

Faculté de santé publique

Evaluation de l'implémentation des politiques scolaires de contrôle de tabagisme

Situation de six écoles namuroises

Mémoire réalisé par
Baddar Soufiane

Promoteur(s)
Nora Mélard
Vincent Lorant

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciement

Pour commencer, j'aimerais adresser mes remerciements à ma promotrice Nora Mélard et mon co-promoteur le professeur Vincent Lorient pour leur disponibilité, leur encadrement et leurs précieux conseils tout au long de ce travail.

Je tiens à remercier toute l'équipe de recherche de la faculté pour leurs remarques constructives tout au long des réunions.

Je remercie aussi toutes les écoles qui ont accepté de participer à l'étude et qui nous ont permis d'effectuer nos entretiens avec les directions et le personnel de l'école.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amis pour leur support et encouragement afin de réaliser ce travail.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

NOM et PRÉNOM : Baddar Soufiane

Titre du mémoire : évaluation de l'implémentation des politiques scolaires de contrôle de tabac

Promoteur et Co promoteur : Nora Mélard et Vincent Lorient

RÉSUMÉ

Le tabagisme a un impact sur la santé des adolescents et sur leur développement. L'initiation au tabac se fait à un âge précoce et plusieurs mécanismes interviennent dans ce processus comme l'influence des pairs par exemple. Pour contrer cette problématique, les responsables ont adopté une réglementation visant l'interdiction du tabac dans les écoles et les endroits qui y en dépendent. Notre travail cherche à évaluer l'implémentation des politiques de contrôle de tabac et les mécanismes qui interviennent dans la réussite et l'échec de la mise en œuvre.

Pour récolter les données nécessaires à notre recherche, des méthodes qualitatives ont été utilisées, ainsi nous avons procédé à des entretiens semi-directifs avec les directions de six écoles ayant participé à l'étude SILNE en 2013 et 2016. Les données ont fait l'objet d'une analyse en utilisant des concepts prédéfinis et des concepts émergeant du matériau.

Les résultats indiquent la présence d'une interdiction du tabac dans les écoles. Cette interdiction est mentionnée dans le règlement d'ordre intérieur des écoles. Toutefois, le tabac reste visible au sein de l'école et aux alentours. Selon les répondants, des manquements à la réglementation par les élèves et le personnel sont observés. Ce non-respect fait l'objet de sanctions pour les élèves qui transgressent la réglementation. On observe aussi un manque de communication et une absence de programmes de sensibilisation et d'accompagnement.

Sur base des résultats présentés, nous observons que l'implémentation des politiques scolaires sur le tabagisme est compliquée et envoie des signaux négatifs quant à l'atteinte des objectifs de ces politiques. Le faible engagement des acteurs impliqués, le manque de soutien de la direction, le statut tabagique du personnel, l'absence d'un leadership et d'un suivi régulier de l'implémentation figurent parmi les mécanismes permettant d'expliquer la difficulté que rencontre la mise en œuvre de l'interdiction du tabac dans les écoles. Nous estimons que des aspects importants peuvent faire l'objet de recherches futures afin de mieux comprendre la problématique du tabac dans les écoles. Parmi ces aspects, le co-tabagisme (personnel et élèves), le statut socio-économique et la formation du personnel scolaire pour une mise en œuvre efficace des politiques.

Mots clés : politiques scolaires sur le tabagisme, évaluation, implémentation.

Table des matières

Partie théorique.....	7
1. Introduction	7
1.1 Le tabagisme dans la littérature.....	7
1.2 Contexte épidémiologique.....	7
1.3 Initiation et tabagisme chez les adolescents	8
2. Politiques scolaires en matière de tabagisme	9
2.1 Objectifs	9
2.2 Les dispositifs	9
2.3 L'efficacité des politiques scolaires	11
3. Enquête SILNE-R et feedback.....	13
3.1 Rappel sur le feedback.....	13
3.2 Le feedback SILNE-R	14
4. L'implémentation d'une innovation.....	16
4.1 L'implémentation : ce que dit la littérature.....	16
4.2 Les résultats d'implémentation	18
4.3 Obstacles et ressources	20
4.4 Les étapes d'implémentation.....	22
Partie pratique.....	24
Méthodologie	24
1. Méthode qualitatives et mesure d'une mise en œuvre	24
2. Recueil des données	25
Résultats.....	27
Description des responsables des écoles	28
1. Les concepts prédéfinies	29
2. Les concepts émergeant.....	36
Discussion	40
Synthèse des résultats et intégration du cadre théorique	40
Limites	45
Conclusion	47
Bibliographie	48
Annexes.....	56
Guide d'entretien.....	56

Partie théorique

1. Introduction

1.1 Le tabagisme dans la littérature

Le tabagisme est considéré comme une cause majeure de maladie et de décès prématurés chez les fumeurs et responsable de mauvais état de santé chez ceux qui sont exposés (Masironi & Rothwell, 1988). Plusieurs recherches médicales ont montré la relation entre le tabac et plusieurs maladies graves comme les cancers et notamment celui des poumons, des affections coronaires, les infarctus du myocarde, des problèmes de plaquettes, de la fonction endothéliale, la fréquence cardiaque, de thrombose, de stress oxydatif et d'athérosclérose (Dervaux, 2009). Ces risques interviennent sans seuil d'intensité ou de durée de consommation, autrement dit il n'y a pas de niveau en dessous duquel il n'y aurait pas de conséquences y compris pour les consommateurs modérés ou faibles ainsi que dans le cadre du tabagisme passif (Thomas.D, 2008). De plus, la consommation du tabac pendant la grossesse provoque des maladies telles qu'un accouchement prématuré ou le syndrome de mort subite du nourrisson (Lydia Gislesciensano, 2018). Le tabac présente aussi un fardeau économique énorme pour les individus et les systèmes de santé (Nazir et al., 2019).

Le tabac présente un danger plus important pour les adolescents, il a un effet sur le développement du cerveau chez les jeunes et provoque des changements dans plusieurs parties de celui-ci induisant des troubles d'humeurs, d'accroissement de l'impulsivité et la réduction de l'attention à long terme (Johanne Harvey et al., 2016). Le trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH) est un trouble du développement neuronale chez l'enfant ayant des symptômes d'impulsivité, d'inattention et d'oubli (Jerome & Laurence, 2020). D'autres recherches expliquent que le TDAH a un impact négatif sur les rapports avec les parents, les éducateurs, les camarades de classes et les résultats à l'école (Barkley, 2012). Le tabagisme joue un rôle aussi dans la survenue d'asthme, de bronchite, de tuberculose et de leucémie chez les enfants (Nazir et al., 2019).

1.2 Contexte épidémiologique

1.2.1 Contexte extérieur

Le tabagisme est responsable de huit millions de décès chaque année dans le monde, sept millions d'entre eux sont des fumeurs ou anciens fumeurs alors que le reste sont des personnes exposées à la fumée du tabac (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). En Europe, le tabac est le principal facteur de risque de décès évitable et sa part dans la mortalité globale est la plus élevée par rapport aux autres régions du monde (Fanny Janssen, 2019). L'Europe est aussi la

région où la fréquence du tabagisme est la plus importante avec 29% de fumeurs (Fanny Janssen, 2019). Concernant les adolescents, la prévalence du tabagisme est assez élevée avec un taux de 19.33% et une différence selon le genre, 23.29% pour les garçons et 15.35% pour les filles (Nazir et al., 2019).

1.2.2 Contexte Belge

En 2018, la Belgique comptait 19.2% de fumeurs dont 15% sont des fumeurs quotidiens et 4% sont des fumeurs occasionnels avec une diminution de 5.3% par rapport à 2008 (Lydia Gisle-Sciensano, 2018). Les proportions du tabagisme par région sont 13% en Flandre, 17% à Bruxelles et 19% en Wallonie (Lydia Gisle-Sciensano, 2018).

Dans la tranche d'âge 15 à 24 ans, la prévalence de tabagisme est de 15%, dont 11 qui sont des fumeurs quotidiens avec une diminution de 7% par rapport à 2013 (Lydia Gisle-Sciensano, 2018). La prévalence du tabagisme chez les jeunes par région est de 8% en Flandre, 15% à Bruxelles et 14% en Wallonie (Lydia Gisle-Sciensano, 2018). L'âge moyen de la première cigarette en Belgique est de 16.6 ans et vers 18.3 ans l'habitude devient quotidienne. Toutefois, 19% des fumeurs quotidiens dans cette tranche d'âge ont commencé à le faire avant 16 ans (Lydia Gisle-Sciensano, 2018).

Des inégalités sociales sont mises en évidence dans la population générale en matière de tabagisme, ainsi on peut constater qu'il y a plus de fumeurs parmi les jeunes issus des ménages avec un niveau d'éducation faible alors que le taux est bas dans les ménages plus éduqués (Lydia Gisle-Sciensano, 2018).

1.3 Initiation et tabagisme chez les adolescents

Le comportement tabagique intervient pendant l'adolescence, et la majorité des fumeurs adultes rapportent avoir déjà essayé leur première cigarette avant l'âge de 18 ans ou sont déjà dépendants (HBSC Risk behaviours focus group, 2009). La dépendance au tabac dépend du nombre d'années et de cigarettes consommées. Toutefois, il faut des valeurs faibles de ces deux paramètres pour une dépendance chez les adolescents (HBSC Risk behaviours focus group, 2009) selon les études, les adolescents deviennent dépendants au tabac après en avoir beaucoup moins consommé que les adultes d'où la nécessité d'une prévention précoce (Harvey & Chadi, 2016). Cette dépendance au tabac qui est acquise rapidement provoque une tolérance plus élevée à la nicotine, il en résulte alors des difficultés de sevrage au bout de quelques jours à quelques semaines d'expositions (Johanne Harvey et al., 2016).

Plusieurs facteurs interviennent dans le comportement tabagique chez les jeunes. En effet, les adolescents sont attirés par la cigarette, car ils considèrent que le comportement tabagique est un acte d'adulte avec l'envie de ressembler et d'être considéré comme tel par les autres (HBSC Risk behaviours focus group, 2009). Le tabagisme des parents, l'influence de la famille et des amis et compris l'absence de soutien des parents, l'accès facile au tabac, l'absence d'informations sur les risques du tabac, sont tous des facteurs qui accroissent le risque de tabagisme chez les adolescents (Johanne Harvey et al., 2016). Cette dépendance survient par étapes : la phase de préparation et d'anticipation caractérisée par une observation et normalisation du comportement, la phase d'initiation, la phase expérimentale et enfin le tabagisme chronique (Kellie Anderson, 1997).

2. Politiques scolaires en matière de tabagisme

Les politiques antitabac à l'école jouissent d'un statut d'importance élevé auprès des décideurs car c'est un milieu considéré comme très sensible ayant une population vulnérable aux tentations (Becquet, 2012). La réglementation du tabagisme en milieu scolaire représente un moyen efficace et prometteuse pour prévenir l'initiation au tabagisme chez les adolescents en raison des caractéristiques de l'environnement scolaire qui pourrait inciter à fumer (Coppo et al., 2014). Elles concernent tous les adolescents avec des niveaux sociaux-économiques différents, faciles à implémenter et relativement peu coûteux (Coppo et al., 2014).

2.1 Objectifs

Les réglementations de tabac à l'école visent à réduire le tabagisme en interdisant de fumer à l'ensemble des personnes se trouvant au sein de l'établissement, ceci en délimitant l'espace géographique où il est interdit de fumer (T. J. Evans-Whipp et al., 2007). Elles interviennent dans la réduction de l'exposition des élèves à la fumée de tabac et ne pas banaliser le modèle tabagique dans la vie scolaire (T. J. Evans-Whipp et al., 2010). Les politiques scolaires visent aussi la réduction des inégalités de santé en matière de tabagisme, puisque les études ont montré un impact différent des politiques selon les déterminants sociaux-économiques de la population concernée (Lorant Vincent et al., 2014).

2.2 Les dispositifs

Plusieurs réglementations sont appliquées pour contrer le tabagisme, mais nous allons nous intéresser davantage à celles qui concernent le milieu scolaire et les adolescents.

2.2.1 Europe

Le dispositif anti-tabac adopté en Europe repose sur trois axes principaux : la législation anti-tabac, les campagnes de formation et de sensibilisation et les traités internationaux (Commission européenne, 2009). La législation s'occupe des produits du tabac et de leur publicité en organisant des réunions régulières avec les acteurs qui veillent au respect des législations. La directive sur les produits de tabac impose plusieurs critères comme par exemple le rappel des effets, la sélection des termes favorisant la consommation, les informations sur les ingrédients et la teneur en nicotine (Commission européenne, 2009). Cette directive sur les produits de tabac a permis la réduction de la prévalence tabagique chez les jeunes de 15 ans et plus de 26% en 2014 à 23% en 2020 (Commission européenne, 2021). Concernant la publicité des produits de tabac, il est interdit de faire la promotion de ces produits dans toutes les formes possibles, télévision, journal, radio et réseaux sociaux (Commission européenne, 2009).

Des campagnes de sensibilisations sont adoptées pour réduire l'exposition au tabac en adoptant la proposition d'un environnement sans tabac en combinaison avec des lois visant la protection des enfants, le soutien au sevrage tabagique et un travail intercommunautaire (Commission européenne, 2009).

Dans les traités internationaux, la lutte s'inscrit dans le cadre de la convention cadre de l'OMS de la lutte contre le tabac qu'on expliquera au niveau Belge.

2.2.2 Belgique

En Belgique, le plan fédéral de lutte contre le tabagisme s'inscrit dans le cadre de la convention-cadre de l'OMS de la lutte anti-tabac qui est entrée en vigueur le 27 février 2005. C'est un traité international qui touche à l'ensemble des aspects liés au tabagisme (WHO Framework Convention on Tobacco Control & World Health Organization, 2003). Son objectif est la protection de la santé publique à travers des politiques de santé, la protection contre l'exposition à la fumée du tabac, l'étiquetage, la publicité, les programmes de sevrage, la vente, la formation, etc. (SPF Santé publique, 2021).

Parmi les autres réglementations, la loi du 24 janvier 1977 modifiée en 2004 relative à la protection de la santé des consommateurs qui précise qu'il est interdit de vendre des produits à base de tabac aux jeunes de moins de 16 ans (Moniteur Belge, 1977). Cette limite d'âge est passée de 16 à 18 ans le 1^{er} novembre 2019 (SPF santé publique, 2019). La loi stipule qu'elle serait possible de vérifier l'âge de la personne voulant acheter du tabac et prendre des mesures l'empêchant de les acheter au moyen des distributeurs automatiques.

L'arrêté royal du 19 janvier 2005 relatif à la protection des travailleurs contre la fumée du tabac et qui vise à promouvoir des espaces appelés fumeurs destinés aux fumeurs (Moniteur Belge, 2005a). C'est un aspect important des politiques scolaires, puisque d'une part l'A.R donne au personnel le droit à un fumeur, et d'autre part une autre loi qui interdit de fumer à l'école.

L'arrêté royal du 13 décembre 2005 qui porte l'interdiction de fumer dans les lieux publics pour protéger les non-fumeurs et d'inciter les fumeurs à diminuer voir arrêter, en plus de limiter l'effet promoteur et initiateur de ce comportement parmi les jeunes (Moniteur Belge, 2005b).

En ce qui concerne les décrets, celui du 2 décembre 1982 vise l'interdiction de fumer dans les moyens de transport collectifs des élèves ou des jeunes de moins de 16 ans (Moniteur belge, 1982)

Le décret du 5 mai 2006 marque une volonté des décideurs dans la lutte anti-tabac auprès des adolescents, car il porte l'interdiction à l'école et les lieux ouverts situés dans l'enceinte de l'établissement ou en dehors de celle-ci et qui en dépend (Moniteur belge, 2006). Le décret vise aussi une action préventive et de sensibilisation auprès des jeunes sur les effets néfastes du tabac (Lorant Vincent et al., 2014).

2.3 L'efficacité des politiques scolaires

Il est primordial d'évaluer la pertinence des politiques scolaire pour vérifier si elles sont vraiment efficaces dans l'abstinence au tabagisme.

L'efficacité des politiques de tabagisme dans les écoles a fait l'objet de plusieurs études menées ces dernières années, mais des différences dans la procédure méthodologique ont empêché toute conclusion définitive quant à l'efficacité et l'influence des politiques scolaires sur le tabagisme chez les adolescents (Paul Aveyard et al., 2004). D'autres chercheurs ont donné une explication à cette différence de résultats pointant du doigt les différents moyens utilisés dans la mesure de l'efficacité des politiques (T. J. Evans-Whipp et al., 2010). D'une part, on considère que les politiques scolaires n'ont aucun effet sur la prévention du tabagisme chez les adolescents et qu'il n'y a pas assez de preuves pour affirmer le contraire (Coppo et al., 2014). D'autre part, des études ont montré que le comportement tabagique est lié à la pertinence des politiques scolaires, et que celles-ci sont efficaces si elles sont fortement appliquées (Lovato et al., 2010). Les auteurs expliquent ici que le contenu et la mise en œuvre de la politique doivent être pris en compte si nous voulons prévoir le comportement tabagique des adolescents.

L'impact des politiques scolaires sur le tabagisme dépend en grande partie de leur processus d'élaboration qui devrait prendre plusieurs paramètres en considération, et dépend aussi de la façon dans cette politique est mis en œuvre par les institutions concernées (IRSS, 2018). En effet, les initiatives combinées adoptées par l'école peuvent jouer un rôle dans la réduction du taux de tabagisme chez les jeunes notamment à travers des actions favorisant le respect des politiques en matière de tabagisme et des programmes d'aide au sevrage (Sabiston et al., 2009).

D'autres résultats suggèrent que les politiques scolaires sur le tabagisme n'ont pas d'effet direct sur le tabagisme quotidien, mais plutôt un effet sur le tabagisme scolaire (Kuipers et al., 2016). Pour qu'une politique arrive à cibler le tabagisme scolaire et individuel, il faut qu'elle soit élaborée avec la participation des élèves, en mettant à disposition des adolescents des outils pour une meilleure compréhension de l'environnement scolaire qui pourrait inciter à l'initiation tabagique (Lovato et al., 2010).

Parmi les barrières qui empêchent les politiques scolaires d'avoir un impact sur les jeunes, la non-compliance du personnel scolaire. En effet, le respect de l'interdiction de fumer doit concerner le personnel et les élèves (Lalonde, et al., 2004). Les jeunes expriment un sentiment d'injustice, comment les adultes échappent à la règle alors que les adolescents devront accepter les sanctions, les jeunes parlent alors d'exemplarité, qui est directement liée aux choix des adolescents (Lorant Vincent et al., 2019). Il paraît peu crédible d'adresser des messages préventifs aux adolescent sur le tabac lorsque ces derniers observeront les professeurs fumer (Kellie Anderson, 1997).

Les politiques scolaires limitent la consommation du tabac en définissant les endroits où s'applique l'interdiction de fumer, alors qu'en réalité dans plusieurs écoles cette politique est mal comprise ou mal appliquée. Il y a un manque de précision dans la délimitation géographique où devrait s'appliquer l'interdiction (Lorant Vincent et al., 2014). En effet, il est très important de porter une attention à ce point, car ça permettra de diminuer la visibilité du tabac et l'influence des pairs (Schreuders et al., 2017a) ceci est dû au fait que les adolescents auront plus tendance à fumer s'ils aperçoivent d'autres individus pratiquer ce comportement (Sabiston et al., 2009).

Des auteurs ont pu mettre en évidence le fait que les politiques scolaires en matière de tabagisme seront plus efficace si elles permettent d'apercevoir une certaine rigueur dans l'application des sanctions, par conséquent les adolescents adopteront les pratiques préventifs plus facilement (Schreuders et al., 2017a). D'autres recherches ont montré que dans le cas de violation de

politiques scolaires les écoles avaient tendance à adopter des sanctions punitives plutôt qu'un accompagnement visant à remédier au problème (T. Evans-Whipp et al., 2004). Toutefois, d'autres recherches suggèrent d'établir des sanctions progressives et graduées avec une sévérité croissante pour permettre aux adolescents de percevoir un sentiment de bienveillance plutôt qu'un contrôle autoritaire et éviter ainsi des effets contradictoires (IRSS, 2018).

Une combinaison des politiques scolaires qui interdisent de fumer aux élèves, au personnel scolaire et aux visiteurs tout en offrant des programmes de sevrage tabagique qui donneront des résultats encourageantes par rapport à la baisse du taux du tabagisme à l'école (Sabiston et al., 2009). Cependant, une étude Cochrane insiste sur le fait que peu de preuves sont mis en évidence par rapport à l'efficacité des supports de sevrage chez les jeunes et que les résultats d'arrêt de tabac avec ou sans ne montrent pas beaucoup de différence (Fanshawe et al., 2017). La participation de l'entourage social du jeune est importante dans la prévention contre le tabagisme. D'après des données probantes tirées d'une analyse Cochrane publiée en 2015, les actions auprès des familles sont bénéfiques pour la prévention du tabagisme des jeunes (Thomas et al., 2015).

3. Enquête SILNE-R et feedback

3.1 Rappel sur le feedback

Un feedback est un outil permettant de fournir des informations sur le fonctionnement d'un système, ses points forts, ses points faibles, les résultats obtenus, la qualité dégagée, etc. (Robert Lescarbeau, 2010). Il y a un échange d'informations dans les deux sens, les données récoltées à partir des individus concernés par la situation vont vers le chercheur qui va les analyser et les interpréter puis faire un retour sur la situation (Tardieu Luc & Didier Noyé, 2019).

Plusieurs recherches ont montré que les individus réagissent différemment aux feedbacks positifs et négatifs. Chez les jeunes à l'école cela peut être vu différemment car les élèves peuvent recevoir un feedback positif qui donne du mérite à leur performances et en même temps recevoir un feedback négatif s'il est de nature constructive (Hyland, 2001). Un feedback positif est plus facile à proposer et à recevoir car les individus préfèrent recevoir des compléments sur ce qu'ils font et s'apercevoir de l'attention portée à leurs travail ce qui permet d'augmenter les performances futures (Tardieu Luc & Didier Noyé, 2019). Il serait intéressant de voir la réceptivité des individus d'un feedback négatif. En effet, d'une part les personnes n'ont pas envie de recevoir un feedback négatif car cela risque d'impacter leur considération personnelle, leur efficacité et performance, d'autre part, le responsable ou l'évaluateur ne préfère pas

proposer un feedback négatif afin d'éviter une baisse de performance ultérieure (Audia & Locke, 2003). L'intérêt de donner malgré tout un feedback négatif réside dans le fait que c'est un désagrément à court terme pour un bénéfice à long terme, ne pas reconnaître une situation problématique et refuser de se remettre en question peut causer des problèmes à long terme plutôt que de reconnaître ce qui ne va pas et essayer de l'améliorer (Audia & Locke, 2003). Un feedback négatif doit adresser un message clair et précis pour être efficace et atteindre ainsi ses objectifs (Ilgen et al., 1979). En plus de l'ambiguïté du message dans un feedback négatif la personne à qui s'adresse le feedback peut déclencher un système de défense psychologique visant à préserver son estime de soi (Audia & Locke, 2003).

D'autres auteurs insistent sur le fait que l'effet du feedback dépend des orientations des acteurs par rapport aux objectifs, qu'il soit positif ou négatif. Ils ont mis en évidence trois orientations : apprentissage, performance et évitement. Ces orientations permettent de déterminer si le feedback aura un impact sur la performance ou non (Payne et al., 2007). Ashford et al., (2003) suggèrent qu'un feedback négatif peut être considéré comme un moyen permettant aux individus d'améliorer leur performance dans le cas d'une personne à forte orientation d'apprentissage, et que ce feedback négatif permet à la personne de modifier ses mauvaises pratiques afin d'atteindre ses attentes et objectifs. Le feedback positif est pertinent et efficace s'il s'agit d'individu à orientation performance (Ben Ayed & Vandenberghe, 2018). En effet, cette étude montre que les personnes ayant une forte orientation performance cherchent avant tout à soigner leur image chez les autres personnes et à paraître performant et compétent et susciter des impressions positives des collègues et des responsables. Dans ce contexte, Ben Ayed & Vandenberghe, (2018) affirment qu'il est important lorsqu'on aborde la question du feedback de le faire sous un angle qui prend en compte le contexte individuel de la personne concernée et des objectifs visés, et se dire que les feedbacks positifs et négatifs jouissent du même statut d'importance à ce niveau.

3.2 Le feedback SILNE-R

Plusieurs pays à travers l'Europe ont adopté des politiques en matière de tabagisme dans les écoles, en mettant en place certaines règles qui devront être respectées et en cas de transgression l'application de sanctions (SILNE-R Consortium, 2018). Cependant, le tabagisme au sein des écoles européennes est impacté par des déterminants sociaux tel que le niveau d'éducation des parents, le revenu et le statut socio-professionnel (ENSP, s. d.).

L'enquête SILNE-R a été financée par le programme de recherche et d'innovation Horizon 2020 de l'Union européenne. Menée en deux phases successives 2013-2016 dans sept villes européennes dans le but de procéder à une comparaison afin d'identifier comment les mesures préventives peuvent être améliorées avec les moyens disponibles tout en faisant attention aux obstacles de leur implémentation (ENSP, s. d.). Au niveau de la Belgique, c'est la ville de Namur qui a été choisie à travers l'institut de recherche en santé et société (IRSS) de l'UCL. Sept écoles secondaires ont participé à l'étude à travers huit focus groupes et plusieurs entretiens et questionnaires adressés aux personnels et aux élèves. Les objectifs principaux de la recherche SILNE-R étaient d'une part l'évaluation du processus d'implémentation des politiques scolaires en matière de tabagisme et si cette implémentation a permis des changements de pratiques, et d'autre part d'adresser des recommandations aux responsables pour soutenir les programmes visant la réduction du taux de tabagisme en prenant en compte la réduction des inégalités sociales (Lorant Vincent et al., 2019).

Le processus de l'étude reposait sur trois étapes, la première étant d'identifier les raisons qui poussent les adolescents à réagir d'une manière particulière aux politiques scolaires ce qui influence leur implémentation, dans un second temps identifier les indicateurs et critères d'une bonne implémentation pour les confronter aux réponses des adolescents, puis finalement synthétiser les idées pour que les politiques arrivent à cibler la majorité des individus tout en adoptant les pratiques bénéfiques (SILNE-R Consortium, 2018).

Plusieurs constatations ont été établies, notamment une diminution du taux de tabagisme dans les écoles allant de 23% à 18%, la perception du respect des règles, l'engagement des acteurs impliqués et plusieurs critères qui rentrent en compte dans l'évaluation des politiques (Lorant Vincent et al., 2019).

Pour la Belgique, les résultats de l'étude SILNE-R ont montré le grand écart qui sépare la ville de Namur au reste des villes de l'Europe par rapport à l'efficacité des politiques en matière de tabagisme (Lorant Vincent et al., 2019). Le taux des fumeurs reste néanmoins élevé par rapport au reste de l'Europe, la visibilité du comportement tabagique est forte que ça soit par les pairs ou le personnel de l'école, dans l'intérieur ou aux abords (Lorant Vincent et al., 2019). Les auteurs expliquent qu'un déterminant social (statut socio-économique) fait qu'il y a une différence de performances entre les écoles namuroises en matière de tabagisme, les politiques sont mieux respectées dans les écoles où le SES est plus élevé en comparaison avec les écoles dont le SES est faible.

Plusieurs recommandations ont été émises aux responsables (Stakeholders) pour améliorer l'efficacité de l'implémentation des politiques scolaires du tabac à l'école et ainsi améliorer leur efficacité (ENSP, s. d.). Lorant Vincent et al., (2019), SILNE-R Consortium, (2018) expliquent les points importants dont il faut tenir compte :

- ❖ Une définition des lieux où s'étend l'interdiction de fumer en incluant les abords afin d'empêcher les jeunes de fumer à l'extérieur de l'école ce qui renforce le respect de la politique et diminue l'effet de pair et la visibilité du comportement tabagique
- ❖ Une communication efficace des réglementations par la direction sans ambiguïté et en diffusant un message clair s'adressant à tout le monde
- ❖ L'engagement du personnel dans le respect et faire respecter les règles, ainsi la politique doit susciter le respect de tout individu à l'intérieur de l'école et ses abords, comme les familles, les visiteurs, le personnel écolier etc.
- ❖ Application de sanctions aux individus qui transgressent le règlement, des sanctions progressives auront un impact bénéfique sur le comportement de l'adolescent
- ❖ Programmes d'aide au sevrage tabagique proposés dans le cadre d'un accompagnement de l'adolescent
- ❖ Des formations continues au personnel et aux élèves dans le but d'améliorer leur compréhension du problème et la valorisation de leur compétence

Autre que les recommandations émises, un feedback a été adresser à chaque école ayant participer à l'enquête SILNE-R sous forme papier et mis à leur disposition dans la salle du personnel. Le feedback contenait des données montrant la performance de l'école par rapport au respect des politiques scolaires en matière de tabagisme, ces données se basent sur les réponses du personnel et des élèves aux entretiens et questionnaires qui leur étaient adressé, ainsi qu'une comparaison avec les performances des autres écoles namuroise ayant participer aussi. Le but derrière ce feedback est de permettre aux écoles d'évaluer leur situation par rapport au respect des politiques, de savoir à quel niveau se situe le problème et comment y remédier en proposant les outils adéquats.

4. L'implémentation d'une innovation

4.1 L'implémentation : ce que dit la littérature

L'objectif derrière la création des politiques est d'améliorer la santé de tout le monde, toutefois, les résultats escomptés et l'efficacité des politiques dépendent de leur implémentation qui varie selon le contexte et l'environnement du milieu concerné par les politiques (April Oh et al.,

2021). Les auteurs expliquent que le potentiel impact d'une politique visant à promouvoir l'équité en santé dépend à la fois de sa conception et de son implémentation, ce qui nécessite une évaluation continue et la participation des intervenants.

Cependant, des défis existent toujours entre les politiques scolaires et leur mise en œuvre par les décideurs et les individus impliqués, même si plusieurs recherches soutiennent l'impact positif d'une implémentation réussite des politiques scolaires sur la santé des jeunes (Brenda Turgeon, 2013). Les auteurs mettent l'accent sur le lien entre la complexité des politiques et leur processus de la mise en œuvre qui se produit sur différents niveaux de compréhension par plusieurs acteurs. Darling-Hammond, (1990, p. 345) parle de cette différence dans la compréhension et l'interprétation des politiques en expliquant que *« la manière dont le personnel scolaire comprend et interprète la politique ne dépend pas seulement de la façon dont la politique leur est transmise, mais dépend aussi du contexte éducatif dans lequel la politique sera implémenter »*.

Dans la littérature, l'implémentation est définie comme un ensemble d'actions et de décisions faisant partie d'un processus visant la mise en œuvre d'une intervention, innovation ou programme (Dean L. Fixsen et al., 2005). Dans cette définition, on insiste sur le terme processus qui signifie que l'implémentation survient sur une durée de temps et non pas de façon instantanée. D'autres auteurs comme Eccles & Mittman, (2006) définissent la science de l'implémentation comme un processus impliquant un ensemble d'activités visant la promulgation et l'intégration des pratiques, de politiques et des données probantes dans le fonctionnement quotidien en matière de soins de santé. Pour bien appréhender la mise en œuvre, des études suggèrent la présence de compétences interdisciplinaires telle que la sociologie, la psychologie, l'économie, la gestion et le management etc.(Bauer et al., 2015).

L'objectif crucial de l'évaluation d'une implémentation est d'identifier les raisons qui font qu'une implémentation est une réussite ou un échec à travers une compréhension approfondie du système de fonctionnement dans le but d'améliorer son efficacité (Peters, Tran, et al., 2013). La science de la mise en œuvre cherche à identifier les ressources et les obstacles qui ont un impact sur l'implémentation d'une innovation ou d'un programme particulier, ceci dans un cadre de collaboration avec les individus concernés directement par le programme (Peters, Adam, et al., 2013). La participation des acteurs concernés permettra de comprendre pourquoi et comment ils optent pour un comportement plutôt qu'un autre (Lipsky, 2010).

De plus, il est important de faire la distinction entre les résultats d'une implémentation de politiques de santé et les déterminants ou mécanismes de cette implémentation. Les résultats sont des indicateurs de changement dans les pratiques et fonctionnements organisationnelles résultant d'une politique ou d'une innovation particulière, tandis que les déterminants représentent les caractéristiques qui vont favoriser ou non la réussite de l'implémentation, des caractéristiques en rapport avec l'environnement, le contexte, les acteurs et le milieu en question (E. K. Proctor et al., 2009), (E. Proctor et al., 2011a).

4.2 Les résultats d'implémentation

Les résultats d'une implémentation peuvent être considérés comme des indicateurs d'efficacité, on trouve : l'acceptabilité, l'adoption, la pertinence, la faisabilité, la fidélité, le coût, la pénétration et la durabilité (Peters, Adam, et al., 2013). Ces indicateurs décrivent les actions intentionnelles pour mettre en œuvre une innovation particulière dans un contexte donné.

L'acceptabilité est présente lorsque les acteurs concernés par l'innovation trouvent cette dernière cohérente, efficace, agréable et satisfaisante, ainsi l'absence de l'acceptabilité met les responsables en défi concernant la réussite de l'implémentation de l'innovation (Davis, 1993). L'acceptabilité est une notion qui est en lien direct avec les connaissances et expériences des acteurs concernés par l'intervention qui devraient être considérer si on veut l'évaluer (E. Proctor et al., 2011). D'autres recherches mettent en évidence une autre conceptualisation de l'acceptabilité en identifiant la différence entre l'acceptabilité de l'innovation et l'acceptabilité du comportement visé par l'innovation (Prusaczyk et al., 2020). Les chercheurs insistent sur l'importance lors de l'évaluation de ce résultat d'identifier à quelle question on aimerait répondre, du processus de l'implémentation ou la pratique visée.

L'adoption est la volonté d'essayer ou d'utiliser une innovation ou une pratique recommandée dans un cadre donné (Rabin et al., 2008). D'autres auteurs ont défini l'adoption comme le pourcentage des acteurs concernés, comme le personnel scolaire, les praticiens ou les établissements médicaux qui vont participer à l'exécution des pratiques recommandées dans le cadre de l'intervention (Glasgow & Linnan, 2002). Cependant, l'adoption pourrait être conceptualisée comme la volonté d'arrêter une pratique non recommandée (dans notre contexte ça pourrait être le tabagisme) (Prusaczyk et al., 2020).

La pertinence est la compatibilité perçue de la pratique innovante recommandée dans un milieu donné, c'est aussi la force perçue de l'intervention dans un changement visant un problème particulier (E. Proctor et al., 2011a). L'auteur insiste sur le fait qu'une intervention peut être

pertinente et utile, mais inacceptable pour le publique cible, notamment dans notre contexte scolaire avec des politiques antitabac perçues comme pertinentes, mais leur mise en œuvre peu efficace les rend inacceptables. Les chercheurs insistent aussi sur l'importance de bien différencier la pertinence du processus de l'implémentation et la pertinence de la pratique recommandée à savoir arrêter de fumer (Prusaczyk et al., 2020).

Karsh, (2004) définis la faisabilité dans sa recherche comme étant la mesure dans laquelle une intervention ou innovation est mis en œuvre efficacement et réussi à atteindre ses objectifs dans un contexte donné. Dans le milieu scolaire, les recommandations par rapport aux politiques de tabagisme peuvent être pertinentes, mais pas faisables en raison d'un manque d'implication des acteurs concernés ou manque de ressources financières ou humaines par exemple. La faisabilité est en lien direct avec l'acceptabilité et l'adoption (Prusaczyk et al., 2020). Les auteurs expliquent que la faisabilité pourrait simplement être l'arrêt d'un comportement cependant l'arrêt pourrait rencontrer des obstacles lors de l'implémentation même s'il y a l'intention d'arrêter la pratique (dans notre cas le tabagisme).

La fidélité se définit comme un ensemble d'actions adoptées dans le cadre d'une intervention telles qu'elles sont conseillé par les experts (Carroll et al., 2007). Deux dimensions émergent de la fidélité, l'adhésion qui désigne la conformité des comportements des acteurs aux recommandations de l'intervention, et la compétence qui se rapporte à l'habileté dans la prestation des pratiques dans le cadre de l'intervention (Forgatch et al., 2005). Autre définition de la fidélité est la mesure dans laquelle une intervention est proposée à son publique cible dans un contexte recommandé avec des règles et pratiques recommandées, cette définition renvoie à la qualité de l'implémentation (Prusaczyk et al., 2020)

Le coût d'une intervention varie en fonction de la complexité multidimensionnelle de l'intervention ou de l'innovation, le processus de la mise en œuvre de l'innovation et du contexte dans lequel l'innovation sera implémentée (E. Proctor et al., 2011a). La notion du coût est souvent attribuée à un cadre d'évaluation coût-efficacité afin d'identifier les obstacles de nature économiques qui peuvent influencé l'efficacité de l'intervention (Bowser et al., 2021)

La portée ou la pénétration est la mesure dans laquelle les individus ayant droit pour bénéficier d'une intervention en bénéficie effectivement (Peters, Adam, et al., 2013). Cela repose sur une définition précise de la population cible et la délimitation géographique. E. Proctor et al., (2011) expliquent que la pénétration est une condition de fonctionnement où les pratiques recommandées sont intégré aux systèmes et microsystème de l'organisation. La pénétration

concerne toutes les unités d'une institution et l'ensemble d'un réseau ce qui impose une institutionnalisation des pratiques recommandées à tous les niveaux car c'est la clé de la réussite de l'implémentation (Prusaczyk et al., 2020).

La durabilité est le moment où les pratiques recommandées dans le cadre d'une innovation sont incorporées et maintenues de façon permanente au sein de l'institution (E. Proctor et al., 2011a). D'autres auteurs mettent l'accent sur l'intégration d'une innovation dans la culture d'une organisation ou moyens de politiques ou de pratiques en insistant sur le fait que cette institutionnalisation nécessite d'abord le passage d'une pratique référentielle à une pratique recommandée et l'adoption de la pratique dans le cadre d'une routine à travers un renforcement répétitif de l'importance de l'innovation en l'incluant dans les procédures fonctionnelles (Rabin et al., 2008).

Les résultats observés lors d'une évaluation d'une implémentation permettent de mesurer l'engagement des différentes parties prenantes et d'identifier si oui ou non des efforts ont été fournis dans ce sens et si ses efforts ont permis une réussite de l'intervention (Gabriella M. McLoughlin et al., 2021) ainsi, le fait de les mesurer permettra aux chercheurs d'identifier les facteurs cruciaux qui interviennent dans les pratiques quotidiennes en matière de santé (E. Proctor et al., 2011a).

4.3 Obstacles et ressources

Karyn E. Alexander et al., (2014) indiquent dans leur recherche sur les politiques scolaires et la promotion de la santé à l'école que le manque de financement, de formation, d'informations, de perfectionnement professionnel et du soutien administratif sont identifiés comme les principaux obstacles dans l'implémentation des politiques scolaires et des innovations en matière de santé à l'école. Par ailleurs (Helen I. Wankasi et al., 2020) expliquent que si des efforts sont fournis pour surmonter les obstacles qu'on vient de citer, cela conduira à une adoption des bonnes pratiques en matière de santé.

En effet, les auteurs suggèrent que l'information sur l'implémentation devrait être partagée efficacement de façon informelle ou formelle par le biais de feedback, des appels téléphoniques ou des dialogues (Andrew L. Larsen et al., 2017). De plus, une formation des individus impliqués dans le processus s'avère nécessaire pour atteindre les objectifs d'un programme ou innovation, ceci à travers une formation continue, une sensibilisation sur les avantages et les inconvénients et une motivation pour susciter leur intérêts (Helen I. Wankasi et al., 2020).

L'élaboration dans le cadre d'une implémentation d'un manuel ou guide d'actions qui représente un outil favorable à la réussite d'une mise en œuvre d'une intervention en matière de santé (Rachelle Johnsson Chiang et al., 2015). Un autre point favorable à la réussite d'une implémentation est l'engagement actif des acteurs concernés comme le personnel scolaire et les écoliers dans le processus de mise en œuvre (Kelly D. Pagnotta et al., 2016). Nabyonga-Orem et al., (2014) ont montré dans leur recherche le rôle important qui pourrait jouer l'implication des acteurs à différents niveaux sur l'adoption des pratiques et la résolution des problèmes dans le cadre d'une intervention donnée.

Dans son rapport sur l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre, l'organisation mondiale de la santé (OMS) point du doigt l'importance du suivi et du contrôle régulier afin d'évaluer la progression de la mise en œuvre de l'intervention dans le cadre des politiques en matière de santé, un suivi à travers un recueil de donnée périodique et continu (World Health Organization, 2009). D'autres auteurs suggèrent la mise en place d'activité de suivi ou de contrôle par le biais de visites sur place ou des observations (K. Brigid Flannery et al., 2013) ou par une auto-évaluation et des feedbacks réguliers (Andrew L. Larsen et al., 2017).

L'engagement, l'implication et le soutien de la direction de l'école constituent des facteurs importants et cruciales dans la réussite d'une implémentation d'une politique de santé, (Helen I. Wankasi et al., 2020). Kristian G. Hudson et al., (2020) ont mené une étude sur l'implémentation d'un programme de santé mentale dans des écoles secondaires. Ils ont conclu que les écoles qui ont réussi à implémenter les pratiques dans le cadre de ce programme avaient des dirigeants plus engagés avec un rôle de leader ayant tendance à soutenir et à encourager le personnel et les élèves à adopter les bonnes pratiques recommandées. En effet, K. Brigid Flannery et al., (2013) affirment que la réussite d'une implémentation nécessite la fourniture de ressources et de soutien de la part de la direction, des ressources financières, techniques, administratives et humaines (Rachelle Johnsson Chiang et al., 2015).

Le leadership

Kelly D. Pagnotta et al., (2016) insistent sur le fait qu'un facteur qui suscite le changement de comportement et l'adoption des nouvelles pratiques peut varier, alors que le leadership encadré a toujours un impact positif sur la réussite de l'implémentation d'une politique de santé. Il s'agit des dirigeants bien informés et capables d'articuler l'importance de l'implémentation et le soutien du personnel, proactifs dans la résolution des problèmes, et persévérants tout au long du processus de la mise en œuvre (Gregory A. Aarons et al., 2014). Le leadership peut être

définie comme étant un outil par lequel un individu va influencer la pensée et le comportement des autres dans le but d'adopter une idéologie et un comportement particulier (Yukl, 2013).

La notion du leadership doit être considérée dans un registre universel plutôt qu'individuel exercer par un seul individu, c'est une compétence qui peut être partagée dans un contexte collectif (Mintzberg, 2008). La présence de cette compétence chez un groupe d'individus facilite la résolution des problèmes et permet de répondre avec efficacité aux défis (Carson et al., 2007). Ce phénomène du leadership partagé est défini comme un processus dans lequel il y a un partage de responsabilité entre les individus où chacun assume sa responsabilité selon son domaine de compétence (Ensley et al., 2006).

L'une des approches les plus populaires du leadership est le leadership transformationnel ou visionnaire, définie comme une source d'inspiration, de motivation, de confiance et de loyauté, capables de porter l'équipe et atteindre les objectifs organisationnelle avec des performances considérables (Gregory A. Aarons et al., 2014).

Damschroder et al., (2009) définie les typologies d'un leadership d'une implémentation en quatre catégories :

Leadership	Caractéristiques
Leader d'opinion	Des rôles formels ou informels avec une influence sur les attitudes et les croyances des collègues par rapport à la mise en œuvre
Responsable d'implémentation interne	Officiellement nommé et responsable de la mise en œuvre en tant que chef de projet, chef d'équipe ou coordinateur
Responsable d'implémentation externe	Appartient à une entité externe et pratiquant une influence formelle directe sur les décisions selon une direction souhaitée par la direction
Champion	La différence par rapport au leader d'opinion c'est qu'il est souvent au soutien de l'innovation

4.4 Les étapes d'implémentation

Afin de pouvoir identifier à quel niveau se situe un problème d'implémentation, il convient de définir les étapes d'implémentation d'un programme ou intervention. (Dean L. Fixsen et al., 2005) détaillent les différentes étapes d'un processus d'implémentation.

La première étape consiste à la recherche et la documentation sur les pratiques d'innovation, intervention ou programme à implémenter. C'est une étape d'exploration où on identifiera les préparations post-intervention tel que le besoin de changement, le leadership, les parties prenantes et les formes de communications.

Une fois l'adoption des pratiques innovantes est acceptée, la préparation de l'implémentation commence. Ce qui inclus des réunions, délimitation géographique de l'environnement où s'effectuera l'intervention, mobilisation des ressources adaptation du processus de fonctionnement organisationnel.

Après avoir identifié les acteurs, leur rôle, les ressources et les règles de fonctionnement, on arrive à l'étape de l'implémentation initiale. Elle est considérée comme complète une fois les notions telles que la pénétration et la durabilité deviennent visible et concrètes, autrement dit, les pratiques sont totalement intégrées dans le système, et les acteurs deviennent habiles avec les pratiques. Cette étape ne doit pas être considérée comme à part, mais devrait être prise en compte tout au long du processus. Cette prise en compte passe par un renforcement des pratiques à travers des programmes d'aide et de formations continues.

Une fois le programme ou l'intervention sont implémentés efficacement, l'organisation peut à ce stade tester des améliorations ou d'autres innovations. Cette étape nécessite l'avis des auteurs de l'intervention ou des experts afin de s'assurer de sa conformité.

Le National Implementation Research Network (NIRN) mentionne l'importance de connaître les étapes du processus d'implémentation. En effet, cela permet une meilleure planification du processus du changement. Et permet de faire correspondre les activités des parties prenantes avec l'étape en question pour passer avec succès à l'étape suivante et réduire les ressources et le temps perdu. Le processus de la mise en œuvre d'une innovation nécessite deux concepts, le temps et le soutien qui doivent être pris en compte tout au long du processus pour arriver aux objectifs attendus (Smith et al., 2014).

L'objectif derrière ce travail est de faire un état de la situation au sein des établissements scolaires namuroises qui ont été investiguées lors de l'étude SILNE-R cinq and après à travers d'une part **l'évaluation de l'implémentation et voir dans quelle mesure la situation à pu changer ou non ?** et d'autre part **d'identifier les mécanismes qui interviennent dans la réussite ou l'échec de la mise en œuvre des politiques scolaires sur le tabac ?**

Partie pratique

Méthodologie

Dans notre travail, les méthodes utilisées dans la récolte des données sont de nature qualitatives, nécessitant une présence physique sur le terrain et un contact direct avec les acteurs impliqués dans la recherche, au moyen d'outils de récolte comme les entretiens semi-structurés ou les observations de terrain (Paillé & Mucchielli, 2016). Ces outils permettent de récupérer des informations et connaître les avis du personnel scolaire sur l'évolution et la réussite ou non de l'implémentation des réglementations sur le tabac dans les écoles ayant participé à l'étude SILNE. Les données récoltées sont de nature verbale et gestuelle permettant une interprétation basée sur des faits et des expériences (Paillé & Mucchielli, 2016).

1. Méthode qualitative et mesure d'une mise en œuvre

1.1 Méthodes qualitatives et implémentation

Les méthodes de recherche qualitatives sont utilisées principalement dans le domaine de la science sociale. Toutefois, nous remarquons qu'elles sont de plus en plus sollicitées dans des recherches médicales et de soins de santé (Hamilton & Finley, 2019a). Dans ce sens Imbert, (2010) explique que les méthodes qualitatives émergent par leur grande adaptation aux recherches en santé et notamment en santé publique et les comportements qui y sont associés. Geoffrey M. Curran et al., (2012) décrivent les recherches qualitatives dans le cadre d'une mise en œuvre comme « *des approches critiques visant à découvrir et documenter le contexte, l'environnement, le processus et l'efficacité des stratégies de la mise en œuvre* ».

1.2 L'évaluation de l'implémentation

L'évaluation est une appréciation de nature qualitative ou quantitative de l'avancement d'un projet, un programme ou une innovation et qui peut viser aussi la vérification de l'atteinte des objectifs et dans quelle mesure y'a eu des changements (ANDEM, 1995). Ainsi, tout processus d'évaluation commence par une analyse de l'environnement suivie d'une observation de la situation ce qui permettra de récolter des données qui vont être comparées à une situation jugée comme idéale (MATILLON et al., 1994). PINEAULT et al., (1995) expliquent par ailleurs que les objectifs d'une évaluation peuvent être exprimés sous forme de questions qui sont en lien avec la réalisation de l'implémentation, l'adéquation des ressources, l'acceptabilité des actions mises en place et l'atteinte des objectifs.

2. Recueil des données

2.1 Caractéristiques du chercheur

Nous sommes un étudiant en Master en santé publique à l'Université Catholique de Louvain et dans le cadre de notre travail de fin d'études nous avons réalisé ce travail en étant novices dans le domaine de la recherche. Cependant, nous nous sommes impliqués et entraînés dans le but d'effectuer un travail de qualité.

2.2 Échantillonnage

Pour la récolte des données, nous avons choisi les sept écoles se trouvant à Namur ayant participé à l'enquête SILNE en 2013 et 2016 et ayant reçu un feedback en 2017-2018 résumant les résultats de l'enquête et les recommandations émises pour améliorer la situation tabagique au sein des écoles. Nous avons émis notre demande à la direction des différentes écoles et nous avons eu des réponses assez rapidement. Sur les sept écoles, nous avons pu effectuer une récolte de données chez six d'entre elles. Malheureusement la direction et le personnel d'une des écoles étaient débordés et n'ont pas pu nous consacrer du temps pour avoir leur avis sur le sujet. Nous avons effectué la récolte des données principalement aux près des directeurs et directrices des écoles ainsi que quelques éducateurs et une responsable. Assuétude.

2.3 Les outils de collecte

Nous avons choisi d'effectuer un entretien avec les personnes en utilisant un guide d'entretien semi-directif comme support afin de répondre à nos questions. Afin d'avoir une vue plus complète sur la problématique, nous avons utilisé un autre moyen qualitatif à savoir l'observation sur le terrain. Cette méthode permet de récolter des données de nature verbale ou non et pendant laquelle le chercheur portera plus d'attention sur le comportement, la situation, le contexte, etc. (Gaspard, 2019).

Dans ce cadre, nous nous sommes rendus avant chaque entretien à l'école en question et nous avons effectué des observations qui portent sur la localisation géographique de l'école, les alentours, la présence d'un quartier résidentiel, la présence d'un passage de personnes fréquent, etc. Nous pouvons qualifier notre observation du non structurée, car on ne suit pas un guide d'observation ou un schéma établi au préalable (Gaspard, 2019).

2.4 élaboration du guide d'entretien

Un guide d'entretien doit être précis avec des questions claires, faciles à comprendre et courtes tout en gardant à l'esprit qu'il peut faire l'objet d'évolution et de modification au fur et à mesure que nous effectuons des entretiens (Combessie, 2007). L'objectif de notre guide est de nous permettre de répondre à une série de réflexions, parmi lesquelles on trouve :

- Le climat général du tabac à l'école (priorité, estimation de la prévalence, visibilité, etc.)
- La réglementation du tabac à l'école (mesures, communications, réaction des acteurs, etc.)
- Le respect de la réglementation (vérification, sanction, etc.)
- Les barrières et ressources
- La sensibilisation (présence, fréquence et parties prenantes)
- L'utilisation du feedback 2017-2018 dans le cadre de l'étude SILNE

2.5 Le déroulement de l'entretien

Les entretiens se sont déroulés dans les bureaux des personnes questionnées. Tout d'abord, nous remercions les personnes d'avoir accepté puis nous nous présentons en tant qu'étudiants de l'Université Catholique de Louvain, ce qui a permis de mettre la personne en confiance. Avant que nous commencions à poser les questions du guide, nous expliquons le contexte de notre recherche et formulons une demande claire pour avoir la permission d'enregistrer l'entretien par le biais d'un dictaphone tout en gardant l'anonymat dans le rapport de recherche. Puis nous estimons la durée de l'entretien à une heure de temps au maximum.

Après avoir commencé l'enregistrement, nous posons les premières questions du guide d'entretien. Nous utilisons des questions relances en prenant une partie de la réponse de la personne interviewer pour avoir d'éventuelles clarifications et montrer ainsi notre engagement et intérêt pour le sujet ou bien pour enchaîner avec une autre idée (Combessie, 2007).

Durant ce temps, une prise de note est assurée pour indiquer les données très importantes et pour faciliter le passage à d'autres thèmes de la discussion. Les notes concernent aussi les postures, les gestes, les expressions faciales qui permettent d'avoir des informations importantes et qui pourront venir renforcer notre analyse.

Une fois les questions terminées, nous avons vérifié si la personne avait des questions et nous l'avons encore remercié pour sa disponibilité et nous lui proposons d'être informé sur la suite du travail.

2.6 La retranscription des entretiens

Une fois les entretiens terminés, nous avons procédé à leur retranscription en utilisant la méthode classique à savoir écouter l'audio et le retranscrire de façon exhaustive et précise avec une description des manifestations gestuelles (rire, posture, sentiment et expression faciale, etc.). Les entretiens ont une durée entre 32 minutes et 57 minutes avec une moyenne de 46 minutes.

2.7 l'analyse des données

Nous nous sommes basés pour l'analyse des résultats sur le cadre de Galanti et al., (2013). Les auteurs ont identifié 6 dimensions de la politique qui vont permettre d'évaluer l'implémentation des réglementations sur le tabac aux écoles. Ils les ont classées comme suite :

- 1) Exhaustivité/intégralité : la présence d'une réglementation antitabac, les individus ciblés, les produits concernés et les endroits où elle s'applique.
- 2) Le niveau de formalité : la réglementation est-elle formelle ou non ? Écrite ? Quel organisme en est à l'origine ?
- 3) La mise en application de la réglementation : est-elle bien appliquée ?
- 4) Les conséquences de cette réglementation : les sanctions en cas de manquement aux réglementations ? Les acteurs impliqués dans les sanctions ? En cas de récurrence ?
- 5) La communication de la réglementation : comment cette réglementation est-elle communiquée ? par quel moyen (support écrit, affiche, règlement d'ordre intérieur, etc.)
- 6) Niveau de la mise en œuvre : est-ce que cette réglementation concerne uniquement l'école, ses alentours, au niveau local, etc.

Les données récoltées lors d'observations des environnements et lors des entretiens ont été analysées pour faire émerger les éléments à classer dans les différents concepts cités auparavant.

En plus, nous utilisons les critères sur les catégories conceptualisées de Paillé & Mucchielli, (2021). Les auteurs expliquent les caractéristiques d'une catégorie qui pourrait émerger à partir des matériaux de recherches. En effet, elle doit être porteuse d'un sens et d'une signification concernant des faits réels de différentes natures. Afin d'identifier ces catégories émergentes, et selon Paillé & Mucchielli, (2021) nous avons parcouru les retranscriptions des entretiens en gardant à l'œil leur présence dans l'ensemble des récits et une répétition montrant leur importance. Ensuite nous expliquerons les mécanismes

d'implémentation à l'aide des critères définis par E. Proctor et al., (2011) et en confrontant les résultats à notre cadre théorique. Nous nous limitons aux critères d'acceptabilité, d'adoption, la pertinence et la faisabilité qui sont plus pertinentes dans notre travail.

Résultats

Dans cette partie du travail, nous allons mettre en avant les données récoltées concernant la mise en œuvre de la réglementation du tabac dans les écoles où nous avons pu effectuer notre

collecte des données. Nous allons présenter ces données en comparant les six écoles au niveau des concepts définis dans la partie méthodologie.

Description des responsables des écoles

Ecole	Fonction du responsable	Statut tabagique	Ancienneté	Orientation
B18	Directrice	Inconnu	21 ans	Générale et autres
B21	Directrice	Non fumeuse	Directrice depuis 7 ans et dans l'école depuis 30 ans	Générale
B78	Directrice remplaçante et médiatrice scolaire	Non fumeuse	À l'école depuis 20 ans et comme médiatrice depuis 15 ans	Technique et professionnelle
B17	Préfet d'éducation et responsable bien être	Inconnu	2 ans dans la fonction actuelle et en tant que professeur avant l'enquête SILNE	Générale et autres
B04	Directrice	Non fumeuse	18 ans	Générale et autres
B10	Chef d'atelier et coordination	Non fumeuse	32 ans	Générale et autres

Nous avons observé la présence de 2 responsables d'assuétude qui ont un rôle à jouer dans les différentes problématiques scolaires, dont le tabac. Ces référentes d'assuétude sont souvent subventionnées par la fédération Wallonie-Bruxelles et sont présentes lors de la communication et la coordination des différentes actions en lien avec une situation critique.

1. Les concepts prédéfinies

1.1 L'exhaustivité

1.1.1 Publique cible

Au sein de toutes les écoles que nous avons visitées, **l'interdiction de fumer s'applique à toutes personnes se trouvant dans l'enceinte de l'école**, le personnel scolaire, les éducateurs, les élèves, les visiteurs et les parents. « *Le tabac est interdit pour tout le monde dans et devant l'école* » (directrice de l'école B21).

Toutefois, dans une des écoles (B10), nous avons trouvé un fumoir destiné au personnel scolaire, y compris la direction. Lors de notre observation du fumoir avec l'accord de la personne responsable, nous avons remarqué une odeur de fumée forte qui se dégage à l'extérieur. Ce fumoir n'est pas visible et se situe au milieu des bâtiments de l'école.

1.1.2 Délimitation spatiale et temporelle

L'interdiction vise à bannir le tabac sur une zone plus large partant de l'école et sur un temps plus long. Elle porte sur des endroits qui sont communs à toutes les écoles, à savoir **l'établissement même, les annexes et les alentours**. Cette interdiction est **valable pendant toute la durée de l'activité scolaire**. Les réponses des personnes questionnées convergent vers une seule idée qui est l'interdiction stricte du tabac à l'école. Dans le règlement d'ordre intérieur de l'école B18, il est noté : « *La consommation de tabac, de cigarette électronique, d'alcool, de boissons énergisantes, de médicaments hors médication prouvée par certificat médical est strictement interdite dans et devant l'école ... Il est strictement interdit de fumer dans l'enceinte et aux abords de l'école. Cette interdiction est étendue aux voyages scolaires et activités extérieures à l'établissement* ». Cette interdiction est inspirée de la réglementation de la fédération Wallonie Bruxelles qui se base sur le décret 2 de l'arrêté royal de 2006.

Toutefois, des similitudes sont observées quant au respect réel de cette délimitation par les élèves et le personnel. **Des manquements sont ainsi observés** pour les mêmes raisons (l'incompréhension de la définition des alentours, visibilité du tabac, des autorisations de sortie pour les grands élèves, etc.). Des cendriers sont installés devant presque toutes les écoles et certains n'étaient pas présents à l'époque en 2016. Les personnes interrogées avancent que même si l'interdiction est étendue aux activités extrascolaires, des manquements sont observés lors des voyages scolaires et ceci est dans presque toutes les écoles « *dans le cadre d'un voyage scolaire par exemple à Barcelone, le soir les élèves peuvent fumer* » (Directrice de l'école B21). À noter que l'interdiction est valable du début jusqu'à la fin des cours (8h30 à 16h30), mais à partir de la 4^e année les élèves avec l'accord de leur parent ont le droit de sortir à midi « à ce

moment-là l'élève a la possibilité de sortir au temps de midi et là ce n'est pas moi qui le contrôle, il est là aux alentours de l'école et il fume évidemment enfin il peut fumer » (directrice de l'école B18).

Ensuite, **un problème de visualisation et de compréhension de la notion des alentours est identifié** de la part des responsables des écoles. Les réponses indiquent que le personnel fumeurs est présent devant les entrées des écoles de façon très visible *« il y a toujours un petit groupe de professeurs fumeurs qui continuent à fumer à l'extérieur et même parmi les nouveaux engagés il y'en a certains qui fument ... maintenant il y a un abri qui n'existait pas non plus à l'école à l'époque, un abri sur le côté qui accueille les vélos et les profs vont fumer là, une chose qui n'était pas là à l'époque non plus c'est que la ville a mis juste devant l'entrée de l'école, un cendrier au sol ... pratiquement la moitié des élèves sont majeurs, et donc il y a des élèves qui font des 7e, qui refont les 7e, donc ils sont de 20 21 22 23 ans et ils fument avec leurs profs sur le temps de midi »* (directrice de l'école B21). **La notion des alentours est définie comme la mesure où si la personne se place devant l'entrée tout ce qu'ils arrivent à percevoir est concerné par l'interdiction**, alors qu'en réalité ce n'est pas le cas *« certes l'interdiction est appliquée principalement à l'école et dans la mesure du possible aux alentours, mais ça reste difficile de donner une définition de ce que sont les alentours »* (Directrice de l'école B18).

1.1.3 Les produits concernés par l'interdiction

Les ROI des différentes écoles indiquent les produits concernés par l'interdiction. Nous trouvons, le tabac, les cigarettes électroniques, la drogue, l'alcool et toute forme de produit illicite. À noter que les responsables témoignent d'une présence plus importante de certaines formes plutôt que d'autres comme les cigarettes électroniques. Un point commun entre toutes les écoles concerne la possession des cigarettes qui ne fait pas l'objet d'une sanction et est rarement vérifiée.

1.1.4 Sensibilisation : programmes et efficacité

Un manque de motivation, d'engagement des acteurs impliqués, de soutien de la direction et de moyens financiers sont tous des éléments qui ressortent très clairement des réponses concernant l'absence de programmes de sensibilisation. Néanmoins, les responsables affirment leurs volontés d'améliorer cette dimension de prévention et de sensibilisation. Les raisons sont nombreuses selon eux. La présence d'autres problématiques au sein des écoles impose de laisser de côté la question du tabac chez les jeunes. **Nous observons alors une priorisation d'autres thématiques sur le tabac** même si des groupes sont formés dans les différentes écoles pour s'occuper des différentes situations critiques *« En vous en parlons, je me rends compte qu'on a*

oublié le tabac au profil d'autres problématiques comme le harcèlement, la drogue, la violence, etc.. » (Responsable bien-être de l'école B17). En effet, les directions partagent l'idée que le tabac n'est pas prioritaire *« On a fait un choix quand la référente assuétude est arrivée à l'école, elle nous a présenté un plan de prévention contre le tabac, mais elle était là à mi-temps dans une école de 1800 élèves, voilà on a fait un choix de se concentrer sur les produits illicites, l'alcool et la violence et puis le tabac bien après »* (Directrice de l'école B78). **L'importance est mise sur la compréhension du processus initiateur pour compenser cette faible prévention de tabac** *« Les jeunes quand ils sont attrapés et viennent chez nous on se rend compte qu'ils ont déjà touché à plusieurs choses et on commence à se demander on les attaque par où, car ils savent plus que nous »*.

L'école B21 se distingue par le nombre peu élevé des fumeurs, ce qui incite moins à des programmes de prévention. Toutefois la directrice insiste sur l'importance de prendre cet aspect en compte pour que les jeunes ne retombent pas dans cette problématique. Une autre raison qui explique l'absence de programmes de sensibilisation est que **tant que le tabac n'est pas visible dans l'école, la problématique ne poussera pas les décideurs à adopter des actions préventives**.

L'école qui fait l'exception est B18. En effet, la directrice de l'école affirme qu'il y a bien des programmes de sensibilisation sous différentes formes, organisés par le PMS (centre psychomédicosocial) ainsi que des intervenants de l'extérieur qui viennent proposer des séances d'informations et de sensibilisation. Elle rajoute *« les élèves peuvent aller voir un reportage, un film ou avoir un contact avec le réalisateur, puis revenir à l'école et travailler sur une fiche pédagogique sous la supervision d'un éducateur »*. **Ces activités visent la mise en évidence de la gravité des différentes problématiques, dont le tabac**. En parallèle à ces activités, l'école adopte des programmes d'aide aux élèves en difficulté qui sont dépendants, la directrice explique la situation d'une fille de 13 ans attrapée en train de fumer un produit illicite et tout le travail qui suit avec l'aide des associations comme le PMS ou le PSE (Promotion de la santé à l'école) ou des associations d'aide au sevrage. Cependant, d'autres problématiques s'imposent dans cette école et prennent plus de place dans la programmation d'activités de sensibilisation et d'accompagnement. Dans ce cadre la directrice met en évidence la priorité accordée au GSM en estimant que les jeunes ne communiquent pas ou peu et quand ils le font ils communiquent mal ce qui engendre des difficultés au sein de l'école et en dehors de celle-ci. Toutefois, elle a parlé d'un projet de parrainage d'élève de première par ceux des cinquième et sixième sous la supervision d'éducateur et qui va inclure le tabagisme.

1.2 Le niveau de formalité

Le niveau de formalité de la réglementation sur le tabagisme dans les écoles concerne le degré de clarté, de précision et la façon explicite de l'exprimer. Cette façon d'exprimer peut-être écrite et/ou orale, et peut concerner plusieurs services à l'image de la direction, les enseignants, le personnel scolaire, etc.

Les réglementations sur le tabac à l'école sont mentionnées dans les règlements d'ordre intérieur et le journal de classe. Au début de chaque année, l'interdiction de fumer est annoncée par les éducateurs aux élèves en lisant le ROI. **Ce discours de début d'année représente un moyen de communication de l'interdiction** « *lors de la rentrée scolaire, les éducateurs informent les élèves via le ROI sur l'interdiction des cigarettes et autres produits ... ils insistent sur le caractère strict de la réglementation* » (Directrice de l'école B21). Cette réglementation sur le tabac est approuvée par la direction de l'école, les préfets et les autres organes concernés. La direction donne son approbation pour l'interdiction, les sanctions et les programmes de sensibilisation, de prévention et d'accompagnement.

Les sanctions sont aussi mentionnées de façon formelle dans le ROI des écoles. La direction approuve et se charge de l'application ou la délègue à la direction adjointe, les éducateurs ou bien les surveillants. **L'accent est mis sur la responsabilisation de tous les acteurs** impliqués dans ce processus « *chaque professeur et membre de l'école est responsable de dire s'il voit un comportement pareil et de le communiquer à la direction. Même chose aux alentours de l'école, on rappelle les règles d'ordre intérieur qui sont d'application même aux alentours de l'école.* »

1.3 La mise en application

Nous constatons d'après les réponses des répondants **que l'implication de la direction et du personnel dans la vérification du respect de la réglementation**. Ainsi ils mentionnent que **des efforts sont fournis pour appliquer la politique de façon continue durant les activités pédagogiques**. Les surveillants et éducateurs vont vérifier dans certaines écoles les endroits où les élèves sont susceptibles d'aller fumer. Ces endroits sont communs à la majorité des écoles, à savoir les toilettes, les endroits à l'abri des regards et dans les escaliers « *on sait les endroits où les élèves vont fumer donc oui les éducateurs savent où vont les élèves quand ils veulent fumer et ces endroits sont des points de surveillance ... les deux sorties de secours et les toilettes ... Pour le moment, je ferme les toilettes parce qu'en fait ils fument et en même temps ils démolissent les toilettes, surtout les garçons, donc je ferme les toilettes pendant les cours et si un jeune doit absolument aller aux toilettes il doit aller demander la clé à l'éducateur parce* »

que c'est vrai que les toilettes c'est l'endroit où l'on fume le plus évidemment. On fait ça de depuis le mois de janvier, et cette action n'était pas très bien accepté par les parents ».

Le manque d'accompagnement et de formation de tous les acteurs concernés est directement lié aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'interdiction. En effet, un éducateur de l'école B10 affirme que ce n'est pas facile de vérifier les toilettes pour les garçons et les filles même si c'est une surveillante ou éducatrice, car ça reste un endroit intime et privé « *Pour les filles, si c'est une éducatrice ça passe, alors que pour les garçons c'est un peu plus compliqué, avec le temps on apprend à observer l'expression et l'odeur des élèves et à partir de là on les confronte au fait qu'ils ont fumé, parfois ça marche, mais si c'est un garçon de 5e ou 6e c'est plus difficile* ». **Cette vérification semble difficile à assurer dans les écoles B17 et B78 qui ont des structures particulières.** En effet, la première est une école ouverte alors que la seconde est une école technique où la surveillance s'avère difficile et demande un effort important de la part du personnel, ce qui représente un obstacle quant à l'application efficace de l'interdiction.

Au niveau de la tolérance, la règle de base est d'être très stricte dans l'application de la réglementation et veiller à son respect par toute personne se trouvant au sein de l'école. Cependant, dans la majorité des écoles qu'on a questionnées, les responsables affirment que **du moment où vous avez du personnel qui fume, une certaine tolérance et souplesse s'installe**, ce qui crée des situations de non-respect de la réglementation. Une tolérance lors des événements de fêtes ou des événements conviviaux est observée dans la majorité des écoles. Les anciens élèves ou les élèves de la 6e vont fumer avec les éducateurs, car ils estiment que c'est un moment de partage. Un autre aspect évoqué par les responsables est la tolérance de la direction envers le personnel uniquement ce qui est contradictoire et crée un sentiment d'injustice « *les techniciennes de surface se joignent au personnel au fumoir, ce dernier se trouve juste à côté de la direction pour un échange informel. Je pense que la direction obtient des informations, car les gens autour d'une cigarette se lâchent et la direction a besoin de ce genre de réaction informelle où on soupire, on se plaint, de petits bruits de couloir ... mais si on ne trouve pas un moyen de convivialité autre qu'autour de la cigarette on n'y arrivera pas* ». Les répondants affirment que dans presque toutes les écoles le personnel qui fume le fait soit devant l'école soit dans un endroit tout proche avec des degrés de visibilité différents. **Ce comportement pose un problème d'acceptabilité chez les élèves** et une discordance des discours « *fais ce que je dis, mais ne fais pas ce que je fais* » (responsable de l'école B10).

1.4 Les conséquences

Le manquement aux réglementations sur le tabac qui interdit de fumer dans les écoles fait l'objet de sanctions dans tous les établissements qui ont participé à notre enquête. Cependant, les avis des directrices et responsables sont marqués par une certaine réticence par rapport à l'efficacité des sanctions. **Ces sanctions ne garantissent pas un respect total de la réglementation.** En effet, selon les responsables d'une part, il faudrait **adopter des mesures préventives et des actions permettant d'inclure les jeunes dans ce processus.** Cela commence par la compréhension des raisons derrière le fait de vouloir fumer (processus initiateur). D'autre part, il faut **miser sur la sensibilisation et la mise en garde contre les effets néfastes des cigarettes** et dont les élèves se rendent compte eux même des dangers du tabac pour leur santé et celle des autres « *Au niveau des sanctions ce qu'on fait dans ce cas c'est conscientisé avec un reportage sur le tabac et ses effets à partir d'internet, on peut rappeler le règlement de l'école et quand c'est compliqué on les emmène vers un hôpital pour voir les effets que ça fait. Ce sont plus des sanctions éducatives avec bien sûr une retenue le mercredi ... Deux heures de retenue où souvent ils visionnent le reportage sur le tabac* » (directrice de l'école B21). En plus des raisons déjà annoncées, les responsables parlent d'absence d'échange et de communication autour du comportement rajouter à cela le nombre de cas à gérer et la fréquence à laquelle ils fument fait que le personnel se sentent déborder ce qui rend les sanctions inefficaces « *ce n'est sans doute pas bien, car on met 2 heures de retenue c'est tout. Il n'y a pas de discussion sur depuis quand tu fumes ? connais-tu les conséquences ? (Une vue plus globale et profonde) ... vu le nombre d'élèves dans l'école ainsi que les différentes problématiques à gérer au quotidien inconsciemment on a mis le tabac dans la case « qu'est-ce qu'on peut y faire ». On se limite à sanctionner, mais je crois qu'on a un rôle à jouer par rapport à ça* » (responsable à l'école B78). Les écoles appliquent une sanction d'une retenue de deux heures. L'école B04 fait l'exception avec une mise en garde, car elle estime que la retenue ne sert à rien. À côté de ces sanctions, d'autres peuvent être appliqués comme le retrait de la carte de sortie pour les élèves à partir de la 4^e et au bout d'un certain nombre de récidives l'élève pourrait être renvoyé même si les responsables affirment que ce n'est jamais arrivé. « *en fait la phrase que je dis le plus c'est inclure plutôt qu'exclure, quand on trouve une jeune fille qui fume toute seule le joint entre deux voitures à 13 ans à quoi servirait une sanction ... elle a eu 2 jours de renvoi, les jours de renvoi se passe ici à l'intérieur de l'école ... c'était parce que symboliquement il fallait mettre quelque chose en place et parce que dans notre système il y a toujours une sanction quand on commet quelque chose enfin quand on ne respecte pas les règles de l'école ... si elle n'est pas preneuse ça ne marche pas, mais ... ce que je voulais c'était l'engagement qu'elle l'avait pris*

vis-à-vis de nous c'est qu'elle fasse une première démarche avec sa maman et avec un éducateur dans un service » directrice de l'école B18)

1.5 La communication

Le manque d'affiches, de support écrit à disposition et des réunions régulières rappelant l'interdiction du tabac fait que le volet de la communication de la politique figure parmi les difficultés venant contrer sa mise en œuvre. L'interdiction est présente tout d'abord dans le ROI des écoles et dans le journal de classe. Ainsi comme mentionné avant, c'est réexpliqué oralement par les éducateurs au début de chaque année scolaire *« on n'oublie pas de communiquer en chaque début d'année les règles de vie en communauté et entre autres l'interdiction du tabac. Je peux dire qu'on a une relation de confiance importante »* (Directrice de l'école B21). Dans plusieurs écoles, la communication est parfois abordée lors de l'assemblée générale notamment la question de visibilité du personnel qui fume *« Ils ont eu une information en assemblée générale et à ce moment-là comme les élèves il y a eu une prise de conscience ... ils fument un petit peu plus loin ... maintenant ils vont dans cet abri ils fument »* (directrice, école B18). Au sein de toutes les écoles, les cours de citoyenneté et hygiène de vie communiquent autour du tabac. Toutefois, ces cours ne sont pas présents dans toutes les options. On se retrouve alors avec des jeunes qui reçoivent l'information et communiquent autour et d'autres non.

Un autre aspect de la communication s'observe lorsqu'un élève est interpellé à cause des cigarettes. En effet, un échange et une discussion sur le sujet sont lancés avec l'élève en rappelant le règlement. La direction est mise au courant de la situation par l'éducateur ou le surveillant et dans certains cas une réunion est organisée entre la direction, l'éducateur et des responsables impliqués comme le responsable assuétude ou le conseil disciplinaire qui sont interpellés par un rapport de la situation *« ce sont les éducateurs qui surveillent et parfois les professeurs qui prennent la charge. S'ils voient des élèves pris la main dans le sac, on fait des rapports de comportement ... puis le conseil disciplinaire reçoit les élèves concernés »* (responsable école B10).

La communication est basée aussi sur l'établissement d'un environnement de confiance mutuelle. En effet, le personnel reste disponible aux élèves qui se sentent en difficulté par rapport aux dépendances aux produits comme le tabac *« quand ils ont ce genre de problème là pour le coup ils savent qu'ils peuvent venir en parler et que nous allons essayer de mettre des choses en place pour eux ... j'en ai eu un cas hier, c'est simplement un élève qui s'est fait*

attraper en train de fumer dans la cour et j'en ai discuté avec lui il m'a dit oui, mais Madame d'habitude je le fais et on ne m'attrape pas » (préfet d'éducation à l'école B17). Elle rajoute que des réunions ont eu lieu avec une association qui lutte contre les assuétudes.

L'absence d'affiches dans toutes les écoles est pointée du doigt par toutes les personnes questionnées. Ils expliquent que les affichent ont **un rôle important à jouer dans la sensibilisation et l'information des jeunes** sous forme de rappel sur l'interdiction de fumer et même sur d'éventuelles actions en lien avec la problématique. À l'école B78, une annonce d'une table ronde autour du tabac a été programmée en invitant les élèves via des affiches, mais malheureusement personne n'est venu.

1.6 Niveau de la mise en œuvre

Les données par rapport au degré de mise en œuvre n'ont pas fait l'objet d'une collecte.

2. Les concepts émergeant

2.1 L'exemplarité du personnel scolaire

La question d'exemplarité a été abordée pendant les entretiens, et presque toutes les écoles parlent de l'effet que ça provoque chez les élèves. Le comportement tabagique du personnel fumeurs dans les écoles **pose un réel défi aux responsables quant à l'efficacité de l'implémentation** des politiques sur le tabac dans les écoles *« C'est un comportement qu'on voit toujours, le personnel fume devant l'école et les jeunes peuvent les voir. Ils ont mis même des cendriers devant l'entrée de l'école pour les mégots ... Les élèves parfois osent sortir leur paquet de cigarettes alors qu'ils sont encore dans l'école parfois en classe dès que ça sonne parfois, mais souvent ils roulent leurs cigarettes en classe ... Le personnel se plaint beaucoup des demandes des jeunes pendant le cours s'ils peuvent sortir fumer une clope et revenir »* (l'école B78). Les répondants avancent que **le désir de fumer chez les jeunes va naître au moment où ils vont observer les adultes fumer**. Le préfet d'éducation à l'école B17 fait une proposition dans ce sens *« Écoutez, pour vous parler honnêtement, moi je trouve qu'il faudrait une zone fumeur pour les élèves parce qu'on a ces élèves qui sont complètement accros, évidemment pas pour tous les élèves enfin je pense qu'il y a une tranche d'âge de 18 ans. Je suis mitigée par rapport à ça parce qu'on a des élèves qui se planquent un peu partout et ce n'est pas évident de pouvoir canaliser tout le monde »*.

La liberté individuelle est manifestée comme une difficulté quand il s'agit de sensibiliser le personnel et de l'inviter à fumer loin de l'école de façon ce qu'on ne les voit pas. Ils expliquent que ce n'est pas facile vu la structure des écoles qui se trouve dans la majorité des

cas dans des quartiers résidentiels *« une des choses que j'avais retenues de l'étude c'est que l'adulte montre l'exemple et donc si on voit des adultes aux abords de l'école qui fument ça donne l'autorisation et donc du coup j'essaye de dire aux membres du personnel aller si vous devez fumer aller plus loin »*. Les réponses des responsables montrent des positions communes par rapport à la question d'exemplarité. **Du moment où il y a du personnel qui fume, cela donne lieu à une contradiction et de doubles discours.** Selon leur propos, le personnel banalise ce comportement tabagique et le normalise ce qui engendre un sentiment d'incompréhension chez les jeunes d'une part et un problème de crédibilité de l'interdiction d'autre part *« le problème c'est la cohérence c'est qu'on est soi-disant éducateur on doit montrer le bon exemple, mais ils vont fumer alors dès qu'on aborde le sujet du tabagisme c'est tabou ... j'espérais qu'on vous faisant venir et qu'en ayant vos résultats qu'il va y avoir une prise de conscience ... il y a cette idée toujours qu'on est adulte on fait ce qu'on veut, on sait que c'est mauvais pour notre santé, mais on ne sait pas s'en passer et c'est normal qu'on interdise aux étudiants puisqu'eux sont des jeunes, c'est ridicule »* (responsable école B10).

Le feedback de 2017 a eu un effet sur les écoles B18 et B21. Cette dernière indique la suppression d'un fumoir qui existait à l'époque de l'enquête en 2016 puis il y a eu une prise de conscience par la direction et le personnel en supprimant ce fumoir de l'école et en le déplaçant à l'extérieur de façon qu'il ne soit plus visible par les élèves *« pour fumer, le personnel scolaire a une sorte d'endroit à l'extérieur qui n'est pas visible et on ne sait pas les voir. La preuve qu'ils adhèrent à l'interdiction c'est qu'à l'époque de l'enquête on avait un local fumeurs dans la salle des professeurs chose qui n'existe plus maintenant, car les élèves pouvaient voir le personnel fumer, donc on a dû chercher un autre endroit »*.

2.2 La priorisation du tabac

Nous avons pu observer que le tabagisme ne fait pas partie des priorités des écoles. D'autres problématiques avec des degrés différents selon les écoles s'imposent comme prioritaires, des problématiques comme la violence, le harcèlement sous toutes ses formes, l'alcool, les produits illicites, etc. Ils mettent en évidence la dangerosité d'autres produits par rapport au tabac *« je ne veux pas vous mentir, on a d'autres chats à fouetter que le tabac, je ne trouve pas que la fumée fais des dégâts aussi importants que l'alcool, c'est-à-dire qu'un jeune qui a fumé une cigarette sur le temps de midi il est clean quand il rentre l'après-midi, celui qui a consommé autre chose que le tabac il n'est pas clean du tout, donc la cigarette n'est pas ma première préoccupation, ma première préoccupation c'est qu'ils ne se battent pas, parce qu'avec le COVID quand ils sont revenus ça a été hyper compliqué, c'est qu'ils se respectent,*

qu'ils ne consomment pas des choses qui les mettent dans des états pas possibles et incapables d'apprendre, la maltraitance, le harcèlement, la drogue, l'absentéisme, tout ceci sont mes préoccupations » (Directrice de l'école B18). **La situation géographique, le nombre d'élèves et de personnels et la taille de l'école vont influencer la priorisation ou non du tabac** « *Je pense que du faite qu'on est une école de village, on est protégé par rapport à toutes ces problématiques, que ça soit l'alcool ou la drogue ou le tabac, et donc comme on est une petite école on est vite au courant des problèmes, ce qui empêche ces problèmes de se développer, de s'amplifier ou d'être vus au sein de l'école par les autres élèves »* (Directrice de l'école B21). **D'autres raisons sont avancées par les responsables comme le manque d'effectif, de moyen et de temps.** En effet, vu le nombre important des élèves et des situations critiques nécessitant une intervention et le temps que tout cela prend font que le tabac est mis de côté « *Je pense que c'est une problématique qui fait quand même partie de haut degré d'importance pour nous, maintenant c'est vrai que mon projet principal il est au niveau du harcèlement parce que dans le tabagisme ils se font du mal à eux-mêmes tandis qu'au niveau du harcèlement ils font du mal aux autres »* (préfet d'éducation à l'école B17). **Dans certaines écoles du moment où ce n'est pas visible au sein de l'établissement, les responsables préfèrent accorder l'importance à d'autres problématiques plus conséquentes** selon leurs dires. Ainsi la faiblesse de la direction quant aux actions à adopter par rapport au tabac est pointée du doigt dans certains cas « *C'est une problématique qui n'est absolument plus débattue, qui n'est plus mise sur le tapis, maintenant peut-être que le CPPT (comité pour la prévention et la protection au travail) en parle, mais quand je lis les comptes rendus du CPPT ça n'a plus jamais été abordé il faut savoir qu'il y a énormément d'éducateurs qui sont fumeurs »*.

2.3 COVID et politiques scolaires sur le tabac

Le COVID a eu un impact direct sur le respect de la réglementation du tabac dans les écoles. Toutes les personnes questionnées témoignent du **changement d'attitudes des élèves** à travers la progression du nombre des fumeurs, mais pas seulement, la gestion d'autres problématiques aggravées par le COVID laisse peu de temps à la gestion du tabac dans les écoles. De plus, les **changements dans l'organisation du travail** sont mis en évidence par les responsables qui constatent des difficultés énormes pour assurer une implémentation des politiques efficaces au niveau des écoles « *C'est toujours un jeu du chat et de la souris à l'école et à la suite de la pandémie du COVID on constate que c'est encore plus compliqué et que sans doute la consommation de tabac a augmenté chez certains jeunes »* (directrice école B78). « *Il y a 2 groupes dans les ados il y a les ados où la problématique du confinement leur a permis de se*

poser puis l'autre groupe qui ont des parents et des familles très stressés ce qui fait qu'ils sont devenus hyper stressés ... Alors maintenant peut-être qu'il y en a qui sont passés à la cigarette pour se calmer » (directrice école B04). La crise COVID a impacté aussi la mise en place de certains projets scolaires qui visaient des problématiques comme le tabac « *Avec le COVID il y a quand même beaucoup de projets qui ont été évidemment mis en attente »* (responsable école B10).

2.4 La limite d'âge pour l'achat des cigarettes

Concernant la modification d'âge légal pour acheter les cigarettes, où l'âge limite est passé de 16 ans à 18 ans, nous avons pu observer dans les réponses **une absence de connaissance de la loi et aucune action n'est prise en l'utilisant pour une meilleure application de l'interdiction**. La majorité des répondants n'avait pas d'idée de la nouvelle loi. En plus, les responsables affirment qu'ils n'ont pas pu observer une amélioration de nombre de fumeurs dans les écoles ou en dehors. La répondante de l'école B78 affirme « *on n'a pas observé un changement, car nos élèves fument et boivent et ils ont toujours un pote majeur qui va acheter pour eux, ils sont très doués pour obtenir ce qu'ils veulent et donc je ne pense pas qu'on a vu une grosse différence. La différence est observée qu'on il y a eu le changement de prix, et on soupçonner la librairie de vendre par pièce, ensuite on l'a signalé à la police »*. L'école B04 rajoute « *je pense que les commerçants ne font pas leur travail comme il faut. En plus je pense que c'est comme pour l'alcool les élèves arrivent toujours à s'en procurer par le biais d'un ami plus grand »*.

2.5 l'utilisation du feedback

Un dernier point concerne le feedback émis en 2017 aux écoles. En effet, ce feedback contenait un comparatif des résultats des écoles et des recommandations émises pour améliorer l'implémentation. **Le changement de personnel, la crise COVID ou le manque de rappel sont les raisons avancées par les personnes interrogées sur la non-utilisation du feedback**. Ils ont indiqué que **l'utilisation du feedback s'est limitée au jour où l'équipe de recherche est venue l'exposer**. Une version imprimée a été déposée dans la salle des professeurs, mais sur place **nous avons constaté l'absence de ce support**. La seule exception est l'école B21 qui conserve toujours le feedback dans la direction et la salle des professeurs. À ce sujet la directrice explique « *J'étais contente de ce qui a été mis dedans, on en a parlé et on la mit à la disposition des professeurs. En plus notre école avait de bonnes statistiques par rapport aux autres écoles. Le feedback nous a aidés à comprendre la situation au sein de l'école et à nous rendre compte*

qu'on est pas mal situé par rapport aux autres écoles namuroises. En plus pendant la période de 2016 on avait un noyau de jeunes fumeurs dur et ce n'est plus le cas maintenant ».

Discussion

Les résultats qui ressortent de notre recherche réalisée auprès des six écoles vont nous permettre de répondre à notre question de recherche qui est pour rappel : « ***l'évaluation de l'implémentation des réglementations antitabac dans les écoles ayant participé à l'enquête SILNE-R et dans quelle mesure la situation a pu changer ou non, 5 ans après*** ».

De manière générale, nous pouvons dire que notre recherche auprès des écoles a suscité l'intérêt des responsables interrogés pour la problématique du tabac. Ces derniers ont tous manifesté leurs préoccupations par rapport au respect des politiques interdisant le tabac dans les écoles. L'importance accordée à nos entretiens laisse ressentir une volonté de changement pour arriver à cerner cette problématique. Paradoxalement, l'impossibilité de nous recevoir par une des sept écoles donne une mauvaise impression quant à l'engagement de la direction envers la question du tabac.

Synthèse des résultats et intégration du cadre théorique

Après avoir parcouru les réponses des personnes interrogées, plusieurs constatations sont observées. La première est qu'il y a bien une politique interdisant le tabac dans les écoles. Cette interdiction est adressée à toute personne se trouvant à l'intérieur de l'école, les locaux qui y sont associés, les annexes et aux abords. **Elle constitue un élément important dans la prévention du tabac en milieu scolaire** (Lalonde et al., 2004). Toutefois, des manquements à l'interdiction par les élèves et le personnel sont observés dans toutes les écoles. Ces manquements se passent soit aux abords soit au sein des écoles, dont une, avec un fumoir pour le personnel tout près des locaux de la direction. Ceci est en accord avec les explications de Galanti et al., (2013) qui affirment que **la présence de la politique seule n'assure pas son respect de la part des personnes concernées**. Cette interdiction concerne plusieurs produits avec des niveaux de tolérance différents. Dans certaines écoles la tolérance au tabac est nettement supérieure à celle de l'alcool ou la drogue par exemple.

D'après des études quantitatives sur le tabac réalisées en milieu scolaire, l'exhaustivité des politiques scolaires sur le tabac n'est pas significativement liée à la prévalence tabagique dans les écoles (Adams et al., 2009). Autrement dit, **le concept d'exhaustivité n'intervient pas nécessairement dans la visibilité du tabac parmi les élèves dans le milieu scolaire**. Ce n'est pas nécessairement le contenu qui est priorisé, mais plutôt son application au niveau de l'école.

La politique sur le tabac est formulée via un support écrit (ROI) et oralement dans toutes les écoles. Elle est approuvée par la direction qui donne son approbation pour l'application, les sanctions et les actions de préventions. Lors des assemblées générales, la question du tabac est rarement abordée. Cependant, l'absence d'affiches rappelant l'interdiction des cigarettes se fait observer dans toutes les écoles, sauf l'école B18 qui possède 2 affiches à l'entrée et à l'intérieur. Ce faible nombre de canaux de communication **ne contribuera pas à une bonne diffusion et compréhension de la politique par les élèves** selon les directives de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Gamache et al., 2015). Ceci va dans le même sens de l'idée annoncée Lovato et al., (2007) expliquant que **les élèves informés sur l'interdiction de façon claire et compréhensible sont moins susceptibles de fumer dans les écoles comparées à ceux qui ne savent rien sur la politique**. Un autre aspect de la communication s'observe entre les services de l'école en cas de non-respect de l'interdiction. Un échange est assuré entre la direction, les surveillants, les éducateurs et les familles. En cas d'une situation plus compliquée, l'intervention d'autres organes extérieurs est parfois sollicitée.

Depuis 2016, les politiques sur le tabac dans les écoles **n'ont pas connu d'évolution**, et ceci malgré la progression du nombre des fumeurs dans le milieu scolaire. Cette stagnation indique **un certain laxisme et renvoie des signaux négatifs quant à l'engagement des parties prenantes envers la problématique du tabac**. Cet engagement est essentiel pour que la politique soit efficace et permet la réussite de l'implémentation (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health, 2012).

Pour la mise en application, **les écoles se basent principalement sur l'implication du personnel et de la direction dans la mise en œuvre de la réglementation**. Les personnes interrogées parlent d'une **responsabilisation de tous les acteurs impliqués dans ce processus**. Les surveillants, les éducateurs ou même la direction participent à cette tâche. Certains endroits fréquemment utilisés par les jeunes posent un défi pour le personnel qui surveille tels que les toilettes ou devant les écoles. Cette surveillance **n'est pas assurée de façon continue et avec la même rigueur ce qui influence l'efficacité des politiques** (Tremblay et al., 2014). Les études antérieures insistent sur l'importance d'une application rigoureuse des politiques scolaires sur le tabac, car elle est associée et significativement liée à la visibilité du tabac au sein de l'école (Adams et al., 2009). La mise en œuvre de l'interdiction est influencée par le degré de compréhension des objectifs par les acteurs impliqués. En effet, **nous avons observé que le personnel n'est pas en possession d'outils pouvant l'aider dans sa mise en œuvre de l'interdiction**. Dans ce cadre, **l'absence d'un suivi interne ou externe de la mise en œuvre**

permettant d'évaluer la progression de l'implémentation des politiques scolaires intervient comme un exemple frappant. Ce suivi régulier permettra de s'assurer si l'implémentation de la politique est fidèle aux consignes établies par les experts et si elle poursuit ces objectifs fixés en amont (Allen et al., 2021). **Cet aspect intervient directement comme mécanisme important dans l'échec de l'implémentation.**

En parallèle nous avons pu observer que **l'exemplarité du personnel** dans toutes les écoles est pointée du doigt. En effet, le personnel participe indirectement à **la normalisation du comportement tabagique** chez les élèves quand ils sortent fumer devant l'école ou aux abords, ce qui est le cas pour la majorité des établissements où nous nous sommes rendus. **Cette normalisation intervient directement sur l'acceptabilité** de la loi par les élèves et met en place une certaine **résistance** à l'interdiction du tabac. L'acceptabilité représente **un déterminant majeur dans la réussite de l'implémentation des politiques à l'école**. Elle représente la mesure dans laquelle les élèves trouvent **l'interdiction cohérente et satisfaisante**. D'après les répondants, les jeunes ont du mal à accepter cette réglementation quand ils voient du personnel fumer. Les répondants se demandent comment les jeunes vont accepter de se soumettre à l'interdiction alors que les adultes refusent. En effet, le personnel admet que l'interdiction de fumer doit être respectée, mais le comportement de ceux qui fument montre le contraire de ce qui met **en question la crédibilité** de la politique (Tremblay et al., 2014). Ce comportement banalisé laisse la place à une certaine tolérance quant au respect de la politique sur le tabac par les élèves, ce qui est expliqué par les auteurs à travers une diminution de la rigueur et la dissuasion au fur et à mesure que ce comportement existe. Nous avons pu observer que dans certaines écoles le personnel fume avec les jeunes devant les écoles, lors des fêtes et les sorties scolaires. **Nous constatons que plus les élèves observent le personnel fumé plus ils sont susceptibles de fumer.**

Au niveau des conséquences, les écoles appliquent toutes des sanctions. Ces sanctions sont **déterminées de façon autonome** par les écoles dans le cas d'une transgression de l'interdiction. Toutefois, nous pouvons dire **qu'elles ne sont pas constructives et ne sont pas combinées à d'autres programmes ou actions préventives et ne sont pas persuasives ce qui coïncide avec l'étude de Gamache et al., (2015)**. La sanction prédominante est la retenue de deux heures avec un rapport à la direction. Le point de divergence à ce stade est les sanctions en cas de récidive. Certaines écoles vont dès la deuxième fois augmenter la sévérité alors que d'autres vont adresser un deuxième rappel et une retenue de deux heures. C'est à ce stade que les responsables partagent tous l'idée que **les sanctions ne garantissent pas le respect de la**

réglementation même avec une sévérité forte. Comme le prouvent des études antérieures, les sanctions seules n'ont pas d'effet sur le comportement tabagique des élèves alors que si elles sont associées à des mesures préventives et des programmes d'aide au sevrage nous pouvons obtenir de meilleurs résultats (Darling et al., 2006). Nous n'avons pas pu relever d'appel à de l'aide extérieure de la part des écoles et pas de propositions des organes externes non plus dans la prise en charge des élèves qui fument ou qui présentent une forte addiction au tabac sauf dans une des 6 écoles. Ceci montre une faible coordination entre les différents acteurs justifiée par une surcharge de travail. **Nous concluons que l'application peu rigoureuse des sanctions moins fortes en absence d'actions constructives et participatives ne permet pas aux jeunes de se soumettre à la réglementation.**

Un autre constat peut être dressé concerne **l'absence de la sensibilisation** aux dangers du tabac dans presque toutes les écoles. Cette sensibilisation se limite parfois aux discours du début d'année scolaire ou à la lecture du ROI. Ce manque peut s'expliquer par la présence d'autres problématiques qui selon les individus interrogés sont beaucoup plus prioritaires (harcèlement, drogue, décrochage scolaire, etc.) ce qui les oblige à mettre de côté le tabac et se limiter à appliquer son interdiction. Ceci malgré les études ultérieures qui montrent l'importance des campagnes de sensibilisation dans la diminution voire l'arrêt du tabac. King & Pechasek, (2014) dans leur étude avec le National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion explique que « *« les interventions de communication sanitaire peuvent s'avérer des outils très utiles pour prévenir le début du tabagisme, promouvoir et faciliter l'arrêt du tabac et faire évoluer les normes sociales liées au tabagisme. La diffusion de messages efficaces bien ciblés peut encourager le public à soutenir les interventions de lutte antitabac et créer un environnement favorable à la mise en œuvre de politiques »*. Cette sensibilisation sur le tabac devra inclure les parents et l'entourage de l'élève de façon constructive et non pas punitive (Department of Health & and Human Services USA, 1994). Comme l'explique Galanti et al., (2013), une sensibilisation devrait être en adéquation avec les sanctions qui devraient prendre un aspect plus pédagogique afin d'être plus efficace. Cela nous renvoie au concept **d'adoption de la politique** qui est un déterminant dans une implémentation de programme dans le milieu scolaire. En effet, **la volonté des jeunes à adopter un comportement particulier dépend** de plusieurs paramètres **dont l'engagement du personnel, et de la direction** à travers un soutien inconditionné (matériel, financier et humain). Ils seront plus susceptibles d'adopter un comportement si la visibilité du tabac est moins présente, une bonne exemplarité de leurs paires, un rappel permanent sur le tabac (interdiction et danger) et une direction disponible et qui

apporte un soutien continu. De plus l'engagement perçu est primordial pour favoriser la mise en œuvre de la politique. **Des responsables qui dénie la problématique du tabac en dépend d'autres thématiques encouragent indirectement les élèves à banaliser le comportement tabagique.** Dans ce contexte, les répondants affirment que le tabac n'est pas une priorité. En effet, pour les responsables des écoles d'autres problématiques s'imposent et nécessitent plus d'engagement et d'attention. Ils partagent tous l'idée que le tabac est un comportement qui ouvre la voie à d'autres problématiques, mais que le nombre élevé des situations critiques se passant à l'école comme la violence et le harcèlement (sexuel ou autre), fait que le tabac est mis de côté.

Une autre particularité qui a influencé la situation tabagique dans les écoles est la pandémie du COVID qui a joué un rôle dans l'évolution du nombre des fumeurs dans les écoles à l'instar d'autres problèmes comme les crises d'adolescents, les problèmes de replis sociaux, etc. les directions estiment que **le COVID a accentué la dépendance des jeunes fumeurs surtout en période de confinement où le contrôle était plus difficile à assurer en raison des cours à distance ou le nombre limité du personnel disponible.** De plus, la gestion de la crise par les écoles occupait tout leur temps ce qui a compliqué encore plus la situation. Ce constat met en évidence **un autre mécanisme** qui intervient dans la réussite ou l'échec d'une implémentation à savoir **la formation continue et la mise à jour des informations en fonction de l'évolution du contexte.** En effet, un personnel confronté à une situation inhabituelle et qui n'est pas en possession de toutes les informations et le savoir-faire nécessaire sera moins susceptible d'appliquer l'interdiction efficacement.

Un autre constat concernant l'engagement des responsables scolaires s'observe au niveau de l'âge limite d'achat des cigarettes qui est passé à 18 ans. Les répondants affirment parfois ne pas être au courant de la nouvelle réglementation. **C'est un outil très important qui pourrait être utilisé pour mieux mettre en œuvre l'interdiction dans la mesure où le personnel a entre les mains un nouveau moyen légal de surveillance.** Le manque d'intérêt envers cette dimension renvoie des signaux d'alarme quant à l'évolution future de cette problématique.

Le manque de motivation et d'engagement envers le tabagisme scolaire peut être expliqué par l'absence d'un déterminant clé de la réussite d'une implémentation **à savoir le leadership.** Un leadership exercé par le personnel scolaire a un impact bénéfique sur le respect des politiques, le comportement des jeunes et leurs résultats scolaires (Vaillant, 2015). Or les répondants affirment l'absence d'une telle personne capable de porter les valeurs et normes de l'école et

de les transmettre de façon claire aux élèves et les poussé à y adhérer afin d'atteindre les objectifs souhaités. Ce problème a été clairement observé lors de nos entretiens où nous avons pu constater le manque d'informations sur le sujet de la part des répondants.

Toutes les difficultés annoncées antérieurement font que l'implémentation de la politique sur le tabac dans les écoles n'est pas un succès. Les élèves ont du mal à accepter l'interdiction et adopter ainsi le comportement espéré. De plus l'interdiction du tabac a montré des limites quant à l'atteinte des objectifs voir provoquer l'effet inverse en voyant le nombre de fumeurs progresser dans les écoles.

En absence de réglementation sur le tabac varié dans les écoles et qui s'adaptent au contexte qui lui évolue avec le temps, une faible communication et coordination, peu d'engagements du personnel et de la direction et une absence de priorisation du tabac dans la liste des problématiques à surveiller, l'implémentation des réglementations sur le tabac dans les écoles namuroises est compliquée et n'envoie pas de signaux d'amélioration dans le futur. En rajoutant à cela, le fait que le feedback proposé par l'équipe des chercheurs de l'université catholique de Louvain est presque inconnu par le personnel et la direction pour diverses raisons comme le changement d'effectif. **La surveillance continue du tabac dans les écoles même étant stricte ne peut en aucun cas assurer une implémentation efficace des réglementations.** Ceci est en adéquation avec ce que disent Schreuders et al., (2017b). Les auteurs mettent en évidence le fait que les élèves confrontés à une surveillance même stricte vont mettre en place d'autres mécanismes pour échapper à l'interdiction de fumer. Nous estimons qu'il faut revoir le cadre général du tabac dans les écoles dans toutes ses dimensions : communication, information, exemplarité et respect des politiques, sensibilisation, intégration et innovation, etc.

Limites

Lors de la récolte de données, nous n'avons pas pu questionner d'autres acteurs impliqués dans la problématique comme les éducateurs ou les élèves, dans la mesure où leurs avis sont pertinents et peuvent nous donner une vue plus globale sur la situation tabagique à l'école. Cette démarche nécessitera plus de ressources humaines et matérielles et se déroulera sur une période plus longue.

Par rapport à l'échantillon, nous avons choisi les écoles namuroises ayant participé à l'enquête SILNE. Cependant, nous trouvons très pertinent d'élargir la recherche sur d'autres villes voir au niveau international afin de comparer les situations sur un échantillon plus grand.

Ensuite, nous nous sommes basés sur une enquête qui s'est déroulée en 2013 et 2016 afin de la comparer avec la situation actuelle. Toutefois, plusieurs écoles ont connu un changement dans la direction et le personnel. Ce point est très important dans la mesure où la nouvelle direction ne connaît pas les résultats de l'enquête de l'école ni via l'ancienne direction ni via le feedback qui leur été transmis. Pour éviter cet inconvénient, nous avons informé en amont la direction de la présence d'un feedback reprenant les résultats de l'école et dans le cas où il n'est plus disponible nous pouvions l'imprimer.

Conclusion

Par le biais de ce travail, nous avons essayé de faire un état de la situation dans les écoles namuroises ayant participé à l'étude SILNE-R qui portait sur la mise en œuvre de l'interdiction du tabac au sein des écoles. Dans ce cadre, les données récoltées ont montré un grand écart entre les objectifs des politiques scolaires et la réalité du terrain. En effet, l'implémentation de l'interdiction est très complexe et présente plusieurs barrières qui empêchent son application efficace. Nous avons identifié la faible innovation et la variété des réglementations sur le tabac, une communication assez discrète, une application faible, un personnel peu engagé, une normalisation du comportement tabagique, une exemplarité absente et un manque de soutien des décideurs.

Plusieurs aspects qui interviennent directement dans cette implémentation peuvent faire l'objet d'éventuelles recherches. Parmi ces dimensions, le co-tabagisme des adultes et des élèves au niveau de l'école. Cette dimension constitue un élément clé dans la réussite de la mise en œuvre des politiques. La formation du personnel scolaire dans l'application des politiques joue un rôle primordial afin de bien comprendre les visées, les intégrer et savoir les transmettre. Finalement, identifier les outils que les décideurs ont en main et qui permettent une meilleure implémentation des politiques scolaires portant sur le tabac.

La finalité de ce travail est de constater les mécanismes qui permettent d'expliquer les raisons de l'échec de l'implémentation de la politique sur le tabac dans les écoles. Ces mécanismes doivent être considérés et pris en compte si nous voulons espérer améliorer la situation de nos jeunes dans les écoles.

Bibliographie

- Adams, M. L., Jason, L. A., Pokorny, S., & Hunt, Y. (2009). The Relationship Between School Policies and Youth Tobacco Use. *The Journal of school health*, 79(1), 17-43.
- Allen, K.-A., Reupert, A., & Oades, L. (2021). *Implementation of school policies effectively*.
- Andrew L. Larsen, Yue Liao, Janel Alberts, Jimi Huh, Trina Robertson, & Genevieve F. Dunton. (2017). RE-AIM Analysis of a School-Based Nutrition Education Intervention in Kindergarteners. *The Journal of school health*, 87(1), 36-46.
- April Oh, Ali Abazeed, & David A. Chambers. (2021). Policy Implementation Science to Advance Population Health : The Potential for Learning Health Policy Systems. *Frontiers in Public Health*, 9, 740.
- Ashford, S. J., Blatt, R., & Vandewalle, D. (2003). Reflections on the looking glass : A review of research on feedback-seeking behavior in organizations. *Journal of Management*, 773-799.
- Audia, P. G., & Locke, E. A. (2003). Benefiting from negative feedback. *Human Resource Management Review*, 13(4), 631-646.
- Barkley, R. A. (2012). *The Important Role of Executive Functioning and Self-Regulation in ADHD*©. 7.
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 3(1), 32.
- Becquet, V. (2012). Les jeunes vulnérables face au système d'aide publique. *Agora débats/jeunesses*, 62(3), 51-64.
- Ben Ayed, A. K., & Vandenberghe, C. (2018). Recherche de feedback et performance au travail : L'effet modérateur des orientations vers les objectifs. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 24.
- Bowser, D. M., Henry, B. F., & McCollister, K. E. (2021). Cost analysis in implementation studies of evidence-based practices for mental health and substance use disorders : A systematic review. *Implementation Science*, 16(1), 26.
- Brenda Turgeon. (2013). A District Wellness Policy : The Gap between Policy and Practice. *Journal of Education and Learning*, 2(3), p26.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science : IS*, 2, 40.
- Carson, J. B., Tesluk, P. E., & Marrone, J. A. (2007). Shared Leadership in Teams : An Investigation of Antecedent Conditions and Performance. *The Academy of Management Journal*, 50(5), 1217-1234.

Commission européenne. (2009). *La lutte antitabac dans l'Union européenne*.

Commission européenne. (2021). *RAPPORT DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN, sur l'application de la directive 2014/40/UE en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes*.

Coppo, A., Galanti, M. R., Giordano, L., Buscemi, D., Bremberg, S., & Faggiano, F. (2014). School policies for preventing smoking among young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50.

Darling-Hammond, L. (1990). Instructional Policy into Practice : « The Power of the Bottom over the Top ». *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 12(3), 339-347.

Davis, F. D. (1993). User acceptance of information technology : System characteristics, user perceptions and behavioral impacts. *International Journal of Man-Machine Studies*, 38(3), 475-487.

Dean L. Fixsen, Sandra F. Naoom, Karen A. Blase, Robert M. Friedman, & Frances Wallace. (2005). *Implementation research : A synthesis of the literature*.

Department of Health & and Human Services USA. (1994). *Lignes directrices pour les programmes de santé scolaire visant à prévenir le tabagisme et la toxicomanie*.
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00026213.htm>

Dervaux, A. (2009). *Le tabac et la tabacologie*. 4.

Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>

Ensley, M. D., Hmieleski, K. M., & Pearce, C. L. (2006). The importance of vertical and shared leadership within new venture top management teams : Implications for the performance of startups. *The Leadership Quarterly*, 17(3), 217-231.

ENSP. (s. d.). SILNE-R. *European Network FOR SMOKING AND TOBACCO PREVENTION*. Consulté 14 décembre 2021, à l'adresse <http://ensp.network/projects/silne-r/1050-2/>

Evans-Whipp, T., Beyers, J. M., Lloyd, S., Lafazia, A. N., Toumbourou, J. W., Arthur, M. W., & Catalano, R. F. (2004). A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promotion International*, 19(2), 227-234.

Evans-Whipp, T. J., Bond, L., Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2007). School, Parent, and Student Perspectives of School Drug Policies*. *Journal of School Health*, 77(3), 138-146.

- Evans-Whipp, T. J., Bond, L., Ukoumunne, O. C., Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2010). The Impact of School Tobacco Policies on Student Smoking in Washington State, United States and Victoria, Australia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(3), 698-710.
- Fanny Janssen. (2019). *L'influence du tabac sur la mortalité en Europe*. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/influence-du-tabac-sur-mortalite-europe/#tabs-1>
- Fanshawe, T. R., Halliwell, W., Lindson, N., Aveyard, P., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(11), CD003289.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity : Predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon model of parent management training. *Behavior Therapy*, 36(1), 3-13.
- Gabriella M. McLoughlin, Peg Allen, Callie Walsh-Bailey, & Ross C. Brownson. (2021). A systematic review of school health policy measurement tools : Implementation determinants and outcomes. *Implementation Science Communications*, 2(1), 67.
- Galanti, M. R., Coppo, A., Jonsson, E., Bremberg, S., & Faggiano, F. (2013). Anti-tobacco policy in schools : Upcoming preventive strategy or prevention myth? A review of 31 studies. *Tobacco Control*, 23(4), 295-301.
- Gamache, L., Stich, C., Laguë, J., Institut national de santé publique du Québec, & Direction du développement des individus et des communautés. (2015). *Synthèse des connaissances sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire*.
- Glasgow, R. E., & Linnan, L. A. (2002). EVALUATION OF THEORY-BASED INTERVENTIONS. In *Evaluation of theory-based interventions, in Health behavior and health education : Theory, research, and practice* (p. 487-505).
- Gregory A. Aarons, Lauren R. Farahnak, Mark G. Ehrhart, & Marisa Sklar. (2014). Aligning Leadership Across Systems and Organizations to Develop Strategic Climate to for Evidence-Based Practice Implementation. *Annual review of public health*, 35, 255-274. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182447>
- Harvey, J., & Chadi, N. (2016). La prévention du tabagisme chez les enfants et les adolescents : Des recommandations en matière de pratiques et de politiques. *Paediatrics & Child Health*, 21(4), 215-221.
- HBSC Risk behaviours focus group. (2009). *Social determinants of health and well-being among young people*.
- Helen I. Wankasi, Leepile A. Sehularo, & Mahlasela A. Rakhudu. (2020). Dissemination and implementation of a policy on school health in public schools : A systematic review. *Curationis*, 43(1), 2110. <https://doi.org/10.4102/curationis.v43i1.2110>

Hyland, F. (2001). Providing Effective Support : Investigating feedback to distance language learners. *Open Learning: The Journal of Open and Distance Learning*, 16, 233-247.

Ilgen, D., Fisher, C., & Susan, M. (1979). Consequences of individual feedback on behavior in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 64, 349-371.

IRSS. (2018). *Ensuring effective implementation of smoke-free school policies* | DIAL.pr—BOREAL (p. 5). UCL - SSS/IRSS - Institut de recherche santé et société. <https://dial-uclouvain-be.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pr/boreal/fr/object/boreal%3A227683/datastreams>

Jerome, D., & Laurence, jerome. (2020). Approche diagnostique et de prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant. *Canadian Family Physician*, 66(10), e255-e260.

Johanne Harvey, Nicholas Chadi, & Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent. (2016). La prévention du tabagisme chez les enfants et les adolescents : Des recommandations en matière de pratiques et de politiques. *Paediatrics & Child Health*, 21(4), 209-221.

K. Brigid Flannery, Jennifer L. Frank, Mimi McGrath Kato, Bonnie Doren, & Pamela Fenning. (2013). Implementing Schoolwide Positive Behavior Support in High School Settings : Analysis of Eight High Schools. *The High School Journal*, 96(4), 267-282.

Karsh, B.-T. (2004). Beyond usability : Designing effective technology implementation systems to promote patient safety. *Quality & Safety in Health Care*, 13(5), 388-394.

Karyn E. Alexander, Bianca Brijnath, & Danielle Mazza. (2014). Barriers and enablers to delivery of the Healthy Kids Check : An analysis informed by the Theoretical Domains Framework and COM-B model. *Implementation Science*, 9(1), 60.

Kellie Anderson. (1997). *Les jeunes, l'alcool, la drogue et le tabac*.

Kelly D. Pagnotta, Stephanie M. Mazerolle, William A. Pitney, Laura J. Burton, & Douglas J. Casa. (2016). Implementing Health and Safety Policy Changes at the High School Level From a Leadership Perspective. *Journal of Athletic Training*, 51(4), 291-302.

King, B., & Pechasek, T. (2014). Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs : 2014. *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health (OSH)*, 144.

Kristian G. Hudson, Rebecca Lawton, & Siobhan Hugh-Jones. (2020). Factors affecting the implementation of a whole school mindfulness program : A qualitative study using the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Services Research*, 20, 133.

Kuipers, M. A. G., Korte, R. de, Soto, V. E., Richter, M., Moor, I., Rimpelä, A. H., Perelman, J., Federico, B., Kunst, A. E., & Lorant, V. (2016). School smoking policies and educational

inequalities in smoking behaviour of adolescents aged 14–17 years in Europe. *J Epidemiol Community Health*, 70(2), 132-139.

Lalonde, M., Heneman, B., Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, & Institut national de santé publique du Québec. (2004). *La prévention du tabagisme chez les jeunes, avis scientifique*. Institut national de santé publique du Québec, Direction de développement des individus et des communautés. <http://www.deslibris.ca/ID/201333>

Lalonde, M., Heneman, B., Institut national de santé publique du Québec & Direction du développement des individus et des communautés. (2004). *La prévention du tabagisme chez les jeunes : Avis scientifique*.
http://books.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=/ebooks/ebooks1/gibson_chrc/2010-08-06/4/10237828

Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy, 30th Anniversary Edition : Dilemmas of the Individual in Public Service*. Russell Sage Foundation.

Lorant Vincent, Ludivine Thibaut, Victoria Soto Rojas, & Pierre-Olivier Robert. (2014). *Application de la législation anti-tabac au sein de l'enseignement secondaire de la Région Bruxelles-Capitale : Une analyse d'implantation - Éducation Santé*. <https://educationsante.be>.
<https://educationsante.be/application-de-la-legislation-anti-tabac-au-sein-de-lenseignement-secondaire-de-la-region-bruxelles-capitale-une-analyse-dimplantation>

Lorant Vincent, Mélard Nora, Ladrière Margaux, & Robert Pierre Olivier. (2019). *Le tabagisme chez nos adolescents namurois, présentation des résultats du projet SILNE | DIAL.pr—BOREAL*.

Lovato, C. Y., Pullman, A. W., Halpin, P., Zeisser, C., Nykiforuk, C. I. J., Best, F., Diener, A., & Manske, S. (2010). The Influence of School Policies on Smoking Prevalence Among Students in Grades 5-9, Canada, 2004-2005. *Preventing Chronic Disease*, 7(6), A129.

Lovato, C. Y., Sabiston, C. M., Hadd, V., Nykiforuk, C. I. J., & Campbell, H. S. (2007). The impact of school smoking policies and student perceptions of enforcement on school smoking prevalence and location of smoking. *Health Education Research*, 22(6), 782-793.

Lydia Gisle-Sciensano. (2018). *Enquête de santé 2018 : Consommation de tabac* [Text].
<https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-consommation-de-tabac>

Masironi, R., & Rothwell, K. (1988). Tendances et effets du tabagisme dans le monde. *World health statistics quarterly* 1988; 41 (3/4): 228-241.

Mintzberg, H. (2008). Leadership et communityship. *Gestion*, 33(3), 16-17.

Moniteur Belge. (1977, avril). *LOI - WET*.

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?DETAIL=1977012431/F&caller=list&cn=1977012431&table_name=LOI&la=F&ddfm=01&chercher=t&language=fr&choix1=ET&choi

x2=ET&fromtab=loi_all&tri=dd%20AS%20RANK%20&trier=promulgation&ddfa=1977&dfj=24&imgcn_x=57&imgcn_y=3

Moniteur Belge. (1982, décembre). *LOI - WET*.

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=1983023402&la=F

Moniteur Belge. (2005a, mars). *Moniteur Belge—Belgisch Staatsblad*.

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=05-03-02&numac=2004012392

Moniteur Belge. (2005b, décembre). *Arrêté Royal du 13/12/2005 portant interdiction de fumer dans les lieux publics*. https://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-13-decembre-2005_n2005023098.html

Moniteur Belge. (2006, mai). *Moniteur Belge—05/05/2006*.

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=06-06-21&numac=2006201867

Nabyonga-Orem, J., Nanyunja, M., Marchal, B., Criel, B., & Ssengooba, F. (2014). The roles and influence of actors in the uptake of evidence : The case of malaria treatment policy change in Uganda. *Implementation Science*, 9(1), 150.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2012). *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults : A Report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/>

Nazir, M. A., Al-Ansari, A., Abbasi, N., & Almas, K. (2019). Global Prevalence of Tobacco Use in Adolescents and Its Adverse Oral Health Consequences. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(21), 3659-3666.

Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Tabac*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Paul Aveyard, Wolfgang A. Markham, & K. K. Cheng. (2004). A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke. *Social Science & Medicine* (1982), 58(11), 2253-2265.

Payne, S., Culbertson, S., & Beaubien, J. (2007). A meta-analytic examination of goal orientation nomological net. *The Journal of applied psychology*, 92, 128-150.

Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2013). Implementation research : What it is and how to do it. *BMJ*, 347, f6753.

Peters, D. H., Tran, N. T., & Adam, T. (2013). LA RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE EN SANTÉ : GUIDE PRATIQUE. *Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé Organisation mondiale de la Santé*, 69.

- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation Research in Mental Health Services : An Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(1), 24-34.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011a). Outcomes for Implementation Research : Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(2), 65-76.
- Prusaczyk, B., Swindle, T., & Curran, G. (2020). Defining and conceptualizing outcomes for de-implementation : Key distinctions from implementation outcomes. *Implementation Science Communications*, 1(1), 43.
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of Public Health Management and Practice : JPHMP*, 14(2), 117-123.
- Rachelle Johnsson Chiang, Whitney Meagher, & Sean Slade. (2015). How the Whole School, Whole Community, Whole Child Model Works : Creating Greater Alignment, Integration, and Collaboration Between Health and Education. *The Journal of School Health*, 85(11), 775-784.
- Robert Lescarbeau. (2010). *L'enquête feed-back Ed. 2*. Presses de l'Université de Montréal PUM. <https://univ.scholarvox.com/book/88858528>
- Sabiston, C. M., Lovato, C. Y., Ahmed, R., Pullman, A. W., Hadd, V., Campbell, H. S., Nykiforuk, C., & Brown, K. S. (2009). School Smoking Policy Characteristics and Individual Perceptions of the School Tobacco Context : Are They Linked to Students' Smoking Status ? *Journal of Youth and Adolescence*, 38(10), 1374-1387.
- Schreuders, M., Nuyts, P. A. W., van den Putte, B., & Kunst, A. E. (2017a). Understanding the impact of school tobacco policies on adolescent smoking behaviour : A realist review. *Social Science & Medicine*, 183, 19-27.
- Schreuders, M., Nuyts, P. A. W., van den Putte, B., & Kunst, A. E. (2017b). Understanding the impact of school tobacco policies on adolescent smoking behaviour : A realist review. *Social Science & Medicine*, 183, 19-27.
- SILNE-R Consortium. (2018). *Ensuring effective implementation of smoke-free school policies*. 5.
- Smith, B., Hurth, J., Pletcher, L., Shaw, E., Whaley, K., Peters, M., & Dunlap, G. (2014). *A Guide to the Implementation Process : Stages, Steps and Activities*. 15.
- SPF santé publique. (2019, octobre 28). *Adaptation de la limite d'âge pour la vente de tabac*. SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/news/adaptation-de-la-limite-dage-pour-la-vente-de-tabac>

SPF Santé publique. (2021). Informations et réglementations communes. *SPF Santé publique*. <https://www.health.belgium.be/fr/informations-et-reglementations-communes>

Tardieu Luc & Didier Noyé. (2019). *Donnez et obtenez du feed-back Ed. 1—ScholarVox Université* (Eyerolles). <https://univ-scholarvox-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/book/88868674>

Thomas, R. E., Baker, P. R., Thomas, B. C., & Lorenzetti, D. L. (2015). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

Thomas.D, D. (2008). *Tabagisme : Facteur de risque cardiovasculaire n° 1 – Smoking : Cardiovascular risk factor number 1*. 1, 7.

Tremblay, M., Barry, A., & O’Loughlin, E. K. (2014). *L’effet de l’interdiction de fumer sur les terrains des écoles pourrait se dissiper avec le temps*. 8.

Vaillant, D. (2015). *Background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report 2015 Education for All 2000-2015 : Achievements and challenges School leadership, trends in policies and practices, and improvement in the quality of education Denise Vaillant 2015*.

WHO Framework Convention on Tobacco Control & World Health Organization. (2003). *Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac. WHO Framework Convention on Tobacco Control*, 37.

World Health Organization. (2009). *Stratégie mondiale de l’OMS pour l’alimentation, l’exercice physique et la santé : Cadre de suivi et d’évaluation de la mise en oeuvre. WHO global strategy on diet, physical activity and health : a framework to monitor and evaluate implementation*, 45.

Yukl, G. A. (2013). *Leadership in organizations* (8th ed). Pearson.

Annexes

Guide d'entretien

Je suis étudiant en 2ème année de master en sciences de la santé publique. Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour m'avoir accordé du temps afin d'effectuer cet entretien. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je réalise mon mémoire sur les réglementations du tabac dans le milieu scolaire qui fait suite à l'étude SILNE. Si vous êtes d'accord l'entretien sera enregistré tout en gardant l'anonymat des personnes et de l'école.

Questions

Pouvez-vous vous présenter et décrire votre fonction dans l'école ?

Quelle est votre ancienneté dans l'école ?

Tabac à l'école

Parlez-moi du climat dans votre école par rapport au tabac ?

Quelle place (priorité) occupe le tabac dans votre école ?

Pourriez-vous me donner une estimation de la proportion d'élèves qui fument dans votre établissement ?

Comment le tabagisme se voit dans votre école ? (Visibilité)

Comment la place du tabagisme (problématique) a changé dans votre école dans les 5 dernières années ?

La réglementation du tabagisme à l'école

→ Quelles mesures de réglementation existent dans votre école ?

→ Comment la réglementation est-elle communiquée ?

- Sous quelle forme ?
- Sur quels supports ?
- Messages oraux ? Support écrit exhaustif ? Ex : affiche, fascicule, réunion

→ Comment réagit le personnel par rapport à cette réglementation ?

- Et les jeunes ?

→ Comment la réglementation est-t-elle délimitée ? En termes de personnes, temps, et lieux

- Personnes : adolescents, membres du personnel scolaires, parents, visiteurs
- Temps : heures de cours, pauses, récréations, événements extra-scolaires
- Lieux : dans l'enceinte de l'école, aux alentours de l'école

→ Je suppose que des membres du personnel de votre école fument, comment font-ils eux ?

- Et pour les adolescents ?
- Présence d'un fumoir ? Localisation ? Accès ? Visibilité ?

→ Finalement, que pensez-vous de cette réglementation, en tant que direction de cette école ?

→ Comment la réglementation a-t-elle évolué sur ces 5 dernières années ?

Respect de la réglementation

→ Comment le respect de la réglementation est-il contrôlé (vérifié) ?

Niveau de tolérance ?

→ Racontez-moi la dernière expérience qui concerne le non-respect de la réglementation au sein de votre école ?

→ Comment sanctionnez-vous le non-respect (manquement) de la réglementation par les jeunes ?

Sanctions graduelles ?

Barrières

→ Quelles difficultés rencontrez-vous en ce qui concerne la mise en application de la réglementation ?

→ Expliquez-moi les difficultés rencontrées par les membres du personnel en ce qui concerne la mise en application de la réglementation ?

→ Qu'est-ce qui vous a aidé à mettre en place la réglementation ?

- Aide extérieure (centre local de promotion de la santé, PMS, PSE) ? Evolution des normes liées au tabagisme ?

→ Qu'est-ce qui a aidé les membres du personnel en ce qui concerne la mise en application de la réglementation ?

- Soutien de la direction, soutien des collègues, responsabilité, crédibilité, légitimité, motivation

→ Depuis novembre 2019, l'âge légal de vente des produits du tabac en Belgique est passé de 16 à 18 ans. Comment a évolué la place du tabac dans votre école depuis cette mesure ? De quelle manière le respect de la réglementation du tabac dans votre école est impacté par cette loi sur l'âge légal ?

Sensibilisation

→ Comment se déroule la sensibilisation à la thématique du tabac dans votre école ?

Non : Si l'école n'offre aucune éducation sur le tabac, quelles en sont les raisons ? Qu'est-ce qui pourrait en soutenir l'adoption et la mise en œuvre ?

Oui : Quand ? Fréquence ? Raisons ? Format ? élément de cours spécifiques, cours du programme scolaire en lui-même, petites interventions sur le tabac et autres problèmes de santé

Feedback

En 2017-18, votre école a reçu un feedback sur la mise en œuvre de la réglementation

Comment l'avez-vous utilisé ?

- Comment vous a-t-il aidé pour comprendre la situation de votre école ?
- Comment vous a-t-il aidé pour la mise en application de la réglementation dans votre école ?
- Comment vous a-t-il aidé pour gérer la place du tabac dans votre école ?

