

Année : 2024

Mémoire

en vue de l'obtention du

Master 2 Santé Publique Promotion de la Santé et Prévention

L'évaluation des
Campus Universitaires Sans Tabac

Julien Camiat

JURY

Président : Monsieur le Pr Jocelyn RAUDE

Directrice : Mme le Pr Karine GALLOPEL-MORVAN

Directeur adjoint : Monsieur le Pr Vincent DURLACH

À notre président de jury de mémoire,

Monsieur Jocelyn RAUDE

Professeur des Universités au sein du département des Sciences Humaines et Sociales
de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique

Enseignant-chercheur au sein du laboratoire ARENES (UMR CNRS 6051) et unité
INSERM U1309

Psychologie sociale de la santé, interactions environnements-comportements, processus
d'adaptation sociale et cognitive aux risques sanitaires, dynamique des comportements
collectifs en situation épidémique, prévention et contrôle des maladies infectieuses
émergentes.

Docteur de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
Docteur de l'Université Aix Marseille
Diplôme d'Habilitation à Diriger des Recherches

*Merci de me faire l'honneur de présider le jury de ce mémoire et de m'avoir fait
découvrir de nouvelles connaissances en psychologie sociale tout au long de cette année
de Master 2. Je vous suis particulièrement reconnaissant pour l'enthousiasme et la
bienveillance dont vous avez fait preuve au long de l'année, avec votre binôme M.
Constant.*

À notre directrice de mémoire,

Madame Karine GALLOPEL-MORVAN

Professeure des Universités en Marketing social à l'École des Hautes Études en Santé Publique
Enseignante-chercheuse au sein du laboratoire ARENES (UMR CNRS 6051) et unité INSERM U1309

Professeure honoraire, Université de Stirling (Ecosse)

Docteur en Sciences de Gestion de l'Université de Rennes 1
Diplôme d'Habilitation à Diriger des Recherches

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce mémoire. J'ai découvert les Campus Sans Tabac il y a moins d'un an à mon arrivée à l'EHESP, et en tant que fumeur sevré (et toujours tenté) j'ai été plus que séduit par mes séjours rennais où le tabac n'était plus visible. C'est donc avec plaisir que j'ai rejoint l'aventure pour transférer ce dispositif en lequel j'ai foi à Reims.

Merci pour l'ensemble du travail que vous effectuez sur les thématiques alcool et tabac qui me tiennent particulièrement à coeur et m'ont fait venir dans ce parcours de master. Prenez ce mémoire comme le témoignage de mon profond respect.

À notre directeur adjoint de mémoire,

Monsieur Vincent DURLACH

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier en Thérapeutique (section 4804)
Enseignant-chercheur au sein de l' UMR CNRS 7369 MEDyC

Responsable de l'Unité d'Aide au Sevrage Tabagique du CHU de Reims
Directeur du Campus Santé Sans Tabac de l'UFR Santé de Reims
Vice-Président de la Société Francophone de Tabacologie

Diplôme d'État de Docteur en Médecine
Diplôme d'Études Spécialisées en Endocrinologie
Diplôme d'Habilitation à Diriger des Recherches

Vincent, je vous remercie d'avoir accepté de co-encadrer ce mémoire. Merci de m'avoir fait monter à bord du projet CSST de Reims dès le départ, c'est un beau projet sur lequel nous travaillons et nous pouvons en être fiers. J'ai hâte d'avoir les premiers résultats de l'évaluation de la rentrée, car écrire tout un mémoire à ce propos éveille une certaine curiosité intellectuelle !

Liste des abréviations et acronymes

CUST : Campus Universitaire Sans Tabac

TCP : Tobacco Control Policies

SFA : Smoke-Free Air

SF : Smoke Free

TF : Tobacco Free

AST : Aide au Sevrage Tabagique

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

FTA : Fumée de Tabac Ambiante, fumée secondaire

EU : États-Unis d'Amérique

CSST : Campus Santé Sans Tabac

CDC : Center for Disease Control and Prevention

CCLAT : Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Anti-Tabac

JMST : Journée Mondiale Sans Tabac (31 mai)

EHESP : École des Hautes Etudes en Santé Publique

INCa : Institut National du Cancer

LNCC : Ligue National contre le Cancer

CNCT : Comité National Contre le Tabac

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac

UFR : Unité de Formation et de Recherche

URCA : Université de Reims Champagne-Ardenne

CoPil : Comité de Pilotage

CBA : Controlled Before-After Study

TPB : Theory of Planned Behavior - Théorie du Comportement Planifié

Plan

Introduction

- 1) Problématique du mémoire
- 2) Historique de la lutte contre le tabagisme dans le monde
- 3) De la loi Veil aux CUST : Évolution de la législation anti-tabac en France

I - Les campus universitaires sans tabac

- 1) Intérêt des CUST pour la Santé Publique
- 2) Les CUST à travers le monde, une stratégie efficace
- 3) Les CUST en France, une politique anti-tabac émergente
- 4) Comment mettre en oeuvre une politique CUST ?

II - L'évaluation des campus universitaires sans tabac

- 1) De l'évaluation des interventions de santé publique
- 2) Comment évaluer l'impact d'un CUST ? Éclairage de la littérature scientifique
 - a) Méthodes et indicateurs utilisés dans l'évaluation des Campus Universitaires Sans Tabac
 - b) Apport des évaluations « avant-après » des Campus Universitaires Sans Tabac

III - Le Campus Santé Sans Tabac de l'Université de Reims

- 1) Présentation du projet rémois
- 2) L'évaluation du Campus Santé Sans Tabac de Reims

IV - Conclusion

Introduction

1) Problématique du mémoire

Le tabac tue 8 millions de personnes chaque année dans le monde, dont plus d'un million de non-fumeurs involontairement exposés à la fumée. [1] La fumée de tabac contient plus de 4 000 substances chimiques parmi lesquelles plus de 70 substances cancérogènes, des irritants, des produits toxiques, des métaux lourds, et un alcaloïde addictif qui est la nicotine. La fumée est non-seulement nocive pour le fumeur mais aussi pour le non fumeur exposé involontairement. Le tabagisme a des impacts graves et multiples sur la santé augmentant le risque de maladies mortelles et réduisant la qualité de vie (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, diabète de type II, infections ORL, dentaires, etc.). La cessation du tabac est donc l'une des mesures les plus importantes que les individus peuvent prendre pour améliorer leur santé et prévenir les maladies associées. [2]

En Europe, le tabac est la première cause de mortalité évitable, responsable annuellement des décès de près de 700 000 personnes. La moitié de ces décès sont prématurés, avec une moyenne de 14 année de vie perdues. [3]

La France fait partie des mauvais élèves de l'Europe où le tabac tue plus de 75000 personnes par an, soit 200 personnes par jour. L'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) estimait en 2019 que le coût social du tabagisme (calcul tenant compte de la valeur des vies perdues, de la perte de qualité de vie, des pertes de production, ainsi que du coût pour les finances publiques, constitué par la différence entre les dépenses de prévention, répression et soins et les recettes des taxes sur l'alcool et le tabac, ainsi que les économies de dépenses en lien avec les retraites non versées) à environ 156 milliards d'euros par an (soit 5,6% du PIB), ce qui représente un coût annuel de 2300 euros par habitant. [4]

Un tiers des français (32%) se déclaraient fumeurs en 2022. 25,3% de la population française fume quotidiennement une moyenne de 12,7 cigarettes (ou équivalent). [4] À titre de comparaison nos voisins italiens comptabilisent 24% de fumeurs, l'Espagne 23% les Pays-Bas 21%. Les États-Unis comptaient en 2021 11,5% de fumeurs de cigarettes et le Royaume-Uni 13,3%. [5]

Le tabac est le produit le plus consommé quotidiennement par les jeunes français et bien souvent leur première dépendance. Les fumeurs quotidiens commencent à fumer avant 25 ans; l'initiation au tabac le plus fréquemment lieu dès l'adolescence, vers 13-14 ans, période des expérimentations en tout genre, et la dépendance sera souvent d'autant plus forte que l'initiation sera précoce. Deux jeunes sur trois expérimentateurs de tabac seront consommateurs réguliers de tabac une partie de leur vie. Même avec des consommations ponctuelles, la dépendance à la nicotine s'installe rapidement. Chaque année, d'après le Comité National Contre le Tabagisme, plus de 200 000 jeunes français deviennent dépendants à la cigarette. [6]

En 2022, 25,5% des 18-24 ans déclaraient fumer quotidiennement (32,1% des 15-24 ans). [4]

Les jeunes sont aussi les plus désireux d'arrêter le tabac. Hors, plus on agit tôt sur la dépendance au tabac plus il sera aisé d'arrêter, il est donc du devoir des professionnels de la santé publique d'accompagner ces jeunes vers l'arrêt. [6]

Concernant le vapotage (l'usage de cigarettes électroniques), 7,3% des français de 18 à 75 ans déclaraient être utilisateurs de cigarettes électroniques en 2022, 5,5% quotidiennement. Une tendance à la hausse depuis 2016, notamment chez les jeunes. [4]

L'axe 3 du Programme National de Lutte contre le Tabac 2023-2027 a pour titre : « Préserver notre environnement de la pollution liée au tabac » et indique formellement la volonté gouvernementale de « généraliser les lieux de santé et les écoles de santé sans tabac », et donc de promouvoir sur le territoire des Campus Universitaires Sans Tabac. (CUST) [7]

Ce mémoire s'intéresse à cette politique de lutte contre le tabagisme relativement émergente sur le territoire français, visant particulièrement les jeunes étudiants en santé. Les étudiants en santé sont par nature tous concernés par les problématiques de prévention et de promotion de la santé; certains sont prescripteurs des traitements d'aide au sevrage tabagique et tous doivent être capables d'accompagner et d'adresser aux services compétents, les personnes désireuses de réduire leur consommation tabagique.

Selon Santé Publique France, 16% des médecins généralistes sont fumeurs, 14% sont fumeurs quotidiens. [8] C'est d'autant plus important d'agir dans ces lieux d'enseignement supérieur car il est établi que le statut tabagique des soignants est susceptible d'altérer la prise en charge de cette problématique auprès de leurs patients. [9]

Les CUST visent à réduire la prévalence du tabagisme et à promouvoir un environnement sain et sans fumée pour les étudiants et le personnel universitaire. Au sein des CUST, l'interdiction de fumer s'applique non seulement à l'intérieur des bâtiments universitaires, mais aussi à l'ensemble du campus, y compris les espaces extérieurs, tels que les parcs, les trottoirs, les parkings, les véhicules stationnés sur le campus... Ces politiques sont souvent accompagnées de mesures de soutien, telles que des programmes de sensibilisation, des campagnes d'éducation sur les dangers du tabac, et des services d'aide au sevrage tabagique (AST). Les CUST peuvent être de deux types : Smoke-Free (Interdiction de tout produit du tabac ainsi que des vapes et e-cigarettes) ou Tobacco-Free (Interdiction de tout produit du tabac). [10]

Dans le cadre du projet ProDevCampus actuellement porté par une équipe de recherche de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) et financé par l'INCA, plusieurs CUST sont en cours de mise en place en France, dont le Campus Santé Sans Tabac de l'Université de Reims Champagne-Ardenne dont j'ai rejoint le bureau cette année. [11]

Assez rapidement au vu de ma qualité d'enseignant en santé publique de l'UFR d'Odontologie, et du master 2 que j'effectue à l'EHESP, j'ai été nommé au sein du bureau comme responsable de l'évaluation. N'étant à l'époque de cette nomination que relativement peu familier aux dispositifs CUST, en dehors de ma courte expérience en tant qu'étudiant à Rennes, il a d'abord été nécessaire de s'informer plus sur ces initiatives, sur leur histoire au sein des politiques de lutte contre le tabagisme, et sur leur intérêt pour la santé publique. La problématique du travail de cette année a été de convaincre et de mobiliser les différentes parties prenantes du bienfondé de la démarche afin de transformer notre pôle Santé en CUST, d'amorcer cette démarche avec le bureau du CUST de Reims, puis de déterminer, à la lumière de la littérature existante sur les CUST, pourquoi et comment penser l'évaluation de notre dispositif.

Dans cette introduction, nous ferons donc un bref historique des politiques de lutte contre le tabac dans le monde et retracerons l'évolution de la législation et des actions de santé publique mises en œuvre pour réduire la prévalence du tabagisme en France. Nous examinerons notamment les politiques de lieux sans tabac, depuis les premières réglementations jusqu'aux initiatives actuelles de CUST, soutenues par l'OMS et le gouvernement français. [8] [10]

Dans une première grande partie, nous nous intéresserons particulièrement à l'initiative au cœur de ce mémoire les Campus Universitaires Sans Tabac. Nous analyserons leur intérêt pour la santé publique, retracerons l'historique de ces dispositifs à travers le monde, de leur naissance aux États-Unis, à leur importation en France, leurs objectifs, les stratégies mises en œuvre afin d'aboutir au changement des comportements, et les résultats de ces dispositifs. Nous tenterons d'identifier les facteurs clés de leur succès.

Dans une seconde grande partie, axée sur l'évaluation des CUST, nous discuterons d'abord de l'importance des données probantes dans l'évaluation des interventions de prévention et de promotion de la santé. Nous décrirons les diverses méthodologies d'évaluation de l'efficacité des actions de santé publique comme les CUST, notamment les méthodes quantitatives et qualitatives. L'évaluation d'impact mesure les changements qui peuvent être directement attribués à une intervention de santé publique, en prenant en compte à la fois les effets attendus et les effets non prévus initialement. Les évaluations d'impact cherchent à répondre à des questions de cause à effet. Elles aident à répondre à des questions clés pour l'élaboration de politiques basées sur les preuves : qu'est-ce qui fonctionne, qu'est-ce qui ne fonctionne pas, dans quelles conditions, pourquoi, et à quel coût ? Nous examinerons les données disponibles sur les évaluations d'impact des CUST, en analysant plus précisément les études « avant-après » et en synthétisant l'état actuel de la recherche sur ces initiatives. Nous chercherons à comprendre les dynamiques et les défis liés à l'évaluation de ces campus sans tabac.

Dans une troisième partie, nous présenterons le projet du Campus Santé Sans Tabac de Reims ainsi que la stratégie d'évaluation décidée à la lumière de nos recherches.

Pour conclure, nous émettrons des recommandations de bonnes pratiques pour l'évaluation des CUST. Ces recommandations viseront à améliorer la rigueur et la robustesse des résultats, et à faciliter les comparaisons de résultats et à soutenir la prise de décision basée sur des preuves solides.

Ce mémoire ambitionne ainsi de contribuer à la réflexion sur cette politique de lutte contre le tabagisme et de fournir des outils méthodologiques pour l'évaluation et l'amélioration continue des initiatives Campus Universitaires Sans Tabac.

2) Historique de la lutte contre le tabagisme dans le monde

Les Tobacco-Control Policies (TCP) se sont développées après les premiers rapports sur la dangerosité du tabac et de ses produits au début des années 60, notamment le Surgeon General's Report de 1964. [12]

Depuis 2003 et l'adoption de la convention-cadre pour la lutte antitabac par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [13], d'importants efforts mondiaux ont été consacrés à la réduction de l'épidémie de tabagisme. En 2015, le renforcement de la lutte

antitabac a été inclus comme un objectif de développement mondial dans l'Agenda 2030 pour le développement durable. [14]

Ces TCP sont de différente nature, on observe dans la littérature : [15]

- Les augmentations des taxes d'accise sur les cigarettes,
- Les politiques Smoke-Free Air (SFA) dans les lieux publics,
- Les interdictions de publicité pour les produits du tabac,
- Les campagnes médiatiques de prévention,
- Les avertissements de santé indiqués sur les paquets de cigarettes et autres produits du tabac,
- Les interdictions de vente de tabac aux mineurs,
- Les programmes d'éducation à la santé en milieu scolaire,
- Les offres d'aide au sevrage tabagiques, les hotlines téléphoniques...

Toutes ces politiques ont permis progressivement un net recul du tabagisme dans les pays développés mais nécessitent d'être en permanence ré-évaluées et renouvelées car les fumeurs d'aujourd'hui ne sont plus les fumeurs d'hier, et les industries du tabac ne manquent pas également de revoir et d'actualiser leurs stratégies de marketing, afin de séduire un nouveau public, notamment les jeunes.

En 1981, Myron E. Johnston, chercheur en charge de la stratégie du groupe Philip Morris affirmait déjà « Les adolescents d'aujourd'hui sont les consommateurs réguliers potentiels de demain, et la très grande majorité des fumeurs commence à fumer à l'adolescence ». [16] Il est donc important que les actions de prévention et promotion de la santé en rapport avec le tabagisme ciblent, elles aussi, prioritairement la jeunesse.

En 2021, l'étude publiée par Flor et al. a pu démontrer, en analysant les impacts des politiques de lutte anti tabagique de 155 pays, qu'une grande partie d'entre elles avait eu une efficacité statistiquement significative. [15]

- Une augmentation de la taxation sur les produits du tabac conduit ainsi de manière constante à une réduction de la prévalence du tabagisme, en particulier parmi les populations sensibles aux prix comme les jeunes et les personnes à faible revenu. Peu importe la région du monde, une méta-analyse de 2015 a montré qu'une augmentation de 10 % du prix des cigarettes induite par augmentation de la taxe d'accise, réduit la prévalence du tabagisme de 4 % à 8 % et diminuerait la quantité de cigarettes fumées pour les fumeurs de plus de 6%. [17] [18]
- Limiter ou interdire la publicité, la promotion et le sponsoring à l'industrie du tabac a diminué l'attrait du tabagisme, surtout parmi les jeunes.
- Les avertissements sanitaires graphiques sur les paquets de cigarettes ont été efficaces pour sensibiliser aux dangers du tabagisme et motiver les fumeurs à arrêter.
- Fournir l'accès à des programmes d'arrêt du tabac, à des aides au sevrage (AST), a aidé de nombreux fumeurs à arrêter avec succès.
- Enfin la mise en place d'interdictions de fumer dans les lieux publics (SFA) réduit l'exposition à la fumée secondaire et encourage les fumeurs à réduire leur consommation ou à arrêter de fumer, et aide les ex-fumeurs à le rester. [15]

En 1986 aux USA, le Surgeon General's Report, dénonce pour la première fois les risques du tabagisme passif : l'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire augmente le risque de développer un cancer du poumon, le risque de maladies cardio-vasculaires, elle aggrave également l'asthme de leurs enfants. Le rapport recommande ainsi pour la première fois de réduire l'exposition à la fumée secondaire en interdisant de fumer dans

les lieux publics et sur les lieux de travail, et en sensibilisant la population aux dangers du tabagisme passif. [19]

« Chaque citoyen a droit à un niveau élevé de protection de sa santé et devrait être protégé contre l'exposition à la fumée de tabac. » [20] En 2009, le conseil de l'Europe explicite par cette recommandation le devoir de chaque pays membre de protéger ses ressortissants contre l'exposition involontaire à la fumée secondaire, en les informant des risques pour la santé de la fumée secondaire et en interdisant le tabac dans les lieux publics.

3) Evolution des politiques et législations anti-tabac en France

Depuis les années 1970, la législation française contre le tabagisme a connu une évolution significative. Le premier grand texte fut la loi Veil de 1976 qui interdit la publicité et la propagande pour le tabac dans les médias : il ne sera possible de faire de la publicité que dans la presse écrite, selon des quotas. Cette loi imposa des avertissements sanitaires, notamment la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes. Les avertissements sanitaires avaient fait leur apparition sur les paquets aux USA dès 1965. La loi Veil proscrivait pour la première fois l'usage du tabac « dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique pouvait avoir des conséquences dangereuses pour la santé ». Cette loi a permis de freiner l'augmentation de la consommation de tabac en France. [21]

En 1991, la loi Evin relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, renforça ces mesures en interdisant totalement toute publicité directe ou indirecte pour le tabac (sauf sur les enseignes des bureaux de tabac) Elle a étoffé la réglementation en soutenant l'augmentation de la taxe d'accise sur les cigarettes, en interdisant de fumer dans les locaux publics à usage collectif. Elle a également interdit la vente de tabac au moins de 16 ans. La loi Evin a permis de transformer la perception sociale du tabagisme en France et provoqué une diminution sans précédent de la consommation. [22]

Les années 2000 virent l'introduction du Programme National de Réduction du Tabagisme en 2003, qui augmenta les taxes sur les produits du tabac et finança des campagnes de prévention.

En 2007, la loi Evin fut encore renforcée pour interdire de fumer « dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, aux établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, dans toute l'enceinte (y compris l'extérieur) des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. » Les bars, restaurants, boîtes de nuits, hôtels, buralistes, casinos et cercles de jeux ont eu jusqu'à l'année 2008 pour s'adapter à la nouvelle législation. [23]

En 2014, un nouveau plan national visant à réduire de 10% en 5 ans la consommation de tabac (PNRT 2014-2019) a été introduit, et s'est articulé autour de trois axes : éviter l'entrée dans le tabagisme des jeunes, aider les fumeurs à arrêter de fumer, et enfin agir sur l'économie du tabac. [24]

En 2016, la France est le deuxième pays au monde à rendre obligatoire les paquets de cigarettes neutres, après l'Australie en 2012. Ces paquets ont pour objectifs de diminuer l'attractivité de la cigarette, via une esthétique peu attrayante et des messages choc. Le

paquet neutre se caractérise par une seule et même couleur pour tous les paquets de cigarette et de tabac à rouler, peu importe leur marque, la marque est inscrite suivant la même police sur les emballages. Les avertissements sanitaires présents sur les paquets ont de plus été élargis à 65% de la surface du paquet (contre 30% à 40% auparavant). [25]

En novembre 2016 eut lieu la première édition du Mois Sans Tabac, sur le modèle du StopTober anglais, ce défi collectif consiste à inciter et accompagner tous les fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac notamment par des actions de communication et de prévention. Cet arrêt est collectif, et se fait pour tous dans la même temporalité du 1^{er} au 30 novembre chaque année.

En 2018, le programme national de lutte contre le tabac (PNLT 2018-2022) a été lancé, il vient compléter en enrichir la suite et l'amplification du PNRT précédent dont toutes les actions ont été mises en oeuvre avant l'échéance de 2019.

Le PNLT a pour ambition de « protéger prioritairement les jeunes, de lutter contre les inégalités sociales en soutenant les personnes les plus vulnérables, d'accompagner les femmes, en particulier celles qui sont enceintes ». Les objectifs du PNLT sont ambitieux il propose de diminuer d'ici à 2027 de 5 millions le nombre de fumeurs quotidiens, et que les enfants nés après 2014 deviennent la première génération sans tabac (moins de 5% de fumeurs) d'ici à 2032. [26]

Les années 2020 continuèrent sur cette lancée avec des augmentations régulières des taxes sur le tabac et l'extension des zones sans tabac, comme les parcs et les plages.

Ces législations successives ont grandement contribué à la diminution du tabagisme en France, tout en nécessitant des efforts constants pour atteindre les objectifs de santé publique.

Le PNLT 2023-2027 garde les mêmes objectifs que le précédent : la protection des jeunes, l'aide à l'arrêt notamment des plus vulnérables, mais également la protection de l'environnement de la pollution liée au tabac, la transformation des métiers du tabac (amener le métier de buraliste vers celui de commerce de proximité) et la lutte contre les trafics; ainsi que l'amélioration des connaissances sur les dangers liés au tabac et sur les interventions de santé publique pertinentes dans ce cadre. De plus l'axe 3 de ce PNLT a pour objectif de mettre en place des CUST. [8]

Il existe des législations sans tabac pour de nombreux lieux extérieurs en France (parcs, plages...), mais nous sommes en retard sur les CUST par rapport aux États-Unis, à l'Australie ou au Canada notamment.

Dans la section suivante, nous allons définir les CUST, voir pourquoi il est important de les mettre en place, nous retracerons leur histoire à travers le monde et en France, et enfin nous verrons comment mettre en place un CUST.

I - Les campus universitaires sans tabac

1) Intérêt des CUST pour la Santé Publique

D'après le CDC, 90% des fumeurs essaient la cigarette pour la première fois avant leur 18 ans, et 98% des fumeurs le deviennent avant leur 26ème anniversaire. Il est donc prioritaire de cibler la jeunesse, les étudiants pour les politiques de lutte contre le tabagisme. [27]

Les politiques de Campus Universitaires Sans Tabac ne se limitent pas à interdire de fumer à l'intérieur des bâtiments universitaires, mais s'étendent désormais à l'ensemble du campus, y compris les espaces extérieurs et les véhicules de l'université. Les CUST vont cependant au-delà de la simple interdiction du tabac. Ces politiques promotrices de santé sont accompagnées de dispositifs d'information et de soutien au sevrage tabagique. Un programme de campus sans tabac ne saurait se résumer à rédiger une politique, la faire adopter et la mettre en œuvre. Il est important de sensibiliser sur les raisons pour lesquelles un campus devient sans tabac de sorte que les programmes incluent également une large composante éducative. Leur objectif est non seulement de réduire la prévalence du tabagisme parmi les étudiants et le personnel des universités, mais aussi de dénormaliser la consommation de tabac au sein de la société. [10] [28]

Les CUST peuvent être de deux types : Une politique Smoke Free (SF) est une politique qui limite ou élimine l'utilisation de produits du tabac produisant de la fumée, tels que les cigarettes, cigares, cigarillos et la chicha. Elle peut également inclure de nouveaux produits qui émettent une substance semblable à la fumée, comme les cigarettes électroniques. Une politique Tobacco Free (TF) limite ou élimine l'utilisation de tout produit du tabac, y compris les cigarettes, cigares, cigarillos, chicha, mais également le tabac à mâcher, snus (tabac prisé) et tous les autres produits sans fumée. Elle peut inclure aussi de nouveaux produits, tels que les cigarettes électroniques. [10] [28]

Les CUST proposent généralement des campagnes d'information visant à sensibiliser les étudiants et personnels des universités sur les dangers du tabac et les avantages d'un mode de vie sain, sans tabac. (Affiches, séminaires, publications sur les réseaux sociaux) En parallèle, des dispositifs d'aide au sevrage tabagique sont proposés. Ces dispositifs peuvent inclure des consultations avec des professionnels de santé (tabacologue, infirmière...), un accès facilité à des substituts nicotiniques. [10] [28]

La politique CUST vise à protéger la santé des étudiants. Elle diminue l'initiation au tabagisme et tend à réduire la prévalence du tabac parmi les usagers du campus, créant un environnement plus sain et durable pour les étudiants et le personnel universitaire. [27] Elle encourage les fumeurs, qu'ils soient étudiants ou membres du personnel, à arrêter de fumer en rendant les aides à l'arrêt (AST) facilement accessibles sur le campus. Cet accès facilité favorise une augmentation des tentatives d'arrêt et accroît les chances de sevrage.

Les campus sans tabac offrent un environnement de travail et d'études plus propre et plus respectueux de l'environnement. La qualité de l'air est améliorée au sein du campus, l'exposition à la fumée secondaire est réduite notamment à l'entrée des bâtiments. Les déchets liés à la consommation de cigarettes tels que les mégots sont réduits, réduisant ainsi les coûts de nettoyage et les risques d'incendie.

Une politique CUST aura tendance à améliorer l'image des établissements d'enseignement supérieur en promouvant des politiques de développement durable, les CUST montrent l'exemplarité des établissements en tant que lieu promoteur de santé. Ils ambitionnent de contribuer à la dé-normalisation du tabagisme dans la société en réduisant sa visibilité du tabac, en modifiant les attitudes et comportements liés au tabac, changeant l'image du tabagisme dans la société pour les générations futures. La politique CUST vise à créer un environnement où fumer n'est plus un geste banal, où fumer n'est plus la norme. [28]

Le tabagisme n'est pas considéré comme un problème de santé individuel dans une politique CUST ; mais comme un enjeu de santé communautaire. Tout le monde mérite une bonne santé, tout le monde mérite de vivre, apprendre et travailler dans un environnement qui promeut la santé, sans être exposé à un produit mortel. Pour rappel, il n'existe pas de valeur seuil en deçà de laquelle la fumée secondaire ne serait pas dangereuse. [29]

Les établissements d'enseignement supérieur ont donc la responsabilité de créer des environnements favorables au bien-être et à la santé de leurs étudiants et de leurs personnels.

2) Les CUST à travers le monde, une politique efficace

Le milieu universitaire américain a été pionnier dans le développement des politiques CUST. En 2003, la Tobacco-Free College Campus Initiative est lancée aux États-Unis. Cette initiative fournit des ressources, des outils et un soutien aux universités pour les aider à mettre en œuvre des politiques sans tabac. Les politiques de Campus Universitaires Sans Tabac (CUST) ont ainsi pu commencer à se développer.

L'Université de Californie a adopté une politique CUST en 2004 (elle avait déjà été la première à interdire de fumer à l'intérieur de ses bâtiments en 1992). Elle justifie à l'époque être la première à s'engager dans une telle politique en ces termes : « Bien que l'utilisation du tabac soit un choix personnel, les dangers pour la santé liés au tabagisme et à l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire sont bien documentés. Ces dangers peuvent affecter non seulement le fumeur, mais aussi le non-fumeur exposé à la fumée. En tant que leader dans les pratiques de santé et de protection de l'environnement, l'université reconnaît sa responsabilité d'exercer un rôle de premier plan en créant un environnement sans fumée ni tabac pour tous les étudiants, employés et visiteurs sur tous les campus, centres médicaux et installations de l'Université de Californie. » [29]

Elle fut suivie par celle de l'Iowa en 2008 et celle de l'Arkansas en 2009. Le nombre de CUST a augmenté de manière exponentielle aux EU : en 2012 il y avait 774 CUST, en date du 1er avril 2024, 2617 CUST étaient recensés sur le sol américain (sur 5900 campus environ). Les politiques sans tabac deviennent de plus en plus complètes, incluant non seulement les cigarettes, mais aussi les produits du tabac sans fumée et les cigarettes électroniques. Parmi les 2617 CUST américains, 2288 étaient de type « Smoke Free » (SF) et 2 196 étaient également de type « Tobacco Free » (TF). [30] [Figure 1]

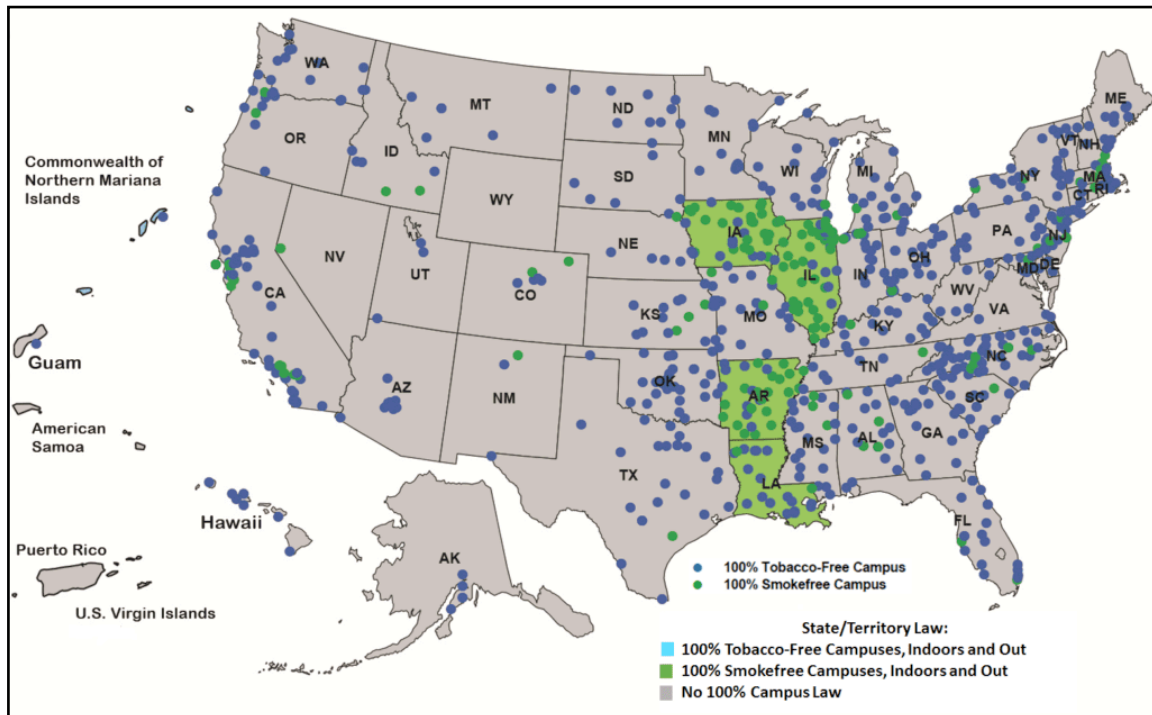


Figure 1: Carte des CUST aux États-Unis en 2019
American Nonsmoker's Rights Foundation

Les campus sans tabac ne se sont pas cantonnés aux EU, mais se sont développés sur tous les continents, les organisations internationales de santé (comme l'OMS) encourageant fortement les politiques CUST. [10]

Au Canada, 100 des 265 universités et collèges avaient adopté une politique CUST en août 2022. Parmi ceux-là, 76 interdisaient l'usage de tous les produits du tabac sur le campus (formes orales et prisées, chichas etc) ; et 93 interdisaient également l'usage des vapoteuses. [31]

Actuellement en Australie, 28 des 39 universités ont adopté une politique CUST [32].

Les CUST ont pu se développer de manière exponentielle dans ces pays car ils ont assez rapidement pu prouver leur efficacité en tant que politique de lutte contre le tabagisme chez les étudiants.

Quatre revues systématiques de la littérature publiées en 2015 [33], 2020 [34], 2021 [35] et 2024 [36] se sont intéressées à l'impact des politiques CUST.

Elles ont constaté que :

- Les politiques CUST étaient perçues comme efficaces par les étudiants, les employés, et les usagers des campus pour réduire le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire, ainsi que pour encourager les gens à arrêter de fumer et pour protéger la santé de l'ensemble des personnes fréquentant les CUST.
- Les politiques CUST réduisent les croyances positives sur le tabagisme à la fois chez les étudiants et chez le personnels. La grande majorité des recherches ont montré que les politiques CUST diminuent les attitudes positives envers le tabagisme et sont bien acceptées.

- L'acceptabilité et le soutien aux politiques CUST sont généralement bons et ont tendance à s'améliorer avec le temps chez les étudiants, les employés et les usagers en général. Le soutien des usagers à la politique CUST est important car il est associé à une perception négative du tabagisme sur le campus, à une meilleure connaissance des risques liés au tabac, à une meilleure connaissance de la pollution environnementale liée aux cigarettes, et à une perception positive de l'efficacité des politiques CUST sur la santé des usagers en général.
- Les politiques CUST augmentent la désapprobation sociale du tabagisme parmi les étudiants et les employés. De plus, au fil du temps, les étudiants deviennent plus enclins à intervenir auprès de leurs camarades qui enfreignent les règles de la politique CUST et à les encourager à s'y conformer.
- Les politiques CUST sont associées à une réduction de la prévalence du tabagisme chez les étudiants et les personnels, une diminution qui a tendance à augmenter avec le temps. Les tentatives de sevrage tabagique augmentent également à partir de l'implémentation de la politique CUST.
- En termes de réduction de la consommation, le personnel et les étudiants fumeurs d'un CUST fument moins que ceux d'un campus où fumer est autorisé. Les politiques CUST sont donc efficaces pour réduire la consommation de tabac.
- Les politiques CUST contribuent à diminuer la pollution environnementale sur les campus en réduisant le nombre de mégots jetés par terre, laissant ainsi l'environnement du campus plus propre, améliorant la qualité de l'air respiré et diminuant le risque d'incendie lié aux déchets du tabac.

L'efficacité de cette politique de santé publique ayant donc fait ses preuves à l'international depuis le début des années 2000, il est temps pour la France de rattraper son retard.

3) Les CUST en France, une politique anti-tabac émergente

En France, en 2018 à l'occasion de la journée mondiale sans tabac, l'École des hautes études en santé publique (EHESP) est officiellement devenue le premier CUST de France.

Il y est interdit de fumer sur l'ensemble du campus universitaire, tant intérieur qu'extérieur. Il y est cependant tout de même possible d'yvapoter à l'extérieur. Différentes aides au sevrage tabagiques y sont disponibles : consultation de tabacologie, ateliers de sophrologie. Des actions de communication et de vérification du respect de la politique sont réalisées sur le campus : des ambassadeurs recrutés parmi les étudiants se promènent sur le campus afin d'échanger avec les contrevenants sur le dispositif et leur apporter des informations complémentaires. Des ramassages de mégots sont également réalisés régulièrement. [11]

À l'époque, forte de 3 ans d'expérience CUST, l'équipe de recherche de l'UMR 6051 Arènes - Axe « Recherche sur les Services et le Management en santé » U1309 INSERM a déposé en 2021 le projet ProDevCampus afin de « PROMouvoir et DEVELOPPER les CUST en France.

Ce projet, porté par le Pr Gallopel-Morvan, a récolté divers financements, notamment un financement de l'Institut National du Cancer (INCa), un financement de la Ligue Nationale Contre le Cancer (LNCC), ainsi qu'un financement de l'ARS Bretagne spécifique à la promotion des campus sans tabac en Bretagne. [11]

ProDevCampus est un projet comportant plusieurs phases. Tout d'abord il s'appuie sur une revue systématique de la littérature scientifique sur les CUST afin de promouvoir des

dispositifs fondés sur des preuves (« evidence-based »). Ensuite il s'appuie sur des entretiens avec la conférence des doyens des UFR de médecine pour évaluer leurs opinions vis à vis des dispositifs CUST. ProDevCampus propose un accompagnement personnalisé pour la mise en place des CSST dans les UFR santé intéressées, notamment pas la mise en oeuvre de webinaires méthodologiques et d'un site internet contenant toutes les recommandations issues de la littérature et du savoir expérientiel de l'EHESP, dont le dispositif est régulièrement évalué, ajusté et amélioré.

L'acceptabilité du dispositif rennais est excellente avec près de 95% des étudiants se déclarant favorables ou très favorable à ce dernier (dont 9 fumeurs sur 10). [11]

En mars 2024, le site web méthodologique <https://campus-sans-tabac.ehesp.fr> [Figure 2] de mise en place d'un CUST en France a été mis en ligne par l'équipe de l'EHESP afin que chaque lieu d'enseignement supérieur français désireux de mettre en place un environnement sain et sans fumée, puisse être aidé en ce sens. [37]



Figure 2: Le guide Campus Sans Tabac Mode d'emploi [37]

Suite à l'expérimentation menée à l'EHESP et au projet ProDevCampus, le gouvernement français a apporté son soutien aux projets CUST : Ainsi le 28 novembre 2023, le ministre de la Santé Aurélien Rousseau présentant le Programme National de Lutte contre le Tabac 2023-2027, précisait dans son axe 3 : « Préserver notre environnement de la pollution liée au tabac » la volonté de « généraliser les lieux de santé et les écoles de santé sans tabac », ainsi que d' « instaurer de nouveaux espaces extérieurs à usage collectif libérés du tabac ». [7]

Les premiers sites expérimentateurs de la méthodologie mise au point par l'EHESP seront donc les UFR de Médecine et de Santé.

Le dispositif a d'abord été répliqué au sein du Campus Santé de Brest et est actuellement en train d'être mis en place dans les Campus Santé de Rennes, de Bordeaux, d'Amiens et de Reims (comme nous le verrons dans la troisième grande partie qui y est consacrée).

Actuellement une dizaine d'établissements français ont également lancé ou vont lancer leur dispositif CUST à la suite de l'EHESP on peut citer :

- l'Université de Strasbourg qui a interdit de fumer au niveau des espaces extérieurs aux entrées des bâtiments de ses campus en 2021, puis au niveau de l'ensemble du campus en 2022 (avec des abris fumeurs financés par l'ARS Grand Est) [38]
- l'UFR Sciences de Santé et du Sport de l'Université de Lille a lancé son dispositif CUST en 2023, par l'intermédiaire de l'UFR de Pharmacie, ayant mis en place outre l'interdiction de fumer sur l'ensemble du campus, des sessions de formation des personnels et étudiants, des campagnes de sensibilisation, et ayant recruté des étudiants ambassadeurs afin de veiller au respect de la politique et de participer à des sessions de ramassages de mégots. [39]
- L'ESSCA d'Angers et l'ENS Cachan réfléchissent actuellement à la mise en oeuvre d'une politique CUST au sein de leurs établissements. [40]

Il existe plusieurs façons de penser une politique CUST mais il est nécessaire de préciser clairement dès le départ les objectifs du dispositif que l'on souhaite mettre en place, les moyens que l'on souhaite lui allouer. Afin de faciliter le développement et la mise en place

des CUST des recommandations ont pu être formulées à partir des données de la littérature.

Pourquoi cibler prioritairement les Campus Santé en France ?

Le PNLT cible prioritairement dans son axe 3 les lieux d'enseignement supérieur de santé. Un nombre croissant des hôpitaux et lieux de santé français sont déjà engagés depuis plusieurs années dans une démarche Hôpital/ Lieu de santé Sans Tabac sous l'impulsion du Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD), du ministère de la Santé et des ARS. Si cela a du sens que les lieux de santé deviennent promoteurs de santé alors cela a du sens également que les écoles de santé leur emboîtent le pas. [41]

Si la politique Campus Santé Sans Tabac (CSST) s'applique et bénéficie à l'ensemble des personnes fréquentant le Campus Santé, la population principalement visée par les CSST ce sont bien les étudiants en Santé.

Ces futurs professionnels de santé, entreront dans la vie professionnelle en ayant vécu leurs études dans un environnement d'apprentissage affranchi du tabagisme. Certains fumeurs auront réussi à se sevrer du tabac grâce au dispositif. Tous auront reçu régulièrement des informations sur les effets négatifs du tabagisme, sur la dangerosité de l'exposition à la fumée secondaire, sur l'impact écologique du tabagisme et sur les aides disponibles pour se sevrer.

En visant en priorité, les futurs professionnels de santé, futurs prescripteurs d'aide au sevrage, des cibles secondaires non négligeables de notre programme seront les futurs patients de ceux-ci. Il y a plus de 200 000 étudiants en filières de santé en France qui pourraient bénéficier de ces dispositifs. Rappelons qu'il est établi que le statut tabagique des soignants a un impact sur la prise en charge des patients fumeurs. [8] [9]

Sur de telles problématiques de santé publique les campus santé ont un devoir d'exemplarité et doivent être moteur du changement. Pour autant, il faut voir au delà de la volonté affichée par le PNLT actuel, il ne faudrait pas limiter les CUST aux CSST, en effet tout autre campus français désireux de faire bénéficier ses étudiants et son personnel d'une politique CUST est invité à se lancer.

La France compte près de 3 millions d'étudiants et tous ont le droit de respirer un air plus sain sur leur lieu d'études. Pour cela un certain nombre de guides sont disponibles et offrent des recommandations issues de la littérature, à suivre à chaque étape de la mise en oeuvre d'une politique CUST, de sa réflexion à sa pérennisation.

4) Comment mettre en oeuvre une politique CUST

Le programme CUST est un programme de santé publique complexe mettant en jeu plusieurs acteurs et plusieurs actions nécessitant une planification soignée. Afin de cerner la logique qui sous-tend cette intervention, et de s'assurer de la compréhension de l'ensemble des parties prenantes nous avons réalisé un modèle logique du CUST, qui sert tant à la planification du projet, qu'à sa mise en oeuvre et à son évaluation.

Les modèles logiques sont des représentations visuelles qui illustrent la manière dont une intervention de santé publique est sensée fonctionner. Ils décrivent les relations entre les ressources allouées à l'intervention, humaines, matérielles, financières (input), les actions

entreprises (output) ainsi que les résultats escomptés (outcomes) du programme, à court, moyen et long terme. [42]

Ils peuvent être utilisés pour communiquer les objectifs et enjeux du programme, les expliquer à l'ensemble des parties prenantes, ainsi que pour guider sa conception lors des phases préparatoires.

Ils peuvent également être utilisés lors la mise en œuvre du programme et lors de son évaluation. Les modèles logiques constituent une approche structurée et systématique de l'évaluation des programmes qui permet de s'assurer que les programmes sont conçus, mis en œuvre et évalués de manière rigoureuse et efficace.

Nous proposons sur la page ci-après un modèle logique de CUST tel que nous l'avons pensé à Reims. [Figure 3]

Les activités (output) sont les variables d'intérêt que l'évaluation de processus mesurera. Les résultats (outcomes) sont les variables d'intérêt que l'évaluation des résultats du CSST va chercher à mesurer comme nous le verrons dans la seconde section (notamment les résultats à court et moyen termes).

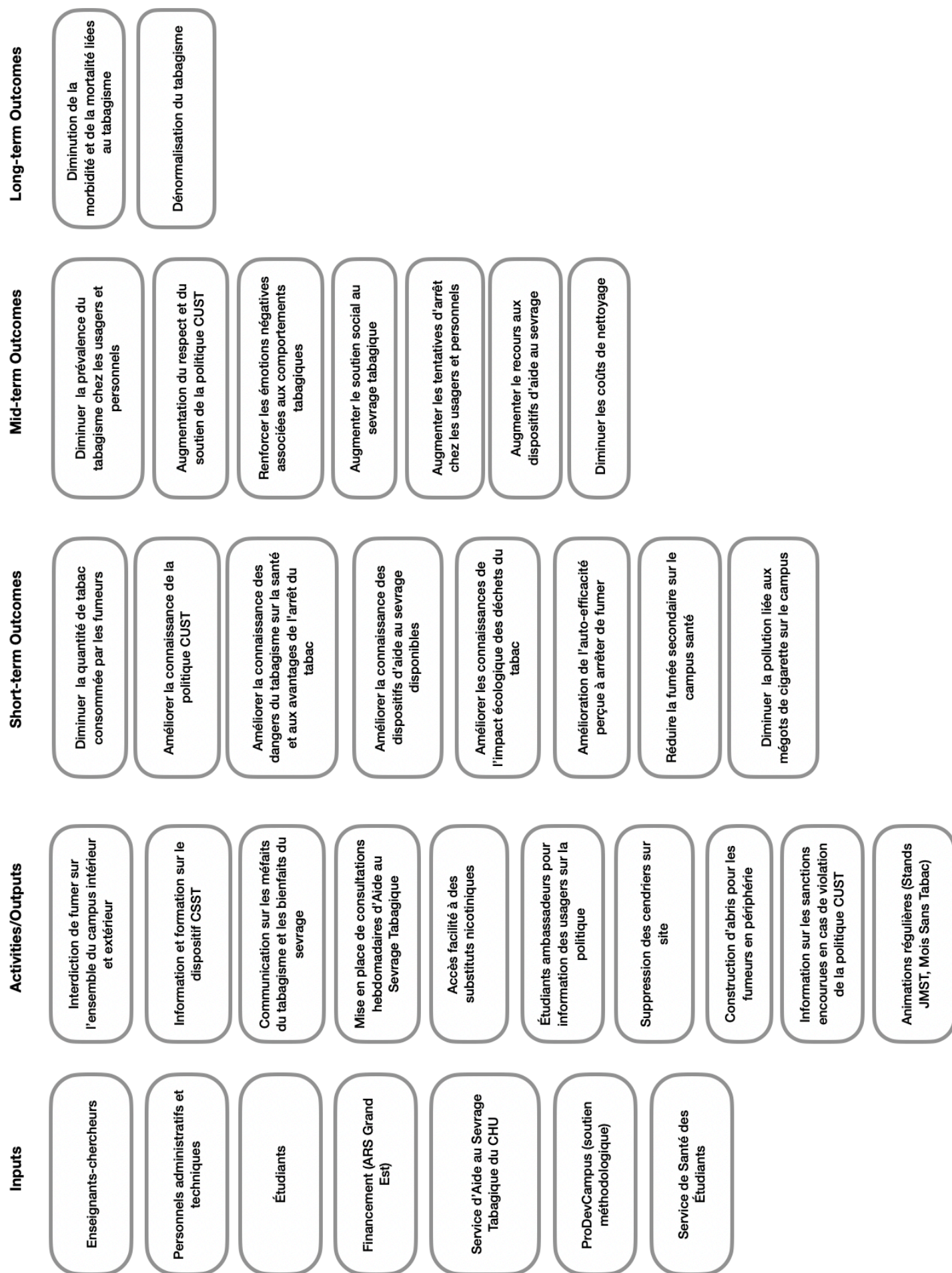


Figure 3: Modèle logique du Campus Universitaire Sans Tabac

En plus de cela de nombreux guides pratiques ont été édités ces dernières années afin de faire la promotion des initiatives CUST, et de donner les arguments et la méthodologie nécessaire à la mise en oeuvre de celles-ci, facilitant le développement de ces initiatives à travers le monde.

Nous vous proposons ci-après un résumé de 4 guides (3 en langue anglaise et un en français) :

- le guide « Create change, a student toolkit » édité aux EU par la Tobacco-Free College Campus Initiative en 2017. [29]
- le guide « Make our Campus Smoke-Free, A guide to action » adapté du précédent au contexte canadien est publié par le Central East Tobacco Control Area Network en 2018, [43]
- le guide « How to make your campus smoke-free » [Figure 4] publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT de l'OMS), et le Groupe de travail inter-agences des Nations Unies (UNIATF) sur les maladies non transmissibles en 2020. [10]
- Le guide « Initiative Campus sans tabac : mode d'emploi » est actuellement en cours de publication par l'équipe du projet ProDevCampus, il complète les précédents en les adaptant au contexte de l'enseignement supérieur français. [37]



Figure 4: Le guide How to make your campus smoke-free [31]

Ces guides recommandent tous de procéder par étapes chronologiques, en suivant ces étapes, les institutions peuvent créer des environnements plus sains et promouvoir des modes de vie sans tabac parmi leurs communautés. :

Étape préliminaire

Il est d'abord nécessaire de former un bureau avec des représentants des diverses parties prenantes intéressés par le sujet. Ce bureau se réunit régulièrement autour d'un chef de projet (administratif, professeur, chercheur, étudiant) et a pour objectifs :

- D'expliquer l'intérêt des campus sans tabac pour convaincre les différentes instances, les étudiants et les personnels.
- De s'assurer du soutien et de l'engagement actif de la direction; cet engagement actif est indispensable au respect du dispositif, à sa réussite et à sa pérennisation.
- De réfléchir au Comité de Pilotage du dispositif; et à un draft de la politique CUST,
- De commencer à répartir les diverses missions aux personnes intéressées (rédaction de la politique, demande de financements, évaluation de la politique, plan de communication...);
- De réaliser des enquêtes préparatoires, afin d'évaluer la prévalence du tabagisme chez les étudiants et personnels, d'évaluer l'acceptabilité et l'opinion de ces derniers quant au projet de campus sans tabac, d'identifier les freins et avantages perçus de la politique CUST et de repérer les lieux sur le campus où les usagers ont leurs habitudes

tabagiques. Les résultats de ces enquêtes permettront de mettre en place une politique adaptée aux spécificités du campus, de s'appuyer sur les avantages et les freins perçus des usagers pour adapter le dispositif, de convaincre les décideurs de l'intérêt du dispositif, d'évaluer a posteriori l'impact de l'intervention. Cette étape diagnostique est cruciale pour comprendre les besoins spécifiques de chaque communauté universitaire. Chacun des guides cités fournit un questionnaire type, adaptable.

Étape préparatoire

Après que le projet ait été validé par les instances de direction (conseil d'UFR, présidence d'université), il est temps de convoquer le comité de pilotage qui sera responsable de la planification d'un calendrier opérationnel, de la rédaction d'une politique CUST claire et complète, du calcul des budgets nécessaires à l'implémentation de la politique et de la modification de l'environnement universitaire (Signalétique, affichage, abris fumeurs, retrait des cendriers...). Le CoPil est responsable de la mise en oeuvre de la politique, du respect de celle-ci, ainsi que son évaluation, de la pérennisation et de l'amélioration du dispositif.

Avant la rédaction de la politique, le CoPil doit également se faire le porteur de la « vision » du projet : cette vision décrit les changements que l'on souhaite observer sur le campus. Il sera nécessaire d'utiliser les informations provenant de l'évaluation a priori pour définir la situation actuelle du tabagisme sur le campus, et réfléchir à la réglementation que l'on souhaite mettre en place. Faut-il interdire tous les produits du tabac et également l'utilisation de cigarettes électroniques sur tout le campus ? Faut-il mettre en place des abris fumeurs ?

La constitution du CoPil doit arriver aussitôt après validation du projet par les instances et être la plus inclusive possible pour faciliter le déploiement de l'initiative. Cette mise en place précoce aide à atteindre les objectifs du campus sans tabac, à identifier les freins à lever, et à accroître l'acceptabilité des étudiants et personnels.

Pour asseoir sa crédibilité et sa légitimité, les membres du CoPil doivent être recrutés parmi toutes les différentes instances qui constituent l'établissement : des représentants de la direction, des représentants des étudiants (élus, BDE), du personnel administratif et technique (scolarité, ressources humaines, hygiène et sécurité...), des enseignants, des chercheurs, des représentants des organisations syndicales, des représentants de l'université, des représentants des services de santé (Service de Santé des Étudiants, médecine du travail, psychologue, tabacologue), des représentants des instances concernées (Agence Régionale de Santé, Ville, Centre Hospitalo-Universitaire), des fumeurs et des non-fumeurs.

Les premières étapes du CoPil doivent inclure :

- la sélection d'un président ou de deux co-présidents pour le CoPil, dans l'idéal, par un représentant administratif de l'Université et un enseignant-chercheur motivé par le projet.
- la définition claire de la mission et des objectifs du CoPil,
- la mise en place d'un plan d'action avec des responsables d'actions et des délais,
- la création d'un calendrier provisoire (par exemple, de 12 à 18 mois) pour la mise en oeuvre de la politique CUST, (étapes d'implantation, inauguration, événements, évaluation)
- l'élaboration d'un budget estimatif,
- la rédaction de la politique CUST.

Différents groupes de travail peuvent être mis en place afin traiter différents aspects de la politique, en fonction des différentes compétences des membres du CoPil (par exemple, un groupe pour la rédaction de la politique, un groupe pour mise en œuvre de la stratégie de communication, une pour la mise en place des aides au sevrage, un pour l'évaluation de la politique), car ces éléments pourraient nécessiter une planification simultanée.

Le projet de politique sans fumée du campus devrait inclure des objectifs, un plan de mise en œuvre avec un calendrier, des liens entre la politique et les valeurs de l'institution, des détails sur le soutien disponible pour les employés qui fument, les règles concernant le non-respect de la politique, et les coordonnées des services d'aide au sevrage.

Le CoPil est le « maître des horloges » du projet, c'est pour cela qu'il doit être convoqué très régulièrement lors de la préparation du projet (au moins une fois par mois), où il s'assure de la progression et du respect du calendrier prévisionnel. Le CoPil est responsable du maintien la dynamique, tout au long de la mise en place du projet, et après celle-ci afin de pérenniser ce dernier. Le CoPil doit en effet en place tout au long de la durée du dispositif, car celui-ci est un dispositif dynamique qui pourra être modifié, adapté, amélioré, au fil des années. De nouvelles actions pourront être proposées par le CoPil et celui-ci sera toujours responsable de la réussite du dispositif.

Une fois la politique CUST votée en CoPil et en conseil de gestion de l'établissement, il est nécessaire d'inscrire ses règles au sein du règlement intérieur de ce dernier.

Lancement de la politique CUST

La création d'un environnement favorable au CUST est essentielle pour la réussite du lancement de la politique CUST. Cela passe par un plan de communication en amont du lancement du dispositif. Il est important de fixer la date d'entrée en vigueur en tenant compte d'un délai suffisant (au moins 9 mois) pour mettre en œuvre les plans de communication.

Il faut en effet s'assurer que tous les membres de la communauté universitaire, y compris les étudiants, le corps professoral, le personnel et les visiteurs, soient bien informés de la politique en amont du lancement. Un événement peut être organisé afin de lancer la communication autour du projet. Plusieurs autres canaux de communication, peuvent être utilisés tels que des courriels, des affiches, les réseaux sociaux et les sites web du campus, pour diffuser l'information. Celle-ci doit comprendre les messages clés pertinents en fonction du contexte, qui soient susceptibles de toucher le plus le public de l'établissement, qui aideront à capter l'attention et à susciter l'intérêt et le soutien pour la politique. La communication doit informer sur les règles du CUST et sur le calendrier de mise en vigueur de celles-ci, ainsi que sur les aides au sevrage rendues disponibles.

Un délai suffisant permet d'informer le personnel de l'imminence de la mise en place d'une politique sans tabac. Un lancement officiel d'envergure est essentiel pour souligner l'importance de la politique et renforcer la sensibilisation en permettant une interaction directe avec toutes les parties prenantes, ce qui améliore le potentiel d'impact de la politique. Cette annonce du lancement doit être faite par la direction, pour montrer son engagement vis à vis de la politique. Il est également judicieux de synchroniser ce dernier avec des événements médiatiques comme la Journée mondiale sans tabac (le 31 mai) ou une autre date importante pour l'organisation, comme le Mois Sans Tabac.

Il est crucial de maintenir une communication continue en menant des campagnes de sensibilisation, en organisant des ateliers pendant les pauses déjeuner ou en distribuant

des informations (numériques ou en version papier), avant et après la date de lancement. Cela contribuera à accroître la connaissance de la politique et à renforcer le respect de celle-ci.

Au niveau de la signalétique, des panneaux doivent être installés avant le lancement de la politique à toutes les entrées du campus, qu'elles soient pour les véhicules ou pour les piétons, afin d'informer les employés et les visiteurs qu'ils entrent sur un CUST. Si les panneaux ne peuvent pas être installés à temps, des banderoles et affiches peuvent être utilisées temporairement. Des autocollants peuvent être mis en place sur les portes des bâtiments rappelant la qualité CUST du campus.

De plus, il est important de soutenir les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer et de leur fournir un accès à des services de sevrage appropriés. Afin de réduire efficacement le tabagisme sur le campus, ces services de sevrage tabagique doivent être offerts à tous les étudiants, au personnel et au corps professoral, et doivent être promus en parallèle avec la politique. Un accès facilité à des consultations d'aides au sevrage sur site permettra une augmentation des tentatives d'arrêt.

Une formation du personnel doit également être mise en oeuvre afin de favoriser la réussite de la politique. L'objectif de cette formation est de créer une culture de respect de la politique, de sorte que l'application de la politique sans fumée devienne la responsabilité de chacun. Obtenir le soutien de la communauté et encourager les membres du personnel à surveiller le respect de la politique et à signaler les infractions aux contrevenants, réduit les ressources nécessaires pour garantir le respect de la politique. Aborder ceux qui enfreignent les règles peut être intimidant, mais fournir des outils et une formation appropriés peut améliorer l'application des règles du CUST. Cette formation doit inclure des informations sur la dangerosité du tabac, sur les risques du tabagisme passif, des conseils pour arrêter de fumer, et des conseils pour aider les autres à arrêter de fumer, et des informations sur comment faire respecter la politique.

À ce titre les sanctions (avertissements etc) doivent être prévues par le règlement intérieur de l'établissement. Les membres de la sécurité, les personnes en charge de la surveillance du respect de la politique, et de l'application de ses sanctions doivent être mises au courant de ces responsabilités au préalable.

Après la mise en place de la politique

Le suivi de l'application de la politique doit être effectué pour s'assurer qu'elle est appliquée de manière équitable, sans cibler ou exclure des groupes spécifiques d'employés ou d'étudiants.

Les activités d'évaluation, régulières et continues, doivent être planifiées dès le début du projet, précisant les données à collecter afin d'évaluer le processus et l'impact de la politique. Il s'agira de comparer les résultats de l'intervention aux objectifs fixés initialement. Des évaluations intermédiaires permettront aussi d'ajuster et d'améliorer régulièrement le dispositif. Il est important de garder l'évaluation relativement simple pour garantir qu'elle sera réalisée régulièrement. Les résultats des évaluations doivent être communiqués au CoPil et à la direction de l'établissement, puis l'évaluation des résultats devrait être publiée. Des politiques efficaces inciteront d'autres campus à franchir le cap et à enrichir à leur tour les connaissances sur cette politique de lutte contre le tabagisme auprès des jeunes. Une politique CUST efficace et respectée sera une politique pérenne. Évaluer un CUST c'est en produire le sens.

Nous allons donc voir dans une seconde grande partie, l'intérêt de l'évaluation des actions de santé publique, puis particulièrement celle des CUST, avec les méthodologies et indicateurs identifiés dans la littérature.

II - L'évaluation des campus universitaires sans tabac

1) De l'évaluation des interventions de santé publique

Les actions de santé publique ont pour objectif d'améliorer la santé d'une population.

Une méthodologie d'évaluation bien structurée est cruciale pour mesurer les résultats, identifier les améliorations nécessaires et justifier les ressources investies pour ces actions.

L'évaluation légitime l'action. Elle est une collecte systématique d'informations sur les activités, les caractéristiques et les résultats des programmes, elle permet de porter un jugement sur l'intervention, d'améliorer ou de développer l'efficacité de celle-ci. L'évaluation permet d'éclairer les décisions relatives à l'élaboration de futures interventions et d'accroître la compréhension des comportements. L'évaluation est une démarche scientifique faisant progresser la connaissance des actions de santé publique, permettant de les ajuster, afin de produire les meilleurs effets possibles. Ce processus accompagne l'action depuis son élaboration jusqu'à ses résultats. [44]

La qualité des résultats obtenus lors de l'évaluation d'une action de santé publique dépend grandement du ou des type(s) de méthode employée pour le recueil, le traitement et l'analyse de l'information.

La pertinence des résultats obtenus dépendra de la recherche bibliographique préalable, des objectifs formulés, et de la sélection des critères et indicateurs qui permettront la mesure de ces résultats. Les critères sélectionnés doivent qualifier les caractéristiques étudiées (liées à l'état de santé, à l'état de connaissance, aux attitudes des populations cibles, ou aux paramètres du programme) de manière fiable.

La formulation d'un objectif commence toujours par un verbe d'action (par exemple, : réduire), puis indique l'élément sur lequel on souhaite agir (la prévalence de la consommation de tabac), le public cible sur lequel on souhaite agir (les étudiants du campus santé), une date d'échéance (un an après mise en oeuvre du dispositif) et idéalement un chiffre ou un pourcentage (1%). [45]

Les actions de santé publique comme les CUST ont trois niveaux d'objectifs :

- Un objectif général, qui est le résultat à atteindre en terme de santé. (Par exemple, protéger la santé des étudiants)
- Des objectifs spécifiques, qui répondent à la question « sur quoi peut-on agir pour atteindre l'objectif général ? ». On souhaite que le public atteigne ces objectifs. L'objectif spécifique est un changement attendu chez le public cible. Ils peuvent s'intéresser aux connaissances à acquérir, aux compétences à développer, aux attitudes à favoriser, à l'environnement... (exemples : augmenter le respect de la politique CUST par les étudiants, diminuer la quantité de tabac consommée par les fumeurs...) Les objectifs spécifiques servent à évaluer les résultats de l'intervention.
- Des objectifs opérationnels qui traduisent sur le terrain les objectifs spécifiques, et leur répondent. Par quels moyens va t'on arriver aux résultats espérés ? Quelles actions

vont être mises en place ? Par qui ? Pour qui ? Avec quels moyens ? Les objectifs opérationnels servent à évaluer le processus de l'intervention. [45]

À chaque objectif spécifique et opérationnel il sera nécessaire de faire correspondre un indicateur. Les objectifs et leurs indicateurs doivent respecter les critères SMART : c'est à dire qu'ils doivent être Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes et Temporellement définis. Les indicateurs sont des données concrètes et fiables qui vont être mesurées par l'évaluation afin de rendre compte des variations du critère de jugement sélectionné, ces variables permettent de quantifier les changements. Comme nous allons le voir, les indicateurs peuvent être collectés de diverses façons selon qu'ils soient des données quantitatives ou qualitatives. [45]

L'évaluation des actions de santé publique est corollaire des pratiques fondées sur des données probantes. (« evidence-based ») Avant l'émergence de l'évaluation comme pratique professionnelle à la fin du XXème siècle, trop peu d'interventions étaient évaluées. L'argent public était alors parfois dépensé dans des interventions à l'efficacité non prouvée empiriquement. [44]

Les pratiques fondées sur des données probantes font référence à des interventions de santé publique identifiées comme étant efficaces. L'efficacité, dans ce cas, signifie que l'intervention en question semble produire régulièrement les résultats escomptés (c'est-à-dire que les objectifs sur la santé de la population cible sont atteints). L'efficacité ayant été validée par un grand nombre d'études réalisées par des pairs. Les revues systématiques de la littérature sont réalisées via des bases massives de données (Cochrane par ex.) et permettent aux professionnels de la santé publique de formuler des recommandations sur les interventions, afin de permettre aux acteurs de la santé publique de mettre en oeuvre les programmes les plus efficaces possible, et aux décideurs de financer les programmes les plus efficaces. [44]

Il existe beaucoup d'actions en santé publique poursuivant des objectifs différents, avec des publics cibles variés et des modalités d'interventions diverses. Cela rend complexe l'élaboration d'un cadre unique pour l'évaluation des actions de santé publique. De plus une intervention de santé publique peut prendre la forme, d'une action unique ou bien de plusieurs actions indépendantes, ou même d'un ensemble coordonné d'actions et dans ce cas, on parle de programme de santé publique.

L'évaluation peut être utilisée à des fins diverses, politiques, économiques, scientifiques... et les objets d'évaluations sont multiples : [44] [45]

- Un des premiers objet de l'évaluation peut être de préciser la pertinence de celle-ci, le lien entre les besoins identifiés dans le diagnostic initial et les objectifs de l'intervention.
- Un autre objet de l'évaluation est la cohérence, c'est-à-dire le lien entre les différentes actions du programme de santé publique mis en oeuvre.
- L'efficacité de l'intervention, est un enjeu majeur de l'évaluation en santé publique. Il s'agit d'étudier la relation entre le ou les objectifs envisagés lors de la conception de l'intervention et les changements et résultats obtenus *in fine*.
- L'efficience de notre action de santé publique sera un objet de l'évaluation qui sera particulièrement prisé des décideurs publics et des financeurs puisqu'il s'agit d'évaluer la relation entre les ressources attribuées pour la réalisation de l'intervention et les résultats obtenus.
- L'impact ou les répercussions de l'action, enfin, s'intéresse aux effets positifs ou négatifs, prévus ou non, immédiats ou différés, observés sur ou en dehors de la

population cible de l'intervention : les effets sur les différents acteurs, sur l'environnement, sur la société etc.

En 1995 en France, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) publiait ses recommandations méthodologiques pour l'évaluation des actions en santé publique. [44] Elle y définissait ainsi l'évaluation de l'action en santé publique : « Évaluer, c'est se poser des questions et se donner les moyens d'y répondre. »

L'ANDEM nous propose d'évaluer les actions de santé publique en trois grandes étapes. [Figure 5]

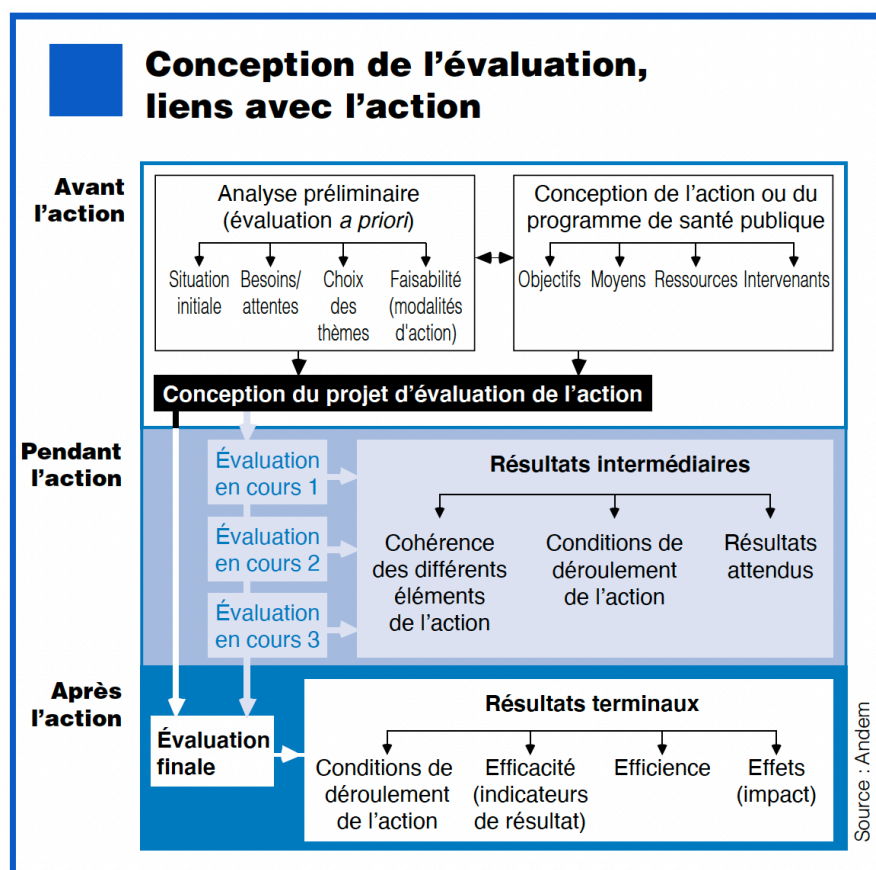


Figure 5: Les trois grandes étapes de l'évaluation de l'action de santé publique selon l'ANDEM [44] [46]

La première, avant l'action, appelée évaluation a priori ou analyse préliminaire, est déterminante pour l'organisation et la cohérence de l'action. Cette étape permet d'établir un diagnostic, et régit le choix du projet, la pertinence de celui-ci; elle étudie la faisabilité de l'intervention. Cette évaluation a priori conditionne les modes de décision, de suivi, et de réalisation de l'action. Cette étape antérieure au début de l'action servira de point de repère « avant ». Actuellement à Reims nous en sommes à ce stade diagnostic, comme nous le verrons dans la section suivante.

La deuxième étape, l'évaluation intermédiaire, consiste en un recueil de mesures pendant l'action, dans un but de rétrocontrôle et de correction de celle-ci. Cette étape peut être répétée autant de fois que nécessaire. Elle favorise le suivi de l'action.

La question que l'évaluateur se pose ici est « pourquoi, comment et pour qui l'intervention fonctionne? » Cela correspond à l'évaluation de processus, l'évaluation de la qualité du projet [45].

Elle vise à vérifier en direct, sur le terrain, les performances de l'action. Elle fournit des informations immédiates, pratiques pour moduler et optimiser les interventions en cours. Elle se propose d'évaluer la mise en oeuvre du projet et son déroulement, d'identifier les freins et les leviers d'actions. Elle permet d'apprécier la pertinence et l'efficience des ressources financières, matérielles, humaines mobilisées par les activités du programme. Les méthodes peuvent inclure des analyses de contenu, des questionnaires, des focus groups, et des observations. Les résultats de cette évaluation sont souvent spécifiques au contexte local de l'action et ne sont pas nécessairement destinés à être généralisés. Cette évaluation pragmatique peut être réalisée avec moins de temps et de ressources, en se concentrant sur des questions immédiates et en utilisant des méthodes de recueil de données rapides et économiques.

Les destinataires de ces résultats sont le comité de pilotage de l'action, les professionnels de terrain et les acteurs directement impliqués dans l'intervention. [44]

La troisième et dernière étape est l'évaluation finale, après l'action. La question que l'évaluateur se pose est « est-ce que l'intervention fonctionne ? a-t-elle permis d'atteindre les objectifs fixés? ». Autrement dit, a-t-elle été efficace ? Il s'agit de rechercher les résultats terminaux de l'action, de les interpréter et de les utiliser, de les communiquer, de les publier. La recherche évaluative vise à générer des connaissances scientifiques sur l'efficacité et l'impact des interventions de santé publique. Les résultats de la recherche évaluative sont généralement destinés à être généralisés au-delà du contexte spécifique de l'étude. Il s'agit de contribuer à la connaissance des interventions afin de transférer les plus efficaces d'entre elles.

La recherche évaluative nécessite souvent beaucoup de temps et de ressources, car elle doit répondre à des standards scientifiques élevés et inclure des collectes de données de grande ampleur et des statistiques descriptives et analytiques détaillées.

Les principaux destinataires des résultats sont :

- les chercheurs, désireux de faire progresser l'état de la connaissance sur les interventions, afin de mettre en oeuvre et de généraliser les interventions les plus efficaces possibles;
- les financeurs et les décideurs politiques qui eux vont rechercher les interventions les plus efficaces pour justifier de l'allocation des fonds publics. [44]

La recherche évaluative est donc axée sur la production de connaissances généralisables à travers des méthodes rigoureuses, tandis que l'évaluation de processus est orientée vers des améliorations pratiques et immédiates des programmes et interventions spécifiques.

Ce mémoire est centré sur la recherche évaluative, s'intéresse particulièrement à l'impact des politiques CUST.

2) Comment évaluer l'impact d'un CUST ? Éclairage de la littérature scientifique

a) Méthodes et indicateurs utilisés dans l'évaluation des CUST

L'évaluation des actions de santé publique pioche dans les méthodologies de plusieurs disciplines, issues des sciences formelles (plutôt quantitatives) ainsi que des sciences humaines et sociales (plutôt qualitatives). L'épidémiologie, la sociologie, l'économie, les sciences de gestion, la psychologie sont autant de disciplines dont l'évaluation peut être amenée à utiliser les méthodes. [46]

Méthodes quantitatives

- Épidémiologie

Du côté des méthodes de recherche quantitatives, les études épidémiologiques sont très couramment utilisées afin de démontrer l'efficacité ou la pertinence de l'action de santé publique.

L'épidémiologie va utiliser le plus souvent des questionnaires comme méthodes de recueil de données. Les données peuvent être recueillies par courrier, par téléphone, lors d'entretiens en face à face, sous forme de documents à distribuer, ou plus généralement de nos jours par voie électronique.

Le questionnaire permet d'assurer la confidentialité des données et peut donc se permettre de recueillir des données sensibles. Un questionnaire peut s'adapter à différents types de questions : ouvertes ou fermées. Par sa nature il peut être administré à un grand nombre de personnes et peut être moins limité géographiquement. Le questionnaire est chronophage lors de sa conception et de son pilotage, il peut être assez impersonnel en comparaison à un entretien, le niveau de détail fourni est limité par sa nature. Il nécessite un bon taux de réponse pour être représentatif et interprétable correctement, sinon nos résultats seront biaisés. (Biais de non-réponse).

Dans l'évaluation des CUST l'épidémiologie est la méthode la plus souvent utilisée afin de quantifier les connaissances et les perceptions des usagers vis à vis du tabagisme ; les attitudes, l'acceptabilité et la satisfaction des usagers vis à vis de la politique CUST ; les effets des politiques CUST sur les comportements tabagiques des usagers ; les effets des politiques CUST sur les normes sociales, sur l'environnement... [33] [34] [35] [36]

Concernant le design des études, afin d'observer les effets réels de la réalisation d'une intervention de santé publique sur une population, on utilise le plus souvent des protocoles quasi-expérimentaux (non randomisés individuellement).

On va par exemple comparer deux groupes distincts avec des populations similaires, un groupe reçoit l'intervention et l'autre non. Il s'agit par exemple de comparer les habitudes tabagiques des usagers d'un CUST aux habitudes tabagiques des usagers d'un campus universitaire n'étant pas (encore) engagé dans une telle politique (groupe contrôle). On parle dans ce cas d'étude comparative « ici/ailleurs ».

Afin de rechercher les effets directs de l'action de santé publique sur une population cible, on peut réaliser une enquête transversale en plusieurs temps sur une même

population, en collectant des données antérieurement à l'intervention puis postérieurement à l'intervention.

On parle d'enquête observationnelle de type « avant/après ». Pour évaluer l'efficacité de l'intervention, la situation de référence de l'intervention correspond aux données « avant ».

Dans une perspective de recherche académique, l'observation « avant/après », observant les caractéristiques d'un même groupe d'individus à divers moments et en l'absence de groupe de comparaison, ne va généralement pas suffire à démontrer une inférence causale entre les effets et l'intervention.

Il existe cependant une méthodologie quasi-expérimentale plus robuste, avec un niveau de preuve supérieur : les études avant/après avec groupe contrôle (CBA). [47]

Dans ce type d'étude, le groupe d'étude reçoit l'intervention et le ou les groupes de comparaison ne le reçoivent pas. Dans chacun des groupes un recueil de données est effectué avant et après l'intervention. Le groupe contrôle permet de distinguer les effets dûs à l'intervention d'une tendance pré-existante ou d'une variation des indicateurs liés à un autre facteur que celui de l'intervention.

Cependant les groupes d'étude sont susceptibles d'être déséquilibrés au départ, et les mesures statistiques pour contrôler les différences dans les caractéristiques des groupes sont susceptibles de n'être que partiellement efficaces. Un résidu de confusion sera peut être tout de même présent.

Pour poursuivre notre exemple fictif de CUST :

Si l'on prend l'évolution de la prévalence du tabagisme entre un groupe d'étude issu d'un CUST et deux groupes contrôle comparables issus d'universités ne mettant pas en oeuvre de politique SF, et considérant que, entre le temps « avant » et le temps « après », le prix du paquet de cigarette augmente de 20% dans le pays : d'après la littérature nous aurons certainement une diminution de la prévalence du tabagisme dans les trois groupes. [Figure 6]

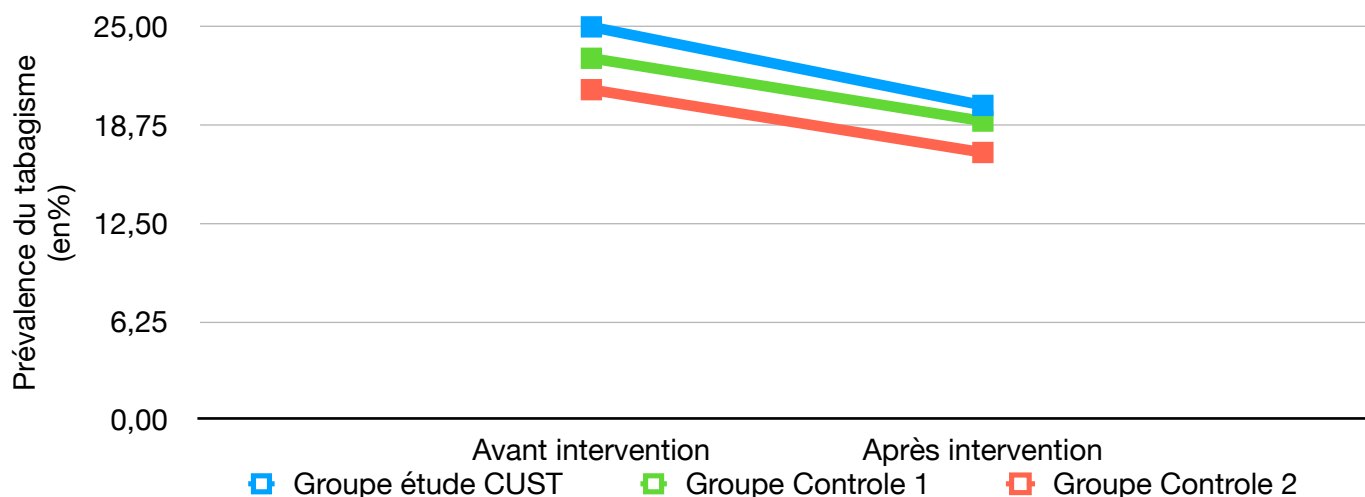


Figure 6: Illustration de l'intérêt des groupes contrôle dans notre exemple où l'augmentation de la taxe d'accise sur les cigarettes interviendrait comme facteur de confusion

Sans groupe contrôle il aurait pu être erroné de conclure dans cet exemple que la baisse de prévalence était uniquement due à la politique CUST mise en oeuvre. En l'absence de groupe contrôle on peut conclure à tort quant l'efficacité ou non de l'intervention. Les groupes contrôle permettent donc de contrôler certains facteurs de confusion. L'effet attribuable à la politique CUST dans cet exemple pourra être calculé en regardant la différence de pente entre celle des groupes contrôles et celles du groupe d'étude. Il s'agirait ensuite de savoir si cette différence est statistiquement significative ou non.

Comme nous le verrons ensuite, s'agit du design que nous recommandons idéalement pour les évaluations quantitatives des CUST.

- *Sciences économiques*

Enfin, toujours du côté des méthodes de recherche quantitatives, les sciences économiques peuvent être également utilisées dans l'évaluation des interventions de santé publique. Afin de justifier leur intérêt auprès des décideurs et financeurs notamment. L'évaluation économique se rapporte à l'évaluation de l'efficacité de l'action. Qu'a t'elle coûté ? Quelles ressources y ont été allouées ? Et pour quels résultats de santé ? Ces méthodes ont notamment pour objectif de justifier l'allocation des ressources collectives. L'évaluation économique induit une comparaison de l'intervention à d'autres actions alternatives, comparaison qui concernera autant les coûts que les résultats. [48]

Parmi les analyses économiques utilisées en santé publique on peut citer :

- Lorsque les actions comparées ont des résultats similaires en terme d'efficacité, l'objet de l'évaluation économique, sera une étude de minimisation des coûts, afin de retenir l'option la plus efficace. [44]
- L'analyse coût-efficacité a pour objet de comparer les coûts de différentes interventions ayant le même objectif de santé. Elle se calcule en faisant le rapport de la différence des coûts sur la différences des résultats. Elle est souvent exprimée en années de vie gagnées (AV) par exemple. Grâce à ces résultats exprimés dans une même unité on peut comparer entre elles des interventions touchant des problématiques de santé différentes. [48]
- L'analyse coût-utilité enrichit l'analyse coût-efficacité, en le sens où le nombre d'années de vie gagnées sera pondéré par la qualité de vie. L'unité couramment utilisée est le QALY (Quality Adjusted Life Years). Elle se calcule en faisant le rapport du coût de l'intervention sur les QALY gagnées. Cette analyse facilite la comparaison entre interventions avec des effets sur la qualité de vie différents. [44] Les analyses coût-efficacité et coût-utilité sont intéressantes lorsque l'on compare plusieurs actions ayant le même sujet de santé.
- L'analyse coût-bénéfice permet d'évaluer les coûts et les résultats des actions en valeurs monétaires. Cette analyse est applicable à une large gamme d'interventions avec des objectifs de santé différents, puisqu'elle les évalue dans la même unité. Elle prend en compte l'ensemble des conséquences d'un programme de santé (par exemple : les coûts évités par la non-apparition d'une maladie) permettant ainsi de calculer le bénéfice net de celui-ci.

Ces analyses économiques connaissent les limites traditionnelles de l'évaluation économique : toute mesure de coût faisant intervenir le temps doit recourir à la technique de l'actualisation, le prix de la vie humaine est difficile à quantifier...

Elles connaissent également des limites spécifiques au domaine de la santé publique : Comment mesurer avec précision les conséquences économiques réelles des campagnes de prévention ? [48]

Dans le cas d'une politique CUST, en analysant la diminution de la prévalence du tabagisme chez les usagers en fonction de leur âge et de ce qu'était leur consommation de cigarettes, et à partir des données disponibles sur les années de vie gagnées grâce au sevrage tabagique, il serait tout à fait possible de réaliser une analyse coût-efficacité.

Dans la littérature CUST, très peu d'études se sont hélas intéressées à l'impact économique des CUST. Mais on pourrait d'abord définir certains indicateurs relativement simples, par exemple mesurer les coûts de nettoyage évités grâce à la réduction des mégots de cigarette sur les campus. [36]

On sait également que la consommation de tabac a un impact négatif sur l'absentéisme et sur la productivité des employés. [49] Ces coûts de nettoyages et taux d'absentéisme pourraient également être aisément relevés avant et après la mise en oeuvre d'une politique CUST.

Méthodes qualitatives

Les sciences sociales vont souvent être utilisées pour opérer un état des lieux. Elles vont permettre l'analyse des situations existantes et compléter les connaissances des acteurs sur des informations partiellement connues.

Elles peuvent avoir un but exploratoire afin d'envisager de nouvelles dimensions, de nouveaux indicateurs, qui n'avaient été initialement prévus par les investigateurs. Le qualitatif permet d'opérer des diagnostics provisoires et des hypothèses qui pourront être confirmés ou infirmés par le quantitatif. Cette phase exploratoire peut servir à formuler des questions qui pourront être recueillies et traitées dans les questionnaires quantitatifs envoyés à une plus grande échelle. (devis séquentiel exploratoire) [44] [50]

Elles peuvent également avoir un but explicatif et approfondir a posteriori les thèmes abordés par un questionnaire quantitatif. (devis séquentiel explicatif) [44] [50]

Les sciences sociales et leurs méthodes qualitatives nous permettent le recueil et le traitement de données individuelles ou collectives sur les niveaux de connaissances, d'information, de littératie... ainsi que les opinions, les croyances, les normes, les attitudes ou les motivations.

Selon la qualité des informations à recueillir, on fera appel à différentes techniques : observation, entretiens individuels ou collectifs (focus group), analyse documentaire, cartographie.

- L'observation

L'observation est une méthode de recueil de données qui implique le suivi systématique des comportements individuels et collectifs, des actions ou des événements dans leur environnement naturel.

L'observation peut être participante : l'observateur s'implique activement dans le milieu étudié; ou bien elle peut être non-participante, l'observateur restant en retrait, simple spectateur, ne s'impliquant pas directement.

L'observation peut être également structurée, suivant une grille préétablie d'observation, ou bien elle peut être non-structurée, plus libre, ouverte et flexible, sans cadre strict.

L'observation peut révéler certains aspects des comportements qui ne sont pas accessibles par d'autres méthodes, d'où son aspect exploratoire.

L'observation directe permet d'éviter le biais de mémorisation et le biais déclaratif. Elle permet également d'obtenir des informations de contexte.

Cette méthode présente deux inconvénients, les résultats peuvent être biaisés par la présence de l'observateur, les individus se comportant différemment se sachant observés et c'est de plus une méthode qui exige beaucoup de temps, qui peut donc être coûteuse.

Dans le cas des évaluations des CUST, l'observation directe est utilisée afin de mesurer l'ampleur et la localisation des comportements tabagiques sur le campus. Il est recommandé de noter le jour, l'heure, les différentes zones d'observation (entrée des bâtiments, parking, devant la cafétéria, dans une zone isolée...), les conditions météorologiques, le nombre de fumeurs / vapoteurs observés, leurs comportements (solitaires ou grégaires, avec un café ou un téléphone à la main). Des photographies peuvent être également utilisées pour compléter la grille d'observation. [28]

Cette observation peut être réalisée avant et après la mise en oeuvre de la politique CUST. Avant elle servira à diagnostiquer l'usage du tabac sur le campus et à repérer les lieux où sera particulièrement intéressant d'avoir une signalétique renforcée. Après elle permettra de rendre compte du respect de la politique par les usagers du campus. [28]

- Les entretiens (individuels ou de groupe)

L'entretien est une méthode de recueil de données qui implique une interaction verbale directe entre le chercheur et l'individu, afin de recueillir des informations détaillées et approfondies.

L'entretien peut être structuré, suivi d'une grille d'entretien avec des questions prédéterminées, plutôt fermées.

Il peut être semi-structuré, impliquant l'utilisation d'un guide d'entretien avec des thèmes principaux à aborder, mais avec des questions semi-ouvertes permettant de laisser émerger de nouveaux sujets de discussion.

L'entretien peut tout à fait être non-structuré également, et faire l'objet d'une conversation libre sans guide précis, permettant plus de digressions et une exploration en profondeur des sujets.

L'entretien permet de recueillir des données détaillées et en conséquence d'explorer des sujets en profondeur et de s'adapter constamment aux réponses du participant.

Cependant cette méthode présente également des inconvénients, les résultats peuvent être biaisés par l'interaction entre l'intervieweur et l'individu, et c'est une méthode qui exige beaucoup de temps, pour la réalisation des entretiens, mais encore plus pour la retranscription et l'analyse, ce qui implique un coût certain; certains peuvent trouver cette méthode intrusive.

Le focus group est une méthode de recueil de données qui consiste à réunir un petit groupe de personnes pour discuter d'un sujet spécifique sous la direction d'un modérateur. Permet d'explorer des attitudes, perceptions et opinions dans un cadre interactif. Le focus group génère des discussions et des idées que les individus pourraient ne pas exprimer dans un entretien individuel. S'appuyer sur les idées des d'autres participants peut améliorer la richesse des commentaires fournis par le groupe. Le focus group permet d'obtenir rapidement des informations sur les impressions communes. Les résultats peuvent être influencés par des participants dominants, l'animation d'un focus group nécessite donc des compétences de modération pour diriger la discussion efficacement et ne pas biaiser les discussions. L'analyse des données demande également du temps.

Dans le cas de l'évaluation des CUST des entretiens individuels (ou de groupe) peuvent être menés auprès des différents usagers du campus (étudiants, enseignants, chercheurs, personnel administratif et technique du campus, fumeurs et non-fumeurs).

En gardant les mêmes sujets d'intérêt que le questionnaire ils permettent de les approfondir notamment acceptabilité et le soutien ou non à la politique CUST, les freins et avantages perçus, les opinions sur les activités réalisées dans le cadre du CUST (AST, formations...).

Ces entretiens peuvent intervenir en complément des données épidémiologiques recueillies par questionnaire mais ne doivent pas s'y substituer. Le guide réalisé par l'équipe du projet ProDevCampus recommande si le temps le permet de réaliser une vingtaine d'entretiens individuels et/ou 5 ou 6 entretiens de groupe. [28]

- L'analyse documentaire

L'analyse documentaire consiste à examiner des documents existants (documents officiels, publications académiques, littérature grise, médias grand public, documents personnels etc...) pour extraire des informations pertinentes sur un sujet d'étude après analyse thématique.

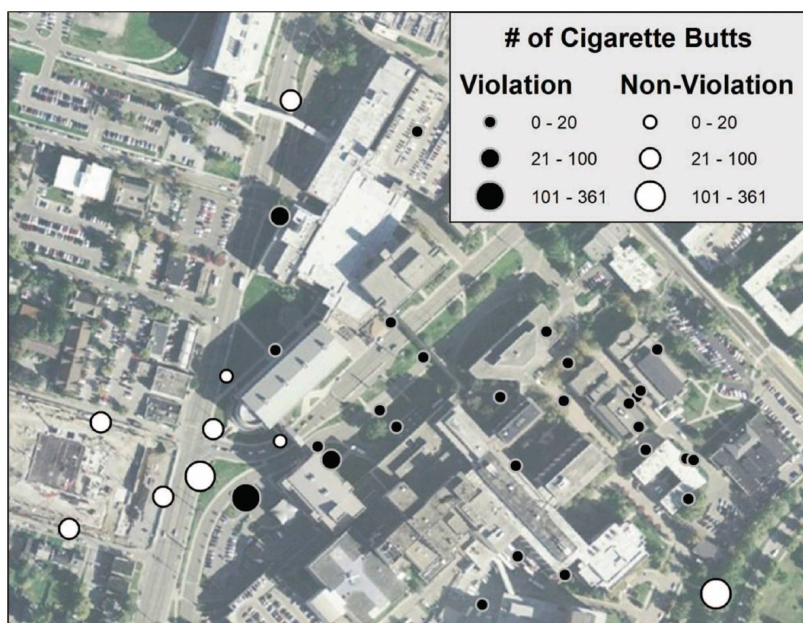
L'analyse présente certains avantages : elle est moins coûteuse et moins chronophage qu'une collecte de données pas encore existantes, et il y a une grande variété de données exploitables.

Cette analyse présente cependant plusieurs difficultés : elle peut être limitée par la disponibilité et la facilité ou difficulté d'accès aux documents, et peut être biaisée par la pertinence des documents; elle peut également être complexe à interpréter.

Dans la littérature CUST, certaines publications ont par exemple ainsi examiné les taux d'inscription dans les universités avant et après le déploiement de politique CUST. [36]

- La cartographie

Elle consiste en la création de cartes géographiques pour représenter les données recueillies. Elles permettent d'objectiver les comportements individuels et collectifs, les utilisations des espaces. Cette technique nécessite des compétences particulières mais son aspect très graphique la rend efficace et facile à comprendre.



Dans le cadre des CUST, la collecte de mégots lors du scan environnemental est fréquemment utilisée pour cartographier les campus et évaluer l'évolution de la pollution liés aux déchets du tabac. [Figure 7]

Figure 7: Exemple de cartographie des mégots de cigarettes ramassés sur un CSST (Fallin et al.)

Cette collecte de mégots peut être utilisée avant et après la mise en oeuvre de la politique. Elle pourra servir ainsi à identifier les zones sensibles où la politique CUST n'est pas toujours bien respectée.

Chaque méthode qualitative de recueil et d'analyse de données en santé publique a ses propres avantages et inconvénients, et le choix de la méthode dépend des questions de recherche, et du type de données nécessaires à l'évaluation et des ressources allouées.

En combinant plusieurs méthodes qualitatives, les chercheurs peuvent obtenir une compréhension plus complète des phénomènes étudiés, contribuant ainsi à des interventions et des politiques de santé publique plus efficaces et mieux adaptées aux besoins de santé des populations.

Indicateurs utilisés pour évaluer l'efficacité des CUST

Les revues de la littérature CUST ont permis de différencier plusieurs catégories d'indicateurs qui peuvent être recueillis par questionnaires, par entretiens et focus groups, par observation, par analyse documentaire, par cartographie et par mesure physique.

Quatre revues systématiques de la littérature ont été publiées en 2015 [33], 2020 [34], 2021 [35] et 2024. [36] Trois s'intéressaient uniquement à l'impact des CUST et une s'intéressait aux évaluations de processus et d'impact. [34]

La dernière en date a été réalisée dans le cadre du projet ProDevCampus par l'équipe de recherche de l'EHESP. Elle s'est intéressée spécifiquement aux évaluations d'impact et d'efficacité des CUST.

Elle incorpore 54 articles (dont 13 articles récents publiés en 2021 et 2022). Elle intègre également des articles mesurant des variables qui avaient été délaissées précédemment par les autres revues, variables pourtant susceptibles d'influencer le changement de comportement comme la satisfaction des usagers, les actions entreprises par les usagers afin de s'assurer du respect de la politique CUST.

Les revues de littérature successives CUST ont permis de distinguer :

- Les indicateurs concernant les connaissances et les perceptions : vis à vis des méfaits du tabagisme, des bienfaits de l'arrêt du tabac, de l'efficacité des aides au sevrage, de la politique CUST et de ses règles;
- Les indicateurs concernant l'attitude des usagers, l'acceptabilité et la satisfaction : l'accord et le soutien des utilisateurs envers la politique, les sentiments positifs et négatifs à l'égard du tabagisme, les perceptions des risques pour la santé liés au tabagisme actif et passif, et la perception de l'équité et de l'efficacité de la politique CUST, l'accessibilité aux zones fumeurs, le fait de travailler et d'étudier dans un environnement sain, etc;
- Les indicateurs concernant les normes subjectives : l'acceptabilité sociale du tabagisme, le soutien social au sevrage, l'engagement des usagers pour s'assurer du respect de la politique CUST
- Les indicateurs concernant les comportements et les intentions tabagiques : le respect du CUST par l'utilisateur, l'utilisation des aides au sevrage proposées dans le cadre du dispositif, la motivation à arrêter de fumer, les tentatives d'arrêt, les sevrages réussis, la réduction de la consommation de tabac, l'utilisation de substituts nicotiniques, la diminution de l'initiation au tabac, la prévention de la rechute chez les ex-fumeurs.

- Les autres indicateurs regroupent par exemple, l'exposition à la fumée secondaire sur le campus, la propreté du campus, les coûts financiers, le taux d'inscription à l'université... [36]

Afin de mieux cerner les enjeux de ces indicateurs dans une stratégie de changement de comportement, la dernière revue de littérature réalisée par Gnonlonfin et ses collègues du projet ProDevCampus a proposé de les intégrer à un modèle théorique, basé sur la théorie du comportement planifié (TPB).

Modèle théorique du changement de comportement

Les programmes de santé publique détaillent rarement les liens de causalité entre les actions proposées et les résultats de changement de comportement attendus. [51] Il est pourtant établi que l'élaboration d'un modèle théorique au moment de la conceptualisation de l'action augmente l'efficacité de celle-ci. [52] Il est nécessaire que la recherche en santé publique se penche systématiquement sur les modèles théoriques afin d'optimiser l'efficacité des interventions et faciliter leur transferrabilité. [53]

La théorie du comportement planifié, a été développée par Icek Ajzen en 1991. [54] [Figure 8] Cette théorie a été largement validée par la littérature et est utilisée pour comprendre les comportements dans divers domaines comme la santé, la consommation... [55]

La théorie du comportement planifié est une extension de la théorie de l'action raisonnée, formulée par Martin Fishbein et Icek Ajzen en 1975. [56]

Cette théorie démontre que le comportement d'un individu est déterminé par son intention de réaliser ce comportement. Cette intention est elle-même influencée par deux facteurs principaux :

- L'attitude envers le comportement : Les croyances de l'individu sur les conséquences du comportement en question et son évaluation de ces conséquences.
- Les normes subjectives : La perception des attentes des autres (famille, amis, etc.) et la motivation à se conformer à ces attentes.

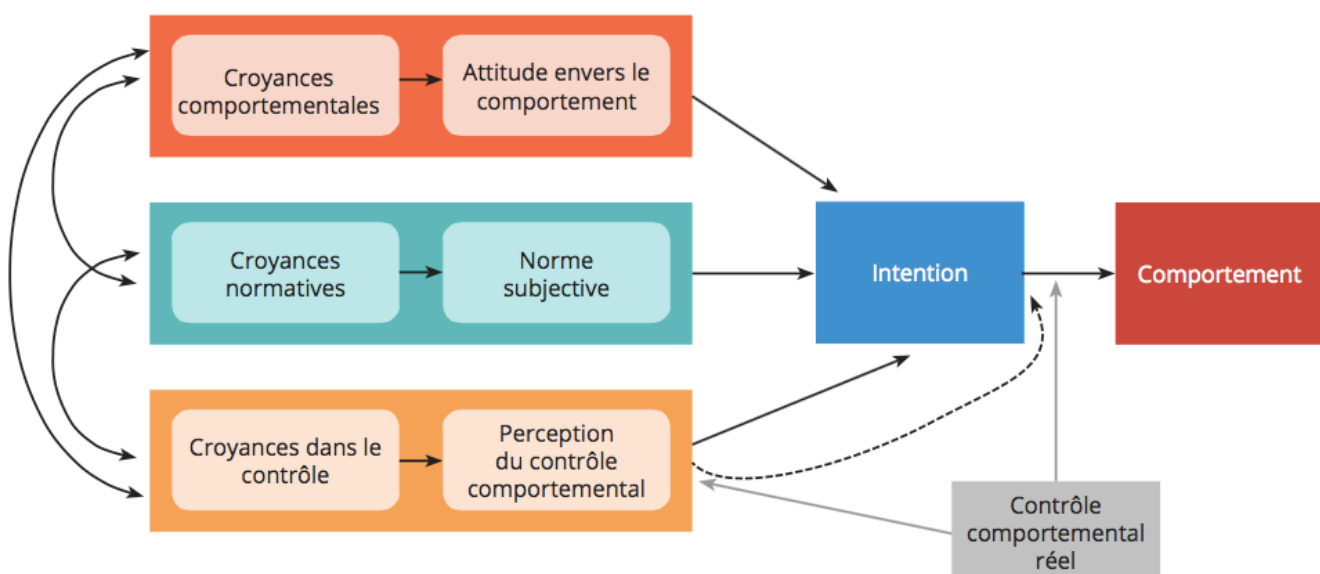


Figure 8: Schéma de la théorie du comportement planifié [54]

16 ans plus tard, la théorie du comportement planifié est venue la compléter en ajoutant un troisième facteur : le concept de contrôle comportemental perçu, qui correspond à la facilité ou à la difficulté perçue à réaliser le comportement, influençant à la fois les intentions et le comportement.

Ces 3 facteurs déterminent les intentions comportementales, considérées comme les meilleurs prédicteurs du comportement réel. Le contrôle comportemental perçu peut également avoir un effet direct sur le comportement indépendamment des intentions.

L'équipe de recherche du projet ProDevCampus a décrit les divers indicateurs relevés dans la littérature CUST en les incorporant dans le modèle théorique du comportement planifié. [Figure 9]

Ce modèle théorique permet de mieux appréhender les mécanismes du changement de comportement en œuvre dans une politique CUST et de mieux comprendre l'intérêt des indicateurs qu'il est nécessaire d'inclure lorsque l'on cherche à l'évaluer.

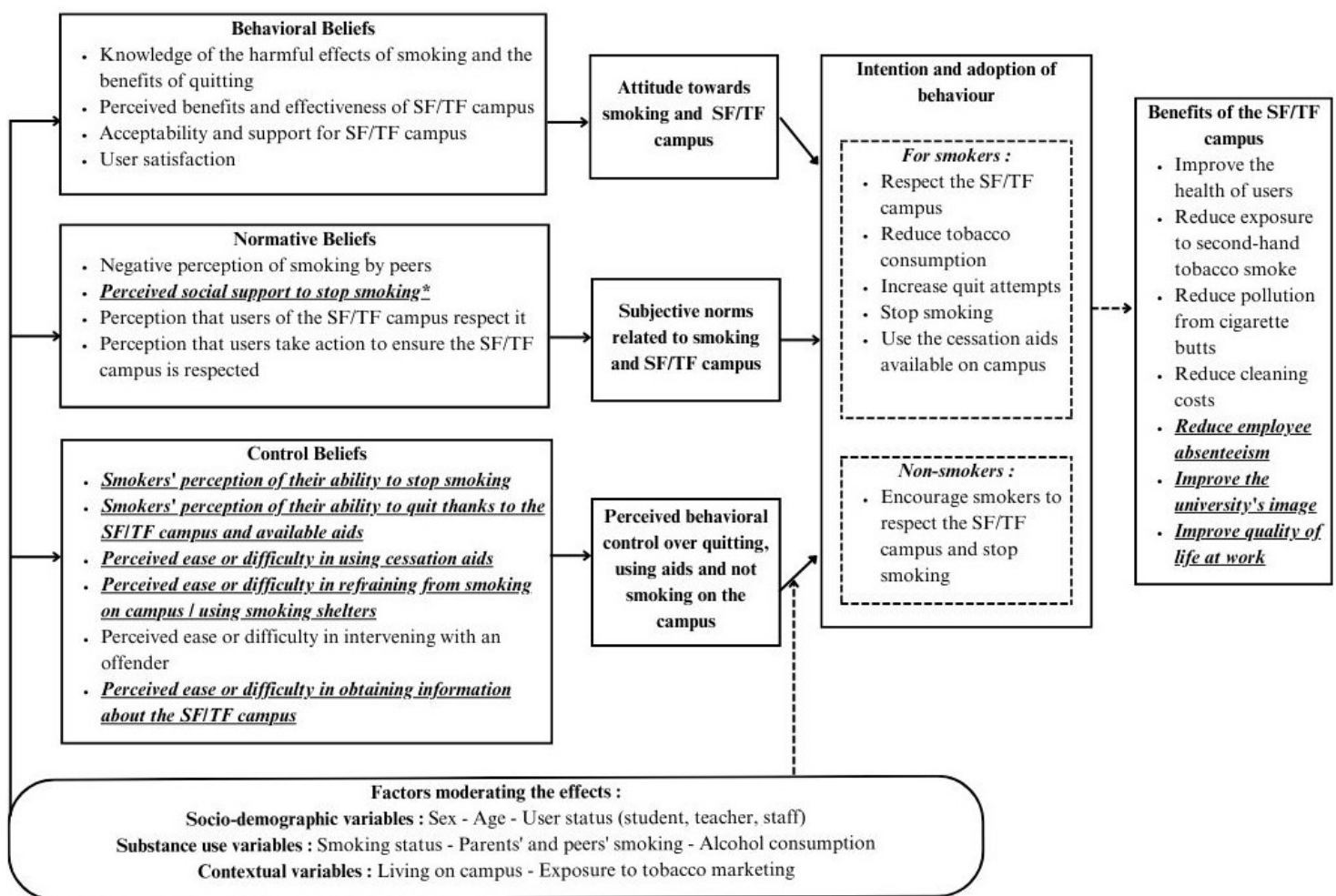


Figure 9: Modèle théorique de l'influence des politiques CUST sur les comportements des utilisateurs (basé sur la théorie du comportement planifié) [36]

avec l'aimable autorisation de Gnonlonfin E, Geindreau D, Gallopel-Morvan K

Les variables non soulignées sur la Figure 8 ont déjà été évaluées dans la littérature CUST mais Gnonlonfin et al. suggèrent par ce modèle un certain nombre de variables qu'il serait intéressant d'évaluer plus précisément afin d'apporter à la connaissance sur l'efficacité des CUST. Les variables soulignées ont été insuffisamment décrites dans la littérature :

- Concernant les croyances normatives, ils suggèrent d'évaluer le soutien social perçu envers l'arrêt du tabac des usagers.
- Pour les croyances dans le contrôle ils recommandent d'évaluer la perception des fumeurs de leur capacité à arrêter de fumer ainsi que de leur capacité perçue à arrêter de fumer grâce au CUST et aux AST disponibles. Il est également recommandé de rechercher la facilité ou la difficulté d'accès à l'information sur le CUST, d'usage des AST, d'accès aux abris fumeurs, et enfin de se retenir de fumer sur le campus.
- Au regard des bénéfices du CUST, ils suggèrent d'étudier la réduction de l'absentéisme du personnel, l'amélioration de l'image de l'université, et l'amélioration de la qualité de vie au travail des employés.

c) Résultats des évaluations avant-après implémentation des CUST

En se basant sur les revues systématiques de littérature concernant l'évaluation d'impact des politiques CUST, on constate que la majeure partie de ces évaluations a lieu « après » seulement la mise en place des politiques CUST. Par exemple les 54 articles retenus par Gnonlonfin et al. dans leur revue systématique de 2024, seulement 19, soit un peu plus d'un tiers, avaient mis en place une évaluation avant/après.

Hors l'évaluation « après » fournit une vue instantanée des résultats, mais sans point de référence antérieure à la mise en place de la politique pour la comparaison. Même si elle est répétée plusieurs fois, il est impossible de savoir quelle était la situation initiale avant l'implémentation de la politique CUST au sein de l'établissement.

L'évaluation « avant-après » permet par contre une comparaison directe des changements au fil du temps au sein du même campus. Elle fournit une mesure de référence, détecte les changements de comportement, renforce le niveau de preuve et permet une meilleure compréhension des données.

Afin d'augmenter la robustesse des preuves sur les évaluations d'efficacité des CUST une évaluation « avant-après » est dorénavant recommandée, notamment par le guide réalisé par l'OMS et celui de l'EHESP.

Nous avons cherché dans cette partie à analyser uniquement les résultats de la littérature CUST avant/après afin d'observer les résultats des CUST s'étant inscrits dans un design d'évaluation similaire à celui dans lequel nous allons nous inscrire.

À partir des 54 articles de la récente revue de littérature de Gnonlonfin et al., et après contact avec l'auteur principal, il a été en mesure de nous recommander 23 articles concernant l'évaluation « avant-après » des CUST à travers le monde. [57-79] Après lecture complète de ces articles nous en avons sélectionné 18 pour l'analyse. [57-74]

Parmi les 5 non retenus pour notre analyse, un explorait uniquement le tabac à mâcher et à sniffer (pratique marginale de ce côté de l'Atlantique) [75], quatre ne correspondaient finalement pas à une évaluation « avant-après » mais à des évaluations « après » répétées. [76] [77] [78] [79].

Nous avons choisi de résumer ces articles afin d'observer les résultats des politiques CUST sur une situation initiale connue et de mieux comprendre pourquoi cette méthodologie était recommandée.

Les tableaux 1 à 4 réalisés sur les pages ci-après permettent de décrire brièvement les méthodes employées, les indicateurs utilisés, de résumer les principaux résultats et montrer les principales limites de chacune des 18 études sélectionnées.

Parmi ces 18 articles, trois utilisaient des méthodes qualitatives (Scan environnemental, ramassage et comptage de mégots sur site, cartographie), et 15 utilisaient des méthodes quantitatives (13 questionnaires en ligne, un questionnaire papier et une analyse des taux d'inscription dans les universités).

Articles ayant utilisé des méthodes qualitatives

Les trois articles évaluant par ramassage de mégots le dispositif renseignent uniquement sur le respect de la politique CUST par les étudiants et personnels, et sur la pollution du campus et de ses abords, par les déchets du tabac et la fumée secondaire. [58] [71] [72]

Ces articles ont tous démontré une diminution significative du nombre de mégots de cigarettes sur les campus après la mise en place du CUST.

La quantité de mégots toujours retrouvée sur le campus ne suffit cependant, à elle seule, à renseigner le nombre et la fréquence de contrevenants à la politique.

Un article a démontré une augmentation significative du nombre de mégots retrouvés en périphérie du campus, montrant un déplacement du comportement tabagique. [71]

Le déplacement du comportement aux abords des campus peut être un véritable défi de mise en oeuvre puisque la fumée secondaire et la pollution des mégots de cigarettes ont tendance à y augmenter.

On regrette qu'aucun de ces trois articles n'ait mis en oeuvre des mesures physiques des particules fines (PM_{2,5}) au sein et aux abords du campus afin de vérifier et de mesurer ces hypothèses. Les PM_{2,5} sont les particules de moins de 2,5 micromètres, susceptibles d'atteindre les voies respiratoires inférieures, parmi lesquelles de nombreuses substances retrouvées dans la fumée des cigarettes.

Articles ayant utilisé des méthodes quantitatives

Parmi les 14 articles ayant utilisé une méthodologie quantitative avec étude transversale répétée avant et après implémentation du dispositif CUST.

Concernant la population d'étude :

- Neuf articles ont eu pour population d'étude uniquement les étudiants. [57] [59] [62] [63] [65] [66] [70] [73] [74]
- Deux études ont eu pour population d'étude uniquement les personnels des universités. [60] [67]
- Trois articles ont étudié les deux populations. [62] [68] [69]

Littérature CUST avant/après

Tableau 1 :

Auteurs, année, pays, revue	Description	Indicateurs et variables d'étude	Résultats	Limites
Seo DC, Macy JT, Torabi MR, Middlestadt SE (2011), USA, Preventive Medicine	- Etude transversale répétée avant (2007) et après (2009) implémentation de politique CUST (SF) à l'université de l'Indiana avec groupe contrôle (Université de Purdue) -Étude longitudinale en 4 vagues avec deux cohortes de volontaires issues des deux universités sélectionnées lors de la première étude transversale Population d'étude : étudiants	- Connaissances et perceptions - Comportement tabagique - Exposition à la fumée secondaire - Respect de la politique	- Diminution de la prévalence des étudiants fumeurs - Réduction du nombre de cigarettes fumées - Perception plus négative du tabagisme après implémentation - Augmentation du soutien et du respect de la politique CUST - Réduction de l'exposition à la fumée secondaire sur le Campus	- Biais de sélection - Biais de volontariat pour l'étude longitudinale - Données déclaratives pas de mesure physique (PM2.5, Cotinine sérique...) - Pas de différence statistiquement significative entre le groupe contrôle et le groupe d'étude pour l'étude longitudinale - Pas d'inférence causale possible dans l'étude transversale répétée
Fallin A, Murrey M, Johnson AO et al. (2012), USA, Journal of American College Health	- Étude observationnelle avant (2008-2009) et après (2010) par amassage et comptage des mégots de cigarette et Cartographie du campus (TF)	- Environnement du Campus - Respect de la politique	- Moins de mégots dans les zones concernées par le CUST que dans les zones périphériques.	- Les mégots ne permettent pas de renseigner le nombre de contrevenants au CUST. - Seuls les endroits où des cendriers ont été retirés ont été étudiés
Lechner WW, Meier E, Miller MB et al. (2012), Journal of American College Health	- Etude transversale répétée avant (2007) et après (2008, 2009, 2010) implémentation de politique CUST (TF) à l'université de l'Oklahoma Population d'étude : étudiants	- Connaissances et perceptions - Attitudes vis à vis du tabac - Exposition à la fumée secondaire	- Réduction de l'exposition au tabagisme passif - Réduction des croyances positives à l'égard de la nicotine (aide à la perte de poids...) - Réduction de la prévalence du tabagisme - Augmentation de l'acceptabilité des environnements sans fumées	- Pas de groupe contrôle dans un campus sans politique CUST, afin de savoir si les changements sont effectivement dus à l'intervention - Données simplement déclaratives pas de mesures biologiques ou physiques
Veeranki SP, Mamudu HM, Yi H, al. (2013), USA, Environmental Health and Preventive Medicine	- Etude transversale de type post/then réalisée en 2010 à l'Université de l'Est du Tennessee (TF) - Population d'étude : Personnel de l'université	- Connaissances et perceptions - Comportement tabagique - Exposition à la fumée secondaire - Respect de la politique CUST	- Réduction de l'exposition à la fumée secondaire - Réduction de la prévalence du tabagisme chez les employés - Augmentation de l'acceptabilité des environnements sans fumées sur le campus et en dehors. - Résistance chez les employés les plus fumeurs	- Pas de vrai étude « avant » car on interroge les employés sur leurs habitudes et statuts tabagiques en 2008 et 2010 dans le même questionnaire - Pas de groupe contrôle - Biais déclaratif pas possible d'objectiver un changement - Pas de mesures physiques / biologiques
Miller KD, Yu D, Lee JG et al. (2015), USA, Journal of American College Health	- Analyse des taux d'inscriptions de 94 universités d'un état des USA avant et après mise en place de politiques CUST (vérifier une barrière perçue par les universités : diminution potentielle du nombre d'inscrits si mise en place CUST)	- Comportement des étudiants vis à vis des CUST	- Pas d'effet des politiques CUST sur les taux d'inscription	- Pas beaucoup de données donc pas de vue sur l'effet à long terme des implémentations - Universités uniquement en Caroline du Nord pas de généralisation possible - Petit échantillon
Burns S, Hart E, Jancey J et al. (2016), Australia, BMC Research Notes	- Etude transversale répétée avant et après (un an plus tard) implémentation de politique CUST (SF) dans une université de l'Ouest australien Population d'étude : étudiants et personnels	- Connaissances et perceptions - Comportement tabagique - Exposition à la fumée secondaire - Respect de la politique CUST	- Réduction de l'exposition à la fumée secondaire - Pas de réduction significative de la prévalence du tabagisme - Augmentation du nombre de fumeurs désireux d'arrêter de fumer - Augmentation du soutien à la politique CUST	- Étude transversale répétée : pas d'inférence causale - Peu de fumeurs ont répondu au questionnaire

Tableau 2 :
Littérature CUST avant/après

Auteurs, année, pays, revue	Description	Indicateurs et variables d'étude	Résultats	Limites
Allen B, Stuart GL (2019), USA, Substance Abuse Research & Treatment	- Etude transversale répétée avant et après implémentation de politique CUST (SF) à l'université du Tennessee Population d'étude : étudiants	- Comportement tabagique	- Réduction de la prévalence tabagique - Pas de réduction de l'utilisation de e-cigarettes	- Étude transversale répétée : pas d'inférence causale possible - Absence de groupe contrôle pour comparaison
Llanes K, Cabriaes JA, Hernandez N (2019), USA, Addictive Behaviors	- Etude transversale répétée avant et après (un mois, un an) implémentation de politique CUST (TF) à l'université d'El Paso Population d'étude : étudiants	- Comportement tabagique	- Forte augmentation de la prévalence de la e-cigarette un mois après puis légère diminution un an après	- Étude transversale répétée : pas d'inférence causale possible - Absence de groupe contrôle pour comparaison
Leavens ELS, Lechner WN, Stevens EM et al. (2020), USA, Journal of American College Health	- Etude transversale répétée avant (2013) et après (2014, 2015, 2016) implémentation de politique CUST (SF) à l'université de l'Oklahoma Population d'étude : étudiants	- Connaissances et perceptions - Comportement tabagique (cigarettes et e-cigarettes)	- Pas de diminution du nombre d'utilisateurs de e-cigarettes - E-cigarettes perçues comme non nocives - Être passé de TF à SF ne semble pas avoir eu l'impact escompté	- Données déclaratives - Pas d'inférence causale possible dans l'étude transversale répétée - Absence de groupe contrôle
Chaaya M, Farran D, Saab D et al., (2021) Liban, International Journal of Public Health	- Etude transversale répétée avant (2017) et après (2018) implémentation de politique CUST (TF) dans une université de Beyrouth Population d'étude : étudiants	- Connaissances et perceptions - Comportement tabagique (cigarettes et e-cigarettes) - Attitudes vis à vis du CUST	- Diminution de la prévalence des étudiants fumeurs - Diminution du nombre de cigarettes fumées - Augmentation du soutien au CUST par les étudiants fumeurs	- Données déclaratives - Pas d'inférence causale possible dans l'étude transversale répétée - Absence de groupe contrôle
Farran D, Nakkash R, Al Hindi M et al. (2021) Liban, Tobacco Induced Diseases	- Etude transversale répétée avant (2017) et après (2018) implémentation de politique CUST (TF) dans une université de Beyrouth Population d'étude : personnel de l'université	- Connaissances et perceptions - Comportement tabagique (cigarettes et e-cigarettes) - Attitudes vis à vis du CUST	- Augmentation du soutien au CUST par les personnels fumeurs - Augmentation de la perception du respect du CUST par les fumeurs - Réduction de la consommation tabagique hors campus	- Biais de sélection potentiel. - Données déclaratives - Pas d'inférence causale possible dans l'étude transversale répétée - Absence de groupe contrôle
Glasgow TE, Miller CA, Barsell DJ et al. (2021), USA, Tobacco Prevention & Cessation	- Etude transversale répétée avant et après implémentation de politique CUST (TF) dans une université de Virginie Population d'étude : étudiants et personnel de l'université	- Attitudes vis à vis du CUST	- Pas de changement significatif entre les attitudes avant et après implémentation chez les étudiants - Amélioration des attitudes vis à vis du CUST pour les personnels - Augmentation du soutien au CUST par les étudiants et le personnel de l'université - Augmentation de la volonté de faire respecter le CUST par les usagers	- Données déclaratives - Pas d'inférence causale possible dans l'étude transversale répétée
Wray RJ, Hansen N, Ding D et al. (2021), USA, Journal of American College Health	- Etude transversale répétée avant et après implémentation de politique CUST (SF) dans une université du Missouri Population d'étude : étudiants et personnel de l'université	- Attitudes vis à vis du CUST - Normes sociales - Habitudes tabagiques	- Augmentation du soutien au CUST par les étudiants et le personnel de l'université - Augmentation de la perception du respect du CUST par les fumeurs - Diminution de l'acceptabilité sociale du tabagisme chez les étudiants et chez les personnels	- Données déclaratives - Pas d'inférence causale possible dans l'étude transversale répétée - Pas de groupe contrôle - Faible taux de réponses étudiantes pour l'évaluation a posteriori

Tableau 3: Littérature CUST avant/après

Auteurs, année, pays, revue	Description	Indicateurs et variables d'étude	Résultats	Limites
Berg MB, Lin L (2022) USA, Journal of American College Health	- Etude transversale répétée avant et après implémentation de politique CUST (SF) dans une université du Massachusetts, avec groupe contrôle dans une autre université du même état sans politique CUST Population d'étude : étudiants	- Connaissances et perceptions - Comportement tabagique - Exposition à la fumée secondaire - Respect de la politique	- Plus nette amélioration des connaissances et des attitudes vis à vis des CUST chez le groupe intervention que chez le groupe contrôle - Augmentation de l'efficacité perçue des CUST dans le groupe intervention - - L'interdiction stricte de fumer est plus efficace pour réduire la prévalence du tabagisme et changer les attitudes des étudiants	- Biais de sélection : Les deux universités étant de petite taille, les résultats peuvent ne pas être généralisables à des institutions plus grandes. - Données déclaratives - Facteurs externes non contrôlés
Fujita S, Marteaache N (2022), USA, Journal of American College Health	- Étude observationnelle avant et après par ramassage et comptage des mégots de cigarette et Cartographie du campus (TF)	- Environnement du Campus - Respect de la politique	- Diminution de plus de la moitié du nombre de mégots retrouvés sur le campus - Déplacement des comportements tabagiques en périphérie du campus	- Les mégots ne permettent pas de renseigner le nombre de contrevenants au CUST - Pas de mesures de particules fines
Gelino BW, Salzer AR, Harsin JD et al. (2022) USA, Journal of Applied Behavior Analysis	- Étude observationnelle avant et après par ramassage et comptage des mégots de cigarette et Cartographie du campus (TF)	- Environnement du Campus - Respect de la politique	- Significative diminution du nombre de mégots de cigarettes et autres déchets de tabac combustibles sur le campus après l'implantation de la politique SF. - Zones spécifiques comme les entrées de bâtiments et les espaces verts montrent les réductions les plus importantes.	- Les mégots ne permettent pas de renseigner le nombre de contrevenants au CUST - Pas de mesures de particules fines PM2,5
Nyman AL, Jivani S, Jazwa A et al. (2022) USA, Preventive Medicine	- Etude transversale répétée avant (2017) et après (2019) implémentation de politique CUST (TF) dans 5 universités Population d'étude : étudiants	- Connaissances et perceptions - Comportement tabagique - Exposition à la fumée secondaire - Respect de la politique	- Réduction significative de l'utilisation du tabac parmi les étudiants après la mise en œuvre des politiques TF - Diminution notable de l'usage des cigarettes traditionnelles, des cigarillos et des e-cigarettes - Diminution de l'exposition à la fumée secondaire en particulier dans les espaces communs et autour des bâtiments universitaires - Augmentation du soutien et de l'acceptabilité des politiques CUST parmi les étudiants après leur mise en œuvre. - Amélioration de la perception des risques associés à l'usage du tabac et à la fumée secondaire.	- Biais de sélection : Les cinq universités viennent du même état comment généraliser ? - Données déclaratives - Pas de groupe contrôle sans politique sans tabac

Tableau 4 : Littérature CUST avant/après

Auteurs, année, pays, revue	Description	Indicateurs et variables d'étude	Résultats	Limites
Rogers C.J, Barrington-Trimis J.L., Unger JB (2022), USA, Journal of American College Health	- Etude transversale répétée avant (2011, 2013) et après (2015, 2017, 2018) l'implémentation de politique CUST (SF) dans une université Population d'étude : étudiants	- Connaissances et perceptions - Comportement tabagique - Exposition à la fumée secondaire - Respect de la politique	-Diminution significative de la prévalence du tabagisme parmi les étudiants après l'implémentation de la politique CUST. - Réduction notable du nombre de cigarettes fumées par jour par les fumeurs restants - Amélioration des perceptions concernant la politique CUST, avec une augmentation du soutien et de l'acceptabilité. - Réduction de la perception de la fumée secondaire comme un problème sur le campus - Augmentation de la connaissance du dispositif	- Données déclaratives - Pas d'inférence causale possible dans l'étude transversale répétée - Pas de groupe contrôle

Concernant les principaux résultats de ces publications:

- Huit articles ont démontré une diminution de la prévalence du tabagisme chez les étudiants. [57] [59] [63] [66] [67] [70] [73] [74]
- Un article a montré une diminution de la prévalence du tabagisme chez les personnels [60].
- Dix articles ont montré une augmentation de l'acceptabilité et du respect de la politique CUST. [57] [59] [62] [66] [67] [68] [69] [70] [73] [74]
- Six articles ont montré une réduction de l'exposition à la fumée secondaire sur les campus. [57] [59] [60] [62] [73] [74].
- Quatre articles ont recensé une diminution de l'acceptabilité sociale du tabagisme. [57] [59] [69] [73]
- Quatre articles ont conclu à une diminution du nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs. [57] [66] [67] [74]
- Deux articles ont conclu à l'inefficacité des politiques SF concernant les e-cigarettes [63] [65] et un article a conclu à une nette augmentation de la consommation de e-cigarettes à la suite de la mise en place d'une politique sans tabac (TF) [64]
- Un article a montré l'inefficacité du passage d'un campus déjà TF à un campus SF bannissant les e-cigarettes [65] (malgré une politique TF efficace)
- Une étude a montré un phénomène de résistance important chez les personnels de l'université les plus fumeurs [60]

Un article a analysé les taux d'inscription de 95 universités d'un état des USA avant et après l'implémentation d'une politique CUST. La justification des auteurs étaient de lever le doute sur une barrière parfois perçue par les universités selon laquelle la privation de liberté contingente aux CUST diminuerait le nombre d'inscrits à l'université. Les chercheurs n'ont constaté aucun effet des politiques CUST sur les taux d'inscription dans ces 95 universités. [61]

Pour conclure cette section, on constate donc que les politiques CUST sont généralement efficaces, et la littérature permet également de soulever quelques points de vigilance.

Concernant l'information vis à vis de la politique, les étudiants, usagers et personnels fréquentant les CUST ont majoritairement connaissance qu'une politique CUST est en place dans leur établissement, cependant des progrès restent à faire sur l'information et la communication des règles associées à cette politique. Les fumeurs et les ex-fumeurs sont généralement plus conscients que les non-fumeurs de la politique CUST.

L'acceptabilité et le soutien des politiques CUST sont globalement initialement assez élevés dans les évaluations « avant » et tendent de plus à augmenter avec le temps. Le soutien des usagers à la politique CUST est important car il est associé à une perception négative du tabagisme sur le campus, à une meilleure connaissance des risques liées au tabac, à une meilleure connaissance de la pollution environnementale liée aux cigarettes, et à une perception positive de l'efficacité des politiques CUST sur la santé des usagers en général. [36]

Les politiques CUST sont perçues comme efficaces par les étudiants et les employés pour réduire le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire, ainsi que pour encourager les gens à arrêter de fumer et pour protéger la santé des personnes fréquentant les CUST. Les politiques CUST sont associées à une réduction de la

prévalence du tabagisme chez les étudiants et les personnels, une diminution qui a tendance à augmenter avec le temps. Elles diminuent la quantité de cigarettes consommées par les fumeurs et réduisent l'initiation au tabagisme. Les tentatives de sevrage tabagique augmentent également à partir de l'implémentation de la politique CUST. La majorité de fumeurs sur un CUST expriment leur intention d'arrêter de fumer, mais seule une minorité y parvient réellement.

L'utilisation des aides au sevrage offertes par les politiques CUST a été peu analysée dans la littérature, mais l'ensemble des revues de littérature CUST ont pu remarquer que les fumeurs méconnaissaient et utilisaient peu ces aides.

Les politiques CUST contribuent à diminuer la pollution environnementale sur les campus en réduisant le nombre de mégots jetés par terre, laissant ainsi l'environnement du campus plus propre, améliorant la qualité de l'air respiré et diminuant le risque d'incendie lié aux déchets du tabac. Concernant la qualité de l'air, les résultats indiquent que, bien que les politiques de campus CUST réduisent l'exposition à la fumée secondaire sur le campus, mais la qualité de l'air se trouve dégradée à la périphérie des campus (où les usagers fument davantage).

Notre analyse des évaluations avant-après montre que les politiques de campus sans fumée et sans tabac sont efficaces car elles réduisent les croyances favorables au tabac chez les étudiants et les personnels. Elles diminuent l'acceptabilité sociale du tabagisme dans les lieux d'enseignement supérieur et dénormalisent la consommation de tabac auprès des étudiants et des personnel des universités.

Les articles ayant évalué l'effet des politiques CUST sur les normes sociales vis à vis du tabagisme ont montré qu'une fois mises en œuvre, les politiques CUST augmentent la désapprobation sociale du tabagisme parmi les étudiants et les employés. De plus, au fil du temps, les étudiants deviennent plus enclins à intervenir auprès de leurs camarades qui enfreignent les règles de la politique CUST et à les encourager à s'y conformer.

Certaines recherches ont montré que des politiques CUST suscitaient une opposition de la part des fumeurs et des ex-fumeurs, parce qu'elles peuvent stigmatiser les fumeurs et portent atteinte aux libertés individuelles.

Le respect des politiques CUST est partout un véritable défi car la majorité des études ont démontré que les fumeurs ne respectaient pas scrupuleusement les règles des politiques CUST. Ce non-respect pourrait être amélioré par une meilleure information, une meilleure sensibilisation et une meilleure communication de l'intérêt et des règles des politiques CUST.

L'adoption d'une politique CUST ne semble pas avoir d'influence sur les taux d'inscription des étudiants dans les universités.

La plupart des évaluations avant/après regrettent l'absence de groupe contrôle. Une démarche quasi-expérimentale avec un groupe intervention et un groupe contrôle dans un campus sans politique CUST (design CBA) permettrait de mieux différencier l'impact lié uniquement au CUST des tendances naturelles de l'évolution des comportements et attitudes liés au tabac. Attention cependant, les évaluations avant/après (même avec groupe contrôle) restent des études transversales répétées sur des échantillons indépendants, et l'absence de cohorte longitudinale ne pourra jamais vraiment démontrer une inférence causale.

Dans une troisième partie nous allons présenter, le projet du Campus Santé Sans Tabac de Reims, ainsi que la stratégie d'évaluation qui sera mise en oeuvre.

III) Le Campus Santé Sans Tabac de Reims

1) Présentation du projet rémois

Le Campus Santé de Reims a été porté à partir de la fin 2023 par le Pr Durlach, PU-PH en Thérapeutique, Tabacologue et Vice-Président de la Société Francophone de Tabacologie. Ce projet universitaire intervenant dans une synergie locale sur les politiques SFA dans les lieux de santé : le CHU de Reims est lui même engagé dans une politique Lieu de Santé Sans Tabac depuis 2022 avec le Pr Durlach également, l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne (EPSMM) est engagé lui aussi dans une politique similaire depuis 2023. [80]

Après s'être assuré du soutien des 3 doyens (Médecine, Odontologie et Pharmacie) et de leurs conseils de gestion, ainsi que du soutien de la présidence de l'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA), le Pr Durlach a réuni un bureau chargé de planifier le projet et de réfléchir à la constitution d'un comité de pilotage (CoPil).

Le bureau s'est réuni pour la première fois le 11 décembre 2023. Puis s'est réuni 6 fois (mensuellement) et le premier CoPil a eu lieu début juin.

Le bureau a été constitué dans un premier temps par deux enseignants volontaires de chaque composante de l'UFR Santé (Médecine, Odontologie et Pharmacie), la psychologue de l'UFR Santé les a ensuite rejoint. Étant élu au conseil de gestion de l'UFR Odontologie et ayant vécu agréablement en tant qu'ancien gros fumeur mes semaines d'études au CUST de l'EHESP, je me suis porté volontaire afin de rejoindre le bureau.

Il est important de noter que l'UFR d'Odontologie ne fait pour l'instant pas partie du pôle santé mais qu'elle y emménage le 26 août 2024. Il était important pour nous de s'inscrire dans ce projet commun de l'établissement que nous allons rejoindre.

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'engagement des dirigeants est un facteur clé de la mise en oeuvre réussie d'une politique CUST. À ce titre, les hasards du calendrier ont nécessité de s'assurer une nouvelle fois, en la toute fin d'année 2023 du soutien d'un certain nombre de nouveaux dirigeants : le président de l'université soutenant initialement le projet voyait son mandat arriver à terme, et avait deux successeurs potentiels que nous avons rencontré afin de s'assurer de leur engagement en faveur de notre projet en cas d'élection. De plus la doyenne de l'UFR de Médecine a présenté sa démission peu de temps après le début du travail du bureau il a fallu s'assurer du soutien de sa successeure.

L'équipe rennaise de ProDevCampus a également soutenu notre démarche en nous partageant en avant-première leurs fiches méthodologiques et a répondu aux questions du bureau rémois lors d'une visioconférence le 21 février 2024. Nous avons pu y aborder des questions pratiques notamment budgétaire et organisationnelle.

Concernant le budget, une demande de financement a été faite auprès du fonds addiction de l'Agence Régionale de Santé du Grand Est le 3 juin 2024. Afin de financer les moyens humains (ambassadeurs, entretiens...) matériels (travaux et aménagements, cendriers, abris fumeurs, nettoyage des zones...) communication (logo, signalétique,

affiches, flyers) et autres événements spéciaux. L'ARS nous a accordé en août 2024, 72 000 euros consacrés à ce projet qui devraient nous arriver en septembre.

Le 31 mai 2024, à une première présentation du projet a été faite publiquement par le bureau aux usagers et personnels du campus à l'occasion de la journée mondiale sans tabac. Hélas, compte tenu du calendrier universitaire, très peu d'usagers du campus étaient présents à cette réunion, notamment les étudiants qui pour beaucoup avaient terminé leurs examens et n'étaient plus sur site.

Le premier CoPil s'est réuni le 3 juin dernier en présence du bureau, de représentants étudiants (élus), du service de santé des étudiants, de la médecine du travail du CHU, de représentants du personnel, des représentants syndicaux, des représentants des enseignants, du directeur adjoint du CHU. L'objectif du dispositif a permis un accueil globalement enthousiaste de l'ensemble des représentants des diverses parties prenantes. Il ne nous reste maintenant qu'à le co-construire ensemble.

Les prochaines réunions du CoPil de rentrée seront consacrées à la rédaction de la politique CSST.

Le Dr Reffuveille de l'UFR de Pharmacie et le service communication de l'université ont commencé à travailler sur les affiches Campus Santé Sans Tabac, le logo et la signalétique. Nous profiterons du lancement de l'opération Mois Sans Tabac en novembre pour lancer la campagne d'information sur le dispositif, et mettre en place la signalétique. Le calendrier opérationnel dépendra cependant de l'arrivée des financements (prévus pour la rentrée), du retrait des cendriers et de l'éventuelle mise en place d'abris fumeurs.

Concernant les AST, le dispositif de consultations hebdomadaire ne demande qu'à être lancé, comme nous avons la chance de posséder les compétences nécessaires au sein de l'équipe. Il faudra particulièrement insister sur la communication autour de ces AST car ils sont sous-utilisés dans la littérature.

Le recrutement des étudiants ambassadeurs se fera en cours d'année parmi les étudiants devant réaliser leur service sanitaire.

Pour rappel l'objectif du service sanitaire est de « former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires. Ils interviendront dans des établissements scolaires [...] sur des thèmes prioritaires de la santé publique », comme la lutte contre les addictions et notamment le tabac. [81] Cela rentre donc parfaitement dans les attributions de ce derniers.

Un nombre suffisant d'étudiants sera formé à cette mission par les enseignants de santé publique de l'UFR Santé sur le temps théorique du service sanitaire, puis feront leurs heures d'intervention en tant qu'ambassadeurs CSST. Le service sanitaire est d'une durée de 6 semaines de formation et d'intervention. Cette mission de service public sera elle-même évaluée par les enseignants responsables.

3) L'évaluation du Campus Santé Sans Tabac de Reims

Suivant les recommandations du site méthodologique de l'EHESP, et afin d'enrichir la littérature CUST, l'évaluation de l'impact du dispositif suivra donc une méthodologie de type avant/après.

Évaluation « avant »

L'évaluation « avant » du CSST aura lieu à la rentrée universitaire 2024-2025.

Elle utilisera simultanément une méthode quantitative par diffusion d'un questionnaire en ligne, et des méthodes qualitatives, le scan environnemental et des entretiens collectifs.

Méthodes quantitatives

Le questionnaire en ligne sera adressé à l'ensemble de la communauté universitaire. Son lancement est prévu à partir du 15 septembre, celui-ci restera ouvert pendant 2 mois. Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale, observationnelle, descriptive. (Le questionnaire est fourni en Annexe 1) Initialement nous aurions aimé intégrer les résultats de cette étude préliminaire au mémoire mais le calendrier n'était pas tout à fait en phase avec celui du rendu de mémoire.

Tous les étudiants et personnels de l'UFR santé recevront sur leur boîte mail le lien et une note d'information sur cette enquête, ainsi que des rappels toutes les 2 semaines pendant 2 mois.

De plus des affiches le présentant et contenant un QR code seront déployées aux entrées des bâtiments. Une intervention aura lieu dans les amphithéâtres lors des journées de rentrée pour informer les étudiants de l'imminence de la politique CUST et du lancement du questionnaire, afin de les inciter à y répondre.

Le questionnaire reprend en grande partie le questionnaire fourni par l'EHESP. Cette enquête a été préparée par deux enseignants du bureau (le Dr Sergheraert et moi-même) en partenariat avec le comité universitaire de ressources pour la recherche en santé de l'Université de Reims Champagne Ardenne et a ensuite été soumis au comité d'éthique de l'université. Le comité a validé celui-ci le 12 juillet dernier

La durée de réponse du questionnaire est d'environ 6 minutes. Il s'intéresse aux habitudes tabagiques des usagers, à leurs habitudes en matière de vapotage, à leurs connaissances et leurs croyances sur les conséquences du tabagisme, à l'exposition à la fumée secondaire sur le campus. Ce questionnaire recueille également l'avis des usagers sur la mise en place du CSST, et sur les actions qu'ils aimeraient voir mises en oeuvre (Aides au sevrage, abris fumeurs, interdiction du vapotage ou non...).

Le questionnaire utilise le logiciel Limesurvey. Les données seront décrites à l'aide de moyenne et d'écart type pour les variables quantitatives et d'effectif et de pourcentage pour les variables qualitatives. Les groupes pourront être comparés par des tests de Student, de Wilcoxon, du Chi2 ou exacts de Fisher, selon les conditions d'application. Le seuil de signification sera de 0,05.

Initialement nous voulions envoyer ce questionnaire plus tôt, mais après avoir constaté au mois de mai que le pôle santé se vidait de ses étudiants pour la pause estivale nous avons choisi d'attendre septembre pour pouvoir de plus bénéficier de la dynamique de la rentrée.

Afin de réaliser dans l'idéal, la même enquête sur un groupe contrôle, j'ai sollicité en juin par mail mes collègues du collège de santé publique d'odontologie (qui est pour l'instant resté sans réponse mais nous nous réunissons en visioconférence prochainement).

J'espère que l'un d'eux aura à disposition un Campus santé n'ayant pas encore entamé une démarche sans tabac, et un étudiant en instance de thèse d'exercice, en recherche de sujet à orientation de santé publique. En l'absence de réponse positive, je contacterai le collège des enseignants de santé publique de médecine.

Une estimation des coûts de nettoyage annuel du campus santé a été demandée à l'université.

Méthodes qualitatives

Le scan environnemental est également prévu à partir de début septembre. Pour des raisons indépendantes de notre volonté le scan environnemental n'a pas pu être réalisé plus tôt, faute de temps et de présence sur site d'abord pour ma part, puis faute d'étudiants à observer sur le campus à partir du moment où les examens étaient passés et que j'avais plus de temps disponible.

Ce scan environnemental est une méthode qualitative qui suit les recommandations de l'EHESP et se divise en deux volets : l'observation directe des comportements tabagiques et de vapotage dans l'enceinte du Campus Santé, afin de mesurer l'ampleur du phénomène ainsi que les ramassages de mégots sur le campus afin de cartographier les zones les plus sensibles du campus. [Figure 10]

Il s'agira d'identifier les lieux où le tabagisme est le plus présent afin de renforcer la signalétique dans un premier temps, puis la surveillance du respect de la future politique dans un second.

Avec l'arrivée des fonds alloués par le fonds Addictions de l'ARS, nous envisageons l'achat d'un compteur de particules fines à diode laser (ces capteurs sont relativement abordables), afin de réaliser des mesures notamment dans les lieux les plus fréquentés par les fumeurs, ainsi qu'à la périphérie du campus, car la littérature avant/après semble montrer que la pollution due aux mégots et à la fumée secondaire aurait parfois tendance à s'y déplacer.

À partir des observations informelles et des discussions entre les membres du CoPil : deux lieux stratégiques où les fumeurs semblent avoir leurs habitudes ont déjà pu être identifiés (dont un qui n'est pas à la vue du public, et ne m'était d'ailleurs pas connu, une cour intérieure au milieu de l'administration, l'autre étant l'esplanade faisant face à l'entrée principale de la faculté et de la bibliothèque universitaire, à l'intersection des deux bâtiments, où de nombreux bancs sont en place).

J'ai déjà prévu dans mon emploi du temps, 3 temps d'observation d'une heure par semaine, réparties sur différents jours et différents moments, pendant les 3 dernières semaines de septembre. J'ai également bloqué deux journées consacrées à la collecte de mégots à la fin du mois de septembre.

Des entretiens collectifs seront également réalisés « avant » l'action, mais après les résultats des questionnaires (à partir de fin novembre 2024), afin d'approfondir les résultats de notre étude quantitative, et de mieux cerner les besoins du public cible. (Devis séquentiel explicatif) Ces focus groups regrouperont des étudiants de chaque filière, des personnels administratifs et techniques, des enseignants chercheurs, des fumeurs, des non-fumeurs, des anciens fumeurs.

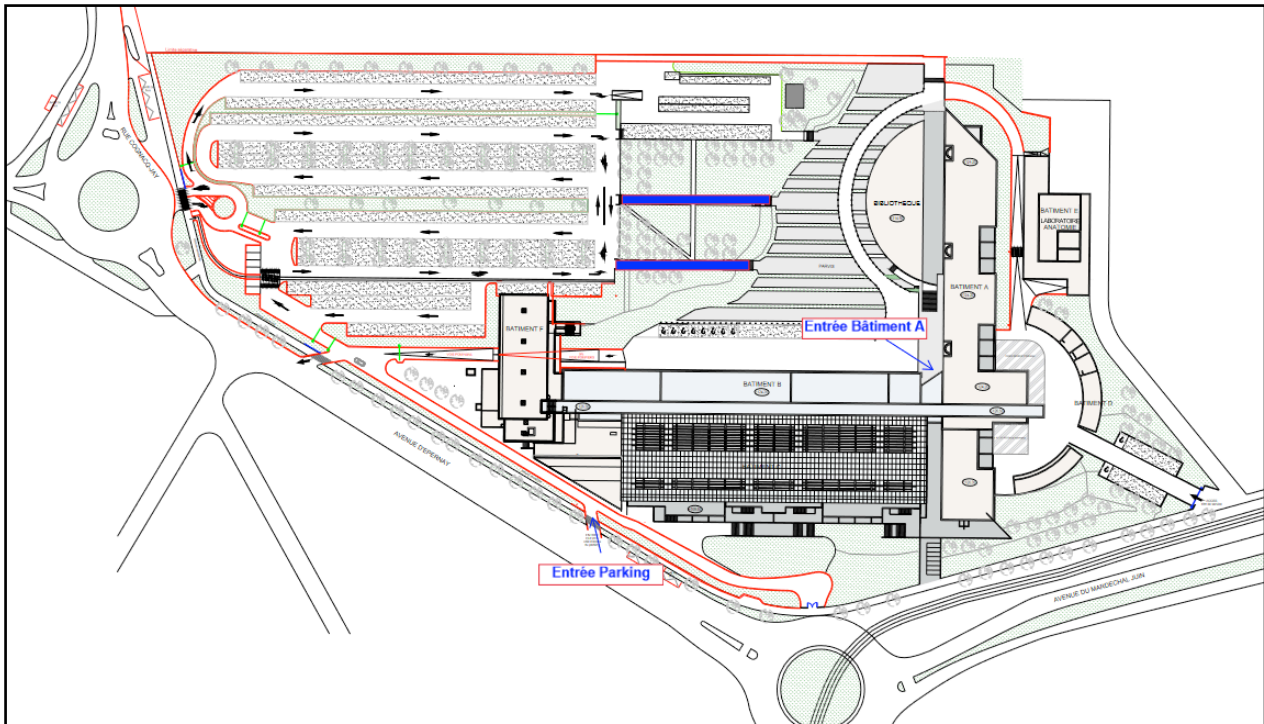


Figure 10: Plan du Campus Santé de l'Université de Reims Champagne Ardenne

L'élaboration de la politique par le CoPil devrait être finalisée dans le premier trimestre de l'année universitaire puis votée aux différents conseils de gestion et inscrite au règlement intérieur de l'établissement.

La mise en place de la signalétique est prévue au mois de novembre à l'occasion du mois sans tabac. Les travaux d'aménagement seront réalisés au cours de l'année une fois la politique votée et les financements reçus, et l'entrée en vigueur du dispositif se fera dans la foulée.

Évaluation « après »

En fonction de ce calendrier, la première évaluation « après » aura lieu 6 à 8 mois environ après l'entrée en vigueur du CSST (dans une période où il sera aisé de joindre les étudiants) et où l'ensemble des activités liées au programme auront bien été déployées.

Méthode quantitative

Un nouveau questionnaire sera élaboré par le groupe de travail en charge de l'évaluation du CSST qui reprendra à des fins de comparaisons les points étudiés lors du questionnaire « avant » et sera complété par des questions sur la mise en oeuvre du CSST, sur les freins perçus au dispositif, sur la difficulté ou non d'accéder aux AST, sur la difficulté ou non d'avoir des informations sur le CSST et ses règles. Il pourra être également enrichi par des questions relevant des points identifiés par Gnonlonfin et al. dans leur modèle TPB, comme insuffisamment étudiés dans la littérature CUST. (Par exemple : le soutien social perçu au sevrage tabagique, la capacité perçue des fumeurs à arrêter de fumer grâce aux AST disponibles...)

Il ne s'agira évidemment pas de la seule évaluation postérieure à l'implémentation du dispositif. Ce questionnaire sera répété tous les ans afin d'observer les résultats sur le

long terme, et de réaliser au fil de l'eau les ajustements et améliorations du dispositif nécessaires. Ces bilans annuels permettront aussi la reconduction du financement et des moyens alloués au dispositif.

Méthode qualitative

Dans le cadre du scan environnemental, des collectes de mégots seront réalisées régulièrement avec les étudiants ambassadeurs dans le cadre de leur service sanitaire. Ils parcourront le campus avec des fiches d'observation, des sachets et des gants. Les sachets devront identifier les lieux de collecte des mégots. La cartographie sera ensuite actualisée à chaque collecte.

De nouveaux focus groups seront réalisés 8 à 10 mois après la mise en oeuvre, afin d'approfondir les thèmes abordés dans les questionnaires (devis séquentiel explicatif), de mieux cerner les freins et barrières au dispositif, les bénéfices perçus de celui-ci, voire de faire émerger de nouvelles idées. Ces entretiens auront une visée explicative envers les résultats obtenus lors de la première enquête quantitative « après » (et une visée exploratoire pour les enquêtes suivantes).

Ils permettront de mettre en lumière le soutien ou non du CSST, d'avoir les avis des usagers sur les actions entreprises dans le cadre du CSST.

Notons que si nous investissons dans le compteur de particules fines, des mesures physiques pourront être effectuées dans les zones d'intérêt, après la mise en oeuvre de la politique CUST, afin de mesurer ses effets..

Par cette stratégie d'évaluation, nous avons pour ambition de montrer que cette stratégie est aussi efficace sur notre campus et de continuer la production de données probantes, participant à l'amélioration continue de cette intervention de santé publique.

IV - Conclusion

Nous avons pu au travers de ce mémoire comprendre comment les politiques CUST s'inscrivaient dans l'arsenal des politiques de lutte contre le tabagisme, en protégeant en priorité les jeunes, avec pour objectif d'atteindre, dans les années à venir, la création de générations affranchies du joug du tabagisme.

Nous avons d'abord appris comment les politiques CUST se développaient, tant à l'international et qu'en France, puis comment leurs effets sur la santé pouvaient être évalués. Enfin nous avons réalisé un point d'étape sur le projet du Campus Santé Sans Tabac de Reims initié au cours de cette année universitaire et sur le programme de son évaluation.

En analysant la littérature avant/après des CUST nous avons vu que les Campus Universitaires Sans Tabac étaient efficaces pour réduire la prévalence du tabagisme, pour réduire l'exposition à la fumée secondaire, pour réduire le nombre de cigarettes fumées par les fumeurs, et réduire la pollution liée aux mégots de cigarettes sur les campus. [57-74]

L'analyse de la littérature nous a montré quelques éléments clefs du succès des politiques CUST.

La transformation ultérieure d'une politique sans tabac, en politique sans tabac et sans cigarette électronique, est inefficace. Nous recommandons donc de déterminer, dès la conception de l'action et l'élaboration de la politique, si la e-cigarette doit être proscrite ou non.

Une stratégie communautaire engageant toutes les parties prenantes dans la mise en place d'une politique co-construite est indispensable à la réussite du dispositif. Une campagne de communication efficace est nécessaire pour informer l'ensemble des usagers du dispositif et de ses règles. [82] Le programme de communication doit aussi s'appliquer aux questionnaires d'évaluation afin d'assurer annuellement un taux de réponse correct permettant d'ajuster le dispositif et d'obtenir des résultats de qualité.

Un programme d'ambassadeurs étudiants, sur le modèle de l'EHESP est vivement recommandé afin d'informer et de faire respecter la politique CUST. Les Campus Santé français peuvent pour cela s'appuyer sur le Service Sanitaire des Étudiants des filières de santé, composé de 6 semaines consacrées à la prévention et à la promotion de la santé, afin de sensibiliser un public cible à des comportements favorables à la santé.

Des sanctions doivent être inscrites dans les règlements des établissements afin de prévenir les comportements contrevenants. Concernant ces sanctions, la littérature internationale dénombre majoritairement des sanctions financières qui semblent peu concevables dans le contexte français. Il appartient donc aux institutions de faire rentrer dans leurs règlements intérieurs les types de sanctions disciplinaires universitaires qui pourraient être applicables aux contrevenants (avertissement, blâme, exclusion...).[82]

La proposition d'aides au sevrage tabagique pour les étudiants et salariés est obligatoire lors de la mise en oeuvre d'une politique CUST. Les UFR Santé ont un véritable avantage dans ce domaine car elles possèdent bien souvent, sur site, les compétences au sein du personnel médical et paramédical. Il est nécessaire de communiquer efficacement sur ces AST qui sont sous-utilisées dans la littérature.

Du côté de l'évaluation de l'impact des politiques, nous recommandons désormais d'utiliser une méthodologie quasi-expérimentale de type « avant-après ». Celle-ci permet d'observer les progrès réalisés par rapport à la situation initiale avant implémentation. Un groupe contrôle est idéalement recommandé (CBA) afin de faire la différence entre l'effet de la politique CUST et les tendances naturelles des comportements vis à vis du tabac. La situation française, avec pour l'instant peu de CUST, permet un recrutement facilité de groupe contrôle. Il faut profiter de cette situation pour renforcer la robustesse des preuves concernant ce dispositif.

Afin de mieux cerner les mécaniques à l'oeuvre dans le changement de comportement, le choix des indicateurs ne devrait pas se faire au hasard mais doit se faire parmi ceux édictés dans le modèle théorique du TPB réalisé par Gnonlonfin et al. [36]

La littérature des évaluations d'impact avant/après manque pour l'instant d'évaluation utilisant une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives, nous recommandons donc d'utiliser des questionnaires ainsi qu'à minima un scan environnemental, avec des ramassages de mégots et une cartographie. Dans la mesure du possible il serait intéressant, également de mesurer la pollution de l'air sur le campus avant et après implémentation du dispositif aux endroits stratégiques (tels les entrées des bâtiments et la périphérie du campus) en mesurant les taux de particules fines (PM2.5).

La littérature montre également que les CUST ont tendance à augmenter le vapotage. [36] [64][82]

Or la communauté scientifique ne connaît pas encore suffisamment bien les effets à long terme des cigarettes électroniques sur la santé. Elles sont utiles comme outil thérapeutique d'aide au sevrage tabagique, mais peuvent également être utilisées comme outil d'initiation à la nicotine, notamment chez les jeunes. [83]

Il ne faut pas perdre de vue en effet, que l'industrie du tabac (qui est peu connue pour sa philanthropie) s'est rapidement emparée de l'industrie de la cigarette électronique, et cherche à opérer une transition de son modèle économique vers un produit de consommation courante tout aussi addictif et dont on ne connaît pas encore bien les effets à long terme. On a pu voir des « puffs » (qui seront interdites dans quelques jours) à l'effigie des dessins animés et héros préférés des adolescents. [84] [Figure 11]

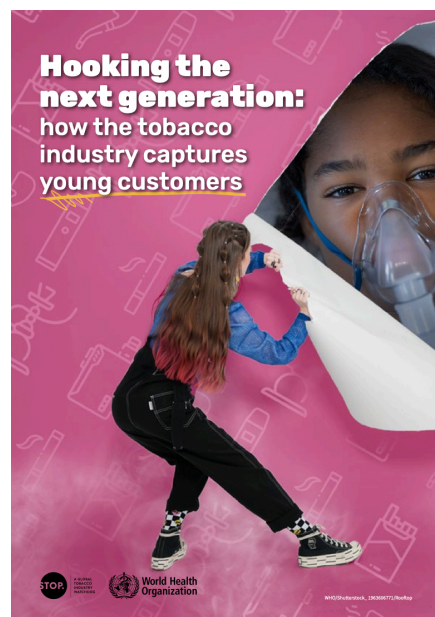


Figure 11: Hooking the New Generation (WHO 2024)

Cibler prioritairement les UFR de Santé pour la mise en oeuvre des politiques CUST permettra non seulement diminuer la prévalence du tabagisme chez les étudiants et futurs professionnels de santé, et de diminuer la morbi-mortalité liée au tabac chez ces publics; mais pourra permettre dans un second temps d'avoir des professionnels de santé plus sensibilisés aux dispositifs d'aide au sevrage, et plus à même de les conseiller et de les prescrire à leurs patients.

Depuis 1950 et la première révélation des effets néfastes du tabagisme [85], les politiques de lutte contre le tabac ont été efficaces pour changer la perception sociale du tabagisme et diminuer sa prévalence. Cependant, actuellement, après une forte diminution du nombre de fumeurs en France dans les années 2010, la prévalence stagne aux alentours de 24%. [4] Il apparaît alors nécessaire d'utiliser de nouveaux moyens originaux de prévention et de lutte contre le tabagisme.

À l'avenir, Il est possible d'espérer une modification des textes législatifs qui permettraient d'interdire l'usage du tabac sur l'ensemble des lieux d'enseignement supérieur (comme c'est le cas à Hong Kong) [86] mais pour le moment, l'engagement des universités et école d'enseignement supérieur dans une démarche CUST semble toute indiquée, car elle est une stratégie reconnue comme efficace au niveau international, qui participera à enfin atteindre l'objectif de « génération sans tabac ».

Bibliographie

- [1] Institute of Health Metrics, Global Burden of Disease Database. 2019, [Internet] disponible sur <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019> (consulté le 17 mai 2024)
- [2] Haute Autorité de Santé, Référentiel Tabac, 2016, [Internet] disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf (consulté le 19 mai 2024)
- [3] European Commission, [Internet] Le Tabagisme en Europe vue d'ensemble, [Internet] disponible sur https://health.ec.europa.eu/tobacco/overview_fr#:~:text=Le%20tabagisme%2C%20qui%20est%20le,ann%C3%A9es%20de%20vie%20en%20moins (consulté le 17 mai 2024)
- [4] Kopp P, Le coût social des drogues Estimation en France en 2019, 2019 [Internet] disponible sur <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpk2d7.pdf> (consulté le 17 mai 2024)
- [4] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB, et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. Bull Épidémiol Hebd. 2022;(26):470-80.
- [5] Cornelius ME, Loretan CG, Jamal A, Davis Lynn BC, Mayer M, Alcantara IC, Neff L. Tobacco Product Use Among Adults - United States, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023 May 5;72(18):475-483. doi: 10.15585/mmwr.mm7218a1
- [6] Comité National Contre le Tabac, Préserver les jeunes, 2024, [Internet] disponible sur https://cnct.fr/nos-actions/preserver-les-jeunes/#_ftn4 (consulté le 19 août 2024)
- [7] Ministère de la Santé, Programme National de Lutte contre le Tabac 2023-2027, [Internet] disponible sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan_lutte_tabac.pdf (consulté le 28 juin 2024)
- [8] Andler A., Guignard G., Pasquereau A., Nguyen-Thanh V. Tabagisme des professionnels de santé en France. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017. 5 p.
- [9] Haute Autorité de Santé, Rapport : Evaluation de la prise en charge du tabagisme rapportée par les patients, 2023 [Internet] disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-07/iqss_2023_tabac_rapport_bilan_2023.pdf (consulté le 1 juillet 2024)
- [10] Organisation Mondiale de la Santé, How to make your campus smoke-free, [Internet] disponible sur <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330766/WHO-NMH-PND-2019.8-eng.pdf?sequence=1> (consulté le 30 juin 2024)
- [11] Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, le projet ProDevCampus [Internet] disponible sur <https://www.ehesp.fr/recherche/domaines-et-champs-de-recherche/politiques-sociales-et-de-sante/promouvoir-et-developper-les-campus-universitaires-sans-tabac-en-france-prodevcampus/> (consulté le 30 juin 2024)
- [12] Smoking and Health : Report of the advisory committee to the Surgeon General of the Public Health Service, US Department of Health, Education and Welfare, 1964

- [13] World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003 [Internet] disponible sur https://www.who.int/fctc/text_download/en/ (consulté le 15 juin 2024).
- [14] United Nations, Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2015, [Internet] disponible sur <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication> (consulté le 20 juin 2024)
- [15] Flor LS, Reitsma MB, Gupta V, Ng M, Gakidou E. The effects of tobacco control policies on global smoking prevalence. *Nat Med*. 2021 Feb;27(2):239-243. doi: 10.1038/s41591-020-01210-8.
- [16] Philip Morris [internal industry document]. 1981 Mar 31. Bates no. 1000390803/55.
- [17] Ekpu VU, Brown AK. The Economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence: Review of Evidence. *Tob Use Insights*. 2015 Jul 14;8:1-35. doi: 10.4137/TUI.S15628.
- [18] Levy DT, Tam J, Kuo C, Fong GT, Chaloupka F. The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard. *J Public Health Manag Pract*. 2018 Sep/Oct;24(5):448-457. doi: 10.1097/PHH.0000000000000780.
- [19] US Office on Smoking and Health. The health consequences of involuntary smoking: a report of the Surgeon General, USA, 1986.
- [20] Conseil de l'Union Européenne, Recommandation du 30 novembre 2009 relative aux environnements sans tabac [Internet] disponible sur <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:296:0004:0014:FR:PDF> consulté le 21 juin 2024
- [21] Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme, [Internet] disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006095039> (consulté le 25 juin 2024)
- [22] Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, [Internet] disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000344577> (consulté le 25 juin 2024)
- [23] 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, [Internet] disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006054716> (consulté le 25 juin 2024)
- [24] Ministère de la Santé, Plan National de Réduction du tabagisme 2014-2019, [Internet] disponible sur <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnrt2014-2019.pdf> (consulté le 28 juin 2024)
- [25] Ministère de la Santé, Décret n° 2016-334 du 21 mars 2016 relatif au paquet neutre des cigarettes et de certains produits du tabac, [Internet] disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032276104> (consulté le 28 juin 2024)

- [26] Ministère de la Santé, Plan National de Lutte contre le Tabac 2018-2022, [Internet] disponible sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf (consulté le 28 juin 2024)
- [27] U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta: 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, 2012.
- [28] Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Campus Sans Tabac : Mode d'Emploi [Internet] disponible sur <https://campus-sans-tabac.ehesp.fr> (consulté le 30 juin 2024)
- [29] Tobacco-Free College Campus Initiative, Create change, a student toolkit, EU, 2017 [Internet] disponible sur <https://static1.squarespace.com/static/582cd52d2994caad8bdc9000/t/58766a4fe58c62c9531b9587/1484155491970/TFCCI+Tobacco+Free+Campus+Student+Toolkit.pdf> (consulté le 20 juillet 2024)
- [30] American Nonsmoker's Rights Foundation, Smokefree and Tobacco-Free U.S. and Tribal Colleges and Universities, 2024, [Internet] disponible sur <http://no-smoke.org/wp-content/uploads/pdf/smokefreecollegesuniversities.pdf> (consulté le 30 juin 2024)
- [31] Canadian Cancer Society, University and College 100% Smoke-Free Campuses in Canada: NATIONAL STATUS REPORT, [Internet] disponible sur <https://smokeandvapefreenb.ca/wp-content/uploads/2023/03/University-college-100-percent-smoke-free-campus-national-report-2022-FINAL.pdf> (consulté le 17 août 2024)
- [32] Wikipedia, List of smoke-free colleges and universities [Internet] disponible sur https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_smoke-free_colleges_and_universities (consulté le 17 août 2024)
- [33] Lupton JR, Townsend JL. A Systematic Review and Meta-analysis of the Acceptability and Effectiveness of University Smoke-Free Policies. J Am Coll Health 2015;63:238–47. <https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1015029>.
- [34] Bardus M, Boukhari N, Nakkash R. Development and evaluation of smoke-free or tobacco-free policies in university settings: a systematic scoping review. Health Education Research 2020;35:306–51. <https://doi.org/10.1093/her/cyaa009>.
- [35] Mohmad S, Ismail A. Smoking behaviors and attitudes towards the smoke-free campus policy: a systematic review. MJPHM 2021;21:124–35. <https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.21/no.3/art.1095>.
- [36] Gnonlonfin E, Geindreau D, Gallopel-Morvan K. What are the effects of smoke-free and tobacco-free university campus policies, and how can they be assessed? A systematic review. J Epidemiol Popul Health. 2024 Apr; 72(2):202520. doi: 10.1016/j.jep.h.2024.202520.
- [37] Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Campus Sans Tabac : Mode d'Emploi [Internet] disponible sur <https://campus-sans-tabac.ehesp.fr> (consulté le 30 juin 2024)

- [38] Université de Strasbourg, le Campus Sans Tabac [Internet] disponible sur <https://campus-sans-tabac.unistra.fr> (consulté le 17 aout 2024)
- [39] Université de Lille, le Campus Santé Sans Tabac [Internet] disponible sur https://medecine.univ-lille.fr/fileufr3s/user_upload/ufr3s-actualites/2023/vie-de-campus/2023-12-05-CampusSansTabac.pdf (consulté le 17 aout 2024)
- [40] Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Campus Sans Tabac une initiative pour protéger la santé des jeunes, [Internet] disponible sur <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/campus-sans-tabac-une-initiative-pour-protéger-la-santé-des-jeunes-96198#:~:text=Campus%20sans%20tabac%20est%20un,à%20tous%20un%20environnement%20sain> (consulté le 18 aout 2024)
- [41] Réseau de Prévention des Addictions, Les lieux de santé sans tabac, [Internet] disponible sur <https://www.respadd.org/le-respadd/lieu-de-sante-sans-tabac/> (consulté le 18 aout 2024)
- [42] Public Health Ontario, A Focus on logic model [Internet] disponible sur https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/f/2016/focus-on-logic-model.pdf?sc_lang=fr (consulté le 19 aout 2024)
- [43] Central East Tobacco Control Area Network, Make our Campus Smoke-Free, A guide to action, [Internet] disponible sur <https://smokeandvapefreenb.ca/wp-content/uploads/2020/09/Make-Our-Campus-Smoke-Free-Guidebook-English.pdf> (consulté le 19 aout 2024)
- [44] Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, Évaluation d'une action de santé publique : Recommandations, Octobre 1995
- [45] Agence Régionale de Santé des Hauts de France, Un nouveau guide pour l'évaluation des projets en prévention et promotion de la santé [Internet] disponible sur <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/un-nouveau-guide-pour-evaluer-les-projets-en-prevention-promotion-de-la-sante> (consulté le 19 aout 2024)
- [46] Blum-Boisgard C, Chabaud F, Gaillot-Mangin J et al., Évaluation en santé publique, Actualité et dossier en santé publique n° 17, Haut Conseil de la Santé Publique, Décembre 1996
- [47] Carey TS, Sanders GD, Viswanathan M, et al. Framework for Considering Study Designs for Future Research Needs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Mar. (Methods Future Research Needs Reports, No. 29. Appendix A, Taxonomy for Study Designs. [Internet] disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK95280/> (consulté le 5 juillet 2024)
- [48] Saily JC, Lebrun T, L'évaluation économique des actions de santé, Actualité et dossier en santé publique n° 17, Haut Conseil de la Santé Publique, Décembre 1996
- [49] Halpern MT, Shikar R, Rentz AM, Khan ZM. Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. *Tob Control*. 2001;10(3):233–8.

- [50] Pluye P, Les méthodes mixtes. LIEPP Fiche méthodologique n°19, 2023. hal-04107332
- [51] Michie, S, Abraham, C, Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychology & Health*, 2004, 19(1), 29–49. <https://doi.org/10.1080/0887044031000141199>
- [52] Hardeman, W., Johnston, M., Johnston, D., Bonetti, D., Wareham, N., & Kinmonth, A. L. (2002). Application of the Theory of Planned Behaviour in Behaviour Change Interventions: A Systematic Review. *Psychology & Health*, 17(2), 123–158. <https://doi.org/10.1080/08870440290013644a>
- [53] Shankland R, Lamboy B, Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé, 2011, Pratiques Psychologiques - PRAT PSYCHOL. 17. 153-172. Doi : 10.1016/j.prps.2010.11.001.
- [54] Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991;50:179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- [55] Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol.* 2001 Dec;40(Pt 4):471-99. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- [56] Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- [57] Seo DC, Macy JT, Torabi MR, Middlestadt SE. The effect of a smoke-free campus policy on college students' smoking behaviors and attitudes. *Prev Med.* 2011 Oct;53(4-5):347-52. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.07.015>
- [58] Fallin A, Murrey M, Johnson AO, Riker CA, Rayens MK, Hahn EJ. Measuring Compliance With Tobacco-Free Campus Policy. *Journal of American College Health* 2012;60:496–504. <https://doi.org/10.1080/07448481.2012.670676>
- [59] Lechner WV, Meier E, Miller MB, Wiener JL, Fils-Aime Y. Changes in smoking prevalence, attitudes, and beliefs over 4 years following a campus-wide anti-tobacco intervention. *J Am Coll Health* 2012;60:505–11. <https://doi.org/10.1080/07448481.2012.681816>
- [60] Veeranki SP, Mamudu HM, He Y. Tobacco use and impact of tobacco-free policy on university employees in an environment of high tobacco use and production. *Environ Health Prev Med* 2013;18:110–20. <https://doi.org/10.1007/s12199-012-0297-3>
- [61] Miller KD, Yu D, Lee JGL, Ranney LM, Simons DJ, Goldstein AO. Impact of the adoption of tobacco-free campus policies on student enrollment at colleges and universities, North Carolina, 2001-2010. *J Am Coll Health* 2015;63:230–6. <https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1015023>
- [62] Burns S, Hart E, Jancey J, Hallett J, Crawford G, Portsmouth L. A cross sectional evaluation of a total smoking ban at a large Australian university. *BMC Res Notes* 2016;9:288. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2090-7>

- [63] Allen B, Stuart GL. Decreased Cigarette Smoking but No Change in Use of Electronic Cigarettes Following a University-Wide Smoking Ban. *Subst Abuse* 2019;13:1178221819874351. <https://doi.org/10.1177/1178221819874351>
- [64] Llanes K, Cabriaes JA, Hernandez N, Cooper TV. Electronic cigarette use after the adoption of a tobacco-free campus policy. *Addictive Behaviors* 2019;90:324–8. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.037>
- [65] Leavens ELS, Lechner WV, Stevens EM, Miller MB, Meier E, Brett EI, et al. Electronic cigarette and combustible cigarette use following a campus-wide ban: Prevalence of use and harm perceptions. *J Am Coll Health* 2020;68:332–5. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1551803>
- [66] Chaaya M, Farran D, Saab D, Al-Hindi M, Romani M, Khairallah M, et al. Influence of a University Tobacco-Free Policy on the Attitudes, Perceptions of Compliance, and Policy Benefit Among the University Students: A Pre-Post Investigation. *Int J Public Health* 2021;0. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.614602> , disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8565293/>
- [67] Farran D, Nakkash R, Al-Hindi M, Romani M, Asser MJO, Khairallah M, et al. Evaluating a tobacco-free university policy: A repeated cross-sectional survey of faculty and staff in Lebanon. *Tob Induc Dis* 2021;19:1–10. <https://doi.org/10.18332/tid/133751>
- [68] Glasgow TE, Miller CA, Barsell DJ, Do EK, Fuemmeler BF. Assessing how a tobacco-free campus leads to attitude change and support among students, faculty, and staff. *Tob Prev Cessat* 2021;7:53. <https://doi.org/10.18332/tpc/138224>
- [69] Wray RJ, Hansen N, Ding D, Masters J. Effects of a campus-wide tobacco-free policy on tobacco attitudes, norms and behaviors among students, staff and faculty. *Journal of American College Health* 2021;69:860–71. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1711763>
- [70] Berg MB, Lin L. How effective are campus-wide smoking bans? A comparison of two small colleges. *Journal of American College Health* 2022;70:536–43. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1756829>
- [71] Nyman AL, Jivani S, Jazwa A, Heath E, Redmon PB, Sinha B, et al. Student tobacco use, secondhand smoke exposure, and policy beliefs before and after implementation of a tobacco-free campus policy: Analysis of five U.S. college and university campuses. *Preventive Medicine* 2022;163:107238. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107238>
- [72] Fujita S, Marteache N. Evaluation of a smoke- and tobacco-free campus policy: The issue of displacement. *Journal of American College Health* 2022;70:598–606. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1758705>
- [73] Gelino, B.W., Salzer, A.R., Harsin, J.D., Naudé, G.P., Gilroy, S.P. and Reed, D.D. (2023), Tobacco-free policy reduces combustible tobacco byproduct on a large university campus. *Jnl of Applied Behav Analysis*, 56: 86-97. <https://doi.org/10.1002/jaba.967>
- [74] Rogers CJ, Barrington-Trimis JL, Unger JB, Forster M. Changes in smoking prevalence and perception of smoking on campus before and after a smoke-free

university campus policy. *Journal of American College Health* 2022;70:973–7. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1786097>

[75] Meier E, Lechner WV, Miller MB, Wiener JL. Changes in smokeless tobacco use over four years following a campus-wide anti-tobacco intervention. *Nicotine Tob Res*. 2013 Aug;15(8):1382–7. doi: 10.1093/ntr/nts337.

[76] Pacheco CM, Wellever A, Nazir N, Pacheco J, Berryhil K, Faseru B, Barnes C, Daley CM, Choi WS. Clearing the air: American Indian tribal college students' exposure to second hand smoke & attitudes towards smoke free campus policies. *J Am Coll Health*. 2018 Feb-Mar;66(2):133–140. doi: 10.1080/07448481.2017.1399893.

[77] Braverman MT, Ceraso M, Sporrer F, Rockler BE. Five-year changes in support for tobacco control policy options among students, faculty and staff at a public university. *Prev Med*. 2021 Jan;142:106359. doi: 10.1016/j.ypmed.2020.106359.

[78] Garcia GM, Mapaye JC et al. Impact of Campus Tobacco-Free Policy on Tobacco and Electronic Nicotine Delivery Systems Initiation and Cessation among Students, Faculty, and Staff. 2020, *Journal of Public Health Issues and Practices*. 4. Doi: 10.33790/jphip1100159.

[79] Lee JG, Ranney LM, Goldstein AO. Cigarette butts near building entrances: what is the impact of smoke-free college campus policies? *Tob Control*. 2013 Mar;22(2):107–12. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050152.

[80] Centre Hospitalier Universitaire de Reims, Pour un hôpital sans tabac 2022, [Internet] disponible sur <https://www.chu-reims.fr/le-chu/chu-reims/developpement-durable/pour-un-hopital-sans-tabac> (consulté le 1 juillet 2024)

[81] Ministère de la Santé, le Service Sanitaire des étudiants en santé [Internet] disponible sur <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante> (consulté le 20 aout 2024)

[82] Geindreau, D, Girault, A, Gallopel-Morvan, K. (2024). Tobacco-free university campus policies: A systematic review. *Journal of American College Health*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/07448481.2024.2367999>

[83] Wang RJ, Bhadriraju S, Glantz SA. E-Cigarette Use and Adult Cigarette Smoking Cessation: A Meta-Analysis. *Am J Public Health*. 2021 Feb;111(2):230–246. doi: 10.2105/AJPH.2020.305999. Epub 2020 Dec 22. PMID: 33351653; PMCID: PMC7811087.

[84] Organisation Mondiale de la Santé, Hooking the next generation: how the tobacco industry captures young customers, 2024, Disponible sur <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376853/9789240094642-eng.pdf?sequence=1> (consulté le 19 juillet 2024)

[85] Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *Br Med J*. 1950 Sep 30;2(4682):739–48. doi: 10.1136/bmj.2.4682.739.

[86] Hong Kong Public Health Department, Smoking (Public Health) Ordinance (Cap. 371) <https://www.elegislation.gov.hk/hk/cap371>

Questionnaire : **Campus Santé Sans Tabac**

Il y a 49 questions dans ce questionnaire.

Participation

Concernant l'étude: *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ je ne m'oppose pas à la participation à l'étude
- ☐ je m'oppose à la participation à l'étude

J'atteste que je suis majeur: *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

J'atteste que je suis un usager du Campus Santé de l'URCA: *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

PARTIE 1

Dans un premier temps, merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions générales sur vous et le tabac

Etes-vous?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme
- ☐ Je ne souhaite pas répondre à cette question

Quel est votre âge?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

- ans

Quel est votre statut au sein de la faculté?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Etudiant(e)
- ☐ Personnel administratif
- ☐ Personnel technique
- ☐ Enseignant-chercheur
- ☐ Autre

Quelle est votre formation?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Etudiant(e)' à la question « Quel est votre statut au sein de la faculté? »

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Médecine
- ☐ Odontologie
- ☐ Pharmacie
- ☐ Autre

Quelle est votre année de formation?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Etudiant(e)' à la question « Quel est votre statut au sein de la faculté? »

Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

- ☐ année(s)

Nous souhaiterions maintenant avoir quelques informations sur votre consommation de tabac

Est-ce que vous fumez? (hors cigarette électronique)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, je fume tous les jours
- ☐ Oui, je fume de temps en temps (mais pas tous les jours)
- ☐ Non

Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui, je fume tous les jours' à la question « Est-ce que vous fumez? (hors cigarette électronique) »

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

- o /jour

Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par mois?

*Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui, je fume de temps en temps (mais pas tous les jours)' à la question
« Est-ce que vous fumez? (hors cigarette électronique) »*

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

- o /mois

Fumez-vous...

*Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui, je fume tous les jours' ou 'Oui, je fume de temps en temps (mais pas tous les jours)' à la question « Est-ce que vous fumez? (hors cigarette électronique) »*

Cochez la ou les réponses
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- o Du tabac à rouler
- o Des cigarettes "classiques" manufacturées (dans des paquets)
- o Des cigarillos
- o Des cigares
- o Du narguilé (chicha)
- o Autre:

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer?

*Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui, je fume de temps en temps (mais pas tous les jours)' ou 'Oui, je fume tous les jours' à la question « Est-ce que vous fumez? (hors cigarette électronique) »*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- o Oui, 1 fois
- o Oui, 2 fois
- o Oui, 3 fois
- o Oui, 3 fois et plus
- o Non, jamais

A quand remonte la dernière fois où vous avez essayé d'arrêter de fumer?

*Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui, 1 fois' ou 'Oui, 2 fois' ou 'Oui, 3 fois' ou 'Oui, 3 fois et plus' à la question « Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer? »*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Il y a moins de 30 jours
- ☐ Il y a moins de 6 mois
- ☐ Il y a environ 12 mois
- ☐ Il y a plus de 1 an

Avez-vous utilisé de l'aide pour arrêter de fumer?

*Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui, 3 fois et plus' ou 'Oui, 3 fois' ou 'Oui, 2 fois' ou 'Oui, 1 fois' à la question « Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer? »*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quelle est votre motivation actuelle pour arrêter de fumer?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Oui, je fume de temps en temps (mais pas tous les jours)' ou 'Oui, je fume tous les jours' à la question « Est-ce que vous fumez? (hors cigarette électronique) »

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui' à la question « Est-ce que vous vapotez, ne serait-ce que de temps en temps? »

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'ai pas du tout envie d'arrêter de fumer
- ☐ J'envisage d'arrêter de fumer dans les 12 prochains mois
- ☐ J'envisage d'arrêter de fumer dans les 6 prochains mois
- ☐ J'envisage d'arrêter de fumer dans les 30 prochains jours

Est-ce que vous vapotez, ne serait-ce que de temps en temps?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

A quelle fréquence utilisez-vous la cigarette électronique?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question « Est-ce que vous vapotez, ne serait-ce que de temps en temps? »

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tous les jours
- ☐ Au moins une fois par semaine
- ☐ Au moins une fois par mois
- ☐ Plus rarement

Quel type de cigarettes électroniques utilisez-vous?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question « Est-ce que vous vapotez, ne serait-ce que de temps en temps? »

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Avec nicotine
- ☐ Sans nicotine
- ☐ Les deux

Avez-vous déjà fumé?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question « Est-ce que vous fumez? (hors cigarette électronique) »

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quand avez-vous arrêté de fumer?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question « Avez-vous déjà fumé? »

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Il y a moins de 30 jours
- ☐ Lors des 6 derniers mois
- ☐ Il y a plus de 6 mois
- ☐ Il y a plus d'1 an

PARTIE 2

Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur le tabac

Savez-vous combien de personnes décèdent prématurément tous les ans du tabac en France?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 60 000 personnes
- ☐ 75 000 personnes
- ☐ 30 000 personnes
- ☐ Je ne sais pas

Pensez-vous que l'exposition quotidienne à la fumée secondaire (expirée par les fumeurs) est dangereuse pour la santé?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Est-ce que vous avez l'impression que beaucoup de gens sur le Campus Santé, fument?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Est-ce que vous voyez des personnes fumer à l'intérieur des bâtiments du Campus Santé?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tous les jours
- ☐ Toutes les semaines
- ☐ Plus rarement
- ☐ Jamais

Est-ce que vous voyez des personnes fumer à l'extérieur des bâtiments du Campus Santé?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tous les jours
- ☐ Toutes les semaines
- ☐ Plus rarement
- ☐ Jamais

Quels sont les endroits de votre université où les personnes fument?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Aux entrées/sorties du Campus Santé
- ☐ Sur les parkings
- ☐ Autre:

Est-ce que vous êtes exposé(e) à la fumée secondaire du tabac sur votre campus ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui tous les jours
- ☐ Oui toutes les semaines
- ☐ Plus rarement
- ☐ Non jamais

Est-ce que cela vous gêne?

*Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Plus rarement' ou 'Oui tous les jours' ou 'Oui toutes les semaines' à la question « Est-ce que vous êtes exposé(e) à la fumée secondaire du tabac sur votre campus ? »*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Est-ce que vous voyez des mégots de cigarettes par terre dans votre campus?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui tous les jours
- ☐ Oui toutes les semaines
- ☐ Plus rarement
- ☐ Non jamais

Est-ce que cela vous gêne?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Plus rarement ' ou 'Oui toutes les semaines' ou 'Oui tous les jours' à la question « Est-ce que vous voyez des mégots de cigarettes par terre dans votre campus? »

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Est-ce que vous seriez intéressés par la mise en place de consultation d'Aide au Sevrage Tabagique (AST) sur votre Campus Santé?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quelle(e) aide(s)?

*Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question « Est-ce que vous seriez intéressés par la mise en place de consultation d'Aide au Sevrage Tabagique (AST) sur votre Campus Santé? »*

Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Consultation en tabacologie avec l'infirmière du campus
- ☐ Prescriptions gratuites de substituts nicotiques

PARTIE 3

Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur les campus sans tabac

Avez-vous déjà entendu parler des campus sans tabac?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Voici ce que veut dire un campus sans tabac :

C'est un campus où il est interdit de fumer partout, à l'intérieur des bâtiments et aussi à l'extérieur,

sur l'ensemble de l'enceinte de l'université. Des aides à l'arrêt sont proposées sur le campus aux fumeurs

qui veulent arrêter de fumer.

Seriez-vous favorable ou non à ce que votre Campus Santé devienne un Campus Santé Sans Tabac comme celui qui est décrit?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je suis très favorable
- ☐ Je suis assez favorable
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je suis peu favorable
- ☐ Je ne suis pas du tout favorable

Pourquoi?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je suis assez favorable' ou 'Je suis très favorable' à la question « Seriez-vous favorable ou non à ce que votre Campus Santé devienne un Campus Santé Sans Tabac comme celui qui est décrit? »

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Cela inciterait les fumeurs à moins fumer
- ☐ Cela inciterait les fumeurs à arrêter de fumer
- ☐ Cela éviterait d'être exposé(e) à la fumée secondaire sur le campus
- ☐ Ce serait cohérent avec l'image d'une université qui forme à la santé
- ☐ Autre:

Pourquoi?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je suis peu favorable' ou 'Je ne sais pas' à la question « Seriez-vous favorable ou non à ce que votre Campus Santé devienne un Campus Santé Sans Tabac comme celui qui est décrit? »

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Ce n'est pas justifié
- ☐ C'est inutile
- ☐ Cela stigmatiserait les fumeurs
- ☐ Autre:

D'après vous, quels sont les objectifs d'un Campus Santé Sans Tabac?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Proposer un espace de formation et de travail moins pollué par la fumée du tabac
- ☐ Préserver le campus de la pollution par les mégots

- o Promouvoir une bonne santé et un bien-être individuel pour les usagers du campus
- o Encourager les fumeurs à arrêter de fumer et à diminuer la consommation de tabac
- o Encourager les ex-fumeurs / les non-fumeurs à le rester
- o Faire prendre conscience de l'enjeu, en termes de santé, du tabac et du tabagisme (risques, importance de l'arrêt, etc.)
- o Inciter les étudiants à promouvoir des lieux sans tabac/ à parler des lieux sans tabac dans leurs futurs environnements professionnels
- o Diminuer le risque d'incendie sur le campus

Etes-vous d'accord ou non pour dire que la mise en place d'un campus santé sans tabac dans votre université vous aiderait à arrêter de fumer?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui, je fume de temps en temps (mais pas tous les jours)' ou 'Oui, je fume tous les jours' à la question « Est-ce que vous fumez? (hors cigarette électronique) »

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- o Tout à fait d'accord
- o D'accord
- o Je ne sais pas
- o Pas d'accord
- o Pas du tout d'accord

Etes-vous d'accord ou non pour dire que la mise en place d'un campus santé sans tabac dans votre université vous aiderait à diminuer votre consommation de tabac?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui, je fume de temps en temps (mais pas tous les jours)' ou 'Oui, je fume tous les jours' à la question « Est-ce que vous fumez? (hors cigarette électronique) »

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- o Tout à fait d'accord
- o D'accord
- o Je ne sais pas
- o Pas d'accord
- o Pas du tout d'accord

Etes-vous d'accord ou non pour dire que la mise en place d'un campus santé sans tabac dans votre université vous aiderait à rester non-fumeur?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question « Est-ce que vous fumez? (hors cigarette électronique) »

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Je ne sais pas

Si toutefois un Campus Santé Sans tabac était mis en place dans votre université, quelles sont les actions d'accompagnement qui devraient être employées?

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Participer au Moi(s) sans tabac en novembre
- ☐ Organiser des réunions d'information sur l'arrêt du tabac
- ☐ Mettre un stand d'information sur le tabac dans le hall de temps en temps
- ☐ Lancer une campagne de communication (panneaux, affiches)
- ☐ Proposer des consultations gratuites sur le campus pour aider les fumeurs à arrêter de fumer
- ☐ Proposer des ateliers de sophrologie gratuits pour aider les fumeurs à gérer leur stress
- ☐ Autre:

Quelle est votre opinion de votre université sur l'interdiction du vapotage sur le campus intérieur et extérieur (en plus de l'interdiction de fumer des cigarettes)?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je suis très favorable
- ☐ Je suis assez favorable
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je suis un peu favorable
- ☐ Je ne suis pas du tout favorable

Avez-vous des choses à ajouter en lien avec cette enquête?

Veillez écrire votre réponse ici :

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.