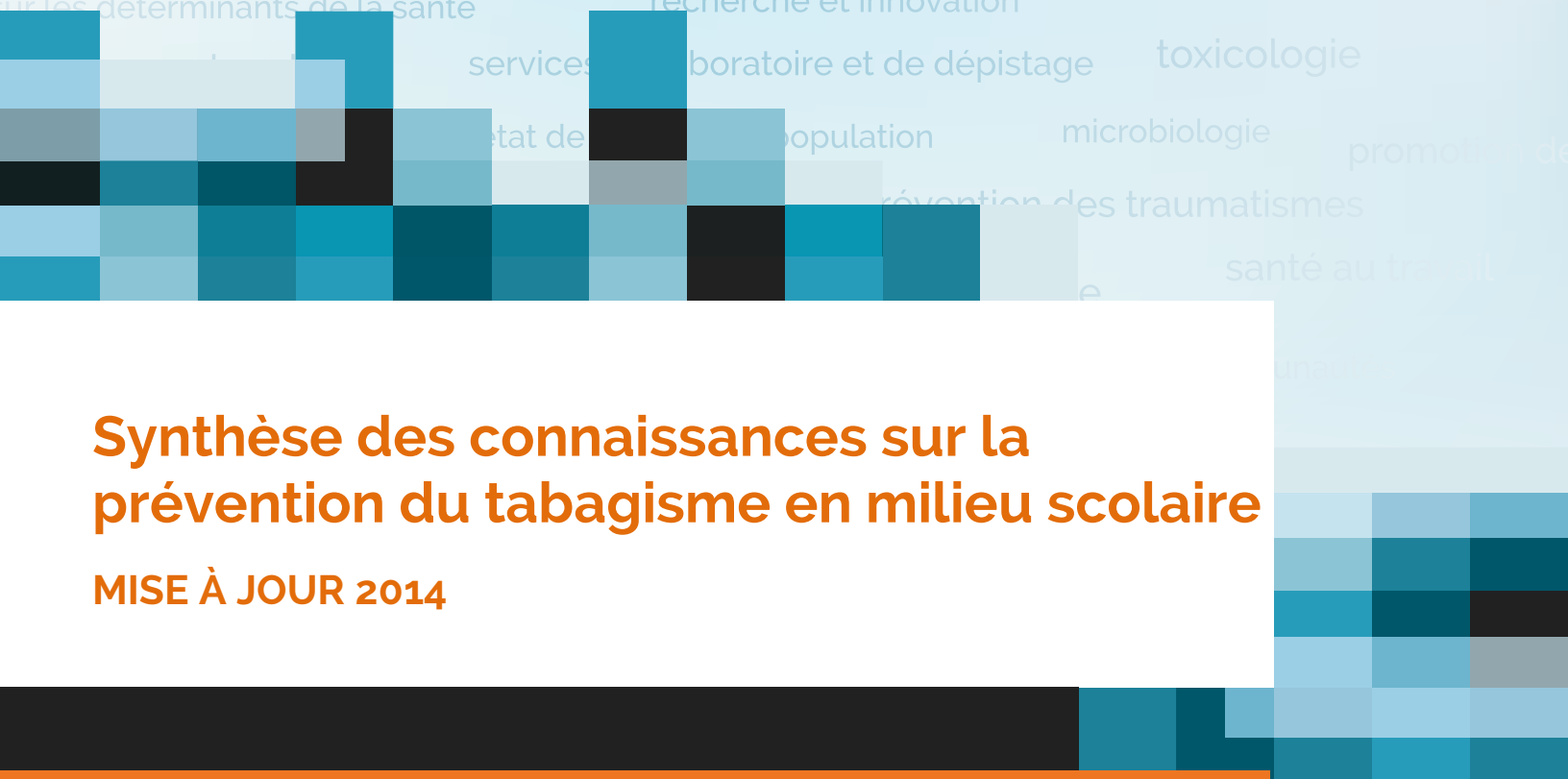




Synthèse des connaissances sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire

MISE À JOUR 2014

MISE À JOUR 2014

Synthèse des connaissances sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire

MISE À JOUR 2014

Direction du développement des individus et des communautés

Octobre 2014

AUTEURES

Léa Gamache
Direction du développement des individus et des communautés

Christine Stich
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Johanne Laguë, chef de l'unité Habitudes de vie
Direction du développement des individus et des communautés

MISE EN PAGES

Souad Ouchelli
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de cette synthèse des connaissances. Nous tenons entre autres à remercier :

Benoit Lasnier, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec, pour son appui dans l'analyse des données de surveillance et ses commentaires concernant le chapitre sur la problématique du tabagisme chez les jeunes;

Annie Montreuil, Ph. D., Institut national de santé publique du Québec, pour ses précieux commentaires sur une version antérieure du document;

Liane Comeau Ph. D., Institut national de santé publique du Québec, pour les échanges concernant *École en santé* et ses suggestions en ce qui a trait à la section sur les programmes multimodaux et visant plusieurs facteurs de risque;

Johanne Laguë, M.D., M. Sc., Institut national de santé publique du Québec, pour la révision du document;

Rachel Planet, M. Sc., anciennement à l'Institut national de santé publique du Québec, pour une première collecte et sélection des écrits scientifiques recensés.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2015
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-72646-3 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-72647-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2015)

Avant-propos

En 2004, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié un avis scientifique sur la prévention du tabagisme chez les jeunes (Lalonde et Heneman, 2004). Ce document fait état de l'efficacité des initiatives en matière de prévention du tabagisme chez les jeunes et constitue, depuis sa publication, la principale référence en matière d'intervention pour la prévention du tabagisme juvénile au Québec. Il présente cette problématique en fonction des différentes sphères sociales (école, famille, communauté) pouvant influencer sur l'initiation des jeunes au tabac, ainsi que d'autres mesures (la taxation et l'accessibilité des produits du tabac) mises en place pour la contrer.

À la lumière des connaissances dégagées de l'avis scientifique de 2004, du contexte québécois de lutte au tabagisme et de l'impact relatif des différentes interventions, les auteurs du document ont formulé des recommandations afin de susciter une réflexion sur les futures priorités d'intervention dans la lutte contre le tabagisme au Québec (Lalonde et Heneman, 2004; pages 109-112).

Le but du présent rapport est de mettre à jour l'avis de 2004 et d'actualiser les connaissances sur l'efficacité des programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire. Il s'agit donc d'une revue des écrits scientifiques publiés depuis 2003 sur les interventions de prévention où l'école est le responsable principal de la mise en place de mesures visant à contrer le tabagisme des jeunes.

Cette revue des écrits scientifiques dresse un portrait des principales interventions de prévention du tabagisme en milieu scolaire en présentant les approches théoriques privilégiées ainsi que les caractéristiques de programmes les plus répandus et pour lesquels des données probantes sont disponibles. Elle a pour but de déterminer s'il y a lieu de modifier les recommandations de l'avis de 2004 concernant les programmes de prévention en milieu scolaire.

Table des matières

Liste des tableaux.....	V
Liste des figures.....	V
Faits saillants.....	1
Sommaire.....	3
1 Introduction	7
2 Méthodologie.....	9
2.1 Processus de recherche documentaire.....	9
2.2 Sélection des articles.....	9
2.3 Classification des articles	10
2.4 Limites.....	12
3 Problématique du tabagisme chez les jeunes	13
3.1 Changements législatifs au Québec depuis 2004	13
3.2 Prévalence du tabagisme chez les jeunes au Québec.....	14
3.3 Usage du tabac chez les élèves	15
3.4 Consommation des nouveaux produits du tabac	17
3.5 En résumé	18
4 Les interventions menées dans les classes.....	19
4.1 L'éducation en classe selon les principales approches théoriques.....	19
4.2 Les concours Classes Non-fumeurs	21
4.3 Caractéristiques des programmes de prévention du tabagisme	22
4.3.1 L'âge et niveau scolaire visé.....	22
4.3.2 L'intensité de l'intervention.....	23
4.3.3 Les séances de rappel.....	23
4.3.4 Modalités pédagogiques	23
4.4 Le choix des intervenants	25
4.4.1 Les interventions dispensées par les adultes en comparaison à celles dispensées par les pairs	25
4.4.2 Les interventions impliquant les jeunes.....	26
4.4.3 Les interventions menées par les enseignants.....	27
4.4.4 Les interventions dispensées par les professionnels de la santé	28
4.5 En résumé	29
5 Les politiques scolaires de lutte contre le tabagisme	31
5.1 La raison d'être des politiques scolaires antitabac	31
5.2 L'efficacité des politiques antitabac à l'école et l'importance de l'implantation	32
5.3 En résumé	33
6 Vers une approche globale de prévention du tabagisme	35
6.1 Les programmes multimodaux.....	35
6.2 L'intervention auprès des familles	36
6.3 Approches visant plusieurs facteurs de risque	38
6.4 En résumé	39
7 Conclusion	41
Bibliographie	45

Liste des tableaux

Tableau 1	Liste de mots clés par concept.....	9
Tableau 2	Proportion des élèves ayant déjà pris au moins une bouffée de cigarette au cours de leur vie, 6 ^e année du primaire à 5 ^e année du secondaire, Québec, 2010-2011	17
Tableau 3	Proportion des élèves ayant déjà fumé une cigarette entière au cours de leur vie, 6 ^e année du primaire à 5 ^e année du secondaire, Québec, 2010-2011	17
Tableau 4	Proportion des élèves ayant déjà essayé un produit du tabac, 6 ^e année du primaire à 5 ^e année du secondaire, Québec, 2010-2011	18

Liste des figures

Figure 1	Diagramme de la sélection des études pour la mise à jour de l'avis sur la prévention du tabagisme au Québec.....	11
Figure 2	Proportion de fumeurs (quotidiens et occasionnels) âgés de 12 à 19 ans au Québec et au Canada (sans le Québec), 2000 à 2012	15
Figure 3	Répartition, selon le statut tabagique, de la population âgée entre 12 et 19 ans évoluant en milieu scolaire, Québec, 2000-2001 à 2011-2012	16

Faits saillants

Cette synthèse des connaissances a été entreprise afin de mettre à jour un avis paru en 2004 sur la prévention du tabagisme chez les jeunes (Lalonde et Heneman, 2004), plus spécifiquement en ce qui a trait aux interventions en milieu scolaire. En dressant un portrait de l'efficacité des interventions de prévention du tabagisme à partir des écrits publiés depuis, cette synthèse des connaissances scientifiques a permis de vérifier si les recommandations de l'avis de 2004 étaient toujours pertinentes ou s'il était nécessaire de les mettre à jour.

Une recension des écrits scientifiques a été menée afin de rédiger cette synthèse des connaissances. L'analyse des 22 écrits sélectionnés, principalement des revues systématiques et des méta-analyses, a permis de constater que :

- Les efforts de prévention du tabagisme chez les jeunes doivent véhiculer un message clair, cohérent et éviter les informations contradictoires.
- Les programmes en milieu scolaire devraient se baser sur une approche socioécologique combinant des mesures éducatives et environnementales (législatives, fiscales, médiatiques et communautaires).
- Les initiatives scolaires devraient impliquer les parents et d'autres acteurs qui gravitent autour des jeunes pour assurer une cohérence avec les efforts de prévention du tabagisme à l'extérieur de l'école.
- Une collaboration des écoles avec les instances du milieu de la santé et du milieu communautaire est souhaitable.
- L'adoption d'une politique antitabac permet aux écoles d'assurer le respect de la Loi sur le tabac, entre autres pour l'usage de la cigarette sur ses terrains. Elle requiert toutefois une implantation soignée et une surveillance régulière.
- Les connaissances scientifiques permettent d'identifier certains aspects des interventions fréquemment associés aux programmes de prévention du tabagisme efficaces. Il s'agit entre autres des programmes dispensés par les adultes (enseignants ou intervenants de santé), qui adoptent une approche interactive permettant une grande participation des jeunes. De plus, plusieurs programmes ayant contré l'initiation tabagique visent les jeunes à l'arrivée au secondaire et incluent des séances de rappel au cours des années suivantes.
- L'addition d'un volet familial à un programme en milieu scolaire ne semble pas accroître davantage l'efficacité de celui-ci. Toutefois, en l'absence d'un programme scolaire, les programmes ciblant les parents sont efficaces. Ils nécessitent cependant un engagement important des parents.
- Pour pouvoir ajuster des programmes de prévention du tabagisme aux différents contextes scolaires et aux besoins des élèves, les programmes doivent comporter un volet d'évaluation qui vise autant l'implantation que les effets escomptés.

Sommaire

Contexte et historique du projet

En 2004, un avis scientifique sur la prévention du tabagisme chez les jeunes a été publié (Lalonde et Heneman, 2004). Ce document faisait état de l'efficacité des initiatives en matière de prévention du tabagisme chez les jeunes à partir des connaissances scientifiques de l'époque et émettait plusieurs recommandations sur les mesures à prioriser afin de contrer l'initiation tabagique au Québec. Le but du présent rapport est de mettre à jour cet avis en ce qui a trait aux interventions en milieu scolaire et d'actualiser les connaissances sur l'efficacité de ces interventions depuis sa publication.

Méthodologie

Une recension des écrits scientifiques a été menée afin de rédiger cette synthèse des connaissances. Une recherche documentaire, à partir de mots clés en lien avec la prévention du tabagisme chez les jeunes ayant lieu en partie ou entièrement à l'école, a permis de recenser 1 117 études. Les critères de sélection ont permis de choisir 22 études dont la qualité a été évaluée.

Problématique du tabagisme chez les jeunes

Afin de mettre à jour l'avis de 2004, un portrait du contexte actuel du tabagisme chez les jeunes Québécois a d'abord été établi. Ce dernier a permis de constater que la lutte contre le tabagisme a fait des gains importants en ce qui concerne la prévention du tabagisme, entre autres par un renforcement de la loi afin d'interdire l'usage du tabac sur les terrains des établissements scolaires, une augmentation de la taxation des produits du tabac, ainsi que des mesures pour en limiter la promotion. Les données d'enquêtes ont aussi démontré que l'âge moyen d'initiation tabagique a augmenté, alors que la prévalence a significativement diminué chez les jeunes Québécois au cours de la dernière décennie. Toutefois, une proportion significative des jeunes continuent à expérimenter divers produits du tabac et l'entrée au secondaire est une période déterminante pour l'initiation tabagique.

Les interventions menées en classe

Bien que la question du choix des modèles théoriques soit l'un des éléments majeurs des écrits scientifiques recensés, les résultats sur l'efficacité des interventions basées sur différents modèles théoriques sont disparates. Il semble toutefois que les interventions basées sur la combinaison des modèles des influences sociales et des compétences sociales sont plus efficaces que d'autres approches pour réduire le tabagisme des adolescents. Or, l'avis de 2004 suggérait plutôt la possible efficacité des interventions basées sur le modèle des influences sociales.

Pour être efficaces, les interventions de prévention du tabagisme en milieu scolaire doivent comporter un curriculum interactif abordé sur une base régulière sur quelques semaines. Elles doivent également inclure des séances de rappel et viser les adolescents au début du secondaire. Dans l'ensemble, les interventions tendent à réduire le tabagisme des jeunes plus efficacement lorsqu'elles sont dispensées par les adultes. La responsabilité d'un programme devrait donc être assurée par un enseignant ou un intervenant de santé, mais ce dernier devrait permettre aux jeunes de prendre la parole et de s'impliquer dans les activités prévues. Les écrits sur les concours Classes Non-fumeurs confirment les réserves exprimées dans l'avis de 2004 : ils sont jugés inefficaces pour prévenir le tabagisme chez les jeunes et semblent avoir certains contre-effets.

Les politiques scolaires de lutte au tabagisme

Il était recommandé dans l'avis de 2004 que la Loi sur le tabac soit modifiée afin d'ajouter, à l'interdiction de fumer au sein d'un établissement scolaire, les terrains de ce dernier. Hors, une modification de la Loi québécoise sur le tabac a permis depuis 2006 d'inclure cette interdiction. L'adoption et la mise en œuvre d'une politique antitabac restent toutefois des défis importants pour les écoles. Pour réduire efficacement la prévalence du tabagisme chez les élèves, un travail d'implantation et de surveillance régulière dans le cadre d'un programme intégré de prévention du tabagisme semble nécessaire pour assurer la mise en œuvre ainsi que le respect d'une politique par les élèves et le personnel de l'école.

Vers une approche globale de prévention du tabagisme

L'importance d'une approche socioécologique, qui considère les facteurs individuels, interpersonnels, organisationnels et communautaires pour rendre les interventions plus efficaces, est reconnue par les experts en santé publique. Par souci de cohérence et pour favoriser son efficacité à long terme, un programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire doit donc être implanté comme un aspect d'une stratégie de prévention plus globale. Alors que ce souci est déjà soulevé dans l'avis de 2004, les écrits scientifiques n'offrent pas encore les données probantes qui permettraient de démontrer l'efficacité de programmes en prévention du tabagisme utilisant une approche socioécologique. De fait, les écrits scientifiques récents sur les programmes multimodaux et multithématiques sont peu nombreux et doivent composer avec plusieurs obstacles. Ceci rend difficile la formulation de conclusions claires à l'égard de tels programmes. Il existe néanmoins des exemples de programmes qui ont eu un certain succès et l'adoption d'une approche plus globale à la prévention du tabagisme est considérée comme étant prometteuse.

Retour sur les constats de l'avis de 2004

Cette synthèse des connaissances sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire a permis d'établir de nombreux constats, dont plusieurs s'apparentent à ceux établis dans l'avis de 2004. Ceux-ci peuvent être résumés comme suit :

- Les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire devraient se baser sur une approche socioécologique combinant des mesures éducatives et environnementales (législatives, fiscales, médiatiques et communautaires).
- Les connaissances scientifiques permettent d'identifier certains aspects des interventions fréquemment associés aux programmes de prévention du tabagisme efficaces :
 - Les enseignants ou un intervenant de santé comme principaux intervenants.
 - L'adoption d'une approche interactive, permettant une grande participation des jeunes.
 - Les programmes qui visent les jeunes à l'arrivée au secondaire, mais qui incluent des séances de rappel au cours des années suivantes.
- L'engagement des jeunes dans les programmes de prévention en milieu scolaire demeure une stratégie prometteuse. Pour qu'une intervention impliquant les jeunes soit efficace, ceux-ci doivent être entre autres choisis par leurs pairs et formés en dehors de l'école par des adultes compétents. La responsabilité du programme devrait toutefois être assurée par un intervenant adulte.
- La mise en œuvre d'une politique antitabac interdisant l'usage du tabac à l'intérieur et à l'extérieur de l'école est essentielle pour assurer le respect de la Loi sur le tabac. Toutefois, pour réduire efficacement la prévalence, cette politique requiert une implantation soignée et une surveillance régulière.

- Les interventions ciblant les parents peuvent contribuer à prévenir le tabagisme des jeunes, mais exigent un engagement important des parents. Cependant, l'addition d'un volet familial à un programme en milieu scolaire ne semble pas accroître l'efficacité de celui-ci.
- Les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire doivent comporter un volet d'évaluation qui vise autant l'implantation que les effets.

1 Introduction

Au Canada comme aux États-Unis, le tabagisme est la première cause de maladie et de mort pouvant être évitée (Centers for Disease Control and Prevention, 2014; Janz et Statistique Canada, 2012). Il est entre autres associé à de nombreux types de cancer, à des maladies cardiovasculaires et respiratoires, ou encore à des problèmes de fertilité (Organisation mondiale de la santé, 2013; Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Au Canada, on estime que ce sont 21 % des décès qui sont attribuables au tabagisme (Jones, Gulbis et Baker, 2010 dans Janz et Statistique Canada, 2012). Au Québec, cela correspond à plus de 10 000 personnes par année (Rehm et collab., 2006).

Il est maintenant connu que la nicotine génère une dépendance aussi sévère que celle créée par la consommation de cocaïne ou d'héroïne (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Cela explique le défi que constitue l'arrêt tabagique pour le milliard d'individus qui fument actuellement dans le monde. Alors que la moitié des fumeurs mourront éventuellement de cette dépendance (Organisation mondiale de la santé, 2013), le tabagisme affecte également la qualité de vie des fumeurs et des non-fumeurs qui les entourent et il engendre des coûts considérables en matière de santé. Prévenir son initiation reste donc le meilleur moyen de contrer le tabagisme et les problèmes de santé qui y sont associés.

Compte tenu de l'ampleur de la problématique du tabagisme et de ses effets néfastes sur la santé des populations, de nombreux efforts de lutte contre le tabagisme ont été entrepris. De fait, en 2003, la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac a été acceptée par un ensemble de pays afin de reconnaître ce fléau et entreprendre les mesures nécessaires pour le combattre (Organisation mondiale de la santé, 2014). Dans le même ordre d'idées, le gouvernement canadien, les provinces et les territoires ont convenu de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme 2001-2011 puis 2012-2017, afin d'atteindre des objectifs en matière de protection, de prévention et de réduction du tabagisme (Santé Canada, 2013a).

Considérant qu'entre 80 % et 90 % des adultes fumeurs se sont initiés au tabac à l'adolescence (Sims, 2009), les efforts de prévention devraient avant tout cibler les jeunes. Au Québec, des mesures législatives ont ainsi été adoptées afin de dénormaliser l'usage du tabac et de protéger la santé des non-fumeurs dans les lieux publics. La taxation des produits du tabac demeure une des mesures de prévention importante, puisque l'augmentation du prix des cigarettes est un des facteurs décourageant la consommation de tabac chez les jeunes. Les programmes de prévention en milieu scolaire, les efforts auprès des familles et de l'environnement immédiat du jeune, ainsi que les campagnes médiatiques faisant la promotion d'un mode de vie sans fumée sont entrepris afin de contrer l'adoption de ce comportement et le développement de la dépendance.

2 Méthodologie

2.1 Processus de recherche documentaire

Ce rapport examine les méta-analyses et les revues systématiques portant sur les programmes de prévention en milieu scolaire. Étant donné que plusieurs d'entre eux incluent des activités à l'extérieur de l'école, un volet communautaire, ou encore, la collaboration des parents, les études portant sur les programmes qui renferment un volet scolaire et un volet supplémentaire ont été retenues, lorsque ces programmes sont administrés par l'école (par exemple, il peut être question de devoirs à faire à la maison, d'outils d'information et de messages de sensibilisation adressés aux parents par l'entremise de l'école). Quelques études originales ont aussi été utilisées lorsqu'elles étaient trop récentes pour être incluses dans les synthèses de connaissances analysées, ou à titre de complément d'information aux écrits sélectionnés à travers cette recension.

L'avis sur la prévention du tabagisme chez les jeunes de 2004 ayant souligné certains effets iatrogènes de programmes adressés aux jeunes enfants (Lalonde et Heneman, 2004), la présente recension des écrits scientifiques est majoritairement axée sur les initiatives qui visent les jeunes à l'arrivée au secondaire, c'est-à-dire les mineurs d'au moins 12 ans.

Finalement, malgré le fait que leur efficacité ne soit pas encore démontrée, les pratiques innovantes et les nouvelles tendances en matière d'intervention de prévention du tabagisme depuis les 10 dernières années sont présentées.

La recherche de publications scientifiques pertinentes pour la production de ce rapport a été faite à l'aide des banques de données PubMed, EbscoHost et OvidSP. Les mots clés utilisés sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1 Liste de mots clés par concept

Concept	Mots clés
Prévention	<i>prevention, preventing, policy, strategy, approach, programm</i>
Tabagisme	<i>tobacco, cigarette, nicotine, smoking, abstinence, abstain</i>
Milieu scolaire	<i>school-based, curriculum, student, education</i>
Adolescents	<i>adolescent, teen, teenager, child, children, young people, youth, family-based, parent, parenting</i>
Type de publication	<i>meta-analysis, systematic review, best practice, meta-evaluation</i>

2.2 Sélection des articles

Des 1 117 études identifiées par les moteurs de recherche, 92 ont été sélectionnées pour une évaluation plus approfondie. À l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion suivants, 22 des 92 articles ont été retenus pour compléter cette recension des écrits scientifiques (voir la figure 1 pour un diagramme de la sélection des études pour la mise à jour).

Les critères d'inclusion suivants ont été choisis pour le processus de sélection des études :

1. Études rédigées en anglais ou en français;
2. Études portant sur prévention du tabagisme ou portant sur la prévention de la consommation de diverses substances (ex., l'alcool, cannabis) incluant le tabagisme;

3. Études dont la population visée est constituée des jeunes âgés de 12 à 18 ans fréquentant l'école;
4. Études faisant la revue systématique de l'efficacité d'une ou de plusieurs modalité(s), approche(s) ou forme(s) d'interventions en milieu scolaire visant la prévention du tabagisme chez les jeunes;
5. Études identifiant des barrières et des facteurs facilitant l'implantation des interventions de prévention du tabagisme en milieu scolaire.

Les critères d'exclusion suivants ont été choisis pour le processus de sélection des études :

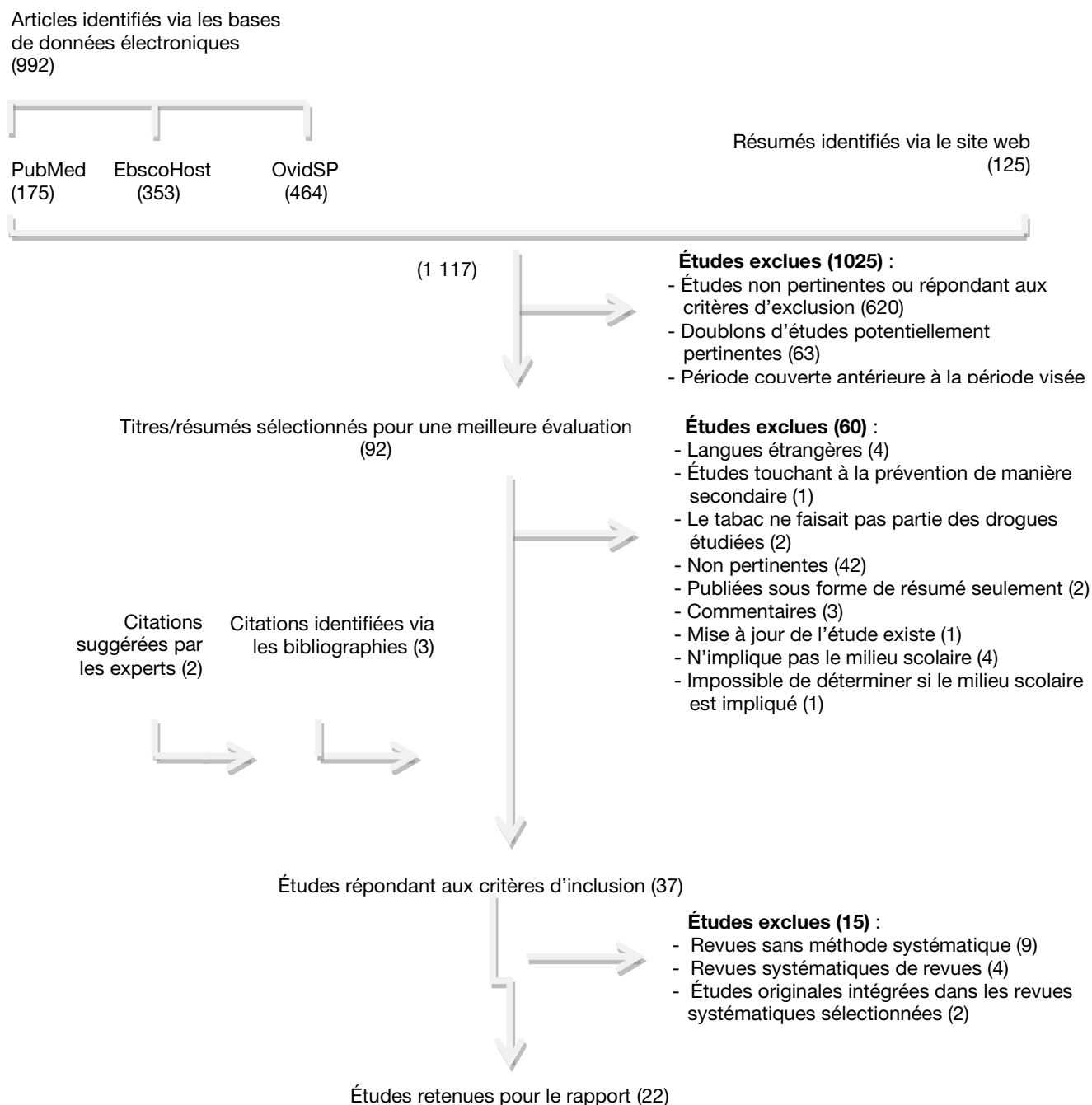
1. Études portant sur des groupes très spécifiques (par exemple, les jeunes avec une déficience particulière);
2. Études économétriques;
3. Études publiées avant 2003.

Finalement, deux études québécoises portant sur les effets et l'implantation des interventions de prévention du tabagisme en milieu scolaire (Tremblay et collab., 2014; Kairouz, O'Loughlin et Laguë, 2009) ont été incluses à la suite d'une consultation d'experts de la prévention du tabagisme.

2.3 Classification des articles

La qualité des études a été évaluée conformément au guide méthodologique *Élaboration des rapports sur les politiques publiques et la santé* (Jacob, 2008) par deux experts en tabagisme. Leurs divergences ont été résolues par la discussion ou par le recours à un troisième expert.

Figure 1 Diagramme de la sélection des études pour la mise à jour de l'avis sur la prévention du tabagisme au Québec



2.4 Limites

Cette synthèse de connaissances est principalement basée sur des méta-analyses et des revues systématiques. Ces écrits scientifiques permettent de rassembler et d'analyser diverses études, dont la qualité a été jugée satisfaisante, sur les mêmes points de comparaison. Toutefois, certaines limites sont associées à ce type de publication. Parmi ces limites, on notera les critères de sélection des articles scientifiques faisant l'objet des méta-analyses et des revues systématiques varient d'une publication à l'autre, conduisant ainsi à des analyses et conclusions variées.

Lorsque les études démontrent la réussite d'un programme, il est généralement difficile de cerner si des éléments précis de l'intervention produisent un tel succès ou si celui-ci résulte d'une combinaison particulière d'éléments (une telle approche théorique, visant les jeunes d'un tel niveau scolaire, faisant appel à un tel type d'intervenants). Les revues systématiques et les méta-analyses ont pour objectif de pallier ce problème en rassemblant divers programmes ayant une même caractéristique, qu'il soit question de modèle théorique, de la présence ou de l'absence de séances de rappel ou encore, de la présence d'un volet d'intervention à l'extérieur du cadre scolaire, afin d'isoler l'effet de cette caractéristique. De plus, les études sur lesquelles se basent les méta-analyses et les revues systématiques ayant été généralement menées dans un environnement contrôlé, nous rappelons au lecteur que l'efficacité de telles interventions n'est pas garantie dans un contexte spécifique.

3 Problématique du tabagisme chez les jeunes

La problématique du tabagisme au Québec a considérablement évolué au cours des 10 dernières années : le taux de tabagisme a baissé de 28,2 % en 2000 à 17,8 % en 2010 chez les Québécois âgés de 15 ans et plus (Lasnier, 2013), l'exposition à la fumée secondaire a été limitée dans de nombreux lieux publics par l'adoption successive de lois (entre autres dans les restaurants et les bars), les produits du tabac, dont l'emballage est en partie couvert par les avertissements et dont l'étalage est interdit dans les points de vente, sont beaucoup moins visibles qu'il y a 10 ans.

Pourtant, la prévalence du tabagisme semble stagnée depuis les dernières années, en particulier chez les jeunes (Santé Canada, 2013b). De nombreux organismes de santé craignent aussi que la mise en marché de produits dérivés du tabac tels les produits de tabac aromatisés et la cigarette électronique, ainsi que les nouvelles stratégies marketing de l'industrie du tabac, influencent les jeunes et contrecarrent leurs efforts en matière de prévention du tabagisme.

Afin d'estimer les avancées en matière de prévention du tabagisme chez les jeunes depuis 2004, la section suivante du rapport portera sur les changements d'ordre politique, de lois et de règlements, ainsi que les mesures de contrôle de prix par la taxation liées à l'usage du tabac qui ont eu lieu dans la dernière décennie au Québec. Une section sur l'évolution de la prévalence, sur l'utilisation de nouveaux produits du tabac et sur les populations à risque suivra cette dernière.

3.1 Changements législatifs au Québec depuis 2004

Les autorités de santé publique, c'est-à-dire les organisations qui émettent des recommandations en matière de santé publique à partir de données probantes, s'entendent sur le fait que des mesures législatives sont essentielles pour lutter efficacement contre le tabagisme. De fait, le Community Preventive Services Task Force affirme que parmi les différents efforts pour prévenir l'initiation tabagique, celles limitant l'accès aux jeunes des produits du tabac et l'augmentation des prix font partie des mesures les plus efficaces (Services Task Force on Community Preventive, 2005).

En matière de réglementation, 3 constats importants sont établis dans l'avis sur la prévention du tabagisme chez les jeunes (Lalonde et Heneman, 2004), soit *que des lois et des règlements créant un environnement hostile à l'usage du tabac sont nécessaires* (p. 102-104), *que des politiques interdisant l'usage du tabac à l'intérieur et à l'extérieur de l'école constituent des mesures essentielles pour prévenir le tabagisme chez les jeunes* (p. 101) et finalement, *que le contrôle des prix par la taxation constitue un puissant moyen pour réduire l'usage du tabac chez les jeunes* (p. 104).

À la lumière de ces constats, les auteurs ont recommandé en 2004 :

1. de modifier la loi pour interdire l'usage du tabac dans tous les lieux publics fermés;
2. d'instaurer des mesures de contrôle de l'étalage et de l'emballage des produits du tabac;
3. d'augmenter les taxes de manière à ce que le prix des cigarettes soit au moins au même niveau que celui des régions voisines, où les produits du tabac sont les plus chers.

Conformément à la première recommandation, suite à d'importantes modifications à la Loi québécoise sur le tabac, il est interdit depuis 2006 de fumer dans des lieux publics tels que les restaurants, les bars, les centres commerciaux, tout comme les terrains des établissements scolaires.

Il est aussi interdit depuis 2008 d'étaler les produits du tabac à la vue des clients dans les points de vente, c'est-à-dire que les produits du tabac doivent être dissimulés. Alors que les avertissements sur les paquets de cigarettes remontent au tournant des années 90, les images accompagnant de tels messages ont été rendues obligatoires au début des années 2000. Étant un précurseur de cette pratique, qui a ensuite été adoptée par de nombreux autres pays tels que l'Australie et les États-Unis, un nouveau règlement a été adopté au Canada en 2011 afin que les messages de mise en garde sur les paquets de cigarettes et de petits cigares couvrent le 3/4 de la surface de ces derniers.

En ce qui a trait à la Loi canadienne sur le tabac, il est également défendu depuis 2010 de vendre des paquets de moins de 20 unités (la vente de cigarillos individuels est donc maintenant interdite) ainsi que certains produits du tabac (cigarettes et petits cigares) aromatisés¹. L'accessibilité financière des produits du tabac étant un facteur ayant un impact sur le tabagisme des jeunes, l'obligation de vendre ces produits par paquet plutôt qu'à l'unité augmente le coût de la transaction et donc, en réduit l'attrait pour les jeunes.

Bien qu'une hausse importante du prix des produits du tabac ait eu lieu au début des années 2000 (incluant les augmentations successives de la taxation de ces produits au fédéral et au provincial), le prix a continué à augmenter légèrement plus rapidement que l'ensemble des autres produits de consommation (Lasnier et Leclerc, 2012). En 2014, le budget fédéral et celui du Québec ont tous deux prévu une hausse non négligeable de la taxe sur les produits du tabac, respectivement de 4,03 \$ et de 4,00 \$ la cartouche de 200 cigarettes, ce qui porte le prix moyen de la cartouche de cigarettes à 85,39 \$ au Québec en juin 2014 (Non-Smokers' Rights Association, 2014). Toutefois, le Québec demeure la province pour laquelle le prix du tabac est le plus bas vis-à-vis des autres provinces canadiennes.

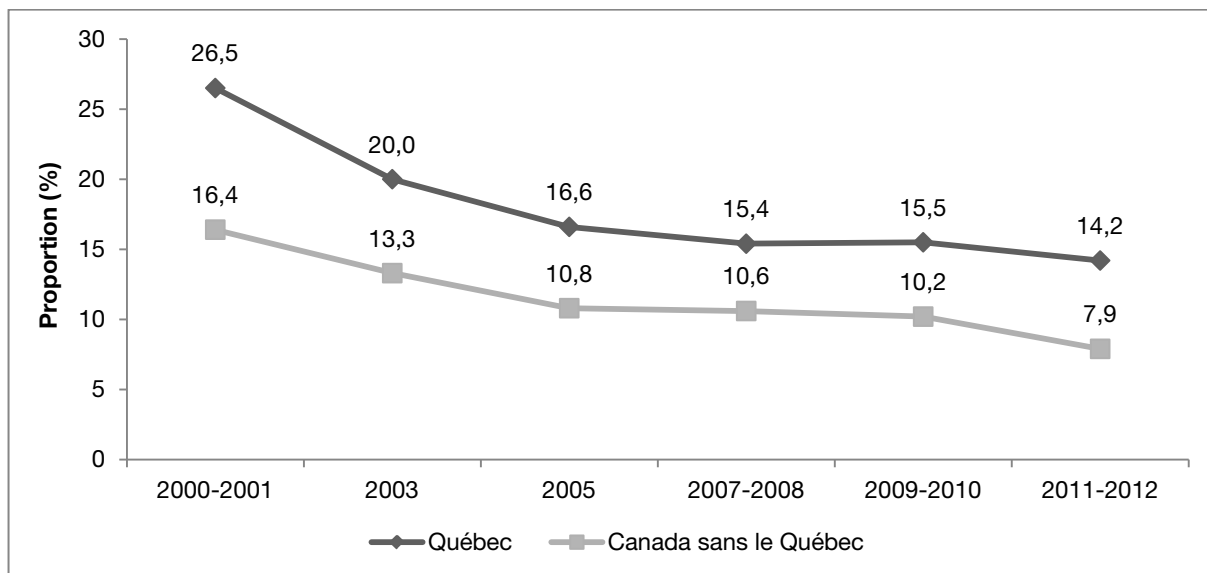
Les changements législatifs qui ont eu lieu au cours des 10 dernières années répondent donc aux deux des trois recommandations de l'avis de 2004 qui ont précédemment été présentées. Bien que les taxes des produits du tabac aient augmenté au Québec, celles-ci ne permettent pas au prix des cigarettes de rejoindre celui des autres provinces, où les produits du tabac restent plus dispendieux qu'au Québec.

3.2 Prévalence du tabagisme chez les jeunes au Québec

Au Québec comme dans le reste du Canada, la prévalence du tabagisme diminue depuis les 10 dernières années. Comme les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) l'indiquent, la prévalence a décru plus rapidement au Québec que dans le reste du Canada au début des années 2000. La figure 2 montre toutefois qu'un écart d'environ 5 points de pourcentage se maintient depuis les dernières années, entre la proportion des fumeurs (quotidiens et occasionnels) canadiens et québécois âgés de 12 à 19 ans.

¹ Cette modification de la loi ne portait toutefois pas sur les cigarillos et les cigares de plus de 1,4 gramme.

Figure 2 Proportion de fumeurs (quotidiens et occasionnels) âgés de 12 à 19 ans au Québec et au Canada (sans le Québec), 2000 à 2012

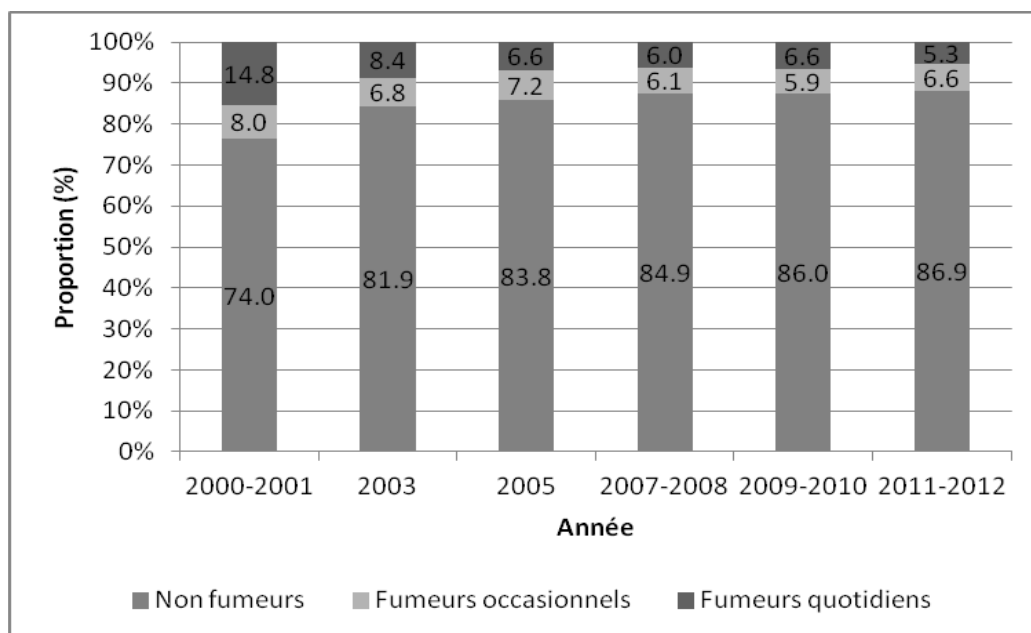


Source : Graphique fait à partir du tableau 105-0501 de Statistique Canada — Profil d'indicateurs de santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada sans le Québec, Québec.

3.3 Usage du tabac chez les élèves

Depuis 2000-2001, il semble y avoir une augmentation de la proportion des élèves âgés de 12 à 19 ans qui restent non-fumeurs, celle-ci étant en effet passée de 74 % en 2000-2001 à 86,9 % en 2011-2012 (figure 3). Elle est d'ailleurs accompagnée d'une diminution de la proportion de fumeurs quotidiens (14,8 % en 2000-2001 et 5,3 % en 2011-2012), alors que la proportion de fumeurs occasionnels ne varie pas de manière importante (8 % en 2000-2001 et 6,6 % en 2011-2012).

Figure 3 Répartition, selon le statut tabagique, de la population âgée entre 12 et 19 ans évoluant en milieu scolaire, Québec, 2000-2001 à 2011-2012



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012, Statistique Canada.

Selon l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ), l'âge moyen d'initiation au tabac est passé de 11,5 ans en 2002 à 12,2 ans en 2010-2011 chez les élèves de la 6^e année du primaire à la 3^e année du secondaire. Toujours d'après cette même enquête, les filles étaient proportionnellement plus nombreuses à fumer que les garçons en 2002, mais cet écart s'est considérablement rétréci depuis. Ceci s'applique pour la proportion des élèves ayant fumé au moins une bouffée de cigarette (40,5 % des garçons et 45,4 % des filles en 2002, comparativement à 30,4 % des garçons et 30,8 % des filles en 2010-2011), tout comme pour la proportion des élèves ayant fumé au moins une cigarette entière (24,3 % des garçons et 31,7 % des filles en 2002, comparativement à 18,2 % des garçons et 18,7 % des filles en 2010-2011).

Il est impossible d'évaluer, par exemple, la proportion des jeunes non-fumeurs de la 1^{re} année du secondaire qui auront fumé une cigarette entière l'année suivante compte tenu de l'absence de données longitudinales. Il est toutefois possible de comparer pour une même année la prévalence tabagique des étudiants d'un niveau en fonction d'un niveau précédent à l'aide de rapports des cotes. Ainsi, alors que la proportion des élèves qui s'initient au tabac augmente généralement en fonction des niveaux scolaires, l'écart entre certains niveaux est significativement plus important. C'est entre autres le cas des élèves de 2^e année du secondaire, qui sont 2,68 fois plus susceptibles d'avoir pris au moins une bouffée de cigarette (tableau 2) et près de 3 fois plus susceptibles d'avoir fumé une cigarette entière (tableau 3) que ne le sont les élèves de 1^{re} année du secondaire. Il s'agit d'ailleurs du niveau pour lequel les rapports des cotes sont de loin les plus élevés, ce qui confirme qu'il s'agit bien d'une période charnière en ce qui a trait à l'initiation des jeunes au tabac.

Tableau 2 Proportion des élèves ayant déjà pris au moins une bouffée de cigarette au cours de leur vie, 6^e année du primaire à 5^e année du secondaire, Québec, 2010-2011

	bouffée de cigarette (%)	Rapports de cote ($\alpha=0,05$)				
6 ^e prim	10,4	1,39*				
Sec. 1	14,0					
Sec. 2	30,3		2,68*	1,56*	0,99	1,40*
Sec. 3	40,4					
Sec. 4	40,0					
Sec. 5	48,4					

* Rapport des cotes significatif à $p < 0,05$.

Source : Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, 2010-2011, Centre Propel pour l'avancement de la santé des populations, Université de Waterloo

Tableau 3 Proportion des élèves ayant déjà fumé une cigarette entière au cours de leur vie, 6^e année du primaire à 5^e année du secondaire, Québec, 2010-2011

	cigarette complète (%)	Rapports de cote ($\alpha=0,05$)				
6 ^e prim	4,0	1,82*				
Sec. 1	7,1					
Sec. 2	18,1		2,89*	1,51*	1,03	1,31*
Sec. 3	25,0					
Sec. 4	25,6					
Sec. 5	31,1					

* Rapport des cotes significatif à $p < 0,05$.

Source : Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, 2010-2011, Centre Propel pour l'avancement de la santé des populations, Université de Waterloo

3.4 Consommation des nouveaux produits du tabac

Il serait faux de penser que l'expérimentation que font les jeunes des produits du tabac se résume à la consommation de cigarettes, comme il est possible de le constater au Tableau 4. De nombreux produits (cigarette électronique, snus, etc.), qui sont récemment apparus sur le marché ou qui ont gagné en popularité, ne sont pas à négliger pour comprendre l'initiation à l'usage du tabac chez les jeunes. De fait, l'ETJ de 2010-2011 révèle que près d'un élève sur cinq au Québec aurait déjà essayé un cigarillo (ou un petit cigare) et que 5 % des jeunes auraient déjà consommé du tabac à rouler. Toutefois, la cigarette est toujours le produit du tabac dont l'usage apparaît prédominant, 30,6 % des élèves québécois en ayant fait l'essai au cours de leur vie.

Tableau 4 Proportion des élèves ayant déjà essayé un produit du tabac, 6^e année du primaire à 5^e année du secondaire, Québec, 2010-2011

	Population estimée	Cigarettes (%)	Cigarillos / Petits cigares (%)	Cigares ou pipes (%)	Tabac à rouler (%)	Tabac sans fumée (%)	Tout genre de produits du tabac (%)
Élèves (6 ^e prim-5 ^e sec)	551 000	30,6 [29,5 - 31,6]	19,1 [18,4 - 19,9]	13,9 [13,3 - 14,4]	5,0 [4,5 - 5,4]	1,3 [1,2 - 1,5]	35,0 [34,1 - 36,0]

Source : Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, 2010-2011, Centre Propel pour l'avancement de la santé des populations, Université de Waterloo.

3.5 En résumé

Au cours des 10 dernières années, la lutte contre le tabagisme a fait des gains importants en ce qui concerne la prévention du tabagisme.

Plusieurs des recommandations faites dans l'avis scientifique sur la prévention du tabagisme chez les jeunes de 2004 (Lalonde et Heneman, 2004) ont été implantées. De fait, la Loi sur le tabac a été modifiée pour interdire l'usage du tabac dans tous les lieux publics intérieurs et certains espaces extérieurs. Alors que la Loi sur le tabac établit aussi des règles plus restrictives concernant l'étalage et l'emballage des produits du tabac, les taxes sur ces produits ont augmenté, notamment en 2014, puisqu'une hausse de la taxation a été instaurée à la fois au fédéral et au provincial. Les données d'enquêtes permettent de constater que les gains de la lutte contre le tabagisme se sont également traduits par une diminution du tabagisme chez les jeunes Québécois, passant de 26,5 % en 2000-2001 à 14,2 % en 2011-2012 pour les fumeurs (quotidiens et occasionnels) âgés de 12 à 19 ans selon les données de l'ESCC. Ils s'initient aussi plus tardivement aux produits du tabac, l'âge moyen d'initiation en 2002 étant 11,5 ans, alors qu'en 2010-2011, il est de 12,2 ans chez les élèves de la 6^e année du primaire à la 3^e année du secondaire.

Les changements d'ordre législatif et fiscal ont incontestablement rendu les produits du tabac et la consommation de ces derniers moins accessibles et moins attrayants. Toutefois, même si la prévalence du tabagisme a diminué au cours des 10 dernières années, la proportion de fumeurs est toujours plus élevée au Québec que dans le reste du Canada. Les données d'enquêtes indiquent également qu'une proportion considérable d'adolescents qui passent de la 1^{re} à la 2^e année du secondaire s'initient au tabagisme et qu'ils ont tendance à expérimenter divers produits du tabac plutôt qu'à se confiner à la cigarette traditionnelle. Subséquemment, bien que les mesures, accompagnées de programmes de prévention et d'efforts de contre-marketing, ont porté ses fruits, l'évolution de l'industrie et la commercialisation de nouveaux produits devraient toutes aussi faire l'objet d'un encadrement légal resserré. Les interventions mises en place devraient aussi tenir compte des tendances actuelles de consommation des produits du tabac par les jeunes.

4 Les interventions menées dans les classes

Compte tenu du fait que les jeunes passent une partie considérable de leur temps en classe et qu'il s'agit d'un espace voué à l'apprentissage, ce contexte favorable à l'assimilation de compétences et d'informations est mis à profit par plusieurs programmes, pour lesquels la classe est l'environnement privilégié pour y mener des activités de prévention du tabagisme. Les écrits scientifiques portant sur les interventions menées en classe évaluent leur efficacité selon plusieurs de leurs caractéristiques. Ce chapitre abordera donc les approches théoriques principales sur lesquelles les interventions en milieu scolaire sont fondées, les concours Classes Non-fumeurs, les caractéristiques telles que le niveau scolaire visé et les modalités pédagogiques, ainsi que le choix des intervenants qui animent les activités de prévention.

4.1 L'éducation en classe selon les principales approches théoriques

Les principales approches théoriques utilisées au cours de 60 dernières années incluent le modèle de déficit informationnel, le modèle des compétences sociales et le modèle des influences sociales.

Avant le milieu des années 70, les interventions éducatives adoptées pour prévenir le tabagisme chez les jeunes étaient basées, pour la plupart, sur le *modèle du déficit informationnel*, aussi appelé le modèle rationnel. Ce modèle est fondé sur l'idée que le manque de connaissances et la perception erronée des jeunes vis-à-vis du tabagisme contribueraient au développement de la dépendance. Ainsi, pallier cette méconnaissance découragerait les adolescents à s'initier au tabac (Lantz, Jacobson, Warner, et coll. 2000). Parmi les éléments les plus souvent mentionnés pour définir les activités de prévention basées sur ce modèle, on compte la transmission d'information sur les risques pour la santé à court et à long terme, sur les effets de la fumée secondaire, ainsi que sur les maladies associées à la consommation de différents produits du tabac (Krowchuk, 2005; Sussman, Black et Rohrbach, 2010). Cependant, les résultats de revues systématiques portant sur l'efficacité des interventions qui utilisent l'approche informationnelle indiquent qu'il y a peu de preuves pour soutenir l'efficacité de cette approche pour réduire l'initiation tabagique chez les élèves (Hwang, Yeagley et Petosa, 2004; Thomas et Perera, 2008).

La deuxième approche majeure des programmes de prévention du tabagisme juvénile repose sur le modèle éducatif affectif appelé aussi le *modèle des compétences sociales*. Basé sur la théorie de l'apprentissage social de Bandura (Bandura, 1977), ce modèle suppose que les enfants et les adolescents fument parce qu'ils apprennent ce comportement par observation, imitation et renforcement. Ce processus est influencé par leurs perceptions, attitudes et compétences. Les curriculums qui s'appuient sur ce modèle visent à améliorer un ensemble d'habiletés générales et de compétences sociales chez les élèves, dont les principales sont la résolution de problème, la prise de décision et la définition de buts à atteindre (Botvin et Griffin, 2007; Krowchuk, 2005; Lantz, Jacobson, Warner et coll., 2000; Thomas et Perera, 2008). Développer ces habiletés et compétences permettrait d'augmenter la capacité des élèves de refuser l'offre de produits du tabac et d'être mieux outillés par rapport à la pression sociale (Botvin et Griffin, 2007; Thomas et Perera, 2008).

Les résultats des analyses portant sur l'efficacité des interventions utilisant ce modèle chez les élèves de 12 ans et plus sont divergents (Thomas et Perera, 2008; Uthman et collab. 2009; Thomas, McLellan et Perera, 2013). En résumé, une revue Cochrane de 94 essais contrôlés randomisés portant sur l'efficacité des interventions de prévention du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire, trouve un effet positif, mais non significatif pour les programmes basés sur le modèle de compétences sociales pour la prévention du tabagisme à long terme (Thomas et Perera, 2008).

D'autre part, une revue systématique de 53 essais contrôlés randomisés et de 37 essais contrôlés avant-après, publié par le National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), estime que les programmes de type compétences sociales ne sont pas plus efficaces que ceux associés aux autres approches théoriques (Uthman et collab., 2009).

Finalement, une seconde revue Cochrane, incluant 89 études sur l'efficacité des interventions à prévenir l'initiation tabagique des jeunes et publiée en 2013, démontre que les programmes basés sur le modèle des compétences sociales préviennent efficacement l'initiation tabagique des jeunes à long terme (Thomas, McLellan et Perera, 2013). Cette méta-analyse examine les essais contrôlés randomisés selon la mesure utilisée pour évaluer l'efficacité des interventions.

La troisième approche théorique pour prévenir le tabagisme chez les jeunes est fondée sur le *modèle des influences sociales*. Celui-ci vise à influencer la perception qu'ont les adolescents de ce qui est normal dans une société, afin de corriger l'idée fausse qu'il est banal de fumer et qu'il s'agit d'une pratique fréquente chez les jeunes de leur âge et les adultes. Les interventions de type influences sociales prennent donc en compte l'environnement social des jeunes, soit leur relation avec leurs proches et leurs pairs, le comportement de ces derniers, le contexte familial et culturel, ainsi que l'environnement étendu du jeune où il pourrait être exposé aux produits du tabac (Lantz, Jacobson, Warner, et coll. 2000, Uthman et collab. 2009). Elles incluent typiquement les trois composantes suivantes (Botvin, 2000; Girandola, 2003) :

- L'inoculation psychologique : afin de répondre à l'influence à laquelle les jeunes sont exposés, des contre-arguments à la consommation des produits du tabac leur sont présentés. Ceux-ci sont donc tout autant exposés aux raisons valables pour refuser de s'initier au tabagisme.
- L'éducation normative : cette composante vise à rectifier les idées reçues et les croyances erronées qu'ont les adolescents à propos du tabagisme.
- L'apprentissage axé sur des techniques de résistance (*resistance skills training*) : cette composante a pour but de développer et renforcer la capacité des jeunes à résister à la pression et à reconnaître les situations où ils pourraient être tentés de fumer.

Les programmes de type influences sociales ont fait l'objet de bon nombre d'études comparativement aux deux autres modèles (voir Thomas, McLellan et Perera, 2013; Thomas et Perera, 2008; Uthman et collab. 2009). Les études divergent en ce qui a trait à l'efficacité de ce modèle pour prévenir le tabagisme. Les publications récentes sont plus circonspectes quant à l'efficacité des programmes basés sur ce modèle que ne le sont les études moins récentes. Alors que plusieurs interventions de ce type ont été évaluées, seulement quelques-unes ont démontré leur efficacité. Parmi les publications recensées, une des revues Cochrane sur le sujet (Thomas et Perera, 2008) rapporte qu'une partie des études recensées observent un impact de ce type d'intervention sur la prévalence tabagique des jeunes, alors que ce n'est pas le cas pour d'autres études (Thomas et Perera, 2008). C'est également le cas pour la revue d'Uthman et collaborateurs (2009), qui observe des résultats divergents pour les interventions basées sur le *modèle des influences sociales* (tout comme pour les interventions basées sur les autres approches). La plus récente revue Cochrane sur le sujet conclut pour sa part à l'absence d'effets positifs des interventions basées sur ce modèle à court et à long terme (Thomas, McLellan et Perera, 2013).

Les principes des approches présentées ici ne s'excluent pas mutuellement et ont évolué au fil du temps. Par conséquent, il est parfois difficile de distinguer le modèle sur lequel un programme est basé, car les programmes plus récents intègrent des éléments des différents modèles. Ceux des compétences sociales et des influences sociales sont particulièrement complémentaires puisqu'ils visent à la fois à accroître l'estime du jeune pour freiner son intérêt envers la cigarette et à l'outiller

afin de résister à la pression sociale à laquelle il fera face. Ainsi, bon nombre d'initiatives combinent les modèles des compétences sociales et des influences sociales.

Tous comme pour les autres approches théoriques, les études obtiennent des résultats divergents quant à l'efficacité de *l'approche combinée* (Thomas, McLellan et Perera, 2013; Thomas et Perera, 2008; Uthman et collab. 2009). Les analyses d'Uthman et collaborateurs (2009) ainsi que celles de Thomas et Perera (2008) ne parviennent pas à démontrer de manière significative l'efficacité du modèle combiné. La revue Cochrane la plus récente conclut toutefois que la combinaison des modèles des influences sociales et des compétences sociales permet de prévenir le tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire (Thomas, McLellan et Perera, 2013). Selon cette revue, les études portant sur des cohortes de jeunes qui n'ont jamais fumé à la base ont tendance à avoir des résultats positifs à court et à long terme. Les études utilisant quant à elles le changement de comportement comme indicateur montrent aussi un effet positif pour les interventions de l'approche combinée, mais seulement à court terme (Thomas, McLellan et Perera, 2013).

Alors que le manque d'études de qualité empêchait les auteurs de l'avis de 2004 de conclure à l'efficacité de l'approche combinée pour prévenir le tabagisme (Lalonde et Heneman, 2004), les preuves actuelles à cet effet sont plus nombreuses, quoique divergentes. Bien que les analyses de Thomas et Perera (2008) et d'Uthman et collaborateurs (2009) ne parviennent pas à démontrer de manière significative l'efficacité des programmes de ce type, les résultats de la plus récente revue Cochrane semblent plutôt indiquer que la combinaison des deux approches pourrait en être une à privilégier comparativement aux autres modèles.

4.2 Les concours Classes Non-fumeurs

Les concours Classes Non-fumeurs sont des concours qui ont pour but d'engager tous les élèves d'une classe à ne pas fumer pendant une période d'au moins six mois et de récompenser les classes pour lesquelles tous les élèves ont maintenu cet engagement. Ce type de concours exerce ainsi une forme de pression sociale incitant les jeunes à demeurer non-fumeurs (Johnston, Liberato et Thomas, 2012).

Une méta-analyse basée sur cinq études européennes démontre l'efficacité des programmes de ce type pour prévenir le tabagisme chez les jeunes (Isensee et Hanewinkel, 2012). Isensee et Hanewinkel (2012) indiquent qu'il y aurait une diminution du tabagisme, mais leur analyse ne permet pas de démontrer qu'elle en prévient l'initiation chez les non-fumeurs. Cette méta-analyse comporte toutefois plusieurs limites et combine des essais contrôlés randomisés à d'autres types d'études. De plus, le risque de biais des études n'est pas évalué, comme le souligne Johnston, Liberato et Thomas (2012).

Une revue systématique, basée sur 7 études, dont celles utilisées par Isensee et Hanewinkel (2012), ne peut démontrer l'efficacité des concours Classes Non-fumeurs pour prévenir le tabagisme chez les jeunes (Johnston, Liberato et Thomas, 2012). Adoptant une méthodologie rigoureuse, les auteurs mentionnent qu'une seule des 7 études relate des résultats positifs, mais que cette dernière contient plusieurs risques de biais. Alors qu'une étude québécoise sur ce type d'intervention note de surcroît que les concours Classes Non-fumeurs peuvent engendrer le développement chez les jeunes non-fumeurs d'une attitude de marginalisation de leurs pairs fumeurs (Kairouz, O'Loughlin et Laguë, 2009), ces deux publications ont également observé certains contre-effets.

À la lumière de ces trois publications et compte tenu de leur rigueur respective, les données probantes actuelles semblent plutôt indiquer l'inefficacité des Concours classe Non-fumeurs pour prévenir le tabagisme chez les jeunes, ces interventions faisant déjà l'objet de réserves dans le précédent avis (voir p. 29 de Lalonde et Heneman, 2004).

4.3 Caractéristiques des programmes de prévention du tabagisme

4.3.1 L'ÂGE ET NIVEAU SCOLAIRE VISÉ

Plusieurs autorités de santé publique restent vagues quant à l'importance d'intervenir de manière intensive à un certain âge ou niveau scolaire et semblent plutôt opter pour un programme visant l'ensemble de l'établissement (voir Comprehensive Tobacco Control Working Group, 2010; Tobacco Education and Research Oversight Committee, 2012). On note tout de même une distinction entre l'approche recommandée pour les jeunes enfants et les interventions visant les adolescents. Par exemple, le ministère de la Santé de l'état de Victoria en Australie affirme que l'implication des parents dans l'éducation de leurs enfants vis-à-vis des méfaits de la cigarette et ce, avant la première exposition de l'enfant à la cigarette, est crucial dans la formation des comportements qu'ils adopteront à l'adolescence (Bellhouse et collab., 2009). Seul le CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2010) spécifie une période pendant laquelle les efforts de prévention devraient être intensifiés, soit à l'entrée des jeunes au secondaire (junior high/middle school).

Parmi les publications analysées ici, seule Uthman et collaborateurs (2009) porte une attention particulière à l'âge des adolescents lors des interventions. Cette dernière publication permet de confirmer que les jeunes devraient être idéalement recrutés pour les interventions de prévention du tabagisme à l'âge de 11 ou de 12 ans, soit à la toute fin du primaire ou au début du secondaire. La grande majorité des interventions de prévention du tabagisme en milieu scolaire visent d'ailleurs déjà cette période et ainsi, les résultats de plusieurs études permettent de confirmer qu'il s'agit d'une caractéristique importante des programmes de prévention efficaces (Ausems et collab., 2004; Dent et collab., 1995; Campbell et collab., 2008 dans Uthman, 2009; Focarile et Scaffino, 1994; García et collab., 2005 dans Thomas, McLellan et Perera, 2013). Compte tenu des analyses de Uthman et collaborateurs (2009) et des données d'enquêtes sur l'initiation tabagique des élèves québécois selon le niveau scolaire (voir les tableaux 2 et 3), le moment idéal pour entamer les activités de prévention tabagique, au Québec, serait donc à la 1^{re} année du secondaire.

Pour ce qui est des étudiants plus âgés, qui ont déjà eu l'opportunité de s'initier aux produits du tabac, les initiatives devraient plutôt chercher à décourager le passage de l'expérimentation à la consommation régulière (Tobacco Education and Research Oversight Committee, 2012). Puisque la consommation du tabac conduit rapidement à une dépendance à la nicotine, il est important de démystifier les effets du tabagisme sur la santé à court et à long terme (Bellhouse et collab., 2009).

Les interventions visant les adolescents de plus de 15 ans semblent combiner à la fois des éléments de prévention et de cessation (Figá-Talamanca et Modolo, 1989; Norman et collab., 2008; Prokhorov et collab., 2008; Rohrbach et collab., 2010; Sussman et collab., 2007 dans Thomas, McLellan et Perera, 2013). Ces interventions semblent s'adresser à des groupes spécifiques comme les étudiants d'écoles complémentaires (*continuation high schools*) ou les jeunes ayant vécu certains mauvais traitements (Brown et Block, 2001; Sun et collab., 2006; Sussman et collab., 2007 dans Thomas, McLellan et Perera, 2013). Parmi les programmes visant les plus de 15 ans, les programmes tels que *Project Chrysalis* (Brown et Block, 2001) et *ProjectEX* (Sussman et collab., 2007) sont des exemples de réussite. Toutefois, il s'agit de programmes qui visent une clientèle très spécifique et il n'est pas clair qu'ils ont autant de succès à prévenir le tabagisme qu'à inciter les jeunes déjà fumeurs à cesser.

4.3.2 L'INTENSITÉ DE L'INTERVENTION

Compte tenu de la diversité des activités menées dans des programmes de prévention, leur intensité varie considérablement d'une intervention à l'autre. Pour ce qui est des programmes menés en classe, il n'est pas certain que le nombre de leçons que comporte une intervention ait un impact sur son efficacité (Müller-Riemenschneider et collab., 2008; Thomas et Perera, 2008). En effet, parmi les programmes répertoriés qui ont porté fruit, il y a tout autant des interventions de 3 leçons (Healthy Schools and Stimulants Program évalué par Ausems et collab., 2004; "Intervention developed by Stivoro and Trimbos" évalué par Crone et collab., 2003; dans Thomas et Perera, 2008) que des interventions de plus de 10 leçons (ALERT évalué par Ellickson et collab., 2003 et par Ringwalt et collab., 2009 dans Thomas, McLellan et Perera, 2013). Ce qui semble plus clair, c'est qu'en général, les programmes consistent de leçons qui durent entre 45 et 60 minutes et qu'elles sont offertes sur une base hebdomadaire sur quelques semaines (tout dépendant du nombre de leçons) plutôt qu'étalées sur l'année scolaire complète (Sherman et Primack, 2009).

4.3.3 LES SÉANCES DE RAPPEL

Les séances de rappel, c'est-à-dire des leçons supplémentaires ayant souvent lieu durant l'année scolaire suivant l'intervention principale (ou les deux années suivantes), ont comme objectif de renforcer l'apprentissage de l'élève, afin de lui permettre d'intégrer ses nouvelles connaissances à long terme.

Les écrits scientifiques, à cet égard, sont sans équivoque : les séances de rappel contribuent à contrer l'initiation tabagique des jeunes à long terme (Skara et Sussman, 2003; Thomas, McLellan et Perera, 2013; Uthman, 2009; Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Parmi les preuves à cet effet, la comparaison des résultats de méta-analyses des programmes sans et avec séances de rappel démontre que les programmes avec séances de rappel se sont avérés être plus efficaces que les autres à long terme, en particulier en ce qui a trait aux programmes qui combinent le modèle des influences sociales et le modèle des compétences sociales (Thomas, McLellan et Perera, 2013, Uthman et collab., 2009). Bien que les écrits scientifiques démontrent qu'il s'agisse d'un élément essentiel pour accroître l'efficacité d'un programme de prévention, il n'y a pas de résultats clairs sur le nombre de séances nécessaires et le contenu optimal permettant d'atteindre un maximum d'effet (Skara et Sussman, 2003).

4.3.4 MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

Tout comme l'intensité et la période d'intervention, les modalités pédagogiques qui composent l'intervention telles que l'utilisation de cours magistraux, de vidéos interactifs, de bulletins d'information, etc. sont rarement analysées par les études recensées. Toutefois, l'importance de l'interaction en classe et le potentiel des programmes informatisés sont abordés par quelques études et seront présentés dans cette section.

L'interaction en classe

L'interactivité est certainement la caractéristique qui revient le plus fréquemment au sein des écrits scientifiques, en ce qui a trait à la manière d'aborder le tabagisme. Il s'agit, d'abord et avant tout, de susciter l'échange, la participation active des jeunes à travers des activités comme des jeux de rôle, des débats ou encore, par la création de fausses publicités. Bref, une intervention « interactive » contribue à créer un cadre dans lequel les étudiants sentent qu'ils sont partie prenante des efforts de prévention (Bauld, Brandling et Templeton, 2009).

Des activités qui suscitent l'échange des étudiants entre eux telles que les débats en classe ou des mises en situation sont aussi grandement appréciées des jeunes et des professeurs. En effet, plusieurs études qualitatives portant sur les barrières et les facteurs facilitant la mise en œuvre de programmes de prévention du tabagisme soutiennent l'importance d'un contenu interactif (Dobbins et collab., 2008; Ott et Doyle, 2005 dans Bauld, Brandling et Templeton, 2009). Ainsi, un programme de prévention dynamique, où l'interactivité est un aspect important devrait plus facilement s'implanter en milieu non contrôlé (Bauld, Brandling et Templeton, 2009).

Les programmes de prévention informatisés et en ligne

Pratiquement absents avant les années 2000, l'apparition de programmes de prévention du tabagisme destinés aux écoles accessibles à travers des supports informatiques ou faisant l'utilisation des médias sociaux a été notée depuis. Les initiatives à cet effet sont encore peu nombreuses et n'ont pas toujours été incluses dans les méta-analyses et les revues systématiques examinées. Compte tenu de leur popularité et de leurs possibles avantages, l'informatisation des programmes de prévention est abordée ici.

Une revue scientifique sur les programmes d'intervention informatisés et en ligne décrit certains avantages de ce type de programme (Champion et collab., 2013). D'une part, ces programmes permettent de réduire la charge de l'enseignant puisque l'apprentissage se fait en partie ou en totalité en ligne ou grâce à des outils pédagogiques informatisés. Aussi, il s'agit selon les auteurs, d'activités de prévention qui sont abordables et dont la diffusion peut se faire à grande échelle. Cela pourrait également être avantageux puisque la diffusion de contenu informatisé ou en ligne permet de faciliter la fidélité au programme, le contenu y étant standardisé. Finalement, étant plus confidentiels et anonymes qu'un programme traditionnel, les programmes informatisés ou en ligne ont le potentiel de faciliter l'ouverture et la réceptivité des jeunes compte tenu de l'absence de stigmatisation qu'ils peuvent subir (Champion et collab., 2013).

Bien que le potentiel qu'offre l'informatisation des programmes de prévention soit souligné, l'hétérogénéité de tels programmes limite pour le moment les conclusions sur leur efficacité (la mesure d'efficacité diverge d'un programme à l'autre, ils incluent parfois un volet cessation et certains tirent plus ou moins avantage du potentiel qu'offre ce nouvel outil) (Champion et collab., 2013). Par ailleurs, les études portant sur des programmes informatisés ou en ligne ne permettent pas, individuellement, d'affirmer que ces programmes soient efficaces (Aveyard et collab., 2001; Buller et collab., 2008; Glanz et collab., 2007; Norman et collab., 2008; Prokhorov et collab., 2008).

Les raisons énoncées pour expliquer la piètre performance de ces interventions incluent un nombre trop limité de séances informatisées, un programme trop « verbeux » (Aveyard et collab., 2001), de nombreux problèmes informatiques dans les écoles, l'absence de soutien informatique qui a pu engendrer l'abandon d'un programme ou encore, le défi de conserver l'attention des jeunes sur la matière abordée (Buller et collab., 2008). Finalement, la difficulté de s'adresser à des groupes différents (selon le statut de fumeur, l'origine ethnique ou le contexte socioéconomique) à travers un même programme informatisé est soulignée (Norman et collab., 2008; Prokhorov et collab., 2008). Ainsi, si l'informatisation ou la « webarisation » du contenu permet une implantation fidèle et standardisée, elle occasionne toutefois l'inconvénient de ne pas pouvoir s'adapter facilement.

À la lumière de ces constats, sans déconseiller l'utilisation de ces outils, il est important de rester circonspect vis-à-vis de l'utilisation de ces nouveaux médiums pédagogiques. Un travail est certainement encore à réaliser afin d'adapter le contenu pédagogique de prévention du tabagisme à un format en ligne ou disponible par logiciel. Tout comme les programmes plus traditionnels qui se

sont ajustés à travers les années, ces formats, somme toute assez nouveaux, profiteraient de pouvoir être testés et évalués à l'aide de projets pilotes, afin de trouver leur propre « formule gagnante ».

En résumé, les interventions de prévention du tabagisme en milieu scolaire devraient s'adresser aux élèves au début du secondaire tandis que les programmes qui s'adressent aux élèves plus âgés, qui ont dépassé l'âge d'initiation, devraient viser à la fois la prévention et la cessation. Le nombre de leçons nécessaire pour qu'un programme en milieu scolaire soit efficace semble varier selon le type d'intervention implantée. Cependant, une leçon devrait durer entre 45 et 60 minutes et être dispensée sur une base hebdomadaire pendant quelques semaines. Finalement, un programme doit être transmis de façon interactive et a besoin d'inclure des séances de rappel pour être efficace. Il s'agit ici de caractéristiques de programme qui, pour la plupart, ne se distinguent pas de manière significative de celles recommandées dans l'avis de 2004. Plus de recherche est nécessaire pour juger le potentiel des interventions informatisées ou en ligne. Compte tenu du fait qu'il s'agit d'un médium qui attire les jeunes, diminue la charge des intervenants et permettrait potentiellement de rejoindre des jeunes à l'extérieur des écoles, les interventions informatisées ou en ligne pourraient constituer une pratique prometteuse.

4.4 Le choix des intervenants

Les acteurs interpellés pour diriger les programmes de prévention divergent considérablement selon le type d'intervention ou les objectifs particuliers visés par ces derniers. Si l'on associe traditionnellement la réalisation d'un programme aux enseignants à travers un curriculum prédéfini, il peut tout autant être question de présentations régulières offertes par des intervenants externes comme des policiers, des artistes, du personnel spécialisé comme des travailleurs sociaux, ou encore, des activités animées par les jeunes eux-mêmes.

Les écrits scientifiques abordent le sujet des intervenants sous divers angles. Certaines études comparent un ensemble d'interventions réalisées par les adultes (généralement les enseignants ou le personnel du projet évalué) à celles dispensées par les pairs. D'autres études évaluent l'efficacité d'un programme déterminé en fonction du type d'intervenant qui le dispense (généralement par un enseignant, un jeune ou encore par un professionnel de la santé) ou de la formation reçue par cet intervenant. Les sections suivantes présenteront les résultats de la recension des écrits scientifiques selon ces différents aspects.

4.4.1 LES INTERVENTIONS DISPENSÉES PAR LES ADULTES EN COMPARAISON À CELLES DISPENSÉES PAR LES PAIRS

Il existe une panoplie d'études portant sur l'efficacité des programmes de prévention en milieu scolaire dispensés par différents intervenants. Certaines études font état d'interventions menées par des pairs qui préviennent efficacement le tabagisme chez les jeunes (Uthman et collab., 2009; Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Cependant, la plus récente revue Cochrane, pour sa part, se positionne plutôt en faveur des interventions dispensées par des adultes (Thomas, McLellan et Perera, 2013). En comparant l'ensemble des études sur les interventions dispensées par les jeunes en milieu scolaire à l'ensemble de celles dispensées par les adultes, leurs analyses démontrent que les interventions sont plus efficaces à réduire le taux d'initiation tabagique à long terme lorsqu'elles sont animées par des adultes plutôt que par les pairs (Thomas, McLellan et Perera, 2013).

4.4.2 LES INTERVENTIONS IMPLIQUANT LES JEUNES

Des exemples d'interventions impliquant les jeunes comme intervenants

Cette section du rapport offre des exemples d'interventions impliquant les jeunes comme intervenants et dont l'efficacité a été démontrée. C'est le cas du programme *Life Skills Training* (Botvin et collab., 1990). S'adressant aux 12-13 ans, ce programme sur l'abus de drogues de 20 séances a été plus efficace lorsqu'il était mené par des pairs plus âgés et qu'il incluait des séances de rappel l'année suivante, que lorsqu'il était dispensé par un enseignant (avec ou sans les séances de rappel) (Botvin, Baker, Filazzola, & Botvin, 1990 dans Uthman et collab., 2009).

Quant aux programmes qui requièrent l'implication de jeunes leaders aux activités, sans pour autant qu'ils en soient les porteurs principaux, la méta-analyse d'Uthman et collaborateurs (2009) relate l'efficacité du *Tape Programme* lorsqu'il incluait la participation de jeunes leaders faisant la promotion du non-usage du tabac. Cette intervention, adressée aux jeunes de 12-13 ans, consistait en un enseignement vidéo accompagné de divers outils (stratégies de résistance à la pression des pairs et des médias, exercices de groupe, etc.) (Telch et collab., 1990). De fait, l'implication de jeunes leaders au programme permettait de réduire davantage le tabagisme chez les élèves fumeurs (réguliers et occasionnels) que ne le permettait le programme sans l'implication de ceux-ci (Uthman et collab., 2009).

Finalement, une étude d'Armstrong et collaborateurs (1990) sur une adaptation du *Minnesota Smoking Prevention Program* analyse l'efficacité de ce dernier lorsqu'il est dispensé par des pairs et lorsqu'il est mené par des enseignants. Visant les jeunes de 12-13 ans, ce programme comprenait 5 séances sur les conséquences négatives du tabagisme, sur la défense des intérêts des non-fumeurs et sur les techniques pour contrer la pression des pairs. Après 2 ans, les auteurs ont évalué que le programme mené par les pairs et les enseignants réduisait de manière comparable le tabagisme chez les filles, alors qu'il était efficace chez les garçons uniquement lorsqu'il était mené par les enseignants (Armstrong et collab., 1990 dans Uthman, 2009). En évaluant l'impact de cette même intervention 7 ans après qu'elle ait été réalisée, l'étude de Shean et collaborateurs (1994) observe pour sa part que l'intervention dispensée par les pairs (mais non celle dispensée par les enseignants) continuait de réduire de manière significative le tabagisme des filles comparativement au groupe témoin. L'effet de l'intervention dispensée par les enseignants sur les garçons après 2 ans, observé par Armstrong et collaborateurs (1990), s'était toutefois dissipé 7 ans après qu'elle ait eu lieu (Shean et collab., 1994 dans Uthman et collab., 2009).

Les études présentées ici démontrent que dans certains contextes, la participation des jeunes comme intervenants principaux ou secondaires peut s'avérer efficace. Toutefois, il n'est pas possible de conclure que les interventions menées par les jeunes, dans l'ensemble, sont plus efficaces que celles dispensées par les adultes. Comme il en est question dans la section suivante, les conditions dans lesquelles les jeunes sont impliqués doivent être observées attentivement.

Établir des conditions favorables pour les interventions impliquant les jeunes

L'implication des jeunes dans la réalisation d'activités de prévention du tabagisme n'est pas garantie, en soi, du succès d'une intervention. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer l'impact que peuvent avoir les jeunes comme intervenants sur le tabagisme de leurs pairs. Dans une recension des écrits scientifiques qualitatifs sur les interventions en milieu scolaire, Bauld et collaborateurs (2009) identifient cinq points essentiels aux interventions sur les normes sociales impliquant les pairs pour en favoriser le succès :

1. La nomination par leurs pairs des élèves qui mèneront le programme, ce qui assure que les leaders du programme soient représentatifs des élèves et acceptés de ceux-ci;
2. La formation des jeunes leaders en dehors de l'école par des professionnels externes, ce qui augmenterait l'intérêt des élèves et leur engagement envers l'intervention;
3. Une certaine marge de manœuvre accordée aux jeunes qui s'engagent dans le programme sur le moment et la manière d'intervenir;
4. La combinaison des interventions menées par les pairs avec d'autres activités d'éducation, ce qui renforcerait la participation à certaines autres activités (ex. visionnement de vidéos montrant les effets du tabagisme);
5. Le maintien d'une bonne communication entre le personnel associé au programme, ainsi que le personnel de l'école.

Plusieurs institutions font aussi des recommandations à l'égard de l'engagement des jeunes aux activités de prévention du tabagisme. Celles-ci stipulent, de fait, que des activités et projets devraient être proposés afin que les jeunes puissent eux-mêmes véhiculer des messages de prévention (Comprehensive Tobacco Control Working Group, 2010; Tobacco Education and Research Oversight Committee, 2012). Pour se faire, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) suggère entre autres que des activités entreprises par les jeunes soient encouragées par le personnel scolaire et qu'elles soient axées sur les stratégies pour résister à la tentation de consommer du tabac. Finalement, il est souligné ici aussi que les jeunes animateurs devraient être formés par des adultes compétents en la matière avant qu'ils ne transmettent leurs connaissances à leurs pairs (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010).

4.4.3 LES INTERVENTIONS MENÉES PAR LES ENSEIGNANTS

Des exemples d'interventions dispensées par les enseignants

Comme les programmes menés par les enseignants sont plus nombreux que ceux menés par les pairs, il est plus facile de dégager des interventions dont la réussite est constatée. Les analyses comparatives sur une intervention menée par un enseignant ou par un autre intervenant sont néanmoins très rares et ne permettent pas d'émettre de conclusions sur la pertinence de faire appel aux enseignants. Ceci étant dit, parmi les différentes interventions dispensées par les enseignants, trois sont entre autres retenues par diverses recensions des écrits.

D'une part, le programme ALERT (évalué par Ellickson et collab., 2003; García et collab., 2005; Ringwalt et collab., 2009; dans Thomas, McLellan et Perera, 2013) pourrait contrer efficacement l'initiation au tabagisme. Ce programme comprend habituellement une dizaine de séances et inclut des leçons de rappel. Visant généralement les jeunes du début du secondaire, le contenu de ce programme comprend un volet sur le développement d'habiletés pour faire face à la pression sociale et médiatique associée à la consommation de drogues, de tabac et d'alcool, l'influence à laquelle les jeunes peuvent faire face, les bénéfices à tirer d'adopter de saines habitudes de vie et la

démystification de cette dépendance. La conception originale du programme ALERT datant du milieu des années 80, de nombreuses versions ont été adoptées et évaluées par la suite. Si certains essais comme celui étudié par St Pierre et collaborateurs (2005) ont été moins concluants, ce programme a toutefois été démontré efficace dans plusieurs essais où l'intervention était dispensée principalement par un enseignant.

Le programme développé par l'Institut Stivoro et Trimbos et évalué par Crone et collaborateurs (2003) (Uthman et collab., 2009) réduit également le tabagisme des jeunes. Ce dernier, ciblant les jeunes de 12-13 ans et dispensé par les enseignants, incluait entre autres 3 leçons sur l'influence sociale, des leçons supplémentaires sur vidéo, ou encore, un concours de publicité. Celui-ci réduirait davantage la prévalence du tabagisme dans les classes ayant suivi l'intervention comparativement aux classes ayant seulement suivi un programme général d'éducation sur les drogues. Finalement, le Healthy Schools and Stimulants Programme, évalué par Ausems et collaborateurs (2004) (Uthman et collab., 2009) est une autre intervention dispensée par les enseignants qui semble contrer efficacement l'initiation tabagique des adolescents. De fait, les jeunes des groupes ayant participé à cette intervention, soit 3 leçons sur les réactions du corps et du cerveau à la consommation de la cigarette, sur la pression sociale et sur le développement de compétences à résister, se sont significativement moins initiés au tabagisme que les jeunes des groupes témoins, un an après la mise en œuvre de l'intervention.

Compte tenu de la grande variété de ces interventions, il est toutefois difficile de juger si leur succès est dû au fait qu'elles soient menées par des enseignants ou à d'autres aspects des programmes comme l'âge ciblé, l'intensité du programme livré, la manière qu'il a été implanté ou l'approche théorique. Le lecteur doit tout de même retenir qu'il existe plusieurs exemples d'interventions menées par les enseignants qui ont été efficaces et que ces dernières sont très variées.

Établir des conditions favorables pour les interventions menées par des enseignants

Si les conditions dans lesquelles les jeunes interviennent ont un impact sur leur propension à prévenir le tabagisme de leurs semblables, celles dans lesquelles les enseignants interviennent sont toutes aussi déterminantes. En effet, le statut tabagique d'un enseignant, les méthodes pédagogiques qu'il utilise et son attitude vis-à-vis du programme de prévention qui est implanté peuvent faciliter ou limiter la réalisation de l'intervention (Bauld, Brandling et Templeton, 2009). La formation des enseignants est aussi un facteur important au succès d'un programme. Celle-ci devrait inclure la révision du curriculum, la description d'activités d'apprentissage et des occasions pour que les enseignants mettent en pratique les notions apprises (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). De plus, il est recommandé que les enseignants évitent de fumer à la vue des élèves dans toute circonstance, qu'ils saisissent ce que vise concrètement la prévention du tabagisme à l'école et connaissent les stratégies pour atteindre ce but. Les enseignants devraient avoir accès à de l'aide à la cessation, des ressources devraient être mises à leur disposition pour les soutenir dans la réalisation de l'intervention et finalement, le curriculum et les techniques pédagogiques dont ils disposent devraient être basés sur des approches de prévention et de promotion de la santé qui sont à jour (Bellhouse et collab., 2009).

4.4.4 LES INTERVENTIONS DISPENSÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Comme il l'a été mentionné à l'introduction de la section 4.4, de nombreux professionnels peuvent être amenés à faire de la prévention du tabagisme dans les écoles. Cependant, les écrits scientifiques recensés ne permettent ni de concevoir les collaborateurs externes comme une catégorie homogène d'intervenants, ni de tirer des conclusions sur chacun des collaborateurs dont les études font état. Par exemple, une revue sur l'apport des collaborateurs externes aux

programmes scolaires sur la consommation de diverses substances incluant le tabac établit 16 catégories de professionnels, dont les policiers et les gens de théâtre (Buckley et White, 2007). Compte tenu du manque de données probantes et de l'étendue des programmes couverts, les auteurs de cette revue ne peuvent conclure que certains types de professionnels contribuent plus efficacement à éduquer les jeunes sur les drogues que d'autres.

Ceci étant dit, les professionnels de santé possédant une expertise particulièrement pertinente en ce qui a trait au tabagisme, leur contribution aux programmes de prévention en milieu scolaire est soulignée dans plusieurs études. De fait, le rapport du Surgeon General de 2012 rapporte que les professionnels de la santé sont potentiellement bien positionnés pour prévenir le tabagisme puisqu'il s'agit d'une source crédible et appréciée des jeunes à ce sujet (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

La version du programme *Towards No Drug Abuse*, évaluée par Sussman et collaborateurs en 2003 et dans laquelle les professionnels de la santé jouent un rôle majeur, a été démontrée efficace. De fait, l'essai en question avait comme objectif d'évaluer si un programme scolaire autodidactique, souvent utilisé pour les étudiants âgés de 14 à 19 ans en situation difficile (à risque de décrocher ou ayant des problèmes de dépendance), serait plus efficace qu'un programme requérant la présence d'un professionnel de la santé. Or, après deux ans, le programme animé par le professionnel de santé a considérablement réduit la prévalence du tabagisme des jeunes participants alors que le programme autodidactique n'a pas été démontré efficace (Sussman et collab., 2003).

Les programmes abordant divers aspects du tabagisme et faisant appel à ces professionnels spécifiquement pour les questions de santé peuvent aussi produire des résultats positifs. De fait, dans une intervention de prévention mise en place en 1992 à Düsseldorf qui incluait des jeux de rôle, un concours de publicité contre le tabagisme et des informations concernant la pression médiatique, les médecins étaient sollicités pour aborder des sujets plus pointus tels que les mécanismes de protection des voies respiratoires (Hort, Hort et Willers, 1995 dans Thomas et Perera, 2008). Les auteurs de cette étude ont trouvé que cette intervention réduisait de manière significative le tabagisme chez les jeunes comparativement à l'intervention témoin, une présentation unique d'un médecin sur un sujet de santé choisi par les élèves (Hort, Hort et Willers, 1995 dans Thomas et Perera, 2008).

Finalement, il est important de noter qu'un certain nombre de programmes menés par les professionnels de la santé n'ont pas obtenu les résultats escomptés (Chou et collab., 2006; Ellickson & Bell, 1990; Figá-Talamanca & Modolo, 1989 dans Thomas et collab., 2013). Néanmoins, une certaine contribution des professionnels de la santé aux programmes de prévention pourrait accroître l'efficacité d'un programme (Hort, Hort et Willers, 1995), spécialement dans un contexte où la formation des principaux intervenants (les enseignants) est limitée.

4.5 En résumé

La question du choix des modèles théoriques est l'un des éléments majeurs des recensions des écrits scientifiques qui portent sur les interventions de prévention en milieu scolaire. Alors que l'avis sur la prévention du tabagisme chez les jeunes de 2004 démontre la possible efficacité des interventions basées sur le modèle des influences sociales (Lalonde et Heneman, 2004), la majorité des synthèses recensées ici concluent que les résultats des études sur l'efficacité des différents modèles théoriques sont disparates. Il existe toutefois certaines données probantes favorisant les interventions basées sur la combinaison des modèles des influences sociales et des compétences

sociales pour réduire le tabagisme des adolescents. Celles-ci se limitent toutefois aux conclusions de l'étude de Thomas, McLellan et Perera (2013), une revue Cochrane récente.

Les écrits scientifiques recensés n'évaluent que rarement les caractéristiques de curriculums telles que l'âge ciblé, l'intensité du programme ou les activités particulières qu'il comporte. Les conclusions de certaines études indiquent néanmoins que pour parvenir à être efficaces, les interventions de prévention du tabagisme en milieu scolaire doivent comporter un curriculum interactif abordé sur une base régulière pendant quelques semaines, qu'elles doivent inclure des séances de rappel et viser les adolescents au début du secondaire. Bien qu'il existe des exemples d'interventions dispensées par les pairs démontrées efficaces, les résultats des analyses de Thomas, McLellan et Perera (2013) indiquent que dans l'ensemble, les interventions tendent à réduire le tabagisme des jeunes plus efficacement lorsqu'elles sont dispensées par les adultes. Il est donc recommandé que la responsabilité d'un programme soit assurée par un enseignant (ou un intervenant de santé), mais que ce dernier permette aux jeunes de prendre la parole et de s'impliquer activement dans les activités prévues. Les programmes visant les élèves plus âgés devraient intégrer des notions de prévention et de cessation.

Alors que les concours Classes Non-fumeurs faisaient déjà l'objet de réserves dans l'avis sur la prévention du tabagisme chez les jeunes de 2004 (Lalonde et Heneman, 2004), ils sont jugés inefficaces pour prévenir le tabagisme chez les jeunes et semblent avoir certains contre-effets, en plus d'engendrer le développement chez les jeunes non-fumeurs d'une attitude de marginalisation de leurs pairs fumeurs.

5 Les politiques scolaires de lutte contre le tabagisme

Comme il l'est mentionné au troisième chapitre, une modification de la Loi québécoise sur le tabac stipule qu'il est interdit depuis 2006 de fumer non seulement dans les établissements scolaires, mais aussi sur leur terrain. Prévoyant des amendes en cas de manquement à cette loi, cette modification de la Loi est aussi plus explicite en ce qui a trait à la promotion indirecte de produits du tabac et l'interdiction de fournir du tabac à des mineurs dans les établissements scolaires (Gouvernement du Québec, 2011; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). Ces éléments de la Loi ont été introduits dans l'optique de prévenir le tabagisme chez les jeunes et de limiter la promotion des produits du tabac ciblant ce public (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). Ces changements répondent par la même occasion à une recommandation de l'avis de 2004, qui soutenait un amendement à la Loi sur le tabac incluant l'interdiction complète de fumer sur les terrains de l'école (Lalonde et Heneman, 2004, p. 110).

5.1 La raison d'être des politiques scolaires antitabac

Sachant que l'école est tenue de respecter cette loi², l'adoption d'une politique antitabac par l'école est souhaitable puisqu'elle permet de prévoir des mesures concrètes pour se conformer à celle-ci. En ce sens, l'application d'une politique interdisant l'usage du tabac à l'intérieur et à l'extérieur de l'école est identifiée comme étant un élément important des mesures de prévention en milieu scolaire (Lalonde et Heneman, 2004).

Les objectifs d'une politique antitabac dans les écoles sont multiples. Elle a pour but de prévenir l'initiation des élèves au tabagisme, de protéger la santé des non-fumeurs en offrant un environnement complètement sans fumée et de véhiculer un message clair concernant la consommation de produits de tabac en contexte scolaire. Une politique antitabac, connue de toutes les personnes fréquentant l'établissement scolaire, permet également d'assurer la cohérence entre l'interdiction de fumer, les efforts de prévention et le soutien à la cessation.

Selon les directives du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire, les écoles devraient développer une politique sans fumée en consultation avec les élèves et le personnel, qui vise l'entièreté de l'école (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010). Celle-ci devrait entre autres :

- inclure des activités de prévention, de formation et de perfectionnement du personnel;
- être intégrée à une stratégie plus large d'éducation sur la santé (incluant d'autres aspects comme le bien-être, la sexualité, les drogues, etc.);
- appliquer la politique à tout individu se trouvant dans l'établissement ou sur ses terrains à tout moment, c'est-à-dire qu'il ne devrait pas y avoir d'espaces désignés pour fumer;
- diffuser largement la politique et assurer qu'elle soit facilement accessible à toute personne utilisant les installations de l'école, afin qu'elle en connaisse le contenu;

² Selon la loi, son application est à la charge du ministre de la Santé et des Services sociaux, qui nomme des inspecteurs pour assumer cette responsabilité. Ceux-ci veillent donc à son respect et ont le pouvoir de donner des amendes en cas de manquement.

- en plus de faire la promotion de la prévention du tabagisme, la politique devrait aussi encourager la cessation en rendant accessible aux élèves qui ont dépassé l'âge de l'initiation comme au personnel de l'école, de l'information sur les services de soutien à la cessation tabagique (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010).

5.2 L'efficacité des politiques antitabac à l'école et l'importance de l'implantation

Le rapport du Surgeon General 2012 sur la prévention du tabagisme chez les jeunes stipule que l'adoption d'une politique antitabac est un volet important d'un programme de prévention du tabagisme à composantes multiples. Pour être efficace, il est essentiel qu'elle soit appliquée, ce qui requiert un engagement important des écoles dans les efforts de prévention (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

Illustrant les difficultés que les écoles peuvent rencontrer en implantant une telle politique, une étude compare la politique écrite à la politique telle qu'implantée par les administrateurs de 81 écoles canadiennes et perçue par les élèves (Lovato et collab., 2007). De fait, cette étude analyse divers aspects des politiques scolaires écrites, par exemple, ce qui est indiqué à propos de sa diffusion, le soutien à la cessation, les objectifs de la politique ou encore les activités de surveillance prévues. En soumettant un questionnaire aux administrateurs d'école et un autre aux élèves sur ces mêmes aspects des politiques, les auteurs de cette étude constatent un important décalage entre la politique écrite, comment les administrateurs disent l'appliquer et la perception qu'ont les élèves de cette politique. De fait, si les administrateurs sous-estiment les objectifs et les buts de la politique, telle qu'elle est écrite, ils disent appliquer concrètement cette politique avec plus d'ardeur que ce qui est réellement indiqué dans la politique écrite. Pourtant, cela ne se reflète généralement pas sur la perception qu'ont les élèves de la clarté et de la sévérité de la politique (Lovato et collab., 2007).

Une étude québécoise publiée en 2014, sur la fréquence à laquelle les élèves voient des membres du personnel de l'école fumer près de celle-ci, offre un constat tout aussi préoccupant (Tremblay et collab., 2014). En comparant la perception des élèves avant et après l'entrée en vigueur de la législation, cette étude révèle que l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles a d'abord été efficace l'année suivant sa mise en place (2006-2007), mais que compte tenu de la hausse de la fréquence à laquelle les élèves voyaient le personnel fumer en proximité de l'école les années suivantes, son effet semble s'être dissipé avec le temps (Tremblay et collab., 2014, p. 5). Les auteurs mentionnent, parmi les raisons qui pourraient expliquer ce constat, une surveillance qui n'est pas assez soutenue ou encore, des sanctions aux membres du personnel qui ne sont pas assez dissuasives. Ceux-ci soulèvent aussi que cet aspect de la loi, soit l'interdiction de fumer sur les terrains des établissements scolaires, n'est peut-être pas bien connu du personnel.

D'autre part, l'application de la politique antitabac vis-à-vis des jeunes est toute aussi importante, quoique certains effets pervers aient été notés. De fait, les jeunes qui sont informés des conséquences de ne pas respecter la politique antitabac de l'école sont moins enclins à fumer sur le terrain de leur école (Lovato et collab., 2007), mais de sévères punitions, comme la suspension d'un étudiant de l'école, semblent créer un contexte dans lequel cet adolescent pourrait maintenir et même augmenter sa consommation de tabac (Kumar, O'Malley et Johnston (2005). Les sanctions axées sur l'éducation dans un cadre scolaire pourraient être plus efficaces que les mesures punitives interpellant les parents ou encore, imposant la cessation tabagique (Galanti et collab., 2013).

Comme le souligne le rapport du Surgeon General sur la prévention du tabagisme chez les jeunes, les écrits scientifiques portant sur l'efficacité de la politique scolaire sont relativement peu nombreux (Centers for Disease Control and Prevention, 2012, p. 788). Certaines études observent toutefois l'impact de celle-ci sur le tabagisme des jeunes. Une étude qui analyse les données impliquant environ 35 000 jeunes Américains en 1999 et 2000 observe une relation inversement proportionnelle entre, d'une part, la sévérité d'une politique concernant la consommation de tabac du personnel sur les terrains de l'école et d'autre part, l'usage de tabac chez les jeunes et leur attitude vis-à-vis de cette dépendance. En d'autres termes, les étudiants provenant d'écoles indulgentes vis-à-vis des adultes qui y fument sont moins enclins à désapprouver la consommation de tabac et seraient plus portés à fumer (Kumar, O'Malley et Johnston, 2005). Une autre étude, basée sur les données d'une enquête de 3364 élèves provenant de 40 écoles secondaires en Allemagne, a évalué que pour les adolescents plus jeunes (10-15 ans), l'absence d'une interdiction de fumer était associée à une prévalence plus élevée. Pour les jeunes plus âgés (16-21 ans), il y avait une relation significative entre la présence d'enseignants fumeurs sur les terrains de l'école et le tabagisme des jeunes témoins de ce comportement (Piontek et collab., 2008), ce qui fait écho aux préoccupations de l'étude de Tremblay et collaborateurs (2014).

5.3 En résumé

La mise en place d'une politique antitabac qui vise l'entièreté de l'école est incontournable pour y prévenir le tabagisme. Elle doit s'appliquer à l'ensemble d'un établissement scolaire incluant ses terrains et doit être respectée autant par les membres du personnel que par les élèves. La présence d'espaces désignés pour les fumeurs et le laxisme dans l'application d'une politique peuvent contrecarrer la prévention du tabagisme en milieu scolaire (Bauld, Brandling et Templeton, 2009). Pour qu'elle soit efficace, l'implantation d'une telle politique demande ainsi un engagement important des écoles, de leur personnel ainsi que des élèves qui y étudient. Ces constats concordent d'ailleurs avec l'avis de 2004 (Lalonde et Heneman, 2004), où il est également observé qu'une politique scolaire interdisant l'usage du tabac à l'intérieur et à l'extérieur de l'école fait partie intégrante des mesures efficaces de prévention du tabagisme en milieu scolaire.

6 Vers une approche globale de prévention du tabagisme

Pour surmonter les limites des approches axées sur l'individu, qui sont basées sur des théories du changement de comportement, la santé publique se tourne de plus en plus vers des approches socioécologiques. Ces approches, en santé publique, prennent en compte les individus, leur milieu social et environnemental (Stokols, 1992). Elles portent attention aux facteurs propres aux individus (comme les réactions physiologiques à la nicotine et les facteurs psychologiques), aux facteurs interpersonnels, ainsi qu'aux facteurs organisationnels et communautaires qui ont un impact sur l'accès et la demande des produits du tabac (Corbett, 2001). Les approches socioécologiques se distinguent donc des approches centrées sur l'individu en incluant les facteurs environnementaux, comme, par exemple, la présence de politiques publiques, pour lesquels un impact sur le comportement tabagique d'un individu est attendu. L'idée que les interventions sont plus efficaces lorsqu'elles agissent à plusieurs niveaux constitue un des concepts clés des approches socioécologiques (Sallis et Owen, 2002).

Il est constaté, dans l'avis de 2004, que « des programmes écologiques de contrôle du tabagisme touchant des cibles multiples et associés à d'importants efforts de coordination réduisent l'usage du tabac chez les jeunes » (Lalonde et Heneman, 2004, p. 106). Les programmes socioécologiques (ou écologiques) sont notamment, dans ce contexte, décrits comme des programmes de contrôle du tabagisme qui combinent des interventions législatives, fiscales, éducatives, médiatiques et communautaires. Ils combinent des interventions qui visent à contrer directement l'usage du tabac chez les jeunes à celles qui en visent indirectement la prévention, à travers la réduction de l'usage chez les adultes. Une recommandation des auteurs sur les programmes et curriculums scolaires est ainsi de « développer un programme scolaire écologique comprenant un volet éducatif démontré efficace » (Lalonde et Heneman, 2004; p. 111).

À ce jour, les programmes de prévention qui utilisent une approche socioécologique sont rares et leur implantation reste un défi. Le souci de mettre en place des programmes plus globaux est toutefois une tendance notée en prévention du tabagisme, entre autres à travers les programmes multimodaux, les programmes ciblant également les familles et les programmes visant plusieurs facteurs de risque.

6.1 Les programmes multimodaux

Des programmes de prévention du tabagisme analysés à travers cette présente recension des écrits, ceux qui incarnent le mieux cette tendance, à adopter une approche plus globale, sont les programmes multimodaux. Il s'agit de programmes à divers volets complémentaires, qui combinent des interventions scolaires à des interventions auprès des parents ou des interventions communautaires. Étant très variés, ces programmes peuvent aussi inclure des initiatives dont l'objectif est d'adopter une politique antitabac à l'école ou encore, à changer des politiques provinciales sur la taxation, la vente, et l'accessibilité des produits du tabac (Thomas et Perera, 2008). Les écrits scientifiques qui rendent compte de l'efficacité des programmes multimodaux utilisent toutefois des méthodologies différentes, ce qui pourrait expliquer certaines divergences entre les résultats et les conclusions des études. L'hétérogénéité des programmes multimodaux, puisqu'ils ne combinent pas tous les mêmes interventions, les rend également difficiles à comparer entre eux.

Une méta-analyse visant des interventions scolaires, communautaires et multimodales (ayant lieu à la fois à l'école et à l'extérieur du cadre scolaire) indique que les interventions multimodales réduisent efficacement le tabagisme à long terme (Müller-Riemenschneider et collab., 2008). De fait, des six études de qualité analysées par les auteurs, quatre d'entre elles rapportent que ces programmes ont un effet significatif à long terme et les deux autres rapportent des effets positifs pour certains groupes. La réduction du tabagisme y était aussi, selon les auteurs, plus importante que pour les interventions ayant uniquement lieu à l'école.

Il est toutefois important de souligner que les experts ne concluent pas pour autant que l'intervention multimodale est préférable à l'intervention en milieu scolaire, puisque les quelques études retenues qui font ce type de comparaison ne parviennent pas à démontrer de différence significative (Müller-Riemenschneider et collab., 2008; Uthman et collab., 2009). La plus récente revue Cochrane, qui catégorise les programmes multimodaux comme une orientation théorique comme celle, par exemple, des influences sociales, ne peut démontrer que les programmes issus de cette approche sont efficaces (Thomas, McLellan et Perera, 2013). Finalement, si la revue Cochrane de 2008 conclut que quelques programmes multimodaux analysés ont des résultats positifs, il s'agit surtout des programmes combinant une intervention en milieu scolaire à un volet familial (Thomas et Perera, 2008).

En résumé, étant donné l'hétérogénéité des programmes multimodaux, la difficulté de définir ces programmes (comme étant une approche théorique ou plutôt comme l'ajout d'un volet à une intervention déjà en place) et les importantes différences méthodologiques entre les études mentionnées dans cette section, les écrits scientifiques ne permettent pas actuellement d'émettre de conclusions quant à l'efficacité des programmes multimodaux.

6.2 L'intervention auprès des familles

Le milieu familial peut être déterminant dans l'initiation tabagique d'un jeune (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). D'une part, les jeunes ayant un parent ou un membre de leur famille fumeur seront plus portés à l'être aussi (Mak, Ho et Day, 2012). D'autre part, le soutien familial et un milieu de vie propice à l'épanouissement de l'adolescent sont également des éléments pouvant prévenir le tabagisme chez les jeunes (Tyas et Pederson, 1998).

En plus du milieu scolaire, le milieu familial est donc un espace où il convient de concentrer des efforts de prévention afin de réduire l'initiation, mais aussi, indirectement, pour assurer une certaine cohérence entre le message véhiculé à l'école et à la maison à propos du tabagisme (Saraf et collab., 2012). De nombreux programmes visant les parents ou sollicitant leur participation aux efforts de prévention sont administrés par des établissements scolaires. Plusieurs écrits scientifiques soulignent néanmoins que la ligne est souvent floue entre l'intervention scolaire qui demande la participation des parents et l'intervention qui a lieu à la maison, mais dont les outils de formation sont fournis par l'école.

Basés sur les théories cognitivo-comportementales et l'apprentissage social, les programmes de prévention en milieu familial diffèrent des programmes en milieu scolaire en ce qu'ils cherchent à outiller les parents afin de les soutenir dans leur rôle parental. Ces programmes favorisent donc, en soi, une relation parent-enfant harmonieuse, mais abordent également de manière plus explicite l'éducation en ce qui a trait à la consommation de tabac (Patterson, 1986; Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

Tout en reconnaissant qu'il est difficile de distinguer l'impact propre à l'intervention auprès des familles lorsque combinée à une autre intervention, certaines revues concluent que des interventions auprès des familles pourraient contribuer à la réussite d'un programme de prévention du tabagisme et d'autres substances en milieu scolaire (Saraf et collab., 2012; Müller-Riemenschneider et collab., 2008; Petrie, Bunn et Byrne, 2007).

Les conclusions des revues de plus grande envergure portant uniquement sur la prévention du tabagisme (Thomas, Baker et Lorenzetti 2009; Uthman et collab., 2009) sont plus circonspectes. De fait, Uthman et collaborateurs (2009), en comparant les interventions en milieux familial et scolaire à une intervention habituelle d'éducation, démontrent un effet positif significatif sur l'initiation tabagique pour seulement une minorité des 13 études recensées. D'autre part, les diverses analyses effectuées par Thomas, Baker et Lorenzetti (2009) leur permettent de conclure qu'il existe certaines preuves indiquant qu'une intervention en milieu familial réduit davantage le tabagisme chez les jeunes que l'absence d'intervention. Toutefois, les interventions de prévention ayant lieu à la fois à la maison et à l'école ne réduiraient pas davantage le tabagisme des jeunes que si elles ont seulement lieu à l'école.

Parmi les interventions ciblant les familles qui ont réduit efficacement le tabagisme des jeunes comparativement à l'absence de programme (ou à une intervention minimale), deux sont mentionnées par divers auteurs, soit *Strengthening Families Program* (Spoth, Redmond et Shin, 2001) et *BeSmokeFree* (Jøsendal, Aarø et Bergh, 1998). Alors que le premier prévoit entre autres 7 rencontres de parents portant sur leurs compétences à élever leur enfant, à développer des manières d'aborder l'abus de substances et à dresser des limites à cet effet, la seconde intervention (*BeSmokeFree*) comprenait l'envoi de brochures d'information aux parents, des discussions informelles entre les parents et les enseignants, ainsi qu'un contrat de non-usage du tabac signé par les parents et les enfants. Toutefois, ces deux interventions ne parviennent pas à diminuer davantage le tabagisme des jeunes lorsqu'affiliées à un programme de prévention en milieu scolaire en comparaison aux jeunes suivant uniquement le programme en milieu scolaire (Thomas, Baker et Lorenzetti, 2009).

Plusieurs auteurs de recensions des écrits abordent l'incapacité des études à démontrer un gain d'efficacité à l'inclusion d'un volet familial à un programme de prévention en milieu scolaire. De fait, plusieurs auteurs mentionnent que pour être efficaces, ces interventions doivent nécessairement impliquer la participation active des parents et non se résumer, par exemple, à l'envoi de bulletins d'information (Petrie, Bunn et Byrne, 2007; Müller-Riemenschneider et collab., 2008). Ceci est aussi reflété dans l'avis sur la prévention du tabagisme chez les jeunes de 2004, qui constate que « l'implication des parents peut optimiser les actions antitabac à l'école, mais exige des efforts importants de mobilisation » (Lalonde et Heneman, 2004; p. 101).

Or, les études portant sur les préférences des parents en matière de programme de prévention, pour la plupart de nature qualitative, s'accordent généralement à dire que les parents préfèrent les exercices à la maison, un matériel simple et complet qui peut être abordé en peu de temps (Beatty et Cross, 2006; Pettersson, Lindén-Boström et Eriksson, 2009). De plus, le manque de temps et la perception des parents que le programme n'est pas important sont également des barrières considérables au succès de l'intervention (Pettersson, Lindén-Boström et Eriksson, 2009).

À la lumière des plus récents écrits scientifiques, peu d'études démontrent que la prévention du tabagisme en milieu familial, comme volet d'un programme scolaire, soit efficace. Il est possible qu'elle ait plus d'impact sur les enfants plus jeunes, puisque plusieurs exemples de programmes efficaces visaient des enfants âgés de 6 à 10 ans, soit des enfants plus jeunes que le public ciblé par

cette présente synthèse des connaissances. Comme il l'a été souligné, il requiert aussi un grand engagement des parents pour avoir un certain succès. Finalement, il existe des exemples de programmes en milieu familial qui se sont avérés efficaces, mais les études indiquent qu'il n'y a pas nécessairement de gain d'efficacité à combiner ces deux volets.

6.3 Approches visant plusieurs facteurs de risque

La prévention du tabagisme, tout comme les initiatives portant sur la consommation des substances telles que le cannabis ou l'alcool, vise ultimement à faire la promotion de saines habitudes de vie et ainsi, de réduire le risque des jeunes de développer une maladie chronique. De plus, le tabagisme peut également être lié à d'autres comportements à risque (O'Loughlin et collab., 2009). Compte tenu de leurs déterminants communs, les approches de prévention visant plusieurs facteurs de risque abordent ainsi la prévention du tabagisme en cohérence avec ces autres facteurs, tels que l'obésité, l'inactivité physique, l'alcoolisme ou la consommation de drogue.

De fait, bon nombre de programmes retenus dans les méta-analyses et revues systématiques recensées abordent plus d'une thématique en lien avec des comportements à risque (la toxicomanie, l'alcoolisme, le tabagisme) et les saines habitudes de vie (l'épanouissement de soi, les « choix santé », etc.). Cependant, les analyses permettant de vérifier si les interventions multithématiques, dans leur ensemble, sont efficaces, sont beaucoup plus rares. La revue Cochrane de 2013 semble être la seule publication récente à avoir effectué une méta-analyse à cet effet. Les résultats démontrent qu'à long terme, les programmes portant seulement sur le tabagisme sont efficaces, alors que les interventions portant sur plus d'un sujet sont efficaces, mais uniquement lorsqu'elles sont basées sur le modèle des compétences sociales (Thomas, McLellan et Perera, 2013).

Bien que Uthman et collaborateurs (2009) ne procèdent pas à de telles analyses, les auteurs notent que les programmes multithématiques qui ciblent les jeunes plus âgés semblent efficaces (Uthman et collab., 2009). C'est entre autres le cas du programme *Towards No Drug Abuse*, mentionné à la section 4.4.4., ou encore le programme Project SPORT, qui permet aux jeunes de 12 et de 13 ans d'avoir un suivi personnalisé pour maintenir un mode de vie sain (intégrant les thèmes de l'activité physique, la consommation d'alcool, etc.) (Werch et collab., 2005). Notons que dans les deux cas, le soutien d'un adulte compétent est essentiel au succès du programme.

Au Québec, dans la perspective d'une approche écologique, les travaux menés à l'INSPQ pour soutenir le déploiement de l'approche École en santé recommandent l'adoption d'une approche globale, concertée et intégrée pour la promotion de la santé, du bien-être et de la réussite des jeunes dans un contexte scolaire (Deschesnes et Institut national de santé publique du Québec, 2012). Axée sur le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes, cette approche vise des déterminants communs à plusieurs problématiques (dont le tabagisme) et mise sur l'engagement de l'adolescent (Arcand, Anne, Lisée, Roberge et Tessier, 2013). Par ailleurs, l'approche École en santé recommande que la problématique du tabagisme et les activités de prévention qui y sont associées soient aussi spécifiquement abordées. Par exemple, elle recommande que soit abordé au secondaire les idées reçues sur le tabagisme, ou encore, l'impact de la consommation des produits du tabac sur le corps à court et à long termes (Palluy et collab., 2012).

De nombreuses études se penchent sur le lien qui existe entre le tabagisme et la consommation d'autres substances, le bien-être ou encore, l'adoption de comportements à risque (Bradley et Greene, 2013; O'Loughlin et collab., 2009; Fletcher, Bonell et Hargreaves, 2008), ce qui motive la mise en place de programmes multithématiques. Pourtant, l'efficacité de ces programmes, en comparaison à ceux axés uniquement sur la prévention du tabagisme, est peu étudiée et ne permet

pas d'émettre des conclusions à cet égard. Les approches globales de promotion de la santé telles qu'École en santé sont toutefois une voie prometteuse compte tenu des ressources humaines et financières limitées des écoles, ainsi que des nombreux autres sujets qui doivent être abordés au cours du cursus scolaire.

6.4 En résumé

Selon les approches socioécologiques, les interventions en classe doivent également être accompagnées d'actions qui visent l'environnement scolaire et social des jeunes. En d'autres termes, elles doivent se faire en lien avec des actions qui impliquent les parents, une politique antitabac interdisant de fumer à l'intérieur et à l'extérieur de l'école, ou encore, des campagnes médiatiques de prévention du tabagisme. De fait, par souci de cohérence et pour favoriser son efficacité à long terme, un programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire doit être implanté comme un aspect d'une stratégie de prévention plus globale, voire dans un cadre plus large de promotion de saines habitudes de vie. Alors que ce souci est déjà soulevé dans l'avis de 2004 et que l'approche École en santé a été développée au Québec, les écrits scientifiques récents sur les programmes multimodaux et multithématiques sont peu nombreux et doivent composer avec plusieurs obstacles comme l'hétérogénéité des programmes ou la difficulté de les catégoriser. Il est impossible à l'heure actuelle d'émettre des conclusions claires à l'égard de tels programmes. Il existe néanmoins des exemples de programmes qui ont eu un certain succès tels que Strengthening Families Program (Spoth, Redmond et Shin, 2001) ou encore le Project Sport (Werch et collab., 2005) et l'adoption d'une approche plus globale à la prévention du tabagisme est considérée comme étant prometteuse.

7 Conclusion

Depuis la publication de l'avis scientifique sur la prévention du tabagisme chez les jeunes (Lalonde et Heneman, 2004), la lutte contre le tabagisme a fait des gains importants en ce qui concerne la prévention. De fait, les données d'enquêtes démontrent une diminution du tabagisme chez les jeunes Québécois, passant de 26,5 % en 2000-2001 à 14,2 % en 2011-2012 pour les fumeurs (quotidiens et occasionnels) âgés de 12 à 19 ans. Ils s'initient aussi plus tardivement aux produits du tabac, l'âge moyen d'initiation en 2002 était 11,5 ans, alors qu'en 2010-2011, il est de 12,2 ans chez les élèves de la 6^e année du primaire à la 3^e année du secondaire.

Cette synthèse des connaissances scientifiques avait pour but la mise à jour de l'avis sur la prévention du tabagisme chez les jeunes en ce qui concerne les programmes de prévention en milieu scolaire. Tandis que des progrès en prévention du tabagisme ont été observés depuis, les principaux constats demeurent essentiellement les mêmes que ceux de l'avis de 2004 et peuvent être résumés comme suit :

Les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire devraient se baser sur une approche socioécologique combinant des mesures éducatives et environnementales (législatives, fiscales, médiatiques et communautaires)

La prévention du tabagisme chez les jeunes, pour être efficace, doit véhiculer un message clair, cohérent, conséquent et éviter les informations contradictoires ou qui pourraient mener à la confusion (Bellhouse et collab., 2009; Centers for Disease Control and Prevention, 2010). D'une part, la position de l'école vis-à-vis du tabagisme doit être cohérente, c'est-à-dire que les programmes en classe doivent véhiculer un message sur le tabac qui concorde avec la politique de l'école et le comportement des membres du personnel. Également, la politique sans fumée doit concerner toutes les personnes qui se trouvent dans l'école ou sur les terrains extérieurs de l'école (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Cela signifie aussi que les initiatives scolaires doivent interpellier d'autres acteurs qui gravitent autour des jeunes, soit la famille et les professionnels du milieu communautaire. Cette recommandation, émise une première fois par les Centers of Disease Control and Prevention (CDC) en 1994, est réitérée en 2008 et semble faire l'unanimité parmi les diverses organisations de lutte contre le tabagisme. Cohérente avec l'approche socioécologique, elle soutient que les initiatives en matière de prévention en milieu scolaire nécessitent la collaboration des autres instances du milieu de la santé et des organismes communautaires comme les centres jeunesse (Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

Malgré les tentatives d'élargir les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire au-delà des approches individuelles pour parvenir à des programmes à divers niveaux par les approches multimodales, il semble que la conception et la mise en œuvre des programmes écologiques restent un défi. La complexité de cette approche, la collaboration intersectorielle et les coûts impliqués dans sa mise en œuvre sont souvent évoqués pour expliquer cette situation (Richard, Lehoux, Breton, Denis, Labrie, et Léonard, 2004). En conséquence, les connaissances scientifiques ne permettent pas encore de préciser quelle combinaison d'interventions est la plus efficace. Cependant, la pertinence des approches socioécologiques, entre autres en ce qui a trait à la synergie des programmes qui interviennent et se renforcent à plusieurs niveaux, fait consensus au sein de la communauté scientifique.

Les connaissances scientifiques permettent d'identifier certains aspects des interventions fréquemment associés aux programmes de prévention du tabagisme efficaces

Le bilan des expériences réalisées au cours des 10 dernières années a démontré que peu d'études évaluent l'impact des divers aspects d'une intervention sur l'efficacité de cette dernière. Toutefois, certains aspects des interventions sont fréquemment associés aux programmes dont le succès a été démontré. Il s'agit entre autres d'un curriculum interactif, visant les jeunes à l'arrivée au secondaire et relativement intense sur quelques semaines avec des séances de rappel l'année ou les deux années suivant l'intervention principale. La responsabilité devrait être assurée par un enseignant (ou un professionnel de santé), mais également permettre aux jeunes une grande participation aux activités d'apprentissage. Les programmes visant les élèves plus âgés devraient aborder des aspects de la prévention et de la cessation tabagique.

L'engagement des jeunes dans les programmes de prévention en milieu scolaire demeure une stratégie prometteuse

L'implication des jeunes dans la réalisation d'activités de prévention du tabagisme demeure importante. Pour qu'une intervention impliquant les jeunes soit efficace, un jeune leader devrait être choisi par ses pairs, être formé en dehors de l'école par des adultes compétents en la matière et avoir une certaine flexibilité dans la façon de mener le programme. Un programme en classe qui implique les jeunes est plus efficace si la responsabilité du programme est assurée par un intervenant adulte, mais un rôle important devrait être donné aux jeunes.

La mise en œuvre d'une politique antitabac interdisant l'usage du tabac à l'intérieur et à l'extérieur de l'école constitue une mesure essentielle pour assurer le respect de la Loi sur le tabac

Il était recommandé en 2004 que la Loi sur le tabac soit modifiée afin d'ajouter, à l'interdiction de fumer au sein d'un établissement scolaire, les terrains de ce dernier. Hors, une modification de la Loi québécoise sur le tabac a permis depuis 2006 d'inclure cette interdiction. Cet appui législatif ne remet cependant pas en question la pertinence, pour les écoles, d'adopter et mettre en œuvre une politique antitabac.

De plus, dans le cadre d'un programme intégré de prévention, un travail d'implantation et de surveillance régulière semble nécessaire pour assurer la mise en œuvre et le respect de la politique tant par les élèves que le personnel de l'école, et ainsi réduire efficacement la prévalence du tabagisme.

Les interventions ciblant les parents peuvent contribuer à prévenir le tabagisme des jeunes, mais exigent un engagement important des parents

L'efficacité des programmes ciblant les parents a été démontrée, en comparaison avec l'absence d'intervention ou à une intervention minimale. Cependant, pour être efficaces, ils doivent nécessairement impliquer la participation active des parents. Le fait que les parents préfèrent souvent les exercices courts et simples à la maison est une barrière importante de la mise en œuvre de telles interventions. L'addition d'un volet familial à un programme en milieu scolaire ne semble pas accroître l'efficacité de celui-ci.

Les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire doivent comporter un volet d'évaluation qui vise autant l'implantation que les effets

Les études scientifiques portant sur l'efficacité de programmes de prévention du tabagisme ne prennent souvent pas en compte les facteurs de la mise en œuvre d'un programme. Les essais contrôlés randomisés, souvent utilisés pour évaluer l'efficacité d'un programme, sont faits auprès

d'un petit nombre d'écoles, dans un environnement contrôlé et des conditions souvent idéales. En conséquence, les résultats de ces essais, lorsque déployés à grande échelle avec moins de ressources et de soutien, ne dressent pas un portrait représentatif de l'efficacité du programme.

La recherche sur l'implantation de programme de prévention du tabagisme (Gingiss, Roberts-Gray et Boerm, 2006; Glanz et collab., 2007; Rohrbach et collab., 2010; Sy et Glanz, 2008) et les revues systématiques sur les programmes de prévention en santé (Bauld, Brandling et Templeton, 2009; Durlak et DuPre, 2008; Dusenbury et collab., 2003) montrent que de nombreux facteurs peuvent avoir un impact sur l'implantation d'un programme. La fidélité avec laquelle un programme est implanté (Gingiss et collab., 2006), son adaptation soignée (McGraw, Sellers, Stone et collab. 1996 dans Durlak et Dupre, 2008), la réceptivité des acteurs et des participants, ou encore la portée du programme (sa capacité à rejoindre différents individus) font partie des facteurs à prendre en compte.

L'évaluation de l'implantation d'un programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire permet, dans un premier temps, d'identifier les relations entre l'intervention, ses composantes et le contexte en fonction des effets attendus. Autrement dit, elle permet d'identifier les caractéristiques d'un programme de prévention du tabagisme qui, dans un contexte scolaire donné et avec un niveau d'implantation suffisant, permet de générer des effets du programme. Par la suite, l'évaluation des effets permettra de déterminer l'efficacité réelle du programme dans le milieu. Ces connaissances sont essentielles à l'ajustement continu des programmes de prévention du tabagisme afin de mieux répondre aux besoins des jeunes du milieu scolaire.

Bibliographie

- ARCAND, L., ANNE, A., LISÉE, V., ROBERGE, M.-C., ET TESSIER, C. (2013). Pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et prévention en contexte scolaire : assises théoriques, modèle et savoirs incontournables, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- ARMSTRONG, B. K., N. H. DE KLERK, R. E. SHEAN, D. A. DUNN, et P. J. DOLIN (1990). « Influence of education and advertising on the uptake of smoking by children », *The Medical journal of Australia*, vol. 152, n° 3, p. 117-124.
- AUSEMS, M., I. MESTERS, G. VAN BREUKELLEN, et H. DE VRIES (2004). « Effects of in-school and tailored out-of-school smoking prevention among Dutch vocational school students », *Health education research*, vol. 19, n° 1, p. 51-63.
- AVEYARD, P., E. SHERRATT, J. ALMOND, T. LAWRENCE, R. LANCASHIRE, C. GRIFFIN, et K. K. CHENG (2001). « The change-in-stage and updated smoking status results from a cluster-randomized trial of smoking prevention and cessation using the transtheoretical model among British adolescents », *Preventive medicine*, vol. 33, n° 4, p. 313-324.
- BANDURA, A. (1977). *Social learning theory*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.
- BAULD, L., J. BRANDLING, et L. TEMPLETON (2009). « Facilitators and barriers to the delivery of school-based interventions to prevent the uptake of smoking among children: A systematic review of qualitative research March 2009 », <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11976/44027/44027.pdf> (consulté le 3 mars 2014).
- BEATTY, S. E., et D. S. CROSS (2006). « Investigating parental preferences regarding the development and implementation of a parent-directed drug-related educational intervention: an exploratory study », *Drug and alcohol review*, vol. 25, n° 4, p. 333-342.
- BELLHOUSE, B., G. JOHNSTON, C. DEED, et N. TAYLOR (2009). *Tobacco Prevention and Management Guidelines for Victorian Schools: Every child, every opportunity*, Victoria, Australie, Student Wellbeing and Health Support Division, Department of Education and Early Childhood Development.
- BOTVIN, G. J., E. BAKER, A. D. FILAZZOLA, et E. M. BOTVIN (1990). « A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one-year follow-up », *Addictive behaviors*, vol. 15, n° 1, p. 47-63.
- BOTVIN, G. J., et K. W. GRIFFIN (2007). « School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use », *International Review of Psychiatry*, [en ligne], vol. 19, n° 6, p. 607-615.
- BRADLEY, B. J., et A. C. GREENE (2013). « Do health and education agencies in the United States share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors », *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, vol. 52, n° 5, p. 523-532.
- BROWN, K. J., et A. J. BLOCK (2001). « Evaluation of Project Chrysalis: A School-Based Intervention to Reduce Negative Consequences of Abuse », *The Journal of Early Adolescence*, [en ligne], vol. 21, n° 3, p. 325-353.
- BUCKLEY, E. J., et D. G. WHITE (2007). « Systematic Review of the Role of External Contributors in School Substance Use Education », *Health Education*, [en ligne], vol. 107, n° 1, p. 42- 62.

- BULLER, D. B., R. BORLAND, W. G. WOODALL, J. R. HALL, J. M. HINES, P. BURRIS-WOODALL, G. R. CUTTER, C. MILLER, J. BALMFORD, R. STARLING, B. AX, et L. SABA (2008). « Randomized trials on consider this, a tailored, internet-delivered smoking prevention program for adolescents », *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, vol. 35, n° 2, p. 260-281.
- CAMPBELL, R., F. STARKEY, J. HOLLIDAY, S. AUDREY, M. BLOOR, N. PARRY-LANGDON, R. HUGHES, et L. MOORE (2008). « An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial », *Lancet*, vol. 371, n° 9624, p. 1595-1602.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2012). *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- CHAMPION, K. E., N. C. NEWTON, E. L. BARRETT, et M. TEESON (2013). « A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet », *Drug and alcohol review*, vol. 32, n° 2, p. 115-123.
- CHOU, C.-P., Y. LI, J. B. UNGER, J. XIA, P. SUN, Q. GUO, S. SHAKIB, J. GONG, B. XIE, C. LIU, S. AZEN, J. SHAN, H. MA, P. PALMER, P. GALLAHER, et C. A. JOHNSON (2006). « A randomized intervention of smoking for adolescents in urban Wuhan, China », *Preventive medicine*, vol. 42, n° 4, p. 280-285.
- COMPREHENSIVE TOBACCO CONTROL WORKING GROUP (2010). *Comprehensive Tobacco Control: Guidance document, Standards, Programs & Community Development Branch*, Ministry of Health Promotion, Government of Ontario.
- CORBETT, K. K. (2001). « Susceptibility of youth to tobacco: a social ecological framework for prevention ». *Respir Physiol*, vol. 128, n°1, p. 102-118.
- CRONE, M. R., S. A. REIJNEVELD, M. C. WILLEMSSEN, F. J. M. VAN LEERDAM, R. D. SPRUIJT, et R. A. H. SING (2003). « Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study », *Journal of epidemiology and community health*, vol. 57, n° 9, p. 675-680.
- CUIJPERS, P. (2002). « Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review », *Addictive Behaviors*, [en ligne], vol. 27, n° 6, p. 1009-1023.
- DENT, C. W., S. SUSSMAN, A. W. STACY, S. CRAIG, D. BURTON, et B. R. FLAY (1995). « Two-year behavior outcomes of project towards no tobacco use », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, n° 4, p. 676-677.
- DESCHESNES, M., et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012). *Évaluation d'un modèle de développement professionnel visant à renforcer les capacités d'absorption des écoles au regard de l'approche École en santé : rapport de recherche*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- DIVISION OF ADOLESCENT AND SCHOOL HEALTH, NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION (2010). *Tobacco Use: School Health Guidelines - Summary*, [en ligne], <<http://www.cdc.gov/healthyyouth/tobacco/guidelines/summary.htm>> (consulté le 10 octobre 2013).
- DOBBINS, M., K. DECORBY, S. MANSKE, et E. GOLDBLATT (2008). « Effective practices for school-based tobacco use prevention », *Preventive Medicine*, [en ligne], vol. 46, n° 4, p. 289-297.

- DURLAK, J. A., et E. P. DUPRE (2008). « Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation », *American journal of community psychology*, vol. 41, n° 3-4, p. 327-350.
- DUSENBURY, L., R. BRANNIGAN, M. FALCO, et W. B. HANSEN (2003). « A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings », *Health education research*, vol. 18, n° 2, p. 237-256.
- ELLICKSON, P. L., et R. M. BELL (1990). « Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test », *Science (New York, N.Y.)*, vol. 247, n° 4948, p. 1299-1305.
- ELLICKSON, P. L., D. F. MCCAFFREY, B. GHOSH-DASTIDAR, et D. L. LONGSHORE (2003). « New inroads in preventing adolescent drug use: results from a large-scale trial of project ALERT in middle schools », *American journal of public health*, vol. 93, n° 11, p. 1830-1836.
- FIGÁ-TALAMANCA, I., et M. A. MODOLO (1989). « Evaluation of an antismoking educational programme among adolescents in Italy », *Hygie*, vol. 8, n° 3, p. 24-28.
- FLAY, B. R. (2007). « The long-term promise of effective school-based smoking prevention programs », dans *Ending the Tobacco Problem: A Blueprint for the Nation*, Washington, National Academies Press, p. 449-477.
- FLETCHER, A., C. BONNELL, et J. HARGREAVES (2008). « School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies », *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, vol. 42, n° 3, p. 209-220.
- FOCARILE, F., et L. SCAFFINO (1994). « Results of a controlled randomized study on prevention of smoking habit in adolescents », *Epidemiologia e prevenzione*, [en ligne], vol. 18, n° 60, p. 157-163.
- GALANTI, M. R., A. COPPO, E. JONSSON, S. BREMBERG, et F. FAGGIANO (2013). « Anti-tobacco policy in schools: upcoming preventive strategy or prevention myth? A review of 31 studies », *Tobacco control*.
- GARCÍA, P., A. FERNÁNDEZ, J. MIGUEL SÁNCHEZ, A. CARRILLO, J. ALCARAZ, et E. ABAD (2005). « Ensayo controlado aleatorizado de un programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo en un grupo de escolares », *Revista de Calidad Asistencial*, [en ligne], vol. 20, n° 1, p. 4-13.
- GINGISS, P. M., C. ROBERTS-GRAY, et M. BOERM (2006). « Bridge-it: a system for predicting implementation fidelity for school-based tobacco prevention programs », *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, vol. 7, n° 2, p. 197-207.
- GIRANDOLA, F. (2003). *Psychologie de la persuasion et de l'engagement*, Presses Univ. Franche-Comté.
- GLANZ, K., K. B. LUNDE, T. LEAKEY, J. MADDOCK, K. KOGA, J. YAMAUCHI, G. MASKARINEC, et D. SHIGAKI (2007). « Activating multi-ethnic youth for smoking prevention: design, baseline findings, and implementation of project SPLASH », *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, vol. 22, n° 1, p. 56-61.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2011). Loi sur le tabac, [en ligne],
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/T_0_01/TO_01.html> (consulté le 19 août 2014).
- HORT, W., H. HORT, et R. WILLERS (1995). « An interventional study against cigarette smoking among Dusseldorf high school students 1992-94 », *Zeitschrift fur Kardiologie*, [en ligne], vol. 84, n° 9, p. 700-711.
- HWANG, M. S., K. L. YEAGLEY, et R. PETOSA (2004). « A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States », *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, vol. 31, n° 6, p. 702-719.
- ISENSE, B., et R. HANEWINKEL (2012). « Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents », *European addiction research*, vol. 18, n° 3, p. 110-115.
- JACOB, R., et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Élaboration des rapports sur les politiques publiques et la santé: guide méthodologique*, Québec, Direction systèmes de soins et politiques publiques, Institut national de santé publique Québec, «Collection Politiques publiques et santé».
- JANZ, T., et STATISTIQUE CANADA (2012). « Tendances actuelles du tabagisme », <<http://publications.gc.ca/site/fra/427098/publication.html>> (consulté le 16 juillet 2014).
- JOHNSTON, V., S. LIBERATO, et D. THOMAS (2012). « Incentives for preventing smoking in children and adolescents », *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. 10.
- JONES, A., A. GULBIS, et E. H. BAKER (2010). « Differences in tobacco use between Canada and the United States », *International journal of public health*, [en ligne], vol. 55, n° 3, p. 167-175.
- JØSENDAL, O., L. E. AARØ, et I. H. BERGH (1998). « Effects of a school-based smoking prevention program among subgroups of adolescents », *Health education research*, vol. 13, n° 2, p. 215-224.
- KAIROUZ, S., J. O'LOUGHLIN, et J. LAGUË (2009). « Adverse effects of a social contract smoking prevention program among children in Québec, Canada », *Tobacco control*, vol. 18, n° 6, p. 474-478.
- KROWCHUK, H. V. (2005). « Effectiveness of adolescent smoking prevention strategies », *MCN. The American journal of maternal child nursing*, vol. 30, n° 6, p. 366-372.
- KUMAR, R., P. M. O'MALLEY, et L. D. JOHNSTON (2005). « School tobacco control policies related to students' smoking and attitudes toward smoking: national survey results, 1999-2000 », *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, vol. 32, n° 6, p. 780-794.
- LALONDE, M., et B. HENEMAN (2004). *La prévention du tabagisme chez les jeunes : avis scientifique*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- LANTZ, P. M., P. D. JACOBSON, K. E. WARNER, J. WASSERMAN, H. A. POLLACK, J. BERSON, et A. AHLSTROM (2000). « Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies », *Tobacco Control*, [en ligne], vol. 9, n° 1, p. 47-63.

- LASNIER, B. (2013). Prévalence des fumeurs actuels au Canada dans la population âgée de 15 ans et plus, de 1994-1995 à 2012. Données tirées des enquêtes ENSP (1994-1995 à 1998-1999), ESUTC (1999 à 2012) et ESCC (2000-2001 à 2011-2012). [en ligne].
- LASNIER, B., et LECLERC, BERNARD-SIMON (2012). Monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- LOVATO, C. Y., C. M. SABISTON, V. HADD, C. I. J. NYKIFORUK, et H. S. CAMPBELL (2007). « The impact of school smoking policies and student perceptions of enforcement on school smoking prevalence and location of smoking », *Health education research*, vol. 22, n° 6, p. 782-793.
- MAK, K.-K., S.-Y. HO, et J. R. DAY (2012). « Smoking of parents and best friend--independent and combined effects on adolescent smoking and intention to initiate and quit smoking », *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, vol. 14, n° 9, p. 1057-1064.
- MCGRAW, S. A., D. E. SELLERS, C. C. JOHNSON, E. J. STONE, K. J. BACHMAN, J. BEBCHUK, R. V. LUEPKER, et E. W. EDMUNDSON (1996). « Using Process Data To Explain Outcomes An Illustration From the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH) », *Evaluation Review*, [en ligne], vol. 20, n° 3, p. 291-312.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). Loi modifiant la loi sur le tabac: Faits saillants des principales mesures, [en ligne], <<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/download.php?f=492c1b43399024551de75967c644f501>> (consulté le 18 août 2014).
- MÜLLER-RIEMENSCHNEIDER, F., A. BOCKELBRINK, T. REINHOLD, A. RASCH, W. GREINER, et S. N. WILICH (2008). « Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth », *Tobacco control*, vol. 17, n° 5, p. 301-312.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2010). NICE public health guidance 23: School-based interventions to prevent smoking, National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NON-SMOKERS' RIGHTS ASSOCIATION (2014). « A map and table comparing cigarette prices in Canada (June 5, 2014) - Non-Smokers' Rights Association », <http://www.nsra-adnf.ca/cms/index.cfm?group_id=2513> (consulté le 15 août 2014).
- NORMAN, C. D., O. MALEY, X. LI, et H. A. SKINNER (2008). « Using the internet to assist smoking prevention and cessation in schools: a randomized, controlled trial », *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, vol. 27, n° 6, p. 799-810.
- O'LOUGHLIN, J., I. KARP, T. KOULIS, G. PARADIS, et J. DIFRANZA (2009). « Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents », *American journal of epidemiology*, vol. 170, n° 5, p. 585-597.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014). « OMS | À propos de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac », dans WHO, [en ligne], <<http://www.who.int/fctc/about/fr/>> (consulté le 14 août 2014).
- OTT, C. H., et L. H. DOYLE (2005). « An Evaluation of the Small Group Norms Challenging Model: Changing Substance Use Misperceptions in Five Urban High Schools », *The High School Journal*, [en ligne], vol. 88, n° 3, p. 45-55.

- PALLUY, J., L. ARCAND, C. CHOINIÈRE, M. CATHERINE, et M.-C. ROBERGE (2012). Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire - synthèse de recommandations, Montréal, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- PATTERSON, G. R. (1986). « Performance models for antisocial boys », *American Psychologist*, vol. 41, n° 4, p. 432-444.
- PETRIE, J., F. BUNN, et G. BYRNE (2007). « Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review », *Health education research*, vol. 22, n° 2, p. 177-191.
- PETTERSSON, C., M. LINDÉN-BOSTRÖM, et C. ERIKSSON (2009). « Reasons for non-participation in a parental program concerning underage drinking: a mixed-method study », *BMC Public Health*, [en ligne], vol. 9, n° 1, p. 1-19.
- PIONTEK, D., A. BUEHLER, U. RUDOLPH, K. METZ, C. KROEGER, S. GRADL, S. FLOETER, et C. DONATH (2008). « Social contexts in adolescent smoking: does school policy matter? », *Health Education Research*, [en ligne], vol. 23, n° 6, p. 1029-1038.
- PROKHOROV, A. V., S. H. KELDER, R. SHEGOG, N. MURRAY, R. PETERS Jr, C. AGURCIA-PARKER, P. M. CINCIRIPINI, C. DE MOOR, J. L. CONROY, K. S. HUDMON, K. H. FORD, et S. MARANI (2008). « Impact of A Smoking Prevention Interactive Experience (ASPIRE), an interactive, multimedia smoking prevention and cessation curriculum for culturally diverse high-school students », *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, vol. 10, n° 9, p. 1477-1485.
- REHM, J., D. BALIUNAS, S. BROCHU, B. FISCHER, W. GNAM, J. PATRA, S. POPOVA, A. SARNOCINSKA-HART, B. TAYLOR, E. ADLAF, et OTHERS (2006). « The Costs of Substance Abuse in Canada 2002 », <http://www.alcsmart.ipin.edu.pl/files/cb02a_final_csac.pdf> (consulté le 13 août 2014).
- RICHARD, L., P. LEHOUX, É. BRETON, J.-L. DENIS, L. LABRIE, et C. LÉONARD (2004). « Implementing the ecological approach in tobacco control programs: results of a case study », *Evaluation and Program Planning*, [en ligne], vol. 27, n° 4, p. 409-421.
- RINGWALT, C. L., H. K. CLARK, S. HANLEY, S. R. SHAMBLIN, et R. L. FLEWELLING (2009). « Project ALERT: a cluster randomized trial », *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, vol. 163, n° 7, p. 625-632.
- ROBERGE, M.-C., et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- ROHRBACH, L. A., M. GUNNING, P. SUN, et S. SUSSMAN (2010). « The Project Towards No Drug Abuse (TND) dissemination trial: implementation fidelity and immediate outcomes », *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, vol. 11, n° 1, p. 77-88.
- SALLIS JF, ET OWEN N. (2002). «Ecological models of health behavior», dans *Health Behavior And Health Education: Theory, Research and Practice*, ed. K Glanz, BK Rimer, FM Lewis, San Francisco: Jossey-Bass, 3rd ed, pp. 462-484.
- SANTÉ CANADA (2013a). « Lutte contre le tabagisme au Canada - Santé Canada », <<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/about-apropos/control/index-fra.php>> (consulté le 14 août 2014).

- SANTÉ CANADA (2013b). « Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) : Sommaire des résultats annuels de 2012 », <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2012/ann_summary-sommaire-fra.php> (consulté le 5 mai 2014).
- SARAF, D. S., B. NONGKYNRIH, C. S. PANDAV, S. K. GUPTA, B. SHAH, S. K. KAPOOR, et A. KRISHNAN (2012). « A systematic review of school-based interventions to prevent risk factors associated with noncommunicable diseases », *Asia-Pacific journal of public health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*, vol. 24, n° 5, p. 733-752.
- SERVICES TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE (2005). *The Guide to Community Preventive Services : What Works to Promote Health? : What Works to Promote Health?*, Oxford University Press.
- SHEAN, R. E., N. H. DE KLERK, B. K. ARMSTRONG, et N. R. WALKER (1994). « Seven-year follow-up of a smoking-prevention program for children », *Australian Journal of Public Health*, [en ligne], vol. 18, n° 2, p. 205-208.
- SHERMAN, E. J., et B. A. PRIMACK (2009). « What works to prevent adolescent smoking? A systematic review of the National Cancer Institute's Research-Tested Intervention Programs », *The Journal of school health*, vol. 79, n° 9, p. 391-399.
- SIMS, T. H. (2009). « Tobacco as a Substance of Abuse », *Pediatrics*, [en ligne], vol. 124, n° 5, p. e1045-e1053.
- SKARA, S., et S. SUSSMAN (2003). « A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations », *Preventive medicine*, vol. 37, n° 5, p. 451-474.
- SPOTH, R. L., C. REDMOND, et C. SHIN (2001). « Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline », *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 69, n° 4, p. 627-642.
- SPOTH, R. L., C. REDMOND, L. TRUDEAU, et C. SHIN (2002). « Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs », *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, vol. 16, n° 2, p. 129-134.
- ST PIERRE, T. L., D. W. OSGOOD, C. C. MINCEMOYER, D. L. KALTREIDER, et T. J. KAUH (2005). « Results of an independent evaluation of Project ALERT delivered in schools by Cooperative Extension », *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, vol. 6, n° 4, p. 305-317.
- STOKOLS, D. (1992). « Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion », *American Psychologist*, vol. 47, n° 1, p. 6-22.
- SUN, W., S. SKARA, P. SUN, C. W. DENT, et S. SUSSMAN (2006). « Project Towards No Drug Abuse: Long-term substance use outcomes evaluation », *Preventive Medicine*, [en ligne], vol. 42, n° 3, p. 188-192.
- SUSSMAN, S., D. S. BLACK, et L. A. ROHRBACH (2010). « A concise history of school-based smoking prevention research: a pendulum effect case study », *Journal of drug education*, vol. 40, n° 3, p. 217-226.

- SUSSMAN, S., J. MIYANO, L. A. ROHRBACH, C. W. DENT, et P. SUN (2007). « Six-month and one-year effects of Project EX-4: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program », *Addictive Behaviors*, [en ligne], vol. 32, n° 12, p. 3005-3014.
- SUSSMAN, S., P. SUN, W. J. MCCULLER, et C. W. DENT (2003). « Project Towards No Drug Abuse: two-year outcomes of a trial that compares health educator delivery to self-instruction », *Preventive Medicine*, [en ligne], vol. 37, n° 2, p. 155-162.
- SY, A., et K. GLANZ (2008). « Factors influencing teachers' implementation of an innovative tobacco prevention curriculum for multiethnic youth: Project SPLASH », *The Journal of school health*, vol. 78, n° 5, p. 264-273.
- TELCH, M. J., L. M. MILLER, J. D. KILLEN, S. COOKE, et N. MACCOBY (1990). « Social influences approach to smoking prevention: The effects of videotape delivery with and without same-age peer leader participation », *Addictive Behaviors*, [en ligne], vol. 15, n° 1, p. 21-28.
- THOMAS, R. E., P. BAKER, et D. LORENZETTI (2009). « Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents », *The Cochrane database of systematic reviews*, n° 1.
- THOMAS, R. E., J. MCLELLAN, et R. PERERA (2013). « School-based programmes for preventing smoking », *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. 4.
- THOMAS, R., et R. PERERA (2008). « School-based programmes for preventing smoking », *The Cochrane database of systematic reviews*, n° 3.
- TOBACCO EDUCATION AND RESEARCH OVERSIGHT COMMITTEE (2012). *Saving Money: Toward a Tobacco-Free California 2012-2014 – Master Plan Executive Summary*, Sacramento, États-Unis, Tobacco Education and Research Oversight Committee.
- TOBLER, N. S., M. R. ROONA, P. OCHSHORN, D. G. MARSHALL, A. V. STREKE, et K. M. STACKPOLE (2000). « School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis », *Journal of Primary Prevention*, [en ligne], vol. 20, n° 4, p. 275-336.
- TREMBLAY, M., A. BARRY, E. O'LOUGHLIN, et O'LOUGHLIN, JENNIFER L. (2014). *L'effet de l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles pourrait se dissiper avec le temps*.
- TYAS, S. L., et L. L. PEDERSON (1998). « Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature », *Tobacco control*, vol. 7, n° 4, p. 409-420.
- UTHMAN, O. (2009). *Health EvidenceHealth Evidence-- School-based interventions to prevent the uptake of smoking among children and young people: Effectiveness review (Report)*, [en ligne], Angleterre, National Institute for Health and Clinical Excellence.
- WERCH, C., M. J. MOORE, C. C. DICLEMENTE, R. BLEDSOE, et E. JOBLI (2005). « A Multihealth Behavior Intervention Integrating Physical Activity and Substance Use Prevention for Adolescents », *Prevention Science*, [en ligne], vol. 6, n° 3, p. 213-226.

