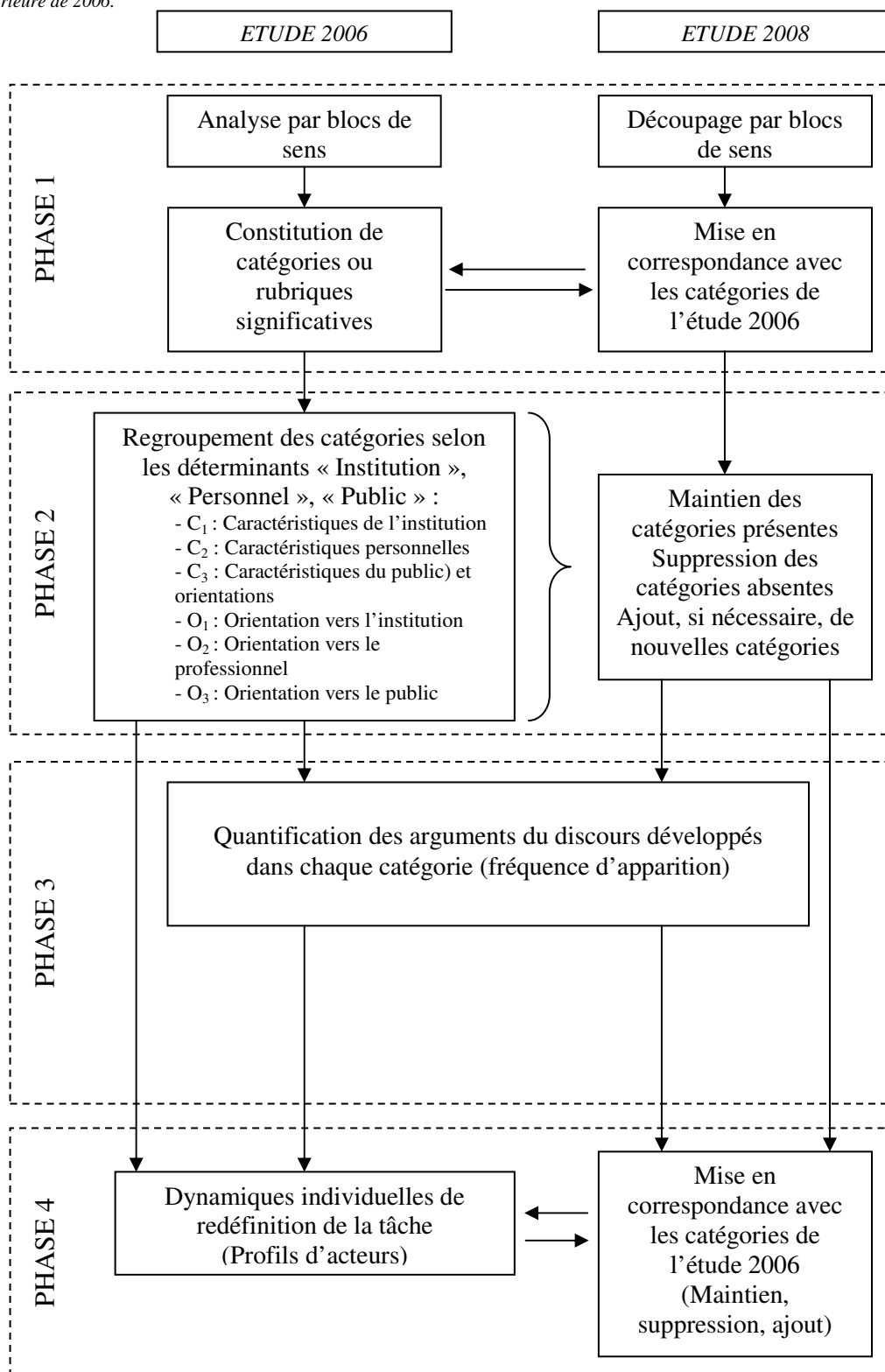
La schématisation du processus d'analyse du contenu du discours mettant en perspective l'étude 2008 avec l'étude antérieure de 2006 est présentée dans le schéma 4.

► Nous avons, *dans un premier temps d'analyse*, réalisé un découpage du contenu du discours par blocs. Ce découpage s'est appuyé sur les vingt-trois catégories ou rubriques significatives (Bardin, 2001) qui avaient été mises en évidence dans notre étude de 2006.

► Chaque bloc a été, *dans un deuxième temps*, positionné dans la catégorie qui lui correspondait parmi les vingt-trois disponibles. Si de nouvelles catégories devaient apparaître, nous avons toute latitude pour les ajouter à ces vingt-trois initiales, de même pour ce qui était d'en enlever si nécessaire. Celles-ci permettent de caractériser chaque déterminant (C₁: Caractéristiques de

l'Institution, C₂ : Caractéristiques personnelles, C₃ : Caractéristiques du public) et orientations (O₁ : Orientation vers l'Institution, O₂ : Orientation vers le professionnel, O₃ : Orientation vers le public).

Schéma 4 : Schématisation du processus d'analyse du contenu du discours mettant en perspective l'étude 2008 avec l'étude antérieure de 2006.



Légende : Le processus d'analyse se décompose en quatre phases. Le point de comparaison est l'étude de 2006. Elle permet d'identifier ce qui a bougé parmi les rubriques et au sein des profils de dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche.

► Nous avons, *dans une troisième phase*, quantifié l'ensemble des arguments du discours par leur fréquence dans les entretiens.

► *Dans une quatrième phase d'analyse*, des profils d'acteurs autour de dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche ont été mis en évidence à partir de ces données en nous appuyant sur les profils de 2006. Là aussi, nous gardions toute latitude pour en déterminer de nouveaux ou en supprimer.

3. Résultats de l'étude

Parmi les vingt-trois catégories (ou rubriques significatives) qui avaient émergé en 2006, nous en avons dix-sept qui apparaissent à nouveau. Six sont donc absentes du discours des professionnels rencontrés en 2008 (figure 13). L'intégralité des arguments du discours a pu être classé dans ces dix-sept catégories.

Les résultats s'organisent en deux parties : les déterminants de redéfinition de la tâche (caractéristiques et orientations) et les dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche.

1) Les déterminants de redéfinition de la tâche

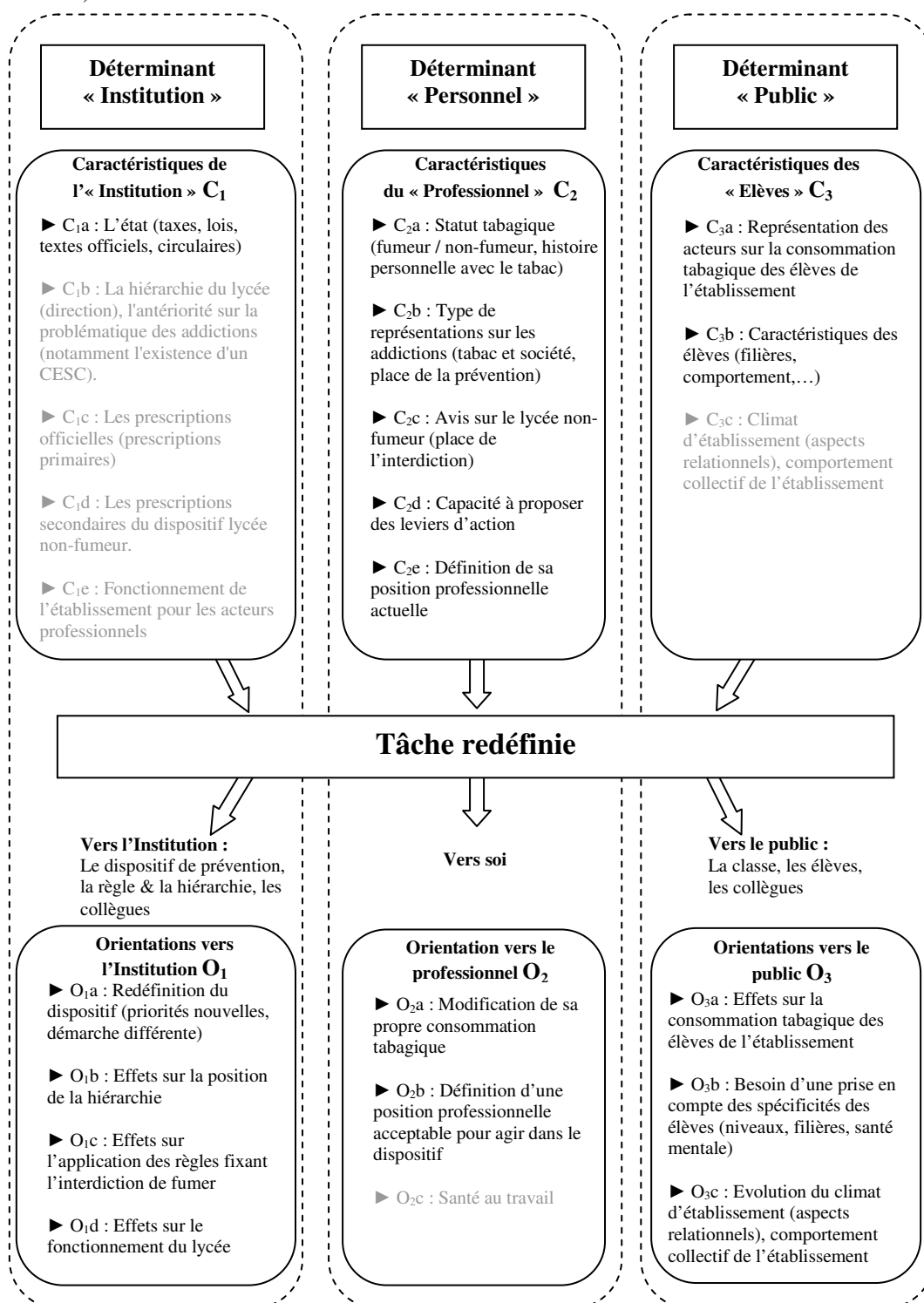
a) Le déterminant « Institution »

❖ Les caractéristiques de l'Institution

► C_{1a} : L'**Etat** est cité dans sa référence à l'interdiction de fumer qu'il impose par la Loi (« *Y'a une Loi, on l'applique, c'est comme le code de la route... » [L001-D2]*) mais en renvoyant aux paradoxes que cette nouvelle interdiction chez certains personnels : le sentiment d'un nombre trop important d'interdits (« *Je pense qu'on peut pas interdire davantage la consommation, c'est pas une bonne idée. » [L002-D4]*), le renvoi à d'autres consommations (« *La loi me gêne un peu dans le sens ou quand on fume, c'est une addiction comme l'alcool, comme Internet peut l'être » [L001-D2]*, « *Y'a aussi l'Etat, qui est hypocrite. » [L003-*

D2]), la question de la régulation par la Loi (« *Je ne pense pas qu'il faille interdire sa consommation, mais la réglementer est un bol d'air pour les non-fumeurs.* » [L002-D8]).

Figure 13 : Caractéristiques et orientations telles qu'exprimées par les personnels de leur activité en matière de prévention du tabagisme au regard des trois déterminants IPP (24 entretiens réalisés en 2008)



Légende : En pointillés sont distingués, selon trois axes, les déterminants du cadre conceptuel mobilisé de la psychologie ergonomique: Institution, Personnel et Public. Chaque déterminant fait référence d'une part à un ensemble de caractéristiques liées à l'Institution, à la personne et au public, et d'autre à un ensemble d'orientations, donc de finalités pressenties au travers de la redéfinition de la tâche. Ces finalités recouvrent également le champ institutionnel, professionnel et le public. Les 23 catégories de 2006 se répartissaient en six grands ensembles (C₁, C₂, C₃, O₁, O₂, O₃). Un certain nombre de rubriques significatives présentes dans le corpus d'entretiens de 2006, n'apparaissent plus en 2008 :

- Pour le déterminant « Institution », les caractéristiques C_{1b}, C_{1c}, C_{1d}, C_{1e} sont absentes du discours des personnels interviewés en 2008 ;
- Pour le déterminant « Personnel », c'est la caractéristique O_{2c} qui est absente ;
- Pour le déterminant « Public », c'est la caractéristique C_{3c} que l'on ne retrouve pas dans les entretiens.

Le manque d'accompagnement prévu avec le changement de la législation est souligné (« *Y'a un flou artistique laissé dans cette Loi là, c'est interdit mais débrouiller vous.* » [L003-D4]).

On retrouve des postures favorables au décret tabac (« *Moi je pense pas qu'il faut interdire davantage sa consommation* » [L001-D1]) ou défavorables (« *Après le mot interdiction me gêne, on doit informer les gens des dangers mais on peut pas et on n'a pas le droit d'empêcher les gens de fumer.* » [L003-D1]).

► C_{1b}, C_{1c}, C_{1d}, C_{1e} : Les composantes « **hiérarchie** », « **prescriptions officielles** », « **prescriptions secondaires** », « **fonctionnement de l'établissement** » sont absentes des entretiens réalisés en 2008.

❖ Les orientations vers l'Institution

► O_{1a} : La **redéfinition du dispositif** est centrée sur la recherche de solutions afin d'éviter le regroupement des élèves ou des personnels fumeurs sur le trottoir lors des interours du fait des problèmes de sécurité que cela suscite (« *Je suggère qu'il y ait un espace neutre où les fumeurs puissent se retrouver entre eux, et pas à l'entrée du lycée.* » [L001-D1], « *Je pense que ce serait bien qu'il y ait un local réservé à tous ceux qui veulent fumer plutôt que d'aller à l'extérieur de l'établissement.* » [L001-D5]).

Le décret est ressenti comme un levier possible afin de rendre sa mise en application davantage éducative (« *Ce qui me gêne beaucoup c'est qu'on va pas*

au-delà dans le sens où on ne pose pas la question au jeune « pourquoi vous fumez ? » [L001-D2]), même si « c'est difficile d'apporter des remarques constructives » [L001-D3], ou de préciser que « je sais pas ce qu'on pourrait améliorer » [L002-D7]. Toutefois, la mise en place d'actions partenariales et l'aide à l'arrêt du tabac sont exposées (« Je serais pour faire venir des personnes qui pourraient pendant une journée par exemple, être à disposition pour répondre à des questions comme comment gérer le manque de cigarette, comment arrêter... » [L002-D1], « Ce serait de pouvoir proposer un sevrage tabagique efficace et que les infirmières aient les moyens financier et légaux de les distribuer » [L002-D2]). Augmenter la responsabilisation et l'intérêt des élèves sont présentés comme des éléments importants (« on pourrait les responsabiliser et leur dire de pas jeter leur mégot par terre » [L002-D7]) en étant attentif à ce qui est attrayant pour les élèves (« Mais oui mettre plus de façon ludique, les cheveux raplapla qui sentent la fumée... des vêtements froids quand on a un petit copain s'il est non-fumeur... » [L003-D1]), « Est ce qu'il faut faire venir des spécialistes qui nous montrent des horreurs ? Je ne sais pas... » [L003-D2], « Il faut trouver le moyen d'avoir chez les jeunes une démarche volontaire. On peut bien faire toute la prévention qu'on veut si ils ne sont pas décidés à le faire, c'est mort. » [L003-D4]) tout en veillant à véhiculer auprès des élèves suffisamment d'informations sur les consommations de psychotropes (« Il faut continuer à informer les jeunes des risques à fumer, à boire, et j'englobe tout, pas le tabac spécifiquement » [L003-D3]).

► O_{1b} : Les **effets sur la position de la hiérarchie** sont très peu exprimés et le sont principalement en référence aux aménagements de l'interdit, notamment pour les internes (« Le proviseur a mis en place deux créneaux en plus le soir pour que les élèves puissent fumer » [L002-D7]).

► O_{1c} : **L'application des règles** fixant l'interdiction de fumer montre parfois que de la souplesse est apportée (« Y'a beaucoup de créneaux. Je bosse deux nuits par semaine [...] donc c'est assez souple » [L002-D7], « le problème n'est pas résolu et il est loin de l'être, y'a des établissements qui trichent encore... qui autorisent les élèves à fumer avant de monter à l'internat. On va vers ça. » [L003-

D4]), car « les élèves sont en train de trouver des stratégies pour détourner la Loi et fumer à l'intérieur. » [L003-D4]. Pour autant, il semble malgré tout que « chacun se conforme à ce qui a été décidé, de plus ou moins bon gré, à partir du moment où c'est écrit dans le règlement intérieur, rien n'est irrecevable » [L003-D1].

► O₁d : **Les effets décrits sur le fonctionnement du lycée** mettent en avant les difficultés liées à la gestion des sorties des élèves et à leur sécurité (« On n'a plus de prise sur les élèves fumeurs » [L003-D4], « Le seul problème c'est l'absence, le fait que les élèves doivent sortir du lycée pour fumer » [L001-D1], « ça oblige les élèves à sortir en-dehors du lycée ce qui pose aussi des problèmes. » [L002-D1], « On les met plus en péril. » [L002-D5], « ça peut poser des problèmes de sécurité et quelques fois on est embêté par les mecs de la cité d'en face qui viennent chercher la bagarre. » [L002-D7]). Ces rassemblements d'élèves contraignent les non-fumeurs ou les visiteurs à traverser les endroits investis à l'extérieur de l'établissement pour fumer (« On se retrouve à traverser des espaces fumeurs alors qu'on aurait pu avoir des espaces fumeurs excentrés » [L001-D1], « Il est impossible de traverser la foule sans respirer de la fumée » [L002-D8], « le fait qu'ils soient à la porte d'entrée du lycée, ils se regroupent et les personnes extérieurs ont beaucoup de difficultés à rentrer, il faut se frayer un passage » [L002-D3]). La sortie des élèves ne les incite pas forcément à regagner rapidement le lycée : « on a une hémorragie de jeunes à chaque récré et puis les jeunes mangent moins au lycée » [L001-D4] et à une infirmière de rajouter : « avant ils passaient dire bonjour, maintenant ils ont plus le temps. » [L002-D2]. Une autre infirmière précise qu'« on a ouvert les portes du lycée ce qui leur donne beaucoup plus de possibilités de fumer qu'avant » [L003-D3].

Les comportements collectifs vis-à-vis du tabac ont changé. Les adultes sortent de l'établissement pour fumer (« Les collègues fumeurs sont un peu exclus car ils sont obligés de sortir pendant leur pause » [L002-D1], « Pour les fumeurs, ça a apporté des contraintes, surtout quand il fait pas beau ou qu'il pleut. Les fumeurs trouvent qu'ils sont parqués » [L002-D3]), ou ont réduit voire cessé de fumer (« Une collègue qui fume a ralenti sa consommation car elle est obligée d'aller à

l'extérieur du lycée » [L002-D8], « Dans la mesure où on a une collègue qui fumait, et ça l'a induite à ne plus fumer du tout. Ça fait deux mois qu'elle n'a plus touché une cigarette. C'est dur pour elle mais ça a été bénéfique » [L002-D3]). Les personnels non-fumeurs regrettent à présent le manque de contact avec leurs collègues fumeurs en raison de leur sortie du lycée pour fumer (« C'est peut être plus difficile d'être ensemble avec les collègues fumeurs » [L002-D4]) surtout lorsque certains adultes vont fumer avec les élèves (« Le CPE étant un grand fumeur, quand ils s'éloignent pour fumer quelques jeunes le suivent pour aller fumer avec lui » [L002-D7]).

b) Le déterminant « Personnel »

❖ Les caractéristiques du « Professionnel »

► C_{2a} : Quelques personnels se positionnent en tant que fumeurs ou non-fumeurs. (« *Moi je suis non fumeuse* » [L001-D1], « *En tant que fumeuse* » [L002-D2]). Leur **consommation de tabac** est selon eux une composante qui rend l'interdit plus ou moins simple à accepter : « *Moi, je fume donc je sais ce que c'est* » [L002-D6], en renvoyant à la problématique de la dépendance au tabac. Il est intéressant de souligner l'utilisation du « *Moi* » pour se situer dans le camp des fumeurs ou des non-fumeurs.

► C_{2b} : Les **types de représentations sur le tabac et les addictions** sont souvent liés avec le statut tabagique. Parmi les fumeurs (réguliers ou occasionnels) ou les ex-fumeurs, nous retrouvons les discours suivants : « *Après le tabac dans notre société, c'est quelque chose de positif pour le lien social, [...] j'ai pas de condamnation sauf sur le plan de la santé* » [L001-D1], « *y'en a a priori qui en ont besoin pour se sentir bien mais ça paraît pas indispensable pour vivre* » [L003-D3].

Pour les non-fumeurs, « *c'est un vrai fléau* » [L001-D2], [L001-D3] [L002-D6], « *C'est un palliatif. Pour certains qui sont en manque, c'est pour compenser [...] je trouve qu'on peut compenser ce manque par autre chose, comme faire du sport* » [L002-D3].

La **prévention** est jugée « utile », « indispensable », « il faut en faire », « et l'intensifier » avec « une grande place » [L001-D6] en la considérant tantôt comme une « prise de conscience individuelle » [L001-D1], tantôt comme permettant la prise en compte des motivations à fumer chez les jeunes : « pour adhérer à un groupe » [L002-D1], « ils ont tendance à imiter » [L002-D3], « à l'adolescence, ça fait parti des choses à transgresser » [L003-D3].

Certaines formes de préventions sont très largement remises en cause : « Je pense qu'on a eu une période où on était pas mal bombardé au niveau média, est-ce que trop d'informations ne tue pas la prévention » [L001-D2], « Il faut faire attention, quand on a comme message le tabac provoque la mort... je pense pas que ce soit parlant pour les jeunes, quand on a quinze ans, on est aux antipodes de la mort, donc c'est presque incitatif » [L001-D4], « ça peut faire réfléchir, mais globalement ce que j'en ai vu, ce n'est pas vraiment efficace » [L002-D1], « c'est pas en prêchant les bonnes paroles qu'on est efficace selon moi, mais c'est très difficile » [L002-D2]. Ces positions ne font par l'unanimité, d'autres de penser qu'« il est utile de rappeler aux jeunes les méfaits du tabac » [L002-D8] avec en toile de fond l'idée que « une fois que chacun est bien informé, chacun fait ses choix » [L003-D1].

D'autres entrées de prévention des consommations sont mises en avant avec par exemple un élargissement à d'autres produits ou à la sexualité ([L001-D5], [L003-D3]), ou encore « éviter qu'ils aient l'accoutumance et qu'ils soient sous l'emprise du tabac, après c'est très dur de s'en sortir » [L002-D6] avec des « mises en garde contre la dépendance » [L002-D7] et la nécessaire précocité d'intervention (« Commencer plus tôt » [L003-D3]). Mais, tous ne savent pas comment agir efficacement (« de quelle manière je sais pas » [L003-D2]).

► **C_{2c} : L'avis sur le dispositif lycée non-fumeur** montre que les personnels interviewés se déclarent globalement satisfaits (« c'est très bien que le lycée soit non-fumeur » [L002-D1], « Je trouve ça très bien personnellement » [L001-D2], « C'est une bonne chose que le lycée soit non-fumeur. Cela s'est super bien passé ici. » [L001-D3], « c'est agréable » [L001-D4], « tant mieux si on peut encore fumer dehors » [L001-D5], « Toute la mise en place reste acceptable » [L002-

D1], « les locaux sont agréables » [L002-D6], « l'air n'est plus pollué par la fumée de tabac » [L002-D8]) et regrettent que l'« on [ait] déplacé le problème ailleurs mais on l'a pas résolu » [L003-D2].

Les limites de l'**interdit** sont décrites de façon assez régulière : « interdire sa consommation, je sais pas car on sait que si ils ont envie de fumer, ils trouvent » [L001-D2], « Loi ou pas, ils fument » [L001-D5], « Il ne faudrait pas être trop excessif » [L002-D1], « on est dans la cour, on n'a pas le droit, on fait un pas de plus, c'est OK » [L002-D5], « si on les autorise à fumer dehors, c'est hypocrite. » [L003-D2], « On a fait une côte très mal taillée, sous prétexte de répondre à des demandes d'élèves d'avoir plus de temps à l'extérieur » [L003-D3]. Cependant, les mesures d'interdictions sont également mentionnées pour leur utilité (« Le lycée est un endroit où l'on peut mettre des règles » [L003-D1], « L'interdit est positif » [L001-D1], « Je trouve ça très pertinent » [L001-D4], « Y'a beaucoup d'empoisonnements passifs » [L002-D7], « Je suis pour une interdiction totale de la cigarette » [L002-D1]).

► C_{2d} : Des **leviers d'action** supplémentaires sont très peu cités. On retrouve l'aide à la gestion de la consommation sur la journée, mais c'est surtout un sentiment de manque d'idées nouvelles qui domine : « Qu'est-ce qu'il faut faire plus, je ne sais pas » [L001-D2], « Là, j'ai franchement pas d'idée, [...], c'est pas facile de trouver la solution » [L001-D4].

► C_{2e} : **Définir sa position professionnelle** se fait en référence à une participation à des actions de prévention bien que certains n'estiment pas que cela rentre dans leurs missions ([L001-D3]) et en adoptant parfois même un comportement d'opposition (« Moi, même professionnellement sur le principe, j'étais assez contre » [L002-D2]). Etre favorable n'occulte pas des difficultés à gérer les problèmes qui surviennent (« Tout à fait d'accord même si ça peut être difficile à gérer au quotidien. » [L002-D4]). L'application de l'interdit place parfois les personnels dans une situation inconfortable : « on n'est pas assermenté pour aller vers une interdiction et vers une verbalisation des lycéens qui fument dans l'établissement » [L003-D4].

❖ Les orientations vers le « Professionnel » lui-même

► O_{2a} : La **modification de sa propre consommation tabagique** n'est plus un thème central. Les non-fumeurs ne se sentent pas concernés (« *Je suis non-fumeuse, ça n'a rien changé du tout* » [L001-D1]). Certains fumeurs déclarent avoir arrêté ou réduit leur consommation (« *Maintenant je ne fume plus mais c'est pas dû au lycée non-fumeur* » [L001-D5], « *on fume moins* » [L002-D6]), d'autres éprouvent plus de difficultés (« *En tant que fumeuse, c'est pas très pratique* » [L002-D2]).

► O_{2b} : La définition d'une **position professionnelle acceptable** pour agir dans le dispositif montre une volonté « *d'avoir une continuité par rapport à [son] métier* » [L001-D1]. Cela impacte plus ou moins selon la manière dont les personnels envisagent leur fonction dans le lycée. Pour un surveillant, « *C'est pas [lui] qui accompagne les élèves pendant les pauses donc [il] sais pas trop* » [L001-D3]), alors qu'un autre surveillant « *en parle régulièrement avec les élèves [...] je ne fais pas la chasse, je ne vais pas chercher les fumeurs dans les coins* » [L002-D7], une animatrice de cafétéria fumeuse pense qu'elle a « *un rôle à jouer* ». Un personnel de cuisine (ex-fumeur) nous dit qu'il « *les accompagne quand ils vont fumer* » [L001-D5]. Une secrétaire déclare : « *Je n'ai pas de positionnement professionnel car mes activités de me conduisent pas à faire de la prévention, si j'en fais c'est parce que je juge que c'est bon* » [L003-D1], une infirmière fumeuse doit gérer la tension inhérente à sa consommation de tabac et sa fonction : « *De part mon métier, je fais de la prévention, mais quand j'entend leurs difficultés, je peux pas être contre complètement la consommation de tabac car je sais que y'en a qui ne s'en sortiront pas s'ils n'ont pas leur cigarette* » [L003-D3], un CPE insiste sur une autre tension professionnelle : « *J'applique la Loi mais je vois pas l'intérêt, c'est nul parce que on va leur parler de prévention mais une fois qu'ils passent la grille, ils fument* » [L003-D4].

► O_{2c} : Les personnels interviewés ne font plus référence aux effets sur leur **santé au travail**.

c) **Le déterminant « Public »**

❖ Les caractéristiques du « Public »

► C_{3a} : Ce qui caractérise la **consommation tabagique des élèves** en amont du lycée non-fumeur ne fait pas partie des priorités du discours des personnels, si ce n'est pour déplorer que « *certains jeunes fument de plus en plus tôt* » [L001-D1] et que « *cela n'a pas le même impact sur des jeunes et des adultes* » [L001-D1]. La précocité de l'initiation tabagique est soulignée (« *Quand j'en vois qui ont dix ans et qui ont une cigarette à la main, là y'a un peu d'abus* » [L001-D5]).

► C_{3b} : Les **caractéristiques des élèves** (filière, comportement,...) sont également très peu mentionnées et restent abordées sur le registre du « *manque de savoir-vivre* » ([L002-D8]) ou de la « *transgression qui n'est pas désagréable pour certains* ».

► C_{3c} : La composante « **climat d'établissement** » (aspects relationnels, comportement collectif, etc.) n'est pas présente.

❖ Les orientations vers le « Public »

► O_{3a} : L'évolution de la **consommation tabagique des élèves** est jugée globalement en baisse (« *Cela limite peut être leur consommation de tabac* » [L002-D5], « *Y'a des élèves qui ont arrêté de fumer* » [L002-D6]), mais avec les limites inhérentes à cette évolution (« *Les jeunes sont pas prêts à arrêter* » [L003-D4], « *Ils n'ont pas la volonté, et ils ont pas encore eu la démarche d'arrêter [...] ça les gêne quand même de pas pouvoir fumer quand ils veulent* » [L002-D7]) voire la modification cette consommation : « *S'ils ont diminué leur consommation en milieu de journée par obligation, ils se rattrapent le soir et le week-end. Ils ont changé leurs habitudes de sorties pour continuer à exercer librement ce besoin* » [L002-D8], « *Le problème est quand même que les jeunes fument très rapidement leur cigarette quand ils ont cinq minutes de pause, donc c'est pas meilleure pour la santé* » [L003-D2].

La sortie de l'établissement des élèves fumeurs lors des pauses fait que nombre d'élèves non-fumeurs les accompagnent (« *Maintenant on connaît tous les fumeurs ! Mais on ne voit plus les non-fumeurs !* » [L001-D3], « *C'est le fait qu'ils peuvent se retrouver à un endroit bien précis* » [L002-D3]) avec les

dangers que cela pose (« *Les gamins fument près de la circulation et peuvent en profiter pour aller au bistrot* » [L002-D3]), et le sentiment qu'il y a plus de fumeurs (« *J'ai l'impression qu'il y a plus d'élèves qui fument* » [L002-D3]). A un surveillant de rajouter : « *Je crois qu'on a tout mis en œuvre pour que les élèves puissent fumer* » [L002-D7].

Le problème des internes est régulièrement évoqué entre des mesures d'interdiction (« *on leur a interdit une pause* » [L001-D3]) ou des mesures de souplesse, notamment pour permettre de fumer une dernière cigarette avant le coucher (« *A l'internat, on a une pause cigarette à 19h15 et à 20h30* » [L002-D7]).

► **O_{3b}** : Les **spécificités** des élèves avec le besoin de leur prise en compte portent sur la santé mentale des élèves (« *Si y'a un problème ça peut être lié à des angoisses, à des vécus et y'a pas d'accompagnement. Si on va pas gratter plus loin pour leur dire, vous avez peut être d'autres possibilités que de prendre une cigarette* » [L001-D2]). Est posée de façon récurrente la question de l'accompagnement et de l'aide à l'arrêt (« *Y a pas de suivi pour les gamins. On ne peut pas interdire si on ne met pas une aide* » [L003-D2]) avec un sentiment de dépassement pour agir (« *Comment faire pour permettre aux élèves accros de fumer, tout en étant protégés car on est responsable d'eux [...] Je ne sais pas comment faire pour qu'ils soient plus concernés. Ils aiment tout ce qui est un peu extrême* » [L002-D4], « *Les jeunes, c'est assez dur de leur faire comprendre [...] C'est pas simple* » [L003-D4]).

► **O_{3c}** : L'**évolution du climat d'établissement** ne se traduit pas par des difficultés importantes (« *Tout le monde a joué le jeu* » [L002-D4]), ou du moins celles-ci passent assez inaperçues (« *J'ai rien remarqué* » [L001-D4]). La question des sanctions à appliquer auprès de élèves reste une source modérée de tensions (« *On est pas forcément d'accord sur les sanctions à appliquer quand on chope un élève qui fume dans l'établissement* » [L003-D4]). On observe même localement un apaisement des conflits liés au problème du tabac dans l'enceinte du lycée (« *Y'a plus de relations tendues car y'a plus de discussions à avoir la dessus* » [L003-D3]).

En reprenant chaque entretien, nous avons ensuite considéré le poids des différentes catégories par le nombre d'arguments développés dans le discours des professionnels (tableau 20).

Tableau 20 : Nombre d'arguments développés pour chaque catégorie (caractéristiques ou effets) répartis selon les axes d'analyse (IPP).

Déterminant « Institution »		Déterminant « Personnel »		Déterminant « Public »	
C _{1a}	22	C _{2a}	10	C _{3a}	5
		C _{2b}	42	C _{3b}	2
		C _{2c}	31		
		C _{2d}	5		
		C _{2e}	6		
<i>Sous total</i>	23	<i>Sous total</i>	94	<i>Sous total</i>	7
O _{1a}	18	O _{2a}	4	O _{3a}	15
O _{1b}	1	O _{2b}	11	O _{3b}	8
O _{1c}	7			O _{3c}	22
O _{1d}	20				
<i>Sous total</i>	46	<i>Sous total</i>	15	<i>Sous total</i>	45
Total axe 1	69	Total axe 2	109	Total axe 3	52

Légende : Sur un total de 18 entretiens décomposés en 230 arguments développés, l'axe « Personnel » est le plus présent (109 arguments) devant l'axe « Institution » (69) et l'axe « Public » (52).

Ces données permettent de souligner les caractéristiques suivantes :

- 1) Nous avons veillé à distinguer les *caractéristiques* des *orientations* pour chaque axe pour décrire le poids relatif de celles-ci en fonction des trois axes IPP. Pour les *caractéristiques* en amont, les catégories les plus fréquentes dans le discours des professionnels des lycées renvoient au déterminant « Personnel » (94 arguments). Pour les *orientations* en aval, elles se structurent principalement autour de l'axe « Institution » (46 arguments) et de l'axe « Public » (45 arguments).

Si l'on considère la globalité des arguments développés pour chaque axe, la **place prépondérante des caractéristiques du « professionnel » (C₂)** se traduit par 109 sur 230 (contre 69 aux caractéristiques C₁ de l'« Institution » et 52 aux caractéristiques C₃ du « Public »).

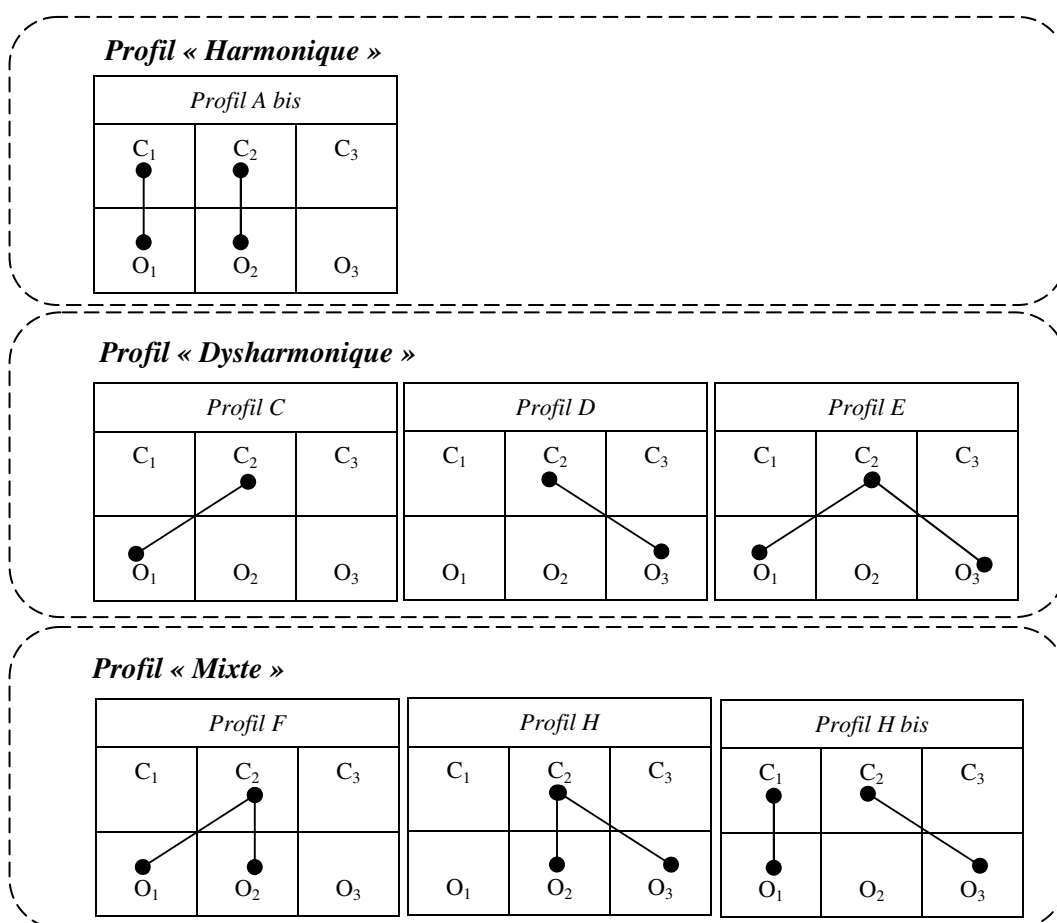
- 2) Lorsque l'on observe comment ces catégories se répartissent dans les entretiens, il apparaît que :
- ▶ Aucun entretien ne renvoie simultanément à **toutes les caractéristiques** et toutes les orientations du modèle d'analyse ;
 - ▶ Tous les entretiens prennent appui sur les rubriques relatives aux **caractéristiques « Professionnelles »** ;
 - ▶ La moitié des personnels interviewés parlent des effets sur la **consommation tabagique des élèves** ;
 - ▶ Seul deux personnels prennent en compte les **caractéristiques des élèves** (filière, comportement) dans leur argumentation.
- 3) On n'observe **pas d'effet « catégorie professionnelle »** qui permettrait de regrouper les entretiens.
- 4) Pour ce qui est du **critère « fumeur / non-fumeur »** : les fumeurs, des fumeurs occasionnels ou ex-fumeurs représentant neuf des entretiens passés (contre huit avec des non-fumeurs et sept des entretiens pour lesquels il n'est pas possible de déterminer si la personne interviewée est fumeuse ou non).

2) Dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche

Le discours de chacun des professionnels a été analysé comme en 2006 en référence aux 17 catégories de sens obtenues à partir de l'analyse de contenu. Les déterminants de l'activité (C_1 , C_2 , C_3) et ses orientations (O_1 , O_2 , O_3) ont permis d'élaborer une schématisation de la structuration de l'argumentation des professionnels. Nous avons retrouvé les trois types de profils (figure 13) que nous avons mis en évidence en 2006 selon que les caractéristiques et les orientations dominantes se réfèrent aux déterminants (Institution, Personnel, Public). On constate une nette représentation du profil « dysharmonique » puisqu'il concerne 8 entretiens sur 18. Ce profil est le plus représenté. La caractéristique dominante reste la caractéristique C_2 avec une logique identique de discours par allers-retours successifs entre les caractéristiques propres au personnel qui s'exprime et les orientations dirigées vers « l'Institution » ou vers le « Public », ou vers les deux.

A contrario, le profil « harmonique » est sous représenté avec seulement 1 personnel sur 18. Le discours de personnel de cuisine se structure autour de deux axes (« Institution » et « Personnel ») et introduit ainsi une trame argumentative (Profil A bis) que nous n'avons pas trouvée parmi les 48 entretiens de 2006. Le profil « mixte » permet de regrouper 3 entretiens. Pour ce profil « mixte », chaque entretien se déroule avec une logique qui lui est propre. Certes, la caractéristique C₂ reste présente mais elle ne constitue pas le point de pivot unique comme par exemple pour l'argumentation H bis qui s'appuie également sur la caractéristique C₁.

Figure 14 : Dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche (étude après le décret tabac)



Légende : Le discours de chacun des professionnels a été analysé en référence aux 17 catégories de sens mise en évidence par l'analyse de contenu. Pour chacun d'entre eux, la composante dominante a été mise en évidence tant en ce qui concerne les déterminants de l'activité (C1, C2, C3) que ses orientations (O1, O2, O3). Les points noirs indiquent les déterminants ou orientations les plus présents dans le discours et les traits mettent en évidence la trame argumentative du discours. Trois types de profils ont pu être mis en évidence selon que les déterminants et les orientations dominants se réfèrent aux mêmes composantes (institutionnelle, personnelle, public).

4. Entre satisfaction et incertitude : un sentiment mitigé

Nous nous étions fixés d'identifier de quelle manière le décret tabac avait été perçu par ces professionnels de lycée, en mettant en avant ce qui relève d'un changement professionnel.

L'observation globale des entretiens indique toujours *un niveau d'argumentation intéressant et varié*. Le nombre de catégories en baisse ne signifie pas pour autant que les propos des personnels interviewés soient moins riches. Ils se structurent simplement autour d'arguments recentrés par rapport à avant le décret avec une forme de discours plus ramassée.

Il apparaît que *le décret est globalement source de satisfaction* en ayant permis d'améliorer la qualité du cadre de vie dans les locaux par l'éviction du tabac. Il n'y a pas eu de tensions fortes entre personnels fumeurs et non-fumeurs, un sentiment d'apaisement des relations conflictuelles est même décrit. Les personnels s'accordent cependant pour regretter les limites inhérentes à cet interdit auprès des élèves, avec la dangerosité de la sortie du lycée qui constitue le principal critère avancé. Ce déplacement du problème met en tension certains de ces professionnels avec l'objectif premier du décret qui était de réduire la consommation tabagique des élèves et des personnels. Malgré l'expression d'un sentiment de réduction globale de consommation concernant les jeunes et les adultes du lycée, se pose la difficulté de rassembler devant l'établissement fumeurs et non-fumeurs, mineurs et majeurs. Le mode de consommation est jugé également différent, plus rapide, plus nocif avec un effet de compensation du manque de tabac sur le hors temps scolaire. L'internat a donc nécessité de la souplesse dans l'interdit pour limiter ce manque. La stabilité des règles dont se portent garant les adultes est rendue incertaine, leur rôle de modèle auprès des jeunes aussi.

On observe *une forme de dissonance entre le rôle éducatif qu'ils peuvent revendiquer et une mesure qui en résolvant un problème en a soulevé de nouveaux* se situant à présent en-dehors du cadre strictement scolaire, « aux portes », « à l'extérieur » de l'établissement. Les effets pervers de l'interdiction de

fumer dans les locaux sont donc fortement soulignés. Il existe une tension entre l'efficacité de ce nouvel interdit pour éradiquer le tabac « à l'intérieur » du lycée et la difficulté de gestion des élèves.

Les personnels de lycée apportent *un jugement différent sur la prévention*. Sa place est selon eux toujours primordiale mais ils remettent en cause, de façon plus forte, certaines formes de prévention trop médiatisées, culpabilisantes ou basées sur les dangers de la prise de risques. La référence aux spécificités comportementales liées à l'âge des élèves tient lieu d'argument principal.

Cette situation a des incidences plus ou moins grandes selon la définition que ces personnels ont de leur position professionnelle. *Certains se dédouanent de pouvoir agir. D'autres, plus impliqués, déclarent ne plus savoir comment intervenir efficacement* comme s'ils avaient pris conscience de la complexité de la thématique. Le fait que certains personnels parviennent à se sortir de ce dilemme éducatif entre respect de l'interdit et rôle éducatif en suscitant l'intérêt des élèves, est intéressant. L'amorce de la résolution de ce conflit professionnel se traduit ponctuellement par l'envie de recourir à la prévention en l'élargissant aux autres conduites addictives et à l'éducation à la sexualité. Cette posture plus englobante des problématiques liées aux psychotropes et de construction de soi est en accord avec les missions attendues pour l'Ecole (MEN, 1998). Entre désengagement pour les uns et envie d'agir différemment pour les autres, la vie normale d'un lycée est décrite. Cela ne se fait toutefois plus en référence à la position de sa hiérarchie ou aux prescriptions, le décret ayant entraîné une disparition de ces rubriques. Le soutien institutionnel souhaité (Han et Weiss, 2005) pour les lycées non-fumeurs a trouvé sa résolution avec l'évolution de la Loi et a ainsi décentré les propos sur les conséquences et les difficultés rencontrées pour sa mise en œuvre.

Les caractéristiques personnelles demeurent un dénominateur commun mais le profil « harmonique » a pratiquement disparu de notre typologie. Les profils « dysharmoniques » sont majoritaires et les effets de l'activité de ces professionnels sont dirigés vers l'Institution ou vers le public ou les deux. Ce constat suscite deux remarques. En premier lieu, la définition d'une position

professionnelle acceptable est exprimée de façon suffisamment diffuse pour ne pas devenir une priorité du discours. Elle a tantôt valeur de justification, tantôt valeur d'illustration, mais sans jamais être une dominante discursive. La deuxième remarque porte sur le dispositif et sa redéfinition, par l'application des règles, le fonctionnement du lycée, la consommation tabagique des élèves et leurs spécificités. Ces remarques alimentent en retour les pistes pouvant faire évoluer le dispositif. L'accompagnement des élèves se pose moins en terme d'aide à l'arrêt, et davantage en terme de réflexion à engager avec eux et les partenaires pour apporter des réponses plus adaptées. Le décret peut devenir un levier éducatif, certains personnels le déclarent, d'autres le sous-entendent mais beaucoup expriment leurs limites à intervenir dans ce cadre.

Les lycées ont maintenant dépassé la période transitoire d'incertitude. Après la phase organisationnelle de mise en place du décret, nous assistons à *une phase opératoire* qui permet aux professionnels de redéfinir différemment leur tâche afin d'améliorer leur sentiment d'efficacité à intervenir. Face à une problématique sociale, sont exprimées des attentes sociales. Suite au comportement grégaire des fumeurs élèves et adultes par contrainte légale, le besoin d'apporter des réponses différentes est exprimé. Cette prise de conscience collective de l'effet de masse que représentent ces regroupements, génère des attitudes allant du découragement à la motivation, en passant par la démobilisation. Pour autant, *cette situation crée une nouvelle incertitude* que les personnels perçoivent à présent comme encore plus grande mais cette fois par un questionnement beaucoup plus vaste ne voyant pas comment agir efficacement.

Ce serait faire preuve d'un bien grand optimisme que de penser que cette instabilité conduira à la stabilité sans accompagnement.

I. Présentation générale des deux études

Cette étude conduite avant et après le décret tabac par questionnaire permet de souligner la pertinence du quantitatif que nous structurons selon deux axes :

- Le quantitatif hiérarchise les données entre elles ;
- Le quantitatif oblige les personnels à se positionner sur des questions spécifiques qui n'étaient pas présentes dans des entretiens semi directifs que nous avons conduits, permettant ainsi d'aborder d'autres éléments.

1. Articuler le quantitatif avec le qualitatif

Les résultats qualitatifs que nous venons d'exposer mettent en avant la prédominance des caractéristiques personnelles. Celles-ci ont une position privilégiée en référence aux types de représentations sur le tabac et les autres psychotropes (tabac et société, produits et usages, place de la prévention), à la place de l'interdit et à ce que peut être une position professionnelle et personnelle sur ces questions de psychotropes.

Afin de pouvoir investiguer plus amplement ces représentations en ayant une population de référence plus élargie, nous avons choisi de mettre en place une étude complémentaire. Abric (1996) nous rappelle l'importance des études sur les représentations sociales : « toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par les individus et les groupes, reconstruite dans un système sociocognitif. C'est cette réalité appropriée et restructurée qui constitue, pour l'individu ou le groupe, la réalité même. La représentation n'est donc pas un simple reflet de la réalité : elle est une organisation signifiante qui intègre les caractéristiques objectives de l'objet, les expériences antérieures du groupe, son histoire, et son système d'attitudes, de normes et de valeurs. Cela permet de définir la représentation

comme une vision du monde qui permet aux individus et aux groupes de donner un sens à leurs conduites et de comprendre la réalité ». Plusieurs auteurs se sont appuyés sur cette approche pour proposer des contributions dans le domaine de la prévention du SIDA (Morin, 1994) ou de la délinquance (Rouquette, 1996, Guimelli et Rouquette, 1992).

Cette partie quantitative revêt un double objectif : (1) faire état des dominances parmi les déterminants d'implication, et (2) dégager des profils parmi ces personnels à partir de l'analyse des questionnaires.

2. Méthodologie de recueil et d'analyse

❖ Description du questionnaire utilisé

Deux études par questionnaire ont été conduites auprès de personnels travaillant en lycée : une en 2006 et l'autre en 2008, de par et d'autre de l'entrée en application du décret tabac.

Le questionnaire a été bâti en 2006 et a fait l'objet de modifications mineures en 2008 par la reformulation de certaines questions en raison d'un contexte qui n'est plus le même avec l'application du décret tabac à partir du 1^{er} février 2007.

Les phases de validation de ce questionnaire se sont déroulées de la façon suivante :

- *Phases d'acceptabilité* remplissage du questionnaire avec 10 personnes hors des établissements test pour validation de l'acceptabilité et repérage d'éventuels dysfonctionnements, oublis ou problèmes de remplissage ;

- *Phase de test - retest* à une semaine d'intervalle sur 50 personnes (dans un premier temps) pris parmi les établissements test sur la base du volontariat ;

- *Phase d'entretiens* (n=15) pour données croisées auprès d'une population représentative d'un lycée type (enseignants, personnels de direction et vie scolaire, agents, personnels administratifs) ;

- *Phase de diffusion* du questionnaire ;

- *Phase d'analyse.*

Le questionnaire utilisé est divisé en 5 parties : la première intitulée « votre avis sur les dépendances et la prévention » fait un état des lieux des représentations concernant le tabac, les addictions en général et les actions de prévention, la seconde partie « vous et le tabac » permet de renseigner le statut tabagique des personnes interrogées, la troisième partie intitulée « le lycée non-fumeur » a pour but de déterminer les aspects positifs et négatifs du décret interdisant de fumer dans les lieux publics ainsi que les facteurs d'implication conduisant ou non les adultes à contribuer à la mise en œuvre du lycée non-fumeur, la quatrième partie concerne l'environnement professionnel (satisfaction au travail, relations professionnelles, participation à la vie du lycée, collaboration), et la cinquième partie nous renseigne sur la fonction, l'âge et le sexe.

❖ *Description des populations*

Les études 2006 et 2008 ont porté sur trois établissements de l'Académie de Clermont-Ferrand (codés L001, L002 et L003). Il est important de préciser que nous ne nous plaçons pas dans la perspective d'une étude comparée. Les établissements de référence sont certes les mêmes, mais les personnels enquêtés non.

Le nombre de questionnaires traités se répartit de la façon suivante (tableau 21) :

Tableau 21 : Nombre de questionnaires traités dans chaque phase de l'étude.

	L001	L002	L003	TOTAL
2006	85	38	43	166
2008	32	25	17	74

Le nombre relativement limité de questionnaires traités nécessite de mettre en avant toute la prudence d'usage quant aux conclusions que nous pourrions en tirer.

Les questionnaires étaient destinés à l'ensemble des personnels de chaque lycée (personnels d'entretien, enseignants, administration, vie scolaire, personnel de santé...). Le tableau 21.1 présente leur répartition en fonction de la catégorie de personnel.

Tableau 21.1 : Répartition par catégorie de personnel

	Personnel de direction	Personnel enseignant	Personnel sanitaire et social	Personnel administratif	Personnel d'entretien, de service et de restauration
2006	19,35%	55,48%	2,58%	8,39%	19,35%
2008	10,14%	46,36%	5,80%	13,39%	20,29%

❖ *Construction du STT*

La construction du score au « short test tabac » (STT) est basée sur celle du test de Fagerström mais avec questionnaire simplifié à deux questions (Perriot et al., 2003) :

- combien de cigarettes fumez-vous par jour ? (10 ou moins → 0 ; 11 à 20 → 1 ; 21 à 30 → 2 ; 31 ou plus → 3) ;
- dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? (moins de 5 minutes → 3 ; 6 à 30 minutes → 2 ; 31 à 60 minutes → 2 ; après 60 minutes → 0).

On fait ensuite la somme les points attribués à chaque question pour obtenir le score STT. Une personne est pas ou peu dépendante si son STT est égal à 0 ou 1 ; elle a une dépendance moyenne si le STT est égal à 2 ou 3 ; elle est fortement dépendante si le STT est compris entre 4 et 6.

❖ *Les analyses proprement dites*

Dans un premier temps, une *analyse descriptive* a été menée afin de voir comment se répartissent les réponses pour chaque question.

Ensuite, des *analyses univariées* ont été réalisées pour savoir quelles variables avaient un impact sur nos variables d'intérêt qui sont :

- « Avez-vous contribué jusqu'à présent à la prévention du tabagisme dans votre établissement ? »
- « Souhaitez-vous apporter votre contribution à la mise en œuvre du « lycée non-fumeur » ? »

- « Depuis qu'il est interdit de fumer dans tous les lycées de France, pensez-vous que le décret est bien suivi dans votre établissement ? »
- « Savez-vous si un CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) ou un comité d'hygiène et sécurité est en place dans votre établissement ? »
- « Je ne souhaite pas apporter ma contribution à la mise en œuvre du lycée non-fumeur parce qu'actuellement je ne vois pas ce que je vais pouvoir apporter à la mise en place d'un lycée non-fumeur. »
- « Je ne souhaite pas apporter ma contribution à la mise en œuvre du lycée non-fumeur parce que ce n'est pas mon rôle de participer à ce que l'établissement soit non-fumeur. »
- « Je souhaite apporter ma contribution à la mise en œuvre du lycée non-fumeur parce que c'est un moyen de faire pleinement mon métier que de participer à la santé des jeunes. »
- « Je souhaite apporter ma contribution à la mise en œuvre du lycée non-fumeur parce que je vais pouvoir avoir un rôle éducatif ayant un impact positif sur la santé des adolescents. »
- « Je souhaite apporter ma contribution à la mise en œuvre du lycée non-fumeur parce que je me sens valorisé professionnellement. »
- « Je souhaite apporter ma contribution à la mise en œuvre du lycée non-fumeur parce que c'est un souhait de mon chef d'établissement. »
- « Je souhaite apporter ma contribution à la mise en œuvre du lycée non-fumeur parce que la prévention du tabagisme c'est quelque chose que je fais déjà. »
- Dépendance (qui est la discrétisation du Short Test Tabac).

Pour l'analyse univariée, des tests différents ont été utilisés selon la nature des variables :

- *pour tester si deux variables qualitatives étaient indépendantes ou non*, c'est le test du χ^2 qui a été utilisé sauf lorsque les conditions d'application n'étaient pas respectées, dans ce cas, nous nous sommes tournés vers le test exact de Fisher ;
- *des comparaisons de moyennes ont été réalisées pour tester le lien entre une variable quantitative et une variable qualitative* : selon le nombre de modalités de la variable qualitative et selon que les conditions d'applications étaient vérifiées ou non, différents tests ont été utilisés, soit le test t de Student ou test de Wilcoxon pour les variables à deux modalités, soit le test anova à plusieurs facteurs ou test de Kruskal-Wallis pour les variables à plus de deux modalités.

Nous avons également procédé à une ACM⁸⁷ (*analyse des correspondances multiples*) suivie d'une CAH⁸⁸ (*classification ascendante hiérarchique*), afin de déterminer différents profils d'individus.

Enfin, des *régressions logistiques binaires* ont été appliquées aux données. La nature binaire de nos variables dépendantes, ainsi que le fait que nos variables explicatives soient majoritairement nominales, ont favorisé ce type d'analyse.

Les ACM, CAH et régressions logistiques ne sont pas exposées dans les résultats et sont reportées en annexe.

⁸⁷ Une ACM est une technique d'analyse statistique permettant une représentation graphique des attractions et des distances entre les modalités d'une variable.

⁸⁸ La CAH est un type de classification. Une classification permet de créer des groupes d'individus. Deux individus appartenant à un même groupe ont des caractéristiques proches.

II. Les données obtenues avant le décret tabac

La présentation des données descriptives que nous adoptons se fait suivant quatre champs d'analyse :

- les représentations sur les consommations de psychotropes ;
- l'avis sur la prévention du tabagisme et les conduites addictives ;
- l'avis sur le lycée non-fumeur ;
- les déterminants d'implication des personnels : ces derniers ont été classés en référence au cadre conceptuel que nous avons mobilisé pour catégoriser les rubriques significatives mises en évidence dans les entretiens (tableau 21.2).

Nous ne présentons donc qu'une partie des résultats, l'ensemble des données étant rassemblées en annexe. De même, afin d'établir un lien préférentiel dans la discussion avec la partie qualitative, nous limiterons l'exposition des résultats à la contribution passée au lycée non-fumeur et à la contribution à venir.

Tableau 21.2 : Classement des items sur le souhait de contribuer ou non à la prévention du tabagisme selon les déterminants d'implication IPP (Goigoux, 2007)

	Institution (I)	Personnel (P)	Public (P)
CARACTERISTIQUES	Q34n_c : c'est une décision institutionnelle à laquelle je n'adhère pas.	Q34n_b : pour moi, devenir « établissement non-fumeur » n'est pas une priorité dans mon travail au lycée.	Q34n_d : la chasse aux fumeurs, ça suffit.
	Q34o_m : parce que c'est un souhait de mon chef d'établissement.	Q34n_e : la prévention du tabagisme n'est pas dans les programmes d'enseignement du lycée.	Q35d : Il faudrait faire plus qu'une campagne d'information pour changer les comportements des fumeurs (jeunes comme adultes) dans l'établissement.
	Q35a : J'ai été bien informé de tout ce qui a été mis en place dans le cadre de ce « lycée non-fumeur ».	Q34n_g : ce n'est pas mon rôle de participer à ce que l'établissement soit non-fumeur.	Q35g : Un « lycée non-fumeur », c'est donner les moyens aux élèves de vouloir, pouvoir et savoir-faire des choix éclairés et responsables pour leur santé et celles des autres.
	Q35j : Il (a) suffi(t) d'interdire de fumer pour que l'établissement soit non-fumeur.	Q34o_d : parce que c'est un moyen de faire pleinement mon métier que de participer à la santé des jeunes.	Q35h : Un « lycée non-fumeur » a besoin de partenaires santé extérieurs pour se mettre en place.
	Q35k : Une circulaire du ministre a été (est) indispensable pour que le projet « établissement non-fumeur » ait pu aboutir.	Q34o_n : parce que la prévention du tabagisme, c'est quelque chose que je fais déjà.	Q35i : Tous les adultes et élèves doivent être mis à contribution pour devenir lycée non-fumeur.

Q34n_f : c'est un projet de plus qui ne fera pas plus travailler les gens ensemble.

Q34o_e : pour les temps d'échange que cela va susciter avec mes collègues.

Q34o_l : pour montrer à mes collègues qu'avec la fonction que j'occupe, je peux jouer un rôle dans la mise en place d'un « établissement non-fumeur ».

Q35c : Je pense que le décret a (va) rencontré(er) beaucoup de difficultés de mise en œuvre.

Q35e : Un « établissement non-fumeur », c'est surtout une affaire de négociation.

Q34n_a : actuellement, je ne vois pas ce que je vais pouvoir apporter à la mise en place d'un « lycée non-fumeur ».

Q34o_a : pour le plaisir que je ressens lorsque j'apprends de nouvelles manières de travailler.

Q34o_b : pour en savoir plus sur la façon dont je peux agir sur un problème de santé publique.

Q34o_c : pour le plaisir que je ressens à me surpasser dans mon travail.

Q34o_f : parce que je vais pouvoir avoir un rôle éducatif ayant un impact positif sur la santé des adolescents.

Q34o_g : parce que cela va me permettre de donner une autre dimension à mon travail.

Q34o_h : pour me prouver à moi-même que je suis capable d'agir sur l'éducation

Q34o_i : parce que je me sens valorisé professionnellement. à la santé des élèves.

Q34o_j : pour ce que cela m'apporte sur le plan personnel dans mon travail au lycée.

Q34o_k : parce que c'est un moyen de prouver aux autres que je suis impliqué dans la vie du lycée.

Q35b : Ce changement a (va) suscité(er) un grand intérêt chez les élèves.

Q35f : En matière de tabagisme, la communauté scolaire doit être un exemple.

1. Résultats de l'analyse descriptive

❖ Représentations sur les consommations de psychotropes

La drogue est décrite par 98,79% de la population comme étant un « grave fléau de notre société ». 92,68% déclarent que « tous les jeunes courent le risque de devenir dépendants à une drogue » (85% [2006]). La vente et la consommation de tabac doivent être interdites (39,88% [2006]), de même que celle d'alcool (31,10% [2006]) (tableau 21.3).

Tableau 21.3 : Résultats obtenus en 2006 sur des items du domaine « avis sur les représentations face au tabac et aux addictions » (Pourcentage de réponses « moyennement, d'accord et tout à fait d'accord »).

Items	2006
La drogue est un grave fléau de notre société	98,79
Tous les jeunes courent le risque de devenir dépendant à une drogue	92,68
Il faut interdire la vente et la consommation de tabac	39,88
Il faut interdire la vente et la consommation d'alcool	31,10

❖ *Avis sur la prévention du tabagisme et des conduites addictives*

En 2006, 100% de l'échantillon est en accord avec la proposition : « les actions de prévention ont pour but d'informer les élèves sur les produits et les risques qu'ils encourent ». Ils pensent très majoritairement que les actions peuvent être efficaces (95,71%) et sont plus nombreux encore à estimer que la prévention doit se faire en parallèle des interdictions (99,4%) (tableau 21.4).

Tableau 21.4 : Résultats obtenus en 2006 sur des items du domaine « avis sur la prévention des conduites addictives » (Pourcentage de réponses « moyennement, d'accord et tout à fait d'accord »).

Items	2006
Les actions de prévention ont pour but d'informer les élèves sur les produits et les risques qu'ils encourent	100
Il ne suffit pas d'interdire il faut faire de la prévention	99,4
Les actions de prévention peuvent être efficaces	95,71

❖ *Avis sur le lycée non-fumeur*

80,13% des personnels se déclarent « pour » un lycée non-fumeur. L'interdit est considéré comme une mesure suffisante en soi par environ un tiers de ces personnels (37,75%). Ils sont 89,86% à estimer qu'ils ne voient pas ce qu'ils vont pouvoir apporter à la mise en œuvre d'un lycée non-fumeur. 74,65% pensent que ce n'est pas leur rôle. Ils estiment que le rôle d'exemplarité de la communauté scolaire est primordial (93,55%). (tableau 21.5).

Tableau 21.5 : Résultats obtenus en 2006 sur des items du domaine « avis sur le lycée non-fumeur » (Pourcentage de réponses « moyennement, d'accord et tout à fait d'accord »).

Souhait de participer	Items	2006
Non	Il suffit d'interdire de fumer pour que l'établissement soit non-fumeur	37,75
Oui	En matière de tabagisme la communautaire scolaire doit être un exemple	93,55

2. Résultats de l'analyse univariée

❖ Contribution passée à la prévention du tabagisme dans le lycée

Dans notre échantillon 2006 (tableau 21.6), plus une personne souhaite participer à la mise en œuvre du lycée non-fumeur, plus elle a de chances d'y avoir déjà contribué ($p < 0,0001$). Le niveau de collaboration dans le travail a un lien très net avec la contribution passée (une personne, qui n'a pas contribué, a collaboré en moyenne avec 2,5 personnes contre 4,3 pour une personne qui a déjà collaboré).

Parmi les facteurs explicatifs de la contribution passée, nous retrouvons également : connaître le CESC ($p = 0,003$), être favorable à l'engagement du lycée ($p = 0,004$), avoir le sentiment que c'est quelque chose de déjà fait dans l'exercice de son métier ($p = 0,0371$).

Plus une personne juge que sa participation est élevée, plus elle a de chances d'avoir déjà contribué (moyenne de 48/100 pour une personne qui n'a pas contribué contre 65 pour une personne qui a déjà contribué).

On constate que la fonction exercée dans le lycée a une influence ($p = 0,0046$). Les personnels d'entretien, de service et de restauration ont peu contribué, les personnels administratifs et les enseignants ne participent plutôt pas (ils sont dans la moyenne des réponses), les personnels de direction et de vie scolaire et les personnels de santé ont contribué.

La moyenne d'âge de ceux qui n'ont pas contribué est de 40 ans, contre 45 pour ceux qui ont déjà contribué.

Tableau 21.6 : Analyse univariée (2006) avec la variable dépendante « avez-vous contribué jusqu'à présent à la prévention du tabagisme dans votre établissement ? »

Variables indépendantes	p-value	Sens	Effectif
miseoeuvre	<0,0001	+	157
collabo2	<0,0001	+	151
comite	0,0003	+	104
contreengage	0,0004	-	150
collabo8	0,0004	+	151
participation	0,0004	+	143
nbcollabo	0,0004	+	151
collabo4	0,0008	+	151
collabo6	0,0008	+	151
noncollabo	0,0028	-	151
cesc	0,003	+	146
engage	0,0031	+	159
profession	0,0046	*	148
q34o_n	0,0049	+	76
age	0,0078	+	142
pourengage	0,0094	+	150
anciennete	0,0135	+	145
memecombat	0,0159	+	157
q34o_i	0,0263	-	74
collabo3	0,0285	+	151
satisfaction	0,0364	+	142
q34o_d	0,0371	+	79
fleau	0,0404	-	158
collabo9	0,047	+	151

❖ *Contribution à venir en prévention du tabagisme dans le lycée*

Le statut tabagique a une influence sur le fait de vouloir contribuer : les non-fumeurs se déclarent prêts à le faire, tandis que les fumeurs occasionnels et les ex-fumeurs souhaitent plutôt ne pas contribuer, les fumeurs réguliers ne souhaitent pas apporter leur contribution.

Les variables qui impactent le plus sur l'envie de contribuer sont (tableau 21.7) :

- être favorable à l'engagement de l'établissement dans le projet (p<0,0001) ;
- avoir déjà contribué (p<0,0001) ;
- être non-fumeur (p<0,0001) ;

- penser qu'il ne suffit pas d'interdire mais qu'il faut faire de la prévention (p=0,0002) ;
- connaître l'existence du CESC (p=0,0003) ;
- penser que la communauté scolaire doit être un exemple en matière de tabagisme (p=0,0005) ;
- penser que les actions de prévention ont pour but d'aider à prendre du pouvoir sur soi (p=0,0006) ;
- penser qu'un lycée non-fumeur, c'est donner les moyens aux élèves de vouloir, pouvoir et savoir faire des choix éclairés (p=0,0199) ;
- collaborer avec d'autres (p entre 0,0021 et 0,0415) ;
- penser qu'il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac (p=0,0047) ;
- faire partie du CESC (p=0,0057) ;
- juger sa participation comme élevée (60/100 de note de participation contre 47/100 de moyenne) ;
- penser qu'il faut légaliser le cannabis (p=0,0072) ;
- savoir que le lycée est engagé dans une démarche non-fumeur (p=0,0085) ;
- être satisfait de son travail (note de 71/100 contre 62/100 de moyenne) ;
- penser avoir été bien informé sur ce qui sera mis en place (p=0,0199).

Les personnels d'entretien, de service et de restauration ne souhaitent pas contribuer ; les personnels administratifs, de direction et de vie scolaire et les enseignants souhaitent contribuer (ils sont dans la moyenne des réponses) ; les personnels de santé et de vie scolaire expriment une participation mitigée (p=0,0003).

L'âge a également une influence, puisque la moyenne d'âge est de 39 ans pour ceux qui ne souhaitent pas collaborer contre 44 ans pour ceux qui souhaitent le faire.

On observe un effet établissement : le lycée [L001] souhaite contribuer. Les lycées [L002] et [L003] ne souhaitent pas contribuer (p=0,0142).

Tableau 21.7 : Analyse univariée (2006) avec la variable dépendante « souhaitez-vous apporter votre contribution à la mise en œuvre du lycée non-fumeur ? »

Variables indépendantes	p-value	Sens	Effectif
conso	<0,0001	(f- / nf+)	161
pourengage	<0,0001	+	155
contreenrage	<0,0001	-	155
contrib	<0,0001	+	157
fume	<0,0001	-	119
interdire	0,0002	+	164
cesc	0,0003	+	150
profession	0,0003	*	153
q35f	0,0005	+	153
aideprev	0,0006	+	162
q35g	0,0018	+	153
age	0,0019	+	148
collabo6	0,0021	+	156
q35i	0,0032	+	149
noncollabo	0,0045	-	156
taxes	0,0047	+	160
comite	0,0057	+	107
participation	0,0062	+	148
nbcollabo	0,0071	+	156
cannaleg	0,0072	-	161
engage	0,0085	+	164
collabo2	0,009	+	156
collabo8	0,0096	+	156
satisfaction	0,0099	+	147
lycee	0,0142	*	164
q35a	0,0199	+	148
collabo5	0,0377	+	156
collabo4	0,0415	+	156

3. Des personnels majoritairement favorables au lycée non-fumeur

En 2006, les personnels des trois lycées de notre étude se déclaraient favorables à un lycée non-fumeur, et ce à *une très forte majorité (80%)*. Ce chiffre est identique à celui obtenu à la suite de l'enquête IFOP⁸⁹ parue en octobre 2005 demandant de se positionner sur le renforcement de l'interdiction dans les lieux

⁸⁹ Selon une enquête IFOP/Journal du dimanche, parue en octobre 2005, 80 % des Français (88 % des non-fumeurs et 56 % des fumeurs) étaient favorables à une interdiction totale de fumer dans les lieux de travail et les lieux accueillant du public.

publics. Il montre qu'il n'y a pas, de ce point de vue, de différence entre ces personnels de lycée et la population générale. Cette majorité de personnels favorables à un lycée non-fumeur se retrouve également dans l'analyse du discours sur la même période de 2006.

La question de l'interdit a été au coeur du débat lors du passage possible à des lycées non-fumeurs. Le produit et les risques qui sont liés ne constituent pas la cause principale d'une volonté d'interdire. Par exemple, les personnels ne sont pas favorables à l'interdiction de vente du tabac et de l'alcool. *La prévention est jugée complémentaire à l'interdit.* Elle est positionnée *sur un registre informatif* comme cela a également été le cas dans les données qualitatives de 2006. Néanmoins, les personnels de ces lycées sont plus d'un tiers à juger la fonction de l'interdit suffisante pour faciliter le passage à un lycée non-fumeur. L'appel à une prescription plus forte qui apparaissait dans les entretiens va dans le même sens.

L'expression de la contribution passée des personnels est intéressante à considérer. Ainsi, une implication antérieure augmente significativement les chances de continuer à agir dans un dispositif lycée non-fumeur. Toutes les catégories de personnels ne se sont néanmoins pas impliquées antérieurement de la même façon. *L'implication des équipes de direction et de vie scolaire, ainsi que celle des infirmières, a été la plus forte avant 2006.*

Le souhait de participer ou non à l'avenir est *en lien avec le statut tabagique*. Les non-fumeurs sont davantage prêts à s'engager. Un certain nombre de croyances semblent motiver cette adhésion. C'est le cas par exemple du sentiment d'un équilibre nécessaire entre prévention et interdiction, ou de l'expression de la nécessité d'aider les élèves à effectuer des choix raisonnés.

Un effet catégoriel renforce l'idée de l'engagement des équipes de direction et de vie scolaire, contrairement à une attitude plus réfractaire de la part des personnels TOS. Les enseignants sont disponibles pour s'engager à plus de 60%.

Les arguments mis en avant pour ne pas participer, sont très clairement autour d'une logique d'incompréhension sur la façon d'intervenir. Nous les avons situés dans notre typologie des items du questionnaire *au sein du déterminant Personnel*.

Cette intervention en prévention du tabagisme n'est pas identifiée comme relevant du rôle professionnel. Les entretiens montrent que l'expression du sentiment de ne pas savoir comment agir se traduit par un appel au soutien institutionnel du chef d'établissement. Le déterminant Personnel est là aussi fortement mis en avant autour d'un sentiment de rupture (Rabardel et Pastré, 2005) exacerbant le dilemme entre éducation et interdiction. Le qualitatif et le quantitatif mettent en évidence la recherche de réponses acceptables dans un compromis permettant de tenir ensemble des tensions professionnelles et personnelles.

III. Résultats après le décret tabac

La présentation des données descriptives que nous adoptons se fait suivant quatre champs d'analyse :

- les représentations sur le tabac et les addictions ;
- l'avis sur la prévention des conduites addictives ;
- l'avis sur le lycée non-fumeur ;
- les déterminants d'implication des personnels : ces derniers ont été classés en référence au cadre conceptuel que nous avons mobilisé pour catégoriser les rubriques significatives mises en évidence dans les entretiens (tableau 21.2).

La dépendance à la cigarette a été également prise en compte à partir du Short Test Tabac (STT) (Perriot et al., 2003)⁹⁰.

1. Résultats de l'analyse descriptive

❖ La dépendance à la cigarette

L'analyse univariée confirme que plus le délai entre le réveil et la première cigarette est court, plus la personne est dépendante, que plus la personne fume régulièrement, plus elle est dépendante, que plus une personne fume de cigarettes, plus elle est dépendante.

⁹⁰ La dépendance à la cigarette obtenue à partir du score au Short Test Tabac (STT) : de 0 ou 1 : peu ou pas dépendant, de 2 ou 3 : dépendance modérée, de 4 à 6 : dépendance forte.

Elle montre que plus une personne de notre échantillon est dépendante :

- plus ce fumeur ne souhaite pas contribuer car la prévention du tabagisme n'est pas dans les programmes d'enseignement (q34n_e, p=0,0384) ;
- plus ce fumeur pense que « c'est un projet de plus qui ne fera pas plus travailler les gens ensemble » (q34n_f, p=0,0384) ;
- plus ce fumeur pense que « le décret a rencontré beaucoup de difficultés de mise en œuvre » (q35c, p=0,0426) ;
- plus ce fumeur pense qu' « un établissement non-fumeur c'est surtout une affaire de négociation » (q35e, p=0,049).

❖ *Représentations sur le tabac et les addictions*

La quasi totalité de l'échantillon (tableau 21.8) s'accorde à dire que « la drogue est un grave fléau de notre société» (95,95% [2008]). L'affirmation selon laquelle « tous les jeunes courent le risque de devenir dépendants à une drogue » est majoritairement acceptée (91,08% [2008]). Cependant, sont minoritaires les personnes favorables à une interdiction de la vente et de la consommation de tabac (37,85% [2008]) ou d'alcool (32,43% [2008]). Les réponses à ces deux variables sont fortement liées ($p < 0,001$).

Tableau 21.8 : Résultats obtenus en 2008 sur des items du domaine « avis sur les représentations face au tabac et aux addictions » (Pourcentage de réponses « moyennement, d'accord et tout à fait d'accord »).

Items	2008
La drogue est un grave fléau de notre société	95,95
Tous les jeunes courent le risque de devenir dépendant à une drogue	91,08
Il faut interdire la vente et la consommation de tabac	37,85
Il faut interdire la vente et la consommation d'alcool	32,43

❖ *Avis sur la prévention des conduites addictives*

En 2008, 100% de l'échantillon s'accordent à dire que « les actions de prévention ont pour but d'informer les élèves sur les produits et les risques qu'ils encourent », et 95,83% pensent que la prévention doit se faire en parallèle des interdictions. En ce qui concerne les actions de prévention du tabagisme, 5,48% de l'échantillon doutent complètement de leur efficacité. (tableau 21.9).

Tableau 21.9 : Comparaison des résultats obtenus en 2006 et 2008 sur des items du domaine « avis sur la prévention des conduites addictives » (Pourcentage de réponses « moyennement, d'accord et tout à fait d'accord »).

Items	2008
Les actions de prévention ont pour but d'informer les élèves sur les produits et les risques qu'ils encourent	100
Il ne suffit pas d'interdire il faut faire de la prévention	95,83
Les actions de prévention peuvent être efficaces	94,52

❖ *Avis sur le lycée non-fumeur*

En 2008, 92,86% de l'échantillon pensent que le décret est bien respecté dans leur établissement (7,14% pensent le contraire). Les principaux aspects positifs cités sont « les bienfaits sur l'environnement et sur la santé », « l'amélioration de la qualité de vie » et « l'arrêt du tabagisme passif ». Les principaux aspects négatifs notés sont « l'insécurité des élèves hors de l'enceinte du lycée lors des pauses cigarette » et « le manque de propreté dû aux mégots jetés devant le lycée » (tableau 21.10).

Tableau 21.10 : Comparaison des résultats obtenus en 2006 et 2008 sur des items du domaine « avis sur le lycée non-fumeur » (Pourcentage de réponses « moyennement, d'accord et tout à fait d'accord »).

Items	2008
Il a suffi d'interdire de fumer pour que l'établissement soit non-fumeur	65,15
En matière de tabagisme le lycée doit être un exemple	93,85

En 2008, 93,85% pensent qu'en matière de tabagisme le lycée doit être un exemple (item f question III.5) ; cet avis est fortement lié au statut tabagique puisqu'un adulte en accord avec l'exemplarité du lycée en matière de tabagisme, a environ 2 fois moins de risque d'être fumeur régulier et 8 fois moins de risque d'être fumeur occasionnel qu'un adulte en désaccord avec la proposition.

Ils sont 65,15% à estimer qu'il a suffi d'interdire de fumer pour que l'établissement soit non-fumeur.

2. Résultats de l'analyse univariée

❖ Contribution passée à la prévention du tabagisme dans le lycée

Si l'on observe en 2008 l'item « avez-vous contribué jusqu'à présent à la prévention du tabagisme dans votre établissement ? » (tableau 21.11), le lycée L001 a peu contribué, L003 a plutôt contribué. On a autant de oui que de non pour L002 (13 non et 12 oui). Il y a donc un effet établissement observable ($p=0,0028$). Le fait de contribuer à la prévention du tabagisme concerne les personnels administratifs, les personnels de direction et de vie scolaire ainsi que les personnels de santé. Il ne concerne pas les personnels d'entretien, de service et de restauration. La contribution déclarée par les enseignants est plutôt mitigée (18 non et 13 oui). On observe donc un effet catégoriel assez net ($p=0,0076$). Le pourcentage de personnels déclarant avoir contribué à prévenir le tabagisme est de 37,50% contre 62,50% qui déclarent ne pas avoir contribué (effectif = 72). L'observation des autres variables montre l'impact positif du nombre de collaborateurs sur le niveau de contribution à la prévention du tabagisme (p entre 0,0002 et 0,0251 selon les variables considérées pour décrire la collaboration).

Tableau 21.11 : Analyse univariée (2008) avec la variable dépendante « avez-vous contribué jusqu'à présent à la prévention du tabagisme dans votre établissement ? »

Variables indépendantes	p-value	Sens	Effectif
nbcollabo	0,0002	+	48
miseoeuvre	0,0026	+	69
lycee	0,0028		72
collabo8	0,003	+	48
collabo6	0,0032	+	48
collabo5	0,0066	+	48
profession	0,0076	*	67
collabo3	0,0077	+	48
collabo9	0,0084	+	48
collabo2	0,0251	+	48
participation	0,0365	+	65
cannaleg	0,0472	-	69
q34n_b	0,0477	*	33
collabo4	0,0501	+	48
q34o_n	0,0508	+	25

❖ *Contribution à venir en prévention du tabagisme dans le lycée*

Lorsque l'on fait l'analyse univariée en prenant comme variable dépendante en 2008 « souhaitez-vous apporter votre contribution à la mise en œuvre du lycée non-fumeur ? », on observe à nouveau un effet catégoriel entre des personnels administratifs, de direction et vie scolaire, de santé pour ceux qui souhaitent apporter leur contribution, et des personnels d'entretien, de service et de restauration qui ne le souhaitent pas. Les enseignants se répartissent de façon plus mitigée (17 non et 13 oui).

Les variables qui impactent le plus sur l'envie de contribuer sont (tableau 21.12) :

- « il ne suffit pas d'interdire, il faut faire de la prévention » ($p=0,0003$) ;
- « tout le monde (adultes et élèves) doit être mis à contribution » ($p=0,0008$) ;
- le fait d'avoir déjà contribué ($p=0,0026$) ;
- « les actions de prévention contre le tabagisme peuvent être efficaces » ($p=0,0062$) ;
- « le lycée non-fumeur, c'est donner les moyens aux élèves de vouloir, pouvoir et savoir faire des choix éclairés... » ($p=0,0072$) ;
- le fait de participer à la vie de l'établissement ($p=0,011$) ;
- le fait d'être satisfait au travail ($p=0,0155$) ;
- le fait de collaborer avec d'autres personnes (p entre 0,0268 et 0,0432) ;
- « un lycée non-fumeur a besoin de partenaires extérieurs » ($p=0,0346$) ;
- « les actions de prévention ont pour but d'aider à prendre du pouvoir sur soi et sur son environnement » ($p=0,0487$).

Tableau 21.12 : Analyse univariée (2008) avec la variable dépendante « souhaitez-vous apporter votre contribution à la mise en œuvre du lycée non-fumeur ? »

Variables indépendantes	p-value	Sens	Effectif
interdire	0,0003	+	68
q35i	0,0008	+	62
profession	0,0009	*	65
contrib	0,0026	+	69
prevention	0,0062	+	69
q35g	0,0072	+	63
comite	0,0088	+	38
participation	0,011	+	64
satisfaction	0,0155	+	66
nbcollabo	0,0268	+	48
collabo3	0,0323	+	48
q35h	0,0346	+	63
collabo6	0,0364	+	48
collabo8	0,0372	+	48
collabo5	0,0432	+	48
aideprev	0,0487	+	66
q35f	0,0506	+	63
q35d	0,0507	+	62

Parmi les 42,82% de personnels qui se déclarent prêts à apporter leur contribution à la prévention du tabagisme, cinq variables dépendantes sont considérées : contribuer « pour faire pleinement mon métier » (Q34o_d), « pour avoir un rôle éducatif » (Q34o_f), « pour se sentir valorisé professionnellement » (Q34o_i), « parce que c'est un souhait de mon chef d'établissement » (Q34o_m), « parce que c'est quelque chose que je fais déjà » (Q34o_n).

Pour ces cinq variables à expliquer, les variables explicatives se répartissent selon deux dimensions : une dimensions « activité professionnelle » et une dimension « élèves et construction de leur rapport à la santé ».

3. Un moindre engagement des enseignants après le décret tabac

Les consommations de psychotropes ont, de manière dominante, valeur de « fléau ». Les risques de dépendance à une drogue sont considérés majoritairement comme importants, mais *le tabac et l'alcool conservent un statut*

à part. Leur interdiction de vente n'est pas estimée souhaitable par les trois quarts des personnels de notre enquête.

L'entrée informative de la prévention est privilégiée, de même que sa nécessaire articulation avec l'interdit.

En 2008, le décret n°1386-2006 est en application dans les lycées de notre échantillon, comme dans tous les lieux publics en France. Son application est à *près de 95% décrite comme effective* dans ces trois établissements scolaires. Les entretiens ont également montré qu'il avait été bien respecté. Comme pour l'enquête qualitative, nous retrouvons parmi les effets positifs les bienfaits sur le cadre et la qualité de vie ainsi que l'arrêt du tabagisme passif. Le principal effet négatif exprimé est la sortie dangereuse des élèves devant l'établissement. Il est associé dans le quantitatif au sentiment de manque de propreté devant le lycée en raison des nombreux mégots.

L'analyse quantitative des données 2008 montre que 45% des enseignants interrogés déclarent être prêts à participer à la prévention du tabagisme, alors qu'ils étaient 61% en 2006. Cet écart important correspond sans doute à *un moindre engagement des enseignants* qui peut être mis en lien avec les données qualitatives de 2008. Celles-ci ont permis de voir à quel point les enseignants se sentaient désabusés devant certaines limites de l'interdiction de fumer. Ils partageaient ce sentiment avec les autres personnels (les chefs d'établissement n'étaient pas inclus dans cette étude).

Les données quantitatives mettent en avant *un engagement plus fort de la part des personnels de direction, de vie scolaire et des personnels administratifs*. Ceux-ci estiment avoir d'ailleurs davantage contribué à la prévention du tabagisme. Ce sentiment s'explique du fait de leur forte implication dans la mise en œuvre du décret. L'étude décrite au chapitre suivant tente d'étudier l'impact du décret sur les personnels de direction et de vie scolaire.

CHAPITRE 14 : Les changements professionnels induits par le décret sur l'activité des personnels de direction et de vie scolaire

I. Des positions professionnelles marquées par le déterminant institutionnel

1. Un métier au cœur du prescriptif

Les équipes de direction et de vie scolaire des lycées sont appelées à veiller à la mise en place de nombreuses prescriptions (Lois, décrets, programmes,...) et sont confrontées constamment à « l'écart croissant entre la responsabilité institutionnelle, mais aussi sociale et morale, d'atteindre les objectifs pédagogiques et éducatifs, et le sentiment de ne pas disposer de moyens nécessaires pour y arriver », ce qui a pour résultante une perception dégradée de leur métier notamment par les chefs d'établissement (Fotinos, 2008). Se pose donc aujourd'hui de façon aiguë la question de savoir comment sont reçues ces prescriptions, comment ces professionnels peuvent les intégrer, les mettre en cohérence avec les différentes dimensions de la vie scolaire au service d'une vision claire des missions de l'Ecole. Cette problématique prend un relief tout particulier lorsqu'il s'agit de considérer les questions de santé et plus spécifiquement de prévention des conduites addictives⁹¹. Du côté de la prescription, un ensemble de textes, liés à l'autonomie des établissements et aux missions des personnels de direction et de vie scolaire (Décret n°85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement et circulaire) ou plus spécifiquement à l'éducation à la santé (circulaire n°2006-197 du 30-11-2006 relative aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté) confère une large responsabilité aux équipes d'établissements dans leur politique éducative. La mise en œuvre et la conduite d'une telle politique d'éducation à la santé n'est pas sans poser de réelles difficultés. La tension est, en effet, d'autant plus grande que

⁹¹ Une conduite addictive correspond à la perte de la liberté de s'abstenir de consommer un produit ou de mettre en œuvre un comportement (Fouquet, 1950). Plus précisément c'est, selon Goodman, "un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives"(Goodman, 1990).

la pression sociale est forte dans ce domaine et que l'éducation à la santé trouve mal sa place dans le champ scolaire (Jourdan, 2007, Berger et al., 2007), tout particulièrement à un moment où est exprimé le désir d'un recentrage sur les savoirs fondamentaux.

2. Un décret comme objet d'étude

Pour notre étude, nous avons choisi le décret n°2006-1386, applicable depuis février 2007 et interdisant toute consommation tabagique dans les lieux publics. La Loi (Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 dite Loi Evin) interdisait certes la consommation de tabac à l'intérieur des locaux scolaires mais elle autorisait la création de salles fumeurs pour les adultes et de zones fumeurs pour les élèves. Sujette à interprétations, la Loi Evin a été reconnue comme assez ou très difficilement applicable par près de 62% des chefs des établissements de lycée (IOD, 2002). Ce décret concerne tous les lieux publics mais le milieu scolaire tient une place originale. Sa spécificité tient aux relations particulières qui se nouent entre la santé et l'éducation. En effet, l'Ecole n'est pas seulement un milieu de vie qui accueille les enfants et les adolescents français pendant plus d'une décennie, elle est aussi un espace privilégié d'éducation, notamment dans le domaine des conduites addictives. Ainsi, la circulaire relative à ce décret rappelait-elle que cette mesure entraine dans une dynamique de prévention et d'éducation à la santé (circulaire n°2006-196 du 29-11-2006 relative à l'interdiction de fumer pour les personnels et les élèves dans les établissements d'enseignement et de formation).

Afin de tenter de comprendre les effets de cette prescription sur l'activité des professionnels de direction et de vie scolaire des lycées, nous avons mobilisé les outils de l'analyse du travail même si « peu d'études envisagent l'activité de direction comme une activité de travail susceptible d'être appréhendée comme n'importe quel autre travail, » (Tourmen et Mayen, 2007). Dans ce cadre, l'activité des professionnels en matière de prévention du tabagisme ne peut être pensée comme la simple application d'instructions. La façon dont les chefs d'établissements, leurs adjoints et leurs conseillers principaux d'éducation

considèrent les prescriptions de leur Institution, leurs propres représentations sur le tabac ou les addictions, et sur leurs missions dans ce domaine, leur perception du comportement du public élève, de ses besoins sont autant de composantes à considérer (Goigoux, 2007). La finalité générale de notre travail est donc de comprendre la façon dont un nouvel élément (une prescription institutionnelle) vient interférer avec une pratique existante et conduit à une redéfinition de la tâche par les professionnels. Cette étude vise ainsi à tenter de répondre à la question des effets de la publication d'un décret relatif à la santé publique sur l'activité des personnels de direction et de vie scolaire à partir des changements professionnels qui ont pu survenir. Cette activité est référée aux quatre axes qui définissent la direction d'établissement (B.O. spécial N° 1 du 3 janvier 2002) : éducatif (Conduire une politique pédagogique et éducative d'établissement), de gestion (Conduire et animer la gestion de l'ensemble des ressources humaines), de partenariat (Assurer les liens avec l'environnement) et d'administration. L'hypothèse que nous formulons est que les personnels de direction redéfinissent leur tâche en référence à l'arrivée du décret dans les quatre domaines : éducatif (intégration à la démarche d'éducation à la santé de l'établissement), de gestion (prise en compte des difficultés posées par l'interdiction des zones fumeurs), de partenariat (mise en lien avec les acteurs du monde de la santé) et d'administration (sécurité, règlement intérieur).

II. La prise en compte de la redéfinition de la tâche

Le prescripteur, celui qui définit la tâche, puise dans ses propres valeurs et représentations de la tâche et ce, avec toutes les limites liées à l'existence d'une distance parfois grande entre celui qui prescrit et celui qui exécute (Leplat, 1992). La prescription (le décret), ou plus précisément l'ensemble des entités prescriptives (date choisie pour l'entrée en application du décret, publics concernés, nature des nouveaux interdits, sanctions prévues, etc.), peut être considérée comme un artefact symbolique ou un ensemble d'artefacts symboliques, produits d'une construction humaine (Rabardel, 1995). Ce qui est prescrit a une double intention : celle d'influer sur l'activité des professionnels (en

l'orientant par la préconisation de procédures) et celle d'agir sur les valeurs, les raisonnements et les motivations trouvées au travers de l'activité.

Dans le système éducatif notamment, plusieurs formes de prescriptions existent (Goigoux, 2007). Notre étude s'intéresse à une prescription de type « primaire » recouvrant les Lois, décrets, textes officiels, orientations académiques et départementales, plutôt qu'aux prescriptions dites « secondaires » telles qu'un projet d'établissement intégrant la prévention des conduites addictives, des projets de Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté spécifiques au tabac ou aux conduites addictives, celles liées aux formations de personnels sur la connaissance des produits ou l'utilisation d'outils d'animation, etc. Les prescriptions primaires ne relèvent pas de l'activité propre des professionnels d'un établissement scolaire et sont imposées par les textes officiels. Les prescriptions secondaires peuvent potentiellement s'appuyer sur l'ensemble du personnel de l'établissement ou sur l'activité en interne de certains d'entre eux. Elles sont déjà le produit, ou du moins un des effets potentiels, de la prescription primaire émanant de ce décret tabac.

Une prescription ne génère pas forcément la réponse attendue de la part de ceux auxquels elle s'adresse. C'est l'évaluation de cette distance entre le « à faire » et le « effectivement réalisé » que nous permet l'analyse du travail (Goigoux, 2007). Nous nous référons à la notion de tâche redéfinie pour tenir compte du fait « qu'un agent à qui est confiée la tâche prescrite n'est jamais un pur exécutant de celle-ci. Il se définit sa propre tâche à partir de la tâche prescrite et à partir de ses propres caractéristiques » (Leplat, 1997). Cela signifie qu'il doit d'abord se représenter la tâche prescrite, c'est-à-dire la comprendre en fonction de ce qu'il est et de la place qu'il occupe dans l'organisation (Leplat parle à ce propos de « tâche représentée ») (Mayen et Savoyant, 2002). Le chef d'établissement, l'adjoint ou le conseiller principal d'éducation doit ensuite « en évaluer la compatibilité avec les ressources dont il dispose et avec un ensemble d'éléments personnels et identitaires tels que sa propre expertise de la situation et donc de la tâche à réaliser, ses mobiles et ses valeurs, mais aussi le niveau de risque ou de

fatigue qu'il est prêt à accepter et le niveau de satisfaction auquel il peut prétendre » (Mayen et Savoyant, 2002).

La redéfinition de la tâche est un processus normal qui fait partie intégrante de l'activité du sujet. « Si l'action fait l'objet d'une prescription (la tâche), l'activité, elle, est imprescriptible, elle dépend du rapport que le sujet instaure entre son action et le milieu dans lequel elle s'exerce ; ce dernier est constitué de « propriétés » historico-culturelles particulières ; le milieu (de travail) dans lequel se réalise une action est une source de réorganisation des processus psychiques qui la composent, et donc du développement de l'expérience » (Amigues et Lataillade, 2007). Tenir compte du contexte de l'activité ne peut se faire sans caractériser le travail en fonction de ce contexte ou des éléments que les personnels de direction et de vie scolaire choisissent de nous décrire (climat d'établissement, attitude des autres personnels de l'établissement, comportements des élèves, modifications de l'organisation de la vie du lycée, etc.).

Dans le but de comprendre les modalités de l'appropriation de la prescription formulée par le décret (et non des effets résultants de nouvelles prescriptions secondaires au décret lui-même) et d'en inférer les modalités de redéfinition de la tâche, nous avons choisi de nous appuyer sur le reconstruit exprimé par ces professionnels. Nous nous référons pour cela au modèle d'analyse de l'activité des enseignants (Goigoux, 2005) adapté de façon à permettre une lecture structurée de l'activité des personnels de direction et de vie scolaire (figure 7). Rappelons pour mémoire que ce modèle postule que l'activité des professionnels dépend de l'interaction de trois déterminants : le déterminant « Institution » (les caractéristiques du système éducatif dans toutes ses dimensions), le déterminant « Personnel » (les caractéristiques du professionnel lui-même) et le déterminant « Public » (les caractéristiques des élèves et des membres de la communauté éducative).

La dimension fortement prescriptive de cette injonction par décret d'une part, et la position institutionnelle des personnels auxquels nous nous intéressons d'autre part, constituent les deux éléments principaux qui nous ont poussé à étudier plus

particulièrement le poids relatif du déterminant « Institution » par rapport aux autres déterminants « Personnel » et « Public » de l'activité. Cette position particulière des personnels de direction les place dans un rapport de « loyauté » vis-à-vis de l'Institution scolaire.

Pourtant une réelle latitude d'intervention existe et nous postulons qu'un écart existe entre le travail prescrit et le travail réel (Leplat, 1997). Y compris dans le cadre de leurs fonctions professionnelles particulières de personnels d'encadrement, les chefs d'établissement prennent des décisions dans bien d'autres buts que de relayer la politique nationale, notamment pour préserver un climat favorable dans leur lycée (Karnas, 1987).

III. Une approche adaptée

1. Méthodologie de recueil

L'approche que nous développons donne toute sa place au sujet et donc aux processus par lesquels il donne sens et cohérence à son activité au travers de son discours. C'est bien de la façon dont des personnels de direction et de vie scolaire identifient les effets d'une prescription institutionnelle et en décrivent les conséquences sur leur activité professionnelle dont il est question. Pour accéder à ce reconstruit, cette étude s'ancre sur le déclaratif portant sur l'activité et non sur l'activité telle qu'elle est mise en œuvre. Les fonctions des personnels de direction et de vie scolaire conduisent à ce que leur intervention sur la question du tabagisme soit extrêmement diffuse dans le temps et dans l'espace (contrairement aux enseignants pour lesquels il est possible d'analyser l'activité dans le cadre précis d'une séance de classe). D'autres outils que ceux habituellement utilisés (enregistrements vidéographiques et autoconfrontation simple ou croisée) devront être mis en œuvre (Clot et al., 2001). Comme le souligne Ullman (2007), « les concepts organisateurs du travail d'encadrement et de prise de décision sont la plupart du temps peu observables, ils apparaissent essentiellement dans les discours post actions ». Dans la démarche d'analyse du travail qui est la notre, les entretiens non directifs constituent un outil méthodologique pour comprendre

comment les professionnels se représentent leur tâche et comment ils ajustent leur activité à la prescription.

Notre méthodologie, qui s'attache à « ramener les usages dans la conception » afin « de construire des systèmes a priori adaptés parce que fondés sur une représentation pertinente des besoins et des façons de faire » (Falzon, 2005), s'appuie sur des entretiens qui ont été conduits de la manière la moins directive possible. Nous avons choisi d'intervenir a minima sur la parole des acteurs. Le décret était posé sur la table avec comme seule question inductrice : « pouvez-vous nous dire ce que cela a apporté comme changement dans votre vie professionnelle ? ». Les relances ont été réalisées uniquement sur la base du discours des professionnels (reformulation, demande de précisions).

2. Population concernée

Notre étude s'est déroulée au cours d'une période allant de mi-mars à mi-juin 2007. Elle a fait suite à l'entrée en application du décret n° 2006 – 1386 interdisant toute consommation tabagique dans une enceinte scolaire. Au total, sur 22 établissements contactés, 17 ont accepté d'entrer dans cette démarche de recueil de données. Notre échantillon (tableau 22) est composé de 12 lycées généraux, professionnels, polyvalents ou agricoles du département de l'Allier et de 5 lycées situés sur le Puy-de-Dôme. Ce groupe de lycées représente 40% des établissements publics de l'Académie de Clermont-Ferrand. Les lycées de l'étude accueillent des élèves de catégories socioprofessionnelles légèrement plus défavorisées que la moyenne académique qui est globalement plus favorisée que la moyenne nationale (tableau 23). Un total de 48 entretiens a été conduit auprès de 12 proviseurs, 12 proviseurs adjoints et 24 conseillers principaux d'éducation (CPE). Les personnels interrogés ont, par la suite, reçu une synthèse de l'analyse de ces entretiens conformément au contrat initialement passé avec eux.

Tableau 22 : Répartition des établissements de l'étude

Type			Taille		Environnement		
Général	Polyvalent	Professionnel	Agricole	Inférieur à 500 élèves	Supérieur à 500 élèves	Urbain	Rural
4	5	6	2	3	14	10	7

Légende : Les établissements de l'étude se répartissent de manière équilibrée entre d'une part, l'urbain et le rural et d'autre part entre leur type, exception faite des lycées agricoles qui sont beaucoup moins nombreux sur l'académie.

Tableau 23 : Caractéristiques socioprofessionnelles des élèves accueillis dans le corpus de lycée

	Favorisé	Moyen	Défavorisé		Favorisé	Moyen	Défavorisé
L001	27 %	31,8 %	41,2 %	L010	20,1 %	31,5 %	44,4 %
L002	17,7 %	32,8 %	49,5 %	L011	36,5 %	33,8 %	29,1 %
L003	14 %	34 %	52 %	L012	15 %	33 %	52 %
L004	25,2 %	34,9 %	36,5 %	L013	67,9 %	20,7 %	11,1 %
L005	32,8 %	32,6 %	34 %	L014	21,6 %	34,1 %	44 %
L006	15,9 %	35 %	45,1 %	L015	19,5 %	25,7 %	49,6 %
L007	45,9 %	31,6 %	21,7 %	L016	31,2 %	26,6 %	38,9 %
L008	11,6 %	28,9 %	55,2 %	L017	12,9 %	14,2 %	65,9 %
L009	12 %	26,7 %	53,1 %	Moyenne des lycées	25,1 %	29,9 %	42,5 %
	Moyenne académique = 41,2% - Moyenne nationale = 34,8 %				Moyenne académique = 41,2% - Moyenne nationale = 34,8 %		
	Moyenne académique = 29,2% - Moyenne nationale = 26 %				Moyenne académique = 29,2% - Moyenne nationale = 26 %		
	Moyenne académique = 29,6% - Moyenne nationale = 39,1 %				Moyenne académique = 29,6% - Moyenne nationale = 39,1 %		

Légende : Les élèves des lycées au sein desquels nous avons interviewé les personnels de direction et vie scolaire sont de catégories socioprofessionnelles favorisées à 25,1 % (contre 41,2% au niveau national et 34,8 % au niveau académique), de catégories moyennes à hauteur de 29,9 % (contre 29,2% au niveau national et 26 % au niveau académique), et de catégories défavorisées pour 42,5 % des élèves (contre 29,6% au niveau national et 30,1 % au niveau académique).

3. Analyse du contenu des discours

Nous avons affecté un code à chacun des 48 entretiens de la manière suivante : le code établissement ([L001] jusqu'à [L017]), suivi d'une lettre ([P] pour proviseur, [PA] pour proviseur adjoint et [CPE] pour conseiller principal d'éducation) et éventuellement d'un chiffre (si plusieurs personnels exercent la même fonction au sein du même établissement).

Notre travail a d'abord consisté en une analyse du contenu du discours par blocs. Cet inventaire repose sur la constitution de catégories ou rubriques significatives à partir des éléments du discours grâce au repérage « d'unités d'enregistrement », c'est à dire de noyaux de sens (Bardin, 2001). Le nombre conséquent d'entretiens

conduits (48) a permis d'arriver à une saturation des données (aucune nouvelle catégorie n'apparaît malgré l'augmentation du nombre d'entretiens analysés).

C'est seulement dans un second temps que nous avons élaboré des regroupements suivant les trois dimensions « Institution », « Personnel » et « Public » de notre cadre conceptuel. Nous avons alors identifié à quel déterminant chaque catégorie renvoyait. A l'intérieur de ces déterminants, nous avons alors distingué ce qui relevait des caractéristiques de l'« Institution », de la « Personne » ou du « Public » auxquelles les sujets se référaient en amont (pour décrire leurs motivations ou légitimer leur action), et en aval pour mettre en évidence les effets qu'ils avaient identifiés. En d'autres termes, quels éléments se sont révélés déterminants, quelles priorités se sont-ils fixés pour agir : choisissent-ils de valoriser les dimensions organisationnelles devant accompagner la mise en œuvre du décret ou bien le considèrent-ils comme un instrument pour remplir leurs missions éducatives (Rabardel, 1995).

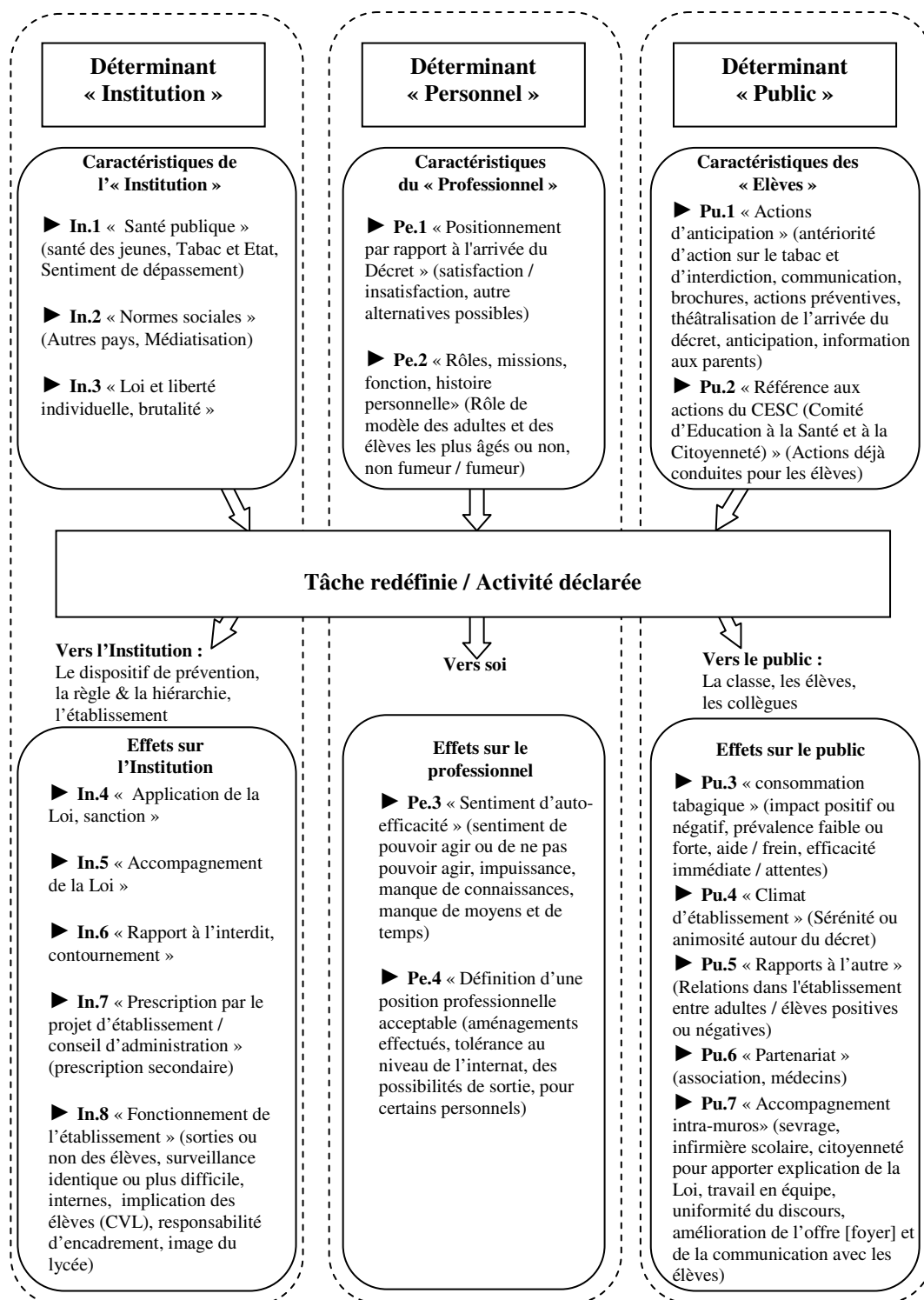
IV. Importance relative des différentes rubriques significatives

1. Analyse globale du discours

L'analyse globale du discours montre qu'il relève essentiellement d'un registre argumentatif. Ce discours accorde une valeur particulière au contexte externe à l'établissement (mutations sociales dues à l'évolution des normes relatives au tabac et plus généralement à la santé) et à la vie interne à l'établissement (actions d'anticipation en amont de l'entrée en application du décret). Si une seule idée devait être retenue de ce qu'ont exprimé les 48 personnes interrogées, c'est le fait qu'il y a eu moins de problèmes que prévu, mais des points particuliers de difficulté subsistent tels que ceux liés à l'internat ou au fait que les élèves fument sur les trottoirs bordant l'établissement.

L'analyse de contenu a conduit à la mise en évidence de dix-neuf catégories ou rubriques significatives (figure 15).

Figure 15 : Composantes spécifiques exprimées par les personnels de direction et de vie scolaire suivant les trois axes IPP



Légende : Les personnels s'expriment sur leur tâche et sur leur activité. Ils expriment un certain nombre de caractéristiques en amont qui ont conditionnées ce que leur tâche et leur activité a finalement été (tâche redéfinie et activité déclarée). Ces caractéristiques sont : In.1, In.2, In.3 (pour le déterminant « Institution »), Pe.1, Pe.2 (Déterminant « Personnel »), Pu.1, Pu.2

(Déterminant « Public »). L'activité qu'ils déclarent avoir conduite, en fonction de la tâche qu'ils ont redéfinie, a eu ensuite un certain nombre d'effets sur l'Institution (In.4, In.5, In.6, In.7, In.8) sur le professionnel (Pe.3, Pe.4) et sur le public (Pu.3, Pu.4, Pu.5, Pu.6, Pu.7).

Le point central du discours concerne pour les professionnels concernés « comment faire vivre l'établissement » plutôt que « comment conduire un dispositif visant à améliorer la santé publique ». La prévention et l'éducation ont finalement peu de place. Le volet sanitaire est essentiellement abordé via l'aide à l'arrêt du tabac. Le discours recueilli auprès des chefs d'établissements, de leurs adjoints et de leurs conseillers principaux d'éducation est sur le double registre de l'activité (telle qu'ils la décrivent par rapport à la mise en application du décret dans leur lycée) et de la tâche (telle qu'elle leur est prescrite et telle qu'ils ont pu la redéfinir).

2. Rubriques significatives exprimées pour chaque déterminant

Les 19 catégories ont ensuite été réparties d'une part en référence aux trois déterminants (Institution, Personnel et Public) et, d'autre part, selon qu'elles renvoient aux caractéristiques (en amont de l'activité) ou aux effets de cette activité (en aval). Les catégories sont donc réparties dans six groupes (figure 15).

1/ Le déterminant « Institution » : caractéristiques et effets

► **In.1** : L'expression de ces professionnels du milieu scolaire sur les attentes orientées vers l'Ecole en matière de **santé publique** permet d'identifier toutes les limites d'actions qu'ils perçoivent dans ce domaine : « *il ne faut pas non plus vouloir résoudre un problème qui est celui effectivement de la santé publique* » [L006 – CPE1]. « *Moi aussi je préférerais que les jeunes disent bah, non fumer ça va m'abîmer la santé, ça me coûte des sous. Mais bon, ça ne se passe pas comme ça, dans la réalité. C'est pas ça du tout.* » [L006 – CPE3]. Les limites de l'efficacité de ces nouveaux interdits fixés pour l'Ecole sont avancées : « *Enfinement on règle pas le problème de la santé du jeune qui se retrouve à fumer dehors* » [L003 – P], même si le même proviseur déclare : « *Ça pourrait être pareil avec les conduites accidentogènes, en booster ou en voiture ou autre,*

tout ce qui touche à la mortalité, à la santé, on est sensible à ça et c'est notre devoir aussi. » [L003 – P].

► **In.2** : L'évolution des **normes sociales** est décrite au travers de l'image du fumeur dans notre société comme ayant fortement évolué (« *Maintenant quand même je pense qu'il y a une image moins positive qui se dégage [...] on compte beaucoup sur le fait il n'y ait pas cette image si valorisée que ça de la personne qui fume* » [L012 – P]), « *c'est à la fois, je pense, dans la culture [...] On voit l'évolution de la société* » [L005 – P], « *une prise de conscience [...] c'est au niveau de toute la société.* » [L007 – CPE3]). Ainsi est avancé le fait « *qu'il y a eu l'influence des médias là-dessus, la réaction des gens qui fumaient, était qu'ils disaient, c'est normal [qu'il y ait une interdiction]* » [L007 – P], « *les médias ont dû jouer un rôle* » [L007 – CPE1].

► **In.3** : Le discours sur la **perte de libertés individuelles** est peu présent. Lorsqu'il est abordé c'est d'une façon plutôt fataliste du fait de l'évolution des normes sociales « *c'est vécu comme une atteinte à une liberté individuelle, ça a d'abord été vécu comme ça et puis petit à petit la raison se fait.* » [L007 – CPE3]. Cela reste un argument qui est minimisé lors des entretiens : « *Et puis, c'est ça, les gens qui fument, ils fument..., tant qu'ils n'envahissent pas la liberté des gens. Mais je pense que ça limite quand même les choses.* [L005 – CPE1], ou encore : « *je pense pas que ce soit une privation de liberté.* » [L007 – CPE3] même si l'on observe que « *c'est vécu comme une frustration* » [L007 – CPE3]. La parution et la mise en place rapide du décret sont soulignées : « *cette loi qui arrive quand même **brutalement** et qui les [les élèves] privent d'une certaine liberté* » [L007 – CPE2].

► **In.4** : La « bonne » **application des règles** fixant l'interdiction de fumer est un élément très présent dans le discours des proviseurs (« *Dans le RI [règlement intérieur], il était strictement interdit de fumer* » [L001-P]). Lorsque cette application est problématique, le discours est dirigé vers ce qui a été prévu (« *c'est*

la retenue, l'exclusion, c'est ce qui est prévu au règlement intérieur » [L001-PA]) et plus rarement vers une expression directe des difficultés rencontrées. Dans l'ensemble, cette application n'a pas engendré de réactions massivement négatives.

L'éventualité des infractions est mise en perspective par la possibilité (utilisée ou non) de **sanctionner** (« *il y a des élèves qui ont eu des retenues* » [L010-CPE2], « *il a été prévu de sanctionner mais d'abord de relever l'infraction* » [L009-PA], « *L'élève va être sanctionné, ça peut être des heures de retenues, ça peut être une convocation des parents. S'il persiste ça peut aller au-delà, ça peut être moins une punition mais une sanction* » [L001-CPE], « *curieusement depuis le 1^{er} février on n'a pas eu à sanctionner un élève,* » [L007-P]) et par l'âge du public scolaire concerné (« *on a des jeunes qui ont dix-neuf ans, c'est un petit peu plus compliqué de leur faire comprendre qu'à des collégiens* » [L017 – P]). L'application de la règle est rendue complexe aussi pour des **raisons structurelles** : « *Le seul problème, c'est que c'est un établissement très étendu, il y a presque dix-sept hectares* » [L013-PA]. La **recherche d'un équilibre entre accompagnement et répression** témoigne de la difficulté pour trouver une réponse éducative adaptée (« *on a eu déjà des difficultés, j'ai eu des élèves qui n'arrivaient pas à s'arrêter* » [L002-CPE] « *comme c'est relativement souple, on n'a pas eu à rentrer dans la punition, c'est vrai que si on considère le volume de punitions, de retenues, de prises de bec, d'entretiens en tête à tête avec moi ou avec le proviseur adjoint, qu'on peut faire sur une année, quand on considère le volume que ça représente, et l'énergie que ça demande pour gérer ça, c'est vrai que ça fait un poids supplémentaire, c'est clair.* [L002-CPE]). Pour d'autres, « *il a fallu être crédible, c'est-à-dire qu'on appuie sévèrement tous les contrevenants mais que les punitions sévères ont permis d'éviter la prolifération des cigarettes et l'an dernier on a dû punir une dizaine d'élèves* » [L005 – P].

► **In.5** : **L'accompagnement de la Loi** est abordé dans l'objectif du maintien d'un climat d'établissement avec un minimum d'animosités : « *On va être à l'écoute des élèves et des adultes pour voir quels sont les problèmes soulevés par*

cette interdiction et puis on va essayer de trouver des solutions pour que ça se passe le mieux possible. » [L004 – PA2]. Le point de focalisation est davantage sur les adultes pour les personnels de direction et sur les élèves pour les conseillers principaux d'éducation : « Alors pour les adultes c'est parfaitement l'accompagnement tel qu'il a été prévu par l'administration. Nous, on ne peut pas faire plus que ce qui a été prévu par notre administration, donc là c'est pas toujours facile pour eux » [L008 – PA], « l'infirmière a reçu le document d'accompagnement pour les élèves donc à savoir ceux qui souhaitent être accompagnés pour cesser de fumer, donc qu'elle puisse les rencontrer et puis après les orienter vers un tabacologue. » [L008 – CPE].

► **In.6** : Le **rapport à l'interdit** se traduit par une acceptation assez marquée de la mesure : « *c'est une bonne chose parce que c'est pas normal. » [L007 – CPE4]. La question du **contournement de la règle** est dirigée vers les élèves : « *pour l'instant les élèves respectent bien » [L007 – CPE4]. Assez peu de témoignages expriment des situations d'évitement de la règle : « pour les élèves, ça a été plutôt bien accepté, on a quelques irréductibles pour lesquels la dépendance est forte et donc qui cherchent un peu à contourner la nouvelle Loi, des élèves qui sortent alors qu'ils n'ont pas l'autorisation ou des élèves qui vont fumer dans les toilettes. » [L008 – P].**

► **In.7** : La prescription par le **projet d'établissement** ou le conseil d'administration (prescription secondaire) est très peu abordée ou alors pour souligner l'absence de lien avec ce projet : « *on est en train de travailler sur le projet d'établissement qui n'a pas été fait depuis assez longtemps, donc on a déjà beaucoup de choses à voir qui sont nettement plus importantes et puis parce qu'à l'intérieur du projet d'établissement à mon avis, on ne peut pas vraiment traiter de ce problème-là » [L017 – P], « Il y a pas un lien spécial, mais dans le cadre de notre comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, ça c'est sûr, il est inscrit dans le projet d'établissement donc la lutte contre les conduites addictives et le tabac entre autre ça serait une façon tout à fait normale mais il y a d'autres points, il y a l'hygiène alimentaire, il y a la sécurité et la prévention contre les*

maladies sexuellement transmissibles, il y a tout ce qui concerne la contraception, il y a donc disons tout un environnement santé qui est beaucoup plus large que fumer ne pas fumer. » [L010 – P].

Pourtant, le **levier** que peut constituer le projet d'établissement est établi par certains personnels : « *dans le projet d'établissement, c'est par rapport à tout ce qui concerne la santé, l'hygiène, la sécurité des élèves et puis l'éducation à la citoyenneté puisque c'est vrai que quand on touche au problème du tabac, on peut ensuite avoir cette prise de conscience et de soi-même, de sa santé, de son hygiène mais aussi de l'autre qui ne fume pas avec qui on doit partager des choses et la liberté de l'autre. » [L010 – CPE1].*

► **In.8** : Le fonctionnement de l'établissement est une préoccupation extrêmement présente dans le discours. Celui-ci est évoqué à la fois de par les **dangers** inhérents à la sortie des élèves (« *Logiquement il [l'élève] est censé être dans l'enceinte de l'établissement. Evidemment ça pourrait, je dirais, porter à conséquences euh... pour le chef d'établissement. » [L015-PA]*) et de par l'**image renvoyée** lors des attroupements d'élèves fumeurs (et non-fumeurs) devant l'établissement (« *On a des retours d'image relativement négative puisque cette masse d'élèves devant le lycée, ce n'est pas très accueillant pour les visiteurs. [L009 – P].* La **problématique de l'internat** occupe néanmoins une position centrale dans le discours des personnels : « *Il y a notamment des moments où l'on n'a pas tout le personnel de surveillance au même endroit. Par exemple je pense aux internes, certainement ils montent dans les dortoirs le soir, d'autres restent plus en bas et c'est plus facile à ce moment-là de s'éloigner et d'aller essayer de fumer une cigarette. » [L006 – CPE1].* Le CVL (Comité de vie Lycéenne) est plus rarement mentionné (« *l'assemblée des délégués a été consultée, le CVL » [L013 – PA]*).

2/ Le déterminant « Personnel » : caractéristiques et effets

► **Pe.1** : Le décret est perçu par les personnes interviewées comme arrivant à un **moment favorable** (« *La Loi, elle arrive on était prêt, tout était prêt, tout était*

*fertile et on a pu mettre deux ou trois petites choses pour être aux normes au niveau de la Loi, ce qui fait que le plus gros travail pour nous c'était un travail plus pédagogique » [L005-PA]). Le **soutien médiatique** apporté est clairement cité comme une ressource : « Moi, je pense que les médias ont joué un rôle important... parce que les médias ont bien informé, ont... et ont bien, et ont bien présenté le décret. » [L015 – PA]. Le **moment choisi** pour faire entrer en application le décret a constitué une difficulté supplémentaire : « ça aurait été mieux de faire une interdiction à la rentrée, au moins à toute la promotion qui arrivait » [L007-PA], même si « ils [les élèves] le savaient, ils étaient prêts donc ça s'est fait tout seul » [L009 – CPE]). Cela ne va pas sans difficultés : « pour le moment, je pense que c'est difficile, il est très difficile ce passage à faire, pour le moment je crois qu'ils le vivent par rapport à une contrainte qui leur est faite en disant voilà on fumait à quelques mètres de là » [L009 – P].*

► **Pe.2** : Les proviseurs, proviseurs adjoints et CPE se positionnent en tant que fumeurs ou non-fumeurs. La modification de **leur propre consommation tabagique** est évoquée comme un élément positif dans le sens d'une réduction de consommation (« *En tant que fumeuse j'avais pu observer que l'interdiction, ben, si elle n'arrête pas, limite et dans le cas de tout ce qui peut être comportement de ce type, la limitation est déjà fort intéressante donc j'étais pour l'application du décret, une application dure* » [L010-CPE1], « *même moi qui suis fumeuse je trouve que c'est positif [...] après moi personnellement, ça m'a apporté, il faut que je sorte pour aller fumer ma cigarette, donc je fume moins, c'est quand même assez positif* » [L007-CPE2], « *moi j'ai pas arrêté de fumer mais j'ai considérablement réduit* » [L007-CPE4]).

► **Pe.3** : Un **sentiment de « dépassement »** est exprimé (« *on attend que l'école règle 80% des problèmes alors qu'à l'inverse ils sont 80% du temps ailleurs.* » [L001-P]). La problématique du tabagisme reste ouverte sur la globalité du temps de vie de l'élève : « *Le tabagisme, y'a un travail qui se fait aussi, qui doit se faire aussi en dehors de l'établissement scolaire.* » [L015-PA].

Selon les personnels, leur capacité à proposer des leviers d'action est très variable (« *Il y a sûrement beaucoup à faire mais bon... On est un peu démuni.* » [L001-PA]). On retrouve un sentiment d'auto-efficacité souvent relativement faible : « *je ne pense pas que pour ce qui nous concerne, cela ait un impact réel en terme de santé publique sur les jeunes* » [L002 – P].

► **Pe.4** : La définition d'une **position professionnelle** acceptable pour agir dans le dispositif passe par une minimisation des problèmes rencontrés (« *on a été extrêmement surpris parce que quand on l'a mis en place du jour au lendemain et avec le personnel là aussi, dans l'ensemble, on pensait rencontrer plus de problèmes*» [L015-PA]) et par la mise en place d'une aide au sevrage avec l'organisation qui en a découlé impliquant l'infirmière scolaire (« *l'infirmière que vous avez vue là, avait proposé aux élèves une aide, un accompagnement* » [L016 – CPE]). Les aménagements et la tolérance au niveau des internes existent : « *les seuls aménagements, c'est pour avoir une liberté supplémentaire, pour l'instant, les internes ont simplement demandé deux soirs par semaine de plus, pas de pause entre midi et deux, pas de pause aux intercours.* » [L003 –CPE].

3/ Le déterminant « Public » : caractéristiques et effets

► **Pu.1** : Les **actions d'anticipation** (antériorité d'actions sur le tabac et d'interdiction, communication, brochures, actions préventives, théâtralisation de l'arrivée du décret, anticipation, information aux parents) recouvrent un spectre assez large allant d'une simple information préalable (« *On leur avait annoncé auparavant, donc quelques semaines auparavant que ça allait se faire* » [L011 – CPE2]), à des actions ayant une antériorité beaucoup plus grande (« *on a expliqué ça pendant un an, ça a pris un an quoi de concertation, d'explication avant qu'on décide de mettre en place l'interdiction de fumer.* » [L013 – PA]).

► **Pu.2** : Les **CESC** (Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté) sont mentionnés dans le rôle qu'ils ont pu tenir en matière de mise en place d'actions de prévention ou d'accompagnement (« *Dans le cadre du CESC, nous avons déjà*

*commencé, mais on essaye de continuer, de mener une politique d'accompagnement » [L002-P], « des campagnes de sensibilisations du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté ont commencé deux semaines avant le décret avec une pomme contre une clope » [L007-PA]), ou dans le rôle qu'ils vont tenir (« Oui, on a un CESC qu'on a réuni il n'y a pas très très longtemps il y a une quinzaine de jours, où on a parlé justement d'actions pour la fin de l'année sur les différentes addictions drogues, alcool, tabac, des choses qui vont se mettre en place » [L011 – CPE1]). Le CESC est décrit également comme un **espace de partage de responsabilités** dans les décisions qui peuvent être prises (« On a un réel problème de moyens, et le CESC, c'est l'entité qui va se substituer à la seule chef d'établissement ou aux deux seules personnes de l'équipe de direction pour mettre en œuvre une politique d'accompagnement » [L002-P]). Il est parfois une pièce maîtresse pour la mise en œuvre d'actions santé : « on a toujours, au niveau du comité d'hygiène et de sécurité, on a toujours des actions, on fait toujours des actions, dont la prévention des toxicomanies, quelles soient, tabac, alcool, on fait des choses sur le sida, enfin tous les jours, on fait quelque chose. [L010 – CPE2].*

► **Pu.3:** L'effet principal du décret sur les **habitudes tabagiques des élèves** fumeurs, tel que le décrivent les personnels, consiste en le fait qu'ils sortent devant l'établissement pour consommer (« La consommation tabagique au moment des pauses se fait à l'extérieur et puis voilà. » [L001-CPE], « les élèves fument à l'extérieur du lycée, donc sur la voie publique. » [L009-P], « On repousse le problème à l'extérieur, on sait très bien que les gamins fument à l'extérieur. » [L005-CPE], mais cette conséquence est minimisée « une trentaine de personnes au portail à chaque fois [...] sortent à la récréation, donc c'est peu sur le nombre » [L007-P], ou encore « c'est assez curieux parce qu'on s'est rendu compte que l'interdiction suffisait en elle-même, il n'y avait pas besoin de prévention, au fond pour faire baisser la consommation de cigarettes » [L011-P]. On retrouve un sentiment de diminution globale de consommation de tabac (« au niveau de l'établissement scolaire, c'est clair il y a eu une réduction très nette des adultes fumeurs et des élèves surtout » [L010-CPE1]).

Le besoin d'une prise en compte des **spécificités des élèves internes** est souligné du fait de leur présence en continu dans l'établissement pendant la semaine (« *Pour nous la question, c'était comment on allait gérer notre internat, parce qu'on sait très bien que les étudiants qui rentrent et qui sont fumeurs, ne peuvent pas s'arrêter de fumer comme ça pendant huit heures voire plus pour les internes...* » [L001-PA]). La possibilité d'aménager un moment de sortie pour les internes est envisagée, avec encadrement. (« *On tendra vers une possibilité de sortie un moment ou un autre moment de la semaine pour qu'ils soient pas, enfin le soir surtout pour les internes* » [L003-P]). La conséquence du décret est jugée plus significative pour les élèves arrivant pour la première année dans le lycée (« *Là où ça a eu un effet très bénéfique c'est au niveau des secondes* » [L006-CPE3]).

► **Pu.4** : Il n'y a pas de détérioration du **climat d'établissement** qui est exprimée. Si l'application du décret est décrite comme paisible, il n'en demeure pas moins que puisque l'« *on a mis en place une contrainte supplémentaire, donc c'est vrai que ça modifie un peu l'harmonie des relations.* » [L006-CPE1]. Ainsi « *les agents doivent marcher beaucoup pour sortir de l'enceinte du lycée, les gens qui travaillent aux cuisines sont donc obligés de se changer pour aller fumer* » [L007-PA], « *Ça a démultiplié un petit peu les temps de pauses c'est-à-dire que les personnels sont obligés de s'arrêter de travailler pour sortir* » [L009-P]. La crainte d'être face à des problèmes multiples s'estompe néanmoins (« *je m'attendais aussi à ce que ça aille fumer dans les WC ou autres, mais je n'ai pas noté de problème comme ça* » [L007-P]). Pour certains établissements, l'anticipation du décret a permis un passage en douceur (« *Le décret n'a pas eu beaucoup d'impact dans notre établissement étant donné que c'était un lycée sans tabac, depuis déjà deux ans.* » [L010-CPE2], « *On a beaucoup discuté autour de comment faire cette application, on l'a faite de manière progressive.* » [L010-CPE1]). Pour d'autres, une volonté de ne pas entrer en conflit est mise en avant (« *je me voyais mal rentrer en conflit avec quelques collègues parce qu'ils étaient en train de fumer une cigarette derrière les ateliers.* » [L016 – PA]).

► **Pu.5** : Les **rapports à l'autre**, au niveau des relations dans l'établissement entre adultes et élèves, montrent une dégradation très légère et jugée passagère : « *ça a dégradé un petit peu les relations qu'il pouvait y avoir entre les assistants d'éducation et justement les élèves, parce que même si la plupart ont compris que c'était pas une règle du lycée, c'était la Loi qui nous obligeait à faire ça.* » [L017 – CPE]. « *On a mis en place une contrainte supplémentaire donc c'est vrai que ça modifie un peu l'harmonie des relations, ça va s'estomper, on va rester confiant quand même* » [L006 – CPE1]. Les caractéristiques de la structure scolaire semblent induire des aspects positifs (« *nous on a que 130 élèves cette année, ça va pas à plus de 145-150 élèves, c'est assez familial, donc l'ambiance est bonne parce tout se sait assez rapidement.* » [L003 – CPE) ou négatifs (« *on s'est dit que ça aller générer des tensions peut-être des conflits avec certains enseignants, personnels, ou entre eux, [...], voilà donc on a essayé d'en parler déjà, de sensibiliser les personnels.* » [L003 – P]).

► **Pu.6** : « **L'aide des partenaires extérieurs** » [L005-CPE2] a été sollicitée dans quelques cas : « *nous avons donc des partenariats avec diverses associations de lutte contre le cancer* » [L009 – P]. Il est intéressant de souligner que pour beaucoup de personnels, « *ces aides sont forcément à l'hôpital, puisque ce sont des médecins relais qui eux peuvent faire des prescriptions, leur expliquer que les patchs sont remboursés intégralement pendant un mois, sur un traitement de trois mois je crois.* » [L001 – CPE]. Ainsi, les partenariats ont été envisagés principalement sur le registre de l'aide à l'arrêt, réduisant du même coup la volonté de faire intervenir des associations sur le registre de la prévention. L'« *expertise qu'avaient les médecins* » ([L004 – PA2] porte sur cette aide à l'arrêt du tabac qui est devenue très clairement une priorité.

► **Pu.7** : L'accompagnement intra-muros est centré principalement sur l'**aide à l'arrêt**. Dans ce sens, le manque de possibilités prévues pour accompagner l'arrivée du décret est souligné, avec la mobilisation principalement de ressources internes (« *l'infirmière que vous avez vue là, avait proposé aux élèves une aide,*

un accompagnement pour tous ceux qui souhaitaient arrêter de façon définitive. « [L016 – CPE]), et parfois externes (« Evidemment l’infirmière ne peut pas leur donner de patch, elle n’a pas le droit, donc ces élèves-là peuvent être dirigés vers le service de tabacologie de l’hôpital. » [L001 – CPE]).

Pourtant, le sentiment d’un écho assez faible de la part des élèves à des propositions de sevrage tabagique apporte de la nuance dans les propos recueillis («L’aide qu’on leur (aux élèves) a proposée, c’est d’aller voir le service de santé [...] On n’a pas eu un seul élève qui est allé voir l’infirmière, pour lui demander de l’aide. » [L001-CPE], « J’interprète ça qu’ils n’ont pas eu envie d’arrêter leur consommation de tabac. Ce n’est pas parce qu’on est un lycée sans tabac que les élèves arrêtent de fumer » [L001-CPE]).

3. Importance dans le discours des différentes rubriques significatives

Nous avons cherché ensuite à identifier le poids de chaque bloc de sens dans le discours des personnels interviewés. Notre objectif était de pouvoir en rendre compte sur la globalité de la population de l’étude et selon la catégorie de personnel.

❖ Pour l’ensemble des personnels

Les trois éléments les plus exprimés par l’ensemble des personnes interviewées renvoient à l’axe « Institution » avec le « fonctionnement du lycée » (In.8) et « l’application de la Loi, la sanction » (In.4). Les « actions d’anticipation » (Pu.1) viennent en troisième position et renvoient à la prévention et à l’accompagnement. Concernant ce qui est le moins exprimé par les acteurs, nous trouvons « l’accompagnement à la Loi » (In.5) et « le projet d’établissement » et le CESC (In.7 Pu 2).

❖ Pour les « proviseurs et proviseurs adjoints »

La dominante du discours de la population « proviseurs et proviseurs adjoints » de notre échantillon présente un double ancrage autour des déterminants « Public » et « Institution ». Ainsi, sont mises en avant les « actions d’anticipation » (Pu.1) et les difficultés ou contraintes liées à la « gestion des élèves » (In.8).

« L'accompagnement intra-muros » (Pu.7) se place en troisième position, très proche de « l'application de la Loi, la sanction » (In.4).

On peut souligner que la « prescription par le projet d'établissement » n'est que très peu énoncée (In.7), de même que le partenariat (Pu.6) et les actions portées par le CESC (Pu.2).

❖ *Pour les « conseillers principaux d'éducation »*

Du fait de leurs fonctions de vie scolaire, les CPE axent principalement leur discours sur les élèves. Ils parlent de « consommation tabagique » (Pu.3) et de « fonctionnement de l'établissement » (In.4). Les « actions d'anticipation » (Pu.1) sont également très présentes dans les entretiens. Vient ensuite « l'application de la Loi, la sanction » (In.4).

Parmi ce qui est le moins cité, on retrouve la référence aux actions du « CESC » (Pu.2) avec le « projet d'établissement et le conseil d'administration » (In.7). Il est intéressant de signaler qu'entre ces deux aspects, nous trouvons « l'accompagnement de la Loi » (In.5) qui n'est donc pas dans les dominances du discours des CPE.

Une approche synthétique du contenu des entretiens met en évidence des positionnements communs ou propres à chaque catégorie de personnels. D'une façon générale, pour tous les personnels rencontrés, le discours est solidement argumenté, témoignant d'une démarche réflexive approfondie sur leur action. La gestion organisationnelle tient une place prépondérante et occulte le fait que l'arrivée du décret puisse prendre place dans une politique d'éducation à la santé. Aucun des professionnels n'a indiqué que le décret avait favorisé une réflexion globale sur la question du tabagisme ou plus largement des addictions. Le discours est essentiellement centré sur la question du climat d'établissement. Les professionnels apportent une réponse contextualisée (ressenti des fumeurs dans l'établissement, spécificités de la structure, âge du public, etc.) mais insistent finalement surtout sur les limites des nouveaux interdits (sortie massive des élèves et difficultés de gestion des élèves fumeurs à l'internat). Le discours témoigne aussi d'une attention particulière aux élèves les plus vulnérables. Les

professionnels interviewés se déclarent démunis vis-à-vis des internes les plus dépendants. Certains mentionnent l'existence d'un retour de la consommation de tabac (toilettes, trottoir, etc.) à la clandestinité. Les personnels de direction et de vie scolaire ont recours soit à un aménagement de la Loi (temps de pause supplémentaires prévus à l'extérieur du lycée pour que les internes puissent fumer), soit à une polarisation sur le sevrage ou l'aide à l'arrêt du tabac comme principale mesure d'accompagnement.

Selon la catégorie de personnel considérée, on observe des différences dans les discours. Ceux-ci portent tantôt sur l'ensemble des personnels du lycée (pour les proviseurs et leurs adjoints), tantôt sur les élèves (tout particulièrement pour les CPE). Les proviseurs et adjoints renvoient surtout à la valeur institutionnelle d'une telle mesure et aux enjeux à veiller à son application. La question de la sanction est très présente, davantage en tout cas que la référence au projet d'établissement et au CESC pour impulser un travail pédagogique et préventif sur la thématique du tabagisme. Les conseillers principaux d'éducation se montrent particulièrement attentifs à l'évolution tabagique des élèves et à certaines polyconsommations (alcool, cannabis), et se réfèrent aux actions d'anticipation de l'arrivée du décret qui ont constitué pour eux un levier pertinent, sans évoquer pour autant l'accompagnement à la Loi lorsque celle-ci est devenue applicable.

V. Quelle place pour l'éducation ?

Notre étude visait à tenter d'identifier les effets de la publication d'un décret relatif à la santé publique sur l'activité des personnels de direction et de vie scolaire. Il s'agissait non seulement de déterminer les conséquences de l'arrivée du décret sur leurs pratiques mais aussi de s'intéresser à la façon dont ils redéfinissent leur tâche en référence à cette nouvelle prescription. Cette tâche intégrant quatre domaines (éducatif, gestion, partenariat et administration), l'hypothèse était que tous étaient affectés. Nous discuterons successivement de la façon dont les professionnels ont perçu les conséquences du décret et les différences observées entre les catégories de personnels, des déterminants de la

redéfinition de la tâche et de l'articulation de l'application du décret à une démarche d'éducation à la santé à l'échelle de l'établissement.

Les résultats montrent que d'une manière générale, du point de vue des professionnels, la mise en application de cette mesure s'est faite sans difficultés particulières. Pour eux, cela est notamment lié à l'évolution des normes sociales en matière de tabac et à l'action favorable des médias. On peut noter que ce n'est pas ce qui était attendu par les acteurs puisque selon une étude réalisée en 2006, les personnels des lycées (hors chefs d'établissements) prévoient que des difficultés apparaîtraient (Pizon et Jourdan, 2007). Le contexte social joue probablement un rôle important dans cette situation. On peut noter que de nombreuses données mettent en évidence une dénormalisation du tabac (Beck et al., 2006). D'après le sondage BVA réalisé pour le ministère de la santé en février 2007, ce sont 86% des français qui adhèrent à l'interdiction, dont 53 % se disent tout à fait favorables. Les fumeurs sont eux-mêmes 74% à soutenir l'interdiction (BVA 2007). Cette quasi-absence de difficultés est sans doute aussi liée à la nature de la prescription. De nombreux travaux montrent que les acteurs mettent en avant les tensions issues de la surprescription d'objectifs (cf. les multiples textes de Loi, circulaires issus du pouvoir exécutif en relation avec les addictions), de la prescription sociale en lien avec la santé amplifiée par les médias et de la sousprescription de moyens. C'est paradoxalement par un appel à une augmentation de la prescription (engagement fort des équipes de direction notamment) que les professionnels des lycées gèrent cette tension (Pizon, Jourdan, 2007). Ces données rejoignent celles de la bibliographie internationale qui montrent que les professionnels appellent à un renforcement du soutien institutionnel (Han et Weiss, 2005). Sans doute faut-il développer d'autres travaux pour mieux comprendre le rapport que les professionnels entretiennent avec les différentes formes de prescriptions (ils n'accordent pas le même statut aux textes nationaux et aux politiques d'établissement) pour tester l'hypothèse selon laquelle c'est d'un déficit de prescription (Félix et Saujat, 2007) qui pose problème aux professionnels et non l'excès. Il apparaît néanmoins que dans le cas du décret, la prescription est claire, elle renvoie à un ensemble de mesures bien définies. Ce qui

n'est pas le cas des programmes et autres circulaires sur l'éducation à la santé, qui sont, comme le dit Amigues (2007), des « prescriptions infinies ». On peut émettre l'hypothèse selon laquelle sa mise en œuvre répondrait à l'attente de clarification des missions, et ne générerait ainsi pas de tension marquée. En effet, le décret apporte en premier lieu un soutien incontestable aux prises de décisions et facilite les aspects relationnels dans la perspective du maintien d'un climat d'établissement paisible et non conflictuel.

L'application du décret n'est pas sans conséquences sur les personnes, tout particulièrement pour les fumeurs les plus dépendants. La gestion de sa mise en œuvre sur un plan relationnel, entre adultes de l'établissement, est l'une des dominantes du discours des proviseurs et proviseurs adjoints. Cette sensibilité propre est directement liée à leur fonction managériale. Les relations avec les élèves et entre élèves sont davantage citées par les conseillers principaux d'éducation. Ce fait est, là aussi, directement en lien avec ce qui fait la spécificité de leur activité professionnelle. Si tous les personnels interrogés mentionnent une surcharge de travail au cours de l'année scolaire due à la mise en œuvre du décret, ils ne mettent pas en avant les mêmes problématiques. Les proviseurs et leurs adjoints jugent nécessaire d'aller plus loin dans l'accompagnement intra-muros des fumeurs (aide à l'arrêt du tabac), tandis que les personnels de vie scolaire considèrent que le décret a eu une incidence sur la manière de consommer des élèves avec un retour à une certaine clandestinité de la consommation tabagique chez les élèves internes notamment. C'est bien l'internat qui pose le plus de problèmes de gestion du fait de la présence prolongée des élèves. Des aménagements sont donc mis en place même s'ils ne sont pas toujours clairement explicités.

Tout se passe comme si l'activité des personnels de direction et de vie scolaire avait été guidée par l'articulation de trois axes : l'application de la mesure, l'attention aux personnes (notamment aux plus vulnérables) et l'organisation de la vie de l'établissement dans une perspective de limitations des situations conflictuelles. C'est donc un rôle de médiation qui apparaît ici comme dominant. Ce mode de gestion de l'application du décret a conduit à une mise en œuvre

efficace de l'interdiction de fumer limitant les aménagements à des cas très spécifiques mais non marginaux. On ne peut pas considérer que les professionnels se situent dans une simple logique d'application des instructions. L'arrivée d'un nouvel élément (une prescription institutionnelle) vient interférer avec une pratique existante et conduit à une redéfinition de la tâche par les professionnels. L'analyse des entretiens montre que trois facteurs principaux la conditionnent.

Le premier facteur exprimé a trait à la prescription elle-même. Les mesures d'interdiction, difficiles à prendre par les chefs d'établissement avant le décret, ne sont plus seulement à leur initiative. Elles peuvent prendre appui sur un texte officiel fixant une nouvelle règle.

Le second facteur est relatif à l'accompagnement. Il met en évidence le fait que le levier le plus sollicité dans le but d'apaiser les relations et de rendre plus acceptable l'interdit, est la recherche de moyens d'aide à l'arrêt du tabac. La dépendance parfois forte de certains élèves au tabac a été un critère pour être attentif, « encore plus que d'habitude », aux relations avec les élèves fumeurs, tout particulièrement à l'internat de l'établissement. En interne, l'infirmière a été immédiatement sollicitée, et en externe, ce fut le cas des tabacologues ou associations, souvent autour de partenariats déjà existants. La distance entre le prescrit et le réel est ici présente avec des aménagements de l'interdit pour rendre les choses acceptables et gérables pour les fumeurs les plus dépendants (on parle à mi-mots des « tolérances » au niveau de l'internat). Cette recherche permanente d'apaisement des relations s'est donc soldée par une attention accrue au climat relationnel dans l'établissement. Mieux pris en compte, il apparaît plus paisible que prévu, les adultes des établissements semblant accepter ce nouvel interdit assez facilement.

Le troisième facteur est lié à la dimension organisationnelle. Ce volet est fortement présent dans le discours. Le sentiment d'une entrée en application rapide voire dans l'urgence du décret est présent. Il apparaît clairement que la mise en place des nouveaux interdits a mobilisé la plus grande partie de l'énergie des équipes. Chaque catégorie de personnels a dû gérer, selon ses fonctions, cette

situation nouvelle. Cette gestion a été plutôt dirigée vers les adultes (les autres personnels) pour les proviseurs, et vers les élèves pour les CPE.

Il apparaît ainsi que les quatre domaines de la tâche confiée aux chefs d'établissements sont affectés de manière différentielle par cette nouvelle prescription. La redéfinition est essentiellement référée à la dimension gestionnaire : il s'agit de prendre en compte les personnes, d'être attentif au climat d'établissement, de régler les difficultés posées par la suppression des zones fumeurs. Les volets administratif (sécurité, règlement intérieur) et partenarial (mise en lien avec les acteurs du monde de la santé dans le cadre de l'aide au sevrage) tiennent une place non négligeable. Le volet éducatif est, quant à lui, très peu évoqué. Tout se passe comme si l'arrivée de ce texte qui, nous le rappelons, se situe dans un contexte de surprescription, était traitée a minima par les personnels de direction et de vie scolaire. La charge considérable, les tensions voire l'épuisement professionnel (Fotinos, 2008) conduit à se centrer sur l'essentiel, le maintien d'un climat de travail favorable dans le lycée sans que le potentiel éducatif généré par l'arrivée du décret ne puisse être exploité. Sans doute le fait d'avoir rencontré les professionnels immédiatement après la mise en application du décret explique-t-il certains des résultats obtenus. Il n'est en effet pas étonnant que la priorité ait été mise sur les tensions relationnelles potentiellement générées par l'interdiction de fumer plutôt que sur un objectif à long terme de prévention du tabagisme et d'éducation.

Pour le système éducatif, le décret est l'un des éléments d'une politique visant à prévenir les conduites addictives (circulaire n°2006-196 du 29-11-2006 relative à l'interdiction de fumer pour les personnels et les élèves dans les établissements d'enseignement et de formation). Il prend place dans la politique de santé définie par le ministère de l'Education nationale (Circulaire n° 2003-210 relative au programme quinquennal de prévention et d'éducation.). Celle-ci peut être référée au modèle de la promotion de la santé tel que décrit par Downie et Tannahill (1996) qui inclut des actions d'éducation, de prévention et de protection. La mise en œuvre du décret relève du troisième pôle (protection) et est appelée à être pensée en articulation avec les deux autres. La faible présence des dimensions

éducatives dans les discours recueillis montre que les personnels interviewés n'ont pas établi de liens entre cette mesure de protection et leurs missions en matière d'éducation et de prévention. On ne peut donc pas considérer que les entités prescriptives du décret soient des artéfacts symboliques devenus instruments (Rabardel, 1995). Elles sont moins des ressources que des contraintes qui entraînent un changement organisationnel sans qu'il y ait conceptualisation d'une démarche éducative nouvelle dans les établissements concernés. Par conséquent, il apparaît clairement que le décret n'est pas considéré comme un élément d'une démarche de promotion de la santé à l'échelon de l'établissement qui pourrait être propice à appréhender l'éducation à la santé de manière plus globale. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la nature de la mission managériale des personnels d'encadrement (d'abord faire vivre l'établissement et gérer les acteurs), les contraintes fortes au sein desquelles ils agissent, la façon dont est pensée la communication autour de ces mesures comme la formation des différents acteurs n'est pas étrangère à cette difficulté à mettre en perspective l'application du texte. Dans leur discours, les professionnels se réfèrent essentiellement au fonctionnement de l'établissement, notamment aux difficultés liées à la sortie des élèves pour fumer à l'extérieur du lycée, ou aux problèmes spécifiques liés aux internats. Ces deux pôles de difficultés ne sont pas des épiphénomènes et soulignent les limites de ces nouveaux interdits. Lorsqu'il est fait référence à la santé, c'est donc pour aborder la question du sevrage des élèves et non celle de la prévention.

Des travaux ont néanmoins montré que les personnels sont loin d'être indifférents à la question de la prévention (Pizon et Jourdan, 2007). Une étude concernant cent quatre-vingt-dix professionnels de collège a, de son côté, mis en avant le fait que la majorité d'entre eux considère que l'éducation à la santé est constitutive de leurs missions dans le cadre de leur activité quotidienne (79%) ou via la participation à des activités collectives (23%) (Leyrit et al., 2007). Ces données conduisent à penser que l'on pourrait tirer bénéfice d'un travail de mise en perspective d'une telle mesure. Il serait sans doute possible de mieux utiliser la dynamique générée par l'arrivée du décret pour développer des démarches de

prévention dans les établissements. Pour autant, accumuler de nouvelles circulaires a probablement peu de chances de conduire à une évolution vers des politiques globales d'éducation à la santé. Outre la formation des personnels et l'accompagnement des équipes, c'est sans doute par une prescription moins morcelée et une redéfinition claire et unifiée des missions de l'Ecole et de ses personnels qu'il est possible d'aller vers une mobilisation de la communauté scolaire sur ces questions.

Les modalités d'implication des professionnels dans un lycée non-fumeur sont à la base du protocole de recherche que nous avons bâti. L'étude que nous avons présentée porte sur les conditions suivant lesquelles des professionnels (personnel de direction, d'administration, de vie scolaire, d'enseignement, de service) prenaient part à la prévention du tabagisme. Il s'agissait, à l'aide des outils de la psychologie ergonomique, d'identifier les déterminants de l'activité. Ce travail a été mené auprès de vingt-neuf professionnels dans trois lycées incluant un dispositif de prévention basé sur une démarche collective, et visant à impliquer l'ensemble des personnels de l'établissement dans une perspective d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Les données obtenues permettent de mieux cerner la façon dont ces professionnels se situent dans ce champ complexe, objet d'une pression sociale importante, fortement connoté au plan moral et qui touche l'intime des personnes.

Les résultats montrent que bien qu'aucun des professionnels interrogés ne remette en cause la pertinence de la prévention du tabagisme au lycée, il existe une réelle diversité dans les modalités d'implication. La prévention du tabagisme reste une activité périphérique pour laquelle le déterminant Personnel (le fait d'être fumeur ou non, les représentations individuelles sur les comportements addictifs, les rapports à l'interdit, à la prévention, ainsi que la perception des missions de l'Ecole par les membres de la communauté éducative) tient une place centrale. Ce déterminant Personnel permet une légitimation des positionnements dans un contexte de polémiques sur le champ considéré. Des profils d'acteurs différents ont pu être mis en évidence. Trois profils ont pu être identifiés : « harmonique », « dysharmonique », « mixte ». Ils permettent de dépasser le simple constat de la dominance du déterminant Personnel en le situant par rapport aux orientations définies pour la tâche. Un dilemme éducatif et personnel a été identifié auprès de certains personnels. Il se traduit par une réorientation de l'activité vers le corps social.

Dans ce contexte de 2006, riche de tensions multiples sur le positionnement de l'Ecole sur la problématique du tabagisme, ces professionnels appellent finalement à davantage de prescriptions, par un engagement fort de la direction de l'établissement.

Deux ans plus tard, nous avons choisi de retourner dans les trois lycées de 2006, alors que le décret tabac était entré en application. Ce décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixe les « conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif ». Il a pris effet, dans les établissements scolaires comme dans les autres espaces concernés, au 1^{er} février 2007.

Notre travail sur les déterminants de redéfinition de la tâche s'est donc poursuivi en rencontrant vingt-quatre personnels. Nous ne nous sommes pas placés dans une perspective d'étude comparative, les personnels rencontrés n'étant pas forcément les mêmes en 2006 et en 2008.

Les résultats montrent que le décret semble avoir donné satisfaction contrairement aux craintes qui avaient été exprimées en amont. Pour autant, le déplacement du problème à l'extérieur des établissements (élèves fumant sur le trottoir, gestion des internes) fait relativiser son efficacité par les personnels de ces trois lycées. La désillusion qui accompagne cette mesure entraîne tantôt une volonté de désengagement, tantôt une envie d'agir différemment.

Si l'on considère les profils « harmonique », « dysharmonique » et « mixte » sur lesquels nous avons commencé à travailler en 2006, le premier a pratiquement disparu. Cela ne signifie pas qu'il n'existe pas, mais que parmi les professionnels que nous avons rencontrés, c'est le profil « dysharmonique » qui domine.

Cette dominance des caractéristiques personnelles se situe en amont de la redéfinition de la tâche, elle l'oriente non pas vers des évolutions professionnelles mais vers ses effets potentiels sur l'Institution et/ou le public élèves.

Nous mettons cette dominance du discours en relation avec le questionnement que ces professionnels associent à l'efficacité relative de ce décret. Les liens qu'ils établissent avec leurs missions éducatives sont très faibles.

L'analyse des deux enquêtes quantitatives (2006 et 2008) a principalement porté sur la contribution passée dans une démarche de lycée non-fumeur et sur la contribution à venir. Comme pour le qualitatif, nous n'avons pas placé ces données d'un point de vue comparatif. Il ressort de l'étude quantitative 2008 un moindre engagement de la part des enseignants et un engagement plus marqué des personnels de direction. Nous avons rapproché ces données des éléments qualitatifs à notre disposition. La prescription apportée par le décret est probablement responsable de cette situation. Il est probable aussi que la quasi-absence d'accompagnement de cette mesure constitue un des facteurs explicatifs. Il en résulte que les interrogations sont plus nombreuses que les réponses après la désillusion apportée par le décret. Celui-ci a porté un changement tout en pointant les limites de l'interdit. L'accompagnement et la formation des équipes éducatives apparaissent comme un élément clé.

L'implication plus marquée des personnels de direction nous conduit à considérer leur point de vue sur le changement professionnel apporté par le décret tabac. Quarante-huit entretiens ont été conduits auprès de proviseurs, proviseurs adjoints et conseillers principaux d'éducation de 17 lycées dans les semaines qui ont suivi la mise en œuvre de cette mesure de santé publique. Il s'agissait non seulement d'identifier les conséquences de l'arrivée du décret sur leurs pratiques mais aussi de s'intéresser à la façon dont ils redéfinissent leur tâche en référence à cette nouvelle prescription. Après une analyse du contenu du discours recueilli, une interprétation a été proposée en référence au cadre de l'analyse du travail. Celui-ci postule que l'activité des professionnels ne peut être pensée comme la simple application d'instructions, mais qu'elle dépend de l'interaction complexe de trois groupes de déterminants : Institutionnel, Personnel et Public.

Les résultats montrent que d'une manière générale, aux yeux des personnes interrogées, la mise en application de cette mesure s'est faite sans difficultés particulières. Pour les professionnels, cela est dû à l'évolution des normes sociales en matière de tabac et à l'action favorable des médias. Pour autant, ce décret n'a pas résolu totalement les problèmes de consommation (sortie des élèves pour fumer à l'extérieur du lycée, difficultés spécifiques aux internats). Dans leur discours, les professionnels se réfèrent essentiellement au fonctionnement de l'établissement dans une perspective de maintien de la qualité relationnelle au sein du lycée, à l'accompagnement des personnes les plus vulnérables (élèves dépendants en internat) et aux mesures d'anticipation qu'ils avaient préalablement prises tant en matière de politique générale qu'en vue de la préparation de l'application du décret. La référence à l'éducation à la santé est quasiment absente. Lorsqu'il est fait état de santé, c'est pour aborder la question du sevrage et non celle de la prévention. On observe des différences significatives quant à l'incidence du décret selon que la personne interviewée est un personnel de direction ou un conseiller d'éducation. Cet effet catégoriel se traduit par une orientation de l'activité conditionnée par les fonctions exercées. Les proviseurs et proviseurs adjoints positionnent les effets de leur activité vers les personnels, tandis que les CPE la positionnent au regard des élèves. Deux approches différentes d'un même objectif : veiller à assurer un management efficace et sans conflit.

Synthèse générale, discussion et conclusion

Dans cette dernière partie, nous présenterons d'abord de manière synthétique les principaux résultats que nous avons mis en évidence. Dans un second temps, nous nous centrerons sur leurs implications en matière de formation des professionnels. En effet, comme nous l'avons annoncé dès l'introduction, c'est au sein d'une équipe implantée dans un IUFM, principalement orientée vers les problématiques de formation, que nous avons conduit ce travail.

I. Les quatre principaux résultats

1. Le professionnel au centre de notre recherche

Notre recherche a veillé à accorder une place centrale aux professionnels de lycées. A partir de ce choix, nous ne pouvions faire abstraction du fait que l'activité des professionnels émerge de l'interaction d'une multiplicité de déterminants variés. C'est ce qui a contribué à donner à notre travail de recherche toute sa complexité (Morin, 1997). Le jeu des acteurs du milieu scolaire vient troubler constamment les effets de contexte, et la description de ce jeu ne peut pas se réduire à des complications réductibles à des unités décomposables.

L'espace (l'Ecole) et le temps (une période de questionnements multiples) sont donc à considérer dans une fonction permettant de situer notre recherche. La mobilisation du milieu scolaire sur les questions de santé réinterroge en effet l'Ecole à un moment où beaucoup de questions la traversent. Son action se trouve perturbée par un manque de lisibilité des attentes de la société à son égard (Mérieu, 2002), alors même qu'un « malaise » est exprimé par les professionnels de l'Ecole (Lantheaume et Hérou, 2008). Même si ce sentiment n'est pas récent (Estève et Fracchia, 1988), c'est la force avec laquelle les professionnels parviennent à en parler qui est nouvelle. Leur discours sur la problématique du tabagisme a mis tout particulièrement en évidence ce point. La relation au tabac ou aux autres produits psychotropes se noue à l'intime du sujet. Ces thématiques, socialement connotées, ne sont donc pas neutres. Le professionnel interrogé se met en quelque sorte à découvert, avec le risque de le renvoyer à ses propres contradictions personnelles et professionnelles.

Le flot permanent d'injonctions issues de chapelles diverses participe à ce sentiment de dérèglement du milieu scolaire. Les acteurs du milieu scolaire en général, les enseignants en particulier (Goigoux, 2005), doivent user constamment de stratagèmes pour mener à bien leurs missions. Alors que l'École est appelée à relever des défis majeurs, à absorber des ondes de choc multiples, elle voit ses professionnels en situation d'incertitude. Nous avons vu que cette incertitude peut être amplifiée par certaines décisions de santé publique. Ce fut le cas du décret tabac de 2006 qui, même s'il est perçu comme ayant un effet positif, a aussi déplacé le problème du tabagisme à l'extérieur du lycée, et a également renvoyé à la clandestinité la consommation de cigarettes chez les élèves internes. Les élèves les plus vulnérables n'ont donc pu être convenablement pris en charge. Conséquence inquiétante, l'efficacité ambiguë de l'interdit a amené un doute chez des enseignants qui le considéraient jusqu'alors comme une ressource efficace. Les données relatives aux CPE montrent un questionnement encore plus net sur ce registre. Ils s'interrogent massivement sur les conséquences d'une mesure qui a finalement surtout déplacé une problématique sans la résoudre. Les personnels de direction ont au contraire, surinvesti le champ de la prévention du tabagisme. Les aspects organisationnels liés à la mise en place du décret ont primé sur le désir de s'en saisir en tant que levier éducatif.

La considération du prescrit et du réel (Leplat, 1992, 1997) est donc porteuse d'un écart de sens. De part et d'autre de l'arrivée du décret tabac, les professionnels du milieu scolaire sont entrés dans une forme de « déprescription » (terme emprunté à Clot et al., 1990) qui s'est traduite par un « détricotage » de l'injonctif au profit d'un équilibre tenable entre plusieurs orientations professionnelles possibles de leur activité (Goigoux, 2005). Nous avons observé une construction de compromis entre des exigences contradictoires. Même s'il convient de rappeler que les choix effectués sont motivés par mille autres raisons que leurs missions, le contexte en tension dans lequel ils évoluent n'est pas étranger à cette volonté personnelle de redéfinir le prescrit.

Pour parvenir à comprendre ce qui se joue, il est utile de repositionner la prévention du tabagisme dans une perspective large. L'École est un creuset de pratiques dont le fil rouge demeure l'éducation. Ce terme n'est certes pas univoque tout comme celui de santé auquel nous le référons. Pour autant, nous nous sommes appuyés sur des modèles d'éducation et des modèles de santé pour en élucider la nature (Eymard, 2005). C'est de ce point de vue que nous avons regardé quelle pouvait être la contribution des professionnels de lycée. Ce modèle nous a permis de préciser neuf entrées possibles s'articulant autour de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être en lien avec les programmes scolaires et le socle commun de connaissances. Cette base éducative que nous avons ainsi délimitée, est significative de notre intention : tenir compte du sujet au regard d'un objet prévention aux facettes multiples dans le champ spécifique du milieu scolaire.

2. Une contribution à la prévention passant par une reconstruction des enjeux en milieu scolaire

Nous avons veillé à nous rapprocher de l'expression des composantes du travail par les professionnels de l'École (Goigoux, 2007), de leurs représentations (Hoc, 1980, Abric, 1997), de leurs attentes, de leurs perceptions... Cette approche visait à accorder toute sa place au rationnel comme à l'irrationnel, à l'affectif comme au cognitif. Nous avons choisi d'utiliser les outils de l'analyse du travail (Leplat, 1997) afin d'identifier les points déterminants dans cette expression en apparence désordonnée. La définition de la contribution des professionnels à la prévention a donc été différente d'une définition par postulat qui pré-établirait en quoi cette contribution devrait consister.

Nous allons exposer successivement quatre résultats principaux. Ils offrent une relecture d'ensemble de notre recherche autour des trois volets de notre travail : des pratiques diffuses, les déterminants de l'activité et les modalités d'implication et de redéfinition de la tâche.

a) Premier résultat

(1) Il ne suffit pas d'avoir des modèles de prévention en milieu scolaire. Les professionnels de l'Ecole doivent se les approprier.

Lorsque l'on soumet, aux personnels des lycées, un modèle intégrant à la fois les missions de l'Ecole sur le champ de la prévention, de l'éducation à la santé et de leurs missions éducatives (MEN, 1998, 2005), ceux-ci entrent dans une logique de compréhension de ce que l'on attend d'eux. La valeur prescriptive (Mayen, 2002) d'un modèle qui se veut structurant, doit être assumée. Ce modèle demeure une pratique venant d'autrui et en tant que telle, objet de comparaison (Clot, 2001).

L'identification de leurs pratiques est confuse et n'incite pas les professionnels à les afficher (Mamecier et al., 2004). De plus, le caractère non-disciplinaire de la prévention et de l'éducation à la santé les contraint à se positionner de manière transversale. Enfin, les personnels de lycée déclarent être limités pour intervenir dans un contexte difficile (Fotinos, 2005).

Les données ont montré le nombre restreint de personnels faisant de la prévention un objet de valorisation professionnelle. Il n'y a pas d'enjeux professionnels majeurs pour les membres de la communauté scolaire sur ces questions. La fonction identitaire (Roux-Perez, 2003) des activités préventives reste très faible, sinon limitée à des raisons liées à l'histoire personnelle des sujets. Pour autant, la lecture de ces mêmes résultats peut aussi revenir à considérer que cette posture est due principalement au fait qu'ils n'identifient pas réellement comment intervenir. Ils ont donc du mal à s'en saisir. Cela nécessite un réel effort d'appropriation.

b) Deuxième résultat

(2) La prévention est à considérer dans son ancrage professionnel.

En demandant aux personnels du milieu scolaire de se positionner comme faisant « explicitement » ou « implicitement » de la prévention du tabagisme, nous avons placé l'objet dans le champ professionnel de leur travail (Ombredane et Faverge,

1955, Karnas, 1987). Sont apparus des aspects relationnels et des aspects liés aux conditions d'exercice professionnel (Mérini, 2008), mais aussi des prises de position sur l'acte éducatif lui-même, sur la perception personnelle de sa légitimité à intervenir.

Cette légitimité à agir est diversement exprimée. Les enseignants sont dans une position très différente des agents d'entretien (Leyrit et al., 2007). Pour autant, dans une démarche de santé communautaire, tous les personnels sont appelés à jouer un rôle. Le registre personnel interfère avec le registre professionnel. Ce phénomène est suffisamment important pour être souligné.

Le tabagisme, les autres consommations de psychotropes, la santé en général, sont des problématiques invasives. Le sujet social est pris dans ses propres représentations qu'il doit conjuguer avec celles de son environnement sociétal et donc professionnel (Obin, 2002). Il est interpellé dans un cadre scolaire sur des questions de bien-être (Descarpentries-Billon, 2006). Le risque de confusion avec son propre bien-être est grand (Maslow, 1989), surtout s'il y a souffrance. Le « à chacun son métier » (Jourdan, 2005) a besoin d'être clarifié pour réaffirmer de manière robuste l'ancrage professionnel de la prévention. Les limites entre la sphère publique (l'École) et la sphère privée (la famille) relèvent d'un consensus instable qui réclame un certain nombre de précautions.

Une prescription de santé publique peut être adressée à l'ensemble de la communauté éducative sans pour autant prétendre agir de la même manière sur chacun de ses membres. La position sociale des personnels dans le lycée influence la réception de la prescription (Leyrit et al., 2007). A la suite du décret tabac, tout se passe comme si les attitudes étaient marquées par les fonctions professionnelles exercées. Ce sont les personnels de direction (Tourmen et Mayen, 2007) qui se montrent au final les plus engagés. Les enseignants semblent moins impliqués. Les CPE doutent fortement de l'efficacité de l'interdit et des paradoxes qui l'accompagnent. Les personnels TOS sont eux dans une posture de loyauté envers la direction du lycée (Leyrit et al., 2007). L'analyse du travail trouve toute sa pertinence pour permettre de prendre en compte les « bricolages » exprimés

(Pastré, 1994). La vie professionnelle de chacun, ses impératifs, ses obligations sont des dimensions essentielles à un rapatriement de l'objet prévention du registre de l'être vers le registre du faire.

c) Troisième résultat

(3) La mise en lien par les professionnels de l'Ecole de leurs missions éducatives et des axes possibles de leur intervention en prévention se fait avec difficulté, et au travers de pratiques sporadiques.

La catégorie professionnelle apporte à l'objet le besoin d'une prise en compte des contraintes et des ressources du milieu de travail (Leplat, 1997). La position depuis laquelle un professionnel parle, renvoie à des dimensions du métier qui prennent place dans les missions de l'Ecole en promotion de la santé (MEN, 1998, 2005). Pour autant, tous les professionnels n'identifient pas la forme que la prévention peut trouver dans leurs pratiques. De fait, ils lui accordent une importance relative dans leur travail (Baeumler, 2002, Mamecier et al., 2004), et ont un sentiment de faible efficacité (Han et Weiss, 2005). Interfèrent donc des aspects personnels tels que le sentiment de dépassement, la souffrance au travail (Dejours, 1993), avec des aspects collectifs tels que les relations interpersonnelles au travail, ou encore le climat d'établissement (Fotinos, 2005).

On observe donc un éparpillement d'activités diverses. Elles s'organisent entre elles avec difficulté et leur identification est laborieuse, de l'aveu même de l'Institution (Mamecier et al., 2004). Les enseignants estiment que leur activité dans ce domaine peut être identifiée sans que celle-ci soit nécessairement affichée comme relevant de l'éducation à la santé. Si cela devait faire l'objet d'un travail spécifique, le manque de temps (Berger et Leselbaum, 2002, Mérini et al., 2002) est alors invoqué pour quelque chose qu'ils considèrent comme « en plus ». Se pose ici une réelle question de lisibilité et de perception de la place de l'objet dans l'activité et des attentes à ce sujet.

d) Quatrième résultat

(4) L'implication des professionnels de l'Ecole en prévention est fortement orientée par le déterminant Personnel.

Les premiers résultats que nous avons exposés nous ont permis d'effleurer l'importance des dimensions personnelles. Nous avons ensuite cherché à définir dans quel modèle de l'activité ces dimensions pouvaient être décrites. Ce déterminant Personnel a été mis en regard des deux autres déterminants : le déterminant Institution et le déterminant du Public élève. Les professionnels (hors chefs d'établissement) ne font pas prioritairement référence à la prescription dans le volet institutionnel de leur action. Celle-ci est plutôt déterminée par la référence à l'idée qu'ils se font de la mission de l'Ecole en lien avec leur histoire propre et le contexte social. Nous pouvons donc parler de caractère surdéterminant du volet Personnel dans la redéfinition de la tâche. La problématique du tabagisme ne laisse pas indifférent les professionnels de lycée.

Les conceptions sont donc au cœur des modalités d'implication des professionnels du milieu scolaire (Jourdan et al., 2003). On peut même dire qu'elles sont dominantes par rapport à la prescription. Des profils professionnels ont été catégorisés : « harmonique », « dysharmonique » ou « mixte ». Le déterminant Personnel a la particularité d'être au cœur de chacun de ces profils. Pour autant, il ne les résume pas. C'est depuis leurs caractéristiques personnelles que les professionnels renvoient aux effets possibles de leur activité sur eux-mêmes mais également aux effets sur l'Institution et sur les élèves.

II. Conséquences possibles pour la formation et l'accompagnement

1. L'appropriation de l'objet

Les axes auxquels la prévention doit se référer se situent dans des registres variés : sociaux, culturels, sanitaires, éducatifs... Pour autant, si nous nous plaçons dans une perspective formative, leur prise en compte globale est indispensable. Il en relève de l'enjeu de positionner un objet complexe situé dans un monde aux complications multiples.

Première conséquence : La prise en compte de la complexité de l'objet prévention serait un passage obligé pour les professionnels.

2. L'ancrage professionnel de l'objet

Nos travaux montre la coexistence de regards différents sur la prévention et la mission de l'Ecole en la matière. Cette diversité est essentiellement déterminée par le corps professionnel des acteurs considérés. Il s'agit donc à la fois de rejoindre les professeurs dans leur identité et de leur donner les moyens de penser la prévention en articulation avec la mission éducative de l'Ecole.

Deuxième conséquence : La formation devrait à la fois tenir l'ancrage dans l'identité professionnelle des différents acteurs et l'articulation de leur mission préventive propre à la mission éducative de l'Ecole.

3. Des pratiques cohérentes en lien avec les missions éducatives

L'intégration de la prévention au sein de l'activité des professionnels du champ scolaire ne va pas de soi. L'intervention relève davantage de multiples « bricolages » (Pastré, 1994) que d'une action cohérente et articulée avec les problématiques soulevées. La distance inévitable entre le prescrit et le réel de l'activité accorde à la redéfinition de la tâche une valeur centrale.

Ce processus de reconception est un processus naturel et spontané pour l'ensemble des personnels du milieu scolaire (Leplat, 1997, Goigoux, 2005,

2007). En tant que tel, il doit être l'objet d'une prise en compte spécifique dont on ne peut faire l'économie. Le « système de connaissances » (Leplat, 1991) dont disposent les acteurs de l'École est à mettre en lien avec leur sentiment de compétence (Han et Weiss, 2005). Il les pousse à faire certains choix. Il est important de les accompagner, notamment à l'échelle des établissements, dans ces prises de décisions.

Troisième conséquence : La prise en compte de la prévention au sein de l'activité professionnelle relèverait d'un processus qui appelle un accompagnement spécifique.

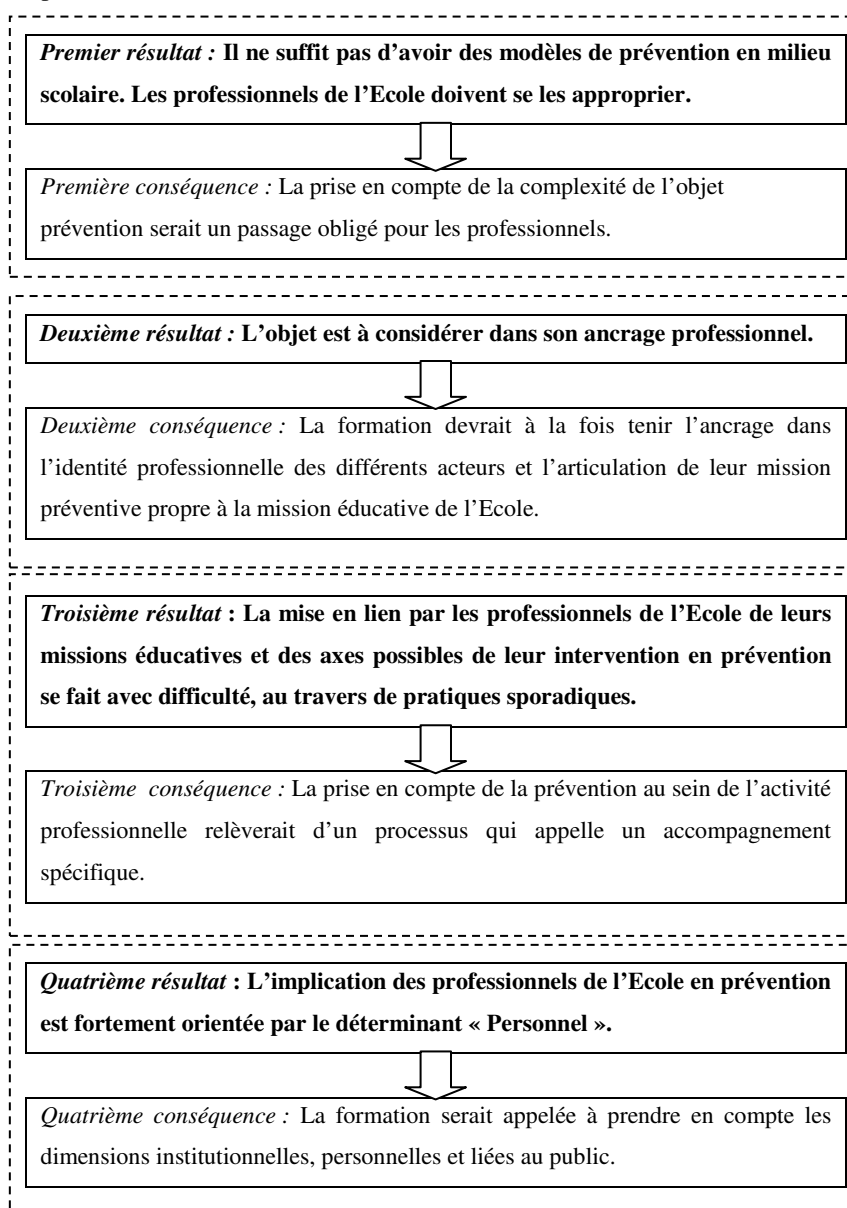
4. La prise en compte des déterminants de redéfinition de la tâche

Leur activité en prévention est un compromis entre des finalités multiples avec la volonté d'apporter des réponses acceptables dans un domaine transversal et non-disciplinaire. Une formation ne saurait faire l'impasse sur cette complexité en se limitant par exemple au volet institutionnel (description des textes officiels) ou Personnel (travail sur soi et son rapport à la santé et aux addictions) par exemple. Il s'agit de tenir ensemble ces différents volets indissociables au sein de dispositifs de formation adaptés.

Quatrième conséquence : La formation serait appelée à prendre en compte les dimensions institutionnelles, personnelles et liées au public.

Le schéma 5 propose une mise en perspective générale des résultats et de leurs conséquences possibles en formation.

Schéma 5 : Vue d'ensemble des principaux résultats de notre recherche et de leur implications possibles en formation.



Sur la base de ces différentes conclusions, nous nous proposons d'offrir quelques pistes de réflexion plus générale quant à la formation des professionnels du système éducatif.

III. Vers une formation centrée sur la professionnalisation des personnels

1. Une formation et un accompagnement intégrant la spécificité de l'objet

La formation et l'accompagnement des professionnels ne peuvent faire l'impasse de la spécificité de l'objet. Le fait que les professionnels soient impliqués « en tant que personne » sur ces questions, l'étroite proximité de ces dernières avec la demande sociale, le risque d'instrumentalisation de l'Ecole au service de causes qui ne sont pas les siennes, favorisent une approche qui, outre la prescription institutionnelle, laisse toute sa place aux dimensions scientifique, éthique, juridique, politique, culturelle et sociale. Il s'agit en fait de tenir compte des tensions inhérentes à l'activité des professionnels en matière de prévention du tabagisme en milieu scolaire et d'accepter que le manque de lisibilité de l'objet les embarrasse, au regard notamment de la neutralité de leur fonction (Mérini et al., 2008). Les questions de santé se situant à la frontière des sphères privée et publique, le professionnel se doit de s'interroger continuellement sur la légitimité de son action. Tant pour assumer cette tension permanente que dans le but d'être efficace, la collaboration entre professionnels est essentielle. L'enseignant se situe alors comme un stratège devant mettre en relation différents acteurs, différents niveaux d'action et des actions de différentes natures pour permettre à l'élève de se construire une opinion et de faire des choix raisonnés en matière de santé (MEN, 1998). Il s'agit d'épauler les professionnels afin qu'ils puissent intervenir au mieux auprès des élèves (Amigues et Lataillade, 2007). Cette intervention se fait en référence au cadre institutionnel de l'Ecole, aux spécificités du public mais aussi en référence à leur propre rapport aux questions sociales et de santé.

2. Des façons différentes de penser la formation

Enseigner n'est pas appliquer ou suivre une recette magique. Il n'y a pas une réponse unique, ni une meilleure méthode qui permette à tout enseignant de faire face aux différentes situations d'enseignement. Pour autant, il convient malgré tout de leur donner des moyens, des outils, des compétences, des démarches qui leur permettent de s'adapter au mieux. L'ampleur des problématiques sur

lesquelles l'intervention de l'Ecole est attendue, ne peut faire l'économie de se rapprocher des pratiques. Les professionnels du milieu scolaire ont à tenir ensemble des demandes très diverses appelant des actions multiples et éclatées. « Les discours sur la transformation du métier d'enseignant apparaissent dans un contexte de changement du système éducatif, notamment d'effritement du consensus culturel autour de l'Ecole et d'évolution de ses modes de régulation » (Maroy et Cattonar, 2002).

Cet accompagnement peut prendre forme dans différents modèles de formation. Nous suivrons ici la catégorisation classique de Ferry (1983)⁹².

❖ *Une formation centrée sur les acquisitions*

Il s'agit de donner aux enseignants tous les outils nécessaires : les connaissances disciplinaires, celles sur le développement et la psychologie des enfants ou des adolescents, les habiletés, etc.

Les enseignants ainsi formés, pourront dans la pratique appliquer ces théories. Ce serait par exemple d'accompagner les enseignants ou les personnels de lycée sur la voie d'une élaboration planifiée d'actions en prévention des conduites addictives. L'approche structurée de méthodologie de projet devient alors un support privilégié de formation, fournissant des procédures d'intervention. Dans une approche rationnelle, l'évaluation des consommations de psychotropes et des influences sociales serait proposée en amont de l'intervention. Charge au projet élaboré de prendre en compte un certain nombre d'actions qui viendraient répondre aux problématiques identifiées. L'aménagement des temps de pause des élèves peut faire ainsi l'objet d'un travail concerté avec ceux-ci par une réorganisation du foyer du lycée, par la mise en place d'activités à la pause méridienne, etc. Ce travail serait conçu comme venant en articulation avec d'autres actions de classes (travail sur les libertés en littérature, sur l'aspect économique de l'industrie du tabac, etc.).

⁹² Cité dans Develay M., (1994) : « Peut-on former les enseignants ? ». ESF éditeur.

❖ *Une formation centrée sur la démarche*

Dans ce modèle, les bases de la formation sont les capacités d'adaptabilité et d'initiative. C'est le transfert d'une pratique à une autre qui est ici visé sans passage par la théorie.

Nous prendrons l'exemple d'une journée banalisée telle que celle qui a servi de cadre à l'une de nos études. Des ateliers, utilisant diverses thématiques de santé, étaient organisés dans le lycée. Cette formation revient à mettre les enseignants en situation de « faire dans l'action » à privilégier les tâtonnements multiples. Le savoir expérientiel est ici valorisé. Le rôle du formateur est de créer des mises en situation favorables et suffisamment proches des savoir-faire existants, afin qu'il permette au sujet une adaptation plutôt qu'une déstabilisation.

❖ *Une formation centrée sur l'analyse*

La pratique et la théorie sont étroitement articulées dans un va-et-vient permanent. C'est le développement de capacités d'analyse et d'explicitation mais aussi de résolution de problème qui permet de faire face à la diversité des situations d'enseignement. L'approche socioconstructiviste de ce type de formation fait entrer dans une logique d'auto-observation de son activité par une démarche de mise à distance et de reconceptualisation.

Un maximum de moyens peuvent être mobilisés pour atteindre cet objectif : depuis l'étude de cas jusqu'à des techniques d'animation de groupe. En prévention du tabagisme, nous prendrons l'exemple de l'analyse d'une démarche de prévention mise en place dans un lycée. Le travail de formation viserait à faire identifier les axes retenus, la nature des interventions, les leviers choisis à l'échelle de la classe et de l'établissement. Ce travail pourrait être complété par un jeu de rôles mettant en situation les personnels dans le cadre de l'organisation d'une réunion de CESC chargée de valider un tel projet. Chaque participant se verrait attribuer un rôle qu'il tiendrait en intégrant les contraintes qu'il estime propres à la catégorie de personnel qu'il « joue ». Il devrait également intégrer alors dans son jeu des dimensions personnelles liées à son rôle : par exemple une posture militante de prévention, un comportement d'opposition au projet discuté

collectivement, etc. Des apports pédagogiques viendraient compléter ce travail de formation pour proposer des outils de prévention intégrés aux programmes scolaires.

Ces trois modèles posés, il ne s'agit pas d'en choisir un, mais de montrer comment, dans différents contextes, il est possible d'intégrer de façon pertinente un travail sur les modèles en santé et les modèles en éducation dans une « visée transformative » (Schwartz, 1997).

3. Les finalités multiples de formation au service de l'activité professionnelle

Pour élaborer un parcours de formation, il convient de s'interroger sur la vision même du métier d'enseignant que nous avons.

Trois idées structurent le cadre de pensée que nous proposons : *la notion de professionnalisation* (Perrenoud, 1994) et *la notion de praticien réflexif* (Schön, 1983). Pour tenir en formation une telle approche en cohérence, il est nécessaire d'avoir conscience de ce que peut être *une éthique en formation*, posture qui constitue la clé de voûte des choix effectués.

a) Vers une professionnalisation

La question de la professionnalisation des métiers est au centre de nombreux débats. « La professionnalisation, c'est l'accès à la capacité de résoudre des problèmes complexes et variés par ses propres moyens, dans le cadre d'objectifs généraux et d'une éthique, sans être tenu de suivre des procédures détaillées conçues par d'autres. C'est donc être, davantage que dans un métier d'exécution, capable d'autonomie et de responsabilité » (Perrenoud, 1994). « C'est une perspective à long terme, un processus structurel, une lente transformation. C'est une évolution que l'on peut favoriser mais qu'aucun gouvernement, aucune corporation, aucune réforme ne peut provoquer du jour au lendemain, de façon unilatérale » (Perrenoud, 2001).

Cette question liée à l'exercice de la profession, n'est pas consensuelle dans le champ de l'éducation à la santé. Elle pose la question de savoir si l'on veut des enseignants simples exécutant de programmes d'experts ou au contraire des enseignants en situation d'autonomie et de responsabilité, capables de réfléchir « dans » et « sur » leur action. Elle renvoie les prescriptions en santé publique à la *logique programmée d'actions* que nous avons précédemment opposée au principe de développement de *dispositifs personnels* d'intervention. Ainsi, cela revient à ne pas considérer la prévention de la consommation de psychotropes comme relevant d'interventions planifiées. C'est refuser de considérer que soient imposées des actions modèles dans une logique ponctuelle de temps spécifiques de prévention (typiquement, on retrouve dans certaines circulaires des choix de cette nature et c'est le cas de la circulaire n°2006-080 du 11 mai 2006 précisant l'organisation de la journée mondiale sans tabac), ou dans une logique planifiée de volumes horaires prédéterminés (comme c'est le cas pour la prévention de l'alcoolisme avec la prescription « d'au moins une séance annuelle » dans le code l'éducation).

Nous faisons le choix de nous inscrire dans une démarche de professionnalisation parce qu'à notre sens, le métier d'enseignant est bien dans la catégorie « profession ». Il ne s'agit pas de suivre La méthode, d'avoir La bonne pratique, le professionnel doit s'adapter et être capable de mettre en œuvre sa propre réponse. C'est donc sortir des logiques de « bonnes pratiques » prescrites par la santé publique venant d'illustrer nos propos.

Pour autant, ce choix d'émancipation du sujet en formation n'est possible que s'il y a une maîtrise d'un certain nombre de compétences. La diversité des corpus de références pour intervenir sur le champ de la prévention ne participe pas à apporter une lisibilité d'ensemble pour les professionnels. Si l'on vise l'appropriation de ces outils et le développement de nouveaux supports, il est préférable de parier sur le développement d'aptitudes professionnelles. Elles seules permettent au professionnel une mise à distance des problématiques du terrain et l'intégration de la complexité de l'objet au regard du public auquel il va

s'adresser. De la maternelle au lycée, « les enseignants prennent quotidiennement de multiples décisions dans bien d'autres buts que de favoriser les apprentissages des élèves : par exemple pour préserver l'affection que ceux-ci leur portent, pour ne pas « les mettre en échec », pour maintenir la paix sociale dans la classe, pour entretenir leur propre motivation ou pour économiser leurs forces. Tous s'efforcent de trouver en classe un bien-être suffisant pour « tenir » chaque jour ou « durer » toute une carrière » (Goigoux, 2007). Cette connaissance du métier, de ses contraintes, de ses enjeux éducatifs est une force indispensable à mobiliser dans la conception d'outils en éducation à la santé et en prévention.

Mais, tous les moyens en formation ne peuvent être acceptables. Dans cette optique, *éthique et déontologie de formation* se posent de manière fondamentale à toute action formative. Leur fonction est d'abord de permettre au formateur de conscientiser les implications de ce qu'il mettra en œuvre.

b) Principes éthiques et déontologiques d'intervention en santé

Les dimensions éthiques et déontologiques ne sont pas des dimensions venant se greffer à la formation. Ce sont les objets mêmes de la formation. Des questions éthique, déontologique et morale se posent constamment au formateur. Les choix ne peuvent donc être effectués à la légère. Pour les effectuer, le formateur est constamment à la recherche d'un équilibre entre ce qu'il est, doit faire (par rapport à son métier) et peut faire (par rapport aux droits et devoirs que la société lui impose).

Le cadre éthique que nous reprenons à notre compte (Lecorps, 2002) peut être considéré comme une lecture des déterminants de l'activité du formateur. Même si cette modélisation sur les axes de morale, d'éthique (personnelle) et de déontologie ne constitue pas un modèle de l'activité, elle se structure avec des similitudes troublantes pour peu que l'on veuille à en rapprocher des éléments constitutifs.

Nous proposons ainsi de rapprocher la morale de l'Institution, la déontologie du Public en formation et l'éthique du formateur. Lecorps (2002) utilise ces trois

axes comme cadre de réflexion pour décrire les questions qui se posent à l'intervention en santé (document 9). Nous allons en proposer une lecture permettant de mieux situer la place du formateur.

Document 9 : Cadre d'intervention en prévention (d'après Lecorps, 2002)

MORALE (Notion de bien et de mal)	ETHIQUE	DEONTOLOGIE (Ce qui doit être fait = MORALE PROFESSIONNELLE)
Culture	Culture	Culture Professionnelle
Identité	Ipséité (Moi-même et pas un autre)	Identité professionnelle
Hétéronomie (La morale vient de l'autre, elle vient du Droit)	Autonomie	Hétéronomie
Tradition (Code moral)	Argumentation (Arguments allant pour soi et les autres)	Tradition
Le Bien	Préférable	Le Bien Faire
Soumission	Engagement	Soumission

Légende : Trois axes peuvent permettre de structurer l'intervention du formateur : dans son rapport à la société (morale sociale), à lui-même (morale professionnelle) et dans la perspective qui est la sienne de vivre une vie possible (éthique personnelle).

« Les politiques de santé publique, en définissant le sujet comme raisonnable et rationnel, en viennent nécessairement à le tenir pour responsable de ses actes ». L'« éthique du sujet » telle que la définit Lecorps permet de séparer deux ordres de responsabilité. Etymologiquement, morale et éthique, *éthos* et *êthos*, sont de sens différents. La morale place le formateur face à la conformité définie par les pratiques sociales, les codifications et les « habitus » pour citer Bourdieu.

C'est ainsi que « la responsabilité morale s'éprouve dans la conformité des normes collectives ». Elle prend donc un sens différent de la responsabilité éthique qui renvoie au caractère propre du formateur, « la marque distinctive » qui fait de lui un être unique. Cette ipséité, source d'autonomie décisionnelle, permet de développer un argumentaire qui place le formateur dans une posture

« préférable ». L'engagement qu'elle suscite, lui permet une latitude d'actions face à la soumission au « bien » et au « mal », codifiés et normés par la société.

Mais il n'échappe pas non plus à une autre morale, celle de son métier : la déontologie. Celle-ci oriente, par une culture et une identité professionnelle, une tradition de l'agir au travers d'un « bien faire » auquel le sujet est invité à se soumettre.

Ce cadre permet la définition de trois tensions pour le formateur. *La première tension* se situe entre la priorité de la prise en compte du vivant plutôt que celle de l'existant plaçant son activité de formation dans une historicité dynamique et non linéaire. *La seconde* s'inscrit entre le respect de l'autonomie des sujets en formation et renvoie aux facilités de propagande à l'orienter vers des choix qui ne sont pas les siens. *La troisième tension* (probablement la plus importante) intervient entre les prescriptions et le formateur qui doit trouver un équilibre qui lui permette de tenir ensemble des enjeux différents. Il s'agit pour lui de vivre une vie possible de formateur, faite d'acceptations et de renoncements. Il doit atteindre un niveau de stabilité acceptable entre ses croyances, ses propres comportements et ses missions de formation. S'il doit amener les personnels des établissements scolaires à être en mesure d'effectuer des choix, le formateur, sujet unique, autonome et citoyen, est lui-même en permanence confronté aux siens.

Identité et ipséité s'entremêlent, se confrontent voire se perturbent mutuellement. Cette recherche d'équilibre entre ce qui nous est donné (les identités) et ce qui fait de nous un être unique (l'ipséité) est un moteur privilégié de formation. C'est sur la dimension d'ipséité que la formation peut prendre appui de façon pertinente et favoriser une véritable autonomie de décision, c'est-à-dire un arrachement à la nature, aux pesanteurs sociales mais aussi à l'emprise environnementale (au poids de la prescription en santé publique par exemple, aux enjeux politiques qui l'animent, etc.). Cette confrontation de modèles entre ceux que l'« on » m'impose (les médias, la société en générale, les politiques) et ceux que « je » construis (ma liberté de choisir pour « être moi ») crée un paradoxe entre les finalités sociales de la formation et la nécessité de vivre une vie possible de formateur. Chaque

formateur tend vers cette recherche d'équilibre sur le plan personnel. C'est au formateur d'avoir conscience des enjeux dominants et ceux qu'il choisit de privilégier. C'est bien la possibilité pour le formateur d'effectuer des choix qui accompagnera sa capacité à les mener à bien, à argumenter, à débattre avec le professionnel en formation et avec lui-même.

La réflexivité prend une place particulière pour maintenir l'autonomie du professionnel et lui accorder la place qu'il mérite dans une progression qui restera la sienne. Elle s'inscrit de façon naturelle dans les perspectives éthiques et déontologiques pour un formateur responsable et conscient des implications de ses actes de formation. Les trois axes que nous venons de décrire se poseront ensuite en des termes extrêmement proches au professionnel de l'Ecole lorsqu'il sera devant les élèves.

c) Un va-et-vient entre faire et réfléchir

La prévention et l'éducation à la santé nécessitent de prendre en compte le facteur humain. Il y a un processus permanent d'adaptation en temps réel. C'est ce que Schön (1983) appelle « la réflexion en action ». La conception d'une intervention en santé ne peut envisager toutes les situations. L'inattendu est constitutif de l'humain, il réclame une adaptation permanente des stratégies convoquées. « C'est une pensée à la fois d'exploration, de construction d'hypothèses et de test qui s'accomplit d'un même mouvement, au cours même de l'action, et non par une référence après coup, ou en interrompant momentanément l'action » (Bourdoncle, 1995).

La formation pour une intervention en santé à l'Ecole doit donc permettre non seulement de développer des connaissances (en référence aux données épidémiologiques, psychologiques, physiologiques, etc.), mais aussi d'assurer un lien entre les aspects rationnels de la tâche à réaliser et une posture réflexive de mise à distance.

Cette approche se construit autour de l'idée, non pas d'une démarche descendante de la théorie vers la pratique, mais de rapports interactifs qui lient les deux. Schön

parle de la « science de l’agir professionnel » comme d’un paradigme fécond. Le sujet en formation (comme le formateur lui-même d’ailleurs) doit s’adapter en conciliant structuration et formalisation dans un recul par rapport à l’action. Son expérience est prise en compte même si celle-ci peut sembler « opaque ». « Il faut révéler les sous-entendus du métier, non pour les sacraliser, mais pour les mettre en discussion et en commun dans le collectif, en dépassant les mécanismes de défense » (Saujat, 2002).

Cette approche réflexive vise à augmenter la liberté d’action et la capacité d’auto-régulation. Elle nécessite de reconsidérer ses propres représentations pour être prêt ensuite à dépasser celle de l’élève. Ainsi, la tension inhérente à toute addiction, entre recherche de plaisir et risque de dépendance, illustre cette nécessaire autorégulation pour permettre d’accompagner l’élève sur la voie de la conscience de ce lien, tout en se préparant à ce qu’il refuse ce dilemme qui se pose à lui.

IV. En conclusion

1. Du particulier au général

Nous avons vu que la prise en compte des trois déterminants de l’activité offre un cadre pertinent pour décrire les modalités d’implication et de redéfinition de la tâche. Il nous a permis aussi d’effectuer un glissement depuis la prévention et l’éducation à la santé jusqu’à une prise en compte de dimensions plus profondes liées à cet objet.

Ainsi, il aurait été dangereux de nous limiter à prendre pour argent comptant le fait que prévention et éducation relèvent de pratiques diffuses et sporadiques. Il n’en est en fait rien. D’un objet marginal, nous arrivons à quelque chose qui se situe au cœur du métier.

Si l’on veut éviter que la pratique de l’éducation à la santé et de toutes les « éducations à » restent l’apanage de quelques « militants », il importe de repenser la prescription. Il s’agit de choisir entre deux options. Soit limiter l’autonomie des personnels et investir dans des prescriptions de plus en plus fines (tant d’heures sur l’obésité en telle année avec telle méthode et tel document), soit se placer dans

une perspective de professionnalisation, c'est-à-dire élaborer une prescription centrée sur des objectifs généraux et une éthique. Du fait de la nature de l'objet santé comme de la spécificité des « éducations à » qui ne se limitent pas à la transmission de connaissances, la quête d'une prescription « complète » ne peut qu'être vaine. Dans la deuxième hypothèse, la prescription doit accompagner des professeurs suffisamment compétents pour « savoir ce qu'ils ont à faire » sans que cela passe par des règles, des directives, des modèles élaborés par d'autres » (Perrenoud, 2001). La prescription n'est ainsi pas un « prêt à agir » mais le point de départ d'une façon de repenser des buts et des moyens d'action en cohérence avec le milieu de travail qui permettra de la mettre en oeuvre (Amigues et Lataillade, 2007).

2. La nécessité de développer de nouveaux projets de recherche

Nous espérons avoir participé à élucider certaines complications, sans avoir la prétention d'avoir fait le tour de ce sujet. Notre positionnement de chercheur nous a conduit à prendre en compte trois éléments (Vial, 2000).

Le premier élément a été relatif au lien qui unit l'Ecole aux sciences de l'éducation. A notre sens, dans ce cadre, les sciences humaines mobilisées offrent un regard, un point de vue qui éclairent de manière différente une même scène d'acteurs. Selon la mise en lumière choisie, nous avons successivement donné de l'importance à des entrées différentes d'un même objet. Cette agrégation de singularités ne peut être considérée néanmoins comme suffisante pour prétendre décrire un tout.

Le deuxième élément s'attachait à souligner le rôle transformatif de la recherche. De nouvelles hypothèses plus que des certitudes apparaissent en filigrane de notre activité de chercheur. Une forme de réflexivité sur nos propres pratiques de recherche nous pousse à l'humilité indispensable dans la considération des résultats que nous avons obtenus.

Le troisième élément touchait à la formation des professionnels du milieu scolaire. Nous avons à peine effleuré la densité de ce sujet qui en lui-même constitue un

sujet fécond pour les chercheurs. Mais c'est de ce point de vue panoramique que nous avons choisi de regarder les conséquences possibles de nos résultats.

A notre sens, la formation et l'accompagnement restent les points de focalisation vers lesquels sont appelées à converger les recherches. Plus que l'émergence d'un cadre institutionnel différent ou même de bonnes pratiques, c'est la façon d'accompagner et de former les professionnels qui conditionnera largement la contribution de l'Ecole à la prévention. Les aider à mettre en interaction « éducation » et « santé » réclamera de nous rapprocher encore davantage de leur activité. Des travaux de recherche en éducation à la santé restent à développer pour participer à encore mieux comprendre cette réalité. En tout état de cause, l'enjeu est bien d'aller plus loin, non pas en référence à une logique d'implantation toujours plus fidèle des programmes de santé publique, mais bien en direction de ce qui est susceptible d'aider les professionnels à mettre en lien les différentes dimensions de leurs métiers incluant l'éducation à la santé et la prévention. La perspective est résolument centripète (au service d'une vision cohérente du métier et du sens que les professionnels donnent à leur activité) et non centrifuge (l'ajout d'une tâche supplémentaire).

" Ce qui console un travail difficile, c'est qu'il est « difficile »."

Emile-Auguste Chartier dit Alain

BIBLIOGRAPHIE

1. ABBOTT R.D., O'DONNELL J., HAWKINS J.D., HILL K.G., KOSTERMAN R., CATALANO R.F. (1998) : « Changing teaching practices to promote achievement and bonding to school ». *Am.J.Orthopsychiatry*, 68, 542-552.
2. ABRIC J.C. (2001) : « L'approche structurale des représentations sociales : développements récents ». *Psychologie et Société*. 4, 81-103. 2001.
3. ABRIC J.C (sous dir.) (1997) : « Pratiques sociales et représentations ». PUF. 1994, 2ème édition 1997.
4. ADES J., LEJOYEUX M. (1996) : « Les conduites alcooliques et leur traitement ». Paris, Doin.
5. AGGLETON P., HOMANS H. (1987): « Educating about AIDS ». Prepared for the National Health Service Training, Faculty of education and Community Studies. England. NHS. Training authority. 45 p.
6. ALLENSWORTH D.D., KOLBE L.J. (1987): « The comprehensive school health program: exploring an expanded concept ». *J School Health*, 57(10), 409-412.
7. ALTET M. (1994) : « La formation professionnelle des enseignants ». Paris : Presses universitaires de France.
8. AMIGUES R., FAÏTA D., KHERROUBI M. (2003) : « Métier enseignant, organisation du travail et analyse de l'activité ». *Skholê*, hors série, 1, 1-4.
9. AMIGUES R., FAÏTA D., SAUJAT F. (2004a) : « L'autoconfrontation croisée: Une méthode pour analyser l'activité enseignante ». *Bulletin de psychologie*, 2004 - cat.inist.fr.
10. AMIGUES R., FAÏTA D., SAUJAT F. (2004b) : « Travail enseignant et apprentissages scolaires ». *In* E. Gentaz & Ph. Dessus (Eds). *Comprendre les apprentissages : Psychologie cognitive et éducation*. Paris : Dunod.

11. AMIGUES R., LATAILLADE G. (2007) : « Le « travail partagé » des enseignants : rôle des prescription et dynamique de l'activité enseignante ». *Actualité de la Recherche en Education et en Formation*. Strasbourg.
12. ARDOINO J. (1993) : « L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives », *Revue Pratiques de Formation*, n°25-26 avril 1993, Université de Paris VIII, pp. 15-34.
13. ARWIDSON P. (2001) : « Démarches et méthodes en éducation pour la santé des jeunes » *in* 4^{ème} Journées d'assurance maladie de la CANAM, *Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, pp 127-168, 22 mars 2001, Paris.
14. ARWIDSON P., BURY J.A., CHOQUET M., DE PERETTI C., DECCACHE A., MOQUET-ANGER M.L., PAICHELER G. (2001) : « Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes ». INSERM.
15. ASTIER P. (2003) : « Analyse du travail et pratique enseignante ». CRAP Cahiers Pédagogiques. N°416 Analysons nos pratiques 2.
16. BAEUMLER J.P. (sous dir.) (2002) : « L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Rapport présenté au Premier ministre ». Paris. 116 p.
17. BALLARD D.J., WHITE D.M., GLASCOFF M.A. (1990) : « AIDS/HIV education for preservice elementary teachers ». *J.Sch Health*, 60, 262-265.
18. BANTUELLE M., DEMEULEMEESTER R. (2008) : « Référentiel de bonnes pratiques : Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire ». INPES éditions.
19. BARDIN L. (2001) : « L'analyse du contenu ». PUF.
20. BATT A. et al. (1999) : « Santé ressentie et implication au travail des infirmier(e)s de l'Education Nationale ». *Revue Santé publique*, n°4, PP. 493-501.
21. BATTJES R.J. (1985): « Prevention of adolescent drug abuse ». *Int J Addict* 1985, 20: 1113-1134.

22. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. (2005) : « Les usages de drogues des adolescents parisiens. Analyse de l'enquête ESCAPAD Paris 2004 ». Décembre 2005.
23. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., BRIFFAULT X., GAUTIER A., LAMBOY B., LEON C., WILQUIN J.L. (2005) : « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Baromètre santé 2005 ».
24. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. (2006) : « Les drogues à 17 ans : évolutions, contexte d'usage et prise de risque ». Enquête ESCAPAD. OFDT. Tendances, n° 49, 4 p., 2006.
25. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., PERETTI-WATEL P. (2006) : « Le tabagisme des adolescents : baisse du niveau d'usage et représentations spécifiques ». CAIRN. Dossier thématique Vol. 12 2006/1.
26. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. (2005) : « Les drogues à 17 ans. Evolutions, contextes d'usages et prises de risque, exploitation des données d'ESCAPAD 2005 ».
27. BEN LAKHDAR C. (2008): « Quantitative and qualitative estimates of cross-border tobacco shopping and tobacco smuggling in France ». Tobacco control 2008; 17; 12-16.
28. BERGER D., RIFFAUD A., JOURDAN D. (2007) : « Education à la santé dans les écoles élémentaires. Étude des pratiques enseignantes à partir des traces manifestes en classe en éducation à la santé ». Actualité de la Recherche en Education et en Formation. Strasbourg, 2007.
29. BERGER G. (2007) : « une multiréférentialité au service de la recherche ». Séminaire PAEDI. Janvier 2007.
30. BERGER G., LESELBAUM N. Dir. (2002) : « La prévention des toxicomanies en milieu scolaire : éléments pour une évaluation », pp.100-107. « Entretiens avec les intervenants », pp.153-174, « Les Réalités de la prévention dans le cadre scolaire ». Documents - actes et rapports pour l'éducation CRDP Languedoc-Roussillon 177p.
31. BERNOUX P. (1985) : « La sociologie des organisations ». Paris. Seuil.

32. BILLIARD I. (1998) : « Conditions sociales, historiques et scientifiques d'apparition de la psychopathologie du travail en France ». Paris, CNAM, Thèse pour le doctorat en psychologie.
33. BIRCHMAYER J.D., WEISS C.H. (2000): « Theory-based evaluation in practice: What do we learn? » *Evaluation Review* 24(4), 407-431 (August).
34. BLANCHET L., LAURENDEAU M.C., PAUL D., SAUCIER J.F. (1993) : « La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir ». Boucherville (Québec). Gaétan Morin éditeur.
35. BLANCHET M. (1998) : « La vie de l'élève et des établissements scolaires ». Rapport du Ministère de l'Education nationale, de la recherche et de la technologie.
36. BOUDON R. (1977) : « Effets pervers et ordre social ». Paris : Presses Universitaires de France.
37. BOURDONCLE R., MATHEY-PIERRE C. (1995) : « Autour du mot professionnalité ». *Recherche et formation*, 19, 137-147.
38. BVA (2007) : « Communiqué de Presse. Interdiction de fumer dans les lieux publics ». Ministère de la santé et des solidarités. Paris. le 16 février 2007.
39. CACOUAULT M., COMBAZ G. (2007) : « Hommes et femmes dans les postes de direction des établissements secondaires : quels enjeux institutionnels et sociaux ? ». *Revue Française de Pédagogie*. N°158.
40. CAMPICHE V., LE GAUFFREY Y. (1996) : « Education à la santé dans le cadre de l'école: point de vue des enseignants ». Lausanne ISPA 1995 cité in : Boegli JD. *Ecole en santé : quelques clefs*. Genève : LEP éd.
41. CHARLOT B. (1997, 1999, 2002, 2005) : « Du rapport au Savoir (Eléments pour une théorie) ». Poche éducation. Editions Anthropos.
42. CHEUK W.H., WONG H.S., ROSEN S. (2002): « Validation of a 'spurning scale' for teachers: the Chinese sample". *Eduvational Research*, Routledge éd., Volume 44, Number 3, Winter 2002, pp. 289-297.
43. CHOQUET M. (2006) : « Consommation d'alcool parmi les jeunes en France et en Europe ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* :

- BEH thématique (alcool et santé en France, état des lieux) 34-35, p.261-264, 12/09/2006.
44. CHOQUET M., BECK F., HASSLER C., SPILKA S., MORIN D., LEGLEYE S. (2004) : « Les substances psychoactives chez les collégiens et les lycéens : consommations en 2003 et évolution depuis 10 ans ». *Tendances*, 2004, n°35, 6 p.
 45. CHOQUET M., LEDOUX S. (1994) : « Réalités des conduites de dépendance à l'adolescence ». In D. Bailly, J.-L. Venisse (Eds). *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris: Masson.
 46. CLOT Y., LEPLAT J. (2005) : « La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail ». *Le Travail Humain*. 2005.
 47. CLOT Y. (2001) : « Clinique de l'activité et pouvoir d'agir ». *Education Permanente*.
 48. CLOT Y., FAÏTA D., FERNANDEZ G., SHELLER L. (2001) : « Les entretiens en auto-confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité ». *Education permanente*, n°146, p 17-25.
 49. CLOT Y. (1999) : « La fonction psychologique du travail ». Presses Universitaires de France. Paris.
 50. CLOT Y., ROCHEX J.Y., SCHWARTZ Y. (1990) : « Les caprices des flux, les mutations technologiques du point de vue de ceux qui les vivent » ED, Matrice, Coll. Points d'appui, 1990, 204 pages.
 51. Commission « Violence, travail, emploi, santé » sous la direction du Pr C. Dejours, Mars 2005.
 52. COURTOIS B., LACOSTE L., DUFOUR C. (1997) : « Définition et évolution des notions de métier, profession, professionnalité, professionnalisme et professionnalisation en sociologie du travail ». Synthèse documentaire. Paris : INTD-CNAM.
 53. COURTY P. (2007) : « Volutes et Novices. Usages et représentations du cannabis chez les futurs acteurs de l'éducation pour la santé ». Thèse pour obtenir le grade de Docteur à l'université de Lyon. Dir. Pr Ch. Gardou.

54. CUIJPERS P. (2002): « Effective ingredients of school-based drug prevention programs A systematic review ». Addictive Behaviors, 2002 - Elsevier
55. DANIELLOU F. (1996) : « Questions épistémologiques soulevées par l'ergonomie de conception ». In Daniellou, F. (Dir) « L'ergonomie en quête de ses principes. Débats épistémologiques ». Toulouse. Octarès.
56. DEJOURS C. (dir.) (1987) : « Plaisir et souffrance dans le travail ». Paris : Éditions de l'AOCIP.
57. DEJOURS C. (1993) : « Travail usure mentale (essai de psychopathologie du travail) ». Paris. Bayard Editions.
58. DEJOURS C. (1995) : « Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? ». Le travail humain, N°58.
59. DENMAN S. (1999): « Health promoting schools in England a way forward in development ». J.Public Health Med., 21, 215-220.
60. DENNIS J., DRAPER P., HOLLAND S., SHIPSTER P., SPELLER V., SUNTER J. (1982): « Prevention is possible if you try ». The Health Services, 1982, 37, p.13.
61. DEROUET J.L. (2006) : « Souffrance au travail dans l'enseignement et impératif de justification ». Unité mixte de recherche Education & Politiques. INRP – Université Lumière Lyon 2.
62. DESCARPENTRIE-BILLON J. (2006) : « Bien-être entre éducation et santé ». In Rev. Ethique et santé, 2006-09, v. 3, n°3, pp. 156-160.
63. DESCHAMPS J.P. (1984) : « L'éducation pour la santé : affaire de professionnels ? ». Sciences Sociales et Santé II, 3-4 (105-115).
64. DEVELAY M., (1994) : « Peut-on former les enseignants ? ». ESF éditeur.
65. DGESCO/MILDT (2004) : « Guide pour développer une politique nationale cohérente dans le cadre de cette prévention des conduites addictives dans les établissements scolaires ». Direction générale de l'Enseignement scolaire (DGESCO), Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). SEREN – CNDP.

66. DOMITROVICH C.E., WELSH J.A. (2000): « Developmental models for interventions to prevent conduct problems. In: Moser SR, Frantz CE. Shocking violence: youth perpetrators and victims. A multidisciplinary perspective ». Springfield: Charles C Thomas Publisher, 2000: 125-153.
67. DOWNIE R.F., TANNAHILL C. (1996): « Health Promotion. Models and Values ». Oxford: Oxford University Press.
68. DRIARD V., BRANELLEC T. (2006) : « Evaluation de l'expérimentation lycées non-fumeurs ». IOD. 2006.
69. DURAND M. (2000) : « Développement personnel et accès à une culture professionnelle en formation initiale des professeurs ». In C. Gohier & C. Alin (Eds.), Enseignant – formateur : la construction d'une identité professionnelle. Paris : L'Harmattan, p.161-180.
70. DURAND M., RIA L., FLAVIER E. (2002) : « La culture en action des enseignants ». Revue de sciences de l'éducation. Volume 28, numéro 1, 2002, p83 à 103.
71. EHRLICH S. (1985) : « Les représentations ». Psychologie française. 1985, vol. 30, no3-4, pp. 226-296.
72. ENGLISH J. (1994): « Innovative practices in comprehensive health education programs for elementary schools ». J.Sch Health, 64, 188-191.
73. ESPINASSY L., SAUJAT F. (2004) : « Enseigner les Arts Plastiques en ZEP : les dessous du métier ». Recherche et Formation.
74. ESTEVE J.M., FRACCHIA A.F.B. (1988): « Le malaise enseignant ». Revue française de pédagogie.
75. EY H. (1950) : « Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses ». Paris, Desclée de Brouwer.
76. EYMARD Ch. (2005) : « De la formation par la recherche aux caractéristiques d'une relation éducative en santé ». Note de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches. 2005.
77. EYMARD Ch. (2004) : « Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. Education et santé, quels enjeux pour la formation et la recherche ? ». In Education à la santé ou éducation pour la santé ? Quels enjeux pour la

formation et pour la recherche ? Université de Provence : Questions vives, vol. 2, n°5, 2004, p 13-34.

78. FALZON P. (2005) : « Ergonomie, conception et développement ». Conférence introductive. 40^{ème} Congrès de la SELF. Saint-Denis. La Réunion. 21-23 septembre 2005.
79. FELIX Ch., SAUJAT F. (2007) : « Les débuts dans le métier d'enseignant ». In Actes du congrès international AREF (Actualité de recherche en éducation et formation). Strasbourg.
80. FLAMENT C. (1989) : « Structure et dynamique des représentations sociales ». In D. Jodelet (Ed.), Les représentations sociales, 204-219. Paris: Presses Universitaires de France.
81. FLANAGAN J.C. (1954) : « The critical incident technique ». Psychological bulletin. 1954 :4(51).
82. FOTINOS G. (2008) : « Lycée et collège : le moral des personnels de direction, Constat, évolution, propositions ». MGEN
83. FOUQUET P. (1950) : « Le syndrome alcoolique ». Etudes Antialcooliques. Paris : L'expansion scientifique française, éditeur.
84. FOUQUET P. (1956) : « Entretiens pour une thérapeutique de l'alcoolisme. Essai de psychothérapie éducative ». Eds laboratoires Lefrancq (Paru sous le titre : « Une thérapeutique de l'alcoolisme. 1956. PUF. Paris).
85. FRAYSSE B. (2000) : « La saisie des représentations pour comprendre la construction des identités ». Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Montréal, CANADA (Revue). 2000, vol. 26, no3, pp. 651-676 (1 p.1/4).
86. GADBOIS Ch., LEPLAT J. (2004) : « Connaissances et interventions ». Rev. électr. Activités. Volume I, numéro 1. [Http://www. Activites.org](http://www.Activites.org).
87. GLANTZ M.D. (1992): "A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability in: Vulnerability to drug abuse". Eds American Psychological Society 1992: 389-418.

88. GODEAU E., DRESSEN C., NAVARRO F. (sous dir.) (2000) : « Les années collège. Enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15ans en France ». 114p.
89. GOIGOUX R. (2005) : « Contribution de la psychologie ergonomique au développement de la didactique du français ». Balises en didactique des mathématiques, 2005.
90. GOIGOUX R. (2007) : « Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants ». Éducation et didactique n°3.
91. GOLD Y., ROTH R.A. (2003): « Teachers managing stress and preventing burnout: the professional health solution ». London, Washington D.C.: Routledge.
92. GOODMAN A. (1990): « Addiction: definition and implications ». British Journal of Addiction. 85. 1403-1408.
93. GREEN L., KREUTER M. (1999): « Health promotion planning, an educational and ecological approach ». Mountain View: Mayfield.
94. GREENBERG M.T., DOMOTROVITH C., BUMBARGER B. (2001): « The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. Prevention & Treatment ». 2001; 4(1): No Pagination Specified.
95. GUIMELLI C., ROUQUETTE M.L. (1992) : « Contribution du modèle associatif des schèmes cognitifs de base à l'analyse structurale des représentations sociales ». Bulletin de Psychologie, XLV, 405, 196-202.
96. HAMEL M., BLANCHET L., MARTIN C. (2001) : « Nous serons bien mieux : Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire ». Québec. Les Publications officielles du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
97. HAN S.S., WEISS B. (2005): « Sustainability of teacher implementation of school-based mental health program ». J Abnorm Child Psychol. (33)6. 665-79.
98. HANSEN W.B. (1992): « School-based substance abuse prevention : a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990 ». Health Educ Res 1992, 7 : 403-430.

99. HARACHI T.W., ABBOTT R.D., CATALANO R.F., HAGGERTY K.P., FLEMING C.B. (1999): « Opening the black box: using process evaluation measures to assess implementation and theory building ». *Am.J.Community Psychol.*, 27, 711-731.
100. HAUSMAN A.J., RUZEK S.B. (1995): « Implementation of comprehensive school health education in elementary schools: focus on teacher concerns ». *J.Sch Health*, 65, 81-86.
101. HAUTEFEUILLE M. (2003) : « L'usage problématique de cannabis ». Numéro spécial Toxibase – Crips. *Revue Toxibase* n°12. Lettre du Crips n°70.
102. HOC J.M., AMALBERTI R. (1999) : « Analyse des activités cognitives en situation dynamique: D'un cadre théorique à une méthode ». *Travail humain* (Paris). 1999.
103. HOC J.M. (1980) : « L'articulation entre la description de la tâche et la caractérisation de la conduite dans l'analyse du travail ». *Bulletin de Psychologie*, 32,207-212.
104. HOELSCHER D.M., FELDMAN H.A., JOHNSON C.C., LYTLE L.A., OSGANIAN S.K., PARCEL G.S., KELDER S.H., STONE E.J., NADER P.R. (2004) : « School-based health education programs can be maintained over time: results from the CATCH Institutionalization study ». *Prev.Med.* 38, 594-606.
105. HUARD V. (2006) : « Restructuration de la représentation fonctionnelle lors d'un processus de formation ». 8e Biennale de l'APRIEF et de l'INRP. Avril 2006.
106. HÜSLER G., PLANCHEREL B., WERLEN E. (2005) « Psychosocial predictors of Cannabis Use in Adolescents at Risk ». *Prevention Science*, 6(3), 237-244.
107. INPES (2008) : « La santé des élèves de 11 à 15 ans en France. Données françaises de l'enquête internationale HBSC ». Editions INPES.
108. INPES (2004, 2008) : « Livret juridique : Drogues savoir plus ». INPES, MILDT, Avril 2004 (réactualisé jusqu'en 2008).

109. INPES (2004) : « Enquête sur la prévalence du tabagisme, décembre 2003 ». Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé ». Note de synthèse. Enquête INPES/IPSOS. Février 2004.
110. INSERM (2001) : « Expertise collective Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? ». Paris, éditions INSERM. 247p.
111. Institut National de Santé Publique du Québec (2008) : « Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux ». Mai 2008.
112. JOURDAN D. (sous dir.) (2009) : « Outils de formation de formateurs en éducation à la santé ». Editions INPES. Publication en cours.
113. JOURDAN D., POMMIER J. (2006): « Practices and representations of health education among primary school teachers, School Health Education ». Research Team PAEDI 2432.
114. JOURDAN D., BERGER D. (2005) : « De l'intérêt de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé ». La santé de l'homme. INPES. Mai / Juin 2005.
115. JOURDAN D. (2005) : « Prévenir les conduites addictives à l'école ». Ville école intégration n°43. Décembre 2005.
116. JOURDAN D. (2004a) : « Quelle éducation à la santé à l'école ? ». Revue de professionnels de l'enfance. N°27.
117. JOURDAN D. (2004b) : « La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire ». Presses universitaires du sud (éditeur).
- 118.** JOURDAN D., BERTIN F., FIARD J., VAISSE J. (2003) : « Éducation à la santé en collège et lycées. Pratiques et représentations des enseignants d'E.P.S en région Auvergne ». Éducation pour la Santé et Activité Physique et Sportive.
119. JOURDAN D., PIEC I., AUBLET-CUVELIER B., BERGER D., LEJEUNE M.L., LAQUET-RIFFAUD A., GENEIX C. et GLANDIER P.Y. (2002) : « Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire ». Société française de santé publique. 2002/4 n°14.

120. KAM C.M., GREENBERG M.T., WALLS C.T. (2003): « Examining the role of implementation quality in school-based prevention using the PATHS curriculum. Promoting Alternative THinking Skills Curriculum ». *Prev.Sci.*, 4, 55-63.
121. KARNAS G. (2002) : « Psychologie du travail ». Presses universitaires de France. Que sais-je ? (n°1722).
122. KARNAS G. (1987) : « L'analyse du travail ». *In* C. Levy-Leboyer, J.C. Sperandio (Eds.), *Traité de psychologie du travail* (pp. 609-625). Paris: P.U.F.
123. KARSENTY S., MAIGNON G., DIAZ GOMEZ C., BRANELLEC T. (2006) : « Règles et usages en matière de tabac : évolution 2002-2006 dans les lycées français, Paris, OFDT, 2006, 79 p.
124. KARSENTY S., DIAZ GOMEZ C. (2006) : « Tabac et lycée : principales évolutions 2002-2006 ». OFDT. Novembre 2006.
125. KARSENTY S., DIAZ GOMEZ C. (2002) : « Le tabac en milieu scolaire - Résultats de la première évaluation de la Loi Evin dans les écoles, collèges et lycées (2002) ». Paris, OFDT, 2003, 164 p.
126. KEALEY K.A., PETERSON A.V., GAUL M.A., DINH K.T. (2000): « Teacher training as a behavior change process: principles and results from a longitudinal study ». *Health Educ.Behav.*, 27, 64-81.
127. KERGUELEN A. (1992) : « Description et quantification en analyse ergonomique du travail : le cas de l'observation systématique. CNRS.
128. KOKOREFF M. (2002) : « Dépendances et conduites à risque à l'adolescence ». *In* les actes de l'université d'été de la DESCO Dépendances et conduites à risque à l'adolescence Ed. CRDP Versailles.
129. KOVESS-MASFETY V., SEVILLA-DEDIEU C., RIOS-SEIDEL C., NERRIERE E., CHAN CHEE C. (2006): « Do teachers have more health problems? Results from a French cross-sectional survey ». *BMH Public Health*.

130. KOVESS V., CHANOIT P.F., LABARTE S. (préf. Alain Charvet) (1997) : « Les enseignants et leur santé : résultat d'une enquête auprès des adhérents de la MGEN ». Paris, Frison-Roche.
131. KOVESS V. (2006) : « Difficulté au travail, souffrance au travail, médicalisation ». Fondation MGEN pour la santé publique. Février 2006.
132. LACOMBE P., CHARRIER G. (2000) : « Fonctionnement des collèges et prévention des conduites à risque ». *Revue française de pédagogie*, 07/2000, 132, 179 p.
133. LANGE J.M., VICTOR P. (2006) : « Didactique curriculaire et éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable : quelles questions, quels repères ? ». *Didaskalia*, 28, 85-100.
134. LANTHEAUME F. (2006) : « Malaise » enseignant, enseignants « en difficulté », souffrance au travail, le travail enseignant dans tous ses états. Unité mixte de recherche Education & Politiques. INRP – Université Lumière Lyon 2.
135. LANTHEAUME F. (2007) : « L'activité enseignante entre prescription et réel : ruses, petits bonheurs, souffrance ? » *Education et sociétés. Revue internationale de Sociologie de l'éducation*, 2007, n°19/1, p. 67-81.
136. LANTHEAUME F. (2008) : « Les enseignants de lycée professionnel face aux réformes : tensions et ajustements dans le travail ». Lyon : INRP.
137. LANTHEAUME F., HÉLOU C. (2008) : « La souffrance des enseignants. Une sociologie pragmatique du travail enseignant ». PUF. Septembre 2008.
138. LARUE R., FORTIN J., MICHARD J.L. (2002) : « Ecole et santé : le pari de l'éducation ». Hachette éducation. CNDP.
139. LAVIN A.T., SHAPIRO G.R., WEILL K.S. (1992): « Creating an agenda for school-based health promotion: a review of 25 selected reports ». *J.Sch Health*, 62, 212-228.
140. LEBEAUME, J. (sous dir.) (1999) : « Discipline scolaire et prise en charge de l'hétérogénéité : pratiques enseignantes en technologie au collège ». Sous la direction de Joel Lebeaume.

141. LECORPS Ph. (2002) : « De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé : questions et interrogations morales et éthiques ». La santé de l'homme, 2002, n°362, p21 à 23.
142. LECORPS P., PATURET J.B. (1999) : « Santé publique : du biopouvoir à la démocratie ». ENSP édition. 186p.
143. LEE A. (2004) : « The concept of health promoting schools to enhance positive youth development ». Asia Pac.J.Public Health, 16 Suppl, S3-S6.
144. LEE A., TSANG C., LEE S.H., TO C.Y. (2003): « A comprehensive "Healthy Schools Programme" to promote school health: the Hong Kong experience in joining the efforts of health and education sectors ». J.Epidemiol.Community Health, 57, 174-177.
145. LEMARQUAND D., TREMBLAY R.E., VITARO F. (2001): « The prevention of conduct disorder: A review of successful and unsuccessful experiments ». In Hill J., Maughan B. [Eds.] Conduct disorders in childhood and adolescence. Cambridge: Cambridge University Press; 2001: pp. 449-477.
146. LÉONTIEV A. N. (1976) : « Le développement du psychisme ». Paris: Ed Sociales.
147. LEPLAT J., HOC J.M. (1983) : « Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations ». Cahiers de psychologie cognitive, 3, 1, 49-63.
148. LEPLAT J. (1985) : « Les représentations fonctionnelles dans le travail ». Psychologie Française, 30, ¾, 269-275.
149. LEPLAT J. (1991) : « Compétence et ergonomie ». In Amalberti, de Montmollin et Theureau (Dir.), Modèles en analyse du travail, (pp. 263-278). Liège: Mardaga.
150. LEPLAT J. (1992) : « L'analyse du travail en psychologie ergonomique ». (2 tomes). Octares. Toulouse.
151. LEPLAT J., HOC J.M. (1992) : « Tâches et activités dans l'analyse psychologique des situations de travail ». Cahiers de Psychologie Cognitive.

152. LEPLAT J. (1995) : « A propos des compétences incorporées ». *Éducation Permanente*, n°123, pp 101-113.
153. LEPLAT J. (1997) : « Regards sur l'activité en situation de travail ». *Contribution à la psychologie ergonomique. Collection le Travail Humain*, PUF, Paris.
154. LERT F., MAME M.J., GUEGUEN A. (1993) : « Evolution des conditions de travail des infirmières des hôpitaux publics de 1989 à 1990 ». *Rev. Epidém. Et Santé Publ.*, 41 : 16-29.
155. LESELBAUM N. (2003) : « Éducation à la santé et prévention des dépendances en milieu scolaire ». *Revue Toxibase n°9. Théma : la prévention en milieu scolaire. Mars 2003.*
156. LEYRIT E., SIMAR C., FRIAUD L., JOURDAN M.H., JOURDAN D. (2007) : « Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la santé et à la citoyenneté : les résultats d'une étude qualitative ». *In Actes du congrès international AREF (Actualité de recherche en éducation et formation). Strasbourg.*
157. LONFILS R. (1997) : « La prévention des toxicomanies : une occasion pour l'école ? » *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, 1997, 2, (3), 27-30.
158. LYTLE L.A., WARD J., NADER P.R., PEDERSEN S., WILLISTON B.J. (2003): « Maintenance of a health promotion program in elementary schools: results from the CATCH-ON study key informant interviews ». *Health Educ.Behav.*, 30, 503-518.
159. MARCELLI D., BRACONNIER A. (2000) : « Adolescence et psychopathologie ». 5^{ème} édition. Paris. Masson.
160. MARKHAM W.A., AVEYARD P. (2003): « A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organisation and pedagogic practice ». *Soc.Sci.Med.*, 56, 1209-1220.
161. MAROY C. (2006) : « Les évolutions du travail enseignant en France et en Europe : facteurs de changement, incidences et résistances dans l'enseignement secondaire ». *Revue française de pédagogie. N°155.*

162. MAROY C., CATTONAR B. (2002) : « Professionnalisation ou déprofessionnalisation des enseignants ? Le cas de la Communauté française de Belgique ». Cahier de recherche du GIRSEF. N°18, septembre 2002.
163. MARTINAND J.L. (1981). Pratiques sociales de référence et compétences techniques.
164. MASLACH C., JACKSON S.E. (1981): « The measurement of experienced burnout ». Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.
165. MASLOW A. (1989) : « Vers une psychologie de l'être ». Fayard, Paris, 1989, 266p.
166. MASSEREY E. (2006) : « Education, prévention, et/ou promotion de la santé ? ». Revue médicale suisse. Numéro 3069. Juin 2006.
167. MAYEN P., SAVOYANT A. (2002) : « Formation et prescription : une réflexion de didactique professionnelle ». Nouvelles formes de travail, nouvelles formes d'analyse. SELF2002.
168. McQUEEN D. JONES C.M. (2007): « Global perspectives on health promotion effectiveness ». New York: Springer.
169. MÉLIHAN-CHEININ P., MOUROUGA P., LOISEAU S., LAROCLETTE N., MARTIN D. (2003) : « Enquête sur la valorisation du tabac dans les films à grand succès en France ». BEH n° 22-23. 2003.
170. MENARD C. (1989) : « Les enseignants et l'éducation pour la santé ». Paris : CFES.
171. MEIRIEU P. (2006) École, demandez le programme, ESF éditeur, Paris.
172. MÉRIEU P. (2002) : « Transmettre, oui... mais comment ? ». Article de la rubrique « Qu'est-ce que transmettre ? » Hors-série n°36 – Mars, avril, mai 2002.
173. MÉRINI C., JOURDAN D., VICTOR P., SIMAR C., BIZZONI C. (2008) : « Faire équipe pour améliorer le climat scolaire : éléments d'évaluation », Colloque ADMEE, Genève, janvier 2008.
174. MÉRINI C., PONTÉ P. (2007) : « La recherche-intervention : comme mode d'interrogation des pratiques ». Revue Savoirs n°16.

175. MÉRINI C., LESELBAUM N., BERGER G., DE PERETTI C. (2002) : « Prévention des toxicomanies en milieu scolaire : Eléments pour une évaluation ». INRP.
176. MÉRINI C., DE PERETTI C. (2002) : « Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'école met-elle ses partenaires ? » Revue Santé publique volume 14, n°2, pp.147-164.
177. Ministère de l'Education nationale (1998) : Circulaire N°: 98-237, BOEN: n°45 du 03-12-1998. Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Paris ; CNDP. p. 2574.
178. Ministère de l'Education nationale (2000) : « Protocole National sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et dans les établissements publics locaux d'enseignement ». Bulletin Officiel Hors-Série n°1 du 6 janvier 2000.
179. Ministère de l'Education nationale (2003) : Circulaire n° 2003-210 du 01 décembre 2003. La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation. B.O. n° 46 du 11 décembre 2003.
180. Ministère de l'Education nationale (2006) : Circulaire N°2006-197 du 30-11-2006 : « Protection en milieu scolaire. Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté ».
181. Ministère de l'Education Nationale (2007) : Circulaire N°2007-172 du 15-11-2007 précisant l'organisation de la journée mondiale de lutte contre le sida.
182. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité (2008) : « L'été de santé de la population en France – Rapport 2007 – Etudes et statistiques ». La documentation française.
183. Ministère de l'Education nationale (sous la dir. MAMECIER) (2004) : « Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège ». Inspection Générale. Janvier 2004.
184. MOLINIER P. (2004) : « Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe ». Rev. Travail et Emploi, n°97, pp. 79-91.

185. MOLINIER P. (2004) : « Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe ». *Rev. Travail et Emploi*, n°97, pp. 79-91.
186. MONJOT R. (2003a) : « Réflexions sur l'épistémologie des sciences de l'éducation : le cas français ». Conférence Brésil.
187. MONJOT R. (2003b) : « Généralisations symboliques, modèles, valeurs, exemples : tels sont donc les éléments entrant dans la composition d'un paradigme ».
188. MORIN E. (1977) : « La méthode ». Seuil.
189. MORIN M. (1994) : « Les espaces d'évolution des représentations sociales du sida ». In: *Connaissances, représentations, comportements : sciences sociales et prévention du sida*, Paris, ANRS, pp.47-54.
190. MOSCOVICI S., DOISE W., PALMONARI A. (1986) : « L'ère des représentations sociales ». *L'étude des représentations sociales*.1986.
191. MUKOMA W., FLISHER A.J. (2004): « Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies ». *Health Promot.Int.*, 19, 357-368.
192. NORMAN D.A. (1983) : « Somme observations on mental models ». In G. GENTNER and A.L. STEVENS (Eds.), *Mental Models*. London : Lawrence Erlbaum.
193. NOURRISSON D. [dir.] (2002a) : « Éducation à la santé XIXe-XXe siècle ». Collection « Santé, social, histoire ». Rennes. École nationale de santé publique, 2002, 158 p.
194. NOURRISSON D. (2002b) : « Arrêt sur l'image », in NOURRISSON D. (dir.), *A votre santé ! Education et santé sous la 4e République*. Saint-Etienne ; Presses Universitaires de Saint-Etienne. pp.125-136.
195. NUTBEAM D. (1996): « Health Outcomes and Health Promotion: Defining Success in Health Promotion ». *Health promotion journal of Australia*, 1996 – Australian Association of Health Promotion Professionals.
196. OCDE (2003) : « Cadre d'évaluation de PISA 2003. Connaissances et compétences en mathématiques, lecture, science et résolution de problème ». OCDE éditions.

197. OBIN J.P. (2002) : « Enseigner, un métier pour demain ». Rapport MEN, 201 p.
198. OFDT – EROPP (2002) : « Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes ».
199. OFDT (2007a) : « Usage quotidien de tabac par sexe, à 17 ans – Evolution depuis 2000 ».
200. OFDT (2007b) : « Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac ». OFDT. 23 avril 2007, 2 pages.
201. OFDT (2007) : « Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD ». OFDT. 77 p. Mai 2007.
202. OMBREDANE A., FAVERGE J.M. (1955) : « L'analyse du travail ». Paris. PUF.
203. O'NEILL M. (2004) : « Promotion & Education, Actes du colloque organisé par l'INPES avec la collaboration de l'UIPES ». Hors série 1, 2004.
204. Organisation Mondiale de la Santé (1986) : « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ». Ottawa : OMS, Santé et Bien-être social. Canada. CPHA.
205. Organisation Mondiale de la Santé (2003) : « Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac ». Mai 2003.
206. Organisation Mondiale de la Santé (2005) : « Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation ». HPR017.docCG/béal. 11 p.
207. OSIEK-PARISOD F. (1994) : « Infirmière scolaire, une place à trouver et à faire reconnaître ». Objectif soins, n°25, 46-51.
208. OSIEK-PARISOD F. (1995) : « Les infirmières scolaires : malaise identitaire et socialisation professionnelle ». Rev. Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, vol. 21, n°2, pp.341-358.
209. OTTOSON J.M., STREIB G., THOMAS J.C., RIVERA M., STEVENSON B. (2004): « Evaluation of the National School Health Coordinator Leadership Institute ». J.Sch Health, 74, 170-176.

210. PARSONS C. (2004): « The health promoting school and social justice in a global environment ». *Asia Pac.J.Public Health*, 16 Suppl, S42-S47.
211. PASTRÉ P. (1994) : « Concepts pragmatiques et conceptualisation ». In Actes du séminaire de didactique des disciplines technologiques. INRP. Cachan. 1993-1994.
212. PATEMAN B., GRUNBAUM J.A., KANN L. (1999): « Voices from the field--a qualitative analysis of classroom, school, district, and state health education policies and programs ». *J.Sch Health*, 69, 258-263.
213. PERETTI-WATEL P., OBADIA Y., ARDWIDSON P., MOATTI J.P. (2008) : « Un risque, ça va ! Trois risques, bonjour les dégâts ? ». Les difficultés de l'éducation pour la santé à prévenir des risques comportementaux multiples. *Promot. Educ.* 2008 ; 15; 40.
214. PERISSET BAGNOUD D. (2007) : « Quelle professionnalisation pour les nouvelles institutions de formation ? Les enjeux des Hautes écoles pédagogiques en Suisse ». Colloque « Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire des enseignants ? ». Mai 2007. Arras.
215. PERRENOUD P. (2001) : « Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant ». *ESF* 2001.
216. PERRENOUD P. (1996) : « Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe ». Paris, *ESF*, 1996, chapitre 1, pp. 23-51 (2e éd. 1999).
217. PERRENOUD P. (1996) : « La formation des enseignants entre théorie et pratique ». *L'Harmattan*.
218. PERRENOUD P. (1994) : « La formation des enseignants, entre théorie et pratique ». Paris. *L'Harmattan*.
219. PERRIOT J., LLORCA P.M., BOUSSIRON D., SCHWAN R. (2003) : « Tabacologie et sevrage tabagique ». Ed. John Libbey Eurotext. Coll. Pathologies Sciences.
220. PERRY-CASLER S.M., PRICE J.H., TELLJOHANN S.K., CHESNEY B.K. (1997) : « National assessment of early elementary teachers' perceived

- self-efficacy for teaching tobacco prevention based on the CDC guidelines ». *J School Health* , 67 : 348-353.
221. PETERSON A.V., KEALEY K.A., MANN S.L., MAREK P.M., SARASON I.G. (2000) : « Hutchinson Smoking Prevention Project : Long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention-results on smoking ». *Journal of the National Cancer Institute*. 2000, vol. 92, no24, pp. 1979-1991 (87 réf.).
222. PINSKI L. (1991) : « Activité, action et interprétation ». *In* R. Amalberti, M. de Montmollin & J. Theureau (Dir.) *Modèles en analyse du travail*, 119-150. Liège: Mardaga.
223. PIZON F., JOURDAN D., SIMAR C. (2007) : « La prévention des addictions : un sujet d'actualité pour les professionnels des lycées ». XXVIII^e Journées internationales sur la communication, l'éducation et la culture scientifiques, techniques et industrielles. 24 et 28 avril 2007.
224. PIZON F., SIMAR C., JOURDAN D., BARNOIN J. (2007): « French secondary school teachers and tobacco prevention (poster 328 729) ». 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education – Vancouver (Canada) – Juin 2007.
225. POMMIER J., JOURDAN D. (2008) : « La santé à l'école dans les pays européens ». Collection : les cahiers du centre fédéral Henri Aigueperse N°48.
226. PORTER J., JICK J. (1980): « Addiction rare in patients treated with narcotics ». *N Engl J Med* 1980; 302: 123.
227. RABARDEL P. (1995) : « Les hommes et les technologies : approche cognitive des instruments contemporains ». Armand Colin, Paris.
228. RABARDEL P., PASTRÉ P. (2005) : « Modèles du sujet pour la conception ». Toulouse : Octarès Editions.
229. RESNICOW K., COHN L., REINHARDT J., CROSS D., FUTTERMAN R., KIRSCHNER E., WYNDER E.L., ALLEGRANTE J.P. (1992): « A three-year evaluation of the know your body program in inner-city schoolchildren ». *Health Educ.Q.*, 19, 463-480.

230. REYNAUD M. (dir.) (2002) : « Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risques, outils de repérage, conduites à tenir : Rapport au directeur général de la santé ». La documentation française. Paris. 2002.
231. RICOEUR P. (1990) : « Soi-même comme un autre ». Paris. Le Seuil.
232. ROMANO M.C. (2004) : « Une dynamique nationale pour la formation des acteurs : mise en perspective historique ». *In* « La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire ». 2004.
233. ROSS C.E., CHIA-LING W. (1995): « The links between education and health ». *American sociological review*. 1995, vol. 60, no5, pp. 719-745 (4p.).
234. ROUQUETTE M.L. (1996) : « Rumeurs, représentations sociales et délinquance ». *In* J.-C. Abric (Ed.), *Exclusion sociale, insertion et prévention* , 23-31. Saint-Agne : Erès.
235. ROUX-PEREZ T. (2003) : « Identité professionnelle et modes d'implication privilégiés chez les enseignants d'éducation physique et sportive ». *Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, no 4. 32 p.
236. SAINT-LEGER L. (1999a): « Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health ». *Health promotion international*; 223-235.
237. SAINT-LEGER L. (1999b): « Health promotion in schools. In : The evidence of health promotion effectiveness - Shaping public health in a new Europe ». Part two : evidence book. A report for the European Commission. *International Union for Health Promotion and Education* . 110-133.
238. SAINT-LEGER L. (2005): « Global school Health promotion ». *International journal of health promotion and education*. Promotion and education volume XII, number 3-4.
239. SAN-MARCO J.L., SIMEONI M.C., THIRION X., AUQUIR P., GARNIER J.M., MAGNAN M. (2000) : « De la prévention des maladies à la promotion de la santé. Manifeste pour l'éducation à la santé ». Académie d'Aix Marseille.

240. SANDRIN-BERTHON B. (1997) : « Apprendre la santé à l'école ». Paris. ESF.
241. SAUJAT F. (coord.) (2007) : « Analyse de l'activité des enseignants débutants et formation des maîtres : quelles articulations ? » Symposium coordonné par F. Saujat. AREF 2007.
242. SAUJAT F. (2002) : « Ergonomie de l'activité enseignante et développement de l'expérience professionnelle : une approche clinique du travail du professeur ». Thèse de Doctorat, 13/12. Aix-en-Provence : Université de Provence.
243. SCHÖN D. (1994) : « Le praticien réflexif, Montréal », Editions Logiques.
244. SCHÖN D. (1996) : « À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes ». In Barbier J.-M. (dir.). Savoirs théoriques et savoirs d'action. Paris : PUF. pp. 201-222.
245. SCHÖN D. (1994) : « Le praticien réflexif, Montréal », Editions Logiques.
246. SCHWARTZ Y. (1997) : « Reconnaissances du travail. Pour une approche ergologique ». Paris : PUF.
247. SCHWEINHART L.J., BARNES H.V., WEIKART D.P. (1993): « Significant benefits : The High-Scope Perry Preschool Study through age 27 ». Ypsilanti, MI : High/Scope Press.
248. SENETERRE E. (1994) : « Les infirmier(e)s de l'Education Nationale. Synthèse des rapports académiques 1992-1993 ». Ministère de l'Education nationale DLC D1. 35 pages.
249. SIMAR C., JOURDAN D., (2008): « French primary teacher and health promotion: factors which influence health promoting teacher practice ». 8th IUHPE European conference on health promotion and education – Turin, 9 – 13th September 2008.
250. SIMAR C., JOURDAN D., PIZON F., BARNOIN J. (2007): « Teacher's Professional Positioning in Relation to a Health Education Program ». 19^e Conférence Mondiale de l'UIPES sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé.

251. SIMAR C., JOURDAN D., PIZON F. (2007) : « Etude du rapport des enseignants du premier degré à un dispositif d'éducation à la santé et de la citoyenneté ». Congrès international AREF 2007 (Actualité de la recherche en Education et en Formation) : symposium Education à la Santé.
252. SIMAR C., PIZON F., JOURDAN D. (2006) : « Pratiques et représentations des acteurs de la communauté scolaire dans un établissement engagé dans une démarche de prévention *lycée sans tabac* ». 8^{ème} Biennale de l'Education et de la Formation, Débats sur les recherches et les innovations. INRP – APRIEF. Lyon, avril 2006.
253. SMITH N.P. (2001) : « Teaching stress, teacher health and medical utilization ». *The sciences and engineering*, 62(2-B), 1129.
254. SPILKA S., LE NEZET O., BECK F., CHOQUET M., LEGLEYE S. (2008) : « Le tabagisme des adolescents suite à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans en France ». *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*, 27 mai 2008, n°21-22.
255. STEWART D., SUN J. (2004): « How can we build resilience in primary school aged children? The importance of social support from adults and peers in family, school and community settings ». *Asia Pac.J.Public Health*, 16 Suppl, S37-S41.
256. TARDIF M., LESSARD C. (1999) : « Le travail enseignant au quotidien ». *Expérience, infractions humaines et dilemmes professionnels*. Bruxelles. De Boeck Université - 2000 : Sciences humaines.
257. THAYER R.E., NEWMAN J.R., McCLAIN T.M. (1994): "Self-Regulation of Mood Strategies for Changing a Bad Mood, Raising Energy, and Reducing Tension". *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(5), 910-925.
258. THOMAS R. (2005) : « School-based programmes for preventing smoking (Review) ». *The Cochrane Library*. Issue 4. Wiley.
259. THOMAZET S., JOURDAN D. (2001) : « L'éducation à la santé un moyen privilégié pour la prévention de l'échec scolaire à l'école ? ». *Colloque ACFOS/CNEFEI*, 2001, n° 14, pp. 177-271.

260. TOBLER N.S. (1997): « Meta-analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: results of the 1993 meta-analysis ». *In* Bukoski WJ, ed. *Meta-Analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. NIDA Research Monograph 170, NIH Publication 97-4146. Rockville, MD: National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse; 1997; 97-4146.
261. TOBLER N.S., ROONA MR., OSCHSBORN P., MARSHALL DG., STREKE AV., STACKPOLE KM. (2000): « School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis ». *J Prim Prev.* 2000; 20 (4):275-336.
262. TONES K., TILFORD S. (1994): « Health Education. Effectiveness, Efficiency and Equity, Chapman & Hill.
263. TOURMEN C., MAYEN P. (2007) : « Qu'est-ce que diriger ? L'analyse de l'activité d'un directeur d'hôpital par la didactique professionnelle. In Congrès international AREF 2007 (Actualité de la Recherche en Education et en Formation). Strasbourg.
264. ULMANN A.L. (2006) : « Un dirigeant en prise de poste ». In Congrès international AREF 2007 (Actualité de la Recherche en Education et en Formation). Strasbourg.
265. Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (2008) : « Instaurer avec succès des Écoles promotrices de Santé : Lignes directrices pour la Promotion de la Santé à l'École ». 2^{ème} Version du document précédemment intitulé « Protocoles et Lignes directrices pour les Écoles promotrices de Santé ». UIPES.
266. United States Department of Health and Human Services (2001) : « Youth violence: a report of the Surgeon General ».
267. VANDERBERGHE R., HUBERMAN M. (1999): « Understanding and preventing teacher burnout: a sourcebook of international research and practice ». Cambridge; New York. Cambridge University Press.
268. VIAL M. (1999) : « Aller dans le terrain : quelles attitudes possibles pour le chercheur en Sciences de l'éducation et quelles conséquences méthodologiques ? ». *L'année de la recherche*, pp.61/87.

269. VIAL M. (2000) : « La recherche en sciences de l'éducation et la santé ». Spirale. Revue de Recherche en Education, 25.
270. VIIG N., WOLD B. (2005): « Does a positive psychosocial work environment encourage teachers' participation in school based health promotion? » Presentation at the 6th IUHPE European Conference on the Effectiveness and Quality of Health Promotion, Stockholm, 1-4 June.
271. VINCENT G. (sous dir.) (1994) : « L'éducation, prisonnière de la forme scolaire ». Lyon, PUL.
272. VYGOTSKI L. (1994) : « Défectologie et déficience mentale ». Lausanne : Delachaux et Niestlé.
273. WAGGIE F., GORDON N., BRIJLAL P. (2004) : « The school, a viable educational site for interdisciplinary health promotion ». Educ.Health (Abingdon.), 17, 303-312.
274. WALLON H. (1938) : « Principes de psychologie appliquée ». Ed. Armand Colin, 1938, partie La psychologie du travail, chap. introductif.
275. WEBSTER-STRATTON C., TAYLOR T. (2001): « Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence ». *In* adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). Prevention Science 2001; 2(3) : 165-192.
276. WEILL-FASSINA A., RABARDEL P., DUBOIS D. (dir.) (1993) : « Représentations pour l'action ». Toulouse. Octarès éditions.
277. WILQUIN J.L. (2006) : « Tabagisme : le recul se confirme », in Guilbert, P., Gautier, A. (dir.), Baromètre santé 2005 ; Premiers résultats, Editions INPES, 2006.
278. YVON F., CLOT Y. (2004) : « Apprentissage et développement dans l'analyse du travail enseignant ».