



HAL
open science

Des déterminants individuels et collectifs du sevrage tabagique au développement d'une intervention de santé publique chez les adolescents

Amandine Vallata

► **To cite this version:**

Amandine Vallata. Des déterminants individuels et collectifs du sevrage tabagique au développement d'une intervention de santé publique chez les adolescents. Médecine humaine et pathologie. Université de Bordeaux, 2020. Français. NNT : 2020BORD0235 . tel-03475592

HAL Id: tel-03475592

<https://theses.hal.science/tel-03475592v1>

Submitted on 11 Dec 2021

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

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

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE

**DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

ÉCOLE DOCTORALE N°545
EDSP2 - SOCIÉTÉS, POLITIQUE, SANTÉ PUBLIQUE

SPECIALITÉ : Santé publique, option Epidémiologie

Par Amandine VALLATA

***Des déterminants individuels et collectifs du
sevrage tabagique au développement d'une
intervention de santé publique chez les
adolescents***

Sous la direction de : Pr. François ALLA

Soutenu le 10 décembre 2020

Membres du jury :

Mme MATHOULIN-PELISSIER Simone - PU-PH Université de Bordeaux - Présidente

Mme LE FAOU Anne-Laurence - Université de Paris - Rapporteur

M. CHAUVIN Franck - PU-PH Université Jean Monnet - Rapporteur

M. BLAISE Pierre - Directeur de Projet Régional Santé ARS Pays de la Loire - Examineur

Résumé

Des déterminants individuels et collectifs du sevrage tabagique au développement d'une intervention de santé publique chez les adolescents

La première cause de mortalité évitable en France et dans le reste du monde est le tabagisme. La plupart des fumeurs adultes ont commencé à fumer à l'adolescence, et l'âge du tabagisme quotidien chez les adolescents est de 15.1 ans. De fortes inégalités sociales ont été constatées selon la filière scolaire des jeunes, ceux en filières professionnelles (en lycées ou en Centres de Formation des Apprentis) montrant une prévalence du tabagisme quotidien nettement supérieure (respectivement 33% et 47%) par rapport à leurs homologues de filière générale (22%). Un programme de sevrage tabagique ciblant les jeunes en apprentissage, TABADO, a été développé et évalué en France en Lorraine en 2007-2009. L'évaluation à 12 mois a montré un taux de sevrage deux fois plus élevé dans les établissements qui avaient bénéficié de TABADO, par rapport aux établissements témoins.

L'évaluation de ce type d'intervention ne peut cependant se limiter à l'évaluation de l'efficacité. En effet, ces interventions sont considérées comme complexes du fait notamment de l'influence des facteurs contextuels et organisationnels sur les résultats. De plus, d'un point de vue pragmatique, l'objectif des décideurs et professionnels de santé publique est de pouvoir répliquer et mettre en place des programmes probants, en conditions de vie réelle. Notamment, l'Institut National du Cancer a décidé de déployer TABADO au niveau national et de l'étendre aux lycées professionnels. L'enjeu est alors non plus uniquement de comprendre si une intervention « fonctionne », mais surtout pourquoi et comment. La recherche TABADO n'a pas, jusqu'alors, bénéficié de ce type d'évaluation.

L'objectif général de ce travail de thèse est ainsi de comprendre les processus et mécanismes expliquant les effets de l'intervention TABADO, pour en proposer une version optimisée, applicable en conditions de vie réelle et aux adolescents en lycées professionnels. Il s'agira pour cela d'élaborer la théorie d'intervention, conformément aux principes de l'évaluation réaliste de Pawson et Tiley. Les méthodes employées étaient : 1) la réalisation d'une revue systématique de la littérature pour identifier les déterminants individuels et collectifs du sevrage tabagique chez les adolescents, 2) la réalisation d'une étude de cas multiples du programme TABADO (n=10) pour identifier les facteurs et mécanismes favorisant/freinant l'inscription et le maintien des élèves fumeurs dans le programme, à travers la diversité des contextes de mise en œuvre.

La revue de littérature a permis d'identifier 63 facteurs influençant le sevrage tabagique des adolescents. Ces facteurs étaient pour moitié des influences sociales et des facteurs psychosociaux (Article 1). En termes de recherche, l'élaboration de la théorie d'intervention a permis de mettre en avant les principaux mécanismes (ici en termes réaliste, c'est-à-dire les raisonnements des élèves fumeurs) expliquant les comportements des jeunes fumeurs en regard du programme TABADO, et les conditions nécessaires pour activer ces mécanismes (Article 2). D'un point de vue pragmatique, l'étude de cas multiples a permis de mettre en évidence la nécessité et la façon d'intégrer TABADO dans une stratégie d'établissement plutôt que la considérer comme une intervention indépendante, aboutissant à la création de TABADO 2 (Article 3). De nombreuses recommandations à destination des acteurs de terrain ont pu être émises et ont été regroupées sous la forme d'un guide pratique, aujourd'hui diffusé par Santé Publique France, et permettant d'accompagner le déploiement national de ce programme (Guide TABADO 2).

Ce travail de thèse a ainsi permis de répondre à un double objectif recherche/terrain : il a permis d'expliquer comment une intervention de sevrage tabagique peut produire un effet chez les adolescents, et a permis de proposer une nouvelle version de TABADO, améliorée et adaptée pour des conditions de vie réelle, permettant d'accompagner son déploiement national.

Mots-clés : Théorie d'intervention, Évaluation réaliste, Arrêt du tabac, Adolescents, Milieu scolaire

Unités de recherche

2016/2017 à 2018/2019 :

EA 4360 APEMAC
Faculté de médecine
Université de Lorraine
9 avenue de la Forêt de Haye
54 500 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY

2019/2020 :

Bordeaux Population Health – BPH
Centre de recherche U1219
Université de Bordeaux
146 rue Léo Saignat
33 000 BORDEAUX

Abstract

From individual and collective smoking cessation determinants to a public health intervention for adolescents

The leading cause of preventable death in France and worldwide is smoking. Most adult smokers began smoking in adolescence, and the age of daily smoking among adolescents is 15.1 years. Social inequalities have been observed according to the educational pathway of young people, with those in vocational streams (in high schools or in apprentice training centers) showing a much higher prevalence of daily smoking (33% and 47% respectively) compared to their counterparts in the general stream (22%). A smoking cessation program targeting adolescents in apprenticeships, TABADO, was developed and evaluated in France in vocational schools, in the Lorraine region in 2007-2009. The 12-month evaluation showed a quit rate twice as high in schools that had benefited from TABADO compared to control schools.

However, the evaluation of this type of intervention cannot be limited to the assessment of efficacy. Indeed, these interventions are considered as complex, due to the influence of contextual and organizational factors on outcomes. Moreover, from a pragmatic point of view, the objective of decision-makers and public health professionals is to be able to replicate and implement evidence-based programs in real-world conditions. In particular, the National Cancer Institute has decided to scale-up TABADO at the national level, and to extend it to vocational high schools. The challenge is then no longer to understand if an intervention "works", but also why and how it works. To date, TABADO research has not benefited from this type of evaluation.

The main objective of this PhD is thus to understand the processes and mechanisms explaining the effects of the TABADO intervention, in order to propose an optimized version, applicable in real-world conditions and to adolescents in vocational high schools. This will involve developing the program theory, in accordance with the principles of Pawson's and Tiley's realist evaluation. The methods were: 1) conducting a systematic literature review to identify individual and collective predictors of smoking cessation in adolescents, 2) conducting a multiple-case study of the TABADO program (n=10) to identify factors and mechanisms favoring/hindering the enrollment and retention of student smokers in the program, across the diversity of implementation contexts.

The literature review identified 63 predictors of smoking cessation among adolescents. Half of these predictors were social influences and psychosocial factors (Article 1). In terms of research, the

development of the program theory highlighted the main mechanisms (here in realist terms, i.e. the reasoning of adolescent smokers) explaining the behaviors of young smokers with regard to the TABADO program, and the required conditions to activate these mechanisms (Article 2). From a pragmatic point of view, the multiple-case study highlighted the need and the way to integrate TABADO into a global strategy rather than considering it as an independent intervention, leading to the creation of TABADO 2 (Article 3). Numerous recommendations for field agents have been produced and have been put in a practical guide, now distributed by Santé Publique France, to support the national scaling-up of this program (TABADO 2 Guide).

This PhD work thus met a dual research/field objective: it explained how a smoking cessation program can produce an effect in adolescents, and it proposed a new version of TABADO, which has been improved and adapted for real-world conditions, supporting the national scaling-up.

Keywords: Program theory, Realist evaluation, Smoking cessation, Adolescents, School-based intervention

Unités de recherche

2016/2017 à 2018/2019 :

EA 4360 APEMAC
Faculté de médecine
Université de Lorraine
9 avenue de la Forêt de Haye
54 500 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY

2019/2020 :

Bordeaux Population Health – BPH
Centre de recherche U1219
Université de Bordeaux
146 rue Léo Saignat
33 000 BORDEAUX

Remerciements

Parce que cette thèse est le fruit de quatre années de rencontres, de collaborations, d'heures de réflexions, et d'envies profondes d'œuvrer pour la santé des jeunes,

Je remercie mon directeur de thèse, le professeur **François ALLA** : pour votre accompagnement tout au long de ce projet, vos enseignements et vos conseils qui m'ont permis de toujours aller plus loin dans ma réflexion. Vous n'avez cessé de croire en moi, même quand je n'y croyais plus moi-même, soyez témoin de ma profonde reconnaissance.

Aux **membres du Jury** : c'est un honneur que de pouvoir compter sur votre évaluation de ce travail,

Aux membres de mon comité de thèse : **Frédérique Balard** et **Pierre Blaise**, pour vos conseils avisés et votre vigilance,

Je remercie tous les partenaires qui se sont mobilisés pour TABADO, qui m'ont accordé leur temps et sans qui la réalisation de ce travail n'aurait été possible, en particulier :

Les porteurs du programme TABADO et de son déploiement national : **Marjorie CADEVILLE, Charlotte KANSKI, Laura ISIDORO** et **Julien TRAMAUX ; Sophie ROUSSEAU** et **Antoine DEUTSCH,**

Les tabacologues : **Marine SOUCIN, Brigitte METADIEU, Stéphanie ARDOIN, Bertrand DAUTZENBERG, Hervé MARTINI,**

Le personnel des établissements scolaires impliqués dans TABADO, et en particulier : **Bruno EVE, Gérard NAZON, Alban BOUZAABIA, Nathalie GLERANT, Rachel ASSAIANTE, Nathalie CUNLIFE,**

Les élèves et les professeurs qui ont accepté de s'entretenir avec moi,

A mes collaboratrices **Jennifer O'LOUGHLIN** et **Semanur CENGELLI** : merci pour ce riche partenariat et pour votre bienveillance,

Merci à tous mes collègues de l'ANPAA : **Corinne, Lucie, Vanessa, Frédérique, Matthieu** et **Yaël** ; pour votre accueil et votre gentillesse, pour nos échanges sur la Prévention, pour tous vos efforts pour découvrir et comprendre mon projet de thèse,

A mes anciennes collègues du CHRU de Nancy : **Amandine VG, Sandrine G, Laurence, Maud, Samia** : merci pour vos encouragements, vos mots de soutien, et vos conseils sur ma thèse,

A cette chercheuse qui a tout mis en œuvre professionnellement et personnellement pour tenter de me détruire et saboter mon travail : tu as certes gagné ma souffrance et mes tourments sur ces 4 longues années, mais tu as perdu toute dignité. Je préfère être à ma place.

A **Stéphane MAIRE** et **Nadjat FORMET**, pour avoir compris ce que je traversais et m'avoir accompagnée dans cette épreuve.

Parce que ma thèse a aussi été un parcours de vie, je remercie profondément mes proches, ma famille, mes amis,

Papa, Maman, Ma sœur, Julien, Emy, Eline : aucun mot ne suffit à décrire ma reconnaissance pour votre profond soutien, c'est grâce à vous tous que je me tiens debout, vous êtes ma plus grande force, vous êtes le cœur de ma vie,

A **ma sœur**, encore, pour toute ton aide depuis toujours, pour me montrer de doux chemins vers la sérénité,

A **Paul**, pour ton aide et ton soutien sans faille, ta profonde gentillesse, et tes gogo-gadgets,

A **Maud**, pour être là dans tous les moments, bons et mauvais, ici et là-bas, maintenant et toujours,

A **Pluto** pour toutes tes jongleries et autres pitreries pour me faire rire,

A **Charles**, pour ton coaching sur l'anglais, et tes explications sur pourquoi-met-on-un-tiret-ou-pas-

A toute la **team Pirates**, pour être Vous, pour être Nous, un concept pour lequel le monde d'aujourd'hui n'est pas tout à fait prêt !

A tous mes autres **proches et amis**, dont je ne détaille pas les noms,

A la **Danse**, tu me portes et m'évades, puisses-tu bientôt me revenir en cette étrange époque de crise sanitaire,

A mon **ancienne Moi** pour t'être accrochée comme jamais, me permettant de déposer ce manuscrit aujourd'hui.

« *Fort est qui abat, plus fort est qui se relève* » - Proverbe français

« *Le bonheur est comme un papillon : il vole sans jamais regarder en arrière* » - Robert Lalonde

Sommaire

RÉSUMÉ	2
ABSTRACT	4
REMERCIEMENTS	6
SOMMAIRE	8
FIGURES ET TABLEAUX	12
ABRÉVIATIONS	14
LISTE DES PRODUCTIONS ET COMMUNICATIONS	15
CHAPITRE 1 LE TABAC : AGIR DÈS L'ADOLESCENCE.....	17
1. Le fardeau du tabac	17
2. Le tabagisme chez les adolescents	18
2.1. L'enquête ESPAD	18
2.2. L'enquête ESCAPAD	20
3. Les interventions d'aide au sevrage tabagique pour les adolescents	22
3.1. Le besoin d'un accompagnement à l'arrêt du tabac	22
3.2. Les stratégies interventionnelles	23
3.3. La mise en œuvre des stratégies interventionnelles	25
4. Le programme TABADO	25
CHAPITRE 2 LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE ET LES INTERVENTIONS COMPLEXES EN SANTÉ DES POPULATIONS	27
1. La recherche interventionnelle en santé des populations	27
2. Les caractéristiques des interventions complexes.....	27

3. Les interventions complexes : au-delà de leur contexte initial de mise en œuvre	28
3.1. De la recherche aux conditions de vie réelle	29
3.2. La transférabilité	30
3.3. La mise à l'échelle des interventions probantes	30
4. L'évaluation des interventions complexes : au-delà de leur efficacité	31
4.1. L'évaluation de processus	31
4.2. L'évaluation basée sur la théorie	32
5. L'évaluation réaliste	34
5.1. Les objectifs	34
5.2. Les mécanismes	34
5.3. Le contexte	35
5.4. Les effets (outcomes)	35
5.5. Les configurations CMO et ICAMO	36
5.6. Le cycle de l'évaluation réaliste	37
CHAPITRE 3 LES OBJECTIFS ET MÉTHODES DE LA THÈSE	39
1. Rappel du contexte général	39
2. Les objectifs et méthodes de la thèse	39
2.1. Les objectifs scientifiques	39
2.2. Les objectifs pragmatiques	40
CHAPITRE 4 LES DÉTERMINANTS DU SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ L'ADOLESCENT : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LITTÉRATURE	42
CHAPITRE 5 LA THÉORIE D'INTERVENTION TABADO : UNE ÉVALUATION RÉALISTE	75
1. Introduction	75
2. Méthodes	76
2.1. Rappels sur le programme TABADO	76
2.2. Design de l'étude	77
2.3. Théorie initiale	78
2.4. Recueil des données	78
2.4.1. Revue systématique de la littérature	78
2.4.2. Etude de cas multiples	79
a) <i>Etude de cas exploratoire</i>	81

b) <i>Etude de cas explicative</i>	81
2.4.3. Auto-questionnaires à destination des élèves	83
2.5. Analyse des données et configurations ICAMO	83
2.5.1. Revue systématique de la littérature	83
2.5.2. Etude de cas multiples	84
a) <i>Etude de cas exploratoire</i>	85
b) <i>Etude de cas explicative et configurations ICAMO</i>	85
2.5.3. Auto-questionnaires à destination des élèves	86
2.6. Considérations éthiques	86
3. Résultats	86
3.1. Théorie initiale	86
3.1.1. L'inscription au programme	87
3.1.2. L'arrêt du tabac	88
3.2. Revue systématique de la littérature	88
3.3. Etude de cas multiples	89
3.3.1. Description des cas	89
3.3.2. Analyse des contextes et des organisations	91
a) <i>Le soutien du chef d'établissement</i>	91
b) <i>L'information de l'équipe pédagogique</i>	92
c) <i>La mobilisation du personnel de l'établissement</i>	93
d) <i>Le Mois sans tabac</i>	94
e) <i>La satisfaction des acteurs impliqués</i>	95
3.3.3. Les configurations ICAMO	96
a) <i>L'inscription au programme</i>	96
b) <i>Le maintien des fumeurs dans le programme</i>	105
3.4. La théorie affinée	110

CHAPITRE 6 DE TABADO À TABADO 2 : UNE NOUVELLE STRATÉGIE ET UN GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT À SA MISE ŒUVRE 112

CHAPITRE 7 DISCUSSION 136

1. Le sevrage tabagique des adolescents : comment le favoriser ?	136
2. TABADO 2, vers une théorie de moyenne portée ?	140
3. D'une intervention isolée à un système interventionnel	140
4. Un duo revisité : fonctions clés et forme	143
4.1. Les fonctions clés d'une intervention : un nouveau regard	143
4.2. La forme d'une intervention : une histoire de focus	144

5. L'évaluation réaliste : un terrain de rencontre acteur/décideur/chercheur	145
5.1. Une réponse de recherche en temps réel	145
5.2. Une opportunité d'empowerment pour les acteurs	146
5.3. Conseils pour opérationnaliser l'évaluation réaliste	147
5.3.1. La triangulation.....	147
5.3.2. L'observation de « l'entre-deux »	148
5.3.3. La validation auprès des acteurs	148
5.3.4. La variation de la place du chercheur.....	148
5.3.5. Les freins organisationnels	149
CONCLUSION	150
BIBLIOGRAPHIE	151
ANNEXES.....	160

Figures et tableaux

Table des figures

<i>Figure 1. Prévalence de la consommation quotidienne de tabac chez les adolescents en Europe, carte issue du rapport ESPAD 2015 (18).....</i>	<i>19</i>
<i>Figure 2. Prévalence de la consommation quotidienne de tabac chez les adolescents par région en France, carte issue du rapport ESCAPAD 2017 (63).....</i>	<i>21</i>
<i>Figure 3. Stratégies utilisées par les adolescents pour arrêter de fumer, selon l'étude de Grimshaw et al., graphique issu de Grimshaw et al. 2003 (26).....</i>	<i>23</i>
<i>Figure 4. Fonctions clés de l'évaluation de processus, selon le Medical Research Council ; figure issue de Moore et al. 2014 (40).....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 5. Cycle de l'évaluation réaliste, revu par Giralt et al. (76)</i>	<i>84</i>
<i>Figure 6. Méthodes du présent travail de thèse en regard des fonctions clés de l'évaluation de processus ; figure adaptée de Moore et al. 2014 (40).....</i>	<i>40</i>
<i>Figure 7. Schéma de la démarche pour l'élaboration de la théorie d'intervention de TABADO</i>	<i>78</i>
<i>Figure 8. Cycle d'analyse pour l'élaboration de la théorie d'intervention TABADO</i>	<i>84</i>
<i>Figure 9. Théorie initiale TABADO</i>	<i>87</i>
<i>Figure 10. Configurations ICAMO en amont de la réunion d'information.....</i>	<i>97</i>
<i>Figure 11. Configurations ICAMO pendant la réunion d'information</i>	<i>97</i>
<i>Figure 12. Configurations ICAMO à l'issu et en dehors de la réunion d'information</i>	<i>98</i>
<i>Figure 13. Configurations ICAMO pendant les consultations individuelles et les séances en groupes</i>	<i>106</i>
<i>Figure 14. Configurations ICAMO en dehors des consultations individuelles et séances en groupes .</i>	<i>107</i>
<i>Figure 15. Théorie TABADO affinée</i>	<i>111</i>
<i>Figure 16. Répartition des 63 déterminants probables et possibles du sevrage tabagique des adolescents, selon le modèle de Dahlgren et Whitehead</i>	<i>137</i>

Table des tableaux

<i>Tableau 1. Prévalence de la consommation de tabac des adolescents en France, selon les enquêtes ESPAD et ESCAPAD, de 2011 à 2018.....</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 2. Etude de cas multiples : types d'investigation par cas</i>	<i>80</i>
<i>Tableau 3. Description des cas inclus dans notre étude</i>	<i>90</i>

Abréviations

CFA : Centre de Formation des Apprentis

CI : Consultation Individuelle

CJC : Consultation Jeune Consommateur

CMO ou CME : Context – Mechanism – Outcome ou Contexte – Mécanisme – Effet

CNCT : Comité National Contre le Tabagisme

E2C : Ecole de la deuxième chance

ECR : Essai Contrôlé Randomisé

EPIDE : Etablissement Pour l'Insertion Dans l'Emploi

HONC : Hooked on Nicotine Checklist

IC : Intervalle de Confiance

INCa : Institut National du Cancer

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

JAPD : Journée d'Appel et de Préparation à la Défense

JDC : Journée Défense et Citoyenneté

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Comportements au cours de l'Appel de Préparation A la Défense

ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

MRC : Medical Research Council

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

RI : Réunion d'Information

RISP : Recherche Interventionnelle en Santé des Populations

SGpe : Séance en Groupe

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

Liste des productions et communications

Articles

Vallata A, O'Loughlin J, Cengelli S, Alla F. Predictors of Cigarettes Smoking Cessation in Adolescents: A Systematic Review (**accepté** dans *Journal of Adolescent Health*)

Vallata A, Cadeville M, Kanski C, Alla F. TABADO 2 : une stratégie d'accompagnement au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire (**accepté** dans *Global Health Promotion*)

Vallata A, Alla F. How can a school-based smoking cessation program for adolescents be successful? Realist evaluation of the TABADO program (**en cours de finalisation** ; revue ciblée : *Implementation science*)

Production pragmatique

Vallata A, Alla F. TABADO 2 : un guide pour une stratégie d'accompagnement au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire [Guide d'implémentation]. Nancy, Bordeaux: Université de Lorraine, Université de Bordeaux; 2019. 60 p. Disponible sur: http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_registre/REG00000005

Communications orales

Vallata A, Alla F. How to implement a successful smoking cessation intervention for adolescents? *European Journal of Public Health*, Volume 29, Issue Supplement_4, November 2019, ckz186.540, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.540>

Vallata A, Cadeville M, Trompette J, Kanski C, Kivits J, Alla F. From research to generalization: scale-up process of a public health intervention in France. *European Journal of Public Health*, Volume 28, Issue suppl_4, November 2018, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky213.199>

Kivits J, Ricci L, **Vallata A**, Minary L. Recherche interventionnelle en santé publique : quelle place pour l'interdisciplinarité ? L'exemple de RESIST, un programme de sevrage tabagique en milieu scolaire. Colloque "Les sciences humaines et sociales face à l'interdisciplinarité dans les recherches en santé. Pratiques, lieux, enjeux et perspectives"; 11-12 décembre 2017; Paris, France.

Kivits J, Munsch L, **Vallata A**, Ricci L, Minary L. Qualitative exploration of participation to a quit smoking program in a population of apprentices. *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue suppl_3, November 2017, cxx187.178, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.178>

Communications affichées

Vallata A, Alla F. How to implement a successful smoking cessation intervention for adolescents? *European Journal of Public Health*, Volume 29, Issue Supplement_4, November 2019, cxx186.540, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.540>

Vallata A, Kivits J, Alla F, Minary L, groupe RESIST. Les apprentis : une population qui reste particulièrement vulnérable au tabagisme. In: Congrès ADELFSFSP « Sciences et acteurs en santé : articuler connaissances et pratiques ». Amiens, France; 2017.

Kivits J, **Vallata A**, Ricci L, Alla F, Minary L et le groupe RESIST. De TABADO à RESIST : exploration des mécanismes d'un programme de sevrage tabagique en milieu scolaire. Congrès ADELFSFSP « Sciences et acteurs en santé : articuler connaissances et pratiques »; 4-6 octobre 2017; Amiens, France.

Kivits J, Munsch L, **Vallata A**, Ricci L, Minary L, groupe RESIST. Exploration qualitative de l'adhésion à un programme de sevrage tabagique en milieu scolaire. Congrès ADELFSFSP « Sciences et acteurs en santé : articuler connaissances et pratiques »; 4-6 octobre 2017; Amiens, France.

Chapitre 1

Le tabac : agir dès l'adolescence

1. Le fardeau du tabac

Le tabac est une priorité de santé publique dans le monde. Selon le Global Burden of Disease, 6.4 millions des décès dans le monde en 2015 (soit 11.5%) étaient attribuables au tabac (1). La même année, une étude de cohorte en Australie montrait que plus de deux fumeurs sur trois mouraient de leur tabagisme (2). En France, la mortalité attribuée au tabac est estimée à 78 000 décès par an (3), ce qui fait du tabagisme la 1^{ère} cause de mortalité évitable. Par ordre d'importance, ces décès sont dus à des cancers (47 000 décès), à des maladies cardiovasculaires (20 000 décès) et à des maladies respiratoires (11 000 décès) (3). L'arrêt du tabac sur le long terme permet de réduire les risques des maladies liées au tabac : en arrêtant de fumer à 30 ans, presque 10 ans d'espérance de vie sont gagnés par rapport à un fumeur qui continuerait à fumer ; à 50 ans, ce gain reste de 6 années (4). Il y a donc un fort intérêt à arrêter de fumer le plus tôt possible. Au-delà du coût en vies humaines, le tabac a également un fort coût économique pour la société. Même si la taxation sur le tabac rapporte à l'Etat Français 10.4 milliards d'euros par an, les coûts annuels dépensés pour en soigner les malades s'élèvent à 25.9 milliards d'euros, allant contre l'idée reçue selon laquelle le tabac rapporterait de l'argent à l'Etat et aux comptes sociaux (5). En considérant l'intégralité des coûts, notamment celui des vies perdues et de la perte de qualité de vie, la balance est déficitaire de 122 milliards d'euros par an (5).

Les premières études démontrant la dangerosité du tabac pour la santé ont été publiées à partir de 1950 (6). Les méfaits du tabac et le pouvoir addictif de la nicotine ont longtemps été démentis par l'industrie du tabac (7). Pourtant dans les années 1990, des documents secrets de l'industrie du tabac ont été révélés et ont prouvé que les industriels connaissaient ces risques mais ont choisi de les cacher, voire pire, de s'en servir pour faire du profit (7). Notamment les adolescents, étant en transition vers l'âge adulte et en recherche de nouvelles sensations, ont été la cible privilégiée de l'industrie du tabac, car elle voyait en eux de futurs fidèles consommateurs : *"a cigarette for the beginner is a symbolic act. I am no longer my mother's child, I'm tough, I am an adventurer, I'm not square ... As the force from the psychological symbolism subsides, the pharmacological effect takes over to sustain the habit"* (Philip Morris, 1969) ; *"It is important to know as much as possible about teenage smoking patterns and attitudes. Today's teenager is tomorrow's potential regular customer,*

and the overwhelming majority of smokers first begin to smoke while in their teens” (Philip Morris, 1981). La stratégie marketing de l’industrie du tabac a donc visé particulièrement les adolescents.

Les adolescents constituent ainsi un public particulièrement important en termes de lutte contre le tabagisme : il faut à la fois les dissuader de commencer à fumer, et faire arrêter le plus tôt possible ceux qui fument déjà pour réduire les risques liés au tabac.

2. Le tabagisme chez les adolescents

L’adolescence est une période clé pour l’entrée dans le tabagisme : près de 90% des fumeurs adultes ont commencé à fumer avant 18 ans (8). L’âge moyen de la 1^{ère} cigarette en France en 2017 était de 14.4 ans, et celui du tabagisme quotidien de 15.1 ans (9). L’évolution depuis ces dernières années est positive puisque ces âges sont plus tardifs : en 2005 la 1^{ère} cigarette était fumée à 13.4 ans et la consommation quotidienne démarrait à 14.8 ans (9). Cependant, nous constatons que le délai entre la 1^{ère} cigarette et le tabagisme quotidien s’est accéléré sur cette période, passant de 1.4 ans en 2005 contre 7 mois en 2017 (9). De plus, la majorité des fumeurs adolescents sont des fumeurs dépendants (10,11). Plusieurs études nationales et européennes permettent de décrire la consommation tabagique des adolescents en France.

2.1. L’enquête ESPAD

L’enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), est une enquête quadriennale réalisée de façon identique dans près de 40 pays européens depuis 1999, pour décrire la consommation de produits psychoactifs chez les lycéens, dont le tabac (12). Les dernières données disponibles ont été intégrées à **l’enquête EnCLASS** (13), qui fait également le lien avec les données de **l’enquête HBSC** (Health Behaviour in School-aged Children) ciblant les collégiens (14). En 2018, la prévalence de l’expérimentation de tabac chez les collégiens en France était ainsi de 21.2% (7.6% en classe de 6^{ème} et 37.6% en classe de 3^{ème}), et de 53.0 % chez les lycéens (46.6% en classe de 2^{nde} et 60.1% en classe de Terminale) (15). La consommation quotidienne de tabac concernait quant à elle 2.6% des collégiens (0.5% en classe de 6^{ème} et 6.5% en classe de 3^{ème}), et 17.5% des lycéens (14.0% en classe de 2^{nde} et 21.5% en classe de Terminale) (15). Ces chiffres sont en recul par rapport à ESPAD 2015, où 60.9% des lycéens avaient déjà expérimenté le tabac (70.4% en 2011), et 23.2% fumaient quotidiennement (30.8% en 2011) (16).

Par ailleurs, des différences significatives ont été observées dans la consommation de tabac parmi les lycéens selon leur milieu scolaire. En effet, la prévalence de la consommation quotidienne de cigarettes était significativement plus élevée chez les lycéens des filières professionnelles (33.4%) par rapport aux lycéens des filières générales et technologiques (18.4% ; OR = 2.53, IC 95% [1.99-3.20]) (16,17). De plus, cette prévalence était plus importante dans les établissements scolaires situés en milieu rural ou dans des villes isolées, par rapport aux établissements situés dans des agglomérations (respectivement OR = 1.63, IC 95% [1.00-2.69] et OR = 1.52, IC 95% [1.16-2.00]) (16).

Bien que les données en baisse soient encourageantes, la prévalence de la consommation quotidienne de tabac chez les jeunes en France reste pourtant supérieure à la moyenne Européenne. En effet, le rapport ESPAD 2015 montre une consommation quotidienne de tabac de 16%¹ chez les adolescents Français, contre 12% pour la moyenne Européenne, la France étant classée en 10^{ème} position de la plus haute prévalence parmi les 35 pays de l'enquête (Figure 1) (18).

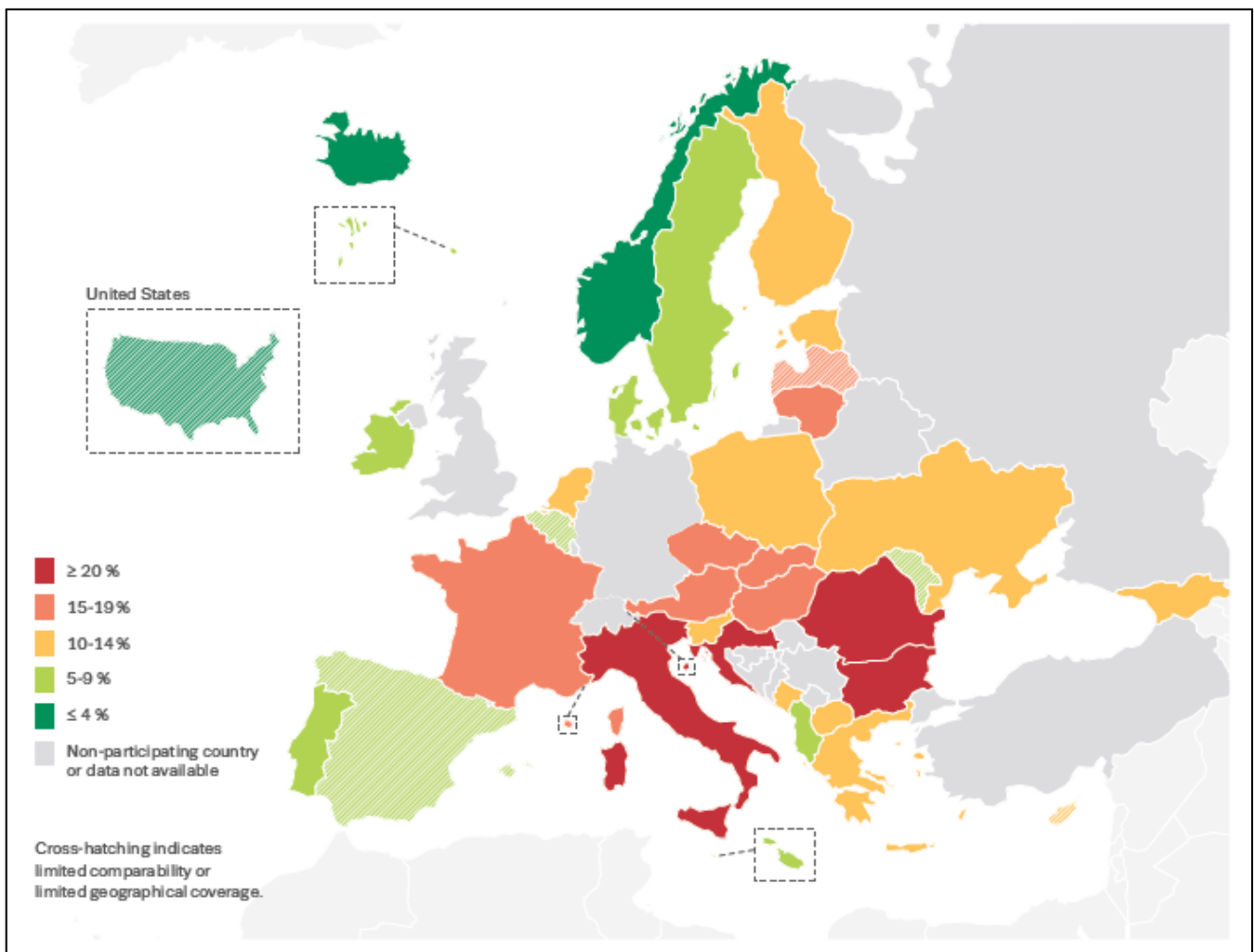


Figure 1. Prévalence de la consommation quotidienne de tabac chez les adolescents en Europe, carte issue du rapport ESPAD 2015 (18)

¹ Ce chiffre n'inclut pas les DOM-TOM, contrairement à ceux de la référence (16).

Aux Etats-Unis, la consommation quotidienne de tabac chez les adolescents est encore plus faible : 6.6% des 12-17 ans sont fumeurs, dont 22% de fumeurs quotidiens (8). Une forte augmentation est observée à partir de 18 ans, mais cela reste bien inférieur à la France : 28.2% des 18-20 ans sont fumeurs, dont 37.3% de fumeurs quotidiens (8).

2.2. L'enquête ESCAPAD

L'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Comportements au cours de l'Appel de Préparation A la Défense) quant à elle est une enquête nationale en France qui a pour objectif de décrire la consommation de produits psychoactifs chez les jeunes de 17 ans, dont le tabac (19). Elle apporte donc un intérêt supplémentaire par rapport à ESPAD en n'étudiant plus seulement les lycéens mais la population générale adolescente (apprentis, sortis du système scolaire...). Initiée en 2000, elle a lieu tous les 3 ans lors de la Journée Défense et Citoyenneté ou JDC (anciennement Journée d'Appel et de Préparation à la Défense ou JAPD) (20). Plusieurs indicateurs y sont utilisés pour décrire la consommation de tabac. « L'expérimentation » correspond au fait d'avoir fumé du tabac au moins une fois au cours de sa vie ; la « consommation récente » correspond à un usage dans les 30 jours précédant l'enquête ; la « consommation quotidienne » correspond au fait de fumer au moins une cigarette par jour ; la « consommation intensive » correspond au fait de fumer plus de 10 cigarettes par jour (9). En 2017, la prévalence de l'expérimentation de tabac chez les jeunes en France était ainsi de 59.0% (68.4% en 2011 et 2014), la consommation récente de tabac de 34.1% (43.8% en 2014, 42.0% en 2011), la consommation quotidienne de 25.1% (32.4% en 2014, 31.5% en 2011), et enfin la consommation intensive de 5.2% (7.7% en 2011 et 2014) (9,21). Des inégalités sont cependant observées sur le territoire Français (Figure 2) (22).

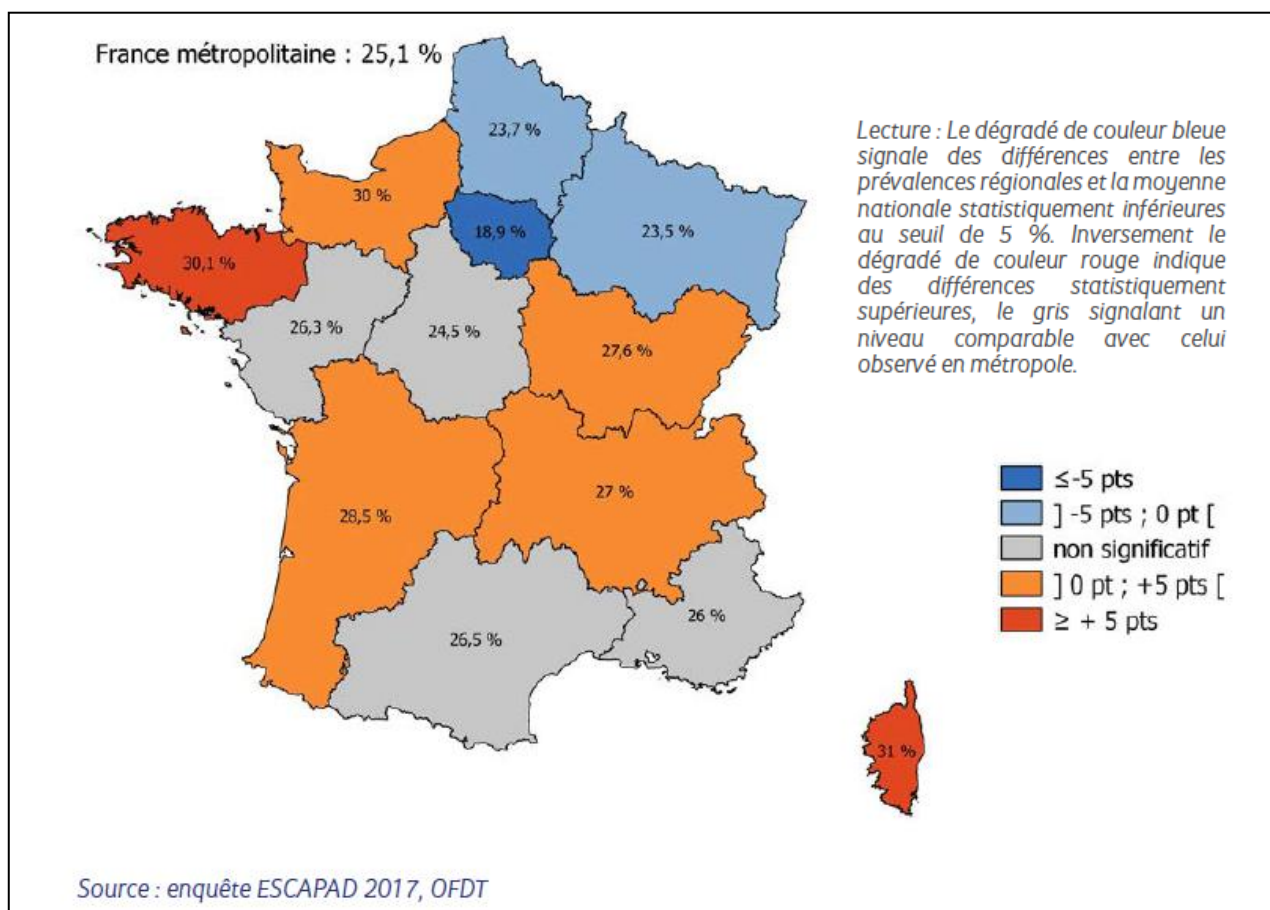


Figure 2. Prévalence de la consommation quotidienne de tabac chez les adolescents par région en France, carte issue du rapport ESCAPAD 2017 (63)

Le Tableau 1 récapitule les principales données issues des enquêtes ESPAD et ESCAPAD, entre 2011 et 2018.

Tableau 1. Prévalence de la consommation de tabac des adolescents en France, selon les enquêtes ESPAD et ESCAPAD, de 2011 à 2018

Enquête	2011		2014-2015		2017-2018	
	ESPAD ^a	ESCAPAD ^b	ESPAD ^a	ESCAPAD ^b	ESPAD ^a	ESCAPAD ^b
Expérimentation	70.4%	68.4%	60.9%	68.4%	53.0%	59.0%
Récent	44.0%	42.0%	32.8%	43.8%	27.3%	34.1%
Quotidien	30.8%	31.5%	23.2%	32.4%	17.5%	25.1%
Intensif	8.3%	7.7%	4.9%	7.7%	non connu	5.2%

a : ESPAD = population lycéenne

b : ESCAPAD = population générale adolescente

A titre de comparaison, la prévalence de la consommation de tabac chez l'adulte de 18 à 75 ans en France en 2019 était de 30.4%, dont 24.0% pour la consommation quotidienne (23). Ces chiffres sont

également en baisse par rapport à 2014, où la consommation de tabac était de 34.3%, dont 28.5% pour la consommation quotidienne.

Comme pour les lycéens dans ESPAD, **de fortes inégalités sont observées selon la situation scolaire des jeunes fumeurs** (utilisée comme proxy de la situation sociale). En isolant les différents types de parcours scolaires, on s'aperçoit que la consommation quotidienne de tabac parmi les lycéens s'élevait à 22%, tandis qu'elle s'élevait à 47.3% pour les apprentis et à 57% pour les jeunes sortis du système scolaire (9).

Ces inégalités sociales persistent à l'âge adulte. On observe en effet un gradient dans la prévalence de la consommation quotidienne de tabac selon le niveau de diplôme (17.7% si supérieur au Bac contre 32.0% si aucun diplôme), le niveau de revenu (18.2% pour les hauts revenus contre 29.8% pour les faibles revenus), et la situation professionnelle (25.3% si en situation d'emploi contre 42.7% si au chômage) (23).

3. Les interventions d'aide au sevrage tabagique pour les adolescents

3.1. Le besoin d'un accompagnement à l'arrêt du tabac

En réponse à ces constats, des actions de prévention du tabagisme à destination des adolescents se sont développées. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les adolescents comme les jeunes âgés de 10 à 19 ans (24). Si la prévention de l'initiation au tabac est adaptée et nécessaire pour les plus jeunes, elle est insuffisante pour les adolescents un peu plus âgés qui, comme nous l'avons vu, deviennent fumeurs quotidiens à partir de 15 ans en moyenne, et surtout pour les adolescents en apprentissage ou sortis du système scolaire qui sont particulièrement touchés par le tabagisme (9). De plus, 71% des adolescents fumeurs ont déjà essayé d'arrêter, mettant en avant l'intérêt qu'ils peuvent porter à abandonner la cigarette (25). Malheureusement, la plupart de ces tentatives échouent : 34% lors de la 1^{ère} semaine d'arrêt et 92% dans l'année (25). Par ailleurs, les jeunes essaient majoritairement d'arrêter seuls, sans recours aux systèmes d'aide existants (professionnels de santé, substituts nicotiniques...) (Figure 3), ce qui peut être l'une des raisons des échecs fréquents (26,27).

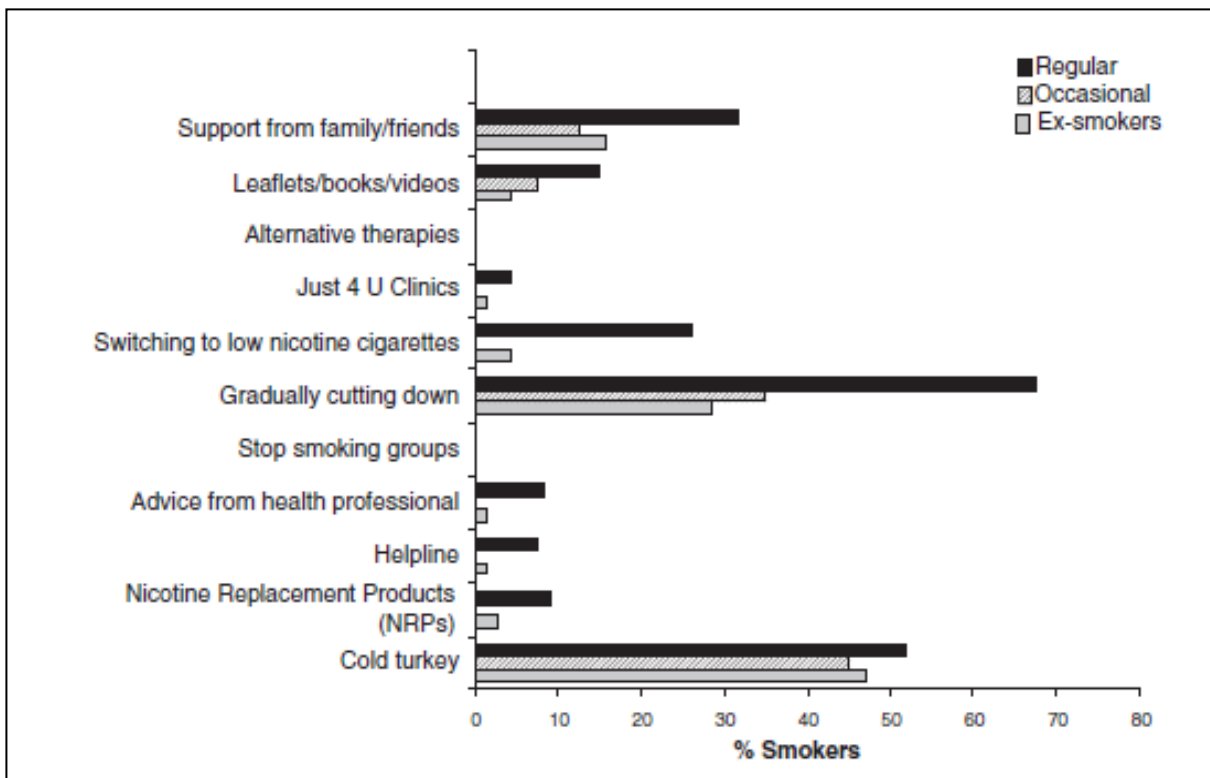


Figure 3. Stratégies utilisées par les adolescents pour arrêter de fumer, selon l'étude de Grimshaw et al., graphique issu de Grimshaw et al. 2003 (26)

En plus des actions de prévention de l'entrée dans le tabagisme, **il est ainsi nécessaire de proposer une aide au sevrage adaptée aux adolescents déjà fumeurs**, et pour cela, identifier des stratégies interventionnelles et la façon de les mettre en œuvre.

3.2. Les stratégies interventionnelles

Si les recommandations sont assez unanimes pour la prise en charge du sevrage tabagique de l'adulte, celles pour les adolescents sont plus mitigées.

Dans leur étude, Abdul-Kader et al. présentent les principaux traitements utilisés pour le sevrage tabagique des adultes, ainsi que les données d'efficacité issues de différentes méta-analyses recensées dans la littérature (28). Il en ressort qu'une prise en charge optimale du sevrage tabagique chez l'adulte doit prendre en compte à la fois la dépendance physique, la dépendance psychique, et la dépendance comportementale. Pour cela, les traitements de référence sont (28) :

- les substituts nicotiques (ils remplacent la nicotine contenue dans les cigarettes : patches, gommes à mâcher, comprimés sublinguaux ou à sucer, inhalateurs, spray buccaux) ; avec un

risque relatif d'arrêt du tabac à six mois de 1.60 (IC 95 % : 1.53—1.68) tout type de substitut confondu ; la combinaison d'une forme à délivrance lente (patch, ou « timbre ») et d'une forme à délivrance rapide présente de meilleurs résultats par rapport à un substitut utilisé seul, avec un risque relatif de 1.34 (IC 95% : 1,18—1,51) ;

- la varénicline (un médicament agoniste des récepteurs à la nicotine) ; avec un risque relatif d'une abstinence continue du tabac durant au moins six mois de 2.24 (IC 95% : 2.06—2.43) par rapport à un placebo ;
- le bupropion (un médicament agoniste des récepteurs à la nicotine) ; avec un risque relatif d'arrêt du tabac à six mois ou plus de 1.62 (IC 95 % : 1.49—1.76) par rapport à un placebo ;
- les thérapies cognitivo-comportementales (ou TCC) qui sont un ensemble de méthodes de psychothérapie pour la prise en charge des dépendances psychique et comportementale à un produit (entretien motivationnel, thérapie de groupe, méthode des 5 A...) ; avec par exemple un risque relatif de maintien de l'arrêt du tabac à six mois de 1.62 (IC 95 % : 1.32—2.00) pour l'entretien motivationnel par rapport à un simple conseil d'arrêt.

La combinaison d'un traitement pharmacologique et d'une TCC augmente significativement les chances d'arrêt du tabac, avec un risque relatif à six mois de 1.83 (IC 95 % : 1.68—1.98).

Pour les adolescents, la Cochrane a analysé 41 essais contrôlés randomisés réunissant en tout 13 000 jeunes de moins de 20 ans suivis pour arrêter de fumer (29). Les stratégies d'aide à l'arrêt étaient diverses, et portaient sur du soutien individuel ou de groupe, des interventions utilisant des technologies informatiques, des interventions alliant plusieurs méthodes, et plus rarement sur une aide pharmacologique. Les seules pour lesquels les résultats montraient une association significative avec l'arrêt étaient les stratégies reposant sur du soutien de groupe. Certaines approches mixtes semblaient prometteuses sans toutefois montrer de résultats significatifs. Les stratégies pharmacologiques utilisées seules ne montraient pas d'effet chez les adolescents, contrairement aux adultes. Les auteurs soulignaient cependant que la qualité des preuves pour les résultats de cette revue était faible (peu d'études ou participants pour certains résultats, différences entre les études incluses...).

3.3. La mise en œuvre des stratégies interventionnelles

Sussman et Sun ont réalisé une revue de 64 essais contrôlés évaluant des interventions d'aide au sevrage tabagique à destination des adolescents, et se sont intéressés à l'influence des modalités de mise en œuvre (30). Les auteurs ont mis en évidence les modalités qui montraient des résultats significatifs en termes de sevrage tabagique des adolescents : les interventions délivrées en milieu scolaire ou dans des lieux de soins - *medical clinics* - (mais pas les interventions délivrées par la famille, par un système informatique seul, ou délivrées à plus large échelle), comprenant au moins 5 sessions, et ludiques. Par ailleurs, d'autres facteurs doivent être pris en compte tels que l'accessibilité (horaire, financière, géographique), la confidentialité notamment vis-à-vis des parents, l'adaptation des messages aux représentations et aux intérêts spécifiques des adolescents, la tournure positive/optimiste des messages, et le type d'intervenant (les préférences des adolescents s'orientant vers des pairs ou des célébrités, plutôt que des enseignants, des professionnels de santé ou les parents) (31,32).

4. Le programme TABADO

Dans ce contexte, une équipe de tabacologues et chercheurs a développé en 2006 le **programme d'aide au sevrage tabagique TABADO**, en se basant sur les principaux leviers connus à l'époque : l'accessibilité, la confidentialité, la combinaison d'une prise en charge pharmacologique et comportementale, individuelle et en groupe, et en milieu scolaire (32). Ce programme était destiné à la population particulièrement vulnérable des apprentis (9), et a été mis en place dans des Centres de Formation des Apprentis (CFA). Il comprend :

- **Une réunion d'information sur le tabac** en classes entières, à destination des fumeurs et non-fumeurs ; à l'issue de la réunion, il est proposé aux élèves fumeurs de s'engager dans le programme TABADO pour les aider à arrêter de fumer
- Ces volontaires bénéficient ensuite gratuitement d'une prise en charge tabacologique directement au sein de l'établissement : une première **consultation diagnostique individuelle** avec un tabacologue, puis une **consultation mensuelle de suivi** pendant 4 mois, accompagnée d'une **séance en petit groupe** avec les autres volontaires inscrits au programme ; des **substituts nicotiniques** sont délivrés gratuitement par le tabacologue s'il le juge nécessaire

L'évaluation de l'efficacité de ce programme a été effectuée entre 2007 et 2009 dans le cadre d'un essai contrôlé. Pour cela, 8 CFA ont été recrutés en Lorraine dont 3 ont bénéficié du programme TABADO. La comparaison du taux de sevrage entre les établissements bénéficiant du programme et ceux n'en bénéficiant pas a été concluante : respectivement 17% et 11.9% des adolescents ne fumaient plus, 1 an après le début du programme (OR ajusté = 2.1, IC 95% [1.2-3.6], p = 0.008) (33).

Le programme TABADO a ainsi démontré son efficacité dans l'aide au sevrage tabagique chez les adolescents.

Dix ans après, l'Institut National du Cancer (INCa) a envisagé de déployer le programme TABADO au niveau national et de l'étendre aux lycées professionnels (34). Or jusqu'à présent, TABADO n'avait été mis en œuvre que dans des conditions de recherche et en CFA, et sa transférabilité dans des conditions de vie réelle, dans de nouveaux contextes et à grande échelle n'était pas garantie. Un travail spécifique de recherche était alors nécessaire, dans lequel s'insère le présent travail de thèse.

Parallèlement les concepteurs de TABADO ont souhaité créer une nouvelle intervention, RESIST, qui comprendrait une version améliorée de TABADO et une nouvelle composante basée sur le réseau social des adolescents (35). Deux axes de recherche ont été menés : un sur l'amélioration de TABADO dont fait partie ce présent travail de thèse, et un sur le réseau social qui ne concerne pas ce travail de thèse.

Chapitre 2

La recherche interventionnelle et les interventions complexes en santé des populations

1. La recherche interventionnelle en santé des populations

La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) est l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions de santé publique, dans le but d'améliorer la santé des populations (36). Ces interventions peuvent être des actions, des programmes, des stratégies ou des politiques. La santé étant influencée par de nombreux déterminants, la RISP peut cibler de multiples secteurs : celui de la santé de façon directe, mais aussi ceux de l'environnement, de l'éducation, du social... (37). Elle a une visée opérationnelle, c'est-à-dire qu'elle doit permettre **d'apporter des réponses pour agir face à un problème de santé publique**. Elle a ainsi été considérée comme une « science des solutions », par opposition à la « science des problèmes » qui cherche à identifier quelles sont les causes d'un problème connu (38). De ce fait, elle constitue un véritable carrefour de rencontre entre les décideurs, les chercheurs et les professionnels du terrain. **Enfin, la spécificité de la RISP est qu'elle porte sur des interventions qui peuvent généralement être considérées comme « complexes »**, telles que le programme TABADO précédemment présenté.

2. Les caractéristiques des interventions complexes

Depuis les années 2000, le Medical Research Council (MRC) s'est particulièrement intéressé à ces interventions complexes. Il les définit comme des interventions (39,40) :

- constituées de plusieurs composantes qui interagissent entre elles
- nécessitant des compétences multiples pour les intervenants
- dont la mise en œuvre est difficile et se doit d'être adaptée au contexte de mise en œuvre et aux populations ou organisations ciblées
- présentant des résultats non linéaires, variant en fonction des contextes de mise en œuvre

Le contexte de mise en œuvre est un élément de complexité en lui-même. Si certains auteurs différencient interventions complexes, systèmes complexes ou encore systèmes interventionnels, tous s'accordent sur **l'importance du contexte de mise en œuvre et de son influence sur la mise en œuvre de l'intervention et sur ses résultats** (41–43). Les composantes de l'intervention, le contexte et les résultats sont en effet interreliés. L'interaction de ces différents éléments forme un processus dynamique, ou « système », dans lequel le mouvement d'un des éléments fait bouger les autres, tels des rouages. On imagine alors aisément qu'une modification du contexte de mise en œuvre aura une répercussion sur l'ensemble du système, et qu'une même intervention mise en place dans des contextes différents ne produira pas forcément les mêmes résultats.

Aux interventions complexes s'opposent les interventions dites « simples », et les interventions dites « compliquées » (44). A la différence des interventions complexes, une même intervention mise en place dans deux contextes différents donnera probablement les mêmes résultats. Glouberman et Zimmerman schématisent cette distinction de la manière suivante : réaliser une recette est une intervention simple, car même si elle requiert des compétences techniques, une fois celles-ci acquises, en utilisant les mêmes ingrédients et les mêmes ustensiles, on aboutira probablement au même résultat ; envoyer une fusée sur la lune est une intervention compliquée, car cela requiert des expertises dans des champs multiples et qui doivent être parfaitement coordonnées, mais une première réussite permet de valider un protocole qui permettra probablement d'aboutir au même résultat une seconde fois ; élever un enfant est une intervention complexe, car réunit à la fois les difficultés des interventions simples et compliquées, mais même un protocole fixe ne permettra de répliquer avec certitude les mêmes résultats (44).

3. Les interventions complexes : au-delà de leur contexte initial de mise en œuvre

Une intervention complexe peut avoir vocation à être mise en œuvre à de multiples reprises, dans des contextes différents du contexte initial de développement et/ou d'évaluation. Compte tenu du lien fort entre le contexte de mise en œuvre et l'intervention, il est essentiel de se pencher sur les questions du passage entre conditions de recherche et conditions de vie réelle, et de transférabilité à travers la diversité des contextes de mise en œuvre, ce qui inclue la mise à l'échelle.

3.1. De la recherche aux conditions de vie réelle

Comme déjà présenté, la finalité de la recherche interventionnelle est cognitive mais aussi opérationnelle. Cette recherche n'a ainsi de sens que si ses résultats peuvent être utilisés **en conditions de vie réelle, c'est-à-dire en dehors des conditions expérimentales**. Or, il existe un large fossé entre les connaissances et les résultats issus de la recherche, et ce qui est réellement appliqué dans la pratique courante (45,46). L'objectif de l' « **implementation research** », que l'on pourrait traduire par « recherche en implémentation » ou « recherche sur les processus de mise en œuvre », est de réduire ce fossé (47,48). Il s'agit de « *l'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur les preuves, dans la pratique courante, afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des services et des soins de santé* »² (47).

Ce passage de la recherche à la pratique est difficile.

Les objectifs qui guident les chercheurs et les acteurs de terrain ne sont pas les mêmes (49). Au-delà des objectifs, les conditions sont différentes : en termes de financement, de cadre juridique, d'acteurs impliqués, de calendrier... Ainsi, les interventions développées dans un cadre de recherche ne trouvent pas de telles conditions en vie réelle.

Enfin, le transfert de connaissances des chercheurs aux acteurs rencontre de nombreux obstacles (50,51). D'une part, les résultats issus des recherches sont peu accessibles aux acteurs de terrain. En effet, ils sont majoritairement publiés en anglais, dans des articles dont le format et la tournure scientifiques peuvent être peu abordables, et de plus dans des bases de données ou revues scientifiques dont l'accès est payant. D'autre part, les informations qui seraient nécessaires aux acteurs pour pouvoir reproduire l'intervention sont partielles dans les articles scientifiques. Les données portent principalement sur la description de la population d'étude, la méthodologie de la recherche, les concepts sur lesquels la recherche s'appuie. Mais le contenu des interventions et les éléments liés à la mise en œuvre sont insuffisamment décrits : les freins et leviers à la mise en œuvre, les compétences requises pour les intervenants, la façon dont ils s'approprient l'intervention, la façon dont les bénéficiaires réagissent à l'intervention, les adaptations faites par rapport à ce qui était prévu et leurs motifs...

² Citation originale : *“Implementation research is the scientific study of methods to promote the systematic uptake of research findings and other evidence-based practices into routine practice, and, hence, to improve the quality and effectiveness of health services and care.”*

Une étape de traduction entre la recherche et la vie réelle est indispensable pour accompagner ce processus de dissémination des interventions efficaces dans la pratique courante (49). Dans ce cadre, il est alors nécessaire de s'intéresser à la transférabilité des interventions.

3.2. La transférabilité

Expliquer ce concept nécessite d'abord de comprendre celui « **d'applicabilité** ». Pour une intervention, cela correspond à la **possibilité de l'implanter dans un contexte différent de celui dans lequel elle a été développée** (52). Il s'agit de se poser la question « est-ce que cette intervention peut être mise en œuvre dans ces nouvelles conditions ? ».

La transférabilité quant à elle correspond à la **possibilité d'obtenir des résultats identiques dans un nouveau contexte** de mise en œuvre pour une intervention qui y est applicable (52,53). Il s'agit de se poser la question « est-ce que cette intervention (applicable) peut obtenir les mêmes résultats dans ces nouvelles conditions ? ». Le potentiel de transférabilité d'une intervention peut être analysé à plusieurs étapes : lors de la création d'une nouvelle intervention (pour anticiper les paramètres susceptibles d'influencer les résultats), en amont du transfert d'une intervention vers un nouveau contexte (pour éclairer la décision d'implanter ou pas, et les éventuelles adaptations à prévoir), ou lors de l'évaluation d'une intervention transférée (pour expliquer les différences observées par rapport à l'intervention initiale) (54). De nombreux paramètres entrent en compte pour analyser le potentiel de transférabilité d'une intervention et sont par exemple présentés par Wang et al. (52), ou plus récemment dans l'outil français ASTAIRE (54).

3.3. La mise à l'échelle des interventions probantes

La mise à l'échelle est un processus actif consistant à étendre à plus grande échelle une innovation démontrée efficace (qui peut être une intervention complexe), pour en faire bénéficier plus de personnes et augmenter son impact (55). Ce concept est intimement lié avec celui de transférabilité, et soulève les mêmes questions.

Pour répondre aux questions posées par le passage entre recherche et vie réelle, par la transférabilité et la mise à l'échelle des interventions, il est nécessaire d'accéder aux données concernant l'efficacité des interventions, mais aussi **aux données liées à leurs processus et mécanismes de fonctionnement.**

4. L'évaluation des interventions complexes : au-delà de leur efficacité

4.1. L'évaluation de processus

Les essais contrôlés randomisés (ECR) sont le gold standard dans le champ de la santé pour évaluer l'efficacité d'une intervention. L'évaluation des interventions complexes en santé s'est longtemps centrée sur ce type d'évaluation. Mais les enjeux présentés dans les chapitres précédents - le fort lien avec le contexte de mise en œuvre (qui est neutralisé dans les ECR), la transférabilité, la nécessité d'une traduction entre recherche et pratique courante - sont la preuve **qu'une évaluation basée uniquement sur l'efficacité est insuffisante lorsqu'il s'agit d'une intervention complexe en santé. Il ne suffit plus de comprendre si l'intervention est efficace ou pas, mais aussi de comprendre comment et pourquoi.** Des méthodes complémentaires aux ECR doivent alors être utilisées : il s'agit de **l'évaluation de processus** (56,57). L'objectif d'une telle évaluation est de comprendre le fonctionnement d'une intervention, qu'elle soit efficace ou non, et de pouvoir ainsi expliquer les résultats obtenus, voire de proposer des améliorations. **L'évaluation de l'intervention complexe TABADO n'a porté que sur son efficacité (33).**

Le MRC propose un cadre pour guider la démarche d'évaluation de processus (Figure 4) (40).

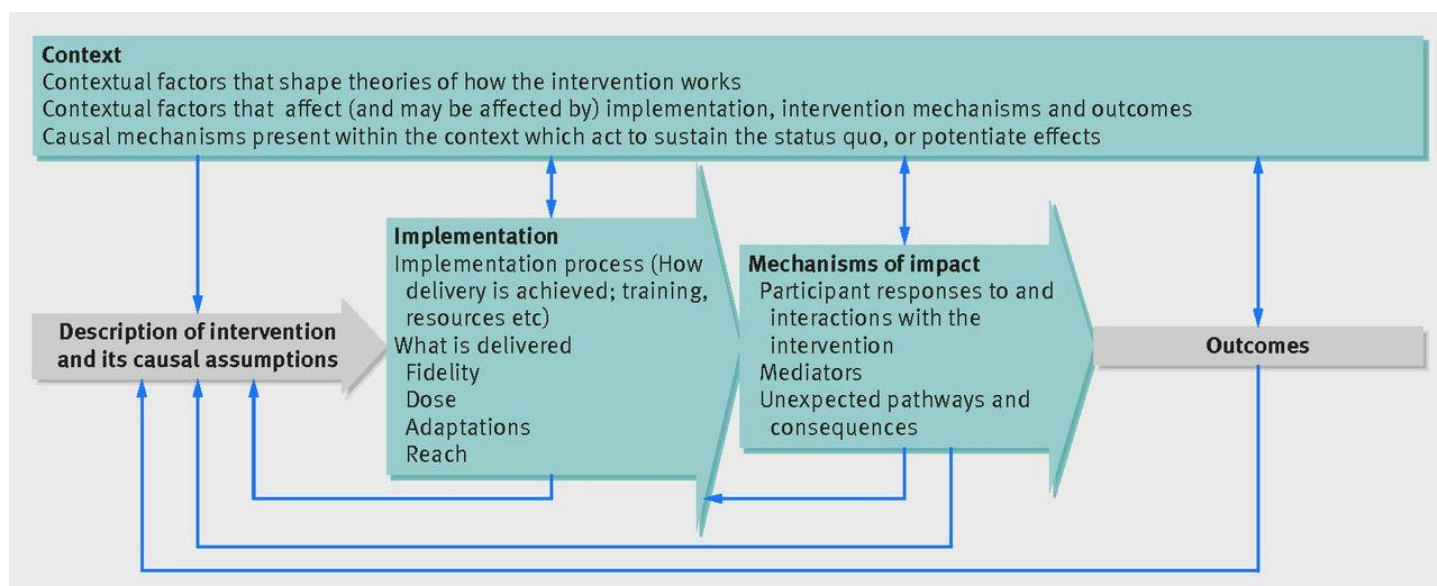


Figure 4. Fonctions clés de l'évaluation de processus, selon le Medical Research Council ; figure issue de Moore et al. 2014 (40)

Ce cadre est constitué de 3 modules interreliés, qui interviennent entre les hypothèses initiales qui ont mené au développement de l'intervention, et les résultats attendus de l'intervention. Ces modules s'influencent et interagissent entre eux :

- **le contexte** : ce sont les facteurs préexistants, externes à l'intervention ; il s'agit de comprendre comment ces facteurs influencent la mise en œuvre, le fonctionnement et les résultats de l'intervention
- **la mise en œuvre** : ce qui est délivré par l'intervention ; il s'agit de comprendre ce qui est mis en place, en termes de qualité et quantité, et comment cela est mis en place, en termes de procédures et de ressources nécessaires
- **les mécanismes d'impact** : c'est la façon dont les participants réagissent à l'intervention, que ces comportements soient attendus ou non ; il s'agit de comprendre comment les activités mises en place ont pu mener à ce changement

L'étude de ces modules et de leur interaction au travers de l'évaluation de processus permet d'expliquer les résultats de l'intervention. Pour chacun d'eux, différentes méthodes peuvent être employées, dont l'évaluation basée sur la théorie.

4.2. L'évaluation basée sur la théorie

L'évaluation basée sur la théorie est une des méthodes qui permet d'opérationnaliser l'évaluation de processus du MRC. Elle est basée sur l'identification de la **théorie de l'intervention**. Il faut tout d'abord distinguer deux types de théories (58) :

- Les théories de type 1, qui décrivent les hypothèses sous-jacentes sur la façon dont est censée fonctionner une intervention précise ; les hypothèses telles que pensées par les créateurs de l'intervention, les activités à mettre en place, la chaîne de changement amenant au résultat visé...
- Les théories de type 2, qui sont des théories scientifiques plus générales, externes à l'intervention, comme le Health Belief Model, la théorie de l'action raisonnée...(59)

Notons que l'utilisation couplée des deux types de théories est possible et peut apporter un intérêt (58). L'évaluation basée sur la théorie porte sur les théories de type 1, et c'est ce que nous étudions dans ce travail de thèse. Cet éclairage étant apporté, approfondissons plus en détail ce qu'est une théorie d'intervention. Plusieurs définitions de ce concept existent, décrivant parfois des concepts

similaires sous des termes différents, ou au contraire des concepts différents sous des termes identiques (58,60). Deux catégories de théories peuvent être identifiées (60–62) :

- **les théories centrées majoritairement sur l'implémentation** : il s'agit d'hypothèses sur les activités à mettre en œuvre, et la façon de les mettre en œuvre, pour atteindre les objectifs d'une intervention ; elles répondent à la question « **comment ?** »
- **les théories centrées majoritairement sur l'explication de la causalité** : il s'agit d'hypothèses sur les mécanismes qui pourraient expliquer les liens entre les activités mises en œuvre, et les résultats observés ; elles répondent à la question « **pourquoi ?** »

Dans ce présent travail de thèse, nous définissons la théorie d'intervention comme la combinaison de ces deux concepts.

Les deux grandes approches pour élaborer la théorie d'intervention sont celles de l'**Évaluation réaliste** (63) et de la **Théorie du changement** (64,65). Dans les deux cas, les partisans mettent en avant la nécessité d'étudier les deux aspects de la théorie, tels que décrits ci-dessus. Mais l'angle d'attaque pour élaborer une telle théorie n'est pas le même selon ces approches.

Les théories issues de l'évaluation réaliste sont plus orientées vers l'explication des mécanismes apportant le changement, et l'identification des interactions entre intervention, mécanismes et contexte. Elles sont construites par un processus itératif continu entre les éléments issus du terrain et l'analyse qu'en fait l'évaluateur. En général, elles ne portent pas sur une intervention dans sa globalité mais cherchent plus à en expliciter un trait précis qui participe aux résultats (60,66).

Les théories issues de la théorie du changement sont plus orientées vers les activités à mettre en œuvre pour apporter un changement, et la plausibilité du lien activités/résultats. A chaque étape de la chaîne causale, des indicateurs permettent de mesurer l'atteinte du changement attendu. Le rôle de l'évaluateur est moins proéminent car leur élaboration repose plus sur un consensus d'experts. En général, elles sont plus globales et opérationnelles, mais plus superficielles (60,65,66).

Dans ce présent travail de thèse, nous avons choisi la méthode de l'évaluation réaliste : car elle permet d'étudier les mécanismes plus en profondeur en les liant au contexte.

5. L'évaluation réaliste

5.1. Les objectifs

L'évaluation réaliste est une méthode pragmatique d'élaboration des théories d'intervention, développée par **Pawson et Tiley** (63). Issue des sciences sociales, elle s'est peu à peu étendue à la RISP. Elle a pour objectif non pas d'établir une causalité entre une intervention et une modification de la situation, mais de donner du sens à ce qui se produit lorsqu'on implante une intervention. Typiquement, on passe de la question « Est-ce que cette intervention est efficace ? » à la question « **Qu'est-ce qui fonctionne dans cette intervention, pour qui, sous quelles conditions et comment ?** ». En identifiant ces éléments, une intervention peut être appliquée et transférée dans plusieurs contextes en gardant son efficacité (52).

Pour Pawson et Tiley, les interventions sont 1) **des théories**, car elles naissent dans l'esprit de leurs concepteurs, 2) **des systèmes ouverts**, qui sont influencés par leur environnement général (lui-même un système) et qui peuvent modifier cet environnement, 3) **elles sont incitatives**, c'est-à-dire qu'elles cherchent à induire une modification du raisonnement voire du comportement des bénéficiaires (67). On ne voit plus l'intervention comme une entité unique, mais comme **un ensemble de composantes qui va permettre de produire des effets, si les conditions contextuelles sont réunies**. Les caractéristiques des interventions complexes, telles que présentées plus haut dans ce chapitre, ne sont donc pas neutralisées (comme elles peuvent l'être dans un ECR), mais étudiées en profondeur. **L'évaluation réaliste constitue ainsi une méthode de choix pour évaluer les interventions complexes en santé publique.**

5.2. Les mécanismes

Le concept central dans l'évaluation réaliste est sans nul doute celui de **Mécanisme (M)**. Ce terme, parfois générique et utilisé pour décrire une activité ou les composantes d'une intervention, prend un tout autre sens dans le cadre réaliste (67,68). Les définitions varient sensiblement selon les auteurs, mais une scoping review de Lacouture et al. a permis d'aboutir à une définition de ce concept : « ***un mécanisme est caché mais réel, c'est un élément du raisonnement et des réactions des personnes en lien avec les ressources disponibles dans un contexte donné, pour apporter un***

changement via l'implantation d'une intervention, et qui évolue dans un système spatio-temporel et social ouvert »³ (69).

En d'autres termes, il s'agit des changements que l'intervention va provoquer « dans la tête » des personnes, et qui vont mener à de nouveaux comportements ; c'est ce qui explique la logique de l'intervention. Chaque composante de l'intervention agit par des mécanismes sous-jacents. Au sens réaliste, dire qu'une intervention fonctionne est un abus de langage, car ce n'est pas l'intervention en elle-même qui fonctionne, mais **ce sont les ressources qu'elle met à disposition qui permettent d'activer des mécanismes qui vont produire un changement**. Comme souligné par Dalkin et al., cette notion « d'activation » n'est pas binaire, les mécanismes peuvent s'exprimer à différents degrés et doivent être appréhendés sur un continuum : on est plus ou moins en confiance, plus ou moins inquiet... (70). Cette notion d'activation mène directement au second concept majeur de l'évaluation réaliste : le contexte.

5.3. Le contexte

Le **Contexte (C)** correspond à **l'environnement et aux conditions dans lesquels l'intervention est mise en œuvre** (67). Le contexte s'entend au sens large : il peut s'agir des ressources humaines ou matérielles à disposition, des caractéristiques des bénéficiaires ou des intervenants, des politiques en application, des conditions de vie/de travail, des relations sociales... Pour s'activer, les mécanismes ont besoin que certaines de ces conditions soient réunies. L'enjeu d'une évaluation réaliste est alors de réussir à identifier ces conditions et à les lier aux mécanismes.

5.4. Les effets (outcomes)

Le troisième concept de l'évaluation réaliste est celui des **Effets (E)** ou **Outcomes (O)**. Il correspond à **tous les effets qui se produisent suite à l'activation des mécanismes** (67). Dans l'évaluation réaliste, avec la prise en compte de la variabilité des contextes et des mécanismes qui en dépendent, il n'y a donc pas un seul résultat mais un ensemble de résultats. Ces derniers peuvent être attendus ou inattendus, et ne portent pas seulement sur les résultats finaux de l'intervention (par exemple,

³ Citation originale : *"A mechanism is hidden but real, is an element of reasoning and reactions of agents in regard to the resources available in a given context to bring about changes through the implementation of an intervention, and evolves within an open space-time and social system of relationships."*

l'arrêt du tabac) mais aussi sur les effets intermédiaires de la chaîne causale (par exemple, l'inscription à un programme d'aide au sevrage).

5.5. Les configurations CMO et ICAMO

Enfin le dernier concept de base est celui des **configurations Contexte-Mécanisme-Effet (CME)** ou **Context-Mechanism-Outcome (CMO)** en anglais. Il s'agit de la mise en relation de chacun des éléments précédemment présentés, pour émettre des hypothèses sur quelles conditions déclenchent quels mécanismes et quels sont alors les effets obtenus (67). **L'ensemble des configurations CMO correspond à la théorie d'intervention**, plus souvent appelée « program theory » en anglais, permettant à terme de répondre, ou du moins en partie, à la question centrale « Qu'est-ce qui fonctionne dans cette intervention, pour qui, sous quelles conditions et comment ? ». Comme nous le verrons dans la section suivante, l'évaluation réaliste n'a pas de fin, la théorie d'intervention pouvant toujours être affinée avec de nouvelles données.

Une difficulté majeure de l'évaluation réaliste est liée à la différenciation des concepts C, M et O (68,70,71). **La frontière entre ces concepts est parfois floue et dépend du focus de la recherche** menée et donc du focus des questions de recherche : se situe-t-on à un niveau micro (par exemple un établissement scolaire) ou un niveau plus macro (par exemple les lois en vigueur dans le pays). De plus, un O d'une première configuration CMO peut devenir un élément déclencheur nécessaire, donc un C, dans une autre CMO. Robert et Ridde invitent ainsi à considérer les CMO comme un outil d'analyse dynamique (68). Cependant, les configurations CMO ne permettent pas de distinguer ce qui relève de l'intervention de ce qui relève du contexte hors intervention. Certains auteurs proposent ainsi une évolution du concept CMO afin de mieux marquer cette frontière. Dalkin et al. proposent d'utiliser deux types de mécanismes : M raisonnement et M ressources (70). Le premier correspond au mécanisme classique défini précédemment, le raisonnement des personnes en réaction à l'intervention. Le second correspond aux composantes et aux ressources apportées par l'intervention. Ce deuxième type de mécanisme permet ainsi de séparer ce qu'apporte l'intervention, du contexte indépendant de l'intervention. Marchal et al. proposent quant à eux d'ajouter deux éléments au concept de CMO : le I pour Intervention, et le A pour Acteurs (72-75). Le premier correspond aux composantes et à la mise en œuvre de l'intervention, permettant là encore d'isoler ces éléments du contexte. Le second permet d'identifier les différentes parties prenantes ciblées ou impliquées dans l'intervention et la façon dont chacune d'elle interagit avec l'intervention. Les configurations CMO deviennent ainsi des **configurations ICAMO**.

5.6. Le cycle de l'évaluation réaliste

La théorie d'intervention est établie de manière progressive. Les méthodes employées peuvent être qualitatives, quantitatives, ou mixtes, selon les questions de la recherche (67). Les données recueillies sont principalement issues du terrain, et peuvent être complétées avec des données issues de la littérature. Elles sont recueillies par le chercheur via des observations du terrain, des entretiens avec les parties prenantes, des analyses documentaires des différents documents en lien avec l'intervention (procédures, rapport d'activité, rapport d'évaluation, questionnaires...), des focus groupes, des questionnaires.

Selon Pawson et Tiley (67), la première phase de l'évaluation réaliste consiste à identifier et clarifier la **théorie initiale**, souvent implicite, qui a mené à la création de l'intervention. Puis, pour tester ces premières hypothèses, des données sont recueillies et analysées, et des configurations CMO sont proposées. Les hypothèses initiales peuvent alors être validées, invalidées ou enrichies selon le cas, aboutissant à une théorie d'intervention affinée. De nouveau, cette théorie peut être confrontée aux données du terrain pour continuer à l'enrichir. Un nouveau cycle démarre avec recueil et analyse des données, et élaboration de configurations CMO (Figure 5). **Pour affiner une théorie, l'intervention doit être mise en place dans plusieurs contextes différents.** Il peut s'agir par exemple de lieux différents, ou d'une population cible différente. L'enjeu est alors de comparer ce qu'il se passe entre ces différents contextes, et de rechercher des **régularités** (des éléments qui se produisent dans tous les contextes) et des **spécificités** (des éléments qui ne se produisent que dans un contexte précis). Une théorie n'est jamais « finale », elle peut toujours évoluer en fonction de l'évolution des contextes, chaque mise en œuvre d'une intervention étant spécifique. **L'évaluation réaliste n'a donc pas de fin en soi, d'où l'idée de cycle** (Figure 5).

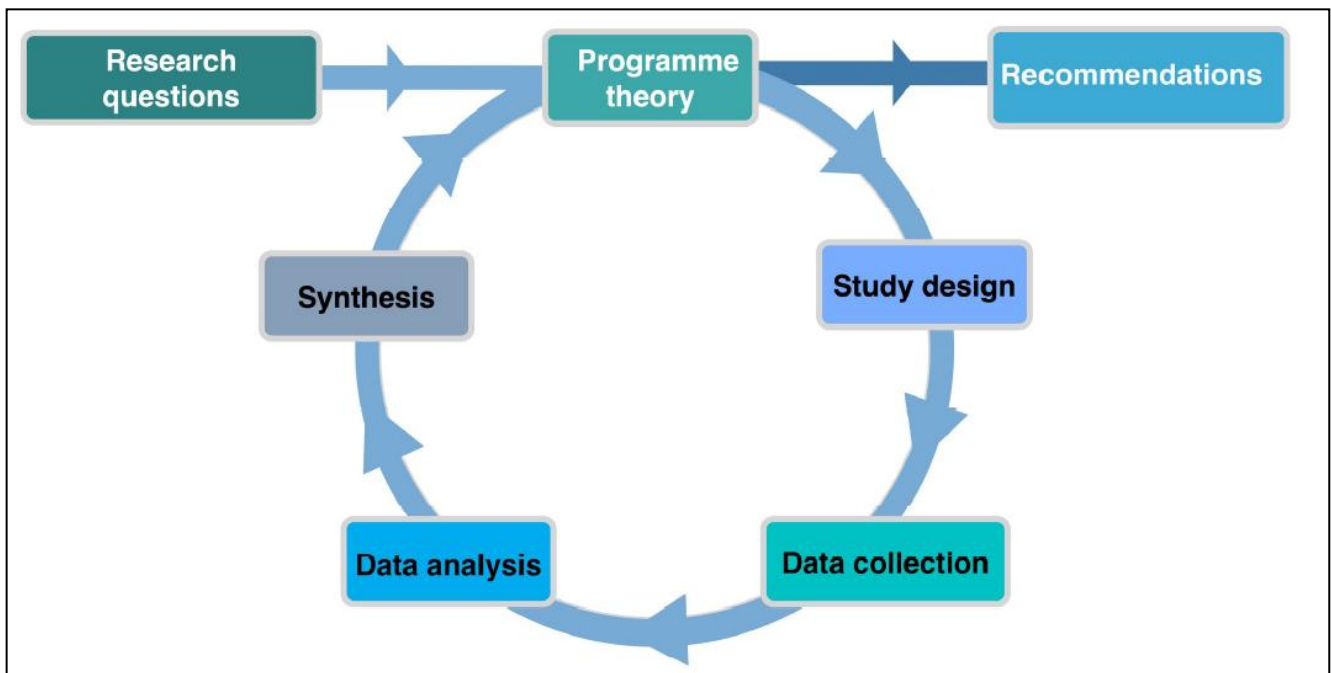


Figure 5. Cycle de l'évaluation réaliste, revu par Giralt et al. (76)

En multipliant les contextes, on aboutit en général à des CMO de plus en plus génériques, moins centrés sur des conditions particulières d'implantation. On passe alors d'une théorie d'intervention, très centrée sur l'intervention en question, à une théorie plus générale appelée « **théorie de moyenne portée** » ou « **middle range theory** » (67). Son intérêt est qu'elle peut s'appliquer à une multitude d'interventions, plutôt qu'à une intervention précise.

Chapitre 3

Les objectifs et méthodes de la thèse

1. Rappel du contexte général

Ce travail de recherche s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé. Il porte sur le programme TABADO décrit en introduction, programme d'aide au sevrage tabagique des adolescents scolarisés en CFA.

L'efficacité du programme TABADO pour favoriser le sevrage tabagique des adolescents a été démontrée lors d'un essai contrôlé en 2007-2009 (33). A partir de 2018, l'INCa a souhaité généraliser TABADO au niveau national et l'étendre aux lycées professionnels (34). Parallèlement, une nouvelle recherche était en cours de développement, RESIST, et reposait entre autres sur la création d'une version améliorée de TABADO (35). Des questions se sont donc posées concernant l'applicabilité de TABADO 10 ans après sa création, sa transférabilité vers une nouvelle population, et son extension à grande échelle. Cependant, la réponse à ces éléments n'était pas disponible car l'évaluation de processus et l'identification de la théorie d'intervention sous-jacente expliquant l'efficacité de TABADO n'avaient pas été réalisées (67,76).

Cette thèse se situe dans ce cadre général et comprend à la fois des objectifs scientifiques pour **contribuer à l'amélioration des connaissances en RISP**, mais aussi des objectifs pragmatiques pour **une mise en application concrète des résultats qui en découlent**.

2. Les objectifs et méthodes de la thèse

2.1. Les objectifs scientifiques

Deux objectifs scientifiques ont guidé ce travail de thèse :

- 1) Identifier les déterminants individuels et environnementaux du sevrage tabagique chez les adolescents = Article 1, accepté dans Journal of Adolescent Health ; cet axe de travail est présenté dans le chapitre 4
- 2) Elaborer la théorie d'intervention de TABADO = Article 2, en cours de finalisation ; cet axe de travail est présenté dans le chapitre 5

La méthodologie du premier objectif a reposé sur la réalisation d'une **revue systématique de la littérature**. Le second objectif a quant à lui été réalisé via une **évaluation réaliste du programme TABADO**. Elle a reposé sur une analyse documentaire, et une étude de cas multiples, menée dans 10 établissements scolaires (5 CFA et 5 lycées avec filières professionnelles) bénéficiant de TABADO, dans 3 régions en France.

Les méthodes employées peuvent être situées dans le cadre du MRC présenté en introduction (Figure 6).

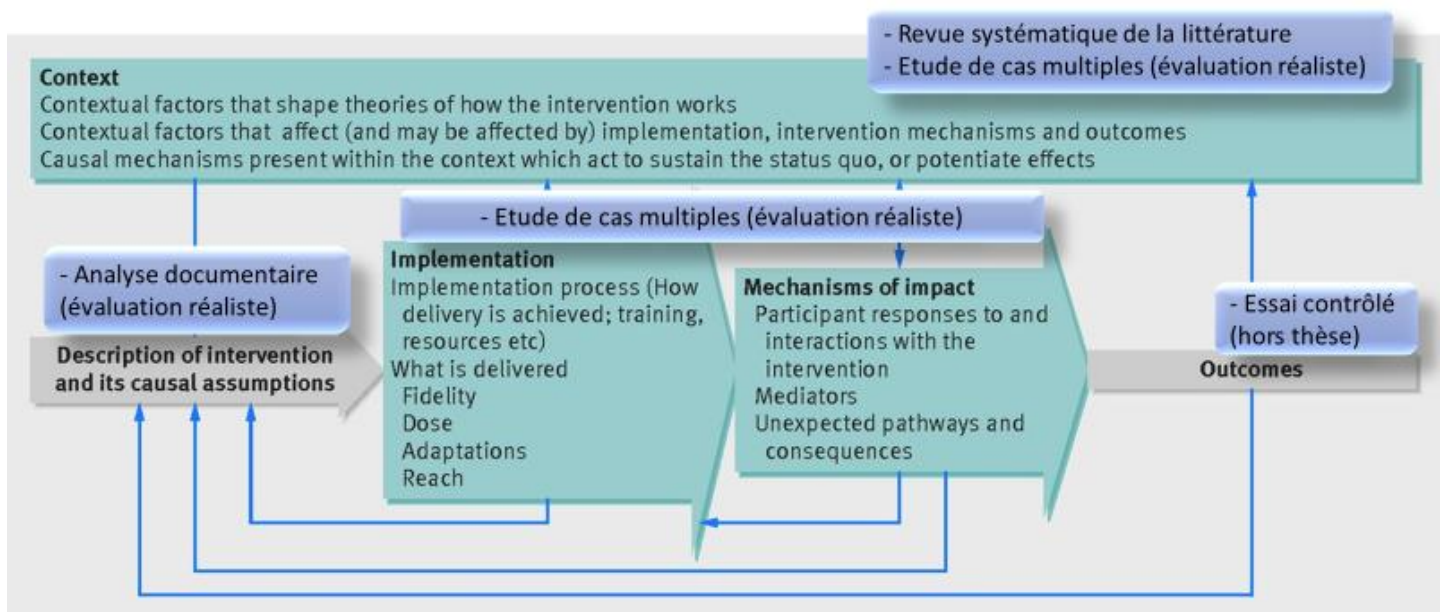


Figure 6. Méthodes du présent travail de thèse en regard des fonctions clés de l'évaluation de processus ; figure adaptée de Moore et al. 2014 (40)

2.2. Les objectifs pragmatiques

Un objectif pragmatique était visé par ce travail de thèse :

- 1) Accompagner le passage en vie réelle et la mise à l'échelle de TABADO, en vue du déploiement national porté par l'INCa

Par ailleurs, au-delà de l'accompagnement du déploiement national, notre travail a contribué à la création de l'intervention RESIST qui est composée d'une combinaison de la version améliorée de TABADO et d'une nouvelle composante sur le réseau social des adolescents. Ce travail complet sort du cadre de cette thèse.

Cet axe de travail est présenté dans le chapitre 6, et a donné lieu à un article accepté dans Global Health Promotion, et à la création d'un guide pratique à destination des acteurs de terrain désirant

mettre en place la nouvelle stratégie TABADO 2, publié en ligne dans le registre des interventions probantes de Santé Publique France (77). La méthodologie a reposé sur **l'évaluation réaliste du programme TABADO**, et plus particulièrement sur l'étude de cas multiples dans les 10 établissements scolaires implantant TABADO.

Chapitre 4

Les déterminants du sevrage tabagique chez l'adolescent : une revue systématique de littérature

Ce premier objectif de thèse découle de la nécessité de **situer la population cible de TABADO, les adolescents, par rapport à l'objectif final de TABADO, le sevrage tabagique**. Autrement dit, identifier quels sont les leviers et les freins du sevrage tabagique chez les adolescents. Cela permet notamment d'apporter des informations dans le module « Contexte » du cadre MRC.

La méthodologie de ce travail a reposé sur la réalisation d'une revue systématique de la littérature. Une revue plus ancienne, sur la même thématique (les déterminants du sevrage tabagique) mais sur une population plus large (adolescents et jeunes adultes), avait déjà été publiée par Cengelli et al. en 2012 (78). Après quelques adaptations, nous avons donc réalisé une synthèse de cette ancienne revue et de la nouvelle que nous réalisons, en collaboration avec deux des auteurs de la première revue.

Ce travail a fait l'objet d'une publication dans une revue internationale à comité de lecture (article accepté le 22/09/2020, publication en cours) dans le *Journal of Adolescent Health*. Cet article est présenté ci-après.



ELSEVIER

JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH

www.jahonline.org

Review article

Predictors of Cigarette Smoking Cessation in Adolescents: A Systematic Review

Amandine Vallata^{a,*}, Jennifer O'Loughlin, Ph.D.^b, Semanur Cengelli, M.D.^c
and François Alla, M.D., Ph.D.^e

^a Bordeaux Research Center for Population Health – BPH, U1219 Inserm, University of Bordeaux, Bordeaux, France

^b Ecole de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Canada

^c Institution de Lavigny, Lavigny, Switzerland

^e Bordeaux Research Center for Population Health – BPH, U1219 Inserm, University of Bordeaux, Bordeaux, France

Article history: Received April 18, 2020; Accepted September 18, 2020

Keywords: Smoking cessation; Predictors; Adolescents; Guidelines

ABSTRACT

Purpose: To update a systematic review published in 2012 that identified predictors of cigarette smoking cessation among adolescents.

Methods: The PubMed and Web of Science databases were searched for relevant articles published between September 2010 and January 2018, using the following keywords: smoking OR tobacco OR cessation; quit OR stop; longitudinal OR prospective OR cohort. Our search identified 3,399 articles. Inclusion criteria included longitudinal studies (intervention and cohort studies) evaluating cigarette smoking cessation in young people (aged 10–24 years). After screening, in total, 34 articles were included in the review.

Results: In total, 63 predictors of smoking cessation among adolescents were identified, with 36 new predictors that were not identified in the previous review: nine sociodemographic factors, 13 psychosocial factors, five behavioral factors, 19 social influences factors, eight smoking related variables, six environmental factors, 2 health related variables, and one genetic factor.

Conclusions: To increase the probability of successful smoking cessation, strategies targeting young smokers should consider both individual and environmental predictors of cessation.

© 2020 Published by Elsevier Inc. on behalf of Society for Adolescent Health and Medicine.

IMPLICATIONS AND CONTRIBUTION

This systematic review identified predictors of smoking cessation in adolescents. These results could enhance the effectiveness of tobacco control strategies for this priority target population.

According to the Global Burden of Disease Study, 6.4 million deaths worldwide were attributed to tobacco in 2015 [1]. The average age of cigarette smoking onset is 15–16 years in both Europe and the U.S. [2,3], with nearly 90% of adult smokers starting smoking before the age of 18 years [3]. Among

adolescents, the prevalence of smoking, defined as having smoked in the last 30 days, is 21% in Europe and 13.6% in the U.S. [3,4]. Therefore, in addition to ongoing smoking prevention efforts, there is a critical need for effective smoking cessation programs targeting adolescents. However, there is limited evidence on the effectiveness of smoking cessation programs for youth, and those that appear to be effective may promote only short-term cessation [5–10]. Whereas 71% of adolescent smokers have tried to quit, relapses are common, with 34% relapsing within the first week and 92% of smokers relapsing within the year following the attempt to quit [11].

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to disclose.

* Address correspondence to: Amandine Vallata, Bordeaux Research Center for Population Health, Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, Bordeaux cedex 33076, France.

E-mail address: amandine.vallata@u-bordeaux.fr (A. Vallata).

1054-139X/© 2020 Published by Elsevier Inc. on behalf of Society for Adolescent Health and Medicine.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.025>

53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114

Given the limited evidence available, many adolescent cessation interventions were developed without a complete understanding of the barriers and facilitators of youth cessation. In a systematic review of longitudinal studies published between 1984 and 2010, Cengelli et al. [12] identified predictors of cessation (i.e., defined as abstaining from smoking for at least 6 months) in adolescents and young adults. That systematic review identified five factors significantly associated with cessation: having friends who do not smoke, having intentions to not smoke in the future, resisting peer pressure to smoke, older age at smoking onset, and having a negative attitude towards smoking. Since the Cengelli et al. publication, the social and legislative contexts related to tobacco have evolved considerably in many countries. One notable change was the enactment of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in 2005 and its MPOWER policies in 2008 [13,14]. The 2018 report informed of appreciable progress in implementation of these policies (e.g., more than 90% of the parties indicated having banned smoking in all public places and having implemented price policies) [15]. Evidence regarding predictors of smoking cessation has also evolved. The objective of this review is to provide an update on the individual and environmental factors associated with cigarette smoking cessation in adolescents.

Methods

This systematic review adhered to the PRISMA recommendations, which proposes a structured approach with a four-phase flow diagram, and a 27-item checklist [16].

Eligibility criteria

The previous review by Cengelli et al. included articles published between January 1, 1984 and August 31, 2010. Herein, articles published between September 1, 2010 and January 31, 2018 were reviewed. Eligibility criteria included articles published in English that targeted an adolescent population. The WHO defines adolescents as individuals aged 10–19 years, with the definition of “young people” extending to age 24 years [17]. To enhance sensitivity, this review included longitudinal studies investigating smoking cessation among study populations aged 10–24 years, or an average and/or median age within this range. It focused on cigarette consumption only. No studies were excluded based on sample size, follow-up duration, participant socioeconomic status, or country of origin. In an effort to provide a comprehensive review of possible predictors, unlike Cengelli et al., this review included studies that defined cessation as abstaining from smoking for less than 6 months, and those that evaluated the effectiveness of smoking cessation interventions. Studies of any design were included, provided that the study analyzed the link between one or more variables and smoking cessation. Literature reviews were excluded to avoid duplication.

Information sources

The PubMed and Social Sciences Citation Index in the Web of Science databases were first searched in April 2016 and March 2017, respectively. Both searches were updated in June 2018. Databases were searched using the same keywords as those used by Cengelli et al., with the exception of removing age limits from the search algorithm to broaden the search and to capture all studies that included an adolescent population. Searches were

conducted by one author (A.V.), and the search results were managed in a shared library using “Zotero” reference management software.

Search

PubMed was searched using the following search strategy: (((((smoking[MeSH Major Topic]) OR tobacco[MeSH Major Topic]) AND (cessation OR quit OR stop) AND (longitudinal OR prospective OR cohort)) AND (('2010/09/01'[PDat]:'2018/01/31'[PDat]) AND Humans[Mesh] AND English[lang])). For the Social Sciences Citation Index in Web of Science, the following search strategy was used: TOPIC: (smoking OR tobacco) AND TOPIC: (cessation OR quit OR stop) AND TOPIC: (longitudinal OR prospective OR cohort) AND LANGUAGE: (English) AND YEAR PUBLISHED: (2010–2018).

Study selection

Article selection involved five steps: (1) identification of the search results and removal of duplicates; (2) removal of articles published between January 1, 2010 and August 31, 2010 and between February 1, 2018 and December 31, 2018, as these months could not be excluded from the Web of Science search; (3) selection of relevant articles based on the title; and (4) selection of relevant articles based on the abstract. If the age range of the sample evaluated was not clear in the abstract, the full-text article was reviewed. Articles that did not focus exclusively on adolescents but identified individuals aged 10–24 years in the analyses were retained; (5) the articles included after the title and abstract screening were downloaded for full-text review. The entire screening process was conducted independently by two authors (A.V., F.A.), and the results were compared between them. Disagreement was resolved by discussion between the two authors, or by a third reviewer.

Data collection process

Two data extraction tables were developed before the full-text article review to (1) summarize the study characteristics; and (2) categorize cigarette smoking cessation predictors. Extraction of descriptive data was completed by three authors. A.V. and F.A. extracted data on predictors independently and then compared their results to ensure reliability. Data relevant to the review were highlighted in each article and recorded in the extraction tables. Data were extracted directly from the articles. Cited articles were reviewed to supplement missing methodologic information when necessary. No authors were contacted.

Data items

The extracted study characteristics included (1) article identification (first author, year of publication, place and year of study); (2) description of the sample (age at baseline recorded as the mean and range and/or school grade, sample size, sample type [representative, convenience, purposive] and source of recruitment); (3) study design (evaluation of the intervention [yes/no], follow-up duration, type of data collection [questionnaire, interview, online, at home, during schools hours]); (4) analysis (analytic sample size, analytic method); and (5) outcome(s) evaluated (abstinence recorded as continuous,

239 prolonged or point prevalence [18], duration of abstinence). For
240 articles that assessed abstinence at multiple intervals post-
241 cessation (e.g., 1 week, 1 month, etc.), the interval correspond-
242 ing to the longest follow-up period was used. We retained
243 multivariable analysis, or if not available, bivariate analysis.

244 Several data relating to cessation predictors were extracted:
245 (1) article identification (first author, year of publication); (2)
246 potential predictor studied or identified; (3) level of statistical
247 significance; and (4) direction of the effect (positive, negative).
248 Relapses were considered cessation failures, and factors associ-
249 ated with relapses were considered barriers to cessation. Pot-
250 ential predictors were categorized into one of the eight
251 categories, comprising the five broad categories identified by
252 Cengelli et al. and three additional categories. The categories
253 were sociodemographic factors (e.g., ethnicity, sex), psychosocial
254 factors (e.g., self-efficacy, beliefs about smoking), behavioral
255 factors (e.g., alcohol consumption, physical activity), social in-
256 fluences (e.g., friends smoke, parents' quitting), smoking-related
257 factors (e.g., intensity of smoking, nicotine dependence), envi-
258 ronmental factors (e.g., tobacco price, antismoking laws), health-
259 related factors (e.g., body mass index, cough), and genetic factors
260 (e.g., role of genotype). For articles that evaluated an interven-
261 tion, predictors related to the sample or the study environment
262 but not the intervention (e.g., number of sessions in the program,
263 techniques used, and so forth) were included.

264 *Synthesis of results*

265
266
267 The potential predictors were enumerated under one of the
268 eight categories. Extracted data were reported in rows corre-
269 sponding to the source article. As new potential predictors were
270 identified, additional columns were created. If the predictor was
271 reported in multiple articles, the results were added to the
272 existing column for that predictor and in the row corresponding
273 to the source article. Predictors labeled differently but repre-
274 senting the same concept were grouped together (e.g., "drink
275 alcohol", "alcohol consumption"). A.V. compiled the groupings
276 and labels, and F.A. validated these categorizations in discussion
277 with A.V. The identified predictors were compared with those in
278 Cengelli et al. to assess the similarities and differences.

279 A table summarizes the number of articles that describe each
280 potential cigarette smoking cessation predictor, the number of
281 articles that report a statistically significant association between
282 the predictor and cessation, and the direction of the
283 association.

284 When there was consistency in the direction of the associa-
285 tion across articles, the predictor was considered positive or
286 negative for cessation, depending on its direction of influence.
287 When the direction of the association differed across studies, it
288 was classified as "inconsistent". When a predictor was statisti-
289 cally significant in only one subgroup (e.g., Hispanic women,
290 occasional smokers), it was recorded as statistically significant,
291 and the subgroup was reported in the data extraction tables.
292 Finally, each potential predictor was categorized into one of four
293 groups: (1) probable predictor (i.e., the variable was statistically
294 significant in at least three studies or, if only three or four studies
295 were conducted, then two studies needed to show statistically
296 significant association, as in the Cengelli et al. review); (2)
297 possible predictor (i.e., the variable was statistically significant in
298 one or two studies); (3) probably unrelated (i.e., the variable was
299 not significant in at least two studies); or (4) insufficient evi-
300 dence (i.e., the variable was not significant in one study).

301 *Synthesis of both reviews*

302
303 The predictors reported in Cengelli et al. were classified as
304 mentioned previously. Next, to realize a synthesis of this earlier
305 review and the current review, all the predictors were reclassi-
306 fied as: (1) "probable" if the variable was classified as probable in
307 at least one of the two reviews; (2) "possible" if the variable was
308 classified as possible in at least one of the two reviews (unless it
309 was classified as probable); (3) "probably unrelated" if the vari-
310 able was classified as "probably unrelated" in one of the two
311 reviews (unless it was classified as probable or possible); and (4)
312 "insufficient evidence" if the variable was classified as "insuffi-
313 cient evidence" in both reviews or was identified in only one
314 review.

315 **Results**

316 *Study selection*

317
318
319 In total, 3,399 references were identified from the PubMed
320 (n = 1,460) and Web of Science (n = 1,939) searches. Duplicates
321 (n = 617) and studies conducted outside the designated time-
322 frame (n = 316) were excluded (Figure 1). The remaining 2,466
323 articles underwent screening. Of the articles screened, 1,729
324 were eliminated during the title review and 635 during the ab-
325 stract review. After screening, 66 articles were included in the
326 full-text review. Two full-text articles could not be obtained and
327 were excluded. The exclusion criteria were as follows:

- 328
329 (i) studies that did not identify cessation predictors (i.e., studies
330 that investigated the prevalence of smoking, impacts of
331 smoking or cessation, representations of smoking and atti-
332 tudes towards smoking [e.g., for youth, what is a low-
333 intensity smoker, a heavy smoker, an addicted smoker; rea-
334 ctions to graphic visual health warnings on cigarette
335 packages], attempts to quit, intentions to quit, effects of
336 smoking cessation treatments [e.g., varenicline vs. nicotine
337 replacement therapy], cessation cost-effectiveness, analytic
338 methods, implementation of cessation program [without
339 analysis of cessation predictors]), or predictors related to an
340 intervention (e.g., age of the practitioner, number of ses-
341 sions, etc.);
- 342 (ii) studies that included target populations other than healthy
343 adolescents (i.e., studies that included adults only, made no
344 distinction between adults and adolescents, investigated
345 individuals with a specific condition [e.g., cancer, cardio-
346 vascular diseases, HIV, schizophrenia, depression, primary
347 care group], or those that focused on a subpopulation),
- 348 (iii) cross-sectional studies or literature reviews,
- 349 (iv) studies that investigated products other than cigarettes
350 (electronic cigarettes [e-cigarettes] when unrelated to
351 smoking cessation, chewing tobacco, or snus [i.e., moist
352 tobacco powder placed in the mouth]).

353
354
355 Following the full-text review, 34 articles were retained
356 (Figure 1) [19–52].

357 *Study characteristics*

358
359
360 The retained studies (n = 34) are described in [Supplementary](#)
361 [Table 1](#). The majority of the studies were conducted in North
362 America (n = 18), followed by Europe (n = 10) and Asia (n = 6).

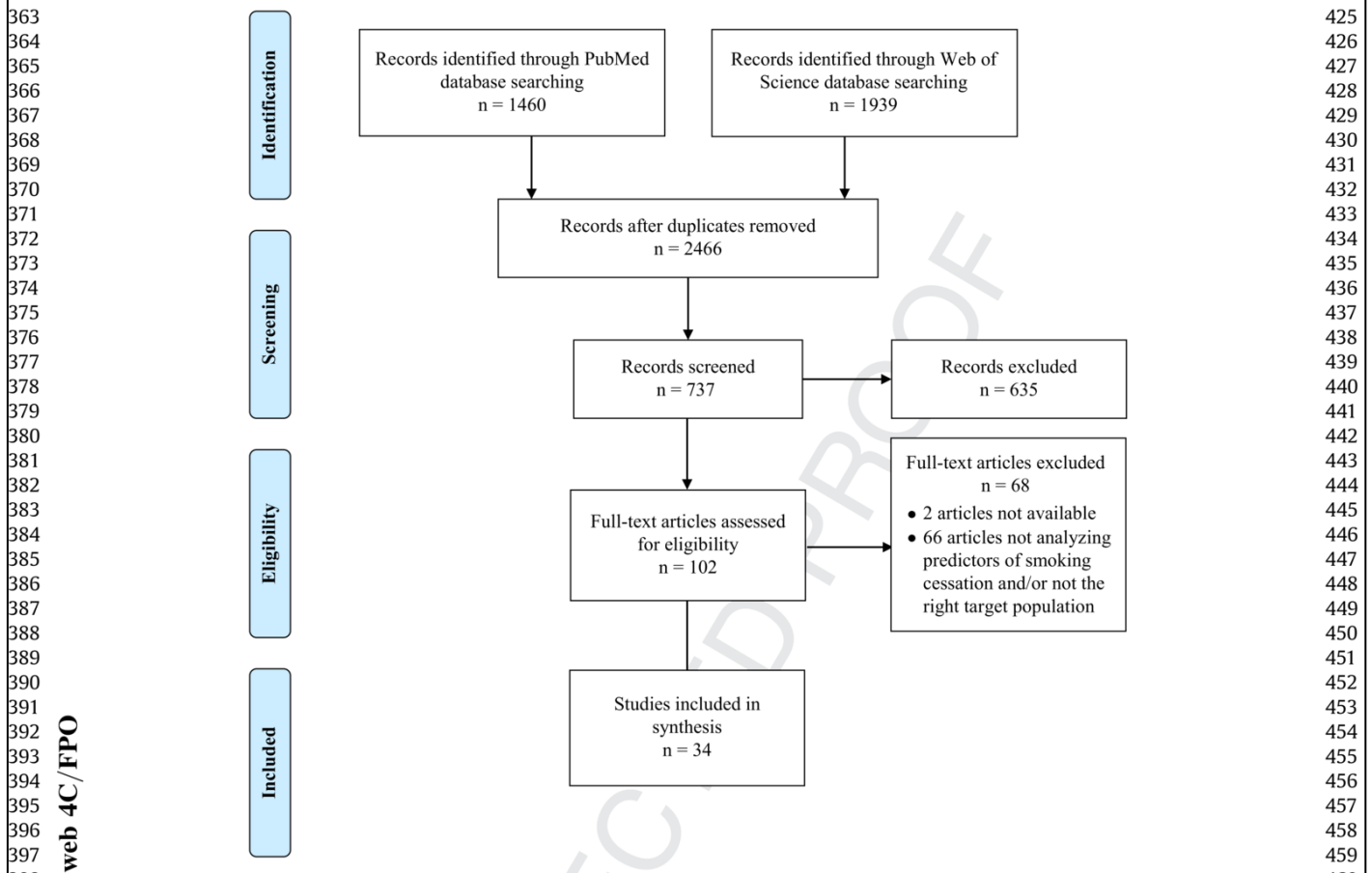


Figure 1. Flow diagram depicting the selection process for review inclusion.

The follow-up duration ranged from 1 month to 12 years. Twelve studies included an intervention. The sample size ranged from 60 to 9,022 adolescents. Data collection methods included self-report questionnaires (via the internet, in class, at home), telephone interviews, and face-to-face interviews (at home, school). Two studies did not conduct a multivariable analysis (Bachman 2012 and Ham 2013).

The definition of quitting varied across articles, with some studies not defining quitting in terms of duration. In this analysis, abstinence was characterized as “continuous” ($n = 7$), “prolonged” ($n = 2$) or “point prevalence” ($n = 25$). As defined by Hughes et al., “Continuous abstinence refers to abstinence between quit day and a follow-up time; prolonged abstinence refers to sustained abstinence after an initial grace period or to a period of sustained abstinence between two follow-ups (the two are equivalent); point prevalence abstinence refers to the prevalence of abstinence during a time window immediately preceding follow-up” [18].

Synthesis of results

Supplementary Table 2 summarizes the potential cigarette smoking cessation predictors evaluated, how they were grouped, and the corresponding predictors in Cengelli et al. Table 1

describes the number of statistically significant predictors out of the total number of potential predictors investigated in each study according to predictor category. The number of potential predictors evaluated ranged from 1 to 21, and the maximum number of statistically significant predictors in one article was nine. Statistically significant associations were found in 85 of the 211 analyses considered (nota bene: each predictor could be investigated several times).

Smoking-related factors, social influences, sociodemographic factors, and psychosocial factors were the most frequently investigated potential predictors (Table 2).

In total, 73 conceptually distinct potential predictors were considered in the 211 separate analyses (Supplementary Table 3). Of these conceptually distinct predictors, 30 were categorized as social influences or psychosocial factors. Nearly half (36/73) of the potential predictors were examined in only one article, nine were considered in two articles, ten were considered in three articles, two in four articles, seven in five articles, three in six articles, and one in seven, nine, eleven, twelve, thirteen and fourteen articles. The predictors considered in more than seven articles were: age, gender, educational level, self-efficacy/confidence in quitting smoking, and nicotine dependence. The most common predictor assessed was age.

Table 1

Number of statistically significant predictors identified out of the total number of potential predictors investigated in each study according to predictor category

Author and year	Number of statistically significant predictors identified out of the total number of potential predictors investigated								
	Sociodemographic factors	Psychosocial factors	Behavioral factors	Social influences	Smoking-related factors	Environmental factors	Health-related factors	Genetic factors	Total
Bachmann 2012	0/1	0	0	0	0	0	0	0	0/1
Baskerville 2016	0/5	0/1	0	0/1	1/2	0	0	0	1/9
Brinker 2015	2/3	0	0	0	0	0	0	0	2/3
Chenoweth 2013	0	0	0	0	0	0	0	1/1	1/1
Choi 2014	0	0	0	0	0	1/1	0	0	1/1
Curry 2012	0/3	1/1	1/2	1/1	2/3	3/4	0	0	8/14
Engels 2012	0	0/3	0	0/2	0	0	0	0	0/5
Gmel 2016	0	0	0	0	1/1	0	0	0	1/1
Haas 2014	0	0	0	0/1	0	0	0	0	0/1
Ham 2013	0	1/3	0/1	0	0/2	0	0/4	0	1/10
Hoie 2011	0	1/2	0	0	0/1	0	0	0	1/3
Kennedy 2011	0	0	0	1/1	0	0	0	0	1/1
Klein 2013	3/4	1/3	0	2/2	1/2	2/2	0	0	9/13
Kvaavik 2014	0	0	0	0	0/1	0	0	0	0/1
Lakon 2015	0	0	0	1/1	0	0	0	0	1/1
Lim 2012	0/3	1/2	0/1	1/1	1/2	0	0/1	0	3/10
Loprinzi 2014	0	0	0/1	0	1/1	0	0	0	1/2
Loprinzi 2015	0	1/1	0/1	0	0	0	0	0	1/2
Loprinzi 2016	1/4	0	1/1	0	1/1	0	0	0	3/6
Mantey 2017	2/4	0	0	0	3/5	0	0	0	5/9
Minary 2013	0	0	0	1/1	0	0	0	0	1/1
Mukhopadhyay 2011	3/6	0/1	0	1/1	1/1	0	1/1	0	6/10
Nagelhout 2013	0/3	1/1	0	0	2/2	1/3	0	0	4/9
Schaefer 2013	0	0	0	1/1	0	0	0	0	1/1
Scherphof 2013	0	0/1	0	0	1/1	0	0	0	1/2
Schuck 2011	0/2	1/3	0	0/1	2/5	0	0	0	3/11
Steinmetz-Wood 2017	1/5	0	0	1/1	0	0/1	0	0	2/7
Walker 2014	1/4	1/6	0/1	4/5	2/2	0	0/1	0	8/19
Wang 2017	0	0	0	0	0/1	0	0	0	0/1
Wang 2018	0	0	0	0	1/1	0	0	0	1/1
Wong 2010	0	3/7	0/2	2/6	0/4	0/1	1/1	0	6/21
Wong 2011	0/4	4/7	0/1	0/4	0/4	0	0/1	0	4/21
Wong 2016	1/1	1/1	0	0/1	0/1	0	0	0	2/4
Yang 2015	1/4	0	0	5/5	0	0	0	0	6/9
	15/56^a	17/43	2/11	21/36	20/43	7/12	2/9	1/1	85/211

^a For example, this means that 15 analyses achieved statistical significance of the 56 analyses conducted across all articles ($n = 34$); cutoff for statistical significance = .05.

Of the 73 potential predictors, 49 achieved a statistically significant association with smoking cessation in at least one

Table 2

Number of studies that investigated potential predictors of smoking cessation within each category and the number of potential predictors investigated in each category, among adolescents

Predictor category	No. of studies that investigated potential predictors within each category ($n = 34$)	No. of potential predictors investigated within each category
Sociodemographic factors	16	12
Psychosocial factors	16	13
Behavioral factors	9	5
Social influences	18	17
Smoking-related factors	21	12
Environmental factors	6	8
Health-related factors	6	5
Genetic factors	1	1

article. Among the statistically significant predictors, 16 were positively associated (i.e., facilitators), 26 were negatively associated (i.e., barriers) with cessation, and six had inconsistent results, with studies finding both positive and negative associations with cessation (Supplementary Table 3). The one remaining predictor found that the direction of the association between body mass index and cessation varied by subgroup and the attempt to lose weight (e.g., it was negative for white women who had tried to lose weight but positive for Hispanic women).

This review identified 11 factors that are “probably” associated with smoking cessation in adolescents, including one factor (self-efficacy/confidence in quitting) that promotes cessation, five factors that impede cessation (having friends that smoke, household members that smoke, frequency/intensity of smoking, nicotine dependence, and daily smoking), and five factors with inconsistent findings (race/ethnicity, older age, intention to quit, use of e-cigarettes, and presence of smoke-free legislation) (Supplementary Table 3).

Of the 38 factors “possibly” associated with cessation, 15 promote cessation (sociodemographic [$n = 3$], psychosocial [$n = 1$], behavioral [$n = 1$], social influences [$n = 4$], smoking-related

[n = 1], environmental [n = 3], health-related [n = 1] and genetic [n = 1]), 21 impede cessation (sociodemographic [n = 2], psychosocial [n = 4], behavioral [n = 1], social influences [n = 9], smoking-related [n = 3], and environmental [n = 2]), one factor had inconsistent findings (social influences), and one factor had inconsistent findings in the direction of association across subgroups (health-related) (Supplementary Table 3).

We identified nine factors that were “probably unrelated” to cessation, including high socioeconomic status, living in an urban area, employed, concerns about the health hazards of smoking, concerns about weight gain on quitting, feeling stressed/bad/anxious, alcohol consumption, quitting with a close relation (that is trying to stop with family members or friends who also attempt to quit smoking), and withdrawal symptoms (Supplementary Table 3).

Finally, 15 factors were classified in the “insufficient evidence” group (sociodemographic [n = 2], psychosocial [n = 3], behavioral [n = 2], smoking-related [n = 3], environmental [n = 2], and health-related [n = 3]) (Supplementary Table 3).

Synthesis of both reviews

Supplementary Table 4 presents the results of synthesis of the two reviews, including the probable and possible factors associated with adolescent smoking cessation with their direction of association, the factors unrelated to cessation, and the factors with insufficient evidence.

A total of 18 factors were “probable” predictors of cessation, including eight new factors identified in this review. Of these probable factors, five were positively associated with cessation (self-efficacy/confidence in quitting, no intention to smoke cigarettes, negative beliefs about smoking, older age at smoking onset, perception that health is good), six were negatively associated with cessation (friends who smoke, household members who smoke, frequency/intensity of smoking, daily smoking, nicotine dependence, received cigarette coupons), and seven had inconsistent findings (race/ethnicity, older age, higher level of parental education, single-parent households, intention to quit, use of e-cigarettes, presence of smoke-free legislation). In addition, 45 factors were “possible” predictors, of which 28 were newly identified in this review. Of the possible factors, 22 were positively associated with cessation (sociodemographic [n = 3], psychosocial [n = 5], behavioral [n = 3], social influences [n = 7], environmental [n = 3], and genetic [n = 1]), 21 were negatively associated with cessation (sociodemographic [n = 2], psychosocial [n = 4], behavioral [n = 2], social influences [n = 9], smoking-related [n = 3], environmental [n = 1]), one social influences factor had inconsistent findings, and one health-related factor had inconsistent findings in the direction of an association across subgroups (Supplementary Table 4).

Eleven factors were “probably unrelated” to cessation, including six factors newly identified in this review (high socioeconomic status, living in an urban area, employed, feeling stressed/bad/anxious, concerns about the health hazards of smoking, concerns about weight gain on quitting, no perceived prevalence of smoking among peers (that is the awareness by an adolescent of smoking among his peers), having exemplars who modelled cigarette use, quitting with a close relation, withdrawal symptoms, and pregnancy) (Supplementary Table 4).

Finally, 36 factors were classified in the “insufficient evidence” group, including 15 factors newly identified in this review (Supplementary Table 4).

Discussion

This systematic review corroborates the findings of Cengelli et al. regarding probable and possible predictors of smoking cessation in adolescents. In addition, this review identified 36 new predictors, including eight probable and 28 possible predictors.

The review highlights several modifiable factors that should be considered when conceptualizing and developing cessation interventions for adolescents, particularly predictors linked to their mental representations about smoking, such as positive/negative beliefs about smoking, advantages of quitting, or confidence in quitting smoking. Beyond interventional factors, these predictors should be considered in a global cessation strategy. Indeed, another study showed that adolescent smoking cessation strategies that combine several facilitators (e.g., nicotine replacement therapy, psychosocial support, environmental intervention) are effective in promoting cessation [39,53].

Like in adult smokers [54–56], we found that the frequency and intensity of smoking as well as nicotine addiction are major barriers to quitting in adolescents. Other studies showed that smoking cessation programs may help adolescents to reduce cigarette consumption by reducing their nicotine dependence [57] or using replacement therapy in regular smokers [39,58]. However, unlike adult smokers, several studies found that adolescents are generally unaware of their level of nicotine dependence and often attempt to quit without counselling or nicotine replacement therapy, despite the fact that many are already highly dependent [59–61]. Thus, a first step to helping adolescents to stop smoking could be to make them aware of their dependence and to encourage them to see a tobacco cessation specialist.

In our study “presence of smoke-free legislation” was inconsistent but was based on only three studies, and the definitions of the concept varied across these studies. The other environmental factors were significant and consistent in the direction of an association with cessation. According to our study adolescents are influenced by their environment, so it is critical that opportunities to smoke are minimized in environments frequented by adolescents. While schools and recreational areas could prohibit smoking, few jurisdictions have implemented such policies. For example, only 40% of 67 schools in Wales had an explicit smoking policy that applied to all individuals on their school campuses [62]. This study supports the necessity of public policy to continue efforts to limit the opportunities to smoke for adolescents and to limit access to cigarettes for young people by prohibiting the sale of tobacco products to minors [13].

This review implies that self-efficacy/confidence in quitting, no intention to smoke cigarettes and negative beliefs about smoking are probable predictors of cessation in adolescents. These predictors also apply to smoking onset among adolescents. Indeed, a longitudinal study in Sweden found that low to moderate self-esteem and less negative attitudes toward smoking predicted smoking onset in adolescents [63]. These findings imply that adolescents’ perceptions throughout the smoking process should be considered. Supporting self-efficacy among tobacco users may include helping to identify and build on their success of past attempts to quit, to develop a perceived sense of control with the withdrawal symptoms, to manage cravings in different social situations, and to develop a plan for quitting (e.g., identifying a quit-line, changing smoking habits, discussing benefits and strategies) [64,65].

735 This review also implies that social environment and having
736 peers who smoke are barriers to quitting in adolescents. The
737 influence of peers extends beyond their use of cigarettes. Ragan
738 found that their own beliefs about smoking shape the smoking
739 behavior of their friends [66]. Highlighting the importance of
740 social networks, the onset of tobacco, cannabis, and alcohol use
741 among adolescents is also often influenced by their peers [67].
742 Plus, interventions targeting the social environment have suc-
743 cessfully prevented smoking onset in adolescents [68]. Recogn-
744 izing the critical importance of the social environment,
745 smoking cessation interventions have incorporated the envi-
746 ronment by using social marketing strategies (e.g., “Moi(s) sans
747 tabac” in France) [69,70].

748 The influence of parenting practices of education on smoking
749 cessation is unclear within this review: psychological control
750 (i.e., “the degree to which parents use negative psychological
751 manipulation, verbal abuse, guilt tripping, neglect/disengage-
752 ment, and withdrawal of love”) may facilitate smoking cessation,
753 while behavioral control (i.e., “the extent to which parents
754 monitor, set clear rules, and conduct consistent discipline on
755 their child’s behavior”) and parental responsiveness (i.e., “the
756 extent to which parents are supportive, warm, and attentive to
757 their child”) can present barriers to cessation [52]. But at the
758 same time, adolescents are ambivalent about the role of adults in
759 their smoking behavior. Indeed, a qualitative study found that
760 adolescents want the freedom to smoke and object to their
761 parents’ and teachers’ attempts to prevent them from smoking;
762 however, adolescents recognize the parental duty to prevent
763 them from smoking, and the dereliction of this duty can lead to
764 feelings of unimportance [71]. This explains the difficulty for
765 adults, particularly parents, to engage in the appropriate
766 behavior with adolescent smokers.

767 This review has several implications for public policy,
768 including that commercial tobacco advertising will hinder
769 cessation efforts, and increasing tobacco prices will positively
770 affect cessation efforts. For example, in the United Kingdom,
771 antitobacco legislation successfully reduced the prevalence of
772 smoking among youth, especially in girls, with a 4.3% reduction
773 in prevalence of regular smoking [72]. These findings underscore
774 the importance of evidence-based strategies such as MPOWER
775 to promote smoke-free environments (e.g., bans on tobacco
776 advertising) [14]. The SimSmoke model, which simulates the
777 effect of country-wide tobacco control measures on smoking
778 prevalence and premature tobacco-related mortality, implies
779 that the implementation of strong tobacco control policies in 15
780 European countries could prevent 7.7 million premature
781 tobacco-related deaths between 2011 and 2040 [73].

782 Several factors had inconsistent results across studies. Factors
783 amenable to intervention (e.g., intention to quit, support
784 network, use of e-cigarettes, and so forth) require further
785 investigation, and factors that require specific contexts or
786 implementation methods should be tested under appropriate
787 conditions (e.g., smoke-free legislation) [74]. The inconsistent
788 results on the effect of parental education level may be explained
789 by the findings of Gagné et al. [75]. Those authors found that
790 adolescents with parents in the lowest education category were
791 more likely to seriously consider quitting within the next
792 6 months and to have previously unsuccessful quit attempts
793 compared with adolescents whose parents had a professional or
794 university degree. However, that study also found that adoles-
795 cents with parents in the lowest education category were more
796 likely to have a positive opinion of smoking by the young

797 compared with those with parents in higher education cate-
798 gories. These findings highlight the complex relationship be-
799 tween family socioeconomic status and adolescent tobacco
800 consumption and warrant further investigation.

801 Finally, this review illustrates that predictors of smoking
802 cessation in adolescents include both individual- and
803 environmental-level factors. Public health programs and policies
804 targeting cessation in adolescents must consider intervening in
805 local and national contexts. Moreover, it is necessary to consider
806 the context to ensure transferability when scaling these in-
807 terventions. Indeed, transferability necessitates adaptation to the
808 implementation context [76–79]. This review identifies pre-
809 dictors and leads to recommendations that may inform the
810 development, implementation, and scaling of smoking cessation
811 interventions [79]. Moreover, it could help to identify the key
812 functions underpinning successful smoking cessation programs,
813 and thus contribute to theory-based evaluation [79–81].
814 Ongoing qualitative research will complement these results to
815 better understand the role of the environmental context in
816 smoking cessation among adolescents [82].

817 *Strengths and limitations*

818 One strength of this review is the broadened inclusion
819 criteria, compared with those used by Cengelli et al., which
820 enabled the identification of three new predictor categories
821 (environmental, health-related, and genetic factors), and of
822 studies evaluating smoking cessation interventions. The limita-
823 tions of this study include the lack of available data in some of
824 the included articles, and the marked heterogeneity across studies
825 in terms of variables, measurement methods and statistical
826 thresholds, which prevented performing meta-analyses. The
827 variables included in the adjustments differed among the studies
828 analyzed. Thus, some of the inconsistent results may be related
829 to the adjusted-for variables [83]. Although the use of probable,
830 possible, probably unrelated and insufficient evidence categories
831 does not account for the strength of the associations, this
832 methodology offers pragmatic guidance for research and policy.
833 It is worth noting that the direction of the association was
834 consistent across studies for 42 of 49 factors. Since quality in-
835 dicators vary considerably across different assessment tools,
836 study quality was not ranked. However, similar to previous
837 reviews, each study reviewed was described in-depth so that
838 readers can assess its quality [84]. Finally, it was not the objective
839 of our study to analyze the mechanisms of action of cessation
840 predictors and our methodology did not allow us to do so.
841 Further work is needed to analyze the mechanisms linking these
842 determinants to cessation (e.g., factors favoring the initiation of
843 cessation vs. those favoring cessation maintenance).
844
845
846
847
848

849 **Conclusion**

850 In conclusion, this systematic review identified 18 factors as
851 probably associated and 45 factors as possibly associated with
852 smoking cessation in adolescents. Individual and environmental
853 factors should be considered in the development of tobacco
854 cessation interventions for adolescents, particularly the influ-
855 ence of social network and psychosocial factors. Practical appli-
856 cation of the recommendations of this study could promote
857 smoking cessation in adolescents.
858

Acknowledgments

J.O.L. holds a Canada Research Chair in the Early Determinants of Adult Chronic Disease.

Author Contributions: A.V., F.A. and J.O.L. designed the study. A.V. conducted the literature searches and screened the articles. A.V. and F.A., screened the studies and extracted the data. A.V. and F.A. analyzed, synthesized, and interpreted the data. A.V. drafted the first version of the manuscript. All authors reviewed the manuscript and approved the final version.

Funding Sources

This review was funded by the Lorraine region (a French regional council), the Institute of Public Health Research/National Cancer Institute/ARC Foundation, the Ligue Nationale Contre le Cancer, and the Regional Health Agency of Nouvelle-Aquitaine. The funded sources were not involved in the conduct of this review.

Supplementary Data

Supplementary data related to this article can be found at <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.025>.

References

- Reitsma MB, Fullman N, Ng M, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: A systematic analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet* 2017;389:1885–906.
- Marcon A, Pesce G, Calciano L, et al. Trends in smoking initiation in Europe over 40 years: A retrospective cohort study. *PLoS One* 2018;13:e0201881.
- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: 50 Years of progress. A report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
- ESPAD Group. ESPAD report 2015: Results from the European school survey project on alcohol and other drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.
- Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, et al. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD003289.
- Hutton HE, Wilson LM, Apelberg BJ, et al. A systematic review of randomized controlled trials: Web-based interventions for smoking cessation among adolescents, college students, and adults. *Nicotine Tob Res* 2011;13:227–38.
- Villanti AC, McKay HS, Abrams DB, et al. Smoking-cessation interventions for U.S. young adults: A systematic review. *Am J Prev Med* 2010;39:564–74.
- Villanti AC, West JC, Klemperer EM, et al. Smoking-cessation interventions for U.S. young adults: Updated systematic review. *Am J Prev Med* 2020;59:123–36.
- Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, et al. Smoking cessation interventions for adolescents: A systematic review. *Am J Prev Med* 2003;25:363–7.
- Donovan KA. Smoking cessation programs for adolescents. *J Sch Nurs* 2000;16:36–43.
- Bancej C, O'Loughlin J, Platt RW, et al. Smoking cessation attempts among adolescent smokers: A systematic review of prevalence studies. *Tob Control* 2007;16:e8.
- Cengelli S, O'Loughlin J, Lauzon B, et al. A systematic review of longitudinal population-based studies on the predictors of smoking cessation in adolescent and young adult smokers. *Tob Control* 2012;21:355–62.
- Organisation mondiale de la Santé. Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. OMS. 2003. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf;jsessionid=F8F1C2F31E26AE871143AED438D2E98B?sequence=1>.
- Organisation mondiale de la Santé. MPOWER: un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie. OMS. 2008. Available at: https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_french.pdf?ua=1.
- 2018 Global progress report on implementation of the WHO framework convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2018.

Available at: <https://www.who.int/fctc/reporting/WHO-FCTC-2018-global-progress-report.pdf?>

- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009;6:e1000100.
- Risques pour la santé des jeunes. *Organ. Mond Santé*. 2011. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-fr.pdf. Accessed January 11, 2018.
- Hughes J, Keely JP, Niaura RS, et al. Measures of abstinence in clinical trials. *Nicotine Tob Res* 2003;5:13–25.
- Bachmann MS, Znoj H, Brodbeck J. Smoking behaviour, former quit attempts and intention to quit in urban adolescents and young adults: A five-year longitudinal study. *Public Health* 2012;126:1044–50.
- Baskerville NB, Azagba S, Norman C, et al. Effect of a digital social media campaign on young adult smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2016;18:351–60.
- Brinker TJ, Stamm-Balderjahn S, Seeger W, et al. Education against tobacco (EAT): A quasi-experimental prospective evaluation of a multinational medical-student-delivered smoking prevention programme for secondary schools in Germany. *BMJ Open* 2015;5:e008093.
- Chenoweth MJ, O'Loughlin J, Sylvestre M-P, et al. CYP2A6 slow nicotine metabolism is associated with increased quitting by adolescent smokers. *Pharmacogenet Genomics* 2013;23:232–5.
- Choi K, Forster JL. Frequency and characteristics associated with exposure to tobacco direct mail marketing and its prospective effect on smoking behaviors among young adults from the US Midwest. *Am J Public Health* 2014;104:2179–83.
- Curry SJ, Mermelstein RJ, Emery SL, et al. A national evaluation of community-based youth cessation programs: End of program and twelve-month outcomes. *Am J Community Psychol* 2012;51:15–29.
- Engels RCME, Van Zundert RMP, Kleinjan M. Smoking cessation-specific parenting and parental smoking as precursors of adolescent smoking cognitions and quitting. *Addict Behav* 2012;37:831–7.
- Gmel G, Baggio S, Mohler-Kuo M, et al. E-cigarette use in young Swiss men: Is vaping an effective way of reducing or quitting smoking? *Swiss Med Wkly* 2016;146:w14271.
- Haas SA, Schaefer DR. With a little help from my friends? Asymmetrical social influence on adolescent smoking initiation and cessation. *J Health Soc Behav* 2014;55:126–43.
- Ham OK, Lee YA. Differences between 1-month quitters and relapsers in biopsychosocial characteristics among male smokers in Korea. *J Addict Nurs* 2013;24:187–94.
- Hoie M, Moan IS, Rise J, et al. Using an extended version of the theory of planned behaviour to predict smoking cessation in two age groups. *Addict Res Theor* 2011;20:42–54.
- Kennedy DP, Tucker JS, Pollard MS, et al. Adolescent romantic relationships and change in smoking status. *Addict Behav* 2011;36:320–6.
- Klein EG, Forster JL, Erickson DJ. Longitudinal predictors of stopping smoking in young adulthood. *J Adolesc Health* 2013;53:363–7.
- Kvaavik E, von Soest T, Pedersen W. Nondaily smoking: A population-based, longitudinal study of stability and predictors. *BMC Public Health* 2014;14:123.
- Lakon CM, Hipp JR, Wang C, et al. Simulating dynamic network models and adolescent smoking: The impact of varying peer influence and peer selection. *Am J Public Health* 2015;105:2438–48.
- Lim MK, Kim HJ, Yun EH, et al. Role of quit supporters and other factors associated with smoking abstinence in adolescent smokers: A prospective study on quit line users in the Republic of Korea. *Addict Behav* 2012;37:342–5.
- Loprinzi PD, Kane CJ, Mahoney S, et al. Physical activity and nicotine dependence among a national sample of young U.S. adults who smoke daily: Evaluation of cross-sectional and longitudinal associations to determine which behavior drives this relationship. *Physiol Behav* 2014;139:1–6.
- Loprinzi PD, Wolfe CD, Walker JF. Exercise facilitates smoking cessation indirectly via improvements in smoking-specific self-efficacy: Prospective cohort study among a national sample of young smokers. *Prev Med* 2015;81:63–6.
- Loprinzi PD, Walker JF. Association of longitudinal changes of physical activity on smoking cessation among young daily smokers. *J Phys Act Health* 2016;13:1–5.
- Mantey DS, Cooper MR, Loukas A, et al. E-cigarette use and cigarette smoking cessation among Texas college students. *Am J Health Behav* 2017;41:750–9.
- Minary L, Cambon L, Martini H, et al. Efficacy of a smoking cessation program in a population of adolescent smokers in vocational schools: A public health evaluative controlled study. *BMC Public Health* 2013;13:149.
- Mukhopadhyay S, Wendel J. Is post-smoking-cessation weight-gain a significant trigger for relapse? *Appl Econ* 2011;43:3449–57.
- Nagelhout GE, Crone MR, van den Putte B, et al. Age and educational inequalities in smoking cessation due to three population-level tobacco

921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982

- 983 control interventions: Findings from the International Tobacco Control
 984 (ITC) Netherlands survey. *Health Educ Res* 2013;28:83–91.
- 985 [42] Schaefer DR, Adams J, Haas SA. Social networks and smoking: Exploring the
 986 effects of peer influence and smoker popularity through simulations. *Health Educ Behav* 2013;40:245–325.
- 987 [43] Scherphof CS, van den Eijnden RJJM, Harakeh Z, et al. Effects of nicotine
 988 dependence and depressive symptoms on smoking cessation: A longitu-
 989 dinal study among adolescents. *Nicotine Tob Res* 2013;15:1222–9.
- 990 [44] Schuck K, Otten R, Engels RCME, et al. The relative role of nicotine
 991 dependence and smoking-related cognitions in adolescents' process of
 992 smoking cessation. *Psychol Health* 2011;26:1310–26.
- 993 [45] Steinmetz-Wood M, Gagne T, Sylvestre M-P, et al. Do social characteristics
 994 influence smoking uptake and cessation during young adulthood? *Int J*
 995 *Public Health* 2017;63:115–23.
- 996 [46] Walker JF, Loprinzi PD. Longitudinal examination of predictors of smoking
 997 cessation in a national sample of U.S. adolescent and young adult smokers. *Nicotine Tob Res* 2014;16:820–7.
- 998 [47] Wang MP, Li WH, Wu Y, et al. Electronic cigarette use is not associated with
 999 quitting of conventional cigarettes in youth smokers. *Pediatr Res* 2017;82:
 1000 14–8.
- 1001 [48] Wang C, Hipp JR, Butts CT, et al. The interdependence of cigarette, alcohol,
 1002 and marijuana use in the context of school-based social networks. *PLoS*
 1003 *One* 2018;13:e0200904.
- 1004 [49] Wong DCN, Chan SSC, Fong DYT, et al. Patterns and predictors of quitting
 1005 among youth quitline callers in Hong Kong. *Nicotine Tob Res* 2010;13:14–
 1006 21.
- 1007 [50] Wong DCN, Chan SSC, Fong DYT, et al. Quitting trajectories of Chinese
 1008 youth smokers following telephone smoking cessation counseling: A longi-
 1009 tudinal study. *Nicotine Tob Res* 2011;13:848–59.
- 1010 [51] Wong DCN, Chan SSC, Lam T. Depressive symptoms delayed quit attempts
 1011 and shortened abstinence in young smokers of the Hong Kong youth
 1012 quitline. *Nicotine Tob Res* 2016;18:251–8.
- 1013 [52] Yang Z, Netemeyer RG. Differential effects of parenting strategies on child
 1014 smoking trajectories: A longitudinal assessment over twelve years. *J Bus*
 1015 *Res* 2015;68:1273–82.
- 1016 [53] Vallata A, Alla F. TABADO 2 : un guide pour une stratégie d'accompagne-
 1017 ment au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire [Guide
 1018 d'implémentation]. Nancy, Bordeaux: Université de Lorraine, Université de
 1019 Bordeaux; 2019.
- 1020 [54] Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ* 2007;335:37–41.
- 1021 [55] Xiao D, Wang C. Tobacco dependence should be recognised as a lethal non-
 1022 communicable disease. *BMJ* 2019;365:l2204.
- 1023 [56] Ussher M, Kakar G, Hajek P, et al. Dependence and motivation to stop
 1024 smoking as predictors of success of a quit attempt among smokers seeking
 1025 help to quit. *Addict Behav* 2016;53:175–80.
- 1026 [57] Gonzalez MT, Espada JP, Orgiles M, et al. Nicotine dependence as a
 1027 mediator of project EX's effects to reduce tobacco use in scholars. *Front*
 1028 *Psychol* 2016;7:1207.
- 1029 [58] Harvey J, Chadi N. Strategies to promote smoking cessation among ado-
 1030 lescents. *Paediatr Child Health* 2016;21:201–4.
- 1031 [59] Solberg LI, Boyle RG, McCarty M, et al. Young adult smokers: Are they
 1032 different? *Am J Manag Care* 2007;13:626–32.
- 1033 [60] Curry SJ, Sporer AK, Pugach O, et al. Use of tobacco cessation treatments
 1034 among young adult smokers: 2005 national health interview survey. *Am J*
 1035 *Public Health* 2007;97:1464–9.
- 1036 [61] Christophi CA, Pampaka D, Paisi M, et al. Levels of physical dependence on
 1037 tobacco among adolescent smokers in Cyprus. *Addict Behav* 2016;60:148–53.
- 1038 [62] Hallingberg B, Fletcher A, Murphy S, et al. Do stronger school smoking
 1039 policies make a difference? Analysis of the health behaviour in school-aged
 1040 children survey. *Eur J Public Health* 2016;26:964–8.
- 1041 [63] Joffer J, Burell G, Bergstrom E, et al. Predictors of smoking among Swedish
 1042 adolescents. *Bmc Public Health* 2014;14:1296.
- 1043 [64] Panel TU and DG. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. U.S.
 1044 Department of Health and Human Services; 2008.
- 1045 [65] Martinez E, Tatum KL, Glass M, et al. Correlates of smoking cessation self-
 1046 efficacy in a community sample of smokers. *Addict Behav* 2010;35:175–8.
- 1047 [66] Ragan DT. Peer beliefs and smoking in adolescence: A longitudinal social
 1048 network analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2016;42:222–30.
- 1049 [67] Shakya HB, Christakis NA, Fowler JH. Parental influence on substance use in
 1050 adolescent social networks. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:1132–9.
- 1051 [68] Campbell R, Starkey F, Holliday J, et al. An informal school-based peer-led
 1052 intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): A cluster
 1053 randomised trial. *Lancet* 2008;371:1595–602.
- 1054 [69] Guignard R, Richard J, Pasquereau A, et al. Tentatives d'arrêt du tabac au
 1055 dernier trimestre 2016 et lien avec mois sans tabac : Premiers résultats
 1056 observés dans le Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd* 2018:298–
 1057 303.
- 1058 [70] Brown J, Kotz D, Michie S, et al. How effective and cost-effective was the
 1059 national mass media smoking cessation campaign "Stoptober"? *Drug*
 1060 *Alcohol Depend* 2014;135:52–8.
- 1061 [71] Nilsson M, Emmelin M. "Immortal but frightened"-smoking adolescents'
 1062 perceptions on smoking uptake and prevention. *Bmc Public Health* 2010;
 1063 10:776.
- 1064 [72] Katikireddi SV, Der G, Roberts C, et al. Has childhood smoking reduced
 1065 following smoke-free public places legislation? A segmented regression
 1066 analysis of cross-sectional UK school-based surveys. *Nicotine Tob Res*
 1067 2016;18:1670–4.
- 1068 [73] Levy DT, Huang A-T, Currie LM, et al. The benefits from complying with the
 1069 national mass media smoking cessation campaign: A SimSmoke analysis of 15
 1070 European nations. *Health Policy Plan* 2014;29:1031–42.
- 1071 [74] Literature review on the health effects of smoke-free policies in light of the
 1072 WHO FCTC. WHO framework convention on tobacco control. Available at:
 1073 https://www.who.int/fctc/publications/Smoke_free_policies_FINAL_09052014.pdf.
- 1074 [75] Gagné T, Omorou AY, Kivits J, et al. [Socioeconomic profile and smoking
 1075 among adolescents in vocational training]. *Rev Epidemiol Sante Publique*
 1076 2018;66:375–83.
- 1077 [76] Edwards N, Barker PM. The importance of context in implementation
 1078 research. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014;67:S157–62.
- 1079 [77] Waller G, Finch T, Giles EL, et al. Exploring the factors affecting the
 1080 implementation of tobacco and substance use interventions within a
 1081 secondary school setting: A systematic review. *Implement Sci* 2017;12:
 1082 130.
- 1083 [78] Cambon L, Minary L, Ridde V, et al. Transferability of interventions in
 1084 health education: A review. *BMC Public Health* 2012;12:497.
- 1085 [79] Cambon L, Alla F. Current challenges in population health intervention
 1086 research. *J Epidemiol Community Health* 2019;73:990–2.
- 1087 [80] Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex in-
 1088 terventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 2015;350:h1258.
- 1089 [81] Villeval M, Bidault E, Shoveller J, et al. Enabling the transferability of
 1090 complex interventions: Exploring the combination of an intervention's key
 1091 functions and implementation. *Int J Public Health* 2016;61:1031–8.
- 1092 [82] Vallata A, Cadeville M, Trompette J, et al. From research to generalization:
 1093 Scale-up process of a public health intervention in France. *Eur J Public*
 1094 *Health* 2018;28.
- 1095 [83] Westreich D, Greenland S. The table 2 fallacy: Presenting and interpreting
 1096 confounder and modifier coefficients. *Am J Epidemiol* 2013;177:292–8.
- 1097 [84] Wellman RJ, Dugas EN, Dutczak H, et al. Predictors of the onset of cigarette
 1098 smoking: A systematic review of longitudinal population-based studies in
 1099 youth. *Am J Prev Med* 2016;51:767–78.

Supplementary table 1: description of the 34 articles retained

Article identification	Sample			Study description			Analyses		Definition of the judgment criteria for smoking cessation	
	1st author, year of publication, location, time frame	Age at baseline	Baseline sample size	Sample type & source (R=representative; C/P=convenience or purposive)	Intervention (Y=yes; N=no)	Follow-up period	Data collection	Analytic sample size	Analytical technique	Nature of evaluated abstinence*
Bachmann 2012^A , Switzerland, 2003 to 2008	16-24 years	2 844	C/P Official registers of the Residents' Administration Offices of the Swiss cities of Basel, Berne, and Zurich	N	5 years	computer-assisted telephone interviews	1 345	Friedman's ANOVA and Wilcoxon tests	Point prevalence abstinence	non-smoking = never smoking in the last month --> 1 month
Baskerville 2016 , Canada, 2011 to 2012	19-29 years	682	C/P On the Internet, through a link to the study registration and through ads placed in the general labor section on an online classified service, in various Canadian cities.	Y	3 months	online survey, telephone interviews	238	Logistic regression models were fitted to examine the associations between the exposure to the programs and the primary outcomes adjusting for possible confounders identified at first step.	Point prevalence abstinence	30-day point prevalence abstinence rates were measured at 3-month follow-up for both groups --> 1 month
Brinker 2015 , Germany, 2012-2013 to 2014	11-15 years	1 689	C/P Schools in Gießen and the surrounding area	Y	6 months	paper questionnaires during school hours	1 200	Robust panel logistic regression analysis: covariates not reported	Continuous abstinence	non-smokers = pupils who claimed to smoke less than 'once a month' within the survey --> less than 1/month
Chenoweth 2013^B , Canada, 1999 to 2004	12-17 years	610	C/P Secondary schools in Montreal, Quebec	N	5 years	questionnaires	308	Multiple logistic regression within a generalized estimating equation (GEE) framework	Continuous abstinence	smoking cessation = smoking abstinence for ≥12 months --> at least 1 year
Choi 2014^C , USA, 2010-2011 to 2011-2012	20-28 years (mean=24 years)	4 826	R US Midwest regional cohort of young adults	N	1 year	computer-assisted telephone interviews	2 622	Logistic regression models adjusted for demographics and peer smoking and intention to quit smoking at baseline	Point prevalence abstinence	baseline current smokers who stopped smoking in the past 30 days were classified as having quit smoking --> 1 month

Article identification	Sample			Study description			Analyses		Definition of the judgment criteria for smoking cessation	
	1st author, year of publication, location, time frame	Age at baseline	Baseline sample size	Sample type & source (R=representative; C/P=convenience or purposive)	Intervention (Y=yes; N=no)	Follow-up period	Data collection	Analytic sample size	Analytical technique	Nature of evaluated abstinence*
Curry 2012, USA, 2004 to 2006	High school age youth	878	C/P Community-based smoking cessation programs	Y	1 year	surveys for participants, interviews with sponsoring organization leaders, community leaders, and tobacco control ordinances	857	Multivariate generalized estimating equation models controlled for participant age, gender, race, proportion of program sessions attended	Point prevalence abstinence	30-day abstinence at the 12-month follow-up --> 1 month
Engels 2012 ^D , Netherlands, 2004 to 2005	13-18 years	6 750	C/P Schools in four regions of the Netherlands	N	1 year	questionnaires during school hours	530	Structural equation models	Point prevalence abstinence	undefined
Gmel 2016 ^E , Switzerland, 2010 to 2013	20 years	5 987	R Army recruitment centres, covering twenty-one of the twenty-six Swiss cantons.	N	15 months	questionnaires at home	5 128	Multinomial logistic regressions models, stratified by baseline cigarette smoking status (nonsmokers, occasional smokers, daily smokers) were conducted to test the associations between EC use and cigarette smoking status (non-smokers, occasional smokers, daily smokers) at follow-up.	Prolonged abstinence	participants were asked whether they had smoked cigarettes in the previous twelve months --> 1 year
Haas 2014 ^F , USA, unspecified	Grades 7 to 12	2 430	R 132 middle and high schools from the USA	N	19 months	at home and in school interviews	1 329	Stochastic Actor-Based models	Point prevalence abstinence	at waves 2 and 3, smoking was measured as the number of days students had smoked in the past 30 days --> 1 month
Ham 2013, Korea, 2007	mean=24.9 years	60	C/P A Korean University	Y	1 month	questionnaires in the laboratory room	41	Bivariate analysis (based on parametric and non-parametric tests)	Continuous abstinence	survey data were collected 1 day before smoking abstinence and 30 days after abstinence. --> 1 month

Article identification	Sample			Study description			Analyses		Definition of the judgment criteria for smoking cessation	
1st author, year of publication, location, time frame	Age at baseline	Baseline sample size	Sample type & source (R=representative; C/P=convenience or purposive)	Intervention (Y=yes; N=no)	Follow-up period	Data collection	Analytic sample size	Analytical technique	Nature of evaluated abstinence*	Minimum abstinence duration
Hoie 2011 , Norway, 2005 to 2006	16-19 years	500	R Households	N	3 months	telephone interviews	174	Hierarchical multiple regression analysis controlled for gender	Prolonged abstinence	undefined
Kennedy 2011^F , USA, 1995 to 1996	12-19 years	Not reported	R High schools in the United States	N	1 year	at home interviews for adolescents, and questionnaires at home for parents (data on households and health of their child)	1 197	Multivariate logistic regression models controlled for smoking and demographic covariates	Point prevalence abstinence	did not smoke at all in the past month at Wave II --> 1 month
Klein 2013^C , USA, 2003 to 2007	18-21 years	4 825	R Households	N	3 years	telephone interviews	1 022	Generalized linear mixed modeling adjusted for smoking frequency at baseline, demographic and attitudinal factors that were associated with stopping smoking over time	Point prevalence abstinence	stopping smoking was defined as those who reported 0 days of past month smoking --> 1 month
Kvaavik 2014^G , Norway, 1994 to 2005	Grade 7 to 8	Not reported	C/P Norwegian schools	N	11 years	questionnaires	942	Multinomial regression analyses controlled for previous smoking status, gender and age	Point prevalence abstinence	undefined
Lakon 2015^F , USA, 1994-1995 to 1996	Grade 9 to 12	3 145	R Two schools (both public, one in a rural Midwestern community and one in a suburban Western community)	N	1 year	at home and in school interviews	3 145	Stochastic actor-based model	Point prevalence abstinence	at waves 2 and 3, the question was "During the past 30 days, on how many days did you smoke cigarettes?" --> 1 month
Lim 2012 , Korea, 2006 to 2009	13-19 years	870	C/P Quitline services among adolescents in Korea	Y	1 year	telephone interviews	642	Cox proportional hazard models adjusted for gender, age, region, body mass index, alcohol consumption, nicotine dependency, quit supporter, concrete reason for quitting, motivation to contact Quitline, self-efficacy, and number of past cessation attempts	Continuous abstinence	About relapses: participants who reported having one puff of a cigarette during the scheduled telephone-based coaching sessions were defined as having relapsed. Cessation outcome: 1 year abstinence of smoking --> 1 year

Article identification	Sample			Study description			Analyses		Definition of the judgment criteria for smoking cessation	
1st author, year of publication, location, time frame	Age at baseline	Baseline sample size	Sample type & source (R=representative; C/P=convenience or purposive)	Intervention (Y=yes; N=no)	Follow-up period	Data collection	Analytic sample size	Analytical technique	Nature of evaluated abstinence*	Minimum abstinence duration
Loprinzi 2014^H , USA, 2003 to 2005	18-24 years	2 214	R Households in the 50 U.S. states and the District of Columbia	N	2 years	telephone interviews	1 168	Multivariable linear and logistic regression analysis adjusted for age category, gender, race-ethnicity and education	Point prevalence abstinence	no longer smoking defined as not smoking within the last 30 days --> 1 month
Loprinzi 2015^H , USA, 2003 to 2005	16-24 years	2 582	R Households in the 50 U.S. states and in the District of Columbia	N	2 years	telephone interviews	1 228	Hayes' mediational analysis adjusted for age category, sex, race-ethnicity, education and nicotine dependence	Point prevalence abstinence	no longer smoking defined as not smoking within the last 30 days --> 1 month
Loprinzi 2016^H , USA, 2003 to 2005	16-24 years	2 582	R Households in the 50 U.S. states and in the District of Columbia	N	2 years	telephone interviews	1 178	A multivariable logistic regression was used to examine the association between physical activity trajectories and smoking status at the 24-month follow-up period (outcome variable); smoking at 2-year follow-up served as the referent group for the outcome variable. Covariates included baseline nicotine dependence, age group, gender, race-ethnicity, and education.	Point prevalence abstinence	no longer smoking defined as not smoking within the last 30 days --> 1 month
Mantey 2017^I , USA, 2014 to 2015	18-29 years (mean=22.2)	1 018	C/P Participants were recruited via email to participate in an online survey.	N	1 year	online survey	627	Multivariable logistic regression	Point prevalence abstinence	undefined
Minary 2013 , France, 2007-2008 to 2008-2009	15-20 years	2 197	C/P Vocational training centres in Lorraine, Eastern France	Y	1 year	questionnaires during school hours	1 814	Multivariate logistic regression adjusting for predefined characteristics (age, sex, and training course), differing characteristics between the two groups at baseline (i.e., cannabis consumption, Hooked On Nicotine Checklist [HONC] score) and tobacco consumption	Point prevalence abstinence	Abstinence = being a nonsmoker at 12 months and having not smoked for at least one month before that point --> at least 1 month

Article identification	Sample			Study description			Analyses		Definition of the judgment criteria for smoking cessation	
1st author, year of publication, location, time frame	Age at baseline	Baseline sample size	Sample type & source (R=representative; C/P=convenience or purposive)	Intervention (Y=yes; N=no)	Follow-up period	Data collection	Analytic sample size	Analytical technique	Nature of evaluated abstinence*	Minimum abstinence duration
Mukhopadhyay 2011^J , USA, 1996 to unspecified	12-16 years	9 022	R Households	N	3 to 8 years	interviews	7 460	Probit estimation equation	Continuous abstinence	a smoker quits and then successfully abstains from smoking for a year --> 1 year
Nagelhout 2013^K , Netherlands, 2008 to 2010	15 years and older with a group 15-24years	Not reported for the 15-24 years group (1 820 smokers in all age groups)	C/P Web panel members	Y	2 years	online survey	198	Logistic regression analysis controlled on gender, age group, educational level, heaviness of smoking and intention to quit smoking	Point prevalence abstinence	7-day point prevalence abstinence --> 7 days
Schaefer 2013^F , USA, unspecified	high school	Not reported	R One high school from National Longitudinal Study of Adolescent Health	N	Not applicable (simulation)	-	509	Stochastic actor-based model	Point prevalence abstinence	undefined
Scherphof 2013^L , Netherlands, 2003 to unspecified	13-18 years	6 750	R Schools in four regions of the Netherlands	N	1 year	paper questionnaires during school hours	535	Structural equation modeling controlled for gender, education level and age	Point prevalence abstinence	no longer smoking at T2 and had not done so for the past month = successfully quit smoking --> 1 month
Schuck 2011^D , Netherlands, 2003 to unspecified	14-16 years	1 274	C/P 25 randomly selected secondary schools	N	1 year	questionnaires during school hours	850	Logistic regression analyses controlled for gender, education, age of initial smoking and number of cigarettes per week	Point prevalence abstinence	prolonged cessation = not smoke during the past month --> 1 month
Steinmetz-Wood 2017^M , Canada, 2011 to 2014	18-25 years (mean=21.48 years)	2 093	R Young adults living within the 35 health service catchment areas of Montreal	N	2 years	online survey, paper questionnaires, telephone interviews	1 457	Logistic regression was run to model the relationship between the three forms of capital at T1 and changes in smoking status controlling for the covariates age and gender at baseline.	Point prevalence abstinence	undefined

Article identification	Sample			Study description			Analyses		Definition of the judgment criteria for smoking cessation	
1st author, year of publication, location, time frame	Age at baseline	Baseline sample size	Sample type & source (R=representative; C/P=convenience or purposive)	Intervention (Y=yes; N=no)	Follow-up period	Data collection	Analytic sample size	Analytical technique	Nature of evaluated abstinence*	Minimum abstinence duration
Walker 2014 ^H , USA, 2003 to 2005	16-24 years	2 582	R Households in the 50 U.S. states and in the District of Columbia	N	2 years	telephone interviews	1 354	Logistic regression analysis controlled for all antecedent variables	Point prevalence abstinence	smoking cessation = not smoking within a 30-day timeframe --> 1 month
Wang 2017 ^N , China, 2014 to 2015	12-25 years (mean=18 years)	224	C/P Toll-free smoking cessation hotline	Y	6 months	telephone interviews	189	Adjusted ORs for self-reported past 7-day PPA and intention to quit, and raw coefficients (b) from a linear regression for quit attempts, level of nicotine dependence, number of cigarettes consumed per day, and perceived self-efficacy on quitting cigarette smoking in relation to e-cig use were calculated, adjusting for baseline respective levels of smoking behaviors and sociodemographic characteristics when applicable.	Point prevalence abstinence	self-reported point prevalence of abstinence for the past 7 days at the 6-month follow-up --> 7 days
Wang 2018 ^F , USA, 1994 to 1996	Grade 9 to 12	3 128	R National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health	N	2 years	in-school and in-home surveys	667	Stochastic Actor-Based models	Point prevalence abstinence	undefined
Wong 2010 ^N , China, 2005 to 2007	12-25 years	461	C/P Toll-free smoking cessation hotline	Y	6 months	telephone interviews	408	Hierarchical Cox's proportional odds models with three hierarchical levels of covariates: baseline variables, time-dependent variables and variables related to quit smoking	Continuous abstinence	undefined
Wong 2011 ^N , China, 2005 to 2010	12-25 years (mean=18.7 years)	437	C/P Toll-free smoking cessation hotline	Y	6 months	telephone interviews	402	Group-based trajectory modeling and hierarchical multinomial logistic regressions adjusted for confounding variables	Point prevalence abstinence	those who had stopped smoking in the past 30 days were considered to have quit smoking --> 1 month

Article identification	Sample			Study description			Analyses		Definition of the judgment criteria for smoking cessation	
	1st author, year of publication, location, time frame	Age at baseline	Baseline sample size	Sample type & source (R=representative; C/P=convenience purposive) or	Intervention (Y=yes; N=no)	Follow-up period	Data collection	Analytic sample size	Analytical technique	Nature of evaluated abstinence*
Wong 2016 ^N , China, 2006 to 2011	12-25 years	578	C/P Toll-free smoking cessation hotline	Y	6 months	telephone interviews	386	Cox regression models were applied to examine the effects of notable depressive symptoms on quit attempts and relapses after adjusting for age (in two age groups: 12–17 vs. 18–25), sex, the presence of smoking parents, smoking and quitting history, intention to quit, and the level of nicotine dependence. We included some demographic characteristics (age and sex) and the parents' smoking status in the analysis to adjust for any social or developmental factors that could influence the outcomes.	Continuous abstinence	undefined
Yang 2015 ^O , Canada, 1994-1195 to 2002-2003	10-11 years	3 434	C/P Families with children aged 10 to 11 in 1994/95	N	12 years	Not reported	1 590	Latent class modeling adjusted for gender, onset of puberty, children living in single-parent families, parental smoking, and friends' smoking Profiling analysis of posterior probabilities	Point prevalence abstinence	undefined

Data from : (A) Risk behaviour and well-being in adolescents study (RIWA); (B) Nicotine Dependence in Teens (NDIT); (C (n=2)) Minnesota Adolescent Community Cohort (MACC); (D (n=2)) Longitudinal study on psychological and environmental processes in tobacco use among Dutch adolescents; (E) Cohort Study on Substance Use Risk Factors (C-SURF); (F (n=5)) National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (Add Health); (G) Young in Norway Longitudinal Study; (H (n=4)) 2003-2005 National Youth Smoking Cessation Survey (NYSCS); (I) Marketing and Promotions across Colleges in Texas Project (Project M-PACT); (J) 1997 National Longitudinal Survey of Youth (NLSY97); (K) International Tobacco Control Netherlands Survey (ITC); (L) International Study of Asthma and Allergies in Childhood; (M) Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking; (N (n=4)) Toll-free smoking cessation hotline, the Youth Quitline (YQ); (O) National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY)

*As defined by Hughes et al., “Continuous abstinence refers to abstinence between quit day and a follow-up time; prolonged abstinence refers to sustained abstinence after an initial grace period or to a period of sustained abstinence between two follow-ups (the two are equivalent); point prevalence abstinence refers to the prevalence of abstinence during a time window immediately preceding follow-up”[18].

Supplementary table 2: grouping of the identified predictors and comparison across reviews

Review Vallata et al.	Review Cengelli et al.
SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS	
Race/Ethnicity Race (white, Non-Hispanic) White race Non-Hispanic White Race (white, Non-Hispanic) Non-Hispanic Black Hispanic	Ethnicity
Older age Age Age group Adolescents (16-17) vs, young adults (18-24) Age category (16–17, 18–20, and 21–24 years) Age category (18-24 versus 25 to 29)	Age
Puberty timing Puberty timing	-
Gender (male) Gender Sex	Gender
Higher education level Attending comprehensive schools (which were classified in the survey as ‘lower education level’) versus grammar schools Education (number of years) Attending any college Education (low, medium, high) Education (Less than 12th grade, High school graduate, Some college/college graduate) Postsecondary education Education completed (high school or less, CEGEP [Post-secondary institution in Canada], university) 2-year college versus 4-year college High school or less versus post-secondary or higher	Higher education
Enrolled in school Enrolled in school	-
-	Attending fewer different schools
High socioeconomic status Socioeconomic status Income Lack of money to pay for expenses	High socioeconomic status

-	Higher/poor levels of parental education
Living in an urban area Live in urban area Residence (metropolitan vs. country) Residence (city vs. country)	-
Single-parent households Single-parent households	Not living with both biological parents
Married Married	Married
More annual hours worked Annual hours worked	Part-time work
Employed Employed, employment/working status Freelance contract, part-time, full-time	-
PSYCHOSOCIAL FACTORS	
Self-efficacy/Confidence in quitting smoking Smoking-specific self-efficacy Self-efficacy in quitting smoking Self-efficacy to quit smoking Confidence that they could quit Self-efficacy for smoking cessation Self-efficacy, Difficulty to resist Self-efficacy Perceived behavioral control (measured with 6 items (A) 'It is up to me if I quit smoking...',(B) 'How much control do you have over quitting, (C) '...to what extent do you believe you are able to quit, (D)...how confident are you that you would be able to quit, (E) ... do you believe that you have the skills to quit, (F) 'I have complete control over quitting) Perceived level of confidence to quit smoking	High cigarette resistance self-efficacy
Intention to quit smoking Starting the program with the strong intention to stick with it (cessation program) Intended to quit within 1 month Intention to quit smoking Intended to quit	-
-	No intentions to smoke cigarettes
Processes of change Processes of change	-
Concrete reason for quitting Concrete reason for quitting	-
Concern about the health hazards of smoking Perceived the health hazards of smoking Concern your smoking affecting your breathing or energy level	-
-	Negative beliefs about smoking
-	Antismoking beliefs

<p>Pros of quitting/importance to quit smoking</p> <p>Perceived level of importance to quit smoking Pros of quitting Perceived level of importance to quit smoking Will quit smoking before it gives me a serious health problem</p>	-
<p>Concerned that your smoking controls your life</p> <p>Concerned that your smoking controls your life</p>	-
<p>Perceiving difficulty in quitting smoking</p> <p>Perceived difficulty in quitting smoking Perceived level of difficulty</p>	-
<p>Prosmoking attitudes</p> <p>Attitudes toward smoking (negative, positive) Pros of smoking Agreeing that cigarettes are calming Agreeing that cigarettes are good when you are down</p>	<p>Positive consequences of smoking</p>
<p>Concern about weight gain on quitting</p> <p>Agreeing that cigarettes help control weight Concerned that you may gain weight if you quit smoking</p>	-
<p>Feeling able to handle personal problems/to control your own life</p> <p>Felt confident about ability to handle personal problems Unable to control important things in life Felt that things were going my way Felt difficulties were piling up so high that I could not overcome them</p>	-
<p>Feeling stressed/bad/anxious</p> <p>Perceived stress Feeling lonely Having crying spells</p>	<p>Anxiety disorders</p> <p>Dysthymia</p>
<p>Depressive symptoms</p> <p>Depressive symptoms Depressed Depression scale</p>	<p>Major depressive disorder</p>
-	Good mental health
-	No attention-deficit hyperactivity disorder/disruptive behavior disorder
-	No borderline personality disorder scores
-	No antisocial personality disorder scores
-	Less rebellious
-	No thrill seeking
-	Less delinquent
-	Less deviant
-	Not being victimised (sexual and non-sexual)

BEHAVIORAL FACTORS

Practicing a physical activity Baseline exercise “How many hours per week on average do you exercise? This includes playing sports, working out, aerobics, running, swimming, brisk walking, and other exercise activities.” Undertook physical activity in the past 30 days Baseline physical activity Physical activity level, Number of hours/week exercise Physical activity trajectories: stable high	-
Involvement in extra-curricular activities Involvement in extra-curricular activities	-
Sleep duration Sleep duration	-
Alcohol consumption Drink alcohol Alcohol consumption	Alcohol use
-	No drug use
-	No drug selling
Would use promotional item from a tobacco company Would use promotional item from a tobacco company	-
-	No problem behaviors
-	No criminal behaviors
-	Academic intentions
SOCIAL INFLUENCES	
Peer influence Peer influence	-
Smoker popularity Smoker popularity	-
Parental smoke Having no smoking parents Parental smoking	Parents smoking
Friends smoke Having smoking friends Having any close friend smoking Over half of friends smoke	Friends smoking
-	No siblings smoking
Partner/boyfriend/girlfriend smoke Smoking and non-smoking relationship, exposure to smoking through partners	-
Household members smoke Having a household member who smokes Living with household members who smoked Number of smokers in house Lived with smoking household members	Household smoking (parents or siblings)

Attending parties where people are smoking	-
Number of nights/weeks attending parties where people are smoking	
Don't hang out with nonsmoking friends because smoking makes them feel uncomfortable	-
Don't hang out with nonsmoking friends because it makes them feel uncomfortable if I smoke	
Approval of entourage about smoking	Friend approval of cigarette use
Perceived that most people who are significant to you would like you quit smoking	Parent approval of cigarette use
Social approval	Parents/friends' approval of cigarettes
How would an important person react if you lit up a cigarette in front of them	
-	Community disapproval of cigarette use
Received support from others to quit smoking	
Father very supportive of quitting	Friend support
Presence of supporters of quitting	
Quit supporter	
Smoking cessation-specific parenting (refers to parenting practices aimed at motivating and pressuring adolescents to quit smoking)	
Receive support from others to quit smoking	Parental support
How supportive would your close friends be if you tried to quit smoking	
Have at least one person we could count on for support in quitting smoking	
Quitting with a close relation	-
With family members or friends who quit smoking	
Having family members or friends who had quit smoking	-
Had family members or friends who had quit smoking	
-	Late parents' quitting
-	Early parents' quitting
Number of students trying to stop smoking	-
Number of enhanced program participants	
Parental strategies based on psychological control	-
Psychological control	
Parental strategies based on behavioral control	Good raising children
Behavioral control	
Parental responsiveness	Parent communication
Parental responsiveness	
Acquainted with gang member	-
Acquainted with gang member	
-	No perceived prevalence of smoking among peers
-	Exemplars

-	School attachment
-	Community attachment
-	Living without children
-	Moving in with spouse or partner
-	Becoming parents
-	Becoming parents x gender
-	No family history of affective disorder
-	No family history of anxiety
-	No family history of drug and alcohol use
-	No familial history of externalising

SMOKING RELATED VARIABLES

Frequency/Intensity of smoking Smoking frequency at baseline Number of cigarettes smoked per day Cigarettes per week Heaviness of Smoking Index Nondaily smoking Heavier smoker (smoked ≥ 10 cigarettes per day)	High frequency of smoking
Daily smoking Ever smoke daily Previously daily smoker	-
Expired CO Expired CO (ppm)	-
Older age at smoking onset Started smoking later in life Age of initiation (in years), age at first whole cigarette Age of initial smoking History of monthly smoking (in years) History of monthly smoking (in years)	Older age at first cigarette use Older age at first daily smoking
Withdrawal symptoms Having more withdrawal symptoms Withdrawal Symptoms of nicotine dependence	Nicotine withdrawal
Nicotine dependence How soon smoke after waking Nicotine dependence Level of nicotine dependency Nicotine dependency Behavioral dependence = tolerance, usually measured in terms of smoking behavior (e.g. smoking frequency and time to first cigarette) Heaviness of Smoking Index Baseline nicotine dependence	Nicotine dependence
Craving Craving	-
Abstinent at least 30 days at baseline Abstinent at least 30 days at baseline	-

Past quit attempts (number or duration)	
Past quit attempts	
Number of days without smoking during the longest past quit attempt	-
Number of past cessation attempts	
Duration of the longest quit attempt	
-	No cigarette availability
Use of e-cigarettes	
Use of e-cigarette	-
Use of other tobacco products	
Use of hookah, smokeless tobacco, large cigars, little filtered cigars, or cigarillos	-
Marijuana use	
Marijuana use	-

ENVIRONMENTAL FACTORS

Presence of smoke-free legislation	
Living in a community with a stricter clean indoor air law	
Living in an area with a statewide clean indoor air policy for bars and restaurants = living in an area with a statewide ban on smoking in workplaces	-
Smoke-free legislation exposure	
Prohibit smoke premises	
Prohibit smoke premises	-
Lack of enforcement of anti-smoking laws	
Lived in a community with an ordinance that prohibits youth tobacco use that was not enforced all the time	-
Household smoking bans/Smoking prohibited by parent(s)	
Household smoking bans	-
Having a ban on smoking in the home	
Smoking prohibited by parent(s)	
Cessation campaign exposure	
Cessation campaign exposure	-
Tobacco price increase exposure	
Price increase exposure	-
Received cigarette coupons	
Receipt of Cigarette Coupons in the Mail (including coupons and advertisements for cigarettes and other tobacco products, and free merchandise)	No cigarette offers
Having people who would help if financial need	
Number of people that would support the participant in a time of need	-

HEALTH RELATED VARIABLES

BMI	
BMI variation, post-cessation weight-gain	-
Body mass index	

Blood pressure

Diastolic BP (mmHg), Systolic BP (mmHg)

-

Perception that health is good

Perceived to be physically fit in the past month

Perceived health

Good physical health**Salivary cortisol level**

Cortisol (Hg/dL)

-

Tobacco symptoms

Health status = frequency in last 30 days coughing with phlegm or blood, experienced shortness of breath

-

Pregnancy**GENETIC FACTORS****CYP2A6 slow nicotine metabolism**

CYP2A6 slow nicotine metabolism

-

Supplementary table 3: list of the predictors identified in the new review and results regarding their influence on smoking cessation in adolescents

Predictors	Number of studies in which the factor was significantly associated with cessation / Number of studies studying this factor	Synthesis of the direction of influence	Group of the factor	Commentaries
SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS (15/56)				
Race/Ethnicity	3/6	inconsistent* (2+ ; 1-)	probable	*for 2+: significant for Hispanic versus non-hispanic white for 1-: significant for Asian ancestry versus non-hispanic white
Older age	5/14	inconsistent* (2+ ; 3-)	probable	*for 1-: significant for hispanic women
Puberty timing	0/1	not applicable	insufficient evidence	
Gender (male)	2/13	negative	possible	
Higher education level	2/11	positive	possible	
Enrolled in school	0/1	not applicable	insufficient evidence	
High socioeconomic status	0/2	not applicable	probably unrelated	
Living in an urban area	0/2	not applicable	probably unrelated	
Single-parent households	1/1	positive	possible	
Married	1/1	positive*	possible	*significant for white people, and Hispanic men (not significant for black people, and Hispanic women)
More annual hours worked	1/1	negative*	possible	*significant for black women
Employed	0/3	not applicable	probably unrelated	
PSYCHOSOCIAL FACTORS (17/43)				
Self-efficacy/Confidence in quitting smoking	5/9	positive*	probable	*for 1 study: significant for "confidence in quitting smoking" (not significant for "self-efficacy to quit smoking"); for another one study: significant only among participants who reported high levels of behavioral dependence (nicotine dependence)

Intention to quit smoking	4/6	inconsistent* (3+ ; 1-)	probable	*for 1+: significant if low level of self-efficacy (no significant if high level of self-efficacy)
Processes of change	1/1	negative*	possible	*significant for "consciousness raising"
Concrete reason for quitting	0/1	not applicable	insufficient evidence	
Concern about the health hazards of smoking	0/3	not applicable	probably unrelated	
Pros of quitting/importance to quit smoking	2/5	positive	possible	
Concerned that your smoking controls your life	0/1	not applicable	insufficient evidence	
Perceiving difficulty in quitting smoking	1/2	negative	possible	
Prosmoking attitudes	2/5	negative*	possible	*for 1 study: significant for "agreeing that cigarettes are calming", but not significant for "agreeing that cigarettes are good when you are down"
Concern about weight gain on quitting	0/2	not applicable	probably unrelated	
Feeling able to handle personal problems/to control your own life	0/1	not applicable	insufficient evidence	
Feeling stressed/bad/anxious	0/2	not applicable	probably unrelated	
Depressive symptoms	2/5	negative	possible	

BEHAVIORAL FACTORS (2/11)

Practicing a physical activity	1/5	positive*	possible	*significant if stable high physical activity (not significant for other patterns)
Involvement in extra-curricular activities	0/1	not applicable	insufficient evidence	
Sleep duration	0/1	not applicable	insufficient evidence	
Alcohol consumption	0/3	not applicable	probably unrelated	
Would use promotional item from a tobacco company	1/1	negative	possible	

SOCIAL INFLUENCES (21/36)

Peer influence	1/2	positive*	possible	*significant if peer are non-smokers
Smoker popularity	1/1	negative	possible	
Parental smoke	1/3	negative	possible	

Friends smoke	3/5	negative	probable	
Partner/boyfriend/girlfriend smoke	1/1	negative	possible	
Household members smoke	3/4	negative	probable	
Attending parties where people are smoking	1/1	negative	possible	
Don't hang out with nonsmoking friends because smoking makes them feel uncomfortable	1/1	negative	possible	
Approval of entourage about smoking	1/3	negative	possible	
Received support from others to quit smoking	2/7	inconsistent* (1+ ; 1-)	possible	*for 1-: significant if the support comes from parents or another member of the family (not significant if it comes from peers)
Quitting with a close relation	0/2	not applicable	probably unrelated	
Having family members or friends who had quit smoking	1/1	positive	possible	
Number of students trying to stop smoking	1/1	positive	possible	
Parental strategies based on psychological control	1/1	positive	possible	
Parental strategies based on behavioral control	1/1	negative	possible	
Parental responsiveness	1/1	negative	possible	
Acquainted with gang member	1/1	negative*	possible	*significant for white and hispanic women, and black men (not significant for black women, and white and hispanic men)

SMOKING RELATED VARIABLES (20/43)

Frequency/Intensity of smoking	4/6	negative*	probable	*for 1 study: significant for "smoking frequency at baseline" but not significant for "number of cigarettes per days"
Daily smoking	3/4	negative	probable	
Expired CO	0/1	not applicable	insufficient evidence	
Older age at smoking onset	1/5	positive	possible	

Withdrawal symptoms	0/2	not applicable	probably unrelated	
Nicotine dependence	6/12	negative	probable	
Craving	2/2	negative	possible	
Abstinent at least 30 days at baseline	0/1	not applicable	insufficient evidence	
Past quit attempts (number or duration)	1/5	negative	possible	
Use of e-cigarettes	2/3	inconsistent* (1+ ; 1-)	probable	*for 1+: significant if e-cigarette is used as a mean to stop smoking for 1-: significant among men occasional smokers (not significant among men daily smokers; not studied in women)
Use of other tobacco products	0/1	not applicable	insufficient evidence	
Marijuana use	1/1	negative	possible	

ENVIRONMENTAL FACTORS (7/12)

Presence of smoke-free legislation	2/3	inconsistent (1+ ; 1-)	probable	
Prohibit smoke premises	1/1	positive	possible	
Lack of enforcement of anti-smoking laws	1/1	negative	possible	
Household smoking bans/Smoking prohibited by parent(s)	1/3	positive	possible	
Cessation campaign exposure	0/1	not applicable	insufficient evidence	
Tobacco price increase exposure	1/1	positive	possible	
Received cigarette coupons	1/1	negative	possible	
Having people who would help if financial need	0/1	not applicable	insufficient evidence	

HEALTH RELATED VARIABLES (2/9)

BMI	1/3	positive/negative*	possible	*positive or negative in the same article, according to the subpopulation: + for hispanic women - for white women who had tried to lose weight (not significant for black men and women, and white women who had not tried to lose weight)
-----	-----	--------------------	----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Blood pressure	0/1	not applicable	insufficient evidence
Perception that health is good	1/3	positive	possible
Salivary cortisol level	0/1	not applicable	insufficient evidence
Tobacco symptoms	0/1	not applicable	insufficient evidence

GENETIC FACTORS (1/1)

CYP2A6 metabolism	slow	nicotine	1/1	positive	possible
----------------------	------	----------	-----	----------	----------

TOTAL 85/211 35+ ; 52 - ; 1+/-

Supplementary table 4: results of the crossover of the 2 reviews

	Probable factors (n=18)		Possible factors (n=45)		Factors probably unrelated (n=11)		Factors with insufficient evidence (n=36)
	Known (n=10)	New (n=8)	Known (n=17)	New (n=28)	Known (n=5)	New (n=6)	
SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS	Single-parent households	Race/Ethnicity	Higher education level	More annual hours worked	High socioeconomic status	Living in an urban area	<u>New:</u> Puberty timing
	Higher/poor levels of parental education	Older age	Attending fewer different schools			Employed	Enrolled in school
			Married				
			Gender (male)				
PSYCHOSOCIAL FACTORS	Self-efficacy/Confidence in quitting smoking	Intention to quit smoking	Good mental health	Pros of quitting/importance to quit smoking	Feeling stressed/bad/anxious	Concern about the health hazards of smoking	<u>Known:</u> No attention-deficit hyperactivity disorder/disruptive behavior disorder
	No intention to smoke cigarettes		Antismoking beliefs	Perceiving difficulty in quitting smoking		Concern about weight gain on quitting	No borderline personality disorder scores
	Negative beliefs about smoking		Less rebellious	Prosmoking attitudes			No antisocial personality disorder scores
			Less delinquent	Depressive symptoms			No thrill seeking
			Processes of change			Less deviant	
						Not being victimised (sexual and non-sexual)	
						<u>New:</u> Concrete reason for quitting	
						Concerned that your smoking controls your life	
						Feeling able to handle personal problems/to control your own life	

<p>BEHAVIORAL FACTORS</p>		<p>No drug use</p> <p>No drug selling</p> <p>Alcohol consumption</p>	<p>Practicing a physical activity</p> <p>Would use promotional item from a tobacco company</p>		<p><u>Known:</u> No problem behaviors No criminal behaviors Academic intentions</p> <p><u>New:</u> Sleep duration Involvement in extra-curricular activities</p>
<p>SOCIAL INFLUENCES</p>	<p>Friends smoke</p> <p>Household members smoke</p>	<p>Early parents' quitting</p> <p>No siblings smoking</p> <p>Living without children</p> <p>Approval of entourage about smoking</p> <p>Parental smoke</p> <p>Received support from others to quit smoking</p>	<p>Peer influence</p> <p>Having family members or friends who had quit smoking</p> <p>Number of students trying to stop smoking</p> <p>Parental strategies based on psychological control</p> <p>Smoker popularity</p> <p>Partner/boyfriend/girlfriend smoke</p> <p>Attending parties where people are smoking</p> <p>Don't hang out with nonsmoking friends because smoking makes them feel uncomfortable</p> <p>Parental strategies based on behavioral control</p> <p>Parental responsiveness</p> <p>Acquainted with gang member</p>	<p>No perceived prevalence of smoking among peers</p> <p>Exemplars</p> <p>Quitting with a close relation</p>	<p><u>Known:</u> Late parents' quitting</p> <p>Community disapproval of cigarette use</p> <p>School attachment</p> <p>Community attachment</p> <p>Moving in with spouse or partner</p> <p>Becoming parents</p> <p>Becoming parents x gender</p> <p>No family history of affective disorder</p> <p>No family history of drug and alcohol use</p> <p>No family history of anxiety</p> <p>No familial history of externalizing</p>

SMOKING RELATED VARIABLES	Older age at smoking onset Frequency/Intensity of smoking	Daily smoking Nicotine dependence Use of e-cigarettes	Craving Past quit attempts (number or duration) Marijuana use	Withdrawal symptoms	<u>Known:</u> No cigarette availability <u>New:</u> Abstinent at least 30 days at baseline Expired CO Use of other tobacco products
ENVIRONMENTAL FACTORS	Received cigarette coupons	Presence of smoke-free legislation	Prohibit smoke premises Household smoking bans/Smoking prohibited by parent(s) Tobacco price increase exposure Lack of enforcement of anti-smoking laws		<u>New:</u> Cessation campaign exposure Having people who would help if financial need
HEALTH RELATED VARIABLES	Perception that health is good		BMI	Pregnancy	<u>New:</u> Blood pressure Salivary cortisol level Tobacco symptoms
GENETIC FACTORS			CYP2A6 slow nicotine metabolism		

Legend:

Promote smoking cessation	Hinder smoking cessation	Inconsistent between several articles	Promote or hinder smoking cessation according to the subpopulation
---------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Chapitre 5

La théorie d'intervention TABADO : une évaluation réaliste

Ce travail fait l'objet d'un article en cours de finalisation (Vallata A, Alla F. How can a school-based smoking cessation program for adolescents be successful? Realist evaluation of the TABADO program). Il sera soumis à la revue à comité de lecture Implementation Science.

1. Introduction

Pour contribuer à répondre à l'enjeu majeur du tabagisme des adolescents, un programme d'aide au sevrage en milieu scolaire a été développé en France, le programme TABADO (32). Ce programme a fait l'objet d'une étude quasi expérimentale contrôlée en cluster en 2007/09 qui a permis de démontrer son efficacité : le taux de sevrage ajusté à un an était deux fois supérieur dans les établissements qui bénéficiaient du programme TABADO par rapport aux établissements contrôles (17% vs 11.9%, OR ajusté = 2.1 [1.2 à 3.6], p = 0,008) (33). Ce programme, aujourd'hui référencé dans le registre des interventions probantes de Santé Publique France (77,79), fait l'objet d'une généralisation nationale conduite par l'Institut National du Cancer (34). Il est prévu qu'en 2020-2021, 215 établissements répartis dans 14 régions le déploient auprès de 77 000 jeunes (80).

Cependant, une telle généralisation ne va pas de soi. En effet, le programme TABADO comporte plusieurs composantes individuelles et collectives, qui contribuent potentiellement à produire son résultat. De plus, les caractéristiques de la population cible et les contextes, qu'ils soient sociodémographiques ou organisationnels, peuvent aussi contribuer à ce résultat. En cela, ce programme est une intervention complexe (39,40,81). De par cette complexité et l'interaction des composantes interventionnelles et contextuelles, l'implémentation en conditions de vie réelle et la généralisation à travers la diversité des contextes d'une telle intervention, qui avait démontré son efficacité dans un contexte expérimental particulier, ne va pas de soi, sur le plan de l'applicabilité, comme de la transférabilité (53). Pour de telles interventions complexes, il est nécessaire d'aller au-delà de l'évaluation de l'efficacité pour comprendre chez qui, comment, et à quelles conditions cette efficacité a été obtenue. Il s'agit ainsi de conduire une évaluation des processus et mécanismes (40,76).

L'évaluation basée sur la théorie est une approche pour répondre à ces problématiques, dont le concept central est celui de la théorie d'intervention ou théorie de programme (62). L'évaluation réaliste est une des méthodes possibles pour identifier la théorie d'une intervention complexe (40,82).

L'objectif général de cet axe de travail est d'élaborer la théorie d'intervention de TABADO. **Plus spécifiquement, il s'agit d'identifier les facteurs et mécanismes favorisant/freinant l'inscription et le maintien des élèves fumeurs dans le programme, et ceux favorisant/freinant l'arrêt du tabac chez l'adolescent.**

La réponse à cet objectif scientifique permet aussi, sur le plan pragmatique, de proposer des recommandations pour accompagner le processus de déploiement national (79). Cet axe de travail est présenté dans le chapitre 6.

2. Méthodes

2.1. Rappels sur le programme TABADO

TABADO a été développé comme un programme de sevrage tabagique pour les apprentis. Les principes sur lesquels il a été construit sont accessibilité, gratuité et confidentialité (32).

Sur le plan de ses composantes, il repose sur l'association d'une prise en charge pharmaceutique et d'un accompagnement psychologique. Il comprend (33) :

- Une réunion d'information sur le tabac en classes entières, à destination des fumeurs et non-fumeurs ; à l'issue de la réunion, il est proposé aux élèves fumeurs de s'engager dans le programme TABADO pour les accompagner dans l'arrêt du tabac
- Ces volontaires bénéficient ensuite gratuitement d'une prise en charge tabacologique directement au sein de l'établissement scolaire : une première consultation diagnostique individuelle avec un tabacologue, puis une consultation mensuelle de suivi pendant 4 mois, accompagnée d'une séance en petit groupe avec les autres volontaires inscrits au programme ; des substituts nicotiques sont délivrés gratuitement par le tabacologue s'il le juge nécessaire

Les techniques utilisées lors des consultations individuelles et des séances en groupe s'inspirent des thérapies cognitivo-comportementales, pour renforcer la motivation à l'arrêt et le soutien entre pairs.

2.2. Design de l'étude

La méthode utilisée est celle de l'évaluation réaliste. La présentation de cette étude suit les recommandations RAMESES II pour rendre compte d'une évaluation réaliste (83).

Cette méthode, développée par Pawson et Tiley (67,82), rompt avec le paradigme classique de la démarche expérimentale biomédicale, selon laquelle c'est l'intervention par elle-même qui produit des effets, et que si elle est prouvée efficace dans le cadre d'un essai, ses résultats sont généralisables. L'approche réaliste, au contraire, propose une version plus interactionnelle et systémique des interventions (41). Elle souligne l'existence d'interactions continues entre les personnes touchées par l'intervention (bénéficiaires et intervenants) et leur environnement, ce qui influence ses effets (68). Ainsi, sous certaines conditions contextuelles (C), une intervention va activer certains mécanismes (M), qui à leur tour vont produire des effets (O). L'évaluation réaliste repose sur la mise en relation de ces 3 éléments, contexte (C), mécanismes (M), résultats (O), appelée configurations CMO. L'ensemble des CMO constitue la théorie d'intervention. Certains auteurs, pour préciser les conditions contextuelles « C », distinguent au sein de ces dernières les éléments relatifs à l'intervention (I), au contexte (C) et aux acteurs (A), donnant des configurations « ICAMO » (72–75). Un cycle d'évaluation réaliste démarre avec une théorie initiale, constituée des hypothèses souvent implicites ayant guidé la logique du développement de l'intervention. La théorie initiale est ensuite soumise à l'épreuve du terrain, pour enrichir, valider ou invalider les hypothèses. Après recueil et analyse des données du terrain, on aboutit à une théorie affinée. Une théorie peut toujours être affinée en la confrontant de nouveau au terrain ; on parle ainsi du cycle de l'évaluation réaliste (67,71).

Dans le cadre de notre démarche réaliste, nous avons suivi les 3 étapes suivantes (67) : 1) identifier la théorie initiale sous-jacente à la construction du premier TABADO, 2) recueillir des données dans la littérature et dans différents contextes de mise en œuvre de TABADO pour tester et enrichir les hypothèses initiales, 3) à la vue de ces nouveaux éléments, élaborer des configurations ICAMO et établir une théorie enrichie.

La Figure 7 présente la démarche globale de ce travail. Conformément au cycle de l'évaluation réaliste, dans la pratique les étapes 2 et 3 n'étaient pas successives mais simultanées, il y avait des allers-retours permanents entre elles.

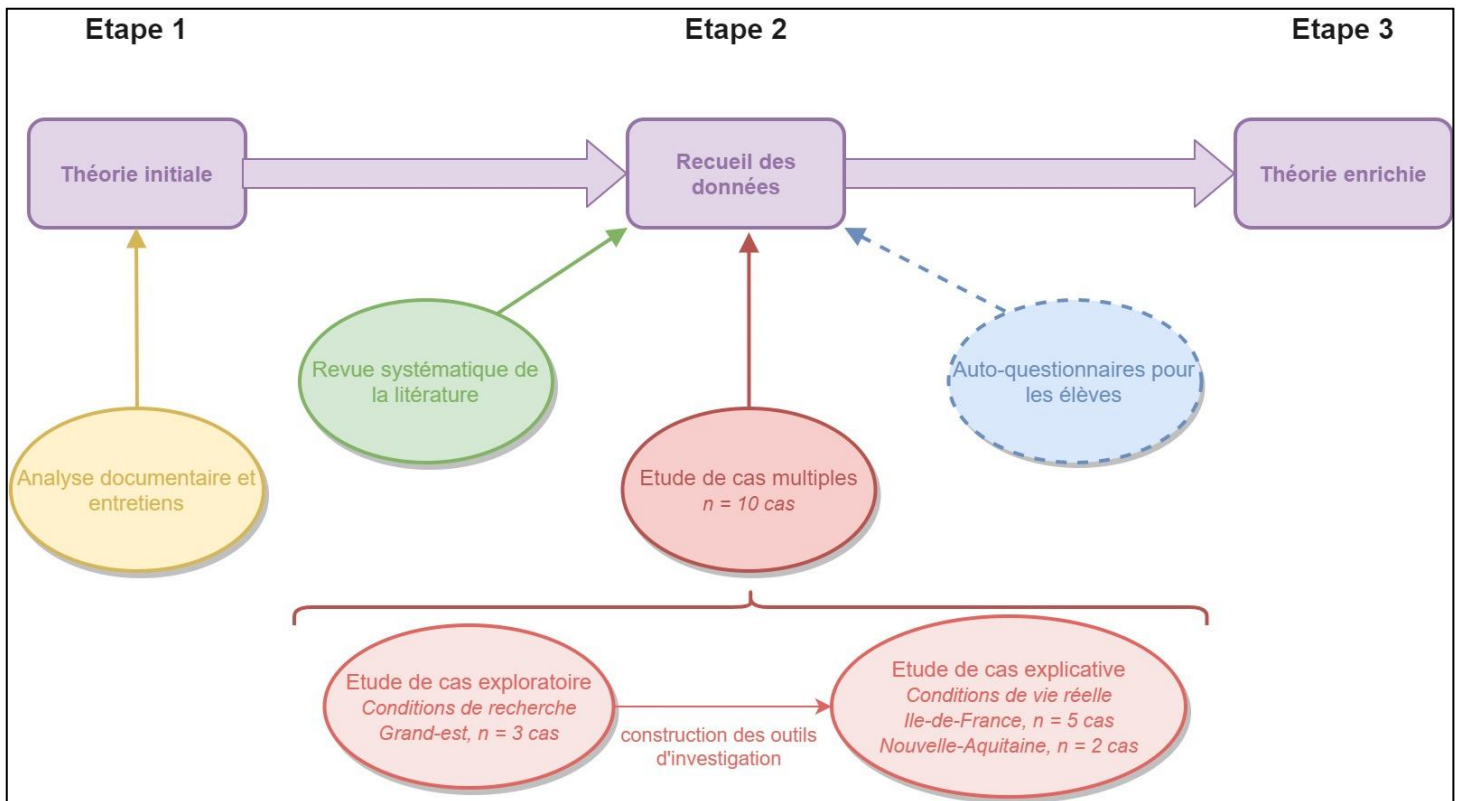


Figure 7. Schéma de la démarche pour l'élaboration de la théorie d'intervention de TABADO

2.3. Théorie initiale

La théorie initiale sous-jacente au programme TABADO n'avait pas été formalisée par les concepteurs de l'intervention. Une analyse documentaire a été réalisée sur le protocole complet de la recherche TABADO (document interne non publié), et sur les articles publiés (33,84,32). Cette analyse a été complétée avec des entretiens auprès de l'un des concepteurs. Il s'agissait d'identifier les principales composantes de l'intervention, et pour chacune, identifier les justifications qui ont mené à leur création et les effets attendus. Les différents éléments identifiés ont été qualifiés en I, C, A, M et O, puis mis en regard pour créer des configurations ICAMO.

2.4. Recueil des données

2.4.1. Revue systématique de la littérature

Afin de mieux comprendre pourquoi certains adolescents réussissent à arrêter de fumer et d'autres non, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature sur les déterminants du sevrage tabagique chez les adolescents. Les bases de données bibliographiques PubMed et Web of Science ont été consultées pour trouver des articles pertinents publiés entre le 1er septembre 2010 et le 31

janvier 2018. Nous avons synthétisé les résultats de cette revue avec ceux d'une précédente sur le même sujet, qui comprenait des articles publiés entre le 1er janvier 1984 et le 31 août 2010. Ce travail a fait l'objet d'une publication spécifique et est présenté dans le chapitre 4.

2.4.2. Etude de cas multiples

Afin de confronter la théorie initiale à la réalité du terrain, une étude de cas multiples a été réalisée (85). Il s'agissait de recueillir des données dans différents contextes pour tester et enrichir la théorie initiale. Un cas était défini comme un établissement scolaire bénéficiant du programme TABADO. A notre connaissance, nous avons été exhaustifs et avons sélectionné tous les établissements mettant en place le programme en France, entre septembre 2016 et juin 2019. L'étude de cas a comporté 2 étapes : une étude de cas exploratoire (3 cas), et une étude de cas explicative (7 cas). Leur contenu respectif est détaillé dans les paragraphes correspondants.

Afin d'appréhender au mieux les différentes facettes du programme et de renforcer la validité de nos résultats, nous avons réalisé deux sortes de triangulation (86,87) : une triangulation des sources de données en interrogeant les bénéficiaires du programme (les élèves), mais aussi les différents acteurs impliqués (référents TABADO dans les établissements scolaires, coordinateurs locaux du programme, tabacologues, professeurs), et une triangulation des méthodes en réalisant à la fois des observations, des entretiens et des séminaires de retour d'expérience. La personne ressource au sein de chaque établissement scolaire, en charge de la mise en œuvre du programme, est désignée comme le « référent ». Les métiers des référents n'étaient pas les mêmes selon les établissements : infirmier scolaire, conseiller principal d'éducation, éducateur spécialisé, surveillant, professeur, ou responsable du service internat. La personne en charge du déploiement du programme au sein de la structure porteuse du projet est désignée comme le « coordinateur local ».

Dans la mesure du possible, les investigations ont été réparties entre les différents cas de façon à ne pas sursolliciter un établissement. Les possibilités d'investigation pour chaque cas dépendaient des contraintes logistiques et calendaires des établissements scolaires, des intervenants et élèves, et de la chercheuse (AV) ; les 10 cas n'ont donc pas tous été explorés dans la même intensité (*Tableau 2*). Les référents, coordinateurs locaux et tabacologues étaient contactés directement par la chercheuse (AV) pour solliciter un entretien de recherche. Les professeurs et les élèves étaient sollicités par le référent qui, s'il trouvait des volontaires, les adressait à la chercheuse (AV). Les entretiens étaient menés en face à face (dans les établissements scolaires ou sur le lieu de travail des enquêtés) ou par téléphone, ont été enregistrés avec l'accord des enquêtés, et ont été retranscrits.

Tableau 2. Etude de cas multiples : types d'investigation par cas

	Etude de cas exploratoire			Etude de cas explicative						
Contexte de mise en œuvre	Recherche			Vie réelle						
Type d'établissement	CFA			Lycées polyvalents (professionnel, technologique et général)						
Région d'investigation	Grand-Est			Nouvelle-Aquitaine		Ile-de-France				
Identification du cas	G1	G2	G3	N1	N2	I1	I2	I3	I4	I5
Participation observante	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-
Observation participante	-	-	-	-	-	x	-	-	x	x
Observation des réunions d'information	9	8	1	-	6	5	-	-	5	5
Observation des séances en groupes	4	3	NA*	-	-	1	-	1	0	3
Entretiens avec les bénéficiaires										
Volontaires	10**	9**	NA*	-	-	5	3	-	-	1
Non-volontaires	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Abandons	-	-	NA*	-	-	-	1	-	2	-
Entretiens avec les acteurs impliqués :										
Référents établissement	Informels	Informels	-	-	-	1	-	1	1	-
Tabacologues	Informels	Informels	NA*	-	-	1	-	-	1	-
Coordinateur	NA*** (commun aux 3 cas)			1	1	2 (communs aux 5 cas)				
Professeurs	Informels	Informels	-	-	-	-	1	3	-	-
Séminaires inter-sites (retour d'expérience et validation des hypothèses)	x	x	-	-	-	x	x	x	x	x

*NA = non applicable car pas d'inscrits

**utilisation secondaire des retranscriptions d'entretiens réalisés dans le cadre de la recherche sous-jacente n = 16/19 (88)

***NA = non applicable car 1 personne avec le rôle coordinateur/chercheur

[a\) Etude de cas exploratoire](#)

L'objectif spécifique de cette étude de cas préliminaire était de découvrir comment se déroulait la mise en œuvre du programme TABADO en pratique, d'identifier les principaux éléments influençant son fonctionnement pour enrichir la théorie initiale, et construire des outils d'investigation adaptés en vue de l'étude de cas suivante.

Dans cette première phase, TABADO était mis en œuvre dans le cadre de la recherche RESIST (35), dans 3 CFA en Grand-Est, en 2016/2017 (*Tableau 2*). La coordinatrice de la recherche RESIST était également la coordinatrice locale du programme, et la responsable de cette présente étude de cas (AV) ; les rôles de chercheur et acteur de terrain étaient donc confondus. Une participation observante a ainsi pu être réalisée grâce à une immersion quotidienne en profondeur sur le terrain (89,90). De nombreuses discussions informelles avaient lieu avec les élèves et les différents acteurs de l'intervention (référents dans les établissements, professeurs, directeurs, conseillers principaux d'éducation ...). Des observations ponctuelles des différentes composantes de l'intervention ont été menées (18 réunions d'information, 7 séances en groupes). Les consultations individuelles avec les tabacologues n'ont pas été observées pour conserver la confidentialité entre le tabacologue et les élèves. Un carnet de bord était tenu pour noter les éléments qui semblaient influencer : le sevrage tabagique des élèves, l'inscription des élèves au programme complet, le déroulement du suivi médical, la satisfaction des élèves et des intervenants quant à l'intervention, la mise en œuvre de l'intervention.

Un séminaire de retour d'expériences a été organisé en fin d'année scolaire pour réunir les acteurs de terrains (tabacologues, conférenciers, référents du programme dans les établissements scolaires), et leur présenter les premières hypothèses issues du terrain. Leurs retours permettaient de confirmer, infirmer ou affiner ces hypothèses issues des analyses présentées ci-après.

Enfin, dans le cadre du projet de recherche RESIST, 19 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de fumeurs inscrits au programme (*Tableau 2*), par un groupe de 3 professionnels (coordinatrice locale (AV), psychologue, sociologue) en suivant un guide d'entretien commun, pour approfondir le point de vue des bénéficiaires du programme quant à leur vécu du programme, aux éléments influençant leur motivation à y participer, et aux éléments d'aide ou frein à leur sevrage (88,91).

[b\) Etude de cas explicative](#)

L'objectif spécifique de l'étude de cas explicative était de tester et d'enrichir les hypothèses préliminaires issues des étapes précédentes, en étudiant TABADO dans de nouveaux contextes de

mise en œuvre, à l'aide d'outils d'investigation conçus grâce aux conclusions de l'étude de cas exploratoire.

Dans cette phase, TABADO a été étendu à des lycées, plus seulement aux CFA. Les lycées devaient proposer des filières professionnelles pour être inclus dans l'étude. Au total, 5 lycées polyvalents (enseignement professionnel, technologique, et général) ont été inclus en Ile-de-France en 2017-2018, et 2 CFA en Nouvelle-Aquitaine en 2016-2018 ; soit 7 cas (*Tableau 2*). Ces établissements étaient recrutés dans le cadre de projets portés par la Ligue contre le cancer d'Ile-de-France, et l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) Nouvelle-Aquitaine respectivement.

Autre nouveauté, le programme était ici mis en œuvre en conditions de vie réelle, c'est-à-dire hors d'une recherche, et donc porté et mis en place par des acteurs de terrain et non par des chercheurs. Des adaptations par rapport au protocole initial étaient donc prévisibles. La chercheuse (AV), contrairement à la phase précédente, n'était pas la coordinatrice locale, mais une observatrice indépendante de la gestion du programme. Une observation participante a été menée pour 3 cas en Ile-de-France (90). Celle-ci permettait d'observer « l'envers du décor », et ainsi de mieux comprendre le processus de mise en œuvre, les adaptations réalisées, et la survenue de certains événements. Ces éléments étaient notés dans un carnet de bord. Cela a été complété par des observations ponctuelles de deux composantes dans les deux régions : les réunions d'information (n=21), et les séances en groupes (n=5). Une grille d'observation a été développée pour chacune de ces composantes (annexes 1 et 2) ; elles comprenaient des informations sur : l'intervenant (métier, sexe...), le public (nombre d'élèves, classes, répartition filles/garçons...), l'intervention et son environnement (méthode pédagogique utilisée, répartition des différents temps de discussion, disposition de la salle, facteurs facilitant/freinant son déroulement...), les réactions et attitudes des élèves (par rapport aux différents thèmes abordés, au sevrage, envers l'intervenant/les autres élèves...), les inscriptions au programme (nombre, processus d'inscription, réaction des élèves quand on leur propose de s'inscrire à un programme d'aide à l'arrêt du tabac...). Les consultations individuelles avec les tabacologues n'ont pas été observées pour conserver la confidentialité entre le tabacologue et les élèves.

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'élèves fumeurs inscrits au programme (n=9), mais aussi auprès d'élèves initialement inscrits qui ont abandonné le programme en cours de route (n=3), et auprès d'élèves fumeurs qui n'ont pas voulu s'inscrire (n=2). Des entretiens semi-directifs ont également été menés auprès des coordinateurs locaux (n=4), auprès des référents des établissements scolaires (n=3), des tabacologues (n=2), et de professeurs (n=4) (*Tableau 2*). Un guide d'entretien a été élaboré pour chaque type de personne interrogée (annexes 3 et 4) ; ils

comprenaient des informations sur : l'enquêté, sa vision des élèves rencontrés/de l'établissement scolaire, le déroulement complet du programme (préparation, mise en œuvre, adaptations, les personnes impliquées...), le processus d'inscription des élèves, les motifs d'inscription au programme/non-inscription/abandon, les motivations par rapport au sevrage, son avis sur les différentes composantes du programme (réunions d'information, consultations individuelles, séances en groupe), ses propositions d'amélioration, sa perception des effets positifs/négatifs du programme (sur les élèves et l'établissement).

Enfin, deux séminaires ont été organisés en Ile-de-France, l'un à mi-parcours et l'autre en fin d'année scolaire. Il s'agissait de réunir l'ensemble des parties prenantes (chercheurs, référents, coordinateurs locaux, tabacologues, infirmiers scolaires, conseillers principaux d'éducation, responsables des structures porteuses du projet) pour partager les expériences entre établissements (freins/leviers tout au long de la mise en œuvre), et proposer des adaptations pour correspondre au mieux aux contextes locaux. Cela permettait ainsi d'enrichir et affiner les hypothèses de la théorie d'intervention.

2.4.3. Auto-questionnaires à destination des élèves

Dans le cadre des projets annexes de recherche et d'évaluation de TABADO, des auto-questionnaires étaient distribués aux élèves qui participaient aux réunions d'information et/ou qui s'inscrivaient au programme complet. Les questions permettant de décrire les élèves et leurs habitudes en termes de consommation tabagique ont été retenues pour une exploitation secondaire des données pour ce présent travail.

2.5. Analyse des données et configurations ICAMO

2.5.1. Revue systématique de la littérature

Les données issues de la revue de littérature ont fourni des éléments permettant de compléter la partie de la théorie d'intervention concernant les facteurs favorisant/freinant l'arrêt du tabac chez les adolescents (chapitre 4).

2.5.2. Etude de cas multiples

Des hypothèses ont progressivement été établies tout au long de l'étude de cas. En partant de la théorie initiale, elles ont été enrichies avec les données issues des observations, des entretiens, des séminaires de retour d'expériences et de l'immersion sur le terrain. Après plusieurs confrontations entre les hypothèses et les données issues du terrain, les hypothèses ont été formulées sous la forme de configurations ICAMO pour proposer une théorie d'intervention enrichie. La Figure 8 représente l'élaboration progressive de la théorie d'intervention au travers des différents temps d'analyse des données.

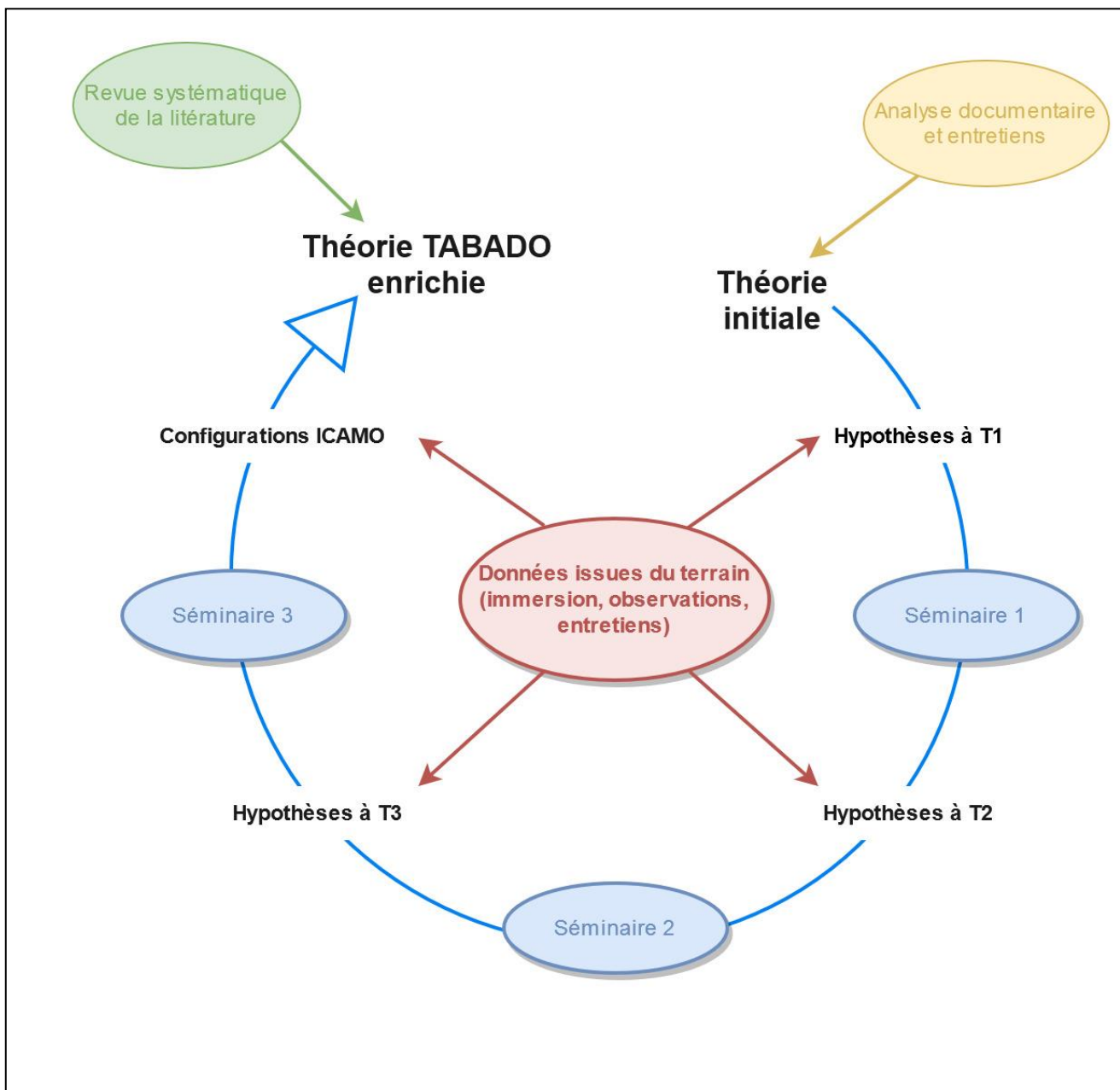


Figure 8. Cycle d'analyse pour l'élaboration de la théorie d'intervention TABADO

a) Etude de cas exploratoire

Une analyse de contenu a été réalisée à partir du carnet de bord et des données issues des observations (réunions d'information et séances en groupe). Ces éléments, couplés à la capitalisation de l'expérience de terrain de la coordinatrice locale (AV), ont permis d'établir des hypothèses répondant aux questions de recherche. Ces hypothèses ont ensuite été présentées lors du séminaire de retour d'expériences, pour les confronter aux avis des différents acteurs de terrain, et les confirmer ou les infirmer le cas échéant.

Concernant les entretiens réalisés à cette étape, le codage des données a été réalisé dans le logiciel N'Vivo⁴ et était partagé entre les 3 interviewers pour mutualiser les moyens (88). L'interprétation des données a quant à elle été réalisée de façon indépendante par ces 3 professionnels selon leur propre domaine d'expertise (promotion de la santé, psychologie, sociologie). Seule l'analyse de la coordinatrice locale (AV) est incluse ici (promotion de la santé). Cette analyse a permis de consolider et compléter les hypothèses précédemment établies.

A cette étape préliminaire de la recherche, les hypothèses n'ont pas été formulées sous la forme de configurations ICAMO.

b) Etude de cas explicative et configurations ICAMO

Nous avons réalisé une analyse de contenu dirigée sur les données issues des entretiens, du carnet de bord et des observations (92). Le but de cette approche est d'affiner une théorie préexistante et correspondait ainsi aux objectifs de ce travail. Une première version d'une grille de codage a été établie à l'aide des éléments identifiés dans la théorie initiale et lors de l'étude de cas exploratoire. Les thèmes principaux étaient les I, C, A, M et O, et comportaient chacun plusieurs sous thèmes. Le contenu de cette grille avait pour vocation d'évoluer au fur et à mesure de l'analyse de l'étude de cas explicative. Les entretiens ont été analysés à l'aide du logiciel RQDA⁵. Le reste du matériel a été analysé manuellement. Une analyse verticale a d'abord été réalisée, et visait à repérer et classer tous les éléments d'intérêt selon la grille de codage, cas par cas. Une synthèse horizontale a ensuite été menée, et visait à analyser le contenu de chaque thème (I, C, A, M et O) de façon transversale aux différents cas, et à établir des liens entre ces différents thèmes. Progressivement, des configurations ICAMO ont ainsi été construites. Nous avons fait le choix de ne conserver comme mécanismes, que ceux centrés sur les élèves (ex : prendre conscience de sa consommation tabagique et ses

⁴ <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>

⁵ <https://rqda.r-forge.r-project.org/>

conséquences). Les mécanismes concernant d'autres acteurs (ex : être convaincu de l'intérêt que TABADO peut apporter aux élèves, pour un enseignant) ont été intégrés aux éléments contextuels et organisationnels.

2.5.3. Auto-questionnaires à destination des élèves

Pour décrire la population d'étude, nous avons utilisé les données agrégées recueillies dans le cadre des trois mises en œuvre du programme (Grand-Est, Ile-De-France, Nouvelle-Aquitaine). Les variables quantitatives étaient exprimées en pourcentages, les variables quantitatives par la moyenne +/- écart-type.

2.6. Considérations éthiques

TABADO a été mis en œuvre dans un contexte de recherche en Grand-Est, ayant pour cela obtenu l'autorisation du CPP Est III (n°ID-RCB 2016-A00317-44 en date du 06/04/2016), et dans un contexte de routine dans les deux autres régions, et rentrait dans le cadre des autorisations d'interventions des structures concernées. Dans tous les cas, les élèves et les parents des mineurs étaient informés et avaient la possibilité de s'opposer à la collecte de données individuelles.

La présente investigation est basée sur une exploitation secondaire des données recueillies dans le cadre de ces trois mises en œuvre du programme, complétées par un recueil ad hoc de données qualitatives (entretiens et observations). Les données recueillies ont été anonymisées et ont été protégées selon les procédures usuelles des structures porteuses (mot de passe, sauvegardes, etc). Ce travail n'appartient pas au champ des recherches impliquant la personne humaine. Au vu des pièces qu'il avait à sa disposition, le Groupe Publication du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux a émis un avis favorable à la publication de ce travail de recherche (Avis CE-GP- 2020/30).

3. Résultats

3.1. Théorie initiale

La théorie initiale présente les différentes composantes de l'intervention, et les conditions permettant l'activation des mécanismes principaux, menant in fine à l'arrêt du tabac. Elle est schématisée en Figure 9. Elle est reportée telle qu'elle a été pensée par les créateurs du programme TABADO avant sa mise en œuvre, certains chaînons sont donc manquants à ce stade.

Les trois composantes interventionnelles sont la réunion d'information, les consultations individuelles et les séances en groupe, et sont portées par le tabacologue pour les deux dernières. Des éléments contextuels permettent l'inscription des fumeurs dans le programme : la gratuité, l'accessibilité horaire et géographique, le volontariat et la confidentialité vis-à-vis des parents. Ces éléments interventionnels et contextuels sont susceptibles de déclencher, selon les concepteurs, un certain nombre de mécanismes qui favorisent l'inscription dans le programme et l'arrêt du tabac.

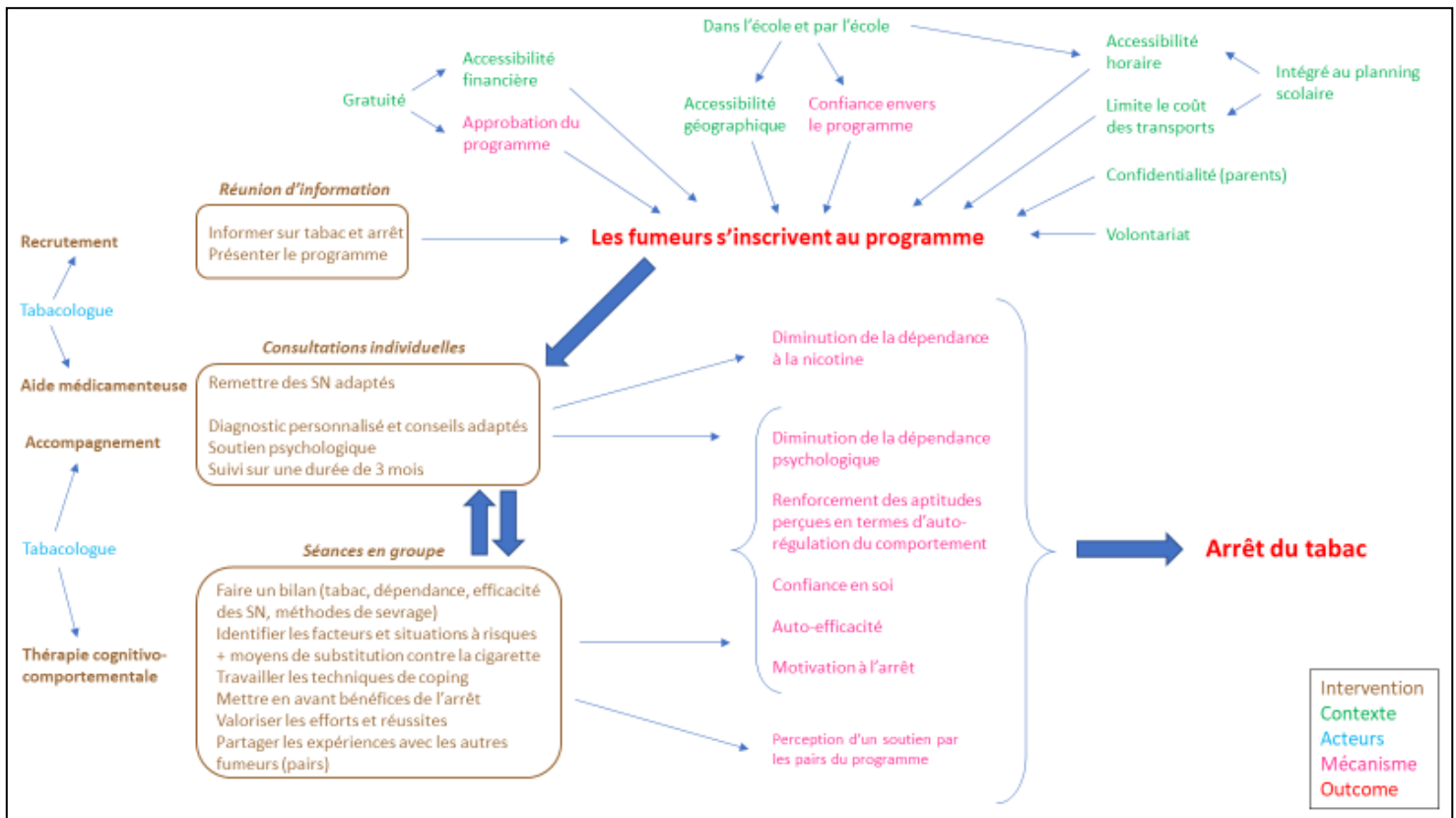


Figure 9. Théorie initiale TABADO

3.1.1. L'inscription au programme

La réunion d'information (I) menée par le tabacologue (A) incite les élèves fumeurs à s'inscrire au programme (O).

L'intervention TABADO se déroulant dans l'école (C) et étant intégrée au planning scolaire des élèves (C), elle leur est accessible au niveau géographique (C), au niveau des horaires (C), et le coût des transports n'est pas impacté s'ils participent (C), donc les fumeurs peuvent s'inscrire au programme (O).

Le fait qu'elle soit portée et proposée par l'école (C) est un gage de confiance pour les élèves (M), favorisant l'inscription des fumeurs au programme (O). La gratuité de cette intervention (C) permet d'obtenir l'approbation des élèves (M), et la rend accessible financièrement pour tous (C), favorisant l'inscription des fumeurs au programme (O).

Enfin, dans un contexte où la confidentialité est assurée vis-à-vis des parents (C), et où l'engagement est basé sur du volontariat (C), l'inscription des fumeurs est améliorée (O).

3.1.2. L'arrêt du tabac

Les fumeurs inscrits (A) bénéficient ensuite des consultations individuelles (I) et des séances en groupe (I) menées par le tabacologue (A), ce qui aide à diminuer leur dépendance psychologique à la cigarette (M), à renforcer leur sentiment de savoir comment s'autoréguler concernant la consommation de tabac (M), à améliorer leur confiance en eux (M), leur sentiment d'auto-efficacité quant à l'arrêt (M), et leur motivation à l'arrêt (M), aboutissant à l'arrêt du tabac.

Les consultations individuelles (I), par le biais des substituts nicotiques, aident en plus à diminuer la dépendance à la nicotine (M), ce qui favorise l'arrêt du tabac (O).

Les séances en groupe (I) quant à elles, apportent en plus aux fumeurs la perception d'un soutien social par leurs pairs (M), favorisant l'arrêt du tabac (O).

3.2. Revue systématique de la littérature

Au total, 63 facteurs ont été identifiés comme probablement ou possiblement liés au sevrage tabagique chez les adolescents (chapitre 4). Parmi eux, 27 étaient des aides au sevrage, 27 étaient des freins, et le sens d'influence était divergent selon les articles ou les sous-populations pour les 9 autres. Ces facteurs étaient répartis en 8 familles : 9 facteurs sociodémographiques (sexe, niveau d'éducation...), 13 facteurs psychosociaux (confiance en ses chances de réussir à arrêter de fumer, croyances/représentations par rapport au tabagisme...), 5 facteurs comportementaux (consommation d'alcool, activité physique...), 19 influences sociales (tabagisme des amis, approbation du tabagisme par l'entourage...), 8 facteurs liés au tabagisme (tabagisme quotidien, craving...), 6 facteurs environnementaux (augmentation du prix du tabac, législations anti-tabac...), 2 facteurs liés à la santé (IMC, bonne santé physique), et 1 facteur génétique (métabolisme de CYP2A6).

Dans un cadre réaliste, ces facteurs relèvent de différents niveaux. Nous avons considéré que les facteurs psychosociaux correspondaient dans notre théorie à des Mécanismes (M), les facteurs sociodémographiques, comportementaux, génétiques, liés au tabagisme, et à la santé comme liés directement aux Acteurs (A), et les influences sociales et facteurs environnementaux comme des éléments de Contexte (C).

3.3. Etude de cas multiples

3.3.1. Description des cas

Dix établissements étaient concernés dans les trois régions, qui ont inclus entre 269 et 509 élèves (Tableau 3). La prévalence du tabagisme parmi les élèves inclus variait de 17.1% (dans les lycées) à 54.0% (dans les CFA). Les autres caractéristiques des établissements et des élèves figurent Tableau 3 (les données descriptives issues du site N2 de Nouvelle-Aquitaine n'étaient pas disponibles).

Au total, y compris le site N2 de Nouvelle-Aquitaine, 94 élèves fumeurs se sont inscrits au programme TABADO (36 en Grand-Est, 36 en Ile-De-France, 22 en Nouvelle-Aquitaine). Ce chiffre ne doit pas être pris en regard du nombre de fumeurs ayant complété le questionnaire, car des élèves fumeurs qui n'ont pas participé aux réunions d'information et qui n'étaient ainsi pas considérés comme relevant de la cible, se sont également inscrits au programme (par exemple des élèves d'autres classes de l'établissement). L'enquête qualitative montre qu'environ la moitié des fumeurs inscrits à TABADO a bénéficié de la réunion d'information, les autres ont été recrutés par un autre biais (cf 3.3.3. Les configurations ICAMO).

Tableau 3. Description des cas inclus dans notre étude

	Ile-de-France	Nouvelle-Aquitaine		Grand-Est
		N1	N2	
Type d'établissement	Lycées polyvalents (professionnel, technologique et général)	CFA		CFA
Nombre d'établissements	5	1	1	3
Total questionnaires	509	134	135	300
Sexe				
<i>Masculin</i>	328 (64.4%)	83 (61.9%)	<i>non disponible</i>	231 (77.0%)
<i>Féminin</i>	181 (35.6%)	50 (37.3%)		68 (22.7%)
<i>Manquant</i>	0	1 (0.7%)		1 (0.3%)
Age				
<i>Moyenne (Ecart type)</i>	17.0 ans (1.6)	17.0 ans (1.7)	<i>non disponible</i>	17.3 ans (1.2)
<i>Manquant</i>	4	4		0
Statut tabagique				
<i>Non-fumeur(euse)</i>	386 (75.8%)	61 (45.5%)	<i>non disponible</i>	116 (38.7%)
<i>Ex-fumeur(euse)</i>	36 (7.1%)	11 (8.2%)		21 (7.0%)
<i>Fumeur(euse)</i>	87 (17.1%)	62 (46.3%)		162 (54.0%)
<i>Manquant</i>	0	0		1 (0.3%)
<i>Pour les fumeurs :</i>				
Age de la 1ère cigarette				
<i>Moyenne (Ecart type)</i>	13.1 ans (2.3)	12.8 ans (2.3)	<i>non disponible</i>	13.6 ans (1.9)
<i>Manquant</i>	18	10		7
Age du tabagisme quotidien				
<i>Moyenne (Ecart type)</i>	14.8 ans (1.9)	14.1 ans (2.3)	<i>non disponible</i>	14.8 ans (1.5)
<i>Manquant</i>	27	13		10
Consommation moyenne de cig / j				
<i>Moyenne (Ecart type)</i>	7.3 (7.1)	11.8 (7.9)	<i>non disponible</i>	13.1 (8.9)
<i>Manquant</i>	26	13		0
Nombre de tentatives d'arrêt				
<i>Jamais</i>	24 (27.6%)	24 (40.7%)	<i>non disponible</i>	74 (45.7%)
<i>Au moins une fois</i>	42 (48.3%)	28 (47.5%)		88 (54.3%)
<i>Manquant</i>	21 (24.1%)	10		0
Intentions concernant tabac				
<i>Pas l'intention d'arrêter de fumer</i>	31 (35.6%)	31 (50.0%)	<i>non disponible</i>	85 (52.5%)
<i>Manquant</i>				
non applicable car question à choix multiples				

3.3.2. Analyse des contextes et des organisations

Avant de présenter les configurations ICAMO centrées sur les élèves, l'analyse a montré qu'il était nécessaire de prendre en compte des éléments plus organisationnels – méso – liés à l'implantation de TABADO dans l'établissement scolaire. Pour une mise en œuvre optimale, certaines recommandations ont été émises. Les principales sont présentées et résumées ci-dessous. L'ensemble des recommandations a été organisé sous la forme d'un guide à destination des acteurs de terrain (79). Celui-ci est disponible gratuitement dans le registre des interventions probantes de Santé Publique France (77), et en annexe 5.

a) Le soutien du chef d'établissement

Le chef d'établissement doit bien évidemment autoriser l'implantation de TABADO dans son établissement et sur les heures de cours. Mais plus il sera convaincu de l'intérêt que TABADO peut apporter à ses élèves, plus il apportera son soutien au programme en en faisant une priorité dans l'établissement. Il est ainsi utile de lui présenter les données probantes issues de la recherche et des expériences passées de TABADO, et la plus-value que TABADO peut apporter à ses élèves. Son soutien peut se traduire par exemple par un temps spécifique accordé au référent pour s'occuper de la mise en œuvre de TABADO. Or nous le verrons plus loin, quand le référent peut libérer du temps pour TABADO, il peut le consacrer à discuter de façon informelle avec les élèves fumeurs et les inciter à s'inscrire à TABADO, faire des relances aux élèves avant leur rendez-vous pour qu'ils ne l'oublient pas, et/ou s'assurer qu'ils sont bien présents au moment du rendez-vous, aller les chercher le cas échéant. Cela favorise à la fois les inscriptions au programme et le maintien des élèves dans le programme. Cela peut aussi se traduire par la consigne donnée aux professeurs de libérer les élèves pour assister à leur rendez-vous TABADO, évitant que les fumeurs inscrits ne se voient interdire de quitter le cours pour assister à leur consultation avec le tabacologue. Dans les établissements où la consommation de tabac des élèves est un problème connu, TABADO est vu comme une réponse à un besoin de l'école et est accepté plus facilement par le chef d'établissement. Avec l'appui du chef d'établissement, la mise en œuvre est ainsi plus aisée, le programme est officialisé et mieux reconnu au sein de l'équipe pédagogique, et les chances pour que les élèves assistent à la totalité du programme sont meilleures.

Entretien Infirmier : « *En fait, il y a eu aucun problème (n.d.l.r. pour que l'établissement participe à TABADO), on a la chance vraiment d'avoir un chef d'établissement, mais même une équipe, qui est déjà d'une soutenance, qui nous fait confiance et qui nous laisse carte blanche. Voilà et je pense que ça, c'est vraiment important parce que du coup, dès qu'on a un projet qui*

nous semble pertinent, on peut le soumettre en fait [...]. Chaque année on fait des statistiques de fin d'année où on fait remonter un petit peu les statistiques épidémiologiques sur l'établissement [...] Ce qui ressort énormément c'est que l'objectif de TABADO en fait, on rentrait exactement dedans, c'est-à-dire qu'effectivement, le lycée pro était très consommateur de tabac et c'était une population à risque qui pouvait tout à fait rentrer dans ce projet. Donc en fait, ça s'est justifié d'emblée. Donc on a été soutenu d'emblée. »

b) L'information de l'équipe pédagogique

Etant donné que TABADO se déroule sur des heures de cours, il faut au minimum que les professeurs soient informés de l'existence de TABADO dans l'établissement. Comme pour le chef d'établissement, les professeurs convaincus par les bénéfices que TABADO peut apporter aux élèves sont plus aidants pour la mise en place de TABADO, assurant un meilleur maintien des élèves dans le programme. Il y a donc là aussi un enjeu à présenter les expériences passées de TABADO et les résultats positifs qui en ont découlé. La façon de communiquer n'est pas la plus importante et doit être faite par les canaux utilisés habituellement par l'établissement. La communication est plus difficile dans les gros établissements scolaires : il faut alors une information générale à tous, accompagnée d'une information plus ciblée pour les professeurs impactés et/ou les professeurs principaux. Sans cela, les professeurs sont plus réfractaires, ne comprennent pas pourquoi les élèves manquent les cours, ne voient pas l'intérêt de TABADO et peuvent aller jusqu'à interdire aux élèves de quitter les cours ou faire passer des messages contradictoires avec le programme.

Note de terrain Séance en groupe : « [établissement où les professeurs n'ont pas été informés de la mise en place de TABADO] Les élèves discutent entre eux, et j'entends qu'ils disent « et toi il t'a engueulé ? » ; je m'intègre à la conversation, au final j'apprends que les élèves se font disputer par les professeurs du fait de leurs absences pour TABADO. [...] Un élève m'apprend que le professeur l'a laissé sortir de cours pour venir au programme, mais lui a dit « de toute façon ça sert à rien d'aller là » »

L'information de l'équipe pédagogique permet également de créer des relais parmi les professeurs, c'est-à-dire qu'ils vont pouvoir relayer les informations concernant TABADO auprès de leurs élèves, les inciter à s'inscrire ou les encourager à poursuivre leur démarche d'arrêt. Pour favoriser ce rôle de relai auprès des élèves, il est utile de rassurer le personnel quant à leur légitimité à aborder ces sujets avec les élèves. En effet, une des raisons données pour leur non-implication est qu'ils ne se sentent pas légitimes.

Entretien Professeur : « *Moi je pense qu'il y a un investissement qui est possible (n.d.l.r. de la part des professeurs). Après, je suis pas sûre que les profs soient vraiment les plus à mêmes à faire ce genre de choses, en fait. Puisque je pense que les infirmiers et autres le font très bien. Donc à la limite qu'on soit au courant que ces rendez-vous existent et tout, ces réunions, oui. Mais après, je suis pas sûre qu'en tant que profs, on puisse faire grand-chose si ce n'est avoir un peu de bon sens, enfin vis-à-vis des élèves [...]. Enfin, on peut en discuter après avec des élèves, mais je suis pas sûre moi d'être très compétente, en fait, d'avoir le discours qu'il faut.* »

Pourtant tout type de soutien est apprécié par les élèves, et est donc bénéfique pour le programme. Ainsi la mobilisation de l'équipe pédagogique est un atout fort pour la réussite du programme. Un des facteurs de mobilisation qui a été souligné lors des entretiens, serait de proposer également un accompagnement aux enseignants qui souhaitent arrêter de fumer (ce qui n'a été fait dans aucun des dix terrains).

c) La mobilisation du personnel de l'établissement

Il est tout d'abord indispensable d'avoir un référent pour tous les aspects organisationnels de mise en œuvre de TABADO : planification des interventions, rappels des rendez-vous aux élèves, réservation des salles.... Tout corps de métier peut endosser ce rôle (surveillants, conseiller principal d'éducation, éducateur, professeur...) mais il faut une personne qui puisse se rendre disponible facilement pour les temps d'intervention. Plus le référent est reconnu par le reste du personnel, mieux TABADO est accepté, et la mise en œuvre facile. La proximité qui existe dans les petits établissements est un facteur renforçant cet effet. Au-delà de la planification des temps d'intervention, il est indispensable que ce référent suive un minimum les élèves inscrits à TABADO et le bon déroulement de l'organisation les jours de présence du tabacologue. Par exemple, il est nécessaire de faire des rappels de leurs rendez-vous aux élèves, ou les prévenir et les faire patienter en cas de retard du tabacologue. Cela permet qu'ils ne ratent pas de rendez-vous et bénéficient de tout le programme.

De plus, il est également nécessaire d'impliquer l'infirmière scolaire. Ce rôle, par rapport au premier référent, est plus paramédical. Il s'agit de travailler de concert avec le tabacologue, et d'être son relai auprès des élèves en son absence : réalisation d'une partie des consultations individuelles (pesée, tension...), remise des substituts nicotiques indiqués par le tabacologue, surveillance de leur tolérance, bilan avec le tabacologue avant et après les rendez-vous des élèves avec échanges de consignes spécifiques... Cependant, il n'y a pas toujours d'infirmière scolaire dans l'établissement, notamment dans les CFA. Quand c'est le cas, le référent organisationnel peut endosser une partie

des missions du rôle paramédical pour faire le lien entre les élèves et le tabacologue, être disponible auprès des élèves entre deux rendez-vous avec le tabacologue, les soutenir dans leur démarche de sevrage, signaler au tabacologue les éventuels événements qui se sont produits depuis sa dernière venue.... Si le référent organisationnel peut endosser au moins une partie du rôle paramédical, l'inverse n'est pas recommandé. En effet, il est délicat que l'infirmière endosse en plus le rôle de référent organisationnel, car elle peut être sollicitée à tout moment pour un problème de santé d'un élève, ce qui sera bien entendu toujours prioritaire sur TABADO. Or s'il n'y a pas de façon certaine un référent à certains moments clés de l'organisation, cela mène à des ratés et à des élèves qui ne bénéficient donc pas de l'intégralité du programme.

Comme pour l'équipe pédagogique, pour que l'infirmière s'investisse dans son rôle dans TABADO, elle a besoin de s'y sentir légitime. Pour cela, elle doit être formée à la tabacologie : il peut s'agir d'une compétence qu'elle possède déjà, ou d'une formation donnée par exemple par le tabacologue du projet. Si l'infirmière est elle-même fumeuse, son sentiment de légitimité peut être moins fort ; ce phénomène s'observe aussi sur d'autres personnels de l'établissement. Il est alors utile de les rassurer sur cet aspect car toute implication dans le projet TABADO est bénéfique pour son bon déroulement, en améliorant la mobilisation dans l'établissement scolaire.

Au-delà de ce binôme organisationnel/paramédical, il est positif d'avoir des relais auprès du reste du personnel, pour aider à l'organisation, à encourager les élèves à s'inscrire ou à poursuivre le programme. La mobilisation au sein d'un établissement scolaire peut prendre du temps à se mettre en place. Une année de préparation à TABADO est conseillée, le temps de communiquer à ce sujet, préparer les équipes, identifier les référents et les relais. Comme précédemment expliqué, cette mobilisation au sein du personnel est favorisée lorsque le chef d'établissement affiche un réel soutien pour TABADO, et lorsque la communication autour de l'intérêt de l'arrêt du tabac et de TABADO aura été suffisante.

d) [Le Mois sans tabac](#)

L'opération « Moi(s) sans tabac » est un événement national annuel en France, dont l'objectif est d'arrêter de fumer pendant 30 jours au mois de novembre (93). A cette occasion de nombreuses actions sont mises en place pour accompagner les fumeurs vers l'arrêt. Lorsque TABADO est mis en place dans des établissements qui ont au préalable participé au Mois sans tabac via la mise en place d'actions spécifiques, cela présente des avantages importants. D'une part, les élèves eux-mêmes auront déjà été préparés à l'idée d'arrêter de fumer, et seront donc plus enclins à s'inscrire à TABADO lorsqu'on leur proposera ce programme, comme nous le verrons dans la section « 3.3.3 Les

configurations ICAMO ». D'autre part, le personnel de l'établissement, y compris le chef d'établissement, sera déjà sensibilisé à la thématique de l'arrêt du tabac et cela facilitera l'acceptation de TABADO. Enfin, le Mois sans tabac est une véritable opportunité de créer une mobilisation active au sein de la communauté éducative, augmentant par la suite les chances que ces personnes continuent de s'impliquer dans TABADO.

La complémentarité de TABADO avec le Mois sans tabac a également été soulignée par les élèves, qui trouvaient que le Mois sans tabac à lui seul n'était pas suffisant pour les motiver à arrêter de fumer.

Entretien Coordinatrice : *« on avait fait le mois sans tabac avec [site I1] et je trouvais qu'il y avait pleins de bonnes conditions qui étaient réunies, sachant qu'il y avait le chef d'établissement qui était partant, l'infirmière motivée, la CPE qui était super engagée. Et surtout à l'issue du mois sans tabac, on s'est rendu compte, la première année quand il y avait pas encore TABADO, ce que nous disait les élèves, c'est « oui on fait le mois sans tabac, mais il nous manque quelque chose pour nous aider et nous accompagner » »*

e) [La satisfaction des acteurs impliqués](#)

Les intervenants sont plus satisfaits de TABADO si on ne leur impose pas un protocole strict à appliquer et qu'ils ressentent alors un certain degré de liberté pour délivrer l'intervention. Cette liberté peut être accordée sur tout ce qui touche au cœur de leur métier, et qui relève de la forme de l'intervention. Par exemple, le choix du format de la réunion d'information doit être laissé à l'animateur, et la durée des consultations individuelles est à déterminer par le tabacologue.

Pour les tabacologues, qui sont des intervenants extérieurs à l'établissement scolaire, la satisfaction passe aussi par le sentiment d'appartenir à une équipe pour un projet commun. La collaboration avec l'infirmière scolaire active ce sentiment. Au contraire, lorsque le tabacologue travaille de manière isolée, il est moins satisfait du programme.

Entretien Tabacologue : *« J'aimerais être dans un lycée un peu plus proactif. Etre dans un lycée où je suis portée par l'équipe. [...] Je trouve qu'il y a pas de dynamique en fait dans le lycée et du coup, c'est un peu comme si ça manquait de sens un peu. [...] Et voilà, en fait moi globalement, je me suis sentie un peu seule. [...] J'ai l'impression que je fais pas partie d'un projet en fait. »*

Le principal facteur d'insatisfaction pour les intervenants est lorsqu'il y a peu d'élèves inscrits. Par rapport aux moyens et au temps engagés, cela leur donne l'impression de beaucoup d'investissement pour de faibles résultats.

3.3.3. Les configurations ICAMO

Dans cette partie, un code couleur a été établi pour faciliter l'identification des différents éléments des configurations ICAMO : **Intervention**, **Contexte**, **Acteurs**, **Mécanismes**, **Outcomes**.

Les configurations sont présentées sous 2 parties correspondant à nos questions de recherche : l'inscription des fumeurs au programme, et le maintien des fumeurs dans le programme.

a) L'inscription au programme

Les figures 10 à 12 représentent les configurations ICAMO pour les inscriptions des fumeurs au programme TABADO. Les liens entre les différents éléments sont détaillés dans le texte.

La théorie initiale prévoyait que les inscriptions des fumeurs se feraient via la réunion d'information (RI). Or, cette dernière ne représente que l'une des portes d'entrée dans le programme, et l'incitation à l'inscription se joue également en amont de la réunion, et hors de la réunion.

Plusieurs **mécanismes (M)** entrent en jeu pour aboutir à **l'inscription des fumeurs à TABADO (O)**. Ceux-ci agissent de façon interdépendante et synergique. Pour augmenter les chances qu'un fumeur s'inscrive, il doit avoir été **préparé à l'idée d'arrêter de fumer (M1)**, en amont de la présentation de TABADO. De plus, il faut faire naître chez lui **une prise de conscience de sa consommation tabagique et de ses conséquences (M2)**, lui apporter des **réponses aux questions qu'il se pose personnellement ou aux situations de vie qu'il rencontre (M3)**, et qu'il ait **confiance envers l'intervenant qui lui présente TABADO (M4)**. Il a besoin de **se sentir écouté sur ses interrogations/ses expériences (M5)**, et **se sentir encouragé dans sa démarche d'essayer d'arrêter de fumer (M6)**. Au contraire il ne doit à aucun moment **se sentir jugé (M7)**. Enfin, il faut qu'il ait **le sentiment que son inscription à TABADO peut lui être utile (M8)** ; ce dernier mécanisme découle particulièrement des mécanismes M1, M2, M3 et M5. Certains autres mécanismes expliquant les inscriptions se sont exprimés plus indépendamment : s'inscrire parce **qu'il n'y a rien à perdre (M9)**, ou s'inscrire par **volonté de faire plaisir à une tierce personne (M10)**.

Pour que ces différents mécanismes puissent se produire, plusieurs **conditions contextuelles (C)** et **leviers interventionnels (I)** doivent être réunis.

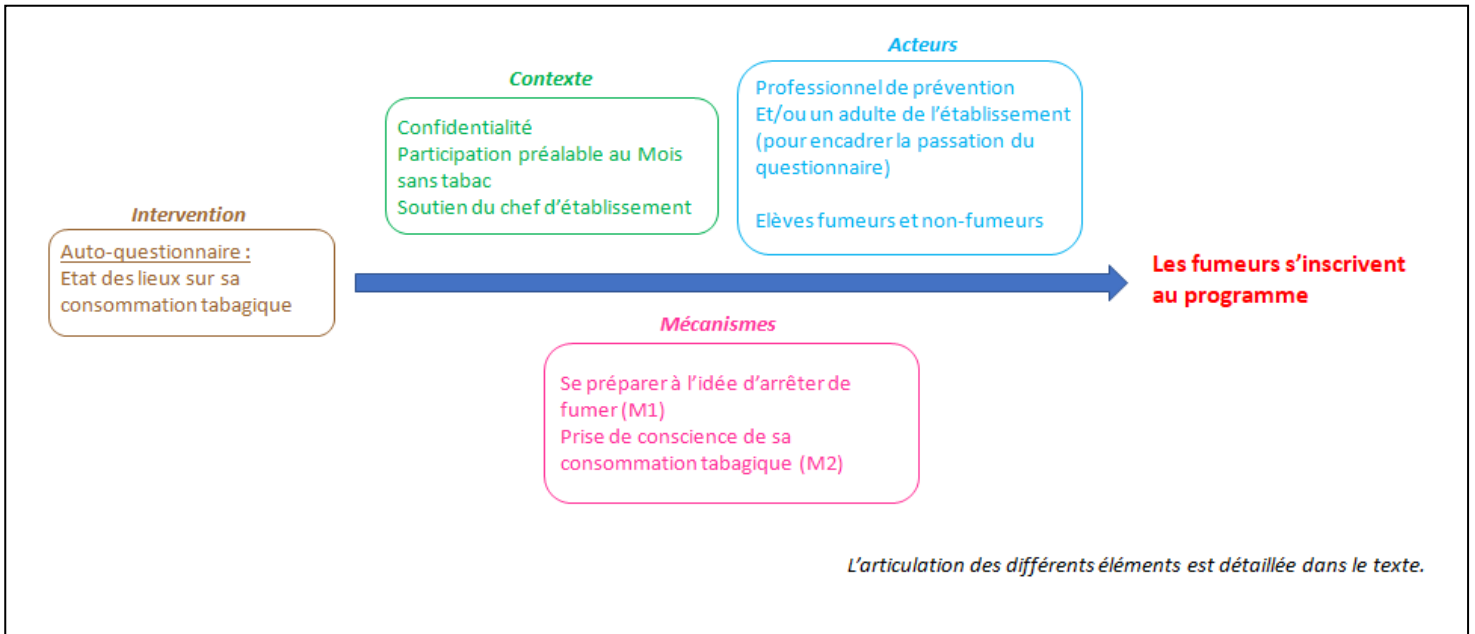


Figure 10. Configurations ICAMO en amont de la réunion d'information

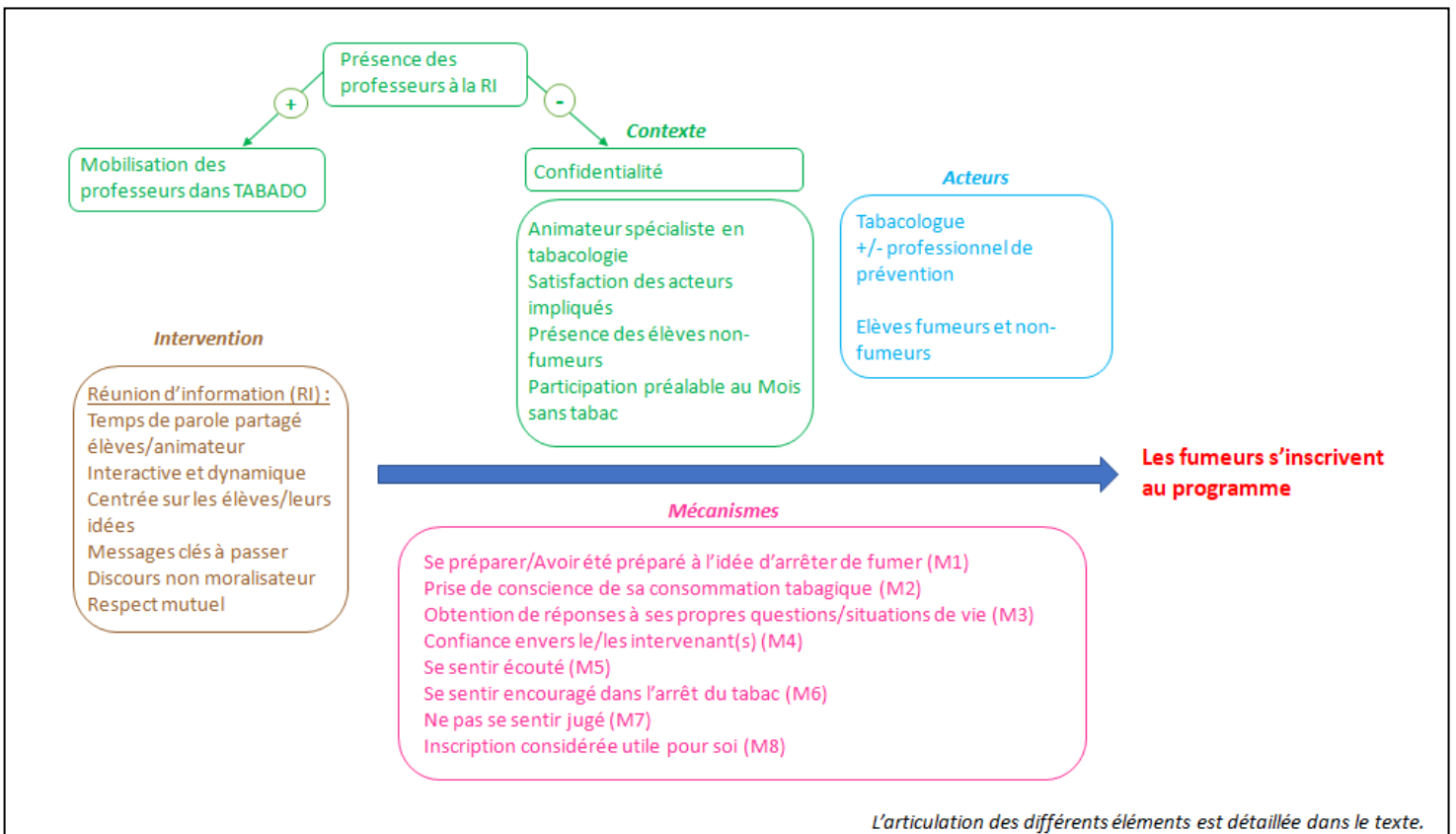


Figure 11. Configurations ICAMO pendant la réunion d'information

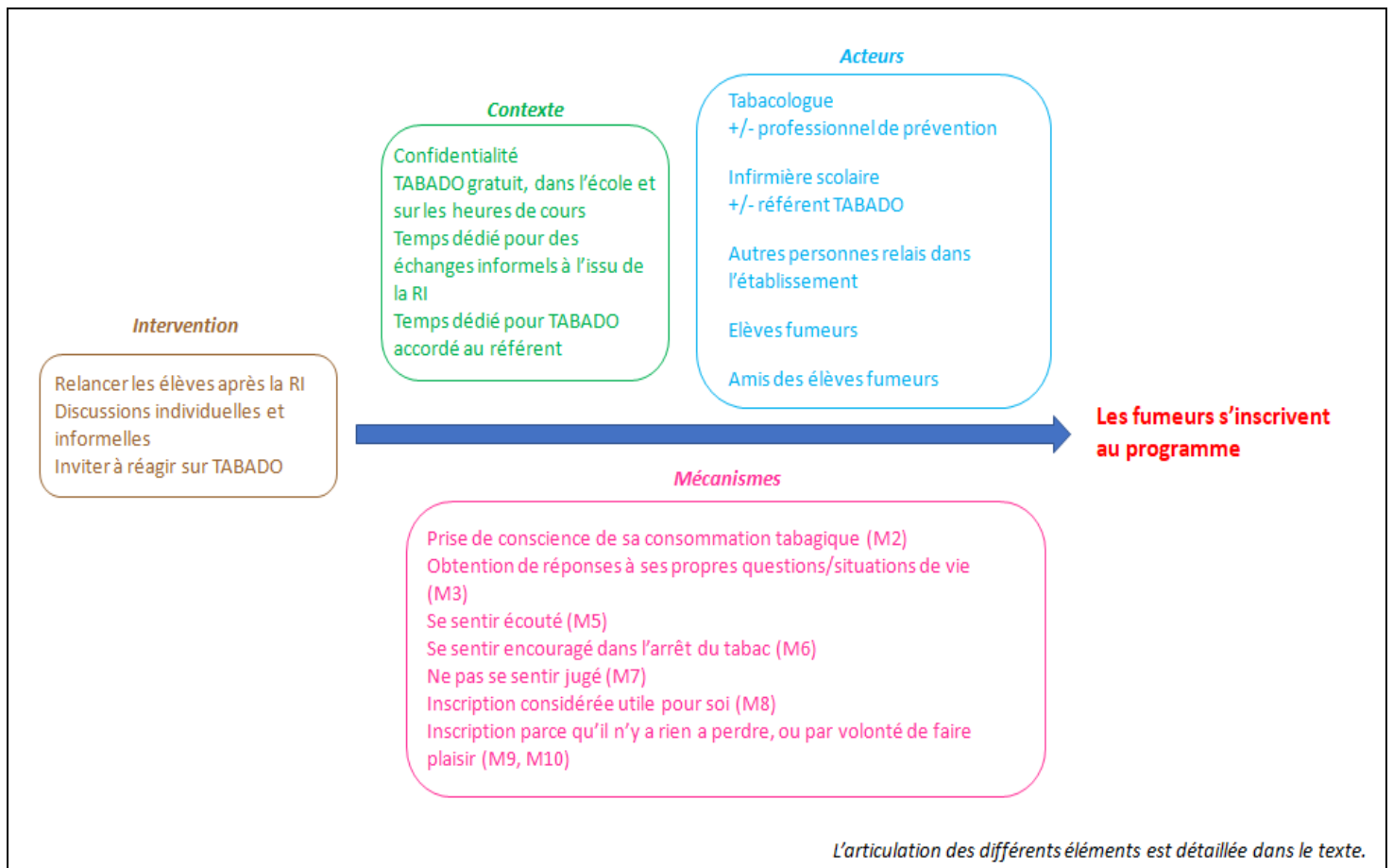


Figure 12. Configurations ICAMO à l'issue et en dehors de la réunion d'information

En amont de la RI

La prise de conscience (M2) peut être favorisée en faisant passer un questionnaire aux élèves (I) quelques semaines avant la date de la RI, qui leur permet de faire un état des lieux de leur consommation tabagique et leur donne des repères chiffrés. Pour que les élèves y répondent honnêtement et s'interrogent réellement sur leurs consommations, la confidentialité des écrits doit être assurée (C) (questionnaire anonyme, conservé par l'élève...). Cela pourra aussi commencer à les préparer à l'idée d'arrêter de fumer (M1). La participation active de l'établissement scolaire au Mois sans tabac (C) avant le démarrage de TABADO est également un contexte qui renforce ces deux mécanismes.

Elève fumeur inscrit : « [Le questionnaire] ça fait vraiment réaliser dans le détail en fait tout ce que tu fais, parce qu'en général quand tu fumes c'est habituel, du coup même si tu penses à arrêter ou des trucs comme ça, ben tu penses pas à tous les détails, etc. Alors que quand tu fais le questionnaire ben tu réalises tout, et t'es en mode...C'est chaud. Enfin moi personnellement c'était ça. »

Pendant la RI

Pour favoriser les inscriptions, il faut que les élèves puissent se sentir écoutés et exprimer leurs avis (M5), et ainsi ressortir de la RI avec les réponses aux questions qu'ils se posent au sujet du tabac voire de co-consommations (M3). Cela permet de donner aux fumeurs le sentiment que leur inscription à TABADO leur sera utile, qu'ils y trouveront un bénéfice personnel (M8). La RI ne doit donc pas avoir un format académique, le temps de parole doit être partagé entre l'animateur et les élèves et entre les élèves eux-mêmes (I), pour être participative/interactive et dynamique (I). Elle doit être centrée sur les élèves, sur leurs questions, leurs idées (I). Attention toutefois, une RI centrée uniquement sur le côté ludique (I), même si elle plait aux élèves, n'est pas suffisante pour faire inscrire les élèves, car elle ne déclenche pas de réflexion chez les élèves, donc pas de prise de conscience (M2).

Entretien Infirmière : « Les élèves, ils prenaient ça comme un jeu quoi. Mais... pas comme une approche pour rentrer dans un projet quoi, trop trop axée sur le jeu. [...] Ah ben ils ont trouvé ça super sympa. « Ouais, on a bien joué » ! Voilà. C'est ça, « on a bien joué ». »

Note de terrain RI : « [un système de quiz électronique est utilisé, les élèves répondent individuellement ou en binôme et les résultats s'affichent pour tous] L'intervenante a donné la consigne que plus on répond vite au quiz, plus on marque de points. Les élèves sont contents de jouer. Ça avance très vite, les questions s'enchaînent, certains élèves n'ont pas le temps de répondre aux questions. La préoccupation principale des élèves semble être de gagner au jeu. »

Des outils d'animation ludiques peuvent être utilisés, par exemple un quiz interactif, mais chaque question/réponse doit être reprise par l'intervenant pour débattre et débriefer. Les messages clés (I) qui interpellent les élèves sont listés dans le guide TABADO 2 ; il s'agit par exemple de la composition des cigarettes, des différents types de dépendance, les effets sur la santé liés à l'aspect physique et à la sexualité.

Pour qu'un dialogue puisse s'établir entre l'animateur de la réunion et les élèves (O), ces derniers doivent se sentir en confiance avec l'intervenant (M4). Pour cela, la confidentialité des échanges doit être assurée (C) (cf. paragraphe La confidentialité). De plus, les élèves ne doivent surtout pas se sentir jugés (M7). L'intervenant (A) doit donc veiller à ne pas avoir un discours moralisateur (I), et veiller au respect mutuel entre tous les élèves (I).

Par ailleurs, la prise de conscience (M2) est favorisée par le statut de spécialiste en tabacologie (C) de l'intervenant lors de la RI. En effet même si les élèves connaissent certains avertissements sanitaires liés au tabac, ils ont tendance à ne pas y croire ou à ne pas les prendre au sérieux (par exemple les photos sur les paquets de cigarettes). En revanche, lorsque les faits sont présentés (I) par un

intervenant (A) spécialiste en tabacologie (C), les élèves ont confiance (M4) et prennent conscience de la véracité des avertissements sanitaires (O).

Entretien élève fumeur inscrit et abandon : « *Franchement les photos sur les paquets, clairement ça sert à rien. [...] Enfin c'est une photo, mais n'importe qui peut mettre une photo de quelqu'un avec un trou [...], il y a plein de gens qui croient pas les photos. Mais après moi je sais qu'il y en a certaines c'est sûr [...] ça nous arrive, mais il y en a d'autres j'ai du mal à y croire. [...] Là j'y crois parce que c'est votre métier, vous vous êtes renseigné, vous savez c'est quoi le tabac. »*

La prise de conscience (M2) peut également être favorisée par la présence des élèves non-fumeurs lors des RI (C), lorsque ces derniers expliquent leur vécu du tabagisme de leurs camarades (par exemple les odeurs désagréables, le temps passé à fumer, l'obsession autour de la procuration de cigarettes...).

Entretien élève fumeur inscrit : « *on pouvait tous participer, même ceux qui fumaient pas ils pouvaient poser des questions, ils pouvaient nous aider à répondre parce qu'eux ils le voient de l'extérieur. Euh quand on parlait de l'odeur, des trucs comme ça, nous on le sent pas parce qu'on est au quotidien dedans, eux ils le sentent l'odeur du tabac froid d'ailleurs qu'on a sur nous. Ils savent si c'est plus ou moins, plus ou moins agréable [...]. Et du coup c'est un point de vue euh plutôt intéressant que nous on ne peut pas se rendre compte forcément. »*

Enfin, les non-fumeurs (A) ne doivent pas être laissés de côté pendant la RI, car ils peuvent être un levier pour reprendre les messages passés et ainsi encourager leurs amis fumeurs à s'inscrire et maintenir leur sevrage (M6).

Entretien élève fumeuse inscrite : « **Intervieweuse** : *Et donc, pourquoi tu t'es inscrite au programme?* **Interviewée** : *Ben mes copines de classe m'ont incité à le faire parce qu'elles m'ont dit que quelque part j'y perdais rien donc euh... Du coup, je me suis inscrite et ça a porté ces fruits. »*

Note de terrain RI : « *Après la diffusion de la vidéo, une non-fumeuse interpelle un camarade « B, ça te dégoûte pas la cigarette avec tout ça ?! ». A la fin, lorsque l'intervenante présente TABADO, des non-fumeurs interpellent un camarade « Alors, t'y vas pas ?? » ».*

Dans les cas où les non-fumeurs ne se sentent pas concernés par la RI (C), ils n'écoutent pas et peuvent être dissipés, ce qui gêne les fumeurs qui veulent écouter (O).

A la fin de la RI

Il ne faut pas s'attendre à ce que les élèves s'inscrivent directement à l'issue de la RI. La RI est souvent dense en informations, en débats, et discussions. Accepter de s'engager dans une démarche de sevrage peut nécessiter un temps de réflexion supplémentaire pour **se préparer à l'idée d'arrêter de fumer (M1)**.

Entretien élève fumeur inscrit : « *Il y a eu des intervenants qui sont venus en classe et sur le coup ben ça ne m'a pas particulièrement intéressé parce que j'avais pas envie d'arrêter, c'était pas le bon moment. Et après en réfléchissant je me suis dit que je pouvais essayer d'arrêter, ou en tout cas de diminuer et du coup ben j'ai demandé à N (n.d.l.r la référente) si elle pouvait me rajouter* »

Relancer les élèves quelque temps après la RI (I) peut alors présenter un intérêt **pour déclencher l'inscription (O)**. Lorsque l'établissement scolaire a participé au **Mois sans tabac (C)** en amont de TABADO, la réflexion d'entamer une démarche de sevrage peut être déjà initiée, et les chances d'inscription à TABADO renforcées.

Entretien élève fumeuse inscrite : « *Mais euh, quand on avait fait le mois sans tabac on nous en avait déjà parlé de TABADO, mais à ce moment-là on n'était pas hyper chaudes, enfin puisqu'on n'était pas vraiment motivées à arrêter complètement en fait. Et après on a eu justement la conférence (n.d.l.r la réunion d'information TABADO), et je sais que moi personnellement ça m'a grave motivée, et du coup je l'ai motivée (n.d.l.r son amie) et on s'est inscrites.* »

Par ailleurs, il est indispensable de garder un **temps libre en fin de RI (C)**, pour présenter TABADO, puis **passer dans les rangs et en discuter en individuel et de façon informelle avec les élèves (I)**, surtout ceux qui ont déclaré qu'ils étaient fumeurs. Il s'agit alors **d'ouvrir les échanges avec une question ouverte les incitant à réagir par rapport au programme TABADO ; par exemple « Que penses-tu du programme qui vient d'être présenté ? » (I)**. Ces discussions individuelles et informelles renforcent à la fois le sentiment de **se sentir personnellement écouté et encouragé (M5, M6)**, et elles accentuent **la prise de conscience (M2)** en incitant les élèves à réagir par rapport aux échanges qui viennent d'avoir lieu. De plus, ces échanges informels sont plus confidentiels que de s'exprimer devant la classe entière, et **la crainte d'être jugé (M7)** est moins forte, permettant par la même occasion d'aborder plus facilement **les questions précises et parfois personnelles que se posent certains élèves (M3)**.

Note de terrain RI : « *[groupe de 27 élèves] Les jeunes filles près de moi semblent fumeuses, elles parlent entre elles de ce que présente l'intervenante et ont une question qui n'a pas été*

abordée. Je les rassure en leur disant que c'est une bonne question et les encourage à la poser. Elles ne le font pas. [...] Un temps libre est dédié avant la sonnerie pour parler du programme. Les jeunes filles qui n'osaient pas prendre la parole en groupe en profitent pour poser leurs questions de façon individuelle à l'intervenante. »

L'activation de ces mécanismes renforce alors le sentiment pour les fumeurs que s'inscrire à TABADO leur sera utile (M8). Ainsi lorsque ce temps informel est pris, des élèves supplémentaires s'inscrivent (O). Il est d'autant plus important que la taille du groupe lors de la RI est grande (C) car l'intervenant ne peut pas entendre tous les commentaires que les élèves se font entre eux. Sans ce temps, les élèves ont tendance à quitter la salle dès que la sonnerie de fin d'heure retentit et ne s'inscrivent pas (O). Il est plus aisé pour l'animateur de la RI d'être aidé d'une autre personne pour engager ces discussions informelles avec les élèves : l'infirmière scolaire (A), ou le référent de l'établissement (A).

Entretien Infirmier : « On a fait comme ça devant les élèves, en leur disant ben voilà, ceux qui sont intéressés venez. Et en fait, il y a eu peu d'engouement. Donc on a relancé en fait, on s'est divisé en deux (n.d.l.r l'animateur de la réunion et l'infirmier scolaire), et il y en a un qui attendait à la sortie et un qui passait dans le rang. Et qui disait, ben t'en as pensé quoi, etc. Et en fait, ça a permis en fait de briser la glace, d'aborder la situation de manière individuelle, on est passé de groupe classe à groupe individuel, enfin en individuel. Et on a réussi à en raccrocher deux, trois comme ça. »

Il est également recommandé que les RI qui se succèdent aient lieu dans la même salle (C) pour que l'animateur reste disponible en fin de RI, plutôt que de devoir ranger son matériel et partir dans une autre salle ; auquel cas les échanges informels ne pourraient pas avoir lieu (O).

En dehors de la RI

Les inscriptions à TABADO se font pour moitié en dehors des élèves qui ont participé aux RI. Elles sont issues des discussions engagées par le référent et/ou l'infirmière scolaire avec les élèves fumeurs (I). Ce recrutement ciblé est facilité lorsque les personnes de l'établissement impliquées dans TABADO (A) connaissent bien les élèves, et savent qui est fumeur (C), et lorsqu'un temps dédié pour TABADO leur est accordé par le chef d'établissement (C) (cf 3.3.2. Analyse des contextes et des organisations).

Entretien élève fumeuse inscrite : « Nous (n.d.l.r l'élève et son amie) c'est la surveillante (n.d.l.r la référente) en fait qui est venue nous chercher, parce que comme elle avait fait le mois sans

tabac, elle savait en fait qu'on avait pour but d'arrêter de fumer. Donc du coup elle nous a tout de suite, enfin elle nous a dit ben inscrivez-vous et tout. »

Comme décrit précédemment, ces discussions individuelles et informelles activent de nombreux mécanismes (M2, M3, M5, M6, M7, M8) favorisant les inscriptions des fumeurs à TABADO (O). L'encouragement à s'inscrire vient parfois des amis (A), et non d'un adulte du lycée. En ce sens, les RI qui permettent de présenter TABADO à des classes entières (I), activent ce soutien que les amis (A) peuvent apporter.

Note de terrain : « Deux élèves n'ayant pas eu la réunion d'information ont fait la démarche de venir voir le référent pour dire qu'ils avaient entendu dire par des amis qu'il y avait un programme sur le tabac. Ces élèves ont expliqué qu'ils souhaitaient arrêter de fumer et donc s'inscrire au programme. »

La RI est donc essentielle à différents niveaux : pour sensibiliser et informer tous les élèves sur le tabac et l'arrêt, créer des relais auprès des pairs pour encourager les fumeurs à s'inscrire, et inciter directement les fumeurs à s'inscrire.

Il a parfois été observé un effet « boule de neige » où quand un fumeur inscrit est satisfait de son premier rendez-vous TABADO (C), il en parle autour de lui amenant d'autres inscriptions (O).

Note de terrain : « [élève 2] a demandé à s'inscrire au programme sur les conseils de [élève 1], qui s'était inscrite la veille. Puis après avoir eu son premier rendez-vous, [élève 2] a demandé si [élève 3] pouvait finalement s'inscrire aussi (cet élève a été vu en réunion d'information dans une classe avec 0 inscrit, même s'ils ont particulièrement participé et sont même restés autour de nous à la fin pour discuter encore). Enfin [élève 4] a souhaité s'inscrire plus tard (lors du suivi 1), sous les conseils de [élève 2]. »

Les motifs d'inscription

Le fait que le programme TABADO soit entièrement gratuit (C), se déroule dans l'école (C), et soit entièrement planifié sur les heures de cours (C) facilite les inscriptions et le maintien dans le programme (O). Si certains élèves fumeurs s'inscrivent à TABADO avec une réelle envie d'essayer d'arrêter de fumer ou de diminuer leur consommation (l'utilité envisagée du programme (M8) étant alors qu'il va les aider dans leur objectif), pour d'autres l'inscription est motivée par d'autres motifs. En effet, il arrive que l'utilité que ressentent certains fumeurs à s'inscrire (M8) soit directement et uniquement liée au fait de pouvoir rater des cours. D'autres fois, les élèves s'inscrivent (O) car ils ont

l'impression qu'ils n'ont rien à perdre (M9), le programme étant gratuit (C), et sur place dans l'école (C).

Entretien élève fumeuse inscrite : « *je me suis inscrite parce que je me suis dit allez on essaie, ça va peut-être m'aider, et on m'a dit qu'on pouvait peut-être [...] essayer des substituts gratuitement et euh, et je me suis dit c'est intéressant parce que les substituts c'est des choses que j'essaierai pas si je devais les payer.* »

Parfois, ils s'inscrivent pour faire plaisir à une tierce personne (M10) (un petit ami/une petite amie, l'infirmière scolaire, un parent...). Si ces motivations non liées à la consommation de tabac n'évoluent pas, les élèves concernés abandonnent le programme rapidement d'eux-mêmes (O). En revanche pour d'autres, une vraie motivation à arrêter de fumer peut se créer de façon inattendue, et ces élèves suivent alors le programme sérieusement (O). Cette motivation est favorisée par le fait de se sentir écoutés (M5), encouragés (M6) par le tabacologue (A) et par les autres fumeurs du groupe (A) (cf. paragraphe b) Le maintien des fumeurs dans le programme). Il est ainsi nécessaire d'accepter toutes les inscriptions au programme (I), sans tenir compte du motif initial qui amène à s'inscrire.

La confidentialité

Une condition indispensable pour que les différents mécanismes liés aux élèves puissent se produire est d'assurer la confidentialité des échanges et des écrits (C). Cette condition est valable dès la RI, pour que les élèves osent se livrer et s'inscrire à TABADO (O), et reste nécessaire tout au long du programme pour maintenir les fumeurs dans le programme (O). Il s'agit par exemple d'assurer aux élèves que les échanges sont couverts par le secret professionnel, que ni les parents, ni les professeurs, ni les employeurs ne seront informés de leurs consommations. Lorsque l'intervenant est un professionnel de santé (C) (infirmière scolaire, médecin tabacologue), les élèves sont rassurés par l'obligation du secret médical. Dans un climat confidentiel, les élèves peuvent alors se confier ce qui permet de leur apporter les réponses aux questions qu'ils se posent personnellement ou aux situations de vie qu'ils rencontrent (M3), déclenchant ensuite une prise de conscience (M2) et un sentiment d'utilité concernant TABADO (M8).

Les RI ayant lieu en classe entière, les professeurs sont parfois conviés ou demandent à rester pendant cette réunion. Les échanges lors de la RI peuvent alors être limités par la présence des professeurs (C), la confidentialité n'étant plus assurée (C), ou les élèves craignant d'être jugés (M7). Pour certains élèves, leur consommation de tabac ou d'autres produits sont des sujets tabous et personnels qu'ils ne veulent pas aborder devant leurs professeurs, ou parfois devant tout adulte de

l'établissement scolaire. Ils n'osent alors pas participer ni poser leurs questions, aboutissant à une **plus faible probabilité qu'ils ne s'inscrivent au programme à l'issue de la RI (O)**.

Entretien élève fumeur non inscrit : « *Enfin, il y a beaucoup d'élèves qui veulent parler, mais qui osent pas parler [...], poser plein de questions par rapport au tabac, aux drogues, tout ça. [...] Parce que souvent, les jeunes veulent pas parler de ça devant les profs parce qu'ils ont peur que les profs en parlent aux parents ou des trucs comme ça.* »

Cet effet a été observé dans les lycées où **le tabagisme était souvent considéré comme tabou (C)**, mais pas dans les CFA où le **tabagisme était vu comme la norme (C)**, et où les élèves en parlaient librement, même devant les professeurs. Dans un climat où **le tabagisme est considéré comme tabou (C)**, les **différents acteurs (référent, infirmière scolaire, professeurs...)** (A) doivent être particulièrement vigilants dans leurs discours pour que **les fumeurs ne se sentent pas jugés (M7)**, ce qui bloquerait tout échange. A noter que les élèves peuvent craindre le jugement aussi bien des adultes du lycée, des autres élèves, ou de leur entourage en dehors du lycée (notamment de leur famille). La crainte du jugement est moins prononcée avec les intervenants extérieurs à l'établissement scolaire (animateur de la RI, tabacologue). Toutefois, la **présence des professeurs à la RI (C)** peut présenter certains avantages, notamment les **sensibiliser à l'arrêt du tabac et à TABADO (O)**, favorisant leur **acceptation du programme TABADO (O)** (les consultations ayant lieu sur les heures de cours), et permettant **d'en faire des relais (O)** pour inciter les fumeurs à s'inscrire et leur apporter leur soutien en cours de sevrage (cf 3.3.2. Analyse des contextes et des organisations).

b) Le maintien des fumeurs dans le programme

Les figures 13 et 14 représentent les configurations ICAMO pour le maintien des fumeurs dans le programme TABADO. Les liens entre les différents éléments sont détaillés dans le texte.

Les mécanismes M3 à M8 présentés pour l'inscription au programme s'appliquent de la même façon pour les consultations individuelles (CI) et les séances en groupes (SGpes), pour **maintenir les fumeurs dans le programme (O)**. C'est-à-dire que tout au long du programme, les jeunes ont besoin **d'être en confiance avec le tabacologue (M4)**, qu'il leur apporte **des réponses/des conseils adaptés à leurs propres questions et situations de vie (M3)**, les **écoute sur leurs expériences (M5)** et les **encourage dans leur démarche d'arrêt (M6)**, **sans qu'ils ne se sentent jugés (M7)**. Enfin, quand ils **ressentent une utilité personnelle à leur participation à TABADO (M8)**, ils ont tendance **à poursuivre le programme jusqu'au bout (O)**. Mais parmi eux, deux mécanismes sont beaucoup plus forts que les autres pour cette phase du programme : il s'agit du **sentiment de se sentir écouté (M5)**, et du

sentiment se sentir encouragé (ou plus précisément « valorisé » pour cette étape du programme) (M6). De plus, ils sont liés à un nouveau mécanisme essentiel lors de cette phase : la confiance en ses chances de réussir à arrêter de fumer (M11). Deux autres mécanismes interviennent dans le maintien des élèves dans le programme : les attentes envers le programme (M12), et la contrariété à manquer régulièrement certains cours (M13).

Les conditions contextuelles liées à l'ensemble des mécanismes déjà connus restent les mêmes pour maintenir les fumeurs dans le programme (confidentialité, gratuité, spécialiste en tabacologie...), à l'exception de la planification des temps d'intervention sur les heures de cours (C) qui présente une spécificité supplémentaire qui sera détaillée dans cette section. Les leviers interventionnels qui s'appliquent pour la RI s'appliquent de la même façon pour les CI et les SGpes (pas de discours moralisateur, parole laissée aux élèves...).

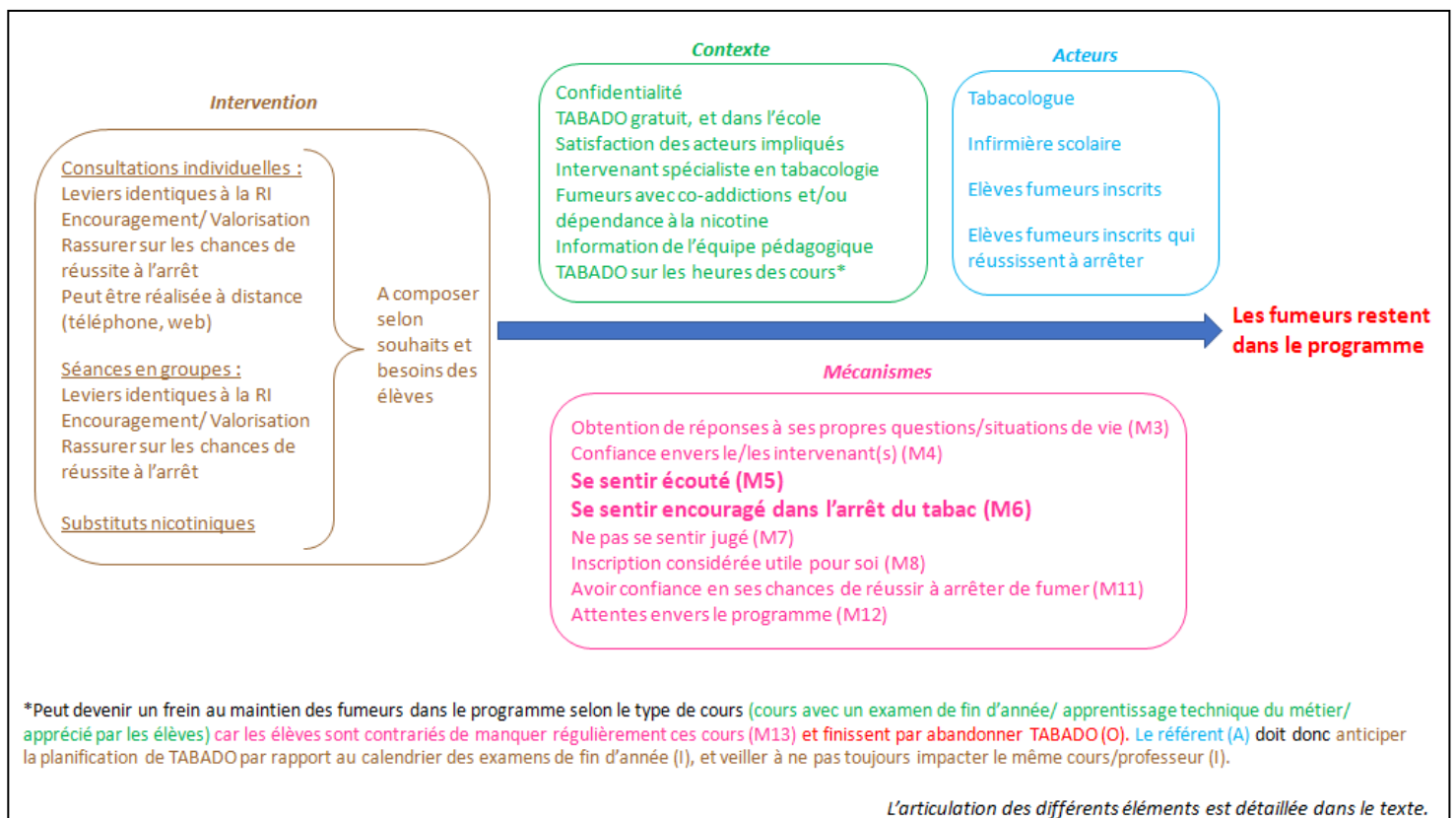


Figure 13. Configurations ICAMO pendant les consultations individuelles et les séances en groupes

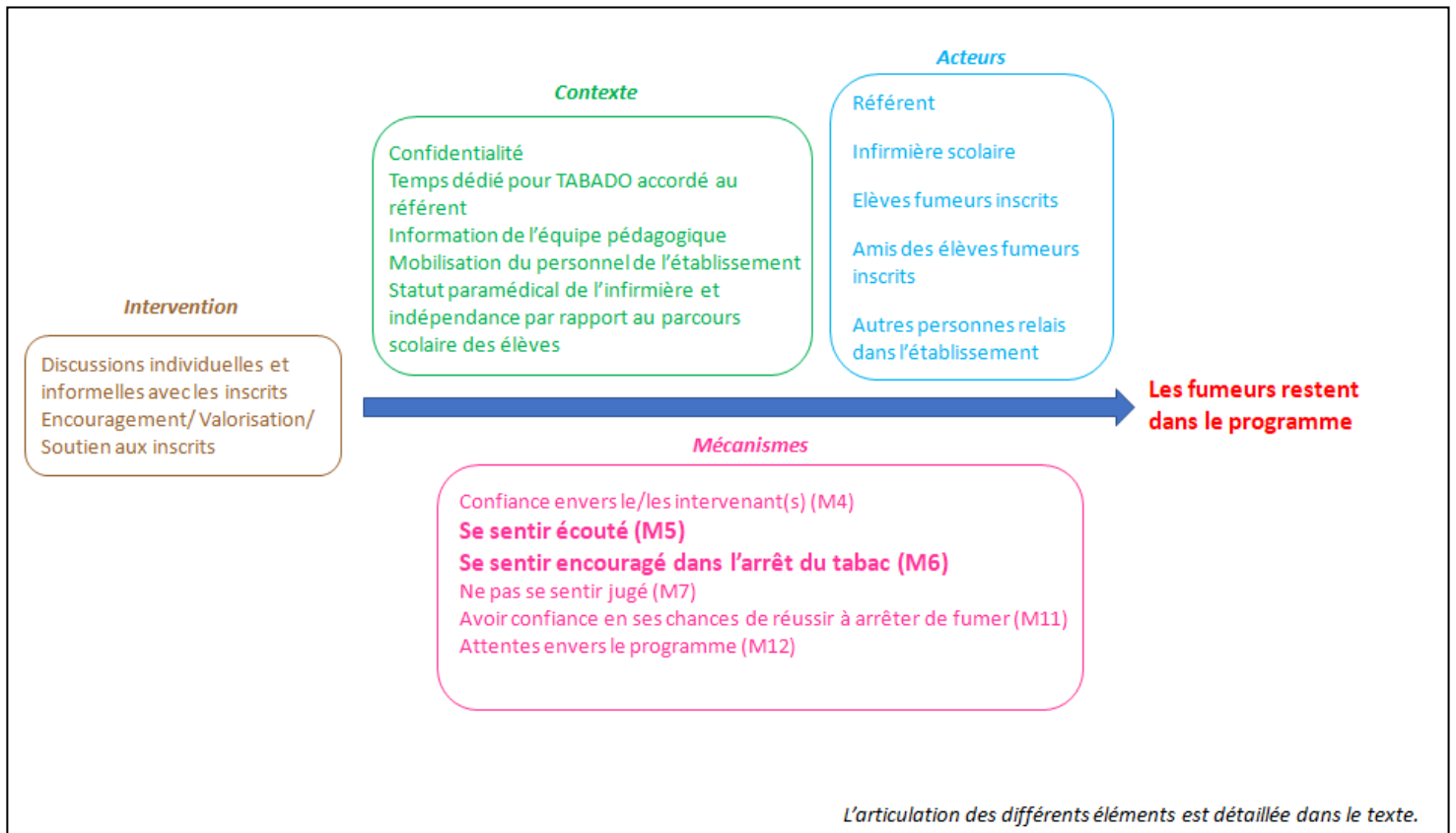


Figure 14. Configurations ICAMO en dehors des consultations individuelles et séances en groupes

Le besoin d'un suivi personnalisé et continu

Les deux principales composantes du suivi (CI et SGpes) n'ont pas tout à fait les mêmes fonctions. La CI a une fonction plus intime, les élèves peuvent se confier au tabacologue sur des éléments plus intimes liés à leur consommation de tabac ou d'autres produits, ou leur contexte de vie, **et avoir des réponses personnalisées (M3)**. Les SGpes quant à elles permettent aux élèves de **partager leurs expériences (M5)** et **se soutenir les uns les autres (M6)**. Ces deux composantes sont donc complémentaires, et il est préférable que les élèves participent aux deux. Mais pour certains élèves, parler en groupe ou au contraire se retrouver seul à une consultation avec un adulte n'est pas envisageable. **Il ne faut pas les forcer à participer aux 2 (I)**, sous peine de les **voir abandonner le programme (O)**.

Entretien élève fumeur inscrit : « en fait j'aime bien les deux, en groupe et personnelle. Parce que personnelle je pense que ben justement, il y a plus un suivi par rapport à nous, par rapport à nos personnalités différentes, nos différentes situations et tout. Et du coup on a plus des conseils qui peuvent nous aider. Mais euh en groupe c'est archibien aussi. Moi j'aime trop parce qu'on peut échanger. »

Par ailleurs, la durée des CI (I) doit être adaptée pour chaque inscrit : en effet certains jeunes peuvent avoir des co-addictions (C), et/ou une dépendance physique à la nicotine (C) nécessitant la mise en place d'un traitement de substitution. Le tabacologue (A) qui prend en charge les élèves doit déterminer la durée des consultations nécessaire pour chaque élève, pour que chacun bénéficie d'une prise en charge correspondant à ses besoins. Cela permet aux élèves d'améliorer leur confiance en leurs chances de réussir à arrêter de fumer (M11), évitant ainsi des abandons du programme et/ou un échec du sevrage (O).

Concernant les délais entre chaque CI ou SGpe, il est recommandé d'avoir un suivi rapproché au début, qui peut être espacé ensuite. Les plannings des élèves, alternant entre présence à l'école ou chez l'employeur (C), ne permettent pas toujours de prévoir les temps d'intervention comme souhaité. Cependant, le plus important est d'assurer un suivi ; s'il ne peut pas être réalisé physiquement à l'école, un entretien à distance peut être proposé (téléphone, webconférence) (I).

Entretien tabacologue : « C'est ce que recommande la HAS, il faut que tout aille assez vite c'est-à-dire qu'il faudrait qu'on puisse voir les élèves à une semaine d'intervalle. [...] Entre les vacances scolaires, les grèves, les exams, enfin... ça ne va pas quoi. Là ça fait trois semaines que j'ai pas vu [nom de l'élève] ben ça va pas. Du coup, je lui ai fait une séance par Skype, qui a été très utile et qui a bien marché et voilà. »

L'infirmière scolaire (A) joue un rôle pivot dans TABADO. Pour le tabacologue, elle représente une collègue formée à la santé, qui connaît les dossiers médicaux des élèves et qui est donc une aide précieuse pour adapter au mieux la prise en charge des fumeurs inscrits à chaque situation personnelle (O) lors du suivi. De plus, elle peut être un relai de proximité pour ces fumeurs entre 2 rendez-vous avec le tabacologue (O) ou même après la fin du programme TABADO (O) (conseils et/ou remise de substituts nicotiques), donnant aux élèves la possibilité de parler de leurs difficultés (M5) et d'être encouragés à poursuivre leur démarche de sevrage dans les moments difficiles (M6), même en l'absence du tabacologue.

Note de terrain SGpe : « L'infirmier scolaire est présent à la séance (menée par le tabacologue), il n'est pas en position d'intervenant officiel mais intervient quand même en complément du tabacologue. [...] A la fin de la séance (c'est la dernière), l'infirmier fait savoir aux élèves qu'il est disponible pour continuer à les accompagner dans leur démarche ».

Pour les élèves, le statut paramédical de l'infirmière (C) et son indépendance par rapport à leur scolarité (C) est un facteur qui favorise la confiance (M4) et donc les échanges sur des sujets liés aux consommations de produits comme le tabac (O). Grâce à ses différents rôles, l'infirmière favorise les inscriptions au programme (O), et le maintien du sevrage (O).

La confiance en ses chances de réussite

La confiance en ses chances de réussir à arrêter de fumer (M11) favorise le maintien des élèves dans le programme et la poursuite du sevrage (O). Ce mécanisme est largement favorisé lorsqu'un élève du groupe de suivi (A) réussit à arrêter de fumer (C), prouvant alors à ses pairs qu'il est possible d'arrêter.

Entretien élève fumeuse inscrite : « *Ben oui, par exemple [nom d'une autre élève inscrit], elle a arrêté de fumer. Ça me surprend et franchement si elle peut le faire, je peux le faire aussi.* »

A contrario, si un élève pense qu'il n'a aucune chance de réussir à arrêter de fumer (M11), cela va bloquer toute tentative de participer au programme (O). Pour ces élèves particulièrement, il s'agira de les aider à prendre confiance en leur chance de réussir à arrêter (I).

La confiance en ses chances de réussir à arrêter de fumer (M11) est également en interaction forte avec le sentiment d'être écouté concernant son tabagisme (M5), et le sentiment d'être encouragé et soutenu par le tabacologue (M6). Même si tout soutien peut favoriser la motivation des élèves, cela s'est particulièrement exprimé lorsque le soutien vient du tabacologue (C). Il est alors particulièrement important pour le tabacologue (A) d'encourager les élèves (I), de valoriser tous les efforts et moindres réussites (I).

Entretien élève fumeuse inscrite : « **Intervieweuse** : Alors qu'est-ce que t'as pensé des consultations individuelles ? **Interviewée** : Ben c'était bien parce qu'elle nous écoutait, et quand je réduisais mes cigarettes elle m'encourageait, du coup ben ça me donnait envie de continuer. »

Il est aussi important de noter que quand les attentes des élèves envers le programme sont trop fortes (M12) (ex : penser qu'en une seule séance ils vont réussir à arrêter de fumer), ils abandonnent rapidement (O) car ils sont déçus que le programme ne réponde pas à ces attentes.

Les priorités de vie

Les mécanismes et les conditions qui favorisent l'entrée et le maintien dans le programme peuvent être contrebalancés par d'autres mécanismes liés aux priorités de vie. En effet, certains élèves ont fait part d'une contrariété à manquer régulièrement certains cours (M13). Il s'agissait de cours pour lesquels il y avait un examen de fin d'année (C), de cours spécifiques à l'apprentissage technique du futur métier (C), ou de cours particulièrement appréciés (C). Ces élèves choisissent alors parfois de

rater leur rendez-vous TABADO plutôt que le cours en question, et **ne bénéficient donc pas de l'intégralité du programme (O)**.

Entretien élève fumeur inscrit : « **Intervieweuse** : Les groupes tu ne les as pas faits ?

Interviewé : Non, c'est parce que c'était pendant mes heures de sport, et pour mon orientation de l'année prochaine et ben j'en avais besoin en fait. »

Dans ce contexte, **la planification des temps d'intervention sur les heures de cours (C)** devient un frein au maintien des élèves dans le programme. Cet effet est renforcé par les **professeurs (A)** qui, surtout **s'ils ne sont pas ou mal informés sur le programme TABADO (C)**, refusent de laisser sortir les élèves de cours, leur objectif étant la réussite scolaire de leurs élèves.

L'effet est surtout présent en fin d'année scolaire, à cause **des examens de fin d'année (C)**. Le **référent (A)** doit donc veiller à **planifier les différents temps d'intervention sur des cours adaptés (sans examens de fin d'année, pas sur des heures de pratique) (I)**, en les variant pour ne pas impacter toujours le même professeur ou le même cours (I). De plus, il doit veiller à **démarrer TABADO suffisamment tôt dans l'année scolaire (I)** pour que le programme n'empiète pas sur les périodes d'examens de fin d'année.

3.4. La théorie affinée

La théorie affinée de TABADO est constituée de l'ensemble des résultats décrits précédemment. Une synthèse de la théorie est décrite en Figure 15. Par rapport à la théorie initiale, des leviers interventionnels ont pu être apportés pour chaque composante de TABADO. L'ensemble de ces leviers est détaillé dans le guide d'implémentation TABADO 2 (79). Les conditions contextuelles nécessaires prévues dans la théorie initiale ont été confirmées (notamment le besoin de confidentialité), et de nouvelles ont émergé. Cependant, une des conditions initiales s'est avérée être parfois un frein au maintien des élèves dans le programme (la planification de TABADO sur des heures de cours). Concernant les acteurs impliqués dans TABADO, ils sont beaucoup plus nombreux et variés par rapport à ce que prévoyait la théorie initiale. En effet, le tabacologue était le seul à apparaître. Or, notre analyse montre qu'il est indispensable d'ouvrir le programme et d'impliquer une multitude d'acteurs pour favoriser les inscriptions et le maintien des adolescents fumeurs dans le programme. Enfin, concernant les mécanismes, de nouveaux mécanismes forts ont émergé de nos analyses, comme la prise de conscience de son tabagisme et ses conséquences, le besoin de se sentir écouté ou la crainte du jugement. D'autres mécanismes étaient déjà identifiés mais ont pu être précisés, comme la perception d'un soutien qui n'est pas spécifique aux pairs mais qui peut être aussi

celui du tabacologue ou d'un autre adulte de l'établissement, ou comme une confiance en ses chances de réussir à arrêter de fumer qui se trouve renforcée si un autre élève du groupe a réussi. En revanche, deux mécanismes initialement prévus n'ont pas émergé dans notre analyse : la diminution de la dépendance psychologique à la cigarette, et le renforcement des aptitudes perçues en termes d'autorégulation du comportement. Ces mécanismes relèvent de la prise en charge individuelle du tabacologue ; les consultations individuelles n'ayant pas été observées, cela peut expliquer que nous n'ayons pas retrouvé ces mécanismes dans notre analyse.

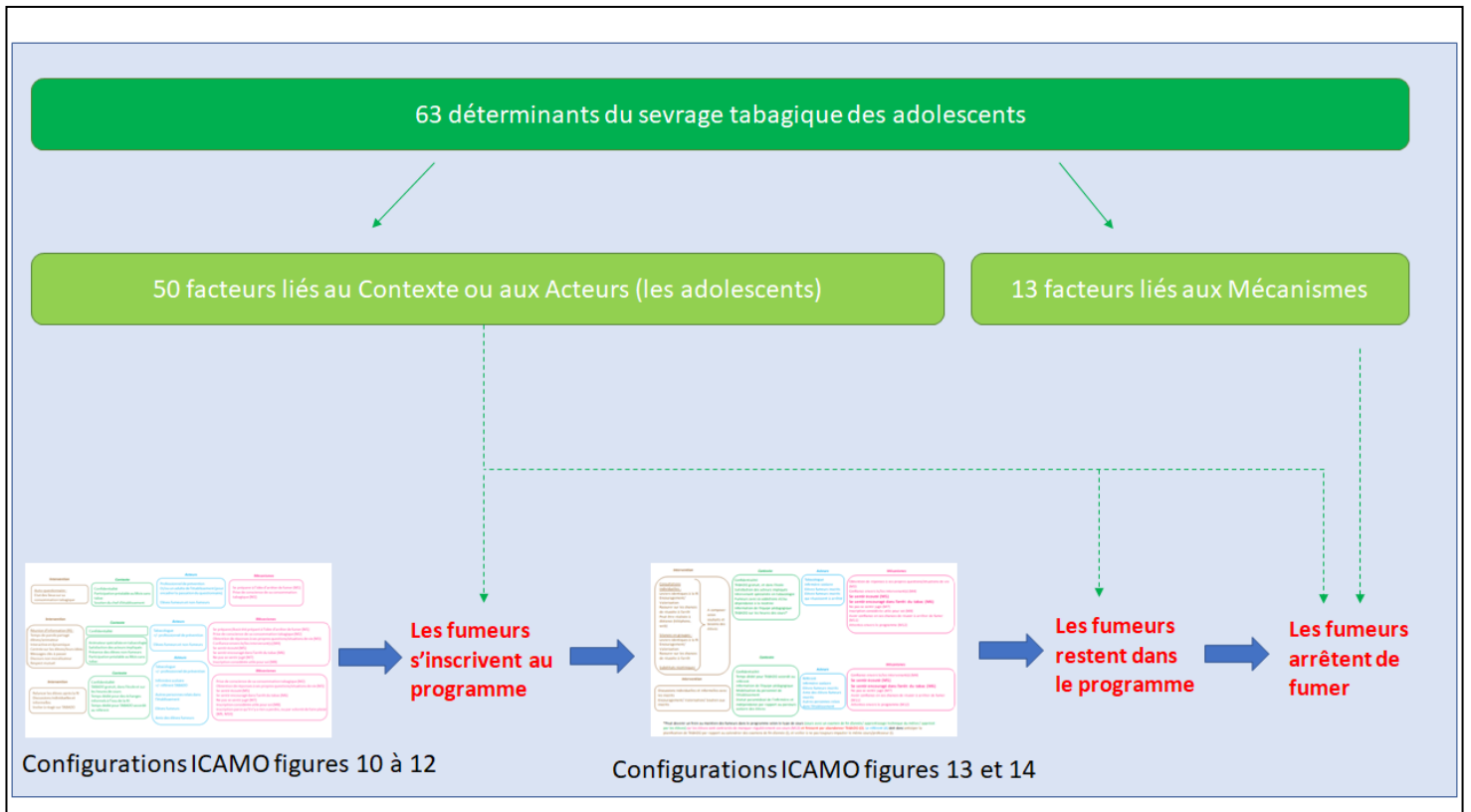


Figure 15. Théorie TABADO affinée

Chapitre 6

De TABADO à TABADO 2 : une nouvelle stratégie et un guide d'accompagnement à sa mise œuvre

Comme décrit précédemment, ce travail de thèse comporte des objectifs scientifiques et pragmatiques. Les deux chapitres précédents ont permis de répondre à nos objectifs scientifiques. Le présent chapitre est orienté vers **l'utilisation pratique de notre démarche scientifique, pour une appropriation par les professionnels et décideurs en santé publique**. Il a fait l'objet d'un article dans une revue internationale multilingue à comité de lecture (article accepté, publication en cours) dans *Global Health Promotion*. Cet article est présenté ci-après.

**TABADO 2 : UNE STRATEGIE D'ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE TABAGIQUE DES
ADOLESCENTS EN MILIEU SCOLAIRE**

Amandine Vallata¹, Marjorie Cadeville², Charlotte Kanski², François Alla¹

1 : Bordeaux Population Health Center, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

2 : Ligue Nationale contre le Cancer, Comité de Paris, Paris, France

Auteur correspondant

Amandine VALLATA

Bordeaux Population Health Center

Université de Bordeaux, Case 11

146 rue Léo Saignat

33076 Bordeaux cedex

Tél. : 33 (0)5 57 57 13 93

amandine.vallata@u-bordeaux.fr

RESUME

La consommation de tabac est une des premières causes de mortalité évitable au niveau mondial. La dépendance au tabac s'observe dès l'adolescence. En complément des actions visant à prévenir l'entrée des jeunes dans le tabagisme, il est donc nécessaire de développer des stratégies spécifiques pour les adolescents déjà fumeurs. Un programme d'accompagnement au sevrage tabagique pour adolescents, TABADO, a montré son efficacité lors d'un essai contrôlé mené dans des Centres de Formation des Apprentis en 2007/2009. En 2018, l'Institut National du Cancer a souhaité généraliser TABADO au niveau national, et l'étendre aux lycées professionnels. Pour accompagner ce processus de mise à l'échelle, il était essentiel d'élaborer la théorie d'intervention et d'analyser la transférabilité de TABADO en conditions de vie réelle et dans de nouveaux contextes, et de proposer les adaptations correspondantes. Une recherche spécifique a été conduite et détaillée par ailleurs. L'objectif de cette publication pragmatique est de présenter la nouvelle stratégie TABADO 2 aux acteurs et décideurs de santé publique, et le guide afférent développé pour les accompagner dans la mise en œuvre.

Une étude de cas multiples (n=10) a été menée à partir de la mise en œuvre de TABADO dans trois régions françaises, qui reposait sur des observations, entretiens et séminaires de retour d'expérience. Elle a mis en évidence l'adaptation de l'intervention aux contextes locaux, ainsi que de nouveaux leviers interventionnels mis en œuvre. De plus, les investigations ont montré que pour instaurer un climat favorable à la démarche d'arrêt de la consommation de tabac et soutenir son maintien sur la durée, il était nécessaire d'inscrire TABADO dans une stratégie globale de l'établissement scolaire et de son environnement.

Cette démarche a permis de proposer une transformation de l'intervention TABADO en une nouvelle stratégie – TABADO 2 – et de proposer un guide pour accompagner son déploiement national.

Mots clés :

Adolescents et jeunes ; Tabac ; Prévention ; Milieu scolaire ; Mise à l'échelle

1. INTRODUCTION

La consommation de tabac représente un des principaux facteurs de risque de morbi-mortalité à l'échelle mondiale (1). Dans ce cadre, l'adolescence est une période clé : la plupart des fumeurs ont commencé à l'adolescence (2) ; l'âge moyen de la 1^{ère} cigarette en France est de 14,4 ans, et celui du tabagisme quotidien de 15,1 ans (3). Même si la prévalence du tabagisme quotidien à 17 ans a récemment baissé en France, elle reste de 25,1% en 2017 (32,4% en 2014) (3). De plus, la majorité des fumeurs adolescents sont des fumeurs dépendants (4). Il est ainsi nécessaire de développer des stratégies de prise en charge des adolescents fumeurs, en complément des actions de prévention de l'initiation.

Pour répondre à cette problématique, un programme d'aide au sevrage tabagique en milieu scolaire à destination des adolescents, TABADO, a été développé en France et évalué en 2007-2009 (5,6). Dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, ce programme avait été conçu pour la population particulièrement vulnérable des apprentis, dont la prévalence du tabagisme était particulièrement élevée (46.5% en 2007-2009) (7). A noter qu'en 2017, cette prévalence restait en France deux fois plus élevée dans cette population que chez les jeunes scolarisés dans l'enseignement général (respectivement 47,3% et 22%) (3). L'efficacité du programme TABADO a été démontrée dans le cadre d'un essai contrôlé en cluster : les Centres de Formations des Apprentis (CFA) qui bénéficiaient du programme TABADO présentaient un taux de sevrage à un an plus élevé parmi leurs apprentis par rapport aux CFA qui n'en bénéficiaient pas (respectivement 17% et 11,9% ; OR ajusté = 2,1 [1,2 à 3,6] p=0.008) (6). Dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) 2014-2019 (8) et du Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) 2018-2022 (9), l'Institut National du Cancer (INCa) a décidé de conduire une généralisation

nationale de TABADO en 2018-2021, en CFA et lycées professionnels. Dans le cadre de cette généralisation, il était nécessaire d'analyser l'applicabilité et la transférabilité de TABADO à ce nouveau contexte pour éventuellement proposer des changements dans son contenu ou ses modalités de mise en œuvre, et ceci pour plusieurs raisons :

- il avait été développé dans le contexte particulier des CFA. Or l'extension concerne aussi les lycées professionnels qui ne comportent pas la même population, ni la même organisation (10) ;
- il a été développé il y a plus de dix ans. Le contexte comme les modes de consommations ont changé sur cette période, ce qui peut avoir une influence sur les résultats, par exemple : interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs, interdiction de vente aux mineurs, etc. ;
- TABADO a été mis en œuvre dans un contexte de recherche. Sa transposabilité en contexte de routine n'était pas garantie.

Ainsi, une recherche a été conduite en 2018/2019 ayant pour objectif d'élaborer la théorie d'intervention de TABADO. Plus spécifiquement, il s'agissait d'identifier les facteurs et mécanismes favorisant/freinant l'inscription et le maintien des élèves fumeurs dans le programme (Vallata A, Alla F. *How can a school-based smoking cessation program for adolescents be successful? Realist evaluation of the TABADO program*, article en cours), et ceux favorisant/freinant l'arrêt de la consommation de tabac chez l'adolescent (Vallata A, O'Loughlin J, Cengelli S, Alla F. *Predictors of Cigarettes Smoking Cessation in Adolescents: A Systematic Review*, article publié (11)). Les résultats de cette recherche ont permis de proposer une transformation de l'intervention TABADO en une nouvelle stratégie – TABADO 2.

L'objectif du présent article est de présenter l'aboutissement pratique de cette recherche, c'est-à-dire la stratégie TABADO 2, aux acteurs et décideurs de santé publique, afin de favoriser sa mise en application. Il s'agit spécifiquement de présenter la démarche suivie et le guide développé qui vise à accompagner les acteurs et décideurs dans le déploiement de la nouvelle stratégie TABADO 2 et dans son adaptation aux conditions locales.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Intervention

Le programme TABADO repose sur l'association d'une prise en charge personnalisée et individuelle du sevrage par un tabacologue, et de groupes de discussion pour renforcer la motivation à l'arrêt et le soutien entre pairs. Il est composé d'une réunion d'information par classe sur la consommation de tabac à destination des fumeurs et des non-fumeurs, puis d'un programme renforcé pour les fumeurs volontaires : consultations individuelles avec un tabacologue avec remise de substituts nicotiniques si besoin, et séances en groupe avec le tabacologue et les fumeurs volontaires (6). Les techniques utilisées s'inspirent des thérapies cognitivo-comportementales.

Les acteurs impliqués sont le tabacologue (réunions d'information, consultations individuelles, séances en groupe), le coordinateur de la structure porteuse (accompagnement méthodologique, réunions d'information, évaluation), le référent au sein de l'établissement scolaire (organisation dans l'établissement) et tout personnel volontaire dans l'établissement.

2.2. Schéma de la démarche

La méthodologie de la recherche ayant servi de support à la création du guide est présentée de façon détaillée dans un autre article (*Vallata A, Alla F. How can a school-based smoking cessation program for adolescents be successful? Realist evaluation of the TABADO program, en cours*).

Brièvement, nous avons mené une évaluation réaliste débutant par une analyse documentaire pour construire la théorie initiale de l'intervention, suivie d'une étude de cas multiples pour élaborer la théorie affinée (objectif de la recherche) (12,13).

Cette étude de cas multiples a comporté 2 étapes : une étude de cas exploratoire (3 cas), et une étude de cas explicative (7 cas) ; un cas correspondant à un établissement scolaire. L'objectif de l'étude de cas exploratoire était de découvrir comment se déroulait la mise en œuvre du programme TABADO en pratique, d'identifier les principaux éléments influençant son fonctionnement, et de construire des outils d'investigation adaptés en vue de l'étude de cas explicative (grilles d'observation et guides d'entretien). L'objectif de cette dernière était de tester et d'enrichir les hypothèses préliminaires issues de l'étape précédente, en étudiant TABADO dans de nouveaux contextes de mise en œuvre.

2.3. Description des cas

Nous avons inclus tous les établissements scolaires implantant le programme TABADO entre septembre 2016 et juin 2018. Au total, à notre connaissance, TABADO a été implanté dans 10 établissements de 3 régions de France dans des contextes différents : en Grand-Est dans un contexte de recherche (3 CFA) -population de l'étude exploratoire (14), en Nouvelle-Aquitaine dans des conditions de routine (2 CFA), et en Ile-de-France dans des conditions de

routine également mais dans des lycées professionnels (5 lycées) – populations de l'étude explicative.

2.4. Investigations

L'étude de cas reposait sur des investigations qualitatives (15,16) :

- des observations des réunions d'information sur la consommation de tabac (n=39) et des séances en groupes (n=12),
- des entretiens semi-directifs avec les coordinateurs régionaux et départementaux (n=4), les référents au sein des établissements scolaires (n=3), les tabacologues (n=2), les professeurs (n=4),
- des entretiens semi-directifs avec les élèves (n=33, dont certains réalisés dans le cadre d'un autre projet de recherche (17) mais exploités secondairement pour le présent travail),
- des séminaires de retour d'expérience (n=3) réunissant les acteurs des différents établissements scolaires, les tabacologues, les conférenciers, les coordinateurs régionaux et départementaux, et les chercheurs,
- un carnet de bord du déploiement général de l'intervention.

Le tableau 1 détaille les investigations menées dans chaque établissement.

Tableau 1 : type d'investigation par cas

	Etude de cas exploratoire			Etude de cas explicative						
Contexte de mise en œuvre	Recherche			Vie réelle						
Type d'établissement	CFA			Lycées professionnels						
Région d'investigation	Grand-Est			Nouvelle-Aquitaine		Ile-de-France				
Identification du cas	G1	G2	G3	N1	N2	I1	I2	I3	I4	I5
Carnet de bord	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Observation des réunions d'information	9	8	1	-	6	5	-	-	5	5
Observation des séances en groupes	4	3	NA*	-	-	1	-	1	0	3
Entretiens avec les bénéficiaires										
Volontaires	10	9	NA*	-	-	5	3	-	-	1
Non-volontaires	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Abandons	-	-	NA*	-	-	-	1	-	2	-
Entretiens avec les acteurs impliqués :										
Référénts établissement	Informels	Informels	-	-	-	1	-	1	1	-
Tabacologues	Informels	Informels	NA*	-	-	1	-	-	-	1
Coordinateur	NA* (commun aux 3 cas)			1	1	2 (communs aux 5 cas)				
Professeurs	Informels	Informels	-	-	-	-	1	3	-	-
Séminaires inter-sites (retour d'expérience et validation des hypothèses)	x	x	-	-	-	x	x	x	x	x

*NA = non applicable car pas d'inscrits ou car 1 personne avec le rôle coordinateur/chercheur

2.5. Analyse

Une analyse de contenu de l'ensemble de ces données a été réalisée spécifiquement pour ce travail (18). Elle reposait sur une démarche itérative continue entre le recueil, l'analyse et l'interprétation des données, afin d'aller toujours plus en profondeur dans la compréhension de l'intervention en restant fidèle aux données du terrain. Elle cherchait 1) à identifier les leviers et les freins influençant a) la mise en œuvre du programme, b) l'adhésion, l'implication et la satisfaction des élèves par rapport au programme, celle de l'équipe pédagogique, et des intervenants ; et 2) à décrire les adaptations nécessaires pour prendre en compte les spécificités des organisations et contextes locaux.

Avec l'ensemble de ces éléments, une première version du guide a été élaborée par AV sous la direction de FA et a bénéficié de la relecture de MC et CK. Cette version a été présentée lors d'une formation organisée par l'INCa dans le cadre du déploiement national (19). Cette formation regroupait les porteurs de projets sélectionnés par l'INCa ; certains avaient déjà mis en place TABADO, tandis que d'autres ne l'avaient encore pas mis en place. L'ensemble de ces avis et échanges regroupant acteurs, expérimentés et novices, et chercheurs, ont permis à AV d'affiner la première version du guide. Une dernière relecture a de nouveau été effectuée par les autres co-auteurs et a conduit à la version finale du guide ici présentée.

2.6. Ethique et réglementation

TABADO a été mis en œuvre dans un contexte de recherche en Grand-Est, ayant pour cela obtenu l'autorisation du CPP Est III (n°ID-RCB 2016-A00317-44 en date du 06/04/2016), et dans un contexte de routine dans les deux autres régions rentrant dans le cadre des autorisations d'interventions des structures concernées. Dans tous les cas, les élèves et les

parents des mineurs étaient informés par écrit et avaient la possibilité de s'opposer par oral pour les élèves, par écrit pour les parents à la collecte de données individuelles.

La présente investigation est basée sur une exploitation secondaire des données recueillies dans le cadre de ces mises en œuvre du programme, complétées par un recueil *ad hoc* de données qualitatives (entretiens et observations). Les logiciels utilisés étaient N'Vivo et RQDA. Les données recueillies ont été anonymisées et sont protégées selon les procédures usuelles des structures porteuses (mot de passe, sauvegardes, etc). Ce travail n'appartient pas au champ des recherches impliquant la personne humaine. Au vu des pièces qu'il avait à sa disposition, le Groupe Publication du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux a émis un avis favorable à la publication de ce travail de recherche (Avis CE-GP-2020/30).

3. RESULTATS

Les résultats de la recherche (déterminants du sevrage tabagique, théorie d'intervention initiale et affinée) sont présentés dans les articles dédiés (*Vallata A, Alla F. How can a school-based smoking cessation program for adolescents be successful? Realist evaluation of the TABADO program, en cours ; Vallata A, O'Loughlin J, Cengelli S, Alla F. Predictors of Cigarettes Smoking Cessation in Adolescents: A Sytematic Review, publié (11)*). Les résultats présentés ici portent sur l'utilisation des résultats de la recherche. Ce travail a permis d'aboutir à la création de TABADO 2. Le changement de nom est justifié par le changement de perspective : d'une intervention isolée à une stratégie globale d'établissement. Cette stratégie contient les principales composantes de TABADO (une réunion d'information, des consultations individuelles avec remise de substituts nicotiniques si besoin, et des séances

en groupes) auxquelles s'ajoutent : 1) une adaptabilité de forme, 2) de nouveaux leviers interventionnels, 3) une stratégie globale qui s'organise à plusieurs niveaux.

3.1. Une adaptabilité de forme pour prendre en compte la diversité des contextes

La démarche menée a permis d'observer que des adaptations au protocole initial ont été effectuées par les acteurs. Les entretiens et les séminaires avec les parties prenantes ont permis de justifier ces adaptations et de proposer d'autres pistes pour faciliter le déploiement de TABADO 2.

L'ensemble de ces éléments est présenté dans le guide. Il s'agit de proposer une intervention moins « clés en main » et dont la forme s'adapte à la diversité des contextes, des contraintes et des opportunités, pour laisser plus de libertés aux acteurs de terrain tout en conservant les fonctions clés de TABADO. Par exemple, le choix du format de la réunion d'information est laissé à l'animateur selon ses compétences et préférences d'intervention : utiliser le diaporama fourni, ou toute autre technique d'animation qui lui semble pertinente (brainstorming, débat sur une vidéo, vrai/faux et débat à partir d'idées reçues, etc.), du moment que les messages clés sont passés. Les messages clés ont quant à eux été identifiés lors de l'analyse et sont listés dans le guide. Autre exemple, d'autres professionnels qu'un tabacologue médecin (ce qui était imposé par le protocole initial) peuvent être mobilisés, tels que des tabacologues infirmiers et psychologues, ce qui permet d'augmenter les ressources humaines potentielles.

3.2. L'intégration de nouveaux leviers interventionnels

Les investigations ont permis de mettre en évidence de nouveaux leviers mobilisés par les acteurs, permettant de renforcer les effets du programme.

Ces éléments ont été discutés en séminaires avec toutes les parties prenantes et ont été intégrés à la nouvelle stratégie proposée dans le guide.

En particulier, l'implication d'une infirmière scolaire s'est avéré être un facteur de réussite du programme dans les lycées. Elle n'avait pas de rôle défini dans TABADO initial, car les CFA expérimentaux de 2007-2009 ne disposaient pas de telles professionnelles. Son statut paramédical fait d'elle un adulte particulier au sein de l'établissement scolaire pour les adolescents qui voient en elle un soignant qui n'est pas impliqué dans leur parcours scolaire, et avec qui les échanges sont automatiquement couverts par le secret professionnel. Elle s'est avérée avoir plusieurs rôles participant à la réussite du programme, en particulier favoriser les inscriptions des adolescents fumeurs au programme en engageant une discussion avec eux, et assurer une continuité dans le soutien au sevrage pour ceux qui en ressentaient le besoin entre deux consultations avec le tabacologue.

3.3. Une stratégie globale

Les investigations ont montré que pour instaurer un climat favorable à la démarche d'arrêt de la consommation de tabac et soutenir son maintien sur la durée, il est nécessaire d'inscrire TABADO dans une stratégie globale.

C'est-à-dire qu'il faut intégrer TABADO dans une stratégie d'établissement plutôt que le considérer comme une intervention indépendante. Cela passe par le respect de la réglementation au sein de l'établissement (interdiction de fumer dans l'enceinte de l'établissement), la mobilisation d'une équipe projet au sein de l'établissement, l'inscription du programme dans le projet d'établissement, et l'information de l'ensemble du personnel de l'implantation de TABADO dans l'établissement. Cela permet en particulier de renforcer la motivation des personnes impliquées, et de prévenir les comportements d'opposition au

programme de la part des professeurs. De plus, la continuité de la prise en charge des élèves fumeurs se voit ainsi améliorée par la collaboration du personnel de l'établissement.

Cette stratégie doit également intégrer l'environnement de l'établissement : il s'agit en particulier de nouer des partenariats externes pour construire un véritable parcours de soin, permettant de prolonger la période de suivi des élèves si nécessaire, ainsi que le cas échéant organiser la prise en charge de co-consommations le nécessitant (notamment le cannabis).

Nous avons enfin observé un effet potentialisateur du dispositif national Moi(s) sans tabac (20). En effet, l'insertion dans ce dispositif a permis de sensibiliser l'ensemble de la communauté, constituant un contexte favorable pour l'implantation de TABADO. Il est ainsi désormais recommandé de faire de cette sensibilisation un préalable à l'implantation de TABADO.

Pour finir, nous recommandons de mettre en œuvre TABADO dans le cadre d'une stratégie pluriannuelle, ce qui est vu comme un facteur d'adhésion de l'ensemble de la communauté.

3.4. Le guide TABADO 2

Le guide pratique décrivant cette nouvelle stratégie a pour vocation d'accompagner les acteurs dans l'implantation de TABADO 2 dans un établissement scolaire, dans sa mise en œuvre et son évaluation. Il s'agit d'un outil d'aide à la décision au niveau local, la mise en œuvre devant être adaptée aux spécificités du contexte d'implantation.

Ce guide est construit autour de 11 chapitres. Il est disponible gratuitement dans sa version intégrale dans le registre des interventions probantes de Santé Publique France via le lien suivant :

http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_registre/REG00000005

4. DISCUSSION

La démarche réalisée a permis de faire évoluer une intervention développée pour une population spécifique dans le contexte contraint d'une recherche (l'intervention TABADO) à une stratégie développée pour une utilisation en routine et ayant pour ambition la mise à l'échelle à travers la diversité des populations et des contextes (TABADO 2). Les recommandations émises invitent à réfléchir de manière plus générale sur l'adaptabilité des interventions, la façon de les appréhender et de les transférer de la recherche à la pratique courante.

4.1. L'adaptabilité comme enjeu de l'engagement des acteurs

Bien que TABADO ait été prouvé efficace en suivant un protocole de recherche rigoureux, son implantation dans des conditions de vie réelle à travers la diversité des contextes d'intervention nécessite de réfléchir à la balance fidélité de l'intervention et adaptabilité de la mise en œuvre. Cette balance fidélité/adaptabilité est un enjeu majeur des interventions complexes en santé (21). La fidélité permet, dans le cadre de la démarche probante, de garantir un potentiel d'efficacité. L'adaptabilité facilite d'une part l'adhésion des professionnels, et est aussi un facteur d'efficacité en vie réelle, en particulier quand le résultat est le fruit de l'interaction entre des leviers interventionnels et des facteurs contextuels (22,23). Ce « design adaptatif » semble nécessaire pour conserver l'efficacité des interventions dans des environnements variés (24). De plus, le fait que les acteurs locaux n'adhèrent pas et ne soient pas engagés dans l'intervention est une des raisons expliquant les échecs de mise à l'échelle des interventions complexes (25). Le dilemme est alors de savoir que peut-on adapter, ou que faut-il conserver de façon fidèle à l'intervention initiale pour ne pas en dénaturer son efficacité. Pour cela, il est nécessaire de distinguer les

fonctions clés, déterminantes pour l'efficacité, de la forme, qui est la façon de délivrer une intervention et qui doit être adaptée au contexte (26,27). Cette adaptation relève en particulier des acteurs locaux. Notre démarche repose ainsi sur les principes de la démarche probante en santé publique, qui associe la preuve scientifique à l'expertise des professionnels et aux préférences de la population dans un contexte donné (28).

C'est dans cette perspective qu'a été construit le guide en indiquant les fonctions clés à conserver, tout en laissant la liberté aux acteurs d'adapter la forme de l'intervention à leurs possibilités. D'autres travaux sont en cours pour formaliser ce processus d'adaptation des interventions complexes aux contextes locaux (29,30).

4.2. D'une intervention à un système interventionnel

Nous avons montré qu'inscrire TABADO dans une stratégie globale était un facteur de sa réussite. Lors de la mise en œuvre de TABADO, comme pour toute intervention complexe, un ensemble de leviers interventionnels et contextuels entre en jeu, dont l'interaction produit le résultat, au sein d'un système. Cela souligne que l'intervention ne peut être distinguée de son contexte. Par exemple, l'infirmière scolaire est-elle une composante de l'intervention TABADO ou relève-t-elle du contexte de mise en œuvre ? De même, l'application stricte de l'interdiction de fumer dans l'établissement est-elle une composante ou un élément du contexte ? La notion de « système interventionnel » plutôt que d'intervention permet d'abolir cette frontière entre intervention et contexte, souvent poreuse. Le système interventionnel se définit comme un ensemble d'agents contextuels humains et non humains interdépendants, délimité par des frontières spatiales et temporelles. Ils génèrent ainsi des mécanismes qui sont des préalables pour un changement en santé (22).

4.3. Une indispensable étape de traduction de la recherche à la pratique courante

L'utilisation de données probantes issues de la recherche est un enjeu pour les acteurs de terrain comme pour les décideurs en santé (31). Cependant, le transfert d'une intervention créée pour la recherche vers une intervention pouvant être déployée dans des conditions de routine nécessite une étape de « traduction » pour la rendre applicable, pertinente et efficiente dans la vie réelle (32,33). Cette étape doit impliquer les acteurs et bénéficiaires de l'intervention, et les chercheurs (34,35). Si l'on veut favoriser la mise à l'échelle des interventions, il s'agit donc de construire un processus, comprenant le développement d'une intervention viable dans des conditions de routine (36), précise dans ses fonctions clés et adaptable dans sa forme (26). Cette mise à l'échelle se doit d'être accompagnée d'outils spécifiques (guide, site, etc.), à l'exemple de ce que Santé publique France avait développé pour Icaps (37), ou les universités de Bristol et Cardiff et Evidence to Impact pour ASSIST (38). C'est dans cette perspective que nous avons élaboré le guide TABADO 2.

Une alternative à cette démarche séquentielle et qui nous semble préférable, serait de co-construire dès le départ une intervention entre acteurs de terrain et chercheurs, et d'étudier sa viabilité en situation de vie réelle lors d'une étape pilote (39).

4.4. Forces et limites

La limite principale de l'étude de cas est qu'elle a été menée sur 10 cas, nous ne pouvons pas prétendre à l'exhaustivité des facteurs d'influence. De plus, même si notre démarche a permis de mettre en évidence des barrières entrant en jeu au niveau macro (c'est-à-dire le système de santé national (40)), elle ne permet pas d'y remédier, car ces barrières ne relèvent pas des établissements. En effet, des questions d'ordre juridique liées à la prescription et la délivrance des substituts nicotiniques ont été régulièrement soulevées. De

même, le manque de disponibilité des tabacologues et leur inégale présence sur le territoire ont empêché d'implanter le programme TABADO dans des établissements éloignés d'une grande ville, accentuant les inégalités d'accès aux soins et à la prévention. Enfin, nous n'avons pas évalué les effets de la stratégie proposée en termes de sevrage. Cependant, la généralisation nationale 2018-2021 portée par l'INCa est en cours. Son évaluation permettra d'évaluer les effets de TABADO en contexte et d'en analyser les modérateurs au niveau macro, et donc de répondre à ces questions (19,41).

Par ailleurs, un des intérêts de la démarche itérative et cyclique de l'évaluation réaliste que nous avons employée (12) a été de pouvoir fournir le guide TABADO 2, sans attendre la fin du processus complet de la recherche, pour répondre à un besoin immédiat des décideurs concernant la généralisation nationale de TABADO.

5. CONCLUSION

Ce travail nous a permis de proposer une nouvelle stratégie, TABADO 2. Il s'agit d'une intervention globale qui invite à la création d'un environnement scolaire favorisant l'arrêt de la consommation de tabac. Il est nécessaire de l'articuler avec un programme national déjà existant, le Moi(s) sans tabac, pour un effet synergique. En ressort une approche plus en phase avec les réalités du terrain, prenant en compte et mobilisant son environnement. Nous invitons ainsi chercheurs et acteurs de terrains à s'allier pour mener des interventions de prévention scientifiquement validées, en utilisant des démarches partenariales, afin d'étendre et améliorer les interventions de santé publique.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les financeurs (Conseil Régional de Lorraine, Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, Institut National du Cancer) et l'ensemble des personnes impliquées dans la mise en œuvre de TABADO dans les 3 régions et dans le processus de création du guide : professionnels de la prévention et de la recherche, professionnels des établissements scolaires, tabacologues, et élèves.

REFERENCES

1. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 13 mai 2017;389(10082):1885-906.
2. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Printed with corrections, January 2014.
3. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. OFDT - Tendances n°123 [Internet]. févr 2018; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>
4. Christophi CA, Pampaka D, Pasi M, Ioannou S, DiFranza JR. Levels of physical dependence on tobacco among adolescent smokers in Cyprus. *Addict Behav*. sept 2016;60:148-53.
5. Minary L, Martini H, Wirth N, Thouvenot F, Acouetey DS, Martinet Y, et al. TABADO: « evaluation of a smoking cessation program among adolescents in vocational training centers »: study protocol. *BMC Public Health*. 2009;9(1471-2458 (Electronic)):411.
6. Minary L, Cambon L, Martini H, Wirth N, Acouetey DS, Thouvenot F, et al. Efficacy of a smoking cessation program in a population of adolescent smokers in vocational schools: a public health evaluative controlled study. *BMC Public Health*. 2013;13:149.
7. Minary L, Martini H, Wirth N, Thouvenot F, Acouetey S, Maire C, et al. [Tobacco use characteristics among apprentices in Vocational Centers]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. août 2011;59(4):270-6.
8. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [Internet]. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
9. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action et des Comptes publics; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
10. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*. 2 juill 2012;12:497.
11. Vallata A, O'Loughlin J, Cengelli S, Alla F. Predictors of Cigarette Smoking Cessation in Adolescents: A Systematic Review. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 12 nov 2020;
12. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluation*. London: Sage; 1997.

13. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*. 4th éd. Vol. 5. SAGE; 2009. 219 p.
14. Minary L, Kivits J, Vallata A, Tarquinio C, Alla F. Understanding social factor in the context of health promotion interventions: the contribution of social network analysis. In: 22ème conférence mondiale de promotion de la santé de l'IUPES « Promouvoir la santé et l'équité ». Curitiba, Brésil; 2016.
15. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin. Paris; 2016. 330 p. (Collection U).
16. Vallata A, Cadeville M, Trompette J, Kanski C, Kivits J, Alla F. From research to generalization: scale-up process of a public health intervention in France. *Eur J Public Health* [Internet]. 21 nov 2018;28(suppl_4). Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky213.199>
17. Kivits J, Ricci L, Vallata A, Minary L. Recherche interventionnelle en santé publique : quelle place pour l'interdisciplinarité ? L'exemple de RESIST, un programme de sevrage tabagique en milieu scolaire. In Paris, France; 2017.
18. Andreani J-C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. *Congrès des Tendances du Marketing*. 2005.
19. Déploiement de l'intervention TABADO pour l'accompagnement à l'arrêt du tabac chez les jeunes en lycées professionnels et centres de formation des apprentis - Appels à projets - résultats professionnels [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets/Appels-a-projets-resultats/TABADO2018>
20. #MoisSansTabac [Internet]. [cité 1 janv 2019]. Disponible sur: <http://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>
21. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 29 sept 2008;337:a1655.
22. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health* [Internet]. 25 mars 2019;19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6434858/>
23. Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol*. juin 2009;43(3-4):267-76.
24. Edwards N, Barker PM. The importance of context in implementation research. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 nov 2014;67 Suppl 2:S157-162.
25. Yamey G. What are the barriers to scaling up health interventions in low and middle income countries? A qualitative study of academic leaders in implementation science. *Glob Health*. 29 mai 2012;8:11.

26. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *BMJ*. 26 juin 2004;328(7455):1561-3.
27. Villeval M, Bidault E, Shoveller J, Alias F, Basson J-C, Frasse C, et al. Enabling the transferability of complex interventions: exploring the combination of an intervention’s key functions and implementation. *Int J Public Health*. déc 2016;61(9):1031-8.
28. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annu Rev Public Health*. 2009;30(1):175-201.
29. Power J, Gilmore B, Vallières F, Toomey E, Mannan H, McAuliffe E. Adapting health interventions for local fit when scaling-up: a realist review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 24 janv 2019;9(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6347947/>
30. Movsisyan A, Arnold L, Evans R, Hallingberg B, Moore G, O’Cathain A, et al. Adapting evidence-informed complex population health interventions for new contexts: a systematic review of guidance. *Implement Sci*. 17 déc 2019;14(1):105.
31. Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l’evidence-based health promotion dans le contexte français. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 août 2010;58(4):277-83.
32. Hawe P. Lessons from complex interventions to improve health. *Annu Rev Public Health*. 18 mars 2015;36:307-23.
33. Glasgow RE, Emmons KM. How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annu Rev Public Health*. 2007;28:413-33.
34. Waller G, Finch T, Giles EL, Newbury-Birch D. Exploring the factors affecting the implementation of tobacco and substance use interventions within a secondary school setting: a systematic review. *Implement Sci IS* [Internet]. 14 nov 2017;12. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5684739/>
35. Alla F, Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique*. 2015;27(3):303-4.
36. Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: A new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann*. 1 août 2010;33(3):205-14.
37. Rostan F, Simon C, Ulmer Z, dir. Promouvoir l’activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps. Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action; 2011 p. 188.
38. ASSIST | Evidence to Impact [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <http://evidencetoimpact.com/assist/>
39. Cambon L, Alla F. Current challenges in population health intervention research. *J Epidemiol Community Health*. 17 juill 2019;

40. Gilson L. Recherche sur les politiques et les systèmes de santé : Manuel de méthodologie [Internet]. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé. 2013. Disponible sur: https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_readerabridgedfrench.pdf?ua=1
41. Déploiement de l'intervention TABADO pour l'accompagnement à l'arrêt du tabac chez les jeunes en lycées professionnels, centres de formation des apprentis et maisons familiales rurales - Appels à projets - résultats professionnels [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets/Appels-a-projets-resultats/TABADO2019>

Chapitre 7

Discussion

1. Le sevrage tabagique des adolescents : comment le favoriser ?

Notre revue systématique de la littérature a permis d'analyser au total 110 facteurs par rapport à leur éventuel lien avec le sevrage tabagique des adolescents. Sur ces 110 facteurs, 63 avaient une influence sur le sevrage tabagique des adolescents. Ces facteurs étaient aussi bien individuels (intensité du tabagisme, représentations du tabagisme...) que collectifs ou environnementaux (tabagisme des amis ou des parents, prix du tabac...). Pour mieux apprécier la façon dont ces facteurs s'articulent les uns avec les autres, nous les avons classés dans un cadre conceptuel : celui de Dahlgren et Whitehead (Figure 16) (37,94). Ce modèle identifie 5 catégories de déterminants pouvant influencer la santé d'un individu, et permet de représenter leur articulation sur un schéma « en arc-en-ciel » comportant 5 strates. Plus on se rapproche du centre, plus les déterminants sont directement liés à l'individu. On trouve ainsi :

- Au centre, les facteurs propres à l'individu : âge, sexe, constitution
- Autour d'eux, une première strate avec les facteurs liés au style de vie, aux comportements
- Autour d'eux, une seconde strate avec les influences sociales (réseaux sociaux et communautaires)
- Viennent ensuite les conditions de vie et de travail (logement, éducation, chômage, services de santé...) dans une troisième strate
- Et enfin, les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales de la société dans la quatrième et dernière strate

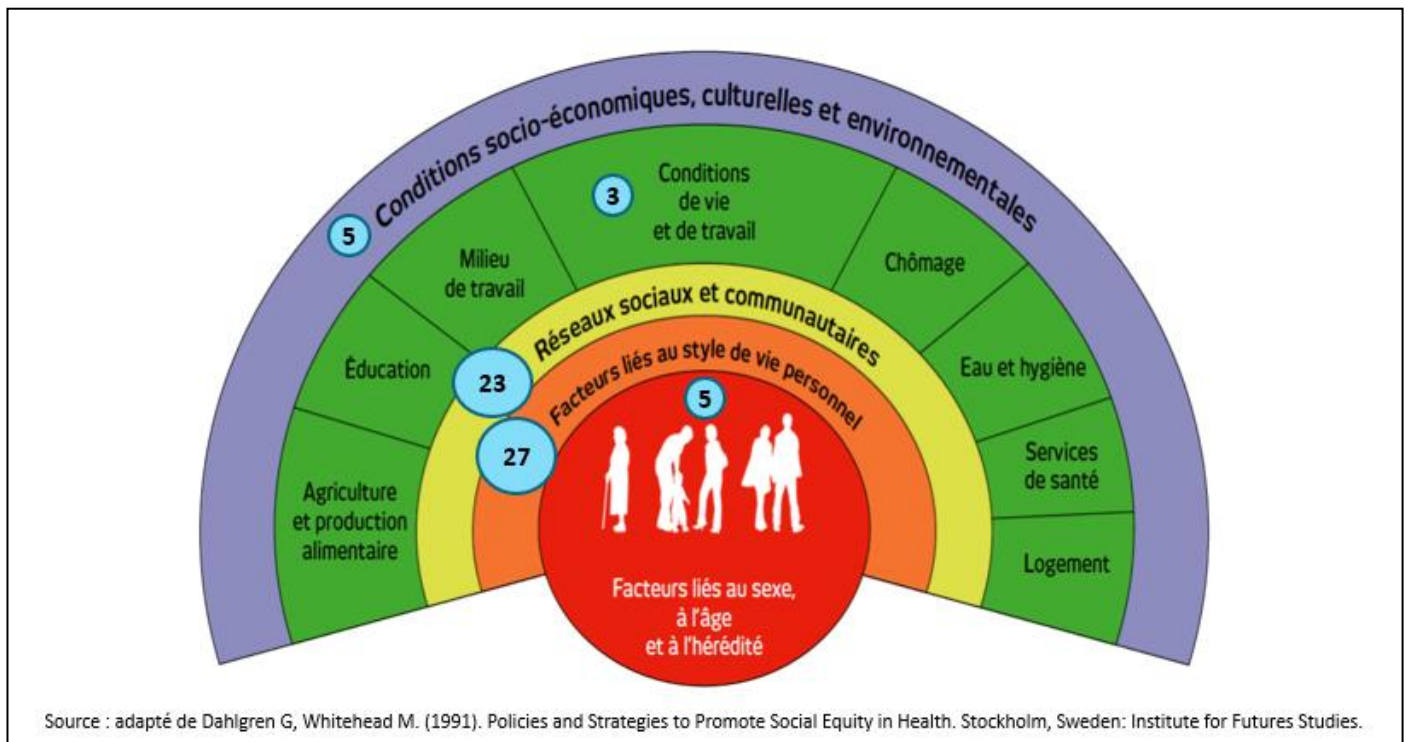


Figure 16. Répartition des 63 déterminants probables et possibles du sevrage tabagique des adolescents, selon le modèle de Dahlgren et Whitehead

Certains de ces facteurs ont été retrouvés dans les mécanismes identifiés dans la théorie d'intervention de TABADO : être favorable à l'arrêt et considérer qu'il est important d'arrêter/envisager l'idée d'arrêter de fumer (M1), avoir des croyances négatives au sujet du tabagisme/prendre conscience de sa consommation tabagique et de ses conséquences (M2), être soutenu dans sa démarche d'arrêt/se sentir encouragé dans sa démarche d'essayer d'arrêter de fumer (M6), avoir confiance en ses chances de réussir à arrêter de fumer/avoir confiance en ses chances de réussir à arrêter de fumer (M11).

Ces constats permettent d'établir des recommandations générales pour favoriser le sevrage tabagique des adolescents, qui relèvent aussi bien de mesures environnementales et de politiques publiques, de facteurs sociaux (notamment le rôle de l'entourage), ou de facteurs liés à la prise en charge médicale et/ou aux services de santé. Ces axes ne sont pas sans rappeler ceux de la charte d'Ottawa (95).

Si l'on ne peut pas l'empêcher, **il est avant tout nécessaire de retarder au maximum le premier contact des adolescents avec le tabac.** En ce sens, l'interdiction de vente de tabac aux mineurs devrait être renforcée ; la loi l'oblige dans de nombreux pays mais malheureusement elle n'est pas

toujours appliquée. Un exemple avec la France : en 2003, la loi interdisait la vente de tabac aux jeunes de moins de 16 ans, puis en 2009 aux jeunes de moins de 18 ans, avec en sus depuis 2016 l'obligation pour le buraliste de demander une pièce d'identité pour vérifier l'âge de l'acheteur (96). Une enquête reposant sur le système du « client mystère » a été menée en 2019 par le Comité National Contre le Tabagisme (CNCT). Des enfants et adolescents de 12 ou 17 ans se rendaient dans un débit de tabac pour acheter du tabac. Les résultats sont alarmants : moins de 20% des buralistes ont demandé une pièce d'identité, 65% acceptaient de vendre du tabac aux adolescents de 17 ans et 20% aux enfants de 12 ans (97). Un constat confirmé par nos investigations sur le terrain (étude de cas) où les jeunes mineurs nous expliquaient que peu de buralistes refusaient de leur vendre des cigarettes. Or, une interdiction bien appliquée est un levier potentiellement très efficace de réduction du tabagisme chez les jeunes : selon le modèle SimSmoke, une interdiction rigoureusement appliquée (c'est-à-dire avec contrôles 4 fois par an à chaque point de vente, amendes conséquentes et appliquées, communication intense et implication de la communauté) est associée à une réduction de la prévalence du tabac de 30% chez les jeunes de moins de 16 ans, et de 20% chez les jeunes de 16-17ans. A l'inverse, une interdiction mal appliquée (ce qui est le cas de la France) est associée à une réduction de seulement 3% pour les jeunes de moins de 16 ans et 2% pour les 16-17ans (98). Une bonne implémentation de la réglementation peut ainsi avoir un impact considérable.

Dès l'entrée des adolescents dans le tabagisme, **il est nécessaire de limiter au maximum les occasions de fumer pour diminuer la fréquence du tabagisme**. Tous les lieux scolaires ou de loisirs destinés à accueillir un public jeune devraient ainsi interdire le tabac ; la loi l'oblige dans certains cas, mais là encore cela n'est pas toujours appliqué (99). Un constat également confirmé par nos investigations sur le terrain (étude de cas) où les établissements scolaires n'étaient pas toujours en mesure d'empêcher des zones fumeurs dans leurs espaces extérieurs.

Lorsqu'ils essaient d'arrêter de fumer, **l'essentiel est de donner confiance aux jeunes en leur possibilité de réussir à arrêter de fumer et de leur faire constater l'amélioration progressive de leur santé**. En cela, l'accompagnement par un professionnel est un levier majeur. Par ailleurs, généralement ils n'ont pas conscience de leur dépendance à la nicotine et essaient d'arrêter seuls, sans aide, sans substitution nicotinique (11,26). Pourtant, 1 à 3 adolescents sur 5 sont dépendants à la nicotine, et plus de deux tiers ont déjà ressenti les symptômes du manque en réduisant leur consommation (11).

Lors de la prise en charge du sevrage, il est donc utile de **leur faire prendre conscience de leur dépendance à la nicotine et de l'utilité d'un accompagnement par un professionnel de santé et**

d'une substitution nicotinique éventuelle pour les soutenir dans leur sevrage. Même si le tabagisme d'un adolescent est relativement récent comparé à celui d'un adulte, la dépendance à la nicotine ne doit pas être négligée, elle doit être évaluée et une substitution nicotinique appropriée doit être prescrite. Des questionnaires dédiés existent pour évaluer cette dépendance : le Fagerström, ou le Hooked on Nicotine Checklist (HONC) qui lui, a été développé spécifiquement pour les adolescents (100).

Notre travail a permis de confirmer **l'importance de l'entourage du jeune fumeur sur son tabagisme.** Cela était déjà décrit pour l'initiation au tabac (101), mais nous montrons que cela s'applique également pour l'arrêt. La question se pose de savoir si ce déterminant pourrait être transformé en levier interventionnel. Pour prévenir l'initiation au tabac, l'intervention ASSIST s'est révélée efficace (102). Des adolescents étaient formés pour disséminer des messages de prévention auprès de leurs pairs pour les empêcher de commencer à fumer. Un an après, la probabilité qu'un adolescent soit fumeur était moins élevée dans les écoles ayant bénéficié de ce dispositif par rapport aux écoles contrôles (OR = 0.77 ; IC 95% [0.59 – 0.99]) (102). Pour le sevrage, des pistes peuvent être esquissées. Par exemple, si l'adolescent a un entourage fumeur (amis, parents), une sensibilisation de l'entourage pourrait être faite, pour encourager à ne pas fumer devant la personne en sevrage et/ou éviter les incitations à fumer. voire, il pourrait être proposé d'arrêter en groupe, à l'image des défis du Mois sans tabac (93). Cependant, les données disponibles à ce jour ne permettent pas d'évaluer les effets de ce dispositif pour les adolescents, même si les résultats pour les adultes sont encourageants (103). Autre exemple le projet RESIST, en s'appuyant sur le modèle d'ASSIST et sur l'intervention TABADO, visait à former des adolescents pour soutenir l'arrêt du tabac de leurs pairs inscrits dans TABADO (35). A notre connaissance, son efficacité n'a pas encore été évaluée.

En synthèse, il est entendu que lors de l'accompagnement d'un adolescent vers le sevrage tabagique ou lors de la création d'une intervention d'aide au sevrage, les 63 facteurs identifiés dans la revue de littérature et les 13 mécanismes identifiés dans la théorie d'intervention de TABADO ne peuvent pas tous être mobilisés simultanément. Mais, les connaître peut aider à proposer un parcours de sevrage plus adapté, à mobiliser des leviers spécifiques, ou au contraire à lever des barrières pour favoriser le sevrage.

Nous projetons ainsi que les éléments issus de ce travail de thèse pourraient être utilisés :

- par les tabacologues dans leur pratique courante, pour adapter au mieux la prise en charge à chaque profil rencontré et prendre en compte les freins et leviers que nous avons identifiés ;

- par les décideurs en santé publique, pour renforcer la législation anti-tabac et surtout pour s'assurer de son effectivité, pour proposer des actions plus pro-actives envers les adolescents, des actions permettant aux tabacologues « d'aller vers » les adolescents, plutôt que le processus inverse ; nous saluons en ce sens la récente initiative du Ministère des Solidarités et de la Santé, sur le partenariat entre les établissements scolaires (collèges et lycées) et les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) de proximité (104) ;
- par les acteurs ou structures de santé publique, pour développer ou améliorer les actions orientées vers le sevrage tabagique des adolescents ; par exemple, en planifiant leurs interventions à la suite du Mois sans tabac pour profiter de l'impulsion que cette action nationale peut donner.

2. TABADO 2, vers une théorie de moyenne portée ?

Nous avons construit et validé une théorie d'intervention pour favoriser le sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire, en nous basant sur 10 mises en œuvre de TABADO. Même si cela constitue un échantillon important, cela ne représente qu'une infime part des contextes possibles d'implantation en milieu scolaire. La généralisation nationale de TABADO 2 offre en revanche la possibilité d'étudier une telle variabilité des contextes. Or en multipliant les contextes, les configurations ICAMO deviennent de plus en plus génériques, et moins centrées sur des conditions particulières d'implantation, permettant d'élaborer **la théorie de moyenne portée** (67). Connaître la théorie de moyenne portée de TABADO 2 présenterait un intérêt certain, car elle offrirait la possibilité de transférer TABADO 2 dans de nouveaux environnements, notamment hors milieu scolaire. Or, étant donné les inégalités de la prévalence du tabagisme entre les lycéens, les apprentis, et les jeunes sortis du système scolaire (respectivement 22%, 47% et 57%) (9), nous pensons que TABADO 2 devrait s'étendre au-delà des lycées ou des CFA. Par exemple dans des structures comme les Ecoles de la deuxième chance (E2C), les établissements pour l'insertion dans l'emploi (EPIDE), les Missions Locales, les foyers pour jeunes travailleurs, les clubs sportifs ou de loisirs... **La théorie de moyenne portée permettrait d'assurer la transférabilité de TABADO 2 dans ces nouveaux milieux.**

3. D'une intervention isolée à un système interventionnel

L'étude de cas que nous avons menée sur l'intervention TABADO a permis d'en faire évoluer son concept. D'une intervention ponctuelle initiale, nous avons proposé une stratégie globale

d'établissement tenant compte des contraintes de la vie réelle et des attentes des acteurs de terrain. L'intervention TABADO a ainsi évolué en *stratégie* TABADO 2. Cette évolution est une mise en application concrète de l'évolution de la pensée scientifique autour des interventions complexes, invitant à réfléchir en termes de « systèmes » plus qu'en termes « d'interventions ».

Hawe et al. (41), Cambon et al. (43), et Morin (105), défendent l'approche systémique lorsqu'il s'agit d'aborder la complexité des interventions voire du monde qui nous entoure.

Hawe et al. mettent en avant qu'**une intervention est un évènement dans un système** (41). Un système complexe est caractérisé par le fait qu'il s'adapte à son environnement, qu'il ne se comporte pas de manière linéaire et qu'il est lui-même composé de sous-systèmes, à l'exemple d'une école (42). Les activités mises en place dans le cadre de l'intervention vont créer de nouveaux liens entre les acteurs du système et ainsi le modifier en retour. Cela fait écho à notre travail, où TABADO a été mis en place dans différents CFA et lycées, de différentes régions de France. Chacun de ces milieux, ou systèmes, étaient régis par une multitude de facteurs qui leur étaient propres : de nombreux acteurs avec des attitudes et des raisonnements tout aussi variés, des contraintes organisationnelles et financières, des partenariats préexistants, un historique en termes d'intervention dans le champ de la santé. En fin d'année scolaire, nous avons pu noter des évolutions dans ces systèmes, au-delà des arrêts du tabac des adolescents. Par exemple, un des infirmiers scolaires a décidé de suivre un diplôme universitaire de tabacologie pour être à même de prendre en charge le sevrage tabagique des élèves de son lycée. Par ailleurs, des référents ont constaté que la participation à TABADO de certains élèves décrocheurs a permis de renouer le dialogue avec eux, et qu'ils se sont mis à revenir en classe.

Pour Cambon et al., **une intervention est un système en soi, argumentant que les limites entre ce qui relève de l'intervention ou de son environnement peuvent être floues**. Les deux se confondent, et forment alors un **système interventionnel**, défini comme « *un ensemble d'agents contextuels humains et non humains interdépendants, délimité par des frontières spatiales et temporelles, générant des mécanismes qui sont des préalables pour un changement en santé* »⁶ (43). Nous avons rencontré le même questionnement sur TABADO. Si certaines composantes peuvent purement être attribuées à l'intervention, par exemple la réunion d'information, qu'en est-il de l'infirmière scolaire qui fait initialement partie de l'établissement mais qui endosse un rôle majeur dans TABADO ? Qu'en

⁶ Citation originale : "A set of interrelated human and non-human contextual agents within spatial and temporal boundaries generating mechanistic configurations – mechanisms – which are prerequisites for change in health."

est-il du Mois sans tabac qui est une action nationale indépendante mais qui est pourtant partie intégrante de TABADO en préparant les élèves à l'idée d'arrêter de fumer et en mobilisant l'équipe pédagogique sur cette thématique ? A notre sens, les configurations ICAMO de l'évaluation réaliste sont un bon outil pour identifier ce qui compose le système interventionnel, car elles obligent le chercheur à se questionner à la fois sur les leviers interventionnels, les facteurs contextuels influents et les stratégies de mise en œuvre.

La vision de la complexité de Morin s'adapte également tout à fait aux interventions complexes comme TABADO, en mettant en avant que le tout est plus que la somme des parties (ou des composantes) prises indépendamment l'une de l'autre (105). **Toute intervention complexe ne doit donc pas simplement être définie par ses composantes, mais nécessite d'être appréhendée plus globalement sur la façon dont les composantes doivent être mises en œuvre, en tenant compte des interactions de ces composantes avec le contexte (ou système) dans lequel elles sont implantées.** Schématiquement, la « somme des parties » pourrait représenter le modèle logique de TABADO, c'est-à-dire les ressources et les activités envisagées pour aboutir à un résultat souhaité (58). Modèle logique duquel nous sommes partis dans ce présent travail après une analyse documentaire des différents articles en lien avec TABADO (32,33,84). Modèle logique qui est insuffisant en regard des questions de transférabilité et de mise à l'échelle nationale telles que présentées en introduction de travail de thèse. Manquait alors « le tout » pour comprendre le fonctionnement de TABADO dans sa globalité et ses principes clés ; ce « tout » étant alors la théorie de l'intervention que nous avons élaborée lors de notre évaluation réaliste. Un exemple pour illustrer l'enrichissement entre le modèle logique et la théorie d'intervention TABADO : le modèle logique de TABADO avançait que la participation des élèves fumeurs à une réunion d'information sur le tabac les ferait s'inscrire au programme d'aide au sevrage ; la théorie d'intervention TABADO précise que ce n'est pas le fait d'avoir participé à cette réunion qui fait que les fumeurs s'inscrivent ou pas, mais le fait qu'ils aient été en amont préparés à l'idée d'arrêter de fumer, qu'ils aient obtenu des réponses personnalisées à leurs questions leur permettant de réaliser par eux-mêmes les conséquences (sanitaires, physiques, économiques, et à court ou long termes) de leur tabagisme. Cela explique que les inscrits à TABADO sont pour moitié des élèves qui n'ont pas assisté à la réunion, mais qui ont été invités à s'inscrire par le référent de l'établissement de manière informelle, et/ou qui y ont été incités par « effet groupe ».

4. Un duo revisité : fonctions clés et forme

Le fort lien de TABADO avec le système dans lequel il est mis en œuvre, et l'indissociabilité des composantes et des stratégies pour les mettre œuvre font que l'on ne peut pas proposer un protocole entièrement standardisé. Mais jusqu'où peut-on aller dans les adaptations, sans dénaturer l'efficacité de l'intervention TABADO telle qu'évaluée initialement ?

Un autre élément de complexité, souligné dans la définition du MRC, est la nécessaire adaptabilité des interventions au contexte « *Complex interventions may work best if tailored to local circumstances rather than being completely standardised* » (39). Cela soulève la question des « fonctions clés » et de la « forme ». Selon Hawe et al. (106), une partie de l'intervention doit être standardisée : il s'agit des éléments responsables des effets de l'intervention, des processus qui vont apporter le changement ou le résultat attendu, appelés « **fonctions clés** ». Une autre partie de l'intervention doit être adaptée à chaque contexte de mise en œuvre : il s'agit de la « **forme** » de l'intervention. Par exemple, une fonction clé pourrait être « former les médecins généralistes à une compétence particulière » et cela pourrait prendre la forme d'ateliers, ou bien de kits d'information (106). La théorie de l'intervention est alors l'outil qui permet d'identifier les fonctions clés et ainsi d'assurer le maintien de l'essence de l'intervention à travers la diversité des contextes.

Nous invitons ici les chercheurs à être prudents concernant l'utilisation et la ségrégation de ces deux concepts, fonction clé et forme. Les concepts tels que présentés par Hawe et al. sont relativement subjectifs et laissent place à l'interprétation des chercheurs.

4.1. Les fonctions clés d'une intervention : un nouveau regard

Comme nous l'avons initialement pensé, un raccourci pourrait être fait entre « fonction clé » et « mécanisme » au sens réaliste, puisqu'un mécanisme est ce qui permet d'expliquer le changement. Cependant, il ne le produit pas à lui seul. En regard des principes de l'évaluation réaliste et de l'application que nous en avons menée, c'est bien un **ensemble d'éléments** qui produit un effet : un levier interventionnel (I) + des conditions spécifiques (C) + un acteur (A) déclenchent un mécanisme (M), ce qui donne un effet (O). Ces interactions sont le cœur du système interventionnel, dont on ne peut dissocier les parties (43,105). En considérant que seul le mécanisme est la fonction clé, on décompose le système et on risque alors de perdre ce qui en fait un système, ce qui en fait une intervention complexe. Ainsi, **la fonction clé n'est peut-être pas simplement le mécanisme, mais bien la configuration ICAMO toute entière**. Par exemple dans TABADO : une des fonctions clés pour favoriser le maintien des fumeurs dans le programme est-elle juste de les faire se sentir écoutés, ou,

se sentir écoutés par un spécialiste en tabacologie dans un climat confidentiel ? A notre sens, la deuxième option prévaut. Cette idée de définition de la fonction clé comme une configuration ICAMO est à notre connaissance nouvelle, et mériterait d'être davantage explorée via des recherches conceptuelles et méthodologiques, à l'image des nombreux travaux menés pour définir ce qu'est une intervention complexe.

4.2. La forme d'une intervention : une histoire de focus

Par ailleurs, nous avons constaté dans la littérature que la forme était explicitée par certains auteurs comme « les activités concrètes à mettre en œuvre », « l'implémentation », « la mise en œuvre des fonctions clés », « par exemple, le nombre d'ateliers » (107,108). Or comme nous l'avons discuté, les leviers interventionnels doivent être vus au prisme de tout ce qui les entoure, et notamment des stratégies pour les mettre en œuvre. En ce sens, la mise en œuvre ne devrait pas être réduite à la seule « forme » de l'intervention, car elle peut être partie intégrante d'une fonction clé. Nous réaffirmons ici qu'il y a bien une partie de l'intervention qui doit absolument être adaptée en fonction du contexte de mise en œuvre, des ressources disponibles ou du type de population visé par l'action. Il s'agit alors de déterminer **où placer le focus pour savoir ce qui constitue la forme**. Un exemple issu de notre travail permet d'illustrer nos propos. Avec un focus large, la réunion d'information initiale de TABADO pourrait être vue comme la forme, d'une fonction clé qui serait de faire prendre conscience aux jeunes des conséquences de leur tabagisme. On pourrait alors choisir de varier cette forme (ici, la réunion initiale), et proposer à la place la distribution d'un document d'information sur le même sujet. Cela serait dommageable pour le programme, car la réunion d'information déclenche aussi d'autres mécanismes que nous avons identifiés dans la théorie d'intervention, même si elle est une activité ou une façon de mettre en œuvre une stratégie, et qu'elle pourrait donc répondre à la définition de « forme » suggérée par certains auteurs (107,108). Le focus pris ici pour déterminer ce qui relève de la forme est ainsi trop large. Avec un focus plus resserré, c'est la façon de mener cette réunion d'information que l'on pourrait considérer comme la forme, et que l'on va faire varier selon les contextes : la présentation d'un diaporama, la diffusion d'une vidéo, un brainstorming... Nous l'avons testé, et la forme de cette réunion n'avait finalement que peu d'importance sur les résultats. Ainsi nous invitons à être prudent sur l'utilisation du concept de « forme » et de ne pas y inclure tout ce qui pourrait relever de la mise en œuvre. Ici encore, d'autres recherches seraient nécessaires pour comprendre comment placer le focus de ce qui pourrait définir la forme de l'intervention, sans perdre des mécanismes essentiels. Le terme « forme » prête à confusion, un nouveau terme devrait peut-être être proposé, comme

« adaptations, parts adaptables, variantes », avec une définition plus précise. Le MRC entre autres est en train de travailler sur ces questions essentielles pour la communauté scientifique et professionnelle (109). Il s'agit en particulier de mieux définir le concept d'adaptation et ses enjeux, et de développer des méthodes pour opérationnaliser la fidélité des fonctions de l'intervention – *functional fidelity* – plutôt que la fidélité de ses composantes – *core components*.

Ainsi une intervention ne doit pas être vue comme un dispositif figé, clé en main, que l'on pourrait transposer d'un contexte à l'autre. Il s'agit plutôt **d'un ensemble de fonctions clés, relevant autant des mécanismes que du contexte voire des stratégies de mise œuvre, avec une part à adapter pour correspondre à la réalité du terrain de mise en œuvre**. Une définition plus fine des concepts de fonctions clés et forme devrait permettre une meilleure transférabilité et généralisation des programmes probants tels que TABADO.

5. L'évaluation réaliste : un terrain de rencontre acteur/décideur/chercheur

5.1. Une réponse de recherche en temps réel

Certains auteurs déplorent le gâchis engendré par la non utilisation des résultats de la recherche, pour les appliquer dans la pratique quotidienne (45,46). Les interventions en RISP sont insuffisamment décrites dans les articles, et les éléments contextuels et ressources nécessaires pour les mener à bien ne sont pas abordés (110,111). Les utilisateurs potentiels de ces résultats manquent alors d'informations concrètes pour prendre des décisions éclairées sur les actions à développer. Pour y remédier, il est nécessaire de publier des recommandations pratiques issues des recherches, et de mettre en relation les chercheurs, les acteurs, et les décideurs (46,49,50). Ce processus de **transfert de connaissances** est généralement vu comme un « service après-vente » de la recherche. Nous pensons au contraire qu'il **doit être intégré au processus même de la recherche** (112–114). En cela l'évaluation réaliste peut être un outil non seulement de recherche, mais aussi de « dialogue » entre chercheurs et acteurs.

Concernant l'accompagnement à la prise de décision, l'évaluation réaliste est une méthode de choix. L'évaluation réaliste rappelons-le est un processus qui n'est jamais achevé, car une théorie d'intervention n'est jamais définitive, elle est vraie à un temps T mais peut toujours être enrichie ou affinée selon l'évolution des contextes (63,67). Notons ici que l'évaluation réaliste est donc tout à fait en phase avec la pensée systémique et dynamique des interventions que nous avons précédemment décrite (43,105,106). De par ce caractère cyclique d'une théorie enrichie au fur et à mesure, cette démarche présente l'avantage de pouvoir fournir à chaque étape des éléments utilisables par les

décideurs et les acteurs, et non pas en toute fin de recherche (comme pour un essai clinique par exemple).

Dans notre cas, nous avons été en mesure de répondre à un besoin des décideurs avant même de terminer entièrement notre recherche doctorale. L'INCa souhaitait en effet généraliser TABADO au niveau national et l'étendre aux lycées professionnels (34). Mais TABADO avait été développé 10 ans auparavant, dans un contexte de recherche, et pour la population spécifique des apprentis. Une étape de traduction entre la recherche initiale et les ambitions de l'INCa était donc nécessaire (49). Il s'agissait alors à la fois de proposer une nouvelle intervention adaptée à une nouvelle décennie, aux conditions de vie réelle et à une nouvelle population, mais aussi de fournir un outil aux acteurs pour s'emparer de cette nouvelle intervention. A ce moment de notre recherche, la théorie de l'intervention n'était pas encore construite comme on la connaît aujourd'hui. Mais nous disposions déjà de nombreux éléments ou « théorie intermédiaire », permettant de répondre aux questionnements des décideurs. Nous avons alors été en mesure de proposer une nouvelle stratégie TABADO 2, répondant aux besoins de la mise à l'échelle, d'en fournir un guide d'accompagnement pour les acteurs, et de former les porteurs de projet sélectionnés par l'INCa pour la première phase du déploiement.

L'évaluation réaliste est ainsi un outil en temps réel, en phase avec les besoins des décideurs, et a présenté un intérêt certain pour guider le processus de déploiement national de TABADO. Notre expérience invite ainsi à développer davantage l'utilisation de cette méthodologie dans le champ de la RISP, pour favoriser l'utilisation des résultats de la recherche dans la pratique courante.

5.2. Une opportunité d'empowerment pour les acteurs

Avec la RISP, la place des acteurs dans la recherche a considérablement évolué, passant de l'idée selon laquelle le chercheur détient tout le savoir et les acteurs sont seulement des exécutants passifs, à l'idée selon laquelle les acteurs doivent être partie prenante de la recherche et de l'évaluation (115). Le degré de participation des acteurs peut alors prendre différents niveaux : par exemple recueillir les données pour l'évaluation, déterminer les questions évaluatives ou au plus haut degré mener entièrement l'évaluation. Dans une perspective d'amélioration des interventions de santé publique, **nous pensons que l'appropriation des concepts et méthodes de l'évaluation réaliste par les acteurs eux-mêmes serait très positive**. Nous l'avons vu tout au long de ce travail : l'expérience des acteurs est une richesse indéniable, richesse qui, couplée avec les concepts de l'évaluation réaliste, leur permettrait de mieux comprendre et d'améliorer leurs actions. Nous

rejoignons et saluons en ce sens l'initiative portée par le RESO, service universitaire de promotion de la santé de l'Université Catholique de Louvain (116). L'objectif de cette structure est de favoriser le partage des connaissances pour soutenir la prise de décision interventionnelle et politique dans le champ de la promotion de la santé. Le RESO a ainsi rédigé un rapport de synthèse en Français sur l'évaluation réaliste, pour « *lever le voile* » sur cette approche, en expliquant ses concepts, ses étapes, et en illustrant par un exemple pratique (117). Les auteurs concluent que « *l'évaluation réaliste offre des perspectives intéressantes pour les intervenants désireux d'adopter une pratique réflexive et évaluative orientée vers la compréhension des effets, des dynamiques, du contexte des interventions. Notre expérience montre que les intervenants ont naturellement des pratiques réflexives que l'évaluation réaliste permet de valoriser, d'approfondir, d'accompagner.* » (117).

Une piste de recherche que nous proposons serait de mener une expérimentation de la conduite d'une évaluation réaliste par des acteurs de terrain, pour en déterminer l'utilité et la faisabilité, et analyser les leviers et les freins rencontrés par ces acteurs pour l'appropriation et l'application d'une telle évaluation.

5.3. Conseils pour opérationnaliser l'évaluation réaliste

Au-delà des concepts théoriques de l'évaluation réaliste de Pawson et Tiley (63), nous souhaitons mettre en avant certains aspects méthodologiques qui nous ont permis de l'opérationnaliser en favorisant l'objectivité des données, et les freins organisationnels rencontrés.

5.3.1. La triangulation

La triangulation est une méthode utilisée en recherche qualitative pour apporter de la validité aux résultats (85). Pour élaborer notre théorie d'intervention nous avons utilisé deux sortes de triangulation :

- **une triangulation des sources de données** (86,87) : nous avons interrogé aussi bien les bénéficiaires de l'intervention TABADO (les adolescents), les acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre (les tabacologues, les référents dans les établissements scolaires, les infirmiers scolaires, les porteurs du projet) et les acteurs indirectement impliqués (les professeurs). Ce croisement des regards a permis d'identifier les points généraux soulevés de façon commune par les différents types acteurs, et les points spécifiques soulevés par un seul type d'acteur.

- **une triangulation des méthodes** (86,87) : nous avons mené à la fois une analyse de la littérature scientifique, une analyse documentaire, des entretiens, des observations. La complémentarité des constats au travers ces différentes méthodes nous a permis de préciser nos hypothèses.

5.3.2. L'observation de « l'entre-deux »

Nous souhaitons par ailleurs souligner un type d'observation que nous avons mené, et que nous avons appelé **l'observation de « l'entre-deux »**. Le protocole de recherche que nous avons initialement défini consistait à observer des composantes précises de l'intervention TABADO : les réunions d'information et les séances en groupes. Cependant l'immersion sur le terrain nous a permis de constater l'importance de tout ce qui passe entre ces temps formels. L'observation de « l'entre-deux » a ainsi consisté à évaluer de manière plus libre et moins cadrée tout ce qui se passe en dehors des temps formels, par la tenue d'un carnet de bord. Elle a permis de mieux comprendre le programme dans son ensemble, et de mettre cela en perspective avec les observations réalisées sur les temps formels d'intervention.

5.3.3. La validation auprès des acteurs

Une autre façon de renforcer la validité des résultats en recherche qualitative est de retourner auprès des acteurs de terrain, et leur présenter les résultats de la recherche pour s'assurer de leur concordance avec la réalité du terrain (118). Nous avons mené 3 séminaires de retour d'expériences qui ont permis de présenter nos hypothèses aux différents acteurs impliqués dans TABADO, et de les conforter ou les réadapter à la lumière de leurs regards. Le guide TABADO 2 a fait l'objet d'une présentation spécifique lors d'un autre séminaire pour évaluer son acceptabilité par les acteurs, et a fait l'objet d'une relecture par les acteurs également avant sa publication dans le registre des interventions probantes de Santé Publique France. Cela a permis de faire en sorte qu'il soit fidèle aux questionnements et aux vécus des acteurs.

5.3.4. La variation de la place du chercheur

La place de la chercheuse (AV) n'a pas été la même au sein des 3 régions de notre évaluation réaliste. En Grand-Est, elle était à la fois chercheuse et coordinatrice de la mise en œuvre de TABADO. Cela a permis une immersion quotidienne en profondeur sur le terrain, des contacts réguliers avec tous les acteurs (tabacologues, référents des établissements, élèves, professeurs, conférenciers) et de

nombreuses discussions informelles. L'observation de « l'entre-deux » a ainsi été très poussée. Les acteurs avaient conscience de ce double rôle et certains échanges liés aux aspects organisationnels ont permis d'identifier une partie des composantes des configurations ICAMO, notamment les éléments liés à l'Intervention (I), au Contexte (C) et aux Acteurs (A). Cependant, nous imaginons que ce double rôle a aussi pu entraîner une plus grande subjectivité dans l'interprétation des données, un manque de recul, et a pu bloquer le discours des acteurs sur les freins organisationnels rencontrés pour ne pas offenser la chercheuse/coordinatrice (119).

Dans les deux autres régions (Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine), AV n'était plus organisatrice mais seulement chercheuse. Cette place lui a permis d'avoir un regard extérieur sur TABADO et sa mise en œuvre, et un regard plus objectif dans l'interprétation des données. Par ailleurs, l'expérience acquise en Grand-Est a conféré un rôle d'experte à AV pour ces deux autres régions, et elle était ainsi sollicitée pour obtenir des conseils sur la façon de s'organiser. Les fragments de configurations ICAMO déjà identifiés pouvaient alors être proposés pour les appliquer sur le terrain, permettant de les tester et les affiner. Cela permettait de mieux comprendre le lien entre les différentes composantes, et de creuser les Mécanismes (M) liés aux élèves. Cependant contrairement à la région Grand-Est, l'immersion dans les différents établissements a été moins prononcée, et plutôt ciblée sur certains établissements par rapport à des contraintes logistiques.

Cette variation de la place de la chercheuse entre les différentes régions a permis d'adopter une posture réflexive et d'apporter des éléments complémentaires pour élaborer la théorie de l'intervention (120).

5.3.5. Les freins organisationnels

Une critique souvent faite à l'égard des recherches qualitatives est qu'elles sont couteuses en temps aussi bien pour l'investigation sur le terrain que pour l'analyse des données (121). Nous ne reviendrons pas sur ces aspects déjà décrits dans la littérature, même si nous les confirmons. En revanche, nous aimerions soulever un autre point : celui de l'incompatibilité entre les besoins d'une recherche telle que la nôtre en lien étroit avec le terrain, et les contraintes institutionnelles pour autoriser une telle proximité avec le terrain. Ces pratiques d'immersion sur le terrain, répandues en sociologie et anthropologie, semblent plus rares en santé publique d'après notre expérience. Cela entraîne des difficultés d'ordre pratique pour permettre des temps d'investigation correspondant à ceux de l'action, notamment l'observation de ce que nous avons précédemment appelé « l'entre-deux ».

Conclusion

Cette thèse a permis d'apporter des connaissances scientifiques, mais aussi des recommandations et outils pratiques dans le champ de la santé publique.

Au niveau scientifique, elle a permis d'apporter des connaissances nouvelles sur le sevrage tabagique des adolescents, et sur la façon d'opérationnaliser des méthodes complexes basées sur les systèmes interventionnels, l'évaluation de processus et l'évaluation réaliste.

Au niveau pratique, elle a permis de proposer une façon d'appliquer ces nouvelles connaissances et a abouti à la création de la nouvelle stratégie TABADO 2, et du guide d'accompagnement à destination des professionnels de santé publique ou des établissements scolaires souhaitant la mettre en œuvre. Cette stratégie est aujourd'hui implantée dans plus de 200 établissements dans toute la France.

Ainsi, ce travail de thèse est le fruit d'une riche collaboration entre chercheurs, acteurs et décideurs. Il est à l'image de la recherche interventionnelle en santé des populations, une « science des solutions », avec une visée définitivement opérationnelle, qui, nous l'espérons, apportera sa pierre à l'édifice dans la lutte contre le tabac.

Bibliographie

1. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 13 mai 2017;389(10082):1885-906.
2. Banks E, Joshy G, Weber MF, Liu B, Grenfell R, Egger S, et al. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Med*. 2015;13:38.
3. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. oct 2015;25(5):824-8.
4. OMS | Les principaux avantages de l'arrêt du tabac [Internet]. WHO. [cité 14 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/tobacco/quitting/benefits/fr/>
5. Kopp P. Le coût social des drogues en France. Saint-Denis: OFDT; 2015 p. 75.
6. Doll R, Hill AB. Smoking and Carcinoma of the Lung. *Br Med J*. 30 sept 1950;2(4682):739-48.
7. Quand l'industrie du tabac cache la vérité scientifique / Afis Science - Association française pour l'information scientifique [Internet]. Afis Science - Association française pour l'information scientifique. [cité 4 août 2020]. Disponible sur: <https://www.afis.org/Quand-l-industrie-du-tabac-cache-la-verite-scientifique>
8. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Printed with corrections, January 2014.
9. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. OFDT - Tendances n°123 [Internet]. févr 2018; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>
10. Christophi CA, Pampaka D, Pasi M, Ioannou S, DiFranza JR. Levels of physical dependence on tobacco among adolescent smokers in Cyprus. *Addict Behav*. sept 2016;60:148-53.
11. Colby SM, Tiffany ST, Shiffman S, Niaura RS. Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug Alcohol Depend*. 2000;59(Suppl1):S83-95.
12. Enquête ESPAD (European School Survey on Alcohol and Others Drugs) - OFDT [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/espac/>
13. Enquête EnClass - OFDT [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/enquete-enclass/>
14. Enquête HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children - OFDT [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/hbsc/>

15. Spilka S, Godeau E, Le Nézet O, Ehlinger V, Janssen E, Brissot A, et al. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018. OFDT - Tendances n°132 [Internet]. juin 2019; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/enquete-enclass/>
16. Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F, Spilka S. La consommation de tabac au cours des années lycée. Résultats de l'enquête ESPAD 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):515-21.
17. Spilka S, Le Nézet O, Mutatayi C, Janssen E. Les drogues durant les « années lycée ». Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France. OFDT - Tendances n°112 [Internet]. sept 2016; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>
18. ESPAD Group (2016), ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
19. Enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense) - OFDT [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>
20. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A. Guide méthodologique de l'enquête ESCAPAD. OFDT; 2019 nov p. 61.
21. Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. mai 2015; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>
22. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A. Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête ESCAPAD 2017 [Internet]. Saint-Denis; 2018 sept p. 54. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>
23. Pasquereau A, Andler R, Ardvison P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(14):273-81.
24. Risques pour la santé des jeunes [Internet]. Organisation mondiale de la santé. 2011 [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-fr.pdf
25. Bancej C, O'Loughlin J, Platt RW, Paradis G, Gervais A. Smoking cessation attempts among adolescent smokers: a systematic review of prevalence studies. Tob Control. déc 2007;16(6):e8.
26. Grimshaw G, Stanton A, Blackburn C, Andrews K, Grimshaw C, Vinogradova Y, et al. Patterns of smoking, quit attempts and services for a cohort of 15 to 19 year-olds. Child Care Health Dev. nov 2003;29(6):457-64.
27. Centers for Disease Control and Prevention. Use of Cessation Methods Among Smokers Aged 16-24 Years --- United States, 2003. MMWR. 22 déc 2006;55(50):1351-4.
28. Abdul-Kader J, Airagnes G, D'almeida S, Limosin F, Le Faou A-L. Les outils du sevrage tabagique en 2018. Rev Pneumol Clin. 1 juin 2018;74(3):160-9.
29. Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 17 nov 2017 [cité 6 août 2020];2017(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6486118/>

30. Sussman S, Sun P. Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tob Induc Dis.* 30 janv 2009;5(1):3.
31. Fotiou A, Stavrou M, Kokkevi A. Smoking cessation among adolescents. In: Behrakis P, Vardavas C, Papadakis S TOB-g Tobacco Cessation Guidelines for high risk Populations. Athens; 2017. p. 305.
32. Minary L, Acouetey D-S, Bohadana A, Wirth N, Martini H, Zmirou-Navier D, et al. [Smoking cessation in adolescent apprentices: the TABADO program]. *Rev Mal Respir.* sept 2010;27(7):663-6.
33. Minary L, Cambon L, Martini H, Wirth N, Acouetey DS, Thouvenot F, et al. Efficacy of a smoking cessation program in a population of adolescent smokers in vocational schools: a public health evaluative controlled study. *BMC Public Health.* 2013;13:149.
34. Déploiement de l'intervention TABADO pour l'accompagnement à l'arrêt du tabac chez les jeunes en lycées professionnels et centres de formation des apprentis - Appels à projets - résultats professionnels [Internet]. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets/Appels-a-projets-resultats/TABADO2018>
35. Minary L, Kivits J, Vallata A, Agrinier N, Tarquinio C, Wirth N, et al. Evaluation de l'efficacité d'une intervention d'aide au sevrage tabagique intégrant une composante « soutien social » dans une population d'apprentis: le programme RESIST (REseau Social et Sevrage Tabagique). In: Congrès pluri-thématique de la Société française de santé publique "Déterminants sociaux de la santé : des connaissances à l'action. Tours, France; 2015.
36. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health Rev Can Sante Publique.* févr 2009;100(1):Suppl I8-14.
37. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2 [Internet]. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007. (Studies on social and economic determinants of population health). Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
38. Potvin L, Di Ruggiero E, Shoveller J. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *La Santé en action.* sept 2013;(425):13-6.
39. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ.* 29 sept 2008;337:a1655.
40. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. London: MRC Population Health Science Research Network; 2014.
41. Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol.* juin 2009;43(3-4):267-76.
42. Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ.* 7 juin 2008;336(7656):1281-3.
43. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health [Internet].* 25 mars 2019;19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6434858/>

44. Glouberman S, Zimmerman B. Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like? [Internet]. Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002 juill. Report No.: Discussion Paper 8. Disponible sur: <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/complicatedandcomplexsystems-zimmermanreport-medicare-reform.pdf>
45. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet Lond Engl*. 4 juill 2009;374(9683):86-9.
46. Lenfant C. Clinical research to clinical practice--lost in translation? *N Engl J Med*. 28 août 2003;349(9):868-74.
47. Eccles M, Mittman B. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci*. 22 févr 2006;1.
48. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol*. 16 sept 2015;3:32.
49. Brownson RC, Eyer AA, Harris JK, Moore JB, Tabak RG. Getting the Word Out: New Approaches for Disseminating Public Health Science. *J Public Health Manag Pract JPHMP*. avr 2018;24(2):102-11.
50. Glasgow RE, Emmons KM. How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annu Rev Public Health*. 2007;28:413-33.
51. Cambon L, Alla F. Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France, Transfer and sharing of public health knowledge?: reflections on the components of a national information system in France. *Santé Publique*. 2013;25(6):757-62.
52. Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int*. mars 2006;21(1):76-83.
53. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*. 2 juill 2012;12:497.
54. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE, A tool to facilitate transferability of health promotion interventions: ASTAIRE. *Santé Publique*. 2014;26(6):783-6.
55. Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé, ExpandNet; 2011. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241500319/fr/
56. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health*. févr 2002;56(2):119-27.
57. Oakley A, Strange V, Bonell C, Allen E, Stephenson J, RIPPLE Study Team. Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *BMJ*. 18 févr 2006;332(7538):413-6.
58. Frans L. Leeuw, Stewart I. Donaldson. Theory in evaluation: Reducing confusion and encouraging debate. *Evaluation*. 1 oct 2015;21(4):467-80.

59. Fischer G-N, Tarquinio C. Chapitre 2. Les théories en psychologie de la santé. In: Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Paris: Dunod; 2014. p. 29-54. (Psycho Sup).
60. Blamey A, Mackenzie M. Theories of Change and Realistic Evaluation: Peas in a Pod or Apples and Oranges? *Evaluation*. 1 oct 2007;13(4):439-55.
61. Chen HT. Chapter 3 Logic Models and the Action Model/Change Model Schema (Program Theory). In: *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective*. (2nd ed.). Los Angeles, CA: SAGE Publications; 2015.
62. Chen HT. Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement. In: Strobl R, Lobermeier O, Heitmeyer W, éditeurs. *Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur* [Internet]. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2012 [cité 20 mars 2019]. p. 17-40. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-531-19009-9_2
63. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluation*. London: Sage; 1997.
64. Weiss C. Nothing As Practical As Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation For Comprehensive Community Initiatives For Children And Families. In: *New Approaches to Evaluating Community Initiatives Volume 1 Concepts, Methods and Contexts* Edited by Connell JP, Kubisch AC, Schorr LB, Weiss CH. Washington DC: The Aspen Institute; 1995. p. 65-92.
65. De Silva MJ, Breuer E, Lee L, Asher L, Chowdhary N, Lund C, et al. Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*. 5 juill 2014;15(1):267.
66. Rolfe S. Combining Theories of Change and Realist Evaluation in practice: Lessons from a research on evaluation study. *Evaluation*. 1 juill 2019;25(3):294-316.
67. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluation* [Internet]. *Community Matters*. 2004 [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf
68. Robert É, Ridde V. L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mes Éval En Éducation*. 2013;36(3):79-108.
69. Lacouture A, Breton E, Guichard A, Ridde V. The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implement Sci IS* [Internet]. 30 oct 2015 [cité 10 mars 2020];10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4628377/>
70. Dalkin SM, Greenhalgh J, Jones D, Cunningham B, Lhussier M. What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. *Implement Sci*. 16 avr 2015;10(1):49.
71. Marchal B, van Belle S, van Olmen J, Hoérée T, Kegels G. Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. *Evaluation*. 1 avr 2012;18(2):192-212.
72. Marchal B, Kegels G, Van Belle S. Theory and realist methods. In: Emmel N, Greenhalgh J, Manzano A, et al, eds *Doing Realist Research*. SAGE; 2018. p. 79-90.
73. Belrhiti Z, Van Damme W, Belalia A, Marchal B. Unravelling the role of leadership in motivation of health workers in a Moroccan public hospital: a realist evaluation. *BMJ Open*. 2 janv 2020;10(1):e031160.

74. Mukumbang FC, Marchal B, Van Belle S, van Wyk B. Unearthing how, why, for whom and under what health system conditions the antiretroviral treatment adherence club intervention in South Africa works: A realist theory refining approach. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 9 mai 2018 [cité 28 avr 2020];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5944119/>
75. Abejirinde I-OO, Ilozumba O, Marchal B, Zweekhorst M, Dieleman M. Mobile health and the performance of maternal health care workers in low- and middle-income countries: A realist review. *Int J Care Coord*. sept 2018;21(3):73-86.
76. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 19 mars 2015;350:h1258.
77. TABADO 2 - Une stratégie d'accompagnement au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire [Internet]. Santé Publique France - Portail documentaire. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_registre/REG00000005
78. Cengelli S, O'Loughlin J, Lauzon B, Cornuz J. A systematic review of longitudinal population-based studies on the predictors of smoking cessation in adolescent and young adult smokers. *Tob Control*. mai 2012;21(3):355-62.
79. Vallata A, Alla F. TABADO 2 : un guide pour une stratégie d'accompagnement au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire [Guide d'implémentation] [Internet]. Nancy, Bordeaux: Université de Lorraine, Université de Bordeaux; 2019 p. 60. Disponible sur: http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_registre/REG00000005
80. Le programme | TABADO [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <https://tabado.fr/le-programme-tabado>
81. Edwards N, Barker PM. The importance of context in implementation research. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 nov 2014;67 Suppl 2:S157-162.
82. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluation*. London: Sage; 1997.
83. Wong G, Westhorp G, Manzano A, Greenhalgh J, Jagosh J, Greenhalgh T. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC Med*. 24 juin 2016;14(1):96.
84. Minary L, Martini H, Wirth N, Thouvenot F, Acouetey DS, Martinet Y, et al. TABADO: « evaluation of a smoking cessation program among adolescents in vocational training centers »: study protocol. *BMC Public Health*. 2009;9(1471-2458 (Electronic)):411.
85. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*. 4th éd. Vol. 5. SAGE; 2009. 219 p.
86. Denzin NK. *The research act : a theoretical introduction to sociological methods*. 2d ed. New York : McGraw-Hill; 1978.
87. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3 rd. SAGE; 2002. 598 p.
88. Kivits J, Ricci L, Vallata A, Minary L. Recherche interventionnelle en santé publique : quelle place pour l'interdisciplinarité ? L'exemple de RESIST, un programme de sevrage tabagique en milieu scolaire. In 2018.

89. Lalonde J-F. La participation observante en sciences de la gestion : plaidoyer pour une utilisation accrue. *Rech Qual.* 2013;32(2):13-32.
90. Soulé B. Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Rech Qual.* 2007;27(1):127-40.
91. Minary L, Kivits J, Vallata A, Tarquinio C, Alla F. Understanding social factor in the context of health promotion interventions: the contribution of social network analysis. In: 22ème conférence mondiale de promotion de la santé de l'IUPES « Promouvoir la santé et l'équité ». Curitiba, Brésil; 2016.
92. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* nov 2005;15(9):1277-88.
93. #MoisSansTabac [Internet]. [cité 1 janv 2019]. Disponible sur: <http://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>
94. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies; 1991.
95. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
96. Ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes - Légifrance [Internet]. mai 19, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032547462/>
97. Interdiction de vente de tabac aux mineurs, 10 ans après l'adoption de la mesure, où en est-on ? [Dossier de presse]. Comité National Contre le Tabagisme; 2019 oct.
98. Levy DT. SimSmoke France : description d'un modèle de simulation des politiques de lutte contre le tabac. *Bull Epidémiol Hebd.* 27 mai 2008;(21-22):190-4.
99. Hallingberg B, Fletcher A, Murphy S, Morgan K, Littlecott HJ, Roberts C, et al. Do stronger school smoking policies make a difference? Analysis of the health behaviour in school-aged children survey. *Eur J Public Health.* déc 2016;26(6):964-8.
100. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* avr 2002;156(4):397-403.
101. O'Loughlin J, O'Loughlin EK, Wellman RJ, Sylvestre M-P, Dugas EN, Chagnon M, et al. Predictors of Cigarette Smoking Initiation in Early, Middle, and Late Adolescence. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* sept 2017;61(3):363-70.
102. Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N, et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet.* 10 mai 2008;371(9624):1595-602.

103. Guignard R, Richard J, Pasquereau A, Andler R, Ardvison P, Smadja O, et al. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(14-15):298-303.
104. NOTE D'INFORMATION N° DGS/SP3/2019/166 du 7 juin 2019 relative au renforcement du partenariat entre les Consultations jeunes consommateurs et les établissements scolaires - Légifrance [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44811>
105. Morin E. Introduction à la pensée complexe. 2007. 158 p. (points essais).
106. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how "out of control" can a randomised controlled trial be? *BMJ.* 26 juin 2004;328(7455):1561-3.
107. Fianu A, Villeval M, Naty N, Favier F, Lang T. Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle fonctions clés/implémentation/contexte à un programme de prévention du diabète, To analyse the transferability of an intervention : applying the functions/implementation/context model on a diabetes prevention programme. *Santé Publique.* 12 oct 2017;29(4):525-34.
108. Villeval M, Bidault E, Shoveller J, Alias F, Basson J-C, Frasse C, et al. Enabling the transferability of complex interventions: exploring the combination of an intervention's key functions and implementation. *Int J Public Health.* déc 2016;61(9):1031-8.
109. Evans RE, Moore G, Movsisyan A, Rehfuess E, ADAPT Panel, ADAPT Panel comprises of Laura Arnold. How can we adapt complex population health interventions for new contexts? Progressing debates and research priorities. *J Epidemiol Community Health.* 27 sept 2020;
110. Glasziou P, Chalmers I, Altman DG, Bastian H, Boutron I, Brice A, et al. Taking healthcare interventions from trial to practice. *BMJ [Internet].* 13 août 2010 [cité 7 févr 2020];341. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/341/bmj.c3852>
111. Øvretveit J, Leviton L, Parry G. Increasing the generalisability of improvement research with an improvement replication programme. *BMJ Qual Saf.* 1 avr 2011;20(Suppl 1):i87-91.
112. Cambon L, Alla F. Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs. Le défi français de l'innovation. *Questions de santé publique.* déc 2017;(27).
113. Alla F, Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique.* 2015;27(3):303-4.
114. Alla F, Cambon L. From process evaluation to knowledge transfer. *BMJ [Internet].* 2015;(letter). Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1258/rr>
115. Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble. *INPES, La Santé en action.* sept 2013;(425):10-41.
116. RESO - Service Universitaire de Promotion de la Santé [Internet]. UCLouvain. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso>

117. Malengreaux S, Doumont D, Aujoulat I. L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques. Woluwé-Saint-Lambert: UCLouvain/IRSS-RESO; 2020.
118. Dubet F. Sociologie de l'expérience. Paris: Seuil; 2014. 288 p.
119. De Lavergne C. La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. In: Bilan et perspectives de la recherche qualitative. 2007. p. 28-43. (RECHERCHES QUALITATIVES – Hors Série; vol. 3).
120. Brasseur M. L'interaction du chercheur avec son terrain en recherche-action : deux cas d'accompagnement individuel des managers. Rech En Sci Gest. 2012;N° 89(2):103-18.
121. Krief N, Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. Rech En Sci Gest. 12 nov 2013;N° 95(2):211-37.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'observation des réunions d'information TABADO

Annexe 2 : Grille d'observation des séances en groupe TABADO

Annexe 3 : Guide d'entretien, version Elève

Annexe 4 : Guide d'entretien, version Référent d'établissement (les guides étaient adaptés pour chaque type d'acteurs)

Annexe 5 : Guide TABADO 2, pour une stratégie d'accompagnement au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire

Projet TABADO IDF

Grille d'observation conférence n°.....

1. Date :

2. Observateur :

3. Lycée :

4. Conférencier(s) :

Nombre :

Informations conférencier 1 :

Nom Prénom : Sexe : H F

Fonction :

Interne établissement

Infirmier scolaire

CPE

Enseignant en (*matière*)

Autre :

Externe établissement

Chargé projet Ligue cancer

Tabacologue

Médecin

Psychologue

Infirmier

Autre :

Informations conférencier 2 :

Nom Prénom : Sexe : H F

Fonction :

Interne établissement

Infirmier scolaire

CPE

Enseignant en (*matière*)

Autre :

Externe établissement

Chargé projet Ligue cancer

Tabacologue

Médecin

Psychologue

Infirmier

Autre :

Commentaire :

.....

5. Public

Type de classe (filière et année) :
| Note : détailler nombre
| élèves par classe si connu

Nombre d'élèves total :

Répartition H/F :

Répartition fumeurs/non-fumeurs :

Autres personnes présentes : Ligue : Référent étab :
 Autre :

Commentaire :
.....
.....
.....

6. Durée

Heure début : Heure de fin : → Durée =

Temps libre en fin de conférence :

Commentaire :
.....
.....
.....

7. Environnement

Disposition salle :

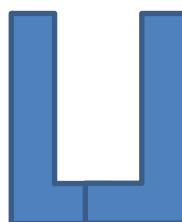
Classique



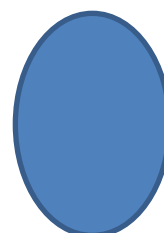
Arc de cercle



U



Rond



Autre :

Commentaire :
.....
.....

8. Format de la conférence

Support :

- Diaporama TABADO ; technique de vote :
- Photo-langage Quiz interactif Jeux de rôle Témoignages
- Discussions sans support
- Autre :

Commentaire :
.....
.....
.....
.....
.....

9. Déroulement de la conférence

- L'intervention a-t-elle été présentée en amont aux élèves ?

.....
.....
.....
.....

- Quelle est l'attitude générale des élèves ? Sont-ils actifs/inactifs ? Y a-t-il des individus moteurs/perturbateurs ?

.....
.....
.....
.....

- A quels moments sont-ils attentifs ? A quels moments décrochent-ils ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Interagissent-ils avec l'intervenant, entre eux ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Réaction en abordant d'autres drogues que tabac ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Facteurs facilitant et/ou limitant le déroulement de l'intervention ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Inscriptions

Nombre :

- Comment réagissent-les élèves quand on propose l'inscription ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Concrètement comment s'inscrivent-ils (lèvent la main, vont voir l'intervenant, seul ou à plusieurs...)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Qu'est-ce qu'on donne à ceux qui s'inscrivent (date orale, papier, voir le référent etc) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Projet TABADO IDF

Grille d'observation séance en groupe n°.....

1. Date :

2. Lycée :

3. Séance en groupe : n°1 n°2 n°3 n°4

4. animateur :

Nombre :

Informations animateur 1 :

Nom Prénom : Sexe : H F

Fonction :

Interne établissement

Infirmier scolaire

CPE

Enseignant en (*matière*)

Autre :

Externe établissement

Chargé projet Ligue cancer

Tabacologue

Médecin

Psychologue

Infirmier

Autre :

Informations animateur 2 :

Nom Prénom : Sexe : H F

Fonction :

Interne établissement

Infirmier scolaire

CPE

Enseignant en (*matière*)

Autre :

Externe établissement

Chargé projet Ligue cancer

Tabacologue

Médecin

Psychologue

Infirmier

Autre :

Commentaire :

.....

5. Public

Nombre d'élèves présents / nb inscrits :

Répartition H/F :

Nb de classes différentes (détailler si possible) :

Autres personnes présentes : Ligue : Référent étab :
 Autre :

Commentaire :
.....
.....
.....

6. Durée

Heure début : Heure de fin : → Durée =

Commentaire :
.....
.....
.....

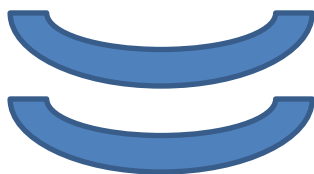
7. Environnement

Disposition salle :

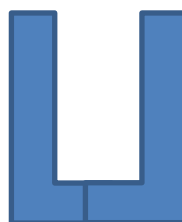
Classique



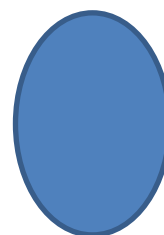
Arc de cercle



U



Rond



Autre :

Commentaire :
.....
.....

8. Format de la séance

Support :

- Diaporama TABADO ; technique de vote :
- Photo-langage Quiz interactif Jeux de rôle Témoignages
- Discussions sans support
- Brainstorming, mot(s) :
- Vidéos:
- Autre :

Commentaire :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Déroulement de la séance

- Aides/freins à la participation à la séance ? au déroulement de la séance ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Aides/freins au sevrage ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Guide d'entretien, version Elève

1. Présentation des interviewés

En quelle classe es-tu et dans quelle filière de formation ?

Peux-tu me parler de ton tabagisme ?

- Filière de formation
- Histoire tabagique, durée

2. Motivations et freins des élèves

Pourquoi t'es-tu inscrit au programme/pas inscrit ?

Pourquoi l'as-tu arrêté ?

Pourquoi veux-tu arrêter de fumer ?

Y a-t-il des éléments qui favorisent ta participation / freinent ta participation/ton arrêt du tabac ?

- Motivations à s'inscrire au programme ? A y rester ?
- Facteurs d'abandons ?
- Motivation à arrêter de fumer ?
- Qu'est-ce qui aide/freine à l'arrêt ? dans le programme ? ou de manière plus générale ?
- Influence des facteurs contextuels : du fonctionnement de l'établissement, de l'équipe pédagogique, des autres élèves, du mode de vie
- Combinaison avec le planning scolaire, y a-t-il des difficultés particulières ?

3. Inscriptions au programme

Comment t'es-tu inscrit au programme ?

- Comment les élèves s'inscrivent-ils au programme ?
- Personnes ayant un rôle dans le processus d'inscription
- Inscription directe ou différée ?

4. Intervenants et parties-prenantes

Qui sont les personnes au courant de ta participation à tabado et qu'en disent-elles ?

- Personnes impliquées et au courant : lister et rôle
- Quelles sont leurs perceptions sur le programme, et le comportement qui en découle ?

5. Mesures

Que penses-tu du questionnaire passé en début d'année ?

- Utilité
- Difficultés

6. Conférences, Consultations individuelles, Séances en groupe

Que penses-tu de la conférence/consultations/séances en groupe ?

- Utilité
- Qu'est-ce qui favorise ou freine le bon déroulement ? Facteurs humains, financiers, organisationnels, matériels
- Propositions d'amélioration ?

7. Les + et les – du programme, propositions de modification

Globalement, quels sont les points + et – du programme, quelles pistes d'amélioration ?

- Perceptions sur le programme : éléments positifs, négatifs, pistes d'améliorations

8. Perceptions des effets du programme chez les bénéficiaires, utilité

Quels effets ce programme a-t-il eu sur toi, tes habitudes ou ta façon de penser ?

Comment pourrait-on renforcer ces effets ?

- Quels sont les effets de l'intervention sur le comportement tabagique des élèves ?
- Sur la consommation d'autres produits psychoactifs ?

9. Perception des effets sur le contexte

Penses-tu que le programme a eu des effets au-delà d'aider les élèves inscrits à arrêter de fumer ?

- Effets au sein de l'établissement, hors consommation tabagique des élèves (relation entre les élèves et le personnel de l'établissement, fonctionnement de l'établissement, nouvelles activités ou projets proposés) ?

Guide d'entretien, version Référent établissement

1. Présentation de l'interviewé

Pouvez-vous vous présenter et indiquer quelle est votre fonction dans l'établissement et votre place dans le programme tabado

- Infos générales : métier, diplôme/formation
- Activités professionnelles hors tabado et % tps de travail
- Que pensez-vous du tabac
- Rôle dans tabado
- Comment avez-vous été sollicité pour participer à tabado
- Motivations à participer
- Que vous apporte votre participation
- Qu'est-ce qui la rend difficile

2. Contexte de l'établissement

Comment décririez-vous cet établissement scolaire, y a-t-il des activités à destination des élèves, d'autres actions passées ou en cours ?

- Comment décririez-vous cet établissement scolaire
- Activités à destination des élèves
- Historique des interventions de prévention santé ou autre domaine

3. Les bénéficiaires

Pouvez-vous me décrire globalement les élèves de cet établissement

- Pouvez-vous me décrire globalement les élèves de cet établissement
- Autres addictions

4. Implantation du programme dans l'établissement / long terme

Pouvez-vous m'expliquer comment le programme est arrivé dans l'établissement ?

- Sollicitation pour participer ?
- Qui a pris la décision de participer ?
- Leviers et freins à la participation ?
- Comment et à qui le programme est présenté dans l'établissement ?
- Comment est choisi le référent (ou les référents) ?
- Comment les relations entre les différents acteurs affectent l'intervention ?
- Préparation de la mise en place

5. Intervenants et parties-prenantes

Qui sont les personnes impliquées, impactées, et quelles sont leurs attitudes par rapport au programme ?

- Qui sont les personnes impliquées et rôle
- Qui sont les personnes impactées et pourquoi
- Perceptions du programme, et comportement qui en découle
- Quels sont les intérêts qu'ils identifient à leur participation

6. Préparation opérationnelle et déroulement du programme, adaptations

a) Pouvez-vous m'expliquer comment le programme est mis en place, avec quels moyens ? Les aides et les freins ?

- Comment mettez-vous en place le programme ?
- Comment choisissez-vous les dates, créneaux horaires
- Perceptions des leviers et freins à la mise en œuvre de l'intervention : facteurs humains, financiers, organisationnels, matériels
- Quel temps consacrez-vous à la mise en place de l'intervention
- Quels moyens sont mis à disposition ? quels moyens sont manquants ?

b) Comment il s'articule avec le fonctionnement de l'établissement, le planning des cours ?

- Comment le programme impacte-il le fonctionnement de l'établissement, et inversement
- Qui sont les personnes impactées par la présence du programme et pourquoi ?
- Aménagement rythmes scolaires pour le programme

c) Quelles adaptations avez-vous faites et pourquoi ?

- Y a-t-il eu le nombre d'intervention prévu ? si non pourquoi
- Avez-vous procédé à des modifications par rapport à l'intervention initiale ? Pourquoi et conséquences ?
- Propositions d'amélioration

7. Motivations et freins des élèves

A votre avis, pourquoi les jeunes s'inscrivent-ils, ou pas, à tabado ? Pourquoi abandonnent-ils ? Quels sont les éléments qui peuvent influencer cela ?

- A votre avis, pourquoi les jeunes s'inscrivent-ils à tabado
- Pourquoi restent-ils dans le programme
- Y a-t-il eu des abandons et pourquoi
- Facteurs contextuels + et - sur la motivation des élèves à être dans le programme (liés au fonctionnement de l'établissement, au personnel, aux autres élèves, au mode de vie...)
- Facteurs contextuels + et - sur la motivation des élèves à arrêter de fumer (liés au fonctionnement de l'établissement, au personnel, aux autres élèves, au mode de vie...)

8. Inscriptions au programme

Comment se passent les inscriptions au programme ?

- Comment les élèves s'inscrivent-ils au programme ?
- Inscription directe ou différée ?
- Qui joue un rôle dans le processus d'inscription ?
- Comment sont constitués les groupes ?

9. Mesures

Que pensez-vous des questionnaires pré et post-programme ? Quels leviers et freins à la mise en œuvre ?

- Utilité
- Quels sont les besoins de l'établissement en termes d'évaluation ?
- Quels sont les leviers et freins à la mise en œuvre ?

10. Conférences, Consultations individuelles, Séances en groupe

Que pensez-vous de la conférence/consultations/séances en groupe, leur utilité et leur organisation ?

Quelles adaptations faites ?

Retours des élèves ou autre ?

Pistes d'amélioration ?

- Utilité
- Qu'est-ce qui favorise ou freine le bon déroulement ?
- Conditions matérielles de réalisation
- Comment les élèves sont convoqués, qui les amène
- Retours des élèves ou autres ?
- Adaptations réalisées ?
- Propositions d'amélioration ?

11. Les + et les – du programme, propositions de modification

Globalement, quels sont les points + et – du programme, quelles pistes d'amélioration ?

- Perceptions sur le programme : éléments positifs, négatifs, pistes d'améliorations
- Renouvelleriez-vous le programme dans cet établissement ?

12. Perceptions des effets du programme chez les bénéficiaires, utilité

Quels effets ce programme a-t-il eu sur les élèves ?

Comment renforcer ces effets ?

- Effet sur comportement tabagique des élèves ?
- Sur la consommation d'autres produits psychoactifs ?
- Comment améliorer l'effet ?

13. Perception des effets sur le contexte

Pensez-vous que le programme a eu des effets au-delà d'aider les élèves inscrits à arrêter de fumer ?

- Effets au sein de l'établissement, hors consommation tabagique des élèves (relation entre les élèves et le personnel de l'établissement, fonctionnement de l'établissement, nouvelles activités ou projets proposés) ?

TABADO 2

**Un guide pour une stratégie
d'accompagnement au sevrage tabagique**

Ce guide a été rédigé par **Amandine Vallata** (université de Lorraine) et **François Alla** (université de Bordeaux). Il a bénéficié de la relecture de **Marjorie Cadeville** et **Charlotte Kanski** (Ligue contre le cancer).

Il a été développé dans le cadre d'un travail de recherche mené par Amandine Vallata et François Alla, et soutenu par la région Lorraine et l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Ce travail s'appuie sur la capitalisation d'expériences de terrains conduites dans trois régions de France (Grand-Est, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine), et particulièrement sur deux séminaires organisés dans le cadre d'un projet conduit par la Ligue contre le cancer d'Ile-de-France avec le soutien de l'Institut National du Cancer (financement AAP DEPREV 2017).

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les parties prenantes des différentes régions (professionnels de la prévention, professionnels des établissements, tabacologues, élèves) qui ont accepté d'être interrogées dans le cadre du travail de recherche, et l'ensemble des participants aux deux séminaires 2018 de retour d'expérience.

Contacts :

Amandine VALLATA, doctorante à l'université de Lorraine : amandinevallata@gmail.com

François ALLA, professeur de santé publique à l'université de Bordeaux : francois.alla@u-bordeaux.fr

Comment citer ce guide :

Vallata A, Alla F. TABADO 2 : un guide pour une stratégie d'accompagnement au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire [Guide d'implémentation]. Nancy, Bordeaux: Université de Lorraine, Université de Bordeaux; 2019. 60 p.

Sommaire

INTRODUCTION	179
CHAPITRE 1 – Les prérequis pour l’implantation de TABADO 2.....	184
On débute 1 an avant !.....	184
Calendrier année de préparation	191
CHAPITRE 2 - TABADO 2 dans une politique globale	192
TABADO 2 au-delà des jeunes ciblés	192
TABADO 2 dans son environnement de proximité	193
TABADO 2 et l’environnement social des jeunes.....	194
TABADO 2 et la règlementation dans l’établissement	195
TABADO 2 et le mois sans tabac.....	196
CHAPITRE 3 – L’intervention TABADO 2.....	197
Présentation générale	197
Focus sur les attentes des jeunes par rapport à TABADO 2.....	199
Focus sur les éléments influençant le sevrage tabagique selon les jeunes	200
Focus sur l’organisation.....	202
Focus sur les substituts nicotiniques.....	207
Calendrier année de mise en œuvre	208
CHAPITRE 4 – Annonce de la mise en place de TABADO 2 à l’ensemble de l’établissement	209
CHAPITRE 5 - La mesure initiale et l’identification des classes cibles	211
Présentation des questionnaires.....	211
Importance de la confidentialité	212
Le choix des classes	212
CHAPITRE 6 - Les réunions d’information et le recrutement.....	215
Les réunions d’information	215
Le recrutement hors réunions d’information	220
CHAPITRE 7 - Les inscriptions au programme de sevrage.....	221
CHAPITRE 8 - Les consultations individuelles.....	223
La consultation diagnostique	223
Les consultations de suivi.....	224
CHAPITRE 9 - Les séances en groupe.....	227
CHAPITRE 10 – Évaluation de l’intervention	231
CHAPITRE 11 – FAQ	232
Annexes du guide	234

INTRODUCTION

Bienvenue dans le programme TABADO 2 !

Vous souhaitez mettre en place le programme TABADO 2 dans votre région, votre lycée, votre CFA ? Ce guide vous accompagnera à chaque étape pour que tout se passe le mieux possible. Commençons par expliquer pourquoi et comment ce guide a été construit.

En France, la mortalité attribuée au tabac est estimée à 78 000 décès par an (1), ce qui fait du tabagisme la 1^{ère} cause de mortalité évitable. Or l'arrêt du tabac sur le long terme permet de réduire les risques des maladies liées au tabac, et plus on arrête tôt, plus l'espérance de vie s'allonge par rapport à un fumeur qui continuerait (2).

La quasi-totalité des fumeurs adultes a commencé de fumer avant 18 ans (3), les adolescents étant la cible privilégiée du marketing de l'industrie du tabac, car elle y voit en eux de futurs fidèles consommateurs.

Pour enrayer l'épidémie du tabac, les politiques de santé publique à destination des adolescents se sont orientées vers une prévention de l'initiation et peu vers le sevrage tabagique. Or en France encore aujourd'hui, 25% des adolescents déclarent fumer quotidiennement (4), et 71% d'entre eux ont déjà essayé d'arrêter de fumer (5). Malheureusement, ces tentatives échouent avec des rechutes fréquentes, signe d'une véritable dépendance : la proportion de rechutes évolue de 34% dans la première semaine suivant la plus longue tentative d'arrêt, à 92% dans l'année suivant la plus longue tentative d'arrêt (5). Ils sollicitent rarement une aide extérieure pour les accompagner dans leur arrêt (par exemple, seuls 2% avaient consulté un médecin dans la population TABADO 2007-2009).

Ces chiffres montrent qu'encore trop de jeunes fument, essaient d'arrêter, mais n'y arrivent pas.

L'objectif du programme TABADO 2 est d'aider les adolescents à arrêter de fumer.

Historique du programme TABADO 2

Le programme TABADO (6) a initialement été développé pour des adolescents en apprentissage, suite au constat d'une prévalence particulièrement élevée du tabac dans cette population par rapport à la moyenne globale chez les adolescents : plus de 50% des apprentis fument (7) contre 28,9% en moyenne des jeunes de 17 ans (8). Le contenu du programme a été développé en 2006 par une équipe de tabacologues et chercheurs. L'évaluation de l'efficacité de ce programme a été effectuée entre 2007 et 2009 dans le cadre d'un essai contrôlé. Pour cela, 8 Centres de Formation des Apprentis (CFA) ont été recrutés en Lorraine dont 3 ont bénéficié du programme TABADO. La comparaison du taux de sevrage entre les établissements bénéficiant du programme et ceux n'en bénéficiant pas a été concluante : respectivement 17% et 11,9% des adolescents ne fumaient plus, 1 an après le début du programme, soit un odds ratio ajusté de 2,1 [1,2 à 3,6], $p = 0,008$ (9). Le programme TABADO a ainsi démontré son efficacité dans l'aide au sevrage tabagique chez les adolescents.

Suite à cette étude, le programme TABADO a été diffusé dans plusieurs régions entre 2016 et 2018 : en particulier en Ile-de-France, Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine.

Enfin à partir de 2017, un projet plus vaste s'est développé : celui de déployer le programme TABADO au niveau national et d'en faire un programme applicable en conditions de « vie réelle » c'est-à-dire hors du contexte d'une recherche, et de l'étendre aux lycées professionnels. **L'objectif à terme étant de pouvoir généraliser ce programme au niveau national dans des conditions de routine, et toucher ainsi un maximum de jeunes.** Cette phase d'extension nationale s'effectue en 2018-2020 dans le cadre d'un appel à projets de l'INCa lancé en 2018.

Ce processus de généralisation a nécessité de repenser complètement le programme TABADO 2007-2009. En effet, ce dernier a été construit pour une population spécifique ; il a donc dû être **adapté pour pouvoir correspondre à une population plus large.** De plus, il a initialement été développé et mené par des chercheurs, or les conditions de mise en œuvre dans un contexte de recherche ne sont pas représentatives des conditions de vie réelles (réglementation, moyens humains et financiers disponibles...). **Il a donc été nécessaire de travailler avec les acteurs de terrain pour que le nouveau programme TABADO soit en phase avec les réalités du terrain.**

De plus, TABADO ne doit plus être pensé et implanté comme une intervention indépendante à un temps donné. Il est indispensable de l'intégrer dans **une stratégie plus globale de lutte contre le tabac dans un établissement scolaire (ou CFA), un programme pérenne qui prend en compte les spécificités et ressources contextuelles de chaque terrain d'intervention.**

Ainsi à partir de l'intervention initiale TABADO, une stratégie globale, ou programme TABADO 2, a été construite.

Que contient ce guide ?

Ce guide est issu de la capitalisation de ces différentes expériences de terrain, et d'un travail de thèse conduit par l'Université de Lorraine et l'Université de Bordeaux, avec le soutien financier de la région Lorraine et de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Dans le cadre de ce travail de recherche, il s'agit d'analyser les processus et mécanismes expliquant les effets de l'intervention TABADO. Ce guide en est un des aboutissements. **Il a pour vocation à être utilisé par toute structure souhaitant mettre en place TABADO 2 et à être enrichi au cours de la diffusion de l'intervention.**

Le programme TABADO 2 s'effectue dans le cadre juridique et réglementaire en vigueur pour des interventions en milieu scolaire. Comme elles sont évolutives, référez-vous :

- ✓ à l'INCa si vous participez à l'appel à projets de l'INCa
- ou
- ✓ aux autorités compétentes de votre région dans les autres cas

Ce guide est un **outil d'aide à la décision au niveau local**, la mise en œuvre du programme devant être adaptée selon les spécificités du contexte d'implantation du programme ; chaque structure et chaque établissement ayant un fonctionnement et des contraintes qui leur sont propres. Il vous accompagnera dans la préparation de l'accueil de TABADO 2 dans un établissement scolaire (y compris CFA), dans sa mise en œuvre et son évaluation, à travers les différents chapitres suivants :

Chapitre 1 – Les prérequis pour l'implantation de TABADO 2

Ce chapitre vous donnera les éléments à réunir et à préparer lors de l'année scolaire qui précède la mise en œuvre de TABADO 2 dans un établissement scolaire, le calendrier à suivre.

Chapitre 2 – TABADO 2 dans une politique globale

Ce chapitre vous permettra d'envisager TABADO 2 non pas comme une action unique à un temps donné, mais comme un instrument au service d'une politique globale de lutte contre le tabac en lien avec des structures de proximité afin d'assurer une réelle continuité.

Chapitre 3 – L'intervention TABADO 2

Ce chapitre présentera les différentes composantes de l'intervention TABADO 2 dans son ensemble, et vous guidera pour l'organisation de la mise en œuvre de l'intervention, tout en fournissant les retours d'adolescents ayant suivi le programme TABADO.

Chapitre 4 – Annonce de la mise en place de TABADO 2 à l'ensemble de l'établissement

Ce chapitre vous aidera à préparer votre présentation de TABADO 2 à l'ensemble de l'établissement.

Chapitre 5 – La mesure initiale et l'identification des classes cibles

Ce chapitre présentera les différents supports possibles pour la mesure initiale préprogramme et les recommandations pour choisir les classes qui bénéficieront des réunions d'information.

Chapitre 6 – Les réunions d'information et le recrutement

Ce chapitre vous donnera les éléments indispensables pour favoriser la sensibilisation et l'inscription des jeunes au programme, et les éléments de forme que vous pouvez adapter selon vos contextes d'intervention.

Chapitre 7 – Les inscriptions au programme de sevrage

Ce chapitre présentera les différentes façons possibles pour les jeunes de s'inscrire à TABADO 2.

Chapitre 8 – Les consultations individuelles

Ce chapitre vous détaillera le contenu nécessaire et le déroulé type pour les consultations individuelles, ainsi que les adaptations possibles selon vos contextes d'intervention.

Chapitre 9 – Les séances en groupe

Ce chapitre vous détaillera le contenu nécessaire et le déroulé type pour les séances en groupe, ainsi que les adaptations possibles selon vos contextes d'intervention.

Chapitre 10 – Évaluation de l'intervention

Ce chapitre vous expliquera comment et avec quels supports évaluer TABADO 2.

Chapitre 11 – FAQ

Ce chapitre regroupe les différentes questions que vous pourrez vous poser. Il sera enrichi au fur et à mesure du déploiement.

Annexes – Exemples d'outils pour TABADO 2

Ce chapitre rassemble les différents outils mentionnés dans le guide, ou comment et auprès de qui se les procurer le cas échéant.

Références

1. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 2015 Oct;25(5):824–8.
2. OMS | Les principaux avantages de l'arrêt du tabac [Internet]. WHO. [cited 2018 Mar 14]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/quitting/benefits/fr/>
3. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Printed with corrections, January 2014.
4. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. OFDT - Tendances n°123 [Internet]. 2018 février; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>
5. Bancej C, O'Loughlin J, Platt RW, Paradis G, Gervais A. Smoking cessation attempts among adolescent smokers: a systematic review of prevalence studies. *Tob Control*. 2007 Dec;16(6):e8.
6. Minary L, Acouetey D-S, Bohadana A, Wirth N, Martini H, Zmirou-Navier D, et al. [Smoking cessation in adolescent apprentices: the TABADO program]. *Rev Mal Respir*. 2010 Sep;27(7):663–6.
7. Kaminski A, Nauerth A, Pfefferle PI. [Health status and health behaviour of apprentices in the first year of apprenticeship - first results of a survey in vocational training schools in Bielefeld]. *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentlichen Gesundheitsdienstes Ger*. 2008 Jan;70(1):38–46.
8. Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, Laffiteau C. Les drogues à 17 ans : résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. OFDT - Tendances n°66 [Internet]. 2009 juin; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxstp6.pdf>
9. Minary L, Cambon L, Martini H, Wirth N, Acouetey DS, Thouvenot F, et al. Efficacy of a smoking cessation program in a population of adolescent smokers in vocational schools: a public health evaluative controlled study. *BMC Public Health*. 2013;13:149.

CHAPITRE 1 – Les prérequis pour l’implantation de TABADO 2

On débute 1 an avant !

Afin d’en assurer le meilleur déroulement possible, la mise en place d’un tel programme se prépare dans une situation optimale presque 1 an avant. Il faut donc préparer et réunir les éléments suivants dans l’année scolaire qui précède celle où l’intervention démarrera. Certains vous sembleront peut-être inutiles dans votre contexte précis, mais ces recommandations sont le fruit d’un travail croisé entre plusieurs lycées/CFA dans différentes régions et sont vraiment essentielles pour optimiser la mise en œuvre et les résultats du programme.

Dans ce chapitre vous trouverez également un calendrier qui vous permettra de vérifier que vous êtes dans les temps et que tout est prêt avant le lancement du programme.

Remarque :

Si les conditions ne sont pas réunies dans un établissement, cela ne veut pas dire qu’il faut abandonner l’idée d’y implanter TABADO 2 ; au contraire il s’agit peut-être là d’un établissement qui en aurait vraiment besoin (peu d’actions de prévention envers les élèves, isolement géographique...). Dans ce cas, il est nécessaire de commencer par une **phase d’amorçage** dont l’objectif est de **susciter une mobilisation dans l’établissement** et de réunir les préalables présentés ci-dessous. Dans les établissements les plus en retraits, cette phase peut s’étaler si besoin sur plusieurs années scolaires pour réunir progressivement les préalables. L’opération « Mois sans tabac » est un moyen idéal pour susciter une mobilisation progressive dans un établissement scolaire (voir chapitre 2).

Recruter des établissements scolaires/Centres de Formation des Apprentis

Pourquoi ?

Pour y implanter TABADO 2.

Comment ?

En consultant les annuaires des CFA et lycées avec des sections professionnelles, via le réseau du coordinateur régional en sollicitant les établissements qu’il connaît grâce à des actions passées, en travaillant avec les ateliers santé ville... **L’important est d’avoir l’appui du chef d’établissement et un référent sur place (chef de projet) qui souhaite s’investir.** Pour marquer et souligner l’accord du chef d’établissement, vous pouvez proposer de faire une convention avec l’établissement.

Remarque : nous vous conseillons d’informer l’Agence Régionale de Santé (ARS) et le Rectorat de l’Académie/ les chambres de commerce, ou de métiers ou d’agriculture dont dépendent les établissements, de la mise en place de TABADO 2.

Quand ?

A partir de septembre de l’année de préparation (année n-1).

Identifier un chef de projet TABADO 2 dans l'établissement

Pourquoi ?

Pour mener à bien le programme, il est indispensable d'identifier un référent dans l'établissement, qui sera en charge de l'organisation logistique du projet : principal contact avec le coordinateur régional, mobiliser des équipes, réserver les salles, choisir les dates d'intervention en lien avec le tabacologue, faire des rappels aux élèves avant leur rendez-vous...

Comment ?

Proposer cette fonction à une personne motivée qui a envie de s'investir dans le projet et dont l'emploi du temps pourrait permettre des temps de mobilisation pendant les heures de cours : CPE, surveillant, éducateur, enseignant... **Si cette personne est reconnue par le reste de l'équipe pédagogique, l'acceptation de TABADO 2 parmi le personnel de l'établissement sera meilleure.** Ce rôle doit être officialisé par le chef d'établissement pour une prise en compte de cette activité. Le chef de projet bénéficiera d'une formation par le coordinateur régional (cf. Former les personnes mobilisées).

Quand ?

En janvier de l'année de préparation (année n-1)

Mobiliser l'infirmière scolaire

Pourquoi ?

Pour être le binôme du tabacologue au sein de l'établissement : prise des inscriptions des élèves souhaitant participer à TABADO 2, débriefing avec le tabacologue avant/après les consultations, remise des substituts nicotiques en lien avec le tabacologue, relais de l'intervention du tabacologue...

Comment ?

Proposer à l'infirmière scolaire, ou aux infirmières scolaires, de participer à TABADO 2. Elles bénéficieront ensuite d'une formation par le coordinateur régional (cf. Former les personnes mobilisées). En l'absence d'infirmière mobilisable, une partie des missions sera dévolue au chef de projet. Pour l'autre partie, il est conseillé de trouver un binôme.

Quand ?

En janvier de l'année de préparation (année n-1)

Recruter un tabacologue

Pourquoi ?

Pour la prise en charge des élèves qui s'inscrivent au programme : réalisation des consultations individuelles et des séances en groupes, remise des substituts nicotiques.

Comment ?

Le tabacologue n'est pas forcément médecin, mais possède impérativement une formation en tabacologie (DIU généralement) et est habilité à prescrire des substituts nicotiniques (article L3511-10 du code de la santé publique). Le coordinateur régional contacte/consulte les structures de proximité (hôpitaux, CJC, CSAPA...) pour recruter un tabacologue, les tabacologues libéraux, les responsables des DIU en tabacologie, les associations de professionnels diplômés en tabacologie (AFDET - Association Francophone des Diplômés et Etudiants en Tabacologie, AFIT - Association Française des Infirmières Tabacologues...), la Société Francophone de Tabacologie (SFT), l'annuaire du site Tabac Info Service... L'infirmière de l'établissement peut participer à la recherche de tabacologues ; elle a parfois des contacts via des actions de prévention passées organisées dans l'établissement, des partenariats déjà existants avec des structures locales, etc. Vous pouvez mettre en avant le côté innovant de la mission puisqu'au-delà des consultations individuelles de tabacologie, il y a aussi l'animation de groupes de parole ; veuillez toutefois à préciser qu'une formation sera prévue car certains tabacologues ne sont pas habitués à ce type d'intervention.

Quand ?

Commencer les démarches le plus tôt possible, à partir de janvier de l'année de préparation (année n-1) car le recrutement du tabacologue est un des points les plus difficiles : il en existe peu qui puissent se libérer pour participer à un programme comme TABADO 2.

Informez toute la communauté pédagogique de la mise en place de TABADO 2

Pourquoi ?

Le chef de projet et l'infirmière seront les piliers du programme au sein de l'établissement et doivent travailler ensemble. Mais tout le personnel d'établissement doit être informé de l'existence du projet pour mobiliser l'ensemble de la communauté pédagogique pour qu'elle soit un facteur facilitant à la mise en œuvre du programme et éviter certains blocages. En outre, cela permet d'identifier des personnes relais (cf. Identifier des personnes relais) et de faciliter l'accord des professeurs lorsque les jeunes devront s'absenter de cours.

Comment ?

Le coordinateur régional viendra dans l'établissement présenter très brièvement TABADO 2 pendant 10 à 20 minutes selon les possibilités de l'établissement. Une fiche détaillant le plan de cette présentation est disponible dans le chapitre 4 – Annonce de la mise en place de TABADO 2 à l'ensemble de l'établissement.

Quand ?

Entre janvier (année n-1) et septembre (année n), lors d'une réunion plénière réunissant tout le personnel : réunion de bilan de fin d'année, réunion débriefing hebdomadaire, réunion de prérentrée... Cela peut être fait en plusieurs temps s'il n'y a pas de réunions rassemblant tout le personnel (réunions professeurs + réunions CPE/surveillants...), et peut être articulé par le CESC.

Identifier des personnes relais

Pourquoi ?

Pour aider à la sensibilisation des élèves, les encourager à s'inscrire et à rester dans le programme. Une aide logistique peut également être apportée au chef de projet pour amener les élèves aux réunions d'information ou aux rendez-vous.

Comment ?

Les personnes intéressées pour être des relais le notifieront au chef de projet qui leur expliquera les missions possibles et leur donnera les documents nécessaires. Si la formation du binôme chef de projet/infirmière n'a pas encore eu lieu, les personnes relais pourront y participer.

Quand ?

Après la réunion d'information à l'ensemble du personnel, ou même en amont si le chef de projet a pu recruter des collègues !

Former les personnes mobilisées à TABADO 2 (chef de projet, infirmière, personnes relais)

Pourquoi ?

Pour qu'elles sachent mettre en œuvre le programme dans l'établissement.

Comment ?

Le coordinateur régional viendra dans l'établissement présenter TABADO 2 et former à sa mise en œuvre : quels éléments doivent être respectés, quelles sont les adaptations possibles. Si d'autres personnes relais sont déjà identifiées (cf. Identifier des personnes relais) elles peuvent participer à cette formation.

Quand ?

Entre mars et avril de l'année de préparation (année n-1).

Inscrire TABADO 2 au projet d'établissement / comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), impliquer le conseil de vie lycéenne (CVL)

Pourquoi ?

Pour que TABADO, au-delà du chef d'établissement, soit un projet porté par l'établissement, que l'ensemble de la communauté soit mobilisé, y compris les parents.

Comment ?

Selon les procédures propres à l'établissement scolaire.

Quand ?

Selon les procédures propres à l'établissement scolaire.

Insérer TABADO 2 dans une politique globale (cf. chapitre 2)

Pourquoi ?

Pour assurer de bons résultats à TABADO 2, il ne faut pas le voir comme un programme isolé, mais l'entreprendre dans une politique globale de santé et bien-être, tenir compte de l'environnement dans lequel il a lieu, et le renforcer en s'appuyant sur les éléments existants, notamment le Mois sans tabac (programme national piloté par Santé publique France, visant à encourager les fumeurs à arrêter de fumer pendant tout le mois de novembre, en favorisant le soutien social).

Comment ?

Pour plus de détail, consulter le chapitre 2. Il est recommandé de :

- Faire participer l'établissement au Mois sans tabac, et commencer à parler de TABADO 2 à cette occasion
- Proposer aux adultes fumeurs de l'établissement d'arrêter de fumer aussi et de bénéficier gratuitement d'une consultation avec le tabacologue et/ou à proximité dans le cadre d'un partenariat avec une structure dédiée
- Prévoir des partenariats avec les structures de proximité
- S'assurer du respect de la réglementation anti-tabac dans les établissements scolaires
- Mobiliser le CESC
- Proposer des activités annexes aux élèves (cf. encadré Les élèves s'ennuient)

Quand ?

Dès l'année de préparation puis pendant tout le programme.

Les élèves s'ennuient

Durant les années d'expérimentation du programme TABADO, un fait marquant était rencontré systématiquement : les élèves disent fumer parce qu'ils « s'ennuient » ...

Dans le cadre d'une politique globale sans tabac, les établissements peuvent ainsi proposer une alternative à la pause cigarette pour lutter contre l'ennui. Un foyer avec des jeux (babyfoot, jeux de société...) est une bonne alternative, ou des ateliers relaxation, musique...

Si TABADO 2 a été inscrit dans le projet d'établissement, la proposition d'activités peut être un des axes du projet par un groupe de travail dédié.

Former l'infirmière à la délivrance des substituts nicotiques

Pourquoi ?

En tant que relai du tabacologue et/ou si le tabacologue n'est pas médecin, l'infirmière peut être amenée à remettre les substituts nicotiques aux élèves.

Comment ?

En faisant participer l'infirmière à la formation du programme Mois sans tabac, piloté par Santé publique France ; des formations ont lieu dans chaque région de France, organisées par des structures relais (IREPS, ANPAA...), en lien avec les ARS. Ce peut être aussi via une formation de bassin.

Quand ?

La formation Mois sans tabac a lieu en octobre de l'année de mise en place (année n). L'inscription à la formation doit se faire en septembre.

Préparer la logistique du projet : les salles, le stockage des documents et substituts nicotiques

Pourquoi ?

Pour identifier, en amont de la mise en œuvre effective de TABADO 2, les moyens à disposition : salles, lieu de stockage des substituts... Anticiper ces différents éléments évite de se retrouver en difficulté lors de la mise en œuvre.

Comment ?

Le binôme chef de projet/infirmière, grâce à sa connaissance de l'établissement identifie :

- Le bureau pour les consultations avec le tabacologue : ce doit être un lieu clos, intime, et y prévoir avec le tabacologue le matériel nécessaire
- Les salles où pourront avoir lieu les réunions d'information ; si possible prévoir de rester dans la même salle sur une même demi-journée
- Un lieu sûr pour le stockage des substituts nicotiques, dans une armoire/tiroir fermé à clé

Quand ?

Entre mai et juin de l'année de préparation (année n-1).

Former le tabacologue (programme, documents, animation de groupe)

Pourquoi ?

Pour qu'il ait une parfaite connaissance de TABADO 2, de ses différents temps d'intervention et de ses missions. Il peut être en particulier nécessaire de l'initier aux séances de groupe s'il n'en a pas l'habitude (voir chapitre 9 – Les séances en groupe).

Comment ?

Le coordinateur régional formera le ou les tabacologues recruté(s), via une réunion physique ou téléphonique, sur les missions dans TABADO 2, le calendrier, les techniques d'animation de groupe et d'approche motivationnelle. Les documents supports lui seront fournis et expliqués.

Quand ?

En septembre ou octobre de l'année de mise en œuvre (année n).

Si possible : ajouter le flyer de communication au dossier de la rentrée des classes

Pourquoi ?

Pour une première information de tous les jeunes, même ceux qui n'auront pas les réunions d'information, et pour informer les parents et faciliter la signature des autorisations parentales pour les mineurs qui s'inscriront à TABADO 2.

Comment ?

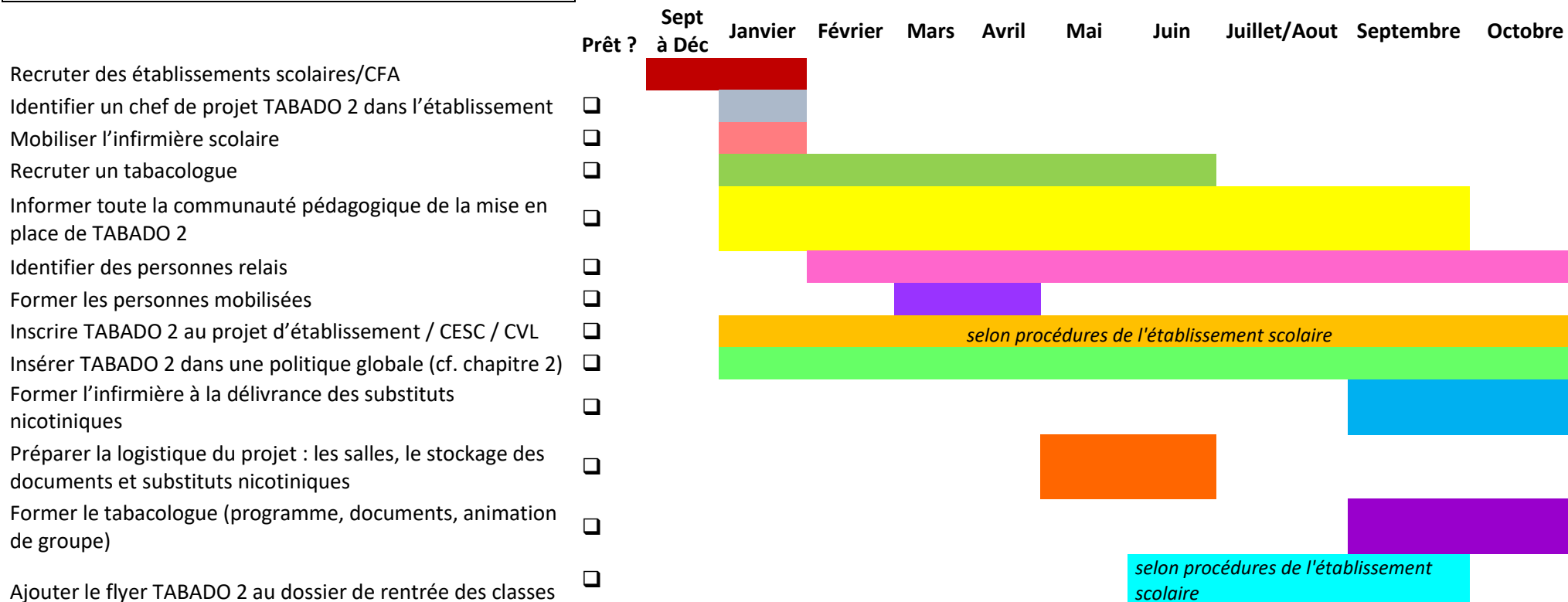
Le coordinateur régional fournira les flyers à l'établissement.

Quand ?

Lors de la préparation du dossier de rentrée des classes, selon les procédures propres à chaque établissement scolaire.

Calendrier année de préparation

Calendrier année de préparation (année n-1)



CHAPITRE 2 - TABADO 2 dans une politique globale

TABADO 2 au-delà des jeunes ciblés

L'objectif principal de TABADO 2 est d'aider les adolescents qui le souhaitent à arrêter de fumer. Il a été développé pour les populations les plus à risques et les moins sollicitées par les actions de prévention : les jeunes en CFA, puis étendu aux jeunes en lycées professionnels.

Pour cela, des réunions d'information de sensibilisation au sujet du tabac sont faites en classes entières dans des CFA ou classes professionnelles de lycées polyvalents, à l'issue desquelles les fumeurs peuvent s'inscrire au programme complet pour bénéficier d'une prise en charge par un tabacologue.

Toutes les classes d'un même établissement ne peuvent pas bénéficier de ces réunions d'information, pour des raisons organisationnelles ou de moyens. Certaines classes sont donc sélectionnées (voir chapitre 5 - La mesure initiale et l'identification des classes cibles).

Et les autres élèves ?

En aucun cas, le programme n'est fermé aux élèves qui n'auraient pas eu les réunions d'information ! Au contraire, pour de meilleurs résultats, il est recommandé de les solliciter aussi par d'autres moyens (voir chapitre 6 - Les réunions d'information et le recrutement) :

- En leur parlant directement individuellement... Le chef de projet/l'infirmière scolaire/les personnes relais sont souvent des personnes qui ont connaissance du statut fumeur de plusieurs élèves : ils peuvent alors leur faire passer l'information sur l'existence de TABADO 2 dans l'établissement, et les inviter à s'y inscrire pour rencontrer le tabacologue, en précisant que cette rencontre n'est en rien une obligation d'arrêt du tabac, ce peut être aussi pour diminuer ou juste faire un bilan, ou parler aussi d'autres substances...
- En leur parlant collectivement sur des temps de pause : le chef de projet/l'infirmière/les personnes relais peuvent se rendre au coin fumeur pendant les pauses, en général juste devant l'établissement, et là encore, informer sur l'existence de TABADO 2 dans l'établissement
- En leur parlant collectivement en cours : à ce niveau l'aide des professeurs est précieuse, car en prenant quelques minutes en début de cours pour présenter brièvement le programme et orienter vers l'infirmière/le chef de projet pour plus de détails, ils peuvent faire passer l'information à toutes les classes de l'établissement...
- Lors d'une consultation à l'infirmerie : en profiter pour faire un point sur la consommation de tabac et d'autres produits psychoactifs, et présenter TABADO 2
- En utilisant des supports de communications (fournis par le coordinateur régional) dans l'établissement : flyers dans le dossier de rentrée des classes, affiches dans des endroits fréquentés (cantine, tableaux d'affichage, toilettes) et à l'infirmerie

Et le personnel de l'établissement ?

Bien que l'arrêt du tabac parmi le personnel de l'établissement ne soit pas l'objectif de TABADO 2, la présence d'un tel programme dans l'établissement peut être une occasion d'aider ceux qui le souhaitent à arrêter de fumer. L'intérêt est triple : créer un environnement favorable via un mouvement général vers l'arrêt du tabac parmi les élèves et le personnel, renforcer le sentiment de soutien social chez certains jeunes, et enfin proposer ainsi une « compensation » par rapport à la mobilisation du personnel dans l'aide à la mise en œuvre de TABADO 2.

Un suivi sur plusieurs séances ne peut généralement pas être proposé pour le personnel pour des raisons logistiques et financières. En revanche, une courte consultation bilan avec le tabacologue (20 minutes) peut être proposée gratuitement dans l'établissement, avec délivrance de conseils et orientation vers les structures appropriées pour une prise en charge sur le long terme.

Une autre proposition est d'organiser une conférence de sensibilisation sur le tabac, comme pour les élèves, mais plus courte et à destination du personnel uniquement.

TABADO 2 dans son environnement de proximité

La connaissance des structures de proximité d'accompagnement au sevrage tabagique permet à la fois de faciliter le recrutement de tabacologues, mais aussi de pouvoir y orienter les adolescents et le personnel de l'établissement une fois TABADO 2 terminé, pour la poursuite de la prise en charge ou le maintien du sevrage, ou orienter les élèves nécessitant une prise en charge pour d'autres addictions.

Le coordinateur régional fournit à l'établissement et au tabacologue la liste des structures de proximité. Le site tabac info service permet également de rechercher les structures proposant les consultations de tabacologie proches de votre ville :

<https://www.tabac-info-service.fr/L-annuaire-des-consultations-de-tabacologie>

A titre d'exemple, voici des structures pouvant être sollicitées :

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs : dispositif le plus approprié dans le cadre de TABADO 2 car à destination des jeunes, et pour tout type d'addiction. Accueil gratuit et anonyme, les jeunes peuvent venir seuls ou accompagnés selon leur choix. Le plus souvent, ces consultations sont proposées dans des CSAPA (voir ci-dessous).

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie : structure pluridisciplinaire pour la prise en charge des addictions, accueil gratuit. Les CSAPA sont présents dans tous les départements de France, parfois abrités par des CHU, et proposent souvent des CJC (voir ci-dessus).

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie : pour la prise en charge de conduites addictives, avec un large domaine d'action : prévention, réduction des risques, soins, accompagnement... L'ANPAA gère des CSAPA, maisons des adolescents, et CAARUD.

Service d'addictologie des centres hospitaliers : pour une prise en charge avant tout par un médecin.

Maison de santé : structure pluriprofessionnelle qui peut proposer des consultations d'accompagnement au sevrage tabagique.

Maison des adolescents : lieu pour accueillir et accompagner les adolescents sur tous les domaines possibles : aussi bien la santé, social, scolaire, juridique...

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues ; plutôt pour des jeunes qui consomment d'autres drogues et ne souhaitent pas arrêter mais diminuer les risques associés à leur consommation.

TABADO 2 et l'environnement social des jeunes

L'entreprise

Les jeunes en lycée professionnel et surtout en CFA passent un temps important dans leur entreprise professionnelle. Selon les cas, ce milieu peut être favorisant (par exemple tabagisme déprécié par la responsable d'un cabinet d'esthétique par rapport à l'odeur pour les clientes) ou au contraire un frein au sevrage (par exemple les filières Bâtiment et Travaux Publics où l'on fume régulièrement en même temps que l'on travaille).

Dans tous les cas, il peut être judicieux de prévenir le patron du jeune que son établissement scolaire est engagé dans un programme global d'aide au sevrage tabagique à destination des adolescents, et que les fumeurs qui le souhaitent seront aidés pour arrêter. Nous vous invitons ainsi à faire parvenir aux patrons un courrier d'information sur TABADO 2, et qui donnera également des conseils sur les comportements de l'entourage qui peuvent aider une personne dans son sevrage tabagique. Libre à chacun de les suivre ou pas. En aucun cas le courrier ne doit révéler le statut tabagique de l'élève, ni sa participation à TABADO 2 ; le choix d'en parler à son employeur revient à l'élève lui-même. Nous recommandons que ce courrier soit signé du chef d'établissement plutôt que par la structure du coordinateur régional (voir annexes).

Il s'agit de suggérer d'éventuels leviers (un patron qui souhaiterait encourager et suivre l'élève dans son sevrage) et de diminuer d'éventuels freins (un patron qui ne fumerait plus dans des espaces confinés comme un atelier ou une camionnette sachant que son apprenti essaye d'arrêter de fumer).

Il est à noter que très souvent, l'avis et le regard du patron compte beaucoup pour ces jeunes.

Les parents

Comme pour le milieu professionnel, la famille peut être selon les cas un levier ou un frein dans le sevrage tabagique du jeune, et l'informer de la mise en place de TABADO 2 dans l'établissement scolaire peut suggérer des leviers ou diminuer des freins.

Nous vous invitons ainsi à faire parvenir à la famille des jeunes un courrier d'information sur TABADO 2, et qui donnera également des conseils sur les comportements de l'entourage qui peuvent aider une personne dans son sevrage tabagique. Libre à chacun de les suivre ou pas. En aucun cas le courrier ne doit révéler le statut tabagique de l'élève, ni sa participation à TABADO 2 ; le choix d'en parler à sa famille revient à l'élève lui-même. Là encore, nous recommandons que ce courrier soit signé du chef d'établissement plutôt que par la structure du coordinateur régional (voir annexes).

Les amis/Les pairs

Le comportement et soutien des pairs influencent bien sûr le sevrage tabagique des élèves. Mais contrairement aux employeurs et aux parents, leur mobilisation ne se fait pas par un envoi de courrier. Il n'est pas possible de connaître tous les amis des élèves, notamment ceux qui sont en dehors de l'établissement scolaire. Les amis de l'établissement sont sollicités lors de la réunion d'information, pour apporter du soutien à ceux qui s'inscriront à TABADO 2, pour essayer d'arrêter de fumer à plusieurs et s'inscrire ensemble. Les séances en groupe sont mises en place pour renforcer spécifiquement ce soutien social entre les participants à TABADO 2 (voir Chapitre 9 – Les séances en groupe). Les élèves sollicitent aussi assez naturellement les pairs qu'ils pensent pouvoir être un soutien.

TABADO 2 et la réglementation dans l'établissement

Un établissement sans tabac

Selon la loi (article 1 du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif), le tabac doit être interdit dans tous les établissements scolaires, lycées comme CFA, pour les élèves et pour le personnel. Cela n'est pas toujours appliqué, il arrive que des zones fumeurs existent dans des établissements. En résulte que près de 22% des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà été exposés à la fumée de tabac à l'intérieur de leur établissement⁷. Pourquoi ? Parce que la sortie d'un grand nombre d'élèves s'agglutinant devant l'établissement peut s'avérer dangereuse (circulation routière), parce que la surface extérieure de l'établissement est trop grande par rapport aux moyens humains pour surveiller les élèves qui se cachent pour fumer dans des endroits pouvant être dangereux (produits inflammables)...

Pourtant, l'interdiction de fumer dans l'établissement permet de dénormaliser le tabagisme des adolescents : « ce n'est pas normal de fumer dans l'école », mais aussi de préserver les élèves nouveaux arrivants qui ne fument pas encore : les élèves expliquent souvent qu'ils se mettent à fumer régulièrement en arrivant au lycée/CFA, au contact d'autres fumeurs. S'en suit alors un cercle vicieux...

Pour en sortir, la direction de l'établissement doit donc instaurer une politique 0 tabac dans l'établissement, pour les élèves et le personnel. L'établissement doit clairement être anti-tabac dans l'esprit des élèves. Ceci peut être renforcé par des affiches de prévention, par des actions parallèles proposées dans l'établissement...

Pour les établissements qui proposent encore des zones fumeurs, il est vivement conseillé de migrer progressivement vers une application de cette loi : par exemple, commencer par des restrictions des zones, des heures d'accès... Le coordinateur régional peut travailler avec la direction pour un plan d'action. Le mois sans tabac (novembre) peut être une belle occasion de commencer à instaurer une politique 0 tabac dans l'établissement.

⁷ Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S, et al. Les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence. Enquête Escapad 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(14-15):274-82. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_2.html

TABADO 2 et le mois sans tabac

L'opération « moi(s) sans tabac » est un évènement national chaque année en novembre, dont l'objectif est d'arrêter de fumer pendant 30 jours.

Pendant ce mois, de nombreux partenaires se mobilisent pour proposer des interventions partout en France : dans les établissements scolaires, les entreprises, les lieux publics, des spots publicitaires radio, affiches de communication...

Pour plus d'information, vous pouvez consulter la section Mois sans tabac du site internet de tabac info service <https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>

Pour favoriser l'adhésion des jeunes à TABADO 2, il est fortement conseillé de coordonner TABADO 2 avec le mois sans tabac. Ce dernier étant ainsi une première sensibilisation sur l'arrêt du tabac, c'est l'occasion d'annoncer aux jeunes que TABADO 2 sera mis en place prochainement dans l'établissement. Cela leur laisse ainsi un délai de réflexion pour y penser, réfléchir à leur inscription. Ainsi quand les réunions d'information TABADO 2 auront lieu, les jeunes seront déjà sensibilisés à l'arrêt du tabac, à TABADO 2, et cela renforce les chances que les fumeurs s'inscrivent au programme complet.

Le coordinateur régional proposera à l'établissement des interventions et des partenariats avec les acteurs locaux du Mois sans tabac.

Par ailleurs, quand les préalables (chapitre 1) ne sont pas réunis dans un établissement, l'opération « Moi(s) sans tabac » est un moyen idéal pour susciter une mobilisation progressive dans un établissement scolaire. Elle peut être mise en place seule sans TABADO 2, pendant plusieurs années scolaires jusqu'à obtenir une mobilisation suffisante pour réunir les conditions nécessaires au démarrage de TABADO 2.

CHAPITRE 3 – L'intervention TABADO 2

Présentation générale

Une fois tous les préalables réunis pendant l'année de préparation (chapitre 1) et la création d'un environnement global favorable (chapitre 2) : que faut-il mettre en place sur le terrain ? Les différentes étapes sont présentées ci-dessous et détaillées dans les fiches correspondantes.

Quatre fiches transversales aux différentes étapes sont disponibles :

- Focus sur les attentes des jeunes par rapport à TABADO 2
- Focus sur les éléments influençant le sevrage tabagique selon les jeunes
- Focus sur l'organisation
- Focus sur les substituts nicotiniques

L'intervention TABADO 2 comprend plusieurs étapes :

- 1) Annonce de la mise en place de TABADO 2 à l'ensemble de l'établissement
- 2) La mesure initiale et l'identification des classes cibles
- 3) La réunion de lancement entre les intervenants : le conférencier, le tabacologue et le binôme chef de projet/infirmière (voir Focus sur l'organisation)
- 4) Les réunions d'information et le recrutement
- 5) Les inscriptions au programme de sevrage
- 6) Les consultations individuelles avec un tabacologue (une consultation diagnostique et 4 consultations de suivi)
- 7) Les séances en groupe (4 séances en groupe, avec les élèves inscrits et le tabacologue)

} Pour les
inscrits

Remarque

Des adaptations sur la forme et la fréquence des consultations et des séances en groupe sont possibles et sont présentées dans les fiches détaillées.

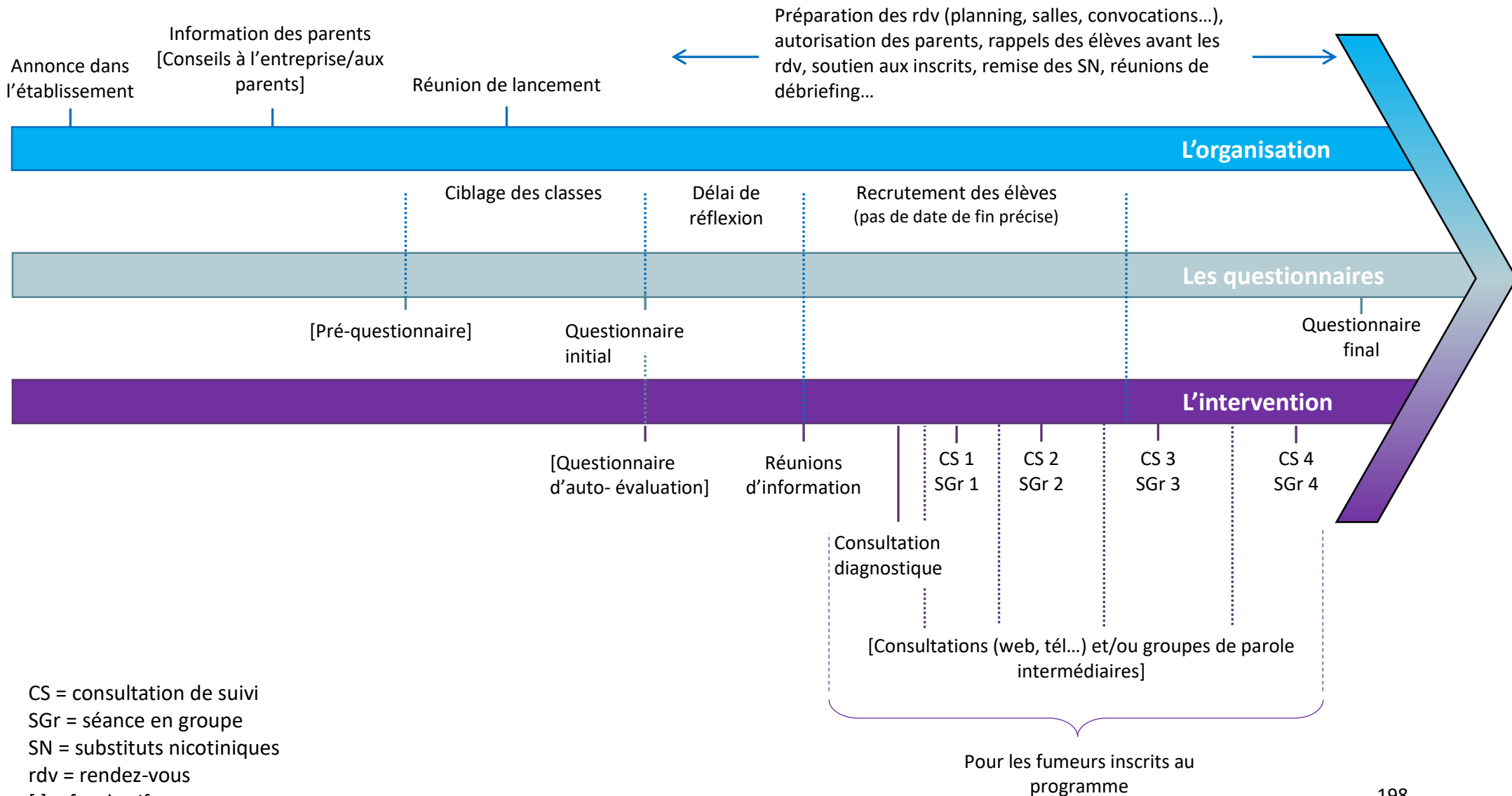
- 8) Questionnaire final (voir chapitre 10 – Évaluation de l'intervention)

Le manuel « Jeunes et Tabac : prévenir, les risques et accompagner vers l'arrêt »⁸ est un bon support pour aider les intervenants à la préparation des réunions d'information, des consultations individuelles et des séances en groupe.

⁸ Manuel développé par la Fédération Addiction et le RESPADD, téléchargeable sur http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/manuel_jeunes_tabac_cipca.pdf

TABADO 2

Année scolaire de mise en œuvre



CS = consultation de suivi
SGr = séance en groupe
SN = substituts nicotiques
rdv = rendez-vous
[] = facultatif

Focus sur les attentes des jeunes par rapport à TABADO 2

Ces éléments sont issus d'entretiens avec des élèves ayant participé au programme TABADO⁹. Ils pourront ainsi vous aider à mieux répondre aux attentes des jeunes dans votre façon de mener le programme.

Les attentes des jeunes en participant à TABADO :

- ✓ Avoir quelqu'un avec qui parler du tabac, être écouté
- ✓ Avoir une réelle aide, un soutien, un suivi par un médecin/tabacologue
- ✓ Ne pas être jugé, pouvoir parler librement
- ✓ Être guidés dans cette démarche d'arrêt, et avoir des conseils face à des situations précises de vie (lors de la consommation d'alcool, quand quelqu'un fume à côté de soi, etc)
- ✓ Avoir des défis par rapport au tabac, d'un suivi à l'autre
- ✓ Pouvoir parler du cannabis
- ✓ Avoir des patchs, gratuitement
- ✓ Avoir quelqu'un au quotidien avec soi qui arrête de fumer aussi
- ✓ Pouvoir échanger son expérience d'arrêt avec d'autres jeunes, recevoir des idées des autres, partager des astuces
- ✓ Bénéficier d'une relance quand la démarche d'arrêt est considérée comme personnelle et individuelle
- ✓ Pour les réunions d'information : quelque chose de dynamique, interactif, avec des exemples concrets

⁹ La méthode est décrite dans :

Vallata A, Cadeville M, Trompette J, Kanski C, Kivits J, Alla F. From research to generalization: scale-up process of a public health intervention in France. *European Journal of Public Health* [Internet]. 21 nov 2018;28(suppl_4). Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky213.199>

Kivits J, Ricci L, Vallata A, Minary L. Recherche interventionnelle en santé publique : quelle place pour l'interdisciplinarité ? L'exemple de RESIST, un programme de sevrage tabagique en milieu scolaire. Colloque "Les sciences humaines et sociales face à l'interdisciplinarité dans les recherches en santé. Pratiques, lieux, enjeux et perspectives"; 11-12 décembre 2017; Paris. p. 11-12.

<https://lesshsfacealinterdisciplinariteensante.files.wordpress.com/2017/06/livret-proget-rc3a9sumc3a9-colloque-shs-interdisciplanirtc3a9-en-sante.pdf>

Focus sur les éléments influençant le sevrage tabagique selon les jeunes

Les déterminants du sevrage chez les jeunes sont connus dans la littérature. En particulier, cinq facteurs ont été significativement associés à l'arrêt du tabac¹⁰ :

- Ne pas avoir d'ami qui fume
- Ne pas avoir l'intention de fumer dans le futur
- Résister à la pression de fumer
- Être plus âgé lors de la première cigarette
- Avoir des croyances négatives sur le tabagisme

A côté de ces facteurs épidémiologiques, il est intéressant de prendre en compte le discours des élèves. Ces éléments sont issus d'entretiens avec des élèves ayant participé au programme TABADO et d'observations de séances collectives avec les tabacologues³. Ils pourront ainsi vous aider à mieux anticiper les comportements des jeunes dans la prise en charge de leur sevrage tabagique.

Eléments de motivation à l'arrêt (initiation ou maintien) expérimentés par les jeunes :

- ✓ Le coût du tabac, volonté de pouvoir utiliser cet argent pour faire autre chose ; ou constat des économies réalisées
- ✓ La santé : prise de conscience des effets néfastes sur la forme physique, et notamment l'essoufflement en sport ou en milieu professionnel ; la santé « pour plus tard » inquiète avec crainte d'attraper les maladies liées au tabac ; parfois présence d'un problème de santé où le tabac est particulièrement contre indiqué, voire un ami jeune dans l'entourage avec un cancer
- ✓ Dégoût du tabac, indisposition par l'odeur
- ✓ Désir de se libérer de l'emprise de la cigarette « avoir la sensation de liberté » versus « pour moi c'est comme une prison »
- ✓ Être occupé
- ✓ Pouvoir conserver la gestuelle (inhaleur, cigarette électronique)
- ✓ Constaté une amélioration du souffle en sport
- ✓ Constaté une diminution effective de leur consommation fait penser aux jeunes qu'ils vont finir par complètement arrêter
- ✓ Se tester face à la cigarette, avec une fierté personnelle de réussir « C'était aussi pour me tester moi je pense. Bon pour l'instant j'arrive à gagner donc ça va. » ; « Ce serait déjà pas mal de se dire qu'on arrête, qu'on a réussi à faire ça quoi [...] j'aurais réussi quelque chose, je serais fière de moi quand même »
- ✓ **Voir une personne du groupe TABADO réussir à arrêter**

(suite page suivante)

¹⁰ Cengelli S, O'Loughlin J, Lauzon B, Cornuz J. A systematic review of longitudinal population-based studies on the predictors of smoking cessation in adolescent and young adult smokers. Tob Control. 2012 May;21(3):355–62.)

- ✓ Influence de l'entourage et de son avis : petit(e) ami(e) non-fumeur(euse) ; arrêt du tabac chez des proches, regard des proches (positif sur l'arrêt/négatif sur le tabagisme)
- ✓ Environnement non-fumeur : côtoyer des non-fumeurs, interdiction de fumer sur le lieu de travail ou à la maison, ne pas aller au coin fumeur à la pause
- ✓ Toute forme d'encouragement et de valorisation aide les jeunes, que ce soit au travail, à l'école, en famille ou entre amis, par un non-fumeur ou un fumeur (celui des non-fumeurs est parfois vu comme plus crédible, mais pas toujours)

Freins à l'arrêt expérimentés par les jeunes :

- ✓ Les situations stressantes, être énervé, avoir des soucis de famille
- ✓ Les événements festifs/sociaux (soirées, les fêtes de fin d'année, boîtes de nuit)
- ✓ Être au contact de fumeurs (amis, famille), ou dans un environnement très fumeur (le CFA)
- ✓ Les consommations d'autres produits (alcool, cannabis)
- ✓ Les temps de récréation ou la pause méridienne
- ✓ Avoir des membres du foyer qui fument à la maison* ; autorisation de fumer à la maison
- ✓ Le lieu de travail quand les interdictions de fumer ne s'appliquent pas (milieux ouverts, notamment pour les jeunes en filière Bâtiment et Travaux Publics, en CFA)
- ✓ Le sentiment d'ennui
- ✓ Les cigarettes plaisir
- ✓ L'habitude de fumer
- ✓ Considérer que « c'est normal de fumer »
- ✓ S'attendre à des résultats miracles par rapport au sevrage, en 1 séance ; déception/découragement de ne pas réussir directement à arrêter
- ✓ La fin du suivi avec le tabacologue inquiète les jeunes par rapport au maintien de l'arrêt

* Notez que 42,7% des jeunes de 17 ans déclarent être exposés à la fumée du tabac à la maison (BEH N°14-15 du 28 mai 2018).

Focus sur l'organisation

Cette partie concerne plus particulièrement le chef de projet TABADO 2 au sein de l'établissement.

✓ Soutien du chef d'établissement

Comme abordé dans le chapitre 1 – Les prérequis pour l'implantation de TABADO 2, le soutien du chef d'établissement favorise le bon déroulement de la mise en œuvre du programme. Notamment par rapport aux professeurs réfractaires au programme, si le chef d'établissement a officialisé le programme (par exemple par un e-mail à l'ensemble du personnel), le chef de projet aura moins de difficulté à mobiliser certaines heures de cours pour TABADO 2. Sans l'appui du chef d'établissement, il se peut que certains professeurs refusent de laisser leurs heures de cours, ou refusent de laisser un élève quitter le cours pour participer au programme.

✓ Les salles

Dès l'année de préparation, commencez à identifier les salles qui pourront être utilisées pour TABADO 2.

La passation des questionnaires peut se faire en salle de classe, ou même dans une plus grande salle si vous regroupez plusieurs classes en même temps, par exemple au réfectoire, mais la tâche est alors plus complexe et le bruit ambiant peut perturber le remplissage de ceux-ci.

Pour les réunions d'information, il est préférable que **le conférencier puisse rester dans la même salle sur une même demi-journée**. Cela laisse plus de place pour l'indispensable temps d'échanges informels en fin de réunion d'information (voir chapitre 6 – Les réunions d'information). Dans ce cas, l'aide des professeurs est précieuse : vous pouvez leur demander d'amener eux-mêmes leurs élèves à la salle où a lieu la réunion d'information. Cela est à prévoir en amont avec eux.

De même pour les consultations individuelles et les séances en groupe, le tabacologue et les élèves s'y retrouvent mieux si ce sont toujours les mêmes salles d'une semaine à l'autre. Pour les consultations, nous recommandons **un lieu clos et intime**, comme l'infirmerie par exemple. Pour les séances en groupe, **favorisez la convivialité du lieu, et installez les chaises en rond** pour de meilleurs échanges.

✓ Avertir les personnes concernées

Pensez à avertir en amont les personnes suivantes du calendrier des interventions (selon les moyens de communication habituellement utilisés dans l'établissement : par oral, par un mot dans le casier, un e-mail ou via pronote...) :

- Les professeurs pour lesquels une heure de cours sera mobilisée pour les questionnaires ou les réunions d'information
 - Les fumeurs inscrits peuvent ne pas vouloir que leurs professeurs soient au courant qu'ils suivent le programme TABADO 2 : respecter cela. Dans ces cas-là, fournir à l'élève une convocation type de l'infirmerie ou du CPE de l'établissement pour qu'ils puissent quitter le cours sans se justifier.

- L'accueil, pour que les intervenants extérieurs à l'établissement n'aient pas de difficulté pour entrer
- La vie scolaire, pour que les élèves ne soient pas notés absents de cours s'ils sont avec le tabacologue
- Les surveillants au cas où il y ait besoin d'une aide logistique

✓ **Les convocations**

Des cartons de rendez-vous sont disponibles en annexe ; vous pouvez y noter les rendez-vous de l'élève et celui-ci peut le montrer au professeur pour justifier sa sortie de classe. Vous pouvez également utiliser les convocations de votre établissement (infirmerie, CPE) sans indiquer le motif précis pour faciliter la sortie de cours de l'élève (notamment si vous avez des professeurs réfractaires au projet) ou si l'élève ne veut pas que sa participation à TABADO 2 soit apprise par ses professeurs. Ces convocations doivent être complétées par un rappel aux élèves la veille du rendez-vous (cf. paragraphe Le rappel aux élèves).

✓ **Les heures de cours utilisées pour TABADO 2**

Les interventions TABADO 2 doivent **avoir lieu sur des heures de cours**, et non pas sur le temps personnel des élèves.

Lorsque vous préparez le planning TABADO 2, une attention particulière doit être portée sur le type de cours sur lequel vous placez une intervention. Il est toujours délicat de faire manquer un cours ou une partie du cours à des élèves, mais par expérience, certains types de cours posent particulièrement problème, y compris pour les élèves eux-mêmes. Il s'agit :

- Des **cours pratiques ou ateliers**, qui sont spécifiques à la filière de formation de l'élève
- Des cours où **l'examen a un coefficient élevé**
- Des cours avec un **examen spécifique en fin d'année** (par exemple les cours de Français pour un élève en 1^{ère})

Il faut également essayer de **ne pas toujours prendre sur le même cours ou sur le même professeur**. **Eviter de prendre les élèves sur leur temps de récréation** car ils ont tendance à ne pas venir dans ces cas-là.

✓ **Le planning**

Vous verrez dans les chapitres suivants que nous n'imposons pas de délai précis entre chaque temps d'intervention, **entre 1 et 3 semaines**, même si nous recommandons fortement **un suivi tabacologique rapproché au début**. C'est à vous d'organiser le planning en fonction des **contraintes calendaires qui sont propres à chaque établissement** (période de stage, d'entreprise, d'examens, de vacances scolaires...), **mais aussi des disponibilités du tabacologue**. Nous déconseillons de prévoir tous les suivis à une semaine d'intervalle car la durée du programme serait alors trop courte pour assurer un sevrage tabagique sur la durée, et l'organisation serait très dense pour le chef de projet de l'établissement. **L'idéal étant ainsi d'espacer les interventions du tabacologue d'une semaine au tout début (consultation diagnostique/suivi 1), et progressivement espacer jusqu'à 3 semaines maximum.**


Un délai de réflexion

Les élèves ont besoin d'un temps de réflexion avant de s'inscrire à TABADO 2. Plus on leur en parle tôt, plus cette idée peut murir dans leurs têtes. Ainsi, il est nécessaire de laisser un temps suffisant (\approx 2 semaines) entre la 1^{ère} fois où on leur parle de TABADO 2 et le début effectif des inscriptions. Il est donc astucieux de leur parler de TABADO 2 dès la mesure initiale.

La période de Noël

Si possible, évitez de prévoir les réunions d'information juste avant les vacances de Noël car à l'approche des fêtes de fin d'année, les élèves ont tendance à être moins motivés pour débiter un sevrage tabagique. Les faire à la reprise en janvier, en jouant sur l'idée de la « bonne résolution » peut être astucieux.

Le planning des rendez-vous doit être préparé suffisamment à l'avance de façon à ce que l'élève reparte toujours de consultation **avec son rendez-vous pour la fois prochaine**. Vous pouvez au choix donner les rendez-vous à l'élève au fur et à mesure des consultations, ou vous pouvez fixer dès le début de l'année toutes les dates d'intervention avec le tabacologue, et ainsi donner à l'élève toutes ses dates lors de la première consultation. Des petits cartons de rendez-vous sont disponibles en annexe ; vous pouvez les compléter et les distribuer aux élèves.

 Pensez à systématiquement envoyer au tabacologue le planning de ses rendez-vous quelques jours avant la date prévue et lui imprimer une version papier sur place.

Particularité de la consultation diagnostique

La planification anticipée des consultations diagnostiques est la plus délicate : en effet au moment où l'on commence à préparer le planning, on ne sait généralement pas encore combien d'élèves vont s'inscrire au programme. Pour l'estimer, prévoyez que jusqu'à 25% des fumeurs vus en réunions d'information vont s'inscrire ; en comptant 50% de fumeurs en CFA et 25% en lycées.

Dans l'idéal, TABADO 2 devrait se terminer autour des vacances d'avril. La fin d'année étant chargée que ce soit pour les élèves avec les examens et les révisions, ou le personnel de l'établissement. Plus les examens approchent, plus il est difficile pour les élèves de les faire venir en consultations, que ce soit par rapport aux élèves ou par rapport aux professeurs. Ainsi dès le début de l'année scolaire, il faut anticiper le planning TABADO 2 sur l'année entière pour tenter au maximum de tenir ce délai.

✓ Le rappel aux élèves

Même si vous donnez un carton de rendez-vous aux élèves, sur lesquels vous indiquez les jours, heures et lieux des rendez-vous, cela n'est pas suffisant pour assurer leur présence... **Ainsi la veille des rendez-vous, le chef de projet doit recontacter tous les élèves inscrits pour leur rappeler la consultation individuelle et la séance en groupe (jour, horaire, lieu).** Cela peut se faire au choix par SMS, appel téléphonique ou de visu (éviter le mail, les élèves ne les consultent pas forcément tous les jours). Les personnes relais peuvent ici être mobilisées pour aider le chef de projet dans cette tâche (par exemple, les professeurs des élèves concernés).

Malgré cela, il est parfois nécessaire que le chef de projet aille **chercher les élèves dans leurs salles de classe au moment du rendez-vous s'ils ne sont pas présents** ; ici encore l'aide des personnes relais peut être utile. En début de séance collective, s'il y a des absents, il est également possible de **demander aux élèves présents de faire un SMS à leurs camarades** pour savoir s'ils vont venir.

✓ **La réunion de lancement**

Une réunion de lancement doit avoir lieu entre les différents intervenants **AVANT le début des réunions d'information** : le tabacologue, le conférencier (si différent du tabacologue), le chef de projet, et l'infirmière scolaire. Cette réunion peut être physique ou téléphonique. Les objectifs sont :

- **de s'assurer auprès de chaque intervenant de tout le matériel dont il aura besoin lors de ses interventions**
 - Salle adaptée (taille, chaises, tables, bureau)
 - Tableau avec feutres
 - Paperboard avec feutres
 - Matériel de bureau (feuilles, stylos)
 - Ordinateur avec code d'accès
 - Internet
 - Vidéoprojecteur
 - Enceintes
 - CO testeur et échelle de dosage du CO
 - Dossiers de consultation
 - Substituts nicotiques
 - Pèse-personne
 - Tensiomètre
 - Etc
- **de clarifier la répartition des tâches entre les différentes personnes impliquées**
 - Faire les rappels aux élèves la veille des rendez-vous
 - Accueillir le tabacologue
 - Préparer/ouvrir la salle
 - Donner les substituts nicotiques aux élèves (le jour de la consultation et entre 2 consultations)
 - Préparer les plannings
 - Donner les dates de rendez-vous aux élèves
 - Préparer et remettre les convocations aux élèves
 - Aller chercher les élèves manquants
 - Ranger les dossiers de consultation, et lieu
 - Avertir les professeurs de la mobilisation de leur heure de cours
 - Demander aux professeurs d'amener les élèves à un endroit
 - Récupérer les questionnaires
 - Compléter les différents documents : fiche de liaison infirmière/tabacologue, feuille de présence, fiches de suivi du programme...
 - Etc

Au-delà de la réunion de lancement, il est important d'avoir une bonne communication au sein de l'équipe tout au long du projet (échanges lors des rencontres physiques, ou par mail, téléphone, etc).

✓ Les réunions de débriefing

Lors de son arrivée dans l'établissement, **avant qu'il ne reçoive les élèves, le tabacologue doit pouvoir faire un point avec l'infirmière scolaire et avec le chef de projet** (pas nécessairement en même temps) :

- avec l'infirmière, pour l'obtention d'informations sur les élèves s'il y a des éléments importants à donner avant de débiter la prise en charge, et/ou s'il y a eu des événements spécifiques entre 2 consultations (aspects médicaux)
- avec le chef de projet pour être informé des changements organisationnels de dernière minute (aspects logistiques : absence d'un élève, modification du planning...), et pour prévoir les prochaines dates d'intervention. Par ailleurs le chef de projet devrait systématiquement être là au début de la séance en groupe pour éventuellement aller chercher les élèves manquants dans leur salle de classe. Il est possible également de demander aux élèves présents de faire à un SMS à leurs camarades pour leur demander s'ils vont venir.
 - Attention, même sans la présence du chef de projet pour le débriefing, le tabacologue doit disposer en amont d'un minimum d'information sur le nombre d'élèves prévus, leur identité, l'ordre de passage, etc. Les informations peuvent lui être transmises par e-mail quelques jours avant sa venue.

Après avoir reçu les élèves, le tabacologue doit pouvoir faire de nouveau un débriefing :

- avec l'infirmière scolaire pour lui transmettre d'éventuelles consignes d'ici le prochain suivi de l'élève (par exemple, lui remettre tel substitut nicotinique s'il n'en a plus ou lui proposer une consultation intermédiaire de coaching).
- éventuellement avec le chef de projet, s'il y a eu des problèmes techniques ou pour la planification des rendez-vous, s'il y a besoin d'adapter la durée de consultation pour certains élèves...


Si certains débriefings ne sont pas possibles, les informations doivent être notées sur **une fiche de liaison**. Attention toutefois à conserver des réunions physiques car, au-delà de la transmission d'informations, **ces temps permettent de créer une équipe et renforcent le sentiment d'appartenir à un projet pérenne**, plutôt que des acteurs individuels intervenant pour des actions ponctuelles.

Les fiches de liaison tabacologue/infirmière et tabacologue/chef de projet doivent être 2 documents distincts car la 1^{ère} contient des informations médicales strictement confidentielles.

Focus sur les substituts nicotiques

Concernant les substituts nicotiques (SN), nous avons 3 recommandations principales :

- nous conseillons au coordinateur régional de faire un achat d'un stock suffisant de substituts, avant le démarrage du projet, pour pouvoir en laisser un petit stock dans chaque établissement et que les tabacologues puissent ainsi fonctionner en autonomie pour la prise en charge des élèves
- dans les établissements scolaires, les SN doivent être stockés dans une armoire fermée à clé, à l'infirmerie quand il y en a une
 - Pour assurer un suivi du stock de SN dans chaque établissement, vous pouvez demander aux tabacologues de compléter une fiche de stock (voir annexes). Ils pourront ainsi vous prévenir AVANT qu'un produit ne vienne à manquer, et vous pourrez vérifier la concordance du stock par rapport à ce que prescrit le tabacologue.
- pour convenir à un maximum de profils, nous recommandons vivement d'avoir une gamme très variée de SN, que cela soit au niveau de la forme, du dosage et du goût ; sans quoi les élèves peuvent abandonner leur substitution nicotinique et mettre en péril leur sevrage :
 - Inhalateurs
 - Sprays
 - Patchs 24h, à différents dosages
 - Pastilles à sucer/Comprimés sublinguaux, à différents goûts et dosages
 - Gommages à mâcher, à différents goûts et dosages

 Préférez les SN remboursés par la Sécurité Sociale, ce qui permet aux élèves de continuer à en acheter après la fin du programme.

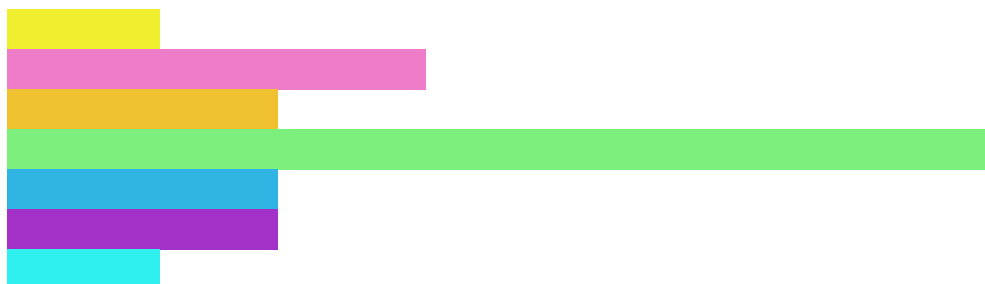
Calendrier année de mise en œuvre

Calendrier année de mise en œuvre, année n

Pour rappel, suite et fin des préalables du chapitre 1 :

- Informez toute la communauté pédagogique de la mise en place de TABADO 2
- Identifier des personnes relais
- Inscrire TABADO 2 au projet d'établissement / CESC / CVL
- Insérer TABADO 2 dans une politique globale (cf. chapitre 2)
- Former l'infirmière à la délivrance des substituts nicotiques
- Former le tabacologue (programme, documents, animation de groupe)
- Ajouter le flyer TABADO 2 au dossier de rentrée des classes

Prêt ? Septembre Octobre Novembre Décembre Janvier Février Mars Avril Mai



- Annnonce de la mise en place de TABADO 2 dans l'établissement
- La mesure initiale et l'identification des classes cibles
- La réunion de lancement
- Les réunions d'information et le recrutement
- Les inscriptions au programme de sevrage
- La consultation diagnostique
- Les consultations de suivi
- Les séances en groupe
- Questionnaire final

Fait ? Septembre Octobre Novembre Décembre Janvier Février Mars Avril Mai



Ce calendrier présente les périodes maximales sur lesquelles peuvent s'étaler les différentes missions ; par exemple en lycée, les réunions d'information peuvent généralement être faites sur 2 jours, en CFA l'alternance des stages ne le permet pas forcément. Chaque établissement aura donc son propre calendrier.

CHAPITRE 4 – Annonce de la mise en place de TABADO 2 à l’ensemble de l’établissement

Avant de mettre en place TABADO 2, il doit être présenté à l’ensemble de l’établissement lors d’une réunion plénière réunissant tout le personnel (voir chapitre 1 – Les prérequis), pour mobiliser la communauté pédagogique et qu’elle soit un facteur facilitant à la mise en œuvre du programme, et éviter certains blocages potentiels. En outre, cela permet d’identifier des personnes relais et de faciliter l’accord des professeurs lorsque les jeunes devront s’absenter de cours.

Cette présentation doit être brève : 10-20minutes selon les possibilités de l’établissement, et est faite par le coordinateur régional, à l’occasion par exemple d’une réunion de bilan de fin d’année, une réunion débriefing hebdomadaire, une réunion de prérentrée, un CESC... **Elle doit avoir lieu avant la distribution des premiers questionnaires pour TABADO 2.**

Nous proposons un plan pour cette présentation (qui ne nécessite pas forcément un support visuel) ; celui-ci peut être adapté mais il est important que tous les messages soient donnés.

Plan :

- Objectif de TABADO 2 : aider les adolescents à arrêter de fumer
- Bref historique de TABADO 2 : d’un projet de recherche avec des résultats qui montrent que l’intervention fonctionne, à une généralisation nationale
- Aspects pratiques
 - Le planning du programme : période et différents temps et durées d’intervention (questionnaires, réunions d’information, consultations, séances en groupe)
 - Certaines heures de cours utilisées pour les questionnaires et les réunions d’information
 - Absences ponctuelles des élèves pendant certains cours pour leur suivi tabacologique
- Recrutement de personnes relais dans l’établissement
 - Expliquer les missions possibles : amener les élèves à la salle de la réunion d’information, rappeler aux élèves l’existence de TABADO 2 dans l’établissement et inviter à s’inscrire, féliciter les élèves qui suivent le programme, intégrer le sujet du tabac pendant un cours (exemple : des statistiques sur le tabac en cours de mathématiques)
 - **Peu importe que la personne soit fumeuse ou non, toute implication est bénéfique pour la mise en œuvre ET les résultats du programme** ; l’importance est de montrer aux élèves que l’on soutient TABADO 2 et la démarche de sevrage (même si l’on est fumeur)
- Soutien des enseignants nécessaire
 - Posture favorable au programme, ou au minimum neutre ; ne pas donner de messages discordants avec TABADO 2, type « ça ne sert à rien de s’inscrire à ce programme », « tu n’arriveras pas à arrêter »

En complément de cette présentation orale, nous conseillons un moyen d’information complémentaire par écrit : par exemple un e-mail à tout le personnel (idéalement signé du chef d’établissement), distribution d’un tract dans les casiers courriers du personnel, etc.

Communiquez les effets positifs observés

À tout moment, n'hésitez pas à faire part des résultats bénéfiques du programme si vous en observez (arrêt/diminution du tabac ou d'autres substances, réintégration au système scolaire, initiation d'un suivi médical en extérieur...) car il semble que l'équipe pédagogique a besoin de savoir que le programme fonctionne pour l'encourager à s'investir.

CHAPITRE 5 - La mesure initiale et l'identification des classes cibles

La mesure initiale peut se faire de différentes façons, selon votre type d'établissement (CFA, lycée) et vos possibilités organisationnelles. Certains aspects sont indispensables, d'autres sont adaptables. Trois outils sont disponibles en annexe : le pré-questionnaire, le questionnaire initial, et l'auto-évaluation. En fonction de vos attentes, vous pouvez ajouter des questions si vous le souhaitez.

Présentation des questionnaires

	Le pré-questionnaire	Le questionnaire initial	L'auto-évaluation
<i>Objectif</i>	<ul style="list-style-type: none"> mesure : faire un état des lieux de la prévalence du tabac et autres co-addictions (cannabis, chicha, alcool) dans l'établissement scolaire et/ou ciblage : cibler les classes qui bénéficieront des réunions d'information <i>(détail sous le tableau)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> faire un état des lieux en amont du programme chez les élèves qui vont bénéficier de TABADO 2 (réunions d'information seules et programme complet) : consommation de produits psychoactifs dont le tabac, fréquence et quantité, niveau de dépendance, tentatives d'arrêt, positionnement par rapport au tabac... 	<ul style="list-style-type: none"> faire réfléchir les jeunes sur leurs consommations, leur faire prendre conscience des quantités consommées et des coûts
<i>Nécessité</i>	Facultatif	Obligatoire	Facultatif
<i>Destinataire</i>	Toutes les classes d'un établissement	Uniquement pour les classes qui bénéficieront des réunions d'information	S'utilise en complément du pré-questionnaire ou du questionnaire initial
<i>Taille</i>	4 questions courtes (+ informations générales : classe, sexe, etc)	6 questions (+ informations générales : classe, sexe, etc)	3 questions
<i>Quand ?</i>	Avant le questionnaire initial, donc environ en septembre.	Avant les réunions d'information, et de préférence avant le début du Mois sans tabac (novembre), sinon il risque d'y avoir une fausse basse prévalence tabagique préprogramme due au Mois sans tabac, avec une augmentation lors de l'évaluation finale. Dans tous les cas, le calendrier global du projet doit pouvoir contenir ensuite les réunions d'information, le suivi tabacologique et l'évaluation finale, avant que les élèves ne partent en vacances d'été, en stage, ou en examens.	Au moment du pré-questionnaire ou questionnaire initial. Remarque : il peut également être utilisé comme base de discussion pour une séance en groupe (chapitre 9).
<i>Remarque</i>	En le redistribuant à toutes les classes en fin de programme : évaluation complète des changements de comportement ayant pu survenir chez tous les jeunes de l'établissement, et pas seulement ceux du programme (les données montrent que plus il y a de jeunes qui participent au programme complet, plus d'autres jeunes arrêtent de fumer aussi)	Ce questionnaire sert principalement à l'évaluation du programme, mais peut également commencer à faire réfléchir les jeunes sur leurs consommations ; pour une réflexion plus poussée, vous pouvez compléter ce questionnaire avec le questionnaire d'auto-évaluation.	L'expérience du terrain a montré que certaines questions pouvaient interpeller les jeunes sur leurs consommations, et ainsi favoriser leur inscription au programme pour au moins faire le point avec un tabacologue. Ce questionnaire n'a pas été testé en l'état mais c'est un exemple des questions qui nous semblent les plus pertinentes à poser pour pousser les élèves à réagir.

Un délai de réflexion

Les élèves ont besoin d'un temps de réflexion avant de s'inscrire à TABADO 2. Plus on leur en parle tôt, plus cette idée peut murir dans leurs têtes. Ainsi, dès la passation des questionnaires, il est astucieux de présenter brièvement TABADO 2 pour que les élèves puissent commencer à réfléchir à leur éventuelle inscription.

Importance de la confidentialité

Le pré-questionnaire et le questionnaire initial contiennent une partie Informations générales : nom de l'établissement, classe de l'élève, sexe, etc. Afin de garantir l'anonymat du questionnaire, vous pouvez choisir de ne pas faire compléter certaines questions. Par exemple, dans une classe où il n'y aurait qu'une seule fille parmi des garçons, vous pouvez au choix demander aux élèves de ne pas compléter l'item « sexe », ou le supprimer dans la version Word du questionnaire avant sa distribution.

Remarque : de même, certains items généraux comme le type ou le nom de l'établissement peuvent au choix être précomplétés par le chef de projet de l'établissement avant distribution du questionnaire, ou directement par les élèves lors du remplissage.

Pensez bien à expliquer aux élèves que le questionnaire est anonyme.

Pendant le remplissage du questionnaire, la personne qui surveille les élèves ne doit pas passer dans les rangs et regarder ce qu'écrivent les élèves (sauf s'ils demandent de l'aide).

A la fin du remplissage, les questionnaires peuvent être mis dans une enveloppe adhésive, fermée devant les élèves.

Le choix des classes

Même si le questionnaire initial est administré aux élèves AVANT les réunions d'information, il faut avant tout **choisir les classes qui bénéficieront de ces réunions d'information**, car toutes ne pourront pas en bénéficier, pour des raisons logistiques et financières : organisation dans l'établissement, tolérance des professeurs à perdre du temps de cours, disponibilité du conférencier... Le questionnaire initial est ensuite administré uniquement aux classes qui bénéficieront des réunions d'information.

Pour cibler les classes, vous avez 2 possibilités en fonction du degré de ciblage souhaité (léger ou renforcé) et des possibilités organisationnelles. En parallèle à cela, le choix est également orienté en fonction des calendriers scolaires propres à chaque établissement (période de stage, entreprise, vacances, examens...).

Que vous souhaitiez ou non utiliser un ciblage renforcé, le pré-questionnaire peut tout de même être utilisé dans son objectif de mesure, et non de ciblage ; dans ce cas-là, il n'y a pas de contrainte de délai pour l'analyse du pré-questionnaire.

Remarque :

La prévalence du tabac chez les jeunes est beaucoup plus élevée dans les CFA que dans les lycées professionnels. Ainsi :

Pour les CFA : le ciblage des classes en CFA ne nécessite pas de stratégie spécifique (à part organisationnelle).

Pour les lycées : une attention particulière doit être apportée dans le choix des classes qui bénéficieront des réunions d'information (de préférence les sections professionnelles dans le cas d'un lycée polyvalent).

① Ciblage léger, sans pré-questionnaire

👍 Adapté pour les CFA, et les très gros lycées avec peu de personnel impliqué dans TABADO 2

Dans ce cas, les classes sont choisies par le binôme chef de projet/infirmière scolaire, éventuellement avec l'aide du chef d'établissement, en fonction de leur connaissance des élèves et des classes de l'établissement. Les classes sélectionnées pour les réunions d'information devraient être celles où la prévalence du tabac est la plus élevée, où les élèves sont dans des situations à risques.

Pour les lycées : il est recommandé de choisir des classes de 1^{ère}, terminale, ou BTS (les classes de 2^{ndes} étant plus au stade fumeur débutant ou « fumeur heureux », et s'intéressant moins à l'arrêt).

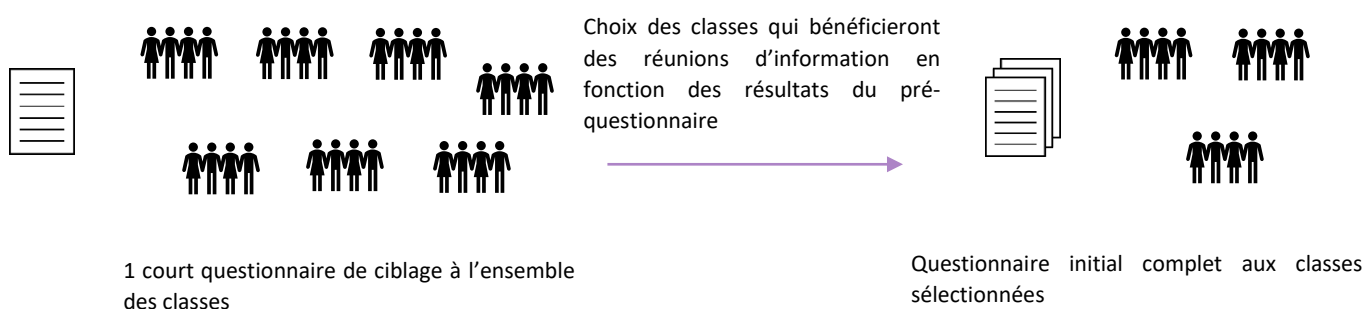
Un pré-questionnaire peut tout de même être utilisé mais dans son objectif d'évaluation, et non de ciblage ; dans ce cas-là, l'analyse du pré-questionnaire peut se faire même en fin de programme.

Les + : organisation simplifiée, moins de travail pour le binôme chef de projet/infirmière, calendrier plus facile à tenir.

Les - : se retrouver avec une minorité de fumeurs lors des réunions d'information, parfois juste 1 fumeur ; donc peu d'inscriptions à TABADO 2 à l'issue des réunions d'information. De plus, l'évaluation du programme est restreinte, sans pré-questionnaire passé à l'ensemble des classes, il ne sera pas possible d'évaluer l'impact du programme au-delà des jeunes qui l'ont suivi, des arrêts du tabac ne seront pas comptabilisés.

② Ciblage renforcé, avec pré-questionnaire

👍 Adapté pour les lycées de taille petite à moyenne



Le questionnaire est fait en 2 temps :

- d'abord le pré-questionnaire très court (4 questions en oui/non pour les consommations de tabac, cannabis, chicha, et alcool), que l'on passe à toutes les classes de l'établissement ; attention pour chaque tas de questionnaires, il faut veiller à noter de quelle classe il s'agit, en vue de l'analyse
 - ce questionnaire est ensuite exploité manuellement par les personnes ressources du projet dans l'établissement : chef de projet, infirmières, personnes relais...
 - cela permet d'identifier les classes avec les consommations les plus élevées, et d'aider dans l'orientation du choix des classes qui bénéficieront des réunions d'information
- les classes choisies devront ensuite remplir le questionnaire initial puis bénéficieront des réunions d'information avec le tabacologue

Les + : les réunions d'information sont faites dans les classes où la prévalence tabagique est plus élevée ; il y aura donc plus de fumeurs sensibilisés en réunions d'information, plus de probabilités d'inscriptions. Couplé avec un questionnaire à toutes les classes en fin de projet, cela permet de connaître la prévalence réelle avant/après, et de ne pas rater l'arrêt du tabac chez les élèves qui n'ont pas eu les réunions d'information.

Les - : l'exploitation manuelle du questionnaire de ciblage ; dans les petits établissements cela est possible, dans de gros établissements cela demande un travail conséquent et à faire dans des délais restreints. La logistique pour passer dans toutes les classes, même si le questionnaire est très court ; par ailleurs il y aura 2 passages dans les classes sélectionnées (pré-questionnaire puis questionnaire initial).

CHAPITRE 6 - Les réunions d'information et le recrutement

Le recrutement des élèves pour TABADO 2 se fait de deux façons complémentaires décrites ci-dessous.


Dans les 2 cas, les messages indispensables à passer aux élèves concernant TABADO 2 sont :

- ✓ Pas d'obligation d'arrêt du tabac : on peut aussi s'inscrire pour diminuer, ou pour faire un bilan avec un tabacologue et se renseigner de manière individuelle
- ✓ Gratuité du programme
- ✓ Remise gratuite de substituts nicotiques si besoin
- ✓ Se déroule sur des heures de cours
- ✓ Parents non informés du statut tabagique ou autres consommations de l'élève
- ✓ Possibilité d'aborder d'autres thématiques que le tabac avec le tabacologue (cannabis, cocaïne...)
- ✓ Il est possible de quitter le programme à tout moment
- ✓ Expliquer comment s'inscrire, auprès de qui, le nom et le lieu du bureau du référent/infirmière

Les réunions d'information

L'objectif des réunions d'information est à la fois de sensibiliser les jeunes sur la thématique du tabac, de les interpeller et les faire réfléchir à leur consommation et à leur dépendance dont ils n'ont souvent pas conscience, mais aussi de **leur donner envie de s'inscrire à TABADO 2**. A l'issue des réunions d'information, les élèves peuvent s'inscrire immédiatement ou après quelques jours de réflexion (voir chapitre 7 – Les inscriptions).


Le format des réunions d'information n'est pas figé. De nombreuses méthodes et supports d'intervention peuvent être utilisés selon les préférences du conférencier et le matériel à disposition ; l'idée est de laisser les élèves s'exprimer et dire ce qu'ils pensent, sans jugement des uns et des autres, dans un climat bienveillant, de partager des expériences.

 Travailler sur les représentations sans non plus faire une introspection poussée qui lasse les élèves

Dans le tableau qui suit quelques pages plus loin, nous proposons les principales méthodes déjà expérimentées, et pour lesquelles le retour des élèves était positif. Elles peuvent être mixées, adaptées. D'autres méthodes peuvent être utilisées.

Dans tous les cas, il faut rechercher les interactions entre les élèves et le conférencier, mais aussi entre les élèves eux-mêmes. Les thématiques abordées

ne seront pas forcément toujours les mêmes ni dans le même ordre : la réunion d'information doit être souple, adaptable aux contextes culturels et sociaux et aux modes de consommation.

 - Favoriser les exemples concrets
- 2 méthodes maximum par réunion d'information

Le conférencier peut ou non faire un sondage à mains levées pour savoir qui est fumeur. Si un pré-questionnaire a été diffusé aux élèves, il pourra avoir des informations quant au nombre de fumeurs dans chaque classe, au nombre de consommateurs de chicha, de cannabis, d'alcool, et pourra ainsi plus facilement adapter son discours.

Le tabagisme, un tabou au lycée mais pas au CFA

Fumer semble être devenu tabou en lycée : régulièrement les fumeurs n'osent pas le dire, et se font « dénoncer » par les non-fumeurs. Ne pas accepter cette délation lors des réunions d'information, qui stigmatise certains élèves. Ce tabou n'est en revanche pas retrouvé en CFA, où la prévalence du tabagisme est beaucoup plus élevée et où fumer peut être considéré comme « normal ».

Le conférencier est de préférence le tabacologue qui suivra les jeunes, car cela peut les rassurer de voir en amont par qui ils seront suivis s'ils s'inscrivent. Le conférencier peut aussi être un professionnel de la prévention, mais il devra veiller à rassurer les jeunes quant à l'image du tabacologue (ils ont tendance à imaginer un médecin strict en blouse blanche qui leur fera la morale).


Les réunions d'information ont lieu **1 à 3 semaines après le questionnaire initial**. Evitez de les prévoir juste avant les vacances de Noël car à l'approche des fêtes de fin d'année, les élèves ont tendance à être moins motivés pour débiter un sevrage tabagique. Les faire à la reprise en janvier, en jouant sur l'idée de la « bonne résolution » peut être astucieux.

Elles s'adressent **aux fumeurs et non-fumeurs** :

- Les non-fumeurs encouragent leurs amis fumeurs à s'inscrire à TABADO 2, ils les interpellent pendant les réunions d'information, les poussent à réagir et sont donc ainsi une aide pour appuyer le discours du conférencier ; les faire participer à la discussion
- Pour des raisons éthiques et éviter des stigmatisations, il n'est pas conseillé de proposer les réunions d'information uniquement aux fumeurs

Elles ont une durée totale de **1h, à la place d'une heure de cours**, répartie en 2 temps :

- L'intervention du conférencier sur le tabac (50 minutes) ; quand il s'agit de classes qui ont participé au mois sans tabac avec le(s) même(s) intervenant(s), les élèves s'en souviennent et y font référence, cela aide peut-être à créer un lien plus rapidement
- **Un temps libre en fin de réunion** (10 minutes), plus informel que l'intervention, pour présenter TABADO 2 et faire réfléchir les élèves sur leur éventuelle inscription au programme. Le conférencier demande par exemple aux élèves ce qu'ils pensent du programme proposé, il passe dans les rangs pour discuter avec les élèves en individuel ou en petit groupe en leur demandant s'ils vont s'inscrire. **Il peut être aidé de l'infirmière scolaire afin d'interagir avec plusieurs élèves en parallèle**. A ces moments, il arrive que des élèves posent des questions plus personnelles pour oser s'inscrire, abordent les aspects qui leur posent problème. **Ce temps est particulièrement important pour favoriser les inscriptions au programme**. Quand l'intervention finit en même temps que la sonnerie marquant la fin de l'heure, les élèves partent sans prendre le temps de s'inscrire ou au moins d'y réfléchir.

 Se renseigner sur les heures de sonnerie de fin de cours

Enfin, **concernant la présence ou non des professeurs pendant la réunion d'information** : c'est au cas par cas. Sachez que plusieurs élèves ont expliqué qu'ils n'osaient pas participer et se livrer du fait de la présence du professeur dans la salle. Nous sommes cependant conscients qu'il peut être délicat de demander au professeur de sortir, et de laisser les élèves uniquement avec un intervenant extérieur. Cette réserve peut être observée aussi avec le CPE ou les surveillants, en revanche la présence de l'infirmière scolaire ne gêne pas les élèves, et dans les grands établissements ce peut être l'occasion pour l'infirmière de se présenter pour que les élèves puissent l'identifier pour la suite du programme. Le fait qu'un professeur assiste à la réunion d'information peut au contraire être bénéfique car il peut faire des rappels à ses élèves dans les jours qui suivent, sur les éléments marquants qui avaient été cités lors de la réunion.

Recommandations pratiques :

- ✓ Disposition de la salle : salle de classe normale, en U, en arc de cercle ; la seule qui n'est pas adaptée est tous les élèves autour d'une grande table de réunion
- ✓ Création d'une proximité : demander aux élèves de mettre leur prénom devant eux sur une feuille de papier, ce qui permet au conférencier de les interpeller par leur prénom
- ✓ Thématiques qui intéressent ou interpellent particulièrement les élèves :
 - Contenu de la cigarette et le nombre substances toxiques (avec des images, cf. diaporama TABADO, aussi disponibles via https://www.youtube.com/watch?v=pW4FxR_avE ; http://www.prevention.ch/arthuretsteeve_fichiers/frame.htm)
 - Les différents types de dépendance
 - Est-ce que la cigarette déstresse
 - Effets sur la santé notamment ceux liés à l'aspect physique ou à la sexualité
 - Mortalité liée au tabac
 - Avantages de l'arrêt et au bout de combien de temps on les ressent (goût, odorat, haleine, souffle, toux, diminution risque infarctus, etc)
 - Le coût du tabac (à noter que les apprentis ont un salaire mensuel)
 - Chicha : dangerosité par rapport au tabac, équivalence en nombre de cigarettes fumées
 - Cannabis
 - Les lobbys de l'industrie du tabac
 - Dangerosité de la cigarette électronique
- ✓ Taille des groupes : il est préférable d'avoir de **petits groupes**, jusqu'à 15 élèves. Cependant c'est rarement la taille d'une classe, surtout dans un lycée. D'un point de vue logistique il n'est pas possible de couper les classes en 2 (cela doublerait le nombre de réunions d'information à réaliser). Nous conseillons ainsi de **faire les réunions d'information classe par classe**.
- ✓ Inviter les élèves à s'inscrire en groupe, et se lancer un pari entre eux
- ✓ Expliquer aux élèves que le programme est ouvert à tous les élèves de l'établissement, même ceux qui n'ont pas eu la réunion d'information, leur confier la « mission » d'en parler autour d'eux
- ✓ Demander aux élèves qui ne s'inscriront pas d'avoir un rôle bienveillant envers les participants au programme, c'est-à-dire de ne pas leur demander de fumer pour les taquiner
- ✓ Si la date de la prochaine venue du tabacologue est connue, le dire aux élèves et la noter au tableau
- ✓ Au bout d'une heure, les élèves ont régulièrement envie que l'intervention continue, refaire un quiz, voir d'autres vidéos, etc ; les inciter à s'inscrire en expliquant que cela sera poursuivi en petit groupe avec les inscrits. De même pour les sujets que vous n'aurez pas le temps de développer en réunion d'information, dire que cela sera approfondi lors des séances en groupe.
- ✓ A la fin de l'heure, si un flyer de communication a été prévu, le distribuer à tous les élèves

⚠ Les jeunes n'ont souvent pas conscience qu'ils sont dépendants

⚠ Expliciter le terme « impuissance », souvent non connu

⚠ Idée reçue que « le cannabis soigne les tumeurs/cancers »

Exemple d'interventions (peuvent être aussi utilisées lors des séances en groupe) :

	Processus	Remarques
Diaporama TABADO	<p>Nous proposons un diaporama interactif sous forme de questions/réponses qui aborde les principales thématiques à discuter avec les élèves : les représentations du tabac, ses effets sur la santé, les avantages et inconvénients à fumer ou arrêter, les aides possibles. A chaque question, les élèves votent pour la réponse qui leur correspond le plus. Le conférencier fait débattre les élèves à chaque réponse, et apporte quelques éléments complémentaires si besoin.</p> <p><i>Matériel :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diaporama https://prezi.com/ciqhi7rtsn23/le-tabac-quen-pensez-vous/ • Ordinateur • Vidéoprojecteur • Cartons de vote (colorés ou avec les lettres A-B-C ou D) 	<p>De préférence, les votes pour chaque réponse se font tous en même temps, plutôt que de faire voter une à une chaque réponse, afin d'éviter une stigmatisation et de gagner du temps.</p> <p>Par exemple, on distribue à chaque élève 4 cartons de couleurs différentes en début d'heure, et chaque couleur correspond à une réponse A-B-C ou D (les lettres sont déjà en couleur sur le diaporama).</p> <p>Toutes les questions du diaporama ne pourront pas forcément être abordées dans le temps imparti, c'est au conférencier à s'adapter et choisir les plus pertinentes selon la situation.</p>
Brainstorming tabac	<p>Demander aux élèves « que vous évoque le mot tabac », noter sur un tableau toutes leurs réponses et en discuter.</p> <p><i>Matériel :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau ou paperboard • Feutres 	-
Extrait du sketch de l'humoriste Gad Elmaleh – La cigarette	<p>Diffuser un extrait du sketch, et en discuter avec les élèves.</p> <p><i>Matériel :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Extrait du sketch – La cigarette <ul style="list-style-type: none"> ○ Eventuellement internet selon le format de la vidéo • Ordinateur • Vidéoprojecteur • Enceintes 	<p>C'est un sketch ironique où l'humoriste explique qu'il a enfin « réussi à commencer à fumer ». Nous proposons de diffuser le début et quelques séquences ultérieures (la bagarre, jusqu'à se disputer avec un proche pour avoir envie de fumer), mais vous pouvez adapter. Les parties sur les zones fumeurs dans les restaurants ou avec les briquets dans un concert ne sont en revanche plus d'actualités.</p>
Vidéo Entre mes doigts	<p>Diffuser la vidéo, et en discuter avec les élèves. (≈11min)</p> <p><i>Matériel :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vidéo www.entremesdoigts.com <ul style="list-style-type: none"> ○ Eventuellement internet selon le format de la vidéo • Ordinateur • Vidéoprojecteur • Enceintes 	-
Publicité anti-tabac de Droits des Non Fumeurs	<p>Diffuser la vidéo, et en discuter avec les élèves.</p> <p><i>Matériel :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vidéo www.youtube.com/watch?v=1DFYJQ3OpPU <ul style="list-style-type: none"> ○ Eventuellement internet selon le format de la vidéo • Ordinateur • Vidéoprojecteur • Enceintes 	<p>Cette vidéo peut choquer et vexer certains fumeurs. Avant de la diffuser, il faut les prévenir de cela, et leur demander s'ils veulent la voir quand même.</p>

Quiz interactif	<p>A l'aide d'un logiciel et d'une inscription gratuits, vous créez vos propres questions, et les élèves y répondent à l'aide d'une application gratuite qu'ils téléchargent sur leurs smartphones. Les réponses sont affichées à l'écran, les points comptabilisés. Après chaque question, le conférencier engage une discussion sur le sujet.</p> <p>Exemple de logiciel : Kahoot</p> <p>Pour préparer : kahoot.com</p> <p>Pour répondre : kahoot.it</p> <p>Matériel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quiz créé en amont • Ordinateur • Vidéoprojecteur • Internet pour que le conférencier se connecte à son compte Kahoot • Smartphone personnel des élèves avec internet et l'application Kahoot pour pouvoir répondre ; des groupes peuvent être constitués 	<p>La logistique est plus complexe que les autres méthodes. Idéalement, il faut demander aux élèves de télécharger l'application (dans notre exemple Kahoot) AVANT d'arriver à la réunion d'information. Cela est rarement fait et il faut donc prévoir un temps pour que les élèves installent l'application ; cela est dépendant de la puissance du réseau internet.</p> <p>Il est recommandé de constituer des équipes (1 téléphone par groupe) et d'imposer les numéros d'équipes car ils apparaissent à l'écran (dans le cas contraire les élèves écrivent n'importe quoi, pouvant aller jusqu'au règlement de compte entre eux).</p> <p>Cette méthode est particulièrement ludique et amuse les élèves. Aussi, il faut veiller à ce que l'intervention ne se transforme pas en un simple jeu-concours entre les équipes, en apportant une discussion après chaque question, plutôt que d'en enchaîner un maximum.</p> <p><i>Note : les téléphones portables sont interdits en école primaire et collège depuis la rentrée 2018, cela peut s'appliquer à certains lycées. Des conditions suspensives pour usage pédagogique peuvent s'appliquer.</i></p>
Photolangage	<p>Faire choisir à chaque élève une image parmi plusieurs, qui leur évoque le tabac (ou l'addiction, la dépendance, etc). Ensuite les élèves révèlent quelle image ils ont choisie et expliquent pourquoi. Le conférencier commente et complète.</p> <p>Matériel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeu de photolangage 	<p>-</p>
Témoignages d'élèves ayant déjà participé à TABABO 2 (non expérimenté)	<p>Quand l'intervention TABABO 2 est mise en place sur au moins 2 années scolaires, les élèves qui ont déjà bénéficié du programme peuvent venir témoigner lors des réunions d'information de l'année suivante. Pour cela, il faut prévoir un appel à volontariat parmi les anciens participants à TABABO 2 : soit par flyers, soit en passant par le tabacologue lors du dernier suivi par exemple. Les élèves volontaires laissent leurs noms et coordonnées au chef de projet établissement qui les contactera pour les inviter aux nouvelles réunions d'information l'année suivante. Il arrive aussi que des élèves se proposent spontanément de témoigner et d'aider les prochains.</p>	<p>-</p>

Le recrutement hors réunions d'information

Comme déjà abordé, toutes les classes d'un même établissement ne peuvent pas bénéficier des réunions d'information. Mais en aucun cas, le programme n'est fermé aux élèves qui n'auraient pas eu les réunions d'information ! Pour eux, le recrutement est différent, plusieurs moyens sont possibles notamment :

- **En leur parlant directement individuellement** : le chef de projet/l'infirmière scolaire/les personnes relais sont souvent des personnes qui ont connaissance du statut fumeur de plusieurs élèves : ils peuvent alors leur faire passer l'information sur l'existence de TABADO 2 dans l'établissement, et les inviter à s'y inscrire pour rencontrer le tabacologue, en précisant que cette rencontre n'est en rien une obligation d'arrêt du tabac, ce peut être aussi pour diminuer ou juste faire un bilan, ou parler aussi d'autres substances...
- **En leur parlant collectivement sur des temps de pause** : le chef de projet/l'infirmière/les personnes relais peuvent se rendre au coin fumeur pendant les pauses, en général juste devant l'établissement, et là encore, informer sur l'existence de TABADO 2 dans l'établissement
- **En leur parlant collectivement en cours** : à ce niveau l'aide des professeurs est précieuse, car en prenant quelques minutes en début de cours pour présenter brièvement le programme et orienter vers l'infirmière/le chef de projet pour plus de détails, ils peuvent faire passer l'information à toutes les classes de l'établissement...
- **Lors d'une consultation à l'infirmerie** : en profiter pour faire un point sur la consommation de tabac et d'autres produits psychoactifs, et présenter TABADO 2
- **En utilisant des supports de communications** (fournis par le coordinateur régional) dans l'établissement : flyers dans le dossier de rentrée des classes, affiches dans des endroits fréquentés (cantine, tableaux d'affichage, toilettes) et à l'infirmerie

Ce recrutement hors des temps de réunions d'information est tout aussi indispensable pour sensibiliser un maximum de fumeurs et avoir suffisamment d'inscrits au programme complet TABADO 2.

CHAPITRE 7 - Les inscriptions au programme de sevrage

Afin de faciliter l'entrée des élèves dans le programme de sevrage, il faut multiplier les moyens d'inscriptions au sein d'un même établissement. Nous vous recommandons d'utiliser plusieurs de ces techniques :

- **Une inscription directement à la fin de la réunion d'information**, en allant voir le conférencier et/ou en faisant passer une fiche d'inscription où l'élève note son nom, prénom, classe, coordonnées téléphoniques (pour le recontacter et lui donner les dates de rendez-vous)
- **Une inscription en différé auprès d'un référent** présenté lors de la réunion d'information ; en général l'infirmière scolaire et/ou le chef de projet. S'assurer que les élèves connaissent cette personne et savent où se trouve son bureau (notamment dans les grands établissements). Ces informations doivent être notées sur le tableau.
 - Se poser la question de l'accessibilité pour les élèves, surtout si vous ne proposez qu'une façon possible pour s'inscrire : par exemple si les inscriptions se font à l'infirmierie, celle-ci est-elle ouverte en permanence ou sur des horaires restreints ? Les élèves doivent pouvoir s'inscrire très facilement
- **Une inscription via SMS/appeil d'une ligne téléphonique dédiée, ou via e-mail** ; le numéro de téléphone/adresse e-mail doit être noté au tableau. Vous pouvez également distribuer une petite carte de visite avec ce numéro de téléphone/adresse e-mail, en indiquant aux élèves de la glisser dans leur paquet de cigarettes et de penser au programme à la prochaine cigarette...
- **Prise des inscriptions par d'autres élèves de l'établissement** : des élèves de classes qui n'ont pas les réunions d'information viennent y assister et sont désignées comme responsables des inscriptions. Pour certains élèves, il est plus facile de faire la démarche de venir s'inscrire auprès de leurs pairs plutôt qu'auprès d'adultes. Cette technique a par ailleurs l'avantage de sensibiliser indirectement à TABADO 2 des classes qui n'ont pas pu bénéficier des réunions d'information, via les élèves responsables des inscriptions.

Mis à part ceux qui souhaitent déjà arrêter de fumer avant de connaître TABADO 2, la plupart des élèves a besoin d'être pris par la main pour franchir le pas de l'inscription. Il semble que cela constitue pour eux une étape délicate, et ils ont besoin d'encouragements et d'être rassurés. Pour cette raison, **le temps libre de discussion en individuel en fin de réunion d'information (voir chapitre 6 – Les réunions d'information) est indispensable.**

Les élèves ont également besoin de rappels sur l'existence de ce programme et l'opportunité que cela constitue pour eux de pouvoir y accéder directement à l'école, gratuitement, sans délai, et sur des heures de cours. **Ainsi, l'aide des personnes relais pour faire ce genre de rappels et d'incitations est vraiment bénéfique.**

Un retournement de situation

Certains élèves s'inscrivent au programme uniquement comme alternative aux cours... Cependant, il arrive régulièrement que ces élèves finissent par se prendre au jeu et essaient quand même réellement d'arrêter de fumer. Par conséquent, il ne faut pas refuser l'inscription à un élève même si on suspecte une motivation autre au départ.

Les inscriptions tardives

Il est tout à fait possible d'intégrer des élèves en cours de programme. **Le tabacologue doit en être averti avant sa venue**, afin de voir avec lui pour ajouter les consultations diagnostiques au planning initialement prévu (qui durent 50 minutes et sont donc plus longues que les consultations de suivi), mais aussi pour lui donner quelques informations sur ces élèves (type de profil) afin qu'il puisse préparer leur intégration à la séance collective.

CHAPITRE 8 - Les consultations individuelles

Au total, 5 consultations individuelles sont prévues :

- La première, consultation diagnostique, d'une durée d'environ 50 minutes
- Les 4 suivantes, consultations de suivi, d'une durée d'environ 20 minutes

Un suivi insuffisant ?

Ce nombre de 4 consultations de suivi a été proposé pour des raisons logistiques, financières et organisationnelles. Cependant, la durée et/ou le rythme du suivi peuvent être considérés comme insuffisants par les élèves et le tabacologue. Ainsi si vous en avez la possibilité, plusieurs adaptations sont possibles, notamment :

- rajouter des consultations dans l'établissement
- intercaler un suivi téléphonique entre 2 consultations physiques (ou à l'issue des 4 suivis)
- compléter avec des temps de rencontre dédiés avec l'infirmière scolaire
- créer un lien avec une structure externe pour un suivi à long terme

A l'arrivée du tabacologue dans l'établissement (avant qu'il ne reçoive les élèves) puis avant son départ (après qu'il ait vu les élèves), une réunion de débriefing est faite entre le tabacologue, l'infirmière et le chef de projet : transmissions d'informations sur les élèves, préparation du planning de la fois suivante. Cela est détaillé dans la fiche – Focus sur l'organisation (les réunions de débriefing) du chapitre 3.

Si le tabacologue n'est pas médecin, les consultations individuelles peuvent être faites en binôme avec l'infirmière scolaire (tension, traitements médicamenteux, comorbidités...).

La consultation diagnostique

Le tabacologue réalise une consultation diagnostique comme dans sa pratique habituelle. Il fera notamment un bilan avec l'élève sur sa consommation de tabac et d'autres drogues, sa santé, ses attentes en s'inscrivant à TABADO 2 : arrêter ? diminuer ? s'informer ? Pour rappel, l'objectif de TABADO 2 est un arrêt mais la diminution peut être une étape vers ce sevrage. Si nécessaire, le tabacologue remettra à l'élève les substituts nicotiques appropriés. A noter qu'il y a régulièrement des co-addictions (cannabis, chicha, alcool, jeux vidéos...), des contextes de vie compliqués ; il peut y avoir aussi des troubles de la personnalité, des troubles du comportement alimentaire. Le tabac n'est pas toujours la préoccupation principale du jeune qui s'inscrit mais il est en demande d'aide. Si nécessaire, le tabacologue doit l'orienter vers les structures appropriées (voir chapitre 2 – TABADO 2 dans son environnement de proximité) et l'accompagner dans cette démarche.

Le tabacologue doit recueillir l'autorisation parentale quand elle est nécessaire et compléter un dossier de consultation (cf. annexe ou dossier de consultation type disponible sur le site internet de Santé Publique France). D'autres documents peuvent être développés pour faciliter son travail tels que :

- Le document de suivi (présence/absence des élèves)
- La fiche de liaison avec l'infirmière scolaire
- Le tableau de stockage des substituts nicotiques

Des exemples de certains de ces documents issus des expériences précédentes sont proposés en annexe.



Le tabacologue doit prendre connaissance du contenu du dossier de consultation AVANT sa première consultation. Il peut en utiliser un autre si celui proposé ne convient pas à sa pratique habituelle.

L'effet boule de neige

Féliciter le jeune pour sa démarche d'inscription, le valoriser, le rassurer sur la prise en charge et le mettre à l'aise, en faire un moment convivial, pas de discours moralisateur : plus l'élève est satisfait sur le déroulé de sa consultation, plus il y a de chances qu'il fasse s'inscrire ses autres amis fumeurs ! Et plus il y a d'élèves qui s'inscrivent, plus d'autres encore ont envie de s'inscrire et d'essayer d'arrêter de fumer.

Cette consultation diagnostique est indispensable, et doit être faite **en présentiel** entre le tabacologue et l'élève. Dès cette première consultation, **le tabacologue devra indiquer la date approximative de fin du suivi**. En effet, si les élèves n'ont pas cet élément en tête dès le début, ils peuvent trouver trop brutale et rapide la fin du suivi avec le tabacologue auquel ils s'étaient habitués. S'ils ont conscience dès le début que le tabacologue n'est là que sur une période précise, cela peut les aider à traverser cette période de transition en fin de programme (soit passer vers une autre structure, soit poursuivre le sevrage seuls selon les cas).



Certains élèves s'attendent à des résultats miracles et abandonnent le programme car ils n'ont pas réussi à arrêter de fumer après 1 ou 2 consultations ; leur expliquer dès le début que le sevrage prend du temps.

Lieu : salle mise à disposition par l'établissement scolaire ; lieu clos et intime.

Durée : **50 minutes** ; si un élève décide de rejoindre le programme en cours de route, sa première consultation devra être une consultation diagnostique de 50 minutes, même si les autres élèves du groupe en sont à leurs consultations de suivi de 20 minutes.

Par qui : le tabacologue.

Quand : idéalement **1 semaine après la réunion d'information** ; ce rythme n'est pas toujours possible car les élèves peuvent être en entreprise notamment en CFA, il faut alors privilégier une consultation dans la même semaine que la réunion d'information plutôt que le mois suivant.

Matériel :

- Systématiquement : un bureau, 2 chaises, des feuilles vierges, des stylos, un pèse-personne, un stock de substituts nicotiques
- A prévoir avec le tabacologue selon les cas, lors de la réunion de lancement (cf. fiche – Focus sur l'organisation, du chapitre 3) : CO testeur (avec des piles) et échelle de dosage du CO pour montrer aux élèves où ils se situent, ordinateur, internet, tensiomètre...

Les consultations de suivi

Le tabacologue réalise une consultation de suivi comme dans sa pratique habituelle. Il fera notamment un bilan avec l'élève sur les changements depuis le dernier rendez-vous, les éventuelles rechutes, les facteurs facilitant ou gênant son sevrage, le soutien reçu, les substituts utilisés. Une mise à jour des objectifs sera discutée avec l'élève. Si nécessaire, le tabacologue remettra à l'élève les substituts nicotiques appropriés.

Remarque

Il arrive que les élèves viennent à manquer de substituts nicotiques entre 2 consultations individuelles (notamment s'ils en manquent une). Dans ce cas, ils doivent contacter l'infirmière scolaire qui prend le relai du tabacologue et donne les substituts aux élèves concernés.

Le tabacologue vérifie que l'autorisation parentale a bien été recueillie quand elle est nécessaire et complète un dossier de consultation (cf. annexe ou dossier de consultation type disponible sur le site internet de Santé Publique France). D'autres documents peuvent être développés pour faciliter son travail tels que :

- Le document de suivi (présence/absence des élèves)
- La fiche de liaison avec l'infirmière scolaire
- Le tableau de stockage des substituts nicotiniques

Des exemples de certains de ces documents issus des expériences précédentes sont proposés en annexe.

S'adapter à chacun

Il faut encourager les élèves à suivre le programme complet (individuel + collectif). Mais si un élève ne souhaite pas faire une ou des consultations individuelles de suivi, il faut respecter ce choix sans le blâmer, et lui indiquer qu'il peut quand même participer aux séances collectives. Il arrive aussi que les élèves demandent à venir à 2 en même temps à la consultation, cela doit être accepté également.

A chacune des 4 consultations de suivi, une séance en groupe est organisée (voir chapitre 9 – Les séances en groupe).

Dans quel ordre ?


Il n'y a pas de recommandation spécifique sur l'ordre entre consultation individuelle et séance en groupe. Il y a des avantages/inconvénients dans les 2 cas :

- ✓ en commençant par les consultations individuelles, le tabacologue peut orienter les thématiques lors de la séance collective en fonction des difficultés que les élèves lui ont confiées, faire des activités adaptées ; mais les élèves peuvent avoir l'impression de redire ce qu'ils ont dit au tabacologue lors de la séance collective et perdre de la spontanéité
- ✓ en commençant par la séance collective, le tabacologue peut ensuite revenir et approfondir en individuel ce que les élèves ont évoqué lors de la séance collective ; mais si un élève a une difficulté particulière, ne pas avoir pu l'annoncer avant au tabacologue peut le bloquer pour la séance en groupe ou transformer la séance en groupe en consultation individuelle

A la dernière consultation individuelle, le tabacologue considère avec le jeune les différents choix possibles pour la poursuite du sevrage hors TABADO 2 (prise en charge en CJC, à l'hôpital, Tabac info services, infirmière scolaire...) et ils déterminent ensemble ce qui sera fait. Les coordonnées nécessaires sont transmises au jeune. Les éventuels partenariats créés en amont (voir chapitre 2 – TABADO 2 dans son environnement de proximité) sont particulièrement utiles à ce moment et évitent une rupture dans le processus de sevrage tabagique du jeune.

Lieu : salle mise à disposition par l'établissement scolaire ; lieu clos et intime. **Il est possible de faire des consultations à distance (téléphone ou webconférence type skype) dans 2 cas :**

- à la place d'une consultation de suivi, s'il n'est pas possible de trouver une date pour un rendez-vous physique entre le tabacologue et l'élève. Si ce dernier a besoin de substituts nicotiniques, le tabacologue doit transmettre les consignes à l'infirmière scolaire qui les remettra elle-même à l'élève à l'infirmier.

 Remplacer un rendez-vous physique par un rendez-vous à distance doit rester exceptionnel ; les 4 consultations de suivi ne doivent pas être faites ainsi.

- en plus d'une des 4 consultations de suivi, si les dates entre 2 consultations physiques sont trop espacées pour un élève qui a besoin d'un suivi plus rapproché.



Pour les CFA : l'ajout d'une consultation téléphonique/internet entre 2 consultations physiques est particulièrement recommandé en CFA, pour tous les élèves inscrits, car le rythme de présence des élèves au CFA est très espacé (1 semaine par mois) par rapport à un lycée.

Durée : **20 minutes +/- 5 minutes** selon les besoins des élèves ; lors de la conception du planning, le tabacologue peut indiquer qu'il souhaite voir un élève plus ou moins longtemps.

Par qui : le tabacologue.

Quand/Fréquence : les consultations de suivi sont espacées **de 1 à 3 semaines**, selon les possibilités organisationnelles. L'idée étant d'avoir un suivi à la fois suffisamment rapproché pour le coaching des élèves, et à la fois étalé sur une durée suffisamment longue pour le maintien du sevrage. Il est tout de même fortement recommandé d'avoir un suivi rapproché au début du programme, et qui peut s'espacer ensuite. Notamment, **la 1^{ère} consultation de suivi devrait avoir lieu 1 semaine après la consultation diagnostique.**

Matériel :

- Systématiquement : un bureau, 2 chaises, des feuilles vierges, des stylos, un pèse-personne, un stock de substituts nicotiques
- A prévoir avec le tabacologue selon les cas, lors de la réunion de lancement (cf. fiche – Focus sur l'organisation, du chapitre 3) : CO testeur (avec des piles) et échelle de dosage du CO pour montrer aux élèves où ils se situent, ordinateur, internet, tensiomètre...

CHAPITRE 9 - Les séances en groupe

Au total, 4 séances en groupe sont prévues. Comme expliqué dans le chapitre 8 – Les consultations individuelles, ce nombre a été proposé pour des raisons logistiques, financières et organisationnelles, mais peut sembler insuffisant pour les élèves et/ou les tabacologues. Ainsi, si vous en avez la possibilité et selon les besoins, vous pouvez en ajouter.

Une séance supplémentaire entre élèves ?

Afin de pouvoir rajouter des temps de suivi, sans augmenter le temps d'intervention du tabacologue, une idée serait d'organiser une séance en groupe uniquement entre les élèves. Soit sur un temps dédié, soit lors d'une pause, avec mise à disposition de collations. Cela pourrait permettre de renforcer les liens dans le groupe et compenser les temps de suivi tabacologique trop éloignés ; même si finalement les élèves ne parlent pas de tabac lors de ce moment, mais simplement favoriser la cohésion de groupe pour un meilleur soutien dans le processus de sevrage tabagique. A noter que cette idée n'a pas encore été expérimentée sur le terrain.

A l'arrivée du tabacologue dans l'établissement (avant qu'il ne reçoive les élèves) puis avant son départ (après qu'il ait vu les élèves), une réunion de débriefing est faite entre le tabacologue, l'infirmière et le chef de projet : transmissions d'informations sur les élèves, préparation du planning de la fois suivante. Cela est détaillé dans la fiche – Focus sur l'organisation (les réunions de débriefing) du chapitre 3.

Le contenu de ces séances en groupe est ce qu'il y a de plus adaptable dans TABADO 2. **Les objectifs sont de renforcer la motivation des fumeurs vers l'arrêt, de créer un groupe de soutien, des échanges d'expérience entre les membres, une cohésion entre eux, et de leur faire adopter de nouveaux comportements.** La stratégie utilisée repose sur les thérapies cognitivo-comportementales.

S'il y a plus de 10 élèves, nous conseillons de faire 2 groupes ; dans ce cas, constituer des groupes de même niveau de consommation ou de même objectif, laisser ensemble les jeunes qui se connaissent déjà.

Quelques principes de l'animation d'un groupe de parole :

- ✓ Dynamiser le groupe
- ✓ Rappeler les principes de confidentialité et de bienveillance au sein du groupe ; une charte de confidentialité peut être signée par les élèves (cf annexes)
- ✓ Susciter la parole et le retour d'expérience de chacun
- ✓ **Valoriser les efforts et les réussites des élèves**
- ✓ Valoriser les conseils/l'expérience apportés par les pairs
- ✓ Faire rebondir les uns et les autres sur ce qui est dit
- ✓ **Redonner confiance à chacun en la possibilité de parvenir à ses objectifs**
- ✓ Donner des informations complémentaires quand nécessaire
- ✓ Rétablir la vérité quand des choses fausses sont dites
- ✓ Faire émerger chez chacun des objectifs pour la prochaine séance

Une liste de thématiques pouvant être abordées est donnée ci-dessous, le tabacologue doit systématiquement prévoir un programme pour ouvrir les discussions, mais l'important est de s'adapter aux demandes des élèves, et aux situations qu'ils traversent. A noter que ce que les élèves veulent surtout sont **des conseils concrets face à des situations de vie, des défis d'un suivi à l'autre, et de savoir comment font les autres élèves du groupe.**

Thématiques pouvant être abordées lors des séances en groupe :

- ✓ **Gestion de la consommation de tabac lors de soirées festives, lors de la consommation d'alcool**
- ✓ **Identification des facteurs ou situations favorisant le tabagisme et comment résister**
- ✓ **Techniques pour lutter contre les pulsions à fumer**
- ✓ **Gestion de l'ennui, alternatives à la cigarette**
- ✓ Le tabagisme des amis/des parents/des collègues
- ✓ Le tabagisme des autres à la maison
- ✓ Analyse de la fonction de chaque cigarette (besoin, plaisir, automatisme)
- ✓ Gestion du stress
- ✓ Le rapport avec les autres en période de sevrage (pairs, parents...)
- ✓ Gestion de la frustration pendant l'arrêt
- ✓ Gestion des rechutes
- ✓ Les bénéfices observés de l'arrêt : économies, amélioration des performances physiques, amélioration du goût, de l'odorat...
- ✓ Le lobby de l'industrie du tabac
- ✓ Les autres produits : chicha, cannabis, cigarette électronique
 - Pour le cannabis et l'alcool, un site internet est intéressant : <http://www.premierscombats.com/> pensé par les jeunes et pour les jeunes, le site propose de courtes vidéos de mise en scène de comportements à risques

Comme pour les réunions d'information, le tabacologue peut **s'appuyer sur des supports vidéos** (voir chapitre 6 – Les réunions d'information, pour une liste de vidéos), ou sur le **questionnaire d'auto-évaluation** (voir chapitre 5 – La mesure initiale et l'identification des classes cibles).

Entre 2 séances, il peut **confier des petites missions aux élèves**, par exemple :

- Avec des mots clés liés au tabac, chercher une image sur internet ; lors de la séance, la présenter au groupe et expliquer son choix
- Chercher un site internet ou une application smartphone d'aide à l'arrêt du tabac, le/la tester et donner son avis au groupe lors de la séance

Nous encourageons à incorporer des **ateliers pratiques** à ces séances collectives, afin de renforcer les compétences psychosociales, notamment par **l'intégration de jeux de rôle/mises en situation** : essayer de convaincre un ami de ne pas fumer, rôle de l'ange versus rôle du démon dans une situation à risque... Ces ateliers peuvent aussi prendre la forme d'une **séance de relaxation, d'hypnose, de sophrologie**, selon les compétences du tabacologue.

Plusieurs stratégies n'ont pas encore pu être évaluées mais ont été proposées plusieurs fois comme pistes d'amélioration par les élèves, les tabacologues ou les coordinateurs du projet ; nous pensons qu'elles peuvent renforcer la motivation et la dynamique du groupe et nous vous invitons à les mettre en œuvre si vous en avez la possibilité (en complément des temps de paroles, pas à leur place) :

- **Travailler sur un « livrable » à présenter en fin de suivi** ; par exemple :
 - Une mini pièce de théâtre sur le thème du tabac, simple, sans dialogue appris par cœur ; à faire uniquement dans le groupe ou à montrer à d'autres classes de l'établissement, ou d'autres groupes TABADO 2 d'autres établissements
 - De la même façon : création d'une courte vidéo sur le thème du tabac
 - Création d'une brochure sur les astuces pour arrêter de fumer, une brochure de témoignages ; à diffuser dans l'établissement
 - Création d'affiches/flyers de prévention sur le tabac, ou de communication sur TABADO 2 (en vue du recrutement de l'année suivante)

Cela peut être en lien avec la spécificité des filières de formation, par exemple faire peindre des messages de prévention avec les élèves en CAP Peintre.

- **Mettre en place un groupe WhatsApp/Facebook de soutien** entre les membres du groupe, notamment dans les CFA où les élèves du groupe ne se voient qu'une semaine par mois
- **Lors d'une séance, chaque élève vient accompagné d'un autre élève de son choix** (qui n'est pas dans le groupe TABADO 2) ; ce dernier sera désigné parrain/marraine et peut être fumeur ou non-fumeur ; l'intérêt est que les élèves puissent venir avec l'ami qu'ils auront choisi et qu'ils fréquentent plus au quotidien que les autres élèves du groupe (continuité du soutien social)
- **Faire venir d'autres intervenants** pour une prise en charge globale : diététicienne, socio-esthéticienne...
- **Témoignages d'anciens fumeurs ou d'autres élèves ayant déjà participé à TABADO 2** (quand le programme est mis en place sur plusieurs années)

Enfin, **des goodies** peuvent être distribués aux élèves : filtres à goudron transparents, agenda de Mois sans tabac, disque des coûts du tabac, stylos...

S'adapter à chacun

Il faut encourager les élèves à suivre le programme complet (individuel + collectif). Mais si un élève ne souhaite pas faire une ou des séances collectives, il faut respecter ce choix sans le blâmer, et lui indiquer qu'il peut quand même participer aux consultations individuelles. Le tabacologue peut lui-même décider de ne pas faire venir l'élève aux séances collectives dans des cas particuliers (ex : inscription à TABADO 2 pour une aide à l'arrêt d'autres drogues).

Lieu : salle mise à disposition par l'établissement scolaire ; aménagée pour faire une disposition conviviale : des chaises mises en rond, pour que tout le monde puisse se voir et prendre part à la discussion.

Durée : **1h**

Par qui : le tabacologue ; peut être fait en binôme avec l'infirmière scolaire mais préparer la répartition des rôles, cela a l'avantage de créer du lien entre les élèves et l'infirmière et qu'ils l'identifient comme relai quand le tabacologue n'est pas là.

Quand : le même jour que les consultations individuelles de suivi : les séances en groupe sont donc **espacées de 1 à 3 semaines** selon les possibilités organisationnelles, **avec une fréquence plus rapprochée en début de suivi**. Notamment, la 1ère séance en groupe devrait avoir lieu 1 semaine après la consultation diagnostique. L'idée étant d'avoir un suivi à la fois suffisamment rapproché pour le soutien social entre les élèves, et à la fois étalé sur une durée suffisamment longue pour le maintien du sevrage. Il peut être envisagé de faire la séance collective un autre jour que la consultation de suivi (dans la même semaine) mais cela semble moins pertinent logistiquement et pour la bonne articulation avec les consultations individuelles. Vous pouvez au choix commencer par la séance en groupe puis les consultations individuelles ou inversement.

Matériel :

- Systématiquement : un nombre suffisant de chaises, disposées en rond ; du petit matériel de bureau pour le tabacologue (feuilles vierges, des stylos)
- A prévoir avec le tabacologue selon les cas, lors de la réunion de lancement et/ou des réunions de débriefing (cf. fiche – Focus sur l'organisation, du chapitre 3) : CO testeur (avec des piles) et échelle de dosage du CO, ordinateur, internet, tableau, vidéoprojecteur...

CHAPITRE 10 – Évaluation de l'intervention

Toute action de prévention doit être évaluée. Les modalités d'évaluation dépendent des conditions de mise en œuvre de l'intervention (financeurs, structure porteuse du projet...). Elles peuvent porter sur les processus et/ou les résultats.

Pour une évaluation de résultats, un questionnaire type est disponible en annexe. Ce « questionnaire final » est à distribuer à la fin du programme, **0 à 3 semaines après le dernier suivi**. Il est important de noter que les effets de TABADO 2 s'étendent au-delà des jeunes qui s'y sont inscrits. En effet, il arrive régulièrement que des jeunes ayant assisté à la réunion d'information et/ou en voyant certains de leurs camarades s'inscrire pour arrêter, essaient également d'arrêter de fumer sans suivre le programme TABADO 2. De plus, les inscrits au programme qui reçoivent des substituts nicotiques les partagent parfois avec d'autres amis fumeurs de l'établissement qui eux ne s'inscrivent pas non plus à TABADO 2. **C'est pourquoi nous conseillons de distribuer le questionnaire final à toutes les classes de l'établissement, afin de ne pas manquer les arrêts ou diminutions du tabac qui se sont produits au-delà des fumeurs inscrits.**

CHAPITRE 11 – FAQ

Cette foire aux questions a vocation à être complétée au fur et à mesure du déploiement.

Un professeur peut-il être le chef de projet ?

Oui, mais il devra veiller à recruter une ou des personnes relais pour les missions logistiques qu'il ne pourra pas assurer s'il est en cours, comme aller chercher les élèves dans leur salle de classe s'ils ont oublié leur rendez-vous avec le tabacologue.

Au secours je me noie !

Faites un point avec votre coordinateur régional qui pourra vous apporter de l'aide et des conseils. Parlez-en à votre direction. Essayez de trouver ensemble des personnes pour vous aider à vous organiser, lancez un appel à volontaires : des surveillants, CPE, professeurs... De petites missions ponctuelles peuvent leur être confiées : rappeler chacun à quelques élèves le rendez-vous du lendemain avec le tabacologue, venir accueillir le tabacologue, venir 5 minutes au moment de la séance en groupe pour voir si tout le monde est là pendant qu'un autre va chercher les éventuels manquants. Mettez en place un cahier de liaison avec le tabacologue.

Aucun élève ne s'est inscrit pendant les réunions d'information, est-ce normal ?

Cela arrive régulièrement et il ne faut surtout pas baisser les bras ! Les élèves ont besoin d'un temps de réflexion avant de franchir le cap de l'inscription. L'essentiel est de les stimuler suite à la réunion d'information, leur faire des rappels sur des éléments cités en réunion et/ou sur le programme (pas d'obligation de résultat, prise en charge d'autres drogues, etc, cf. chapitre 6 - Les réunions d'information et le recrutement).

Que faire si un élève veut rejoindre le programme en cours de route ?

Il est tout à fait possible de rejoindre le programme à tout moment. Le tabacologue doit être averti en amont, et prévoir ainsi son intégration au groupe lors des séances collectives. Si cela peut impacter la dynamique du groupe, un suivi individuel peut néanmoins lui être proposé.

Comment éviter que les élèves oublient leurs rendez-vous ?

Il faut coupler plusieurs méthodes : leur donner un petit billet de convocation, qui liste les jours et horaires de rendez-vous (un format type est fourni en annexe), et systématiquement leur faire un rappel la veille du rendez-vous : soit en passant les voir, soit par SMS, téléphone...

Que faire si un élève rate une session ?

Se renseigner sur le motif ; rappeler à l'élève que s'il ne peut pas se rendre à un rendez-vous, il doit en informer le chef de projet ou le tabacologue. L'infirmière ou assimilé devra peut-être remettre des substituts nicotiques à l'élève s'il vient à en manquer du fait d'avoir raté son rendez-vous ; à

prévoir en concertation avec le tabacologue. Si l'élève désire quitter le programme, lui demander s'il veut bien expliquer pourquoi ; en informer le tabacologue et/ou le chef de projet et/ou l'infirmière en fonction de la personne à qui l'élève le dit.

Comment informer les parents d'un mineur en gardant la confidentialité sur le statut tabagique de l'élève ?

Les autorisations à faire signer par les parents sont volontairement rédigées de façon à ne pas dévoiler que l'élève est fumeur ; c'est une information générale qui explique que le programme est pour les fumeurs et non-fumeurs (via les réunions d'information) et que les fumeurs volontaires pourront ensuite être suivis gratuitement par un tabacologue.

Où stocker les questionnaires complétés par les élèves ?

Ils doivent être stockés dans une armoire fermée à clé, à l'infirmierie s'il y en a une ; sinon dans un bureau individuel où il y a peu de passage.

Où stocker le cahier du médecin ?

Ce document contenant des informations de santé, il faut être particulièrement vigilant. Il peut être stocké uniquement à l'infirmierie, ou à défaut, le tabacologue conserve lui-même ses dossiers et les amène à chacune de ses venues.

Où stocker les substituts nicotiques ?

Ils doivent être stockés dans une armoire fermée à clé, à l'infirmierie s'il y en a une ; sinon dans un bureau individuel où il y a peu de passage.

Que faire si un élève demande à être aidé pour d'autres substances que la cigarette ?

Le laisser rencontrer le tabacologue pour une consultation individuelle diagnostique. C'est ensuite le tabacologue qui décide au cas par cas si l'élève peut être intégré aux séances en groupe, s'il ne doit faire que les consultations individuelles, ou s'il doit être dirigé vers une autre structure. Les problèmes de cannabis ou chicha s'intègrent relativement bien au sevrage tabagique. Pour les autres drogues, c'est difficile. Mais ne pas lui refuser de l'aide, surtout temps qu'il n'est pas pris en charge dans une autre structure.

Annexes du guide

Les outils en annexes (sur le site internet de Santé Publique France) ont été développés dans le cadre de différentes mises en œuvre de TABADO et sont donnés à titre d'exemple. Vous pouvez les adapter selon vos besoins ou en créer d'autres. Ils sont disponibles dans le document « Annexes », dans un format éditable pour permettre leur modification.

D'autres outils existent ou sont en cours de développement. Vous pouvez solliciter les différents porteurs du projet, ou Amandine Vallata (rédactrice principale du présent guide, et coordinatrice du projet 2016/2017 en Grand-Est), ou encore Marjorie Cadeville (relectrice du présent guide, et coordinatrice du projet 2017/2018 en Ile-De-France).

Contacts :

- Amandine Vallata : amandinevallata@gmail.com
- Marjorie Cadeville : Tabado.IDF@ligue-cancer.net



TABADO 2 : un guide pour une stratégie d’accompagnement au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire.

Rédaction : Amandine VALLATA, François ALLA

Relecture : Marjorie CADEVILLE, Charlotte KANSKI