UCL Université catholique de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

La stigmatisation des fumeurs chez les adolescents

Résultats de l'étude SILNE-R

Mémoire réalisé par
Charlotte de Becker

Promoteur(s)
Pr Vincent Lorant
Mr Pierre-Olivier Robert

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

La stigmatisation des fumeurs chez les adolescents

Résultats de l'étude SILNE-R

Mémoire réalisé par
Charlotte de Becker

Promoteur(s)
Pr Vincent Lorant
Mr Pierre-Olivier Robert

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont tout d'abord à mes promoteurs le professeur Lorant et monsieur Robert pour leurs précieux conseils et la richesse de nos échanges durant l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers l'équipe du Projet SILNE-R sans qui la réalisation de la partie pratique de ce travail n'aurait pas été possible.

Je remercie mesdames Maertens de Noordhout, Bugli et Guisset pour leur aide dans la partie statistique.

Enfin, je suis reconnaissante envers les membres de ma famille, mes amis et mes collègues diététiciennes, pour leur soutien sans faille, leurs encouragements tout au long de la réalisation de ce master.

LE PLAGIAT

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

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

RESUME

NOM et PRENOM : de Becker Charlotte

Titre : La stigmatisation des fumeurs chez les adolescents. Résultats de l'étude SILNE-R

Promoteur et Co promoteur : Mr Pierre-Olivier Robert et le Pr Vincent Lorant

Contenu : Le tabac est devenu, dans la plupart des mentalités sociétales actuelles, une addiction dont il faut se défaire, une drogue dangereuse et coûteuse pour la société. Notre revue de littérature a montré qu'il existe aujourd'hui une stigmatisation des fumeurs. Les stratégies de dénormalisation mises en place par la santé publique peuvent y concourir. Toutefois, le phénomène est encore peu questionné dans la littérature scientifique. Pour notre part, après avoir analysé ce processus et ses conséquences négatives, nous nous sommes intéressée à la population spécifique des adolescents, qui sont marqués par d'importants changements physiques, psychosociaux, émotionnels et cognitifs. Dans leur milieu scolaire, ils sont soumis à une stratégie de dénormalisation, les *School Tobacco Policies* (STP). Les objectifs de ce mémoire sont de déterminer dans quelle mesure les adolescents perçoivent une « stigmatisation des fumeurs » et d'identifier comment les STP peuvent influencer cette stigmatisation.

Méthode : Nous avons employé des méthodes quantitatives sur la base de données de l'enquête SILNE-R de 2016. La stigmatisation a été traitée sous la forme d'un score moyen adapté de la mesure développée par Stuber (2008). Après avoir procédé à la description de nos résultats en termes de fréquence, nous avons réalisé des tests *t* de Student pour échantillons indépendants, l'objectif étant d'observer si des différences du score moyen sont rencontrées ou non, entre différents groupes, selon les variables potentiellement explicatives. Nous avons ensuite réalisé des modèles de régression linéaires multiples afin d'objectiver la variation du score moyen de stigmatisation selon les différentes variables.

Résultats : Nous avons montré que les adolescents ayant participé à l'enquête (N=16 356) ont un score moyen de stigmatisation de 2.62 sur une échelle allant de 1 à 4, 4 étant le niveau maximal de stigmatisation. Nous avons observé que le fait d'être non-fumeur, de sexe masculin, plus jeune et d'avoir un statut socio-économique plus élevé, augmente la perception de la stigmatisation des fumeurs. En ce qui concerne l'influence des STP, une interdiction stricte de fumer à l'école ne semble pas augmenter la stigmatisation. En effet, c'est l'interaction entre celle-ci et le désaccord du réseau proche de l'étudiant (scolaire et amical) qui semble plutôt intervenir. En revanche, les sanctions mises en place en cas d'infraction à l'interdiction augmentent la stigmatisation des fumeurs, et ce, indépendamment des déterminants normatifs.

Mots clés : stigmatisation, fumeurs, adolescents, école, politique scolaire, Europe.

TABLE DES MATIERES

Remerciements 4
Le plagiat 5
Résumé 6
Liste des abréviations 9
Liste des tableaux, figures et schémas 10
Avant-propos 12

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET STIGMATISATION LIES AU TABAGISME 13
I. CONTEXTE 74
1.1. TABAGISME 74
1.1.1. Impacts sur la santé 74
1.1.2. Poids pour la santé publique 74
1.1.3. Données épidémiologiques 74
1.1.4. Inégalités de santé 74
1.2. EVOLUTION DU « SMOKING CLIMATE » 74
1.3. STRATEGIES DE « DENORMALISATION » 74
1.3.1. Définition 74
1.3.2. Processus 74
1.3.3. Effets 74
1.4. SCHOOL TOBACCO POLICIES 74
1.4.1. Stratégie ciblant une population vulnérable 74
1.4.2. Objectifs 74
1.4.3. Dispositifs européens 74
1.4.4. Spécificités en Belgique francophone 74
1.4.5. Effets 74
1.5. CULTURE DU RISQUE ET CULTE DE LA SANTE 74

II. STIGMATISATION 74
2.1. CADRE GENERAL 74
2.1.1. Concepts 74
2.1.2. Acceptions 74
2.2. CADRE DU TABAGISME 74
2.2.1. Stigmatisation ou déviance ? 74
2.2.2. Processus 74
2.2.3. Rôle des stratégies de « dénormalisation » 74
2.2.4. Une problématique ? 74

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE 74

OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE 74

DEUXIEME PARTIE : ASPECTS EMPIRIQUES 74
I. METHODE 74
1.1. PRESENTATION DU PROJET SILNE-R 74
1.2. PRESENTATIONS DES VARIABLES ET ANALYSES DE DONNEES 74
1.2.1. Variables 74
1.2.2. Analyses de données 74
II. ÉCHANTILLONNAGE 74
III. MATERIEL 74
3.1. QUESTIONNAIRE 74
3.2. BASE DE DONNEES 74
3.3. CODEBOOK 74
IV. RESULTATS 74
4.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON 74
4.2. CARACTERISTIQUES DE LA STIGMATISATION 74
4.3. RELATIONS ENTRE SCORE DE STIGMATISATION ET VARIABLES INDEPENDANTES 74
4.3.1. Analyses de comparaison 74
4.3.2. Analyses de régression linéaire 74
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION 74
I. RESULTATS PRINCIPAUX 74
II. ÉVALUATION DES LIMITES POTENTIELLES 74
III. INTERPRETATION DES RESULTATS 74
IV. CONCLUSION ET PERSPECTIVES 74
BIBLIOGRAPHIE 75

LISTE DES ABREVIATIONS

- ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- HBSC : Health Behaviour in School-aged Children
- HORECA : Hôtellerie, Restauration et Café
- ISP : Institut de Santé Publique
- NIA : norme injonctive des amis
- NIE : norme injonctive de l'école
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- UE : Union Européenne
- SILNE-R : Smoking Inequalities Learning form Natural Experiments – Report
- SSE : Statut socio-économique
- STP : School Tobacco Policies

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET SCHEMAS

Figures

- Figure 1 – Tendances des pourcentages d'individus qui sont favorables à l'interdiction de la cigarette dans différents lieux publics, Gallup Organization 2017
- Figure 2 – Perception de la règle anti-tabac et des sanctions
- Figure 3 – Désapprobation du comportement tabagique dans les cercles amical, scolaire et familial
- Figure 4 – Exposition au tabagisme des amis, de la famille, dans l'école
- Figure 5 – Description des pourcentages d'accord des composants de la stigmatisation
- Figure 6 – Description des scores moyens de discrimination, de dévaluation et de stigmatisation
- Figure 7 - Types de sanctions en cas d'infraction à l'interdiction de fumer dans l'école pour les élèves, N = 12 852
- Figure 8 – Histogramme de la variable « score moyen de stigmatisation »
- Figure 9 – Test de Kolmogorov-Smirnov pour la variable « score moyen de stigmatisation »
- Figure 10 – QQ Plot de la distribution de la variable « score moyen de stigmatisation »
- Figure 11 – Box-Plot de la distribution de la variable « score moyen de stigmatisation »
- Figure 12 – Test de l'indépendance des résidus du modèle 1 (Durbin-Watson)
- Figure 13 – Représentations graphiques de la normalité des résidus du modèle 1
- Figure 14 – Représentation de la variance des résidus du modèle 1
- Figure 15 – Statistique de Cook du modèle 1
- Figure 16 – Test de l'indépendance des résidus du modèle 2 (Durbin-Watson)
- Figure 17 – Représentations graphique de la normalité des résidus du modèle 2
- Figure 18 – Représentation de la variance des résidus du modèle 2
- Figure 19 – Statistique de Cook du modèle 2
- Figure 20 – Test de l'indépendance des résidus du modèle 3 (Durbin-Watson)
- Figure 21 – Représentations graphiques de la normalité des résidus du modèle 3
- Figure 22 – Représentation graphique de la variance des résidus du modèle 3
- Figure 23 – Statistique de Cook du modèle 3
- Figure 24 – Effet d'interaction entre « interdiction » et « NIA »
- Figure 25 – Effet d'interaction entre « interdiction » et « NIE

Tableaux

- Tableau 1 – Tests *t* de comparaison du score moyen de stigmatisation selon les STP
- Tableau 2 – Tests *t* de comparaison du score moyen de stigmatisation selon les différents déterminants normatifs
- Tableau 3 – Influences des STP et autres variables sur le score moyen de stigmatisation
- Tableau 4 – Age moyen (en années), fréquences (%) de répartition par sexe, performances scolaires, niveau d'éducation des parents, essai tabagique, statut tabagique
- Tableau 5 – Tableau d'interaction entre « interdiction » et « NIA »
- Tableau 6 – Tableau d'interaction entre « interdiction » et « NIE »

Schémas

- Schéma 1 – Cadre de recherche
- Schéma 2 – « Framework Integrating Normative Influence on Stigma »

AVANT-PROPOS

Progressivement, le tabac est devenu, dans la plupart des mentalités occidentales, une addiction dont il faut se défaire, une drogue qui tue. Dangereux pour les fumeurs et leur entourage, coûteux pour la société, à plus d'un titre, certains auteurs scientifiques alertent aujourd'hui les instances de Santé Publique sur le risque d'une stigmatisation des fumeurs et sur les conséquences négatives associées. Des politiques de santé publique spécifiques sont mises en cause. Or, en tant qu'acteurs de Santé Publique, il est de notre responsabilité de considérer les répercussions des politiques mises en œuvre, de s'assurer de l'éthique de nos interventions et de veiller à l'équité dans les domaines de la santé.

Nous avons la volonté de nous inscrire dans cette démarche. C'est pourquoi, ce mémoire propose d'étudier les politiques de santé et le rôle qu'elles peuvent jouer dans la stigmatisation des fumeurs.

Nous commencerons notre analyse par une revue de la littérature réalisée en deux temps. Tout d'abord, nous observerons le contexte tant social que politique pour, ensuite, nous concentrer sur la stigmatisation des fumeurs et envisager le rôle des politiques incriminées.

Ces éléments nous amèneront à nous intéresser à une population spécifique, celle des adolescents, concernée par les politiques particulières des *School Tobacco Policies*. Nous rejoindrons la démarche du projet SILNE-R qui vise une meilleure compréhension des politiques de lutte contre le tabagisme chez les jeunes. Dès lors, dans la partie pratique de ce mémoire, nous réaliserons une analyse empirique grâce à la base de données européennes du projet. Celle-ci permettra une mesure des phénomènes en jeu et étayera notre démarche de réflexion critique de ces politiques de santé et de leur évaluation.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET STIGMATISATION LIES AU TABAGISME

I. Contexte

Pour poser le contexte de notre recherche, nous reviendrons tout d'abord sur quelques notions générales et épidémiologiques. Ensuite, nous observerons le contexte sociétal du tabagisme ainsi que les modalités par lesquelles les politiques de santé publique interviennent. Enfin, l'ensemble de ces éléments nous conduiront à nous concentrer sur les politiques scolaires en matière de tabagisme (School Tobacco Policies).

1.1. Tabagisme

1.1.1. Impacts sur la santé

Il est aujourd'hui largement documenté que le tabagisme est un comportement addictif et dangereux pour la santé. Le tabac est en effet responsable du décès prématuré de la moitié de ceux qui fument (OMS, 2018). Il est admis que les fumeurs perdent en moyenne 10 années de vie (Doll *et al*., 2004). De fait, le tabagisme est la cause principale de développement du cancer du poumon et se retrouve à l'origine d'environ un cancer sur trois, tous types confondus (OMS, 2018). Le tabac joue également un rôle déterminant dans l'apparition de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires chroniques (OECD/EU, 2016). De plus, la consommation de cigarettes durant la grossesse provoque différentes problématiques comme un faible poids de naissance pour l'enfant, un accouchement prématuré et le syndrome de mort subite du nourrisson (OECD/EU, 2016). En outre, la fumée de tabac dans l'environnement s'avère être un facteur de risque important du cancer du poumon et de maladies cardiovasculaires chez les non-fumeurs par le biais du « tabagisme passif [1]» (OMS, 2018). Celui-ci est également responsable de maladies respiratoires chez les jeunes enfants (OMS, 2018).

1.1.2. Poids pour la santé publique

Le tabagisme est ainsi associé à plus de 5 millions de décès par an dans le monde (OMS, 2018). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que ce chiffre pourrait monter à 8 millions d'ici 2030 (OMS, 2018). C'est l'Europe qui présente l'une des plus fortes proportions de décès

[1] Le tabagisme passif résulte de la fumée qui envahit restaurants, bureaux ou autres espaces clos lorsqu'il y a combustion de produits du tabac, comme des cigarettes, bidis ou pipes à eau (OMS, n.d.).

imputables au tabac par rapport au reste du monde : 16% de tous les décès chez les adultes de plus de 30 ans sont dus au tabac (OECD/EU, 2016). Le tabagisme représente ainsi le plus gros risque évitable pour la santé au sein de l'Union Européenne (UE) et dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) (OECD/EU, 2016). Le poids de ce facteur de risque est énorme tant au niveau des années de vie globales et années de vie en bonne santé perdues que des multiples coûts économiques engendrés.

1.1.3. Données épidémiologiques

1.1.3.1.Prévalences et tendance générale

La prévalence des comportements tabagiques reste significative. En 2010, l'OMS annonçait près d'un milliard de fumeurs et 250 millions de fumeuses dans le monde.

Au sein de l'UE, le rapport de l'Eurobaromètre de 2017 indique qu'un peu plus d'un quart (30% d'hommes et 22% de femmes) des citoyens de l'UE déclare fumer actuellement[2] (European commission, 2017). Notons qu'il existe de grandes disparités entre les états membres.

Toutefois, en termes d'évolution, on note une baisse de la tendance générale en Europe entre 2000 et 2014 avec une réduction moyenne de 16% des taux de tabagisme (OCDE/EU, 2016) Cependant, depuis 2014, la proportion globale de fumeurs dans l'UE tend à rester stable (European commission, 2017).

1.1.3.2. Initiation et tabagisme des adolescents

Au sein de l'UE, 52% des fumeurs ou anciens fumeurs rapportent avoir commencé à fumer avant l'âge de 18 ans et 41% entre 18 et 25 ans (European commission, 2017). Le tabagisme est en effet un comportement qui s'acquiert de manière générale à l'adolescence. On estime que si les personnes ne commencent pas à fumer durant leur adolescence, il est peu probable qu'elles le fassent par la suite (Hefler, Chapman, 2015). Ceci étant, comme l'adolescence a tendance à commencer de plus en plus tôt, on peut redouter que le fait de consommer du tabac débute également aux alentours de 10-12 ans.

Deux grandes études européennes ont mis le focus sur le tabagisme des adolescents : l'enquête « Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC) et « the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs » (ESPAD). L'enquête HBSC de 2013-2014 montre qu'en moyenne, en Europe, 1% de filles et 1% de garçons de 11 ans déclarent fumer au moins une fois par semaine, ces pourcentages montent respectivement à 3 et 4 % à l'âge de 13 ans et 11 et

[2] Déclarer fumer actuellement des cigarettes, des cigares, cigarillos ou la pipe (Gisle, Demarest, 2014).

12 % à l'âge de 15 ans. Selon l'enquête ESPAD de 2015 menée sur des élèves âgés d'en moyenne 15,8 ans, 46% d'entre eux ont déclaré avoir déjà fumé, 21% consommé des cigarettes au cours des 30 derniers jours et plus de 10% avoir fumé tous les jours au cours des 30 derniers jours.

1.1.4. Inégalités de santé

On peut approcher le recul des taux de tabagisme selon des facteurs sociaux (Constance, Peretti-Watel, 2010). En effet, la prévalence du tabagisme a diminué de manière plus importante dans les groupes à revenus élevés que dans les groupes à faibles revenus (Bell, *et al.,* 2010a). Aujourd'hui, le tabagisme est une pratique plus courante au sein des classes défavorisées sur le plan socio-économique (Thompson, *et al.,* 2007 ; Gilman, *et al.*, 2003). Le niveau d'instruction, la catégorie professionnelle et le niveau de revenus interviennent comme indicateurs de la classe socio-économique (Thomspon, *et al.,* 2007). Toutefois, c'est le niveau d'éducation qui reste l'indicateur le plus déterminant (Schaap, *et al.,* 2008). En effet, en Europe, en moyenne, environ 20% des adultes ayant un niveau d'éducation inférieur fument quotidiennement contre 14% pour ceux qui ont un niveau d'éducation plus élevé (OECD/EU, 2016).

Ces inégalités sont présentes dès l'initiation au tabac (c'est-à-dire le plus souvent à l'adolescence) et augmentent progressivement jusqu'à l'âge adulte (Paavola, *et al.,* 2004). Elles se marquent non seulement par une consommation de tabac plus importante des classes socio-économiquement plus faibles comparativement aux classes plus favorisées, mais également par un tabagisme plus précoce, une dépendance plus importante et des taux d'intentions de sevrage et d'arrêts effectifs plus faibles (Lorant, *et al.,* 2008). Ces différences ont un impact considérable en termes d'inégalités de santé [3] entre classes sociales : le tabagisme est responsable de près de la moitié des décès dans la classe sociale la moins favorisée (Lorant, *et al.,* 2008).

Retenons donc que si le tabagisme a globalement diminué au cours de ces dernières années, il demeure en Europe le principal facteur et de morbidité et de mortalité ainsi que la plus grande cause d'inégalités de santé selon des différences socio-économiques.

[3] Le terme « inégalités de la santé » désigne des différences en matière de santé des individus ou des groupes (Kawachi, *et al.,* 2002). Ces inégalités se traduisent par un aspect mesurable de la santé qui varie selon certains groupes sociaux.

1.2. Evolution du « smoking climate »

La tendance à la baisse du tabagisme dans les pays à revenus élevés a été associée à des perceptions de plus en plus négatives du tabagisme, à la fois en ce qui concerne ses effets sur la santé et son acceptabilité sociale[4] (Graham, 2012).

De fait, parallèlement à l'évolution des taux de tabagisme, nous pouvons observer, dans un grand nombre de nos sociétés occidentales contemporaines, un changement du « smoking climate ». Ce « climat social » représente l'attitude collective du public à l'égard de la cigarette et détermine l'acceptabilité sociale du comportement (Kim, Shanahan, 2003). En effet, en quelques décennies, les représentations[5] et les valeurs[6] attachées à l'acte de fumer ont été profondément bouleversées (Bouvet, 2007). Ces changements sont intimement liés aux modifications évolutives des perceptions des dangers du tabac. Différentes politiques de santé publique les ont étayées depuis plusieurs années (Doll, 1998).

Encouragé par les industries concernées, fumer était associé à des valeurs positives telles que le plaisir, la sociabilité ou la convivialité, ainsi qu'à des représentations sociales de virilité, d'émancipation féminine et d'affirmation de soi et cela certainement pour la population des jeunes (Constance, Peretti-Watel, 2011). A l'époque, le tabac était bon marché et soutenu par une abondante publicité (Godeau, 2009). Plus que toléré, son usage était banalisé (Godeau, 2009), voire conforté ; la cigarette témoignait d'une réussite sociale, d'une vie épanouie et sereine, d'un bien-être évident (Constance, Peretti-Watel, 2011). A partir des années 1960, à la suite de nombreuses recherches scientifiques établissant un lien entre tabagisme et cancer, la cigarette est devenue, petit à petit dans les esprits, dangereuse pour la santé des fumeurs (Kim, Shanahan, 2003). À la suite de ces premières évidences, différentes mesures telles que les législations sur l'étiquetage des paquets de cigarettes (messages d'avertissements sur les effets nocifs du tabac) ou sur la publicité du tabac ont été mises en place (Kim, Shanahan, 2003). C'est seulement dans les années 1990, que les preuves du lien entre tabagisme passif et cancer et maladies des non-fumeurs ont encouragé l'opinion publique à considérer le tabagisme, non seulement, comme dangereux pour les fumeurs mais également comme un risque pour la santé

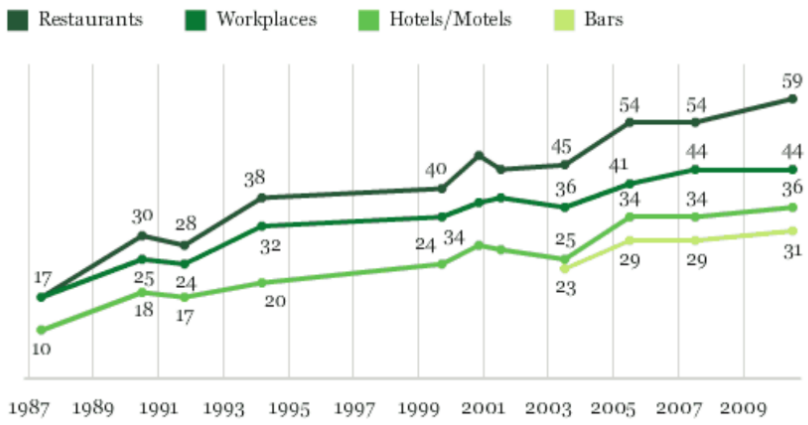
[4] L'acceptabilité sociale renvoie à la notion de contexte dans lequel un comportement identifié est accepté. Ce concept est à distinguer de celui de la désirabilité sociale qui se réfère à la mesure selon laquelle le comportement est valorisé (Nicholson et al., 2015).

[5] Les représentations se comprennent comme un système de valeurs, d'idées et de pratiques ayant deux fonctions principales : d'abord l'établissement d'une ligne de conduite qui permet à l'individu d'orienter son projet de vie incluant les aspects matériel et sociaux et ensuite de développer la socialisation permettant d'occuper une place dans la communauté humaine en respectant des principes et des règles intégrant mythes et histoires (Wagoner, 2010).

[6] Une valeur est définie comme un « idéal moral, critère en fonction duquel une personne, une action ou une institution est digne d'estime et se voit accorder une importance. Une valeur est généralement considérée comme un principe d'orientation de l'action » (Van Campenhoudt, 2014).

des non-fumeurs, comme une menace pour la santé publique (Kim, Shanahan, 2003). Ces éléments ont soutenu un durcissement des politiques contre le tabac notamment à travers des législations anti-tabac dans certains lieux publics fermés. Le tabac est ainsi progressivement devenu une drogue licite soumise à des lois contraignantes, condamnée et combattue par une part de plus en plus grande de la société (Godeau, 2009). Cette évolution de la signification sociale du tabac a entraîné un sentiment répulsif grandissant au sein de l'opinion publique. Aujourd'hui, fumer est de plus en plus considéré comme « socialement inacceptable », voire « socialement répréhensible » (Kim, Shanahan, 2003). L'acceptabilité sociale du tabagisme est évaluée dans la littérature scientifique selon différents aspects, ce qui peut rendre les comparaisons difficiles (Rennen, 2013). Kim et Shanahan, (2003) illustrent l'inacceptabilité grandissante du tabagisme par une mesure de l'évolution du pourcentage d'individus qui sont favorables à l'interdiction totale de la cigarette par exemple dans les lieux de travail et dans le domaine de l'HORECA (Hôtellerie, Restauration et Cafés). Nous avons ici repris cet indicateur avec des données plus récentes qui évaluent les tendances des pourcentages d'individus qui sont favorables à l'interdiction de la cigarette dans différents lieux publics (figure 1).

Figure 1 – Tendances des pourcentages d'individus favorables à l'interdiction totale de la cigarette dans les lieux publics



(Gallup Organization, 2017)

Comme l'illustre la figure 1, les pourcentages de personnes favorables à l'interdiction de la cigarette dans les lieux publics sont croissants. Ces données sont extraites de la Gallup Organization[7] et concernent donc la population américaine. Toutefois, en Europe, la même évolution peut être observée. Déjà en 2008, 73% des citoyens européens étaient totalement en

[7] La Gallup Organisation est une organisation de recherche et de sondage des États-Unis, fondée en 1958 par le statisticien américain George Horace Gallup. L'organisation est surtout connue pour ses sondages Gallup, qui sont des enquêtes qu'elle mène pour mesurer l'opinion publique sur les questions politiques et économiques.

faveur des restrictions sur le tabagisme sur le lieu de travail et 63% totalement en faveur de l'interdiction de la cigarette dans les restaurants (Commission européenne, 2013). D'autres auteurs (Hammond, *et al.,* 2006 ; Brown, 2009 *et al.,*) ont analysé, pour observer l'inacceptabilité du tabagisme, le « sentiment de malaise » des fumeurs, la perception de la désapprobation par les « personnes importantes » ou la perception de la désapprobation par la société (« désapprobation sociétale »). Retenons que dans l'étude de Stuber menée en 2009 à New-York, 30 à 40% des fumeurs interrogés déclarent ressentir une forte désapprobation familiale et une non-acceptation générale de leur comportement tabagique (Stuber, *et al.,* 2009). Dans l'étude longitudinale d'Hammond (2006) réalisée sur des données du Canada, des USA, du Royaume-Uni et de l'Australie, c'est 80% des fumeurs interrogés qui ont déclaré ressentir une désapprobation sociétale du tabagisme.

1.3. Stratégies de « dénormalisation »

Les politiques de santé publique ont joué un rôle central dans la sensibilisation du public et le changement des attitudes de celui-ci à l'égard du tabagisme (Hammond, *et al.,* 2006 ; Graham, 2012). Plus spécifiquement, ce changement de signification sociale et cette inacceptabilité croissante à l'encontre du tabagisme ont été portés par des politiques de santé publique bien précises : les stratégies de « dénormalisation » (Graham, 2012).

1.3.1. Définition

De fait, Lavack (1999 cité par Bell, *et al.,* 2010a) définit les stratégies « dénormalisation » comme « l'ensemble des actions et programmes qui visent à renforcer le fait que le tabagisme n'est pas une activité dominante ou normale dans nos sociétés ». Elles ont été développées par de nombreuses institutions de santé publique tels que les Centers for Disease Control (CDC) ou l'OMS (Evans-Polce, *et al.,* 2015). Ces stratégies font d'ailleurs partie intégrante de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac publiée en 2003 et soutiennent la majorité des initiatives de lutte contre le tabac depuis les années 1970 (Sæbø, 2017). Cependant, le terme de « dénormalisation » n'a jamais été véritablement discuté en tant que concept scientifique (Sæbø, 2017). On relève donc un manque de clarté dans la littérature scientifique. Le terme peut être utilisé pour désigner diverses politiques et interventions pouvant cibler le tabagisme mais aussi les produits du tabac ou l'industrie du tabac (Bell, *et al.,* 2010a). C'est pourquoi certains auteurs précisent de plus en plus deux types de stratégie de « dénormalisation » selon l'objet de celle-ci : la « dénormalisation sociale » et la « dénormalisation de l'industrie du

tabac» (Bell, *et al.,* 2010a). La « dénormalisation sociale » renvoie alors à la définition plus générale précédemment proposée de la « dénormalisation ». Les stratégies de « dénormalisation de l'industrie du tabac » ciblent l'industrie du tabac et visent à sensibiliser les individus quant à la responsabilité de l'industrie dans les maladies liées au tabac. Elles en exposent les manipulations tacites (Hammond, *et al.,* 2006). Nous nous concentrerons ici sur les stratégies dites « traditionnelles » de « dénormalisation » (Hammond, *et al.,* 2006) ou stratégies de « dénormalisation sociale », la « dénormalisation de l'industrie » étant un sous-groupe plus spécifique de stratégies.

1.3.2. Processus

L'objectif des stratégies de « dénormalisation » afin de lutter contre le tabagisme, vise à encourager un climat normatif antagoniste à ce comportement (Chapman, 2008)

1.3.2.1.Normes sociales et tabagisme

La consommation de tabac, comme c'est le cas pour de nombreux comportements liés à la santé, est fortement influencée par les normes sociales [8] (Hammond, 2006). Deux types d'influence normative peut être distingués : les normes injonctives (dictées par un ensemble de référents spécifiques) et les normes descriptives (ce que la plupart des gens font) (Terrade, *et al.,* 2009). Toutes deux influencent le comportement tabagique. A l'adolescence, une surestimation de la prévalence du tabagisme (norme descriptive) (Gisle, Demarest, 2013 ; Constance, Peretti-Watel, 2010) et la croyance selon laquelle la société désapprouve le tabagisme (norme injonctive) (Lorant, *et al.,* 2008) sont des déterminants cruciaux des attitudes. Un lien entre les normes descriptives et les normes injonctives a, de plus, été démontré : les jeunes fréquemment témoins de comportements tabagiques perçoivent le tabagisme comme davantage socialement acceptable (Belinda, 2014). Les normes sociales influencent également le tabagisme adulte (Thompson, *et al.,* 2007, Gilman, *et al.,* 2003). Les normes injonctives (acceptabilité sociale) seront particulièrement déterminantes dans la progression vers un tabagisme régulier et le maintien de celui-ci (Hammond, *et al.,* 2006).

[8] Pour définir les normes sociales, nous nous appuierons sur deux définitions complémentaires. Selon le Pr Van Campenhoudt, les normes sociales définissent « des situations et les modes de comportements appropriés à celles-ci : certaines actions sociales sont prescrites (ce qui est bien), d'autres sont interdites (ce qui est mal) » (Becker cité par Van Campenhoudt, 2014). Une autre conception issue des travaux de Stuber (2009) précise que les normes sociales peuvent être définies comme « les règles qui sont comprises par les membres d'un groupe et qui orientent et/ou contraignent le comportement social, sans qu'il y ait de loi véritable ».

1.3.2.2.Dispositifs

Afin de rendre le tabagisme « moins souhaitable, moins acceptable et moins accessible » (Bell, *et al.,* 2010a), les stratégies de « dénormalisation » usent non seulement de mécanismes de contrôle social [9] formels (établissement de lois) mais également de mécanismes informels (modification de l'opinion publique et des normes sociales) (Bell, *et al.,* 2010a). Les stratégies de « dénormalisation sociale » comprennent trois grands types de dispositifs : la limitation des lieux où le tabagisme peut se pratiquer (p. ex. les lois sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés), la manière dont les produits du tabac sont vendus et dont leur publicité peut être réalisée ainsi que l'information du grand public sur les dangers du tabagisme par le biais de campagnes médiatiques (Bell, *et al.,* 2010a). Les limitations des lieux où le tabagisme peut se pratiquer incarnent la logique centrale des stratégies de « dénormalisation ». Elles transforment les normes relatives au tabagisme en accélérant l'adoption d'un environnement non-fumeur comme norme dominante (Brown, *et al.,* 2009). Elles influencent à la fois les perceptions des normes descriptives (quelle proportion de personnes fument ?) et des normes injonctives (dans quelle mesure le tabagisme est-il désapprouvé ?) (Hamilton, *et al.,* 2008). En effet, elles « dénormalisent » l'usage du tabac en supprimant le droit de fumer, en réduisant ainsi la visibilité du comportement et en marginalisant structurellement les fumeurs (Hammond, *et al.,* 2006). De fait, ce dispositif implique un message non négligeable : le comportement des fumeurs est formellement reconnu pour être nuisible et contaminer les non-fumeurs (Kim, Shanahan, 2003). Ainsi, les fumeurs sont ségrégués[10].

1.3.3. Effets

1.3.3.1.Climat normatif

Il existe de nombreux arguments théoriques issus de la psychologie, des sciences politiques et de la sociologie qui illustrent combien les politiques publiques ont une influence puissante sur les normes sociales (Albers, *et al.,* 2004). Cependant, les preuves empiriques du rôle des stratégies de « dénormalisation » dans le changement de climat normatif du tabagisme sont hétérogènes (Hamilton, *et al.,* 2008). Certaines études, comme celle de Gilpin (2004) ou celle longitudinale de Brown (2009), ont indiqué l'effet des limitations sur le tabagisme dans des

[9] Le contrôle social consiste en un « ensemble de pratiques mises en œuvre dans un groupe ou une institution pour encourager ou contraindre ses membres à en respecter les normes et à adopter les comportements conformes. Le contrôle social s'effectue notamment par des sanctions positives (récompenses) ou négatives (punitions) » (Van Campenhoudt, 2014).

[10] Dans son acception la plus restrictive, « la ségrégation recouvre l'intentionnalité de mise à l'écart d'un groupe social » (Pan ké shon, 2009).

endroits tels que le lieu de travail ou les restaurants. Elles augmentent potentiellement le soutien des personnes pour les restrictions en elles-mêmes (Hamilton, *et al.,* 2008). L'augmentation du soutien à la réglementation anti-tabac y est interprétée comme traduisant un changement dans les normes sociales. D'autres études démontrent des liens d'association entre stratégies de « dénormalisation » et « inacceptabilité sociale ». L'étude d'Hammond (2006), par exemple, démontre une association significative entre certains dispositifs de stratégies de « dénormalisation sociale » (les notices d'information anti-tabac ($p<0.001$), les législations anti-tabac ($p<0.001$)) et les perceptions de l'acceptabilité sociale du tabagisme. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Rennen (2013) menée sur des données issues de France, des Pays-Bas et de l'Allemagne démontrant un lien significatif entre la connaissance de l'information antitabac et le fait de se sentir mal à l'aise de fumer. L'étude d'Hamilton (2007) examine, quant à elle, l'association entre les normes perçues et la présence de réglementations locales fortes dans quatre domaines (interdiction de fumer dans les restaurants, restrictions du tabagisme dans d'autres lieux, application de lois interdisant les ventes aux jeunes et restrictions commerciales ciblant les jeunes). Les résultats ont montré que les jeunes perçoivent les normes comme ciblées « anti-tabac » s'ils vivent dans une ville où la réglementation est forte dans au moins trois des quatre domaines. Pour les adultes, une réglementation stricte dans un ou deux domaines suffit à étayer une perception accrue de « l'inacceptabilité sociale » du comportement. L'étude d'Albers (2004) souligne également l'effet de la sévérité des réglementations anti-tabac sur « l'inacceptabilité sociale » du comportement. Elle démontre que dans une ville où la règlementation anti-tabac dans les restaurants est forte (interdiction complète de fumer et aucun écart toléré) comparativement à une ville où la règlementation est faible (tabagisme limité à certaines zones désignées ou non restreint), les jeunes sont davantage susceptibles de percevoir « l'inacceptabilité sociale » du tabagisme adulte et que les adultes ont deux fois plus de chances de percevoir qu'il est inacceptable de fumer dans les restaurants ou dans les bars.

Ces diverses études nous autorisent à avancer que les stratégies de « dénormalisation » du tabagisme ont réussi à « encourager la société à considérer l'usage du tabac comme un comportement indésirable et antisocial » (Bayer, 2008). Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que si les stratégies de « dénormalisation » participent à un « smoking climate » négatif, ce dernier facilite en retour l'acceptation de politiques anti-tabac de plus en plus strictes. On constate ici un effet de boucle de rétroaction.

1.3.3.2.Comportements tabagiques

En ce qui concerne l'impact de cette inacceptabilité sociale en termes de lutte et de prévention du tabagisme, diverses théories en psychologie sociale comme la théorie de l'Action Raisonnée (Ajzen, *et al.,* 2004), du cognitivisme social (Bandura, 1986) ou de l'apprentissage social (Alamar, Glantz, 2006) corroborent le rôle des normes sociales dans la prédiction des comportements (Kim, Shanahan, 2003).

D'un point de vue empirique général, l'étude de Kim et Shanahan (2003) réalisée aux États-Unis a démontré que les taux de tabagisme sont plus bas dans les États où le public manifeste un sentiment défavorable à l'égard du tabagisme et ce y compris après contrôle de l'effet des taxes.

Spécifiquement, plusieurs études ont questionné la relation entre acceptabilité sociale et comportement tabagique (Rennen, *et al.,* 2013). Elles ont ainsi démontré que la réduction de l'acceptabilité sociale du tabagisme réduit la consommation de tabac en augmentant les intentions de sevrage (Hammond, *et al.,* 2006 ; Brown, *et al.,* 2009 ; Hosking, *et al.,* 2009 ; Van Den Putte, *et al.*, 2005 ; Zhang, *et al.,* 2010), en augmentant le sevrage tabagique en lui-même (Hammond, 2006 ; Hosking, *et al.,* 2009 ; Zhang, *et al.,* 2010) et en réduisant la consommation de cigarettes (Alamar, Glantz, 2006). Parmi celles-ci, l'étude quantitative réalisée par Alamar et Glantz (2006) aux États-Unis est intéressante car elle démontre que les politiques sociales amplifiant « l'inacceptabilité sociale » du tabagisme (comme les interdictions de fumer dans les lieux de travail et/ou les restaurants et les campagnes médiatiques agressives mettant l'accent sur les dangers du tabagisme passif) et les taxes liées au prix des cigarettes ont des effets similaires en termes de réduction de la consommation, et ce, indépendamment les unes des autres. Pour chaque augmentation de 10% de l'indice « d'inacceptabilité sociale », il y aurait une baisse associée de 3,7% de la consommation (Alamar, Glantz, 2006). L'augmentation de « l'inacceptabilité sociale » semble donc être un axe stratégique fort pour la lutte et la prévention du tabagisme.

Cependant, les stratégies de « dénormalisation » semblent avoir moins d'impact en termes de réduction de la consommation de tabac au sein des populations socio-économiquement défavorisées (Killoran, *et al.,* 2004 ; Barnett, *et al.,* 2004 ; Bell, *et al.,* 2010b). Cela pourrait être dû à une perception plus faible de la « dénormalisation sociale » pour ces populations qui seraient par conséquent moins impactées dans leurs comportements tabagiques (Hammond, *et al.,* 2006). Pour Peretti-Watel, les populations défavorisées seraient insensibles à ces stratégies étant donné que l'intégration sociale pour celles-ci dépend peu du respect des normes dominantes. Une certaine distance avec les normes dominantes pourrait même intervenir dans

leur positionnement sur le plan social (Constance, Peretti-Watel, 2010). Brown (2009) rejoint cette réflexion estimant que les individus se conforment à une norme à condition qu'elle soit importante dans leur référentiel et leur vision du monde.

1.3.3.3.Déviance

Favorisant ce changement de climat normatif, les stratégies de « dénormalisation » ont érigé une nouvelle norme dominante : « ne pas fumer ». En conséquence, le tabagisme de comportement malsain est devenu un comportement déviant (Kim, Shanahan, 2003). Les fumeurs sont déclarés « déviants au regard des évidences scientifiques disponibles quant à la nocivité (voire toxicité) du tabac et à l'ampleur des actions dévolues à la promotion d'une vie sans tabac » (Kim, Shanahan, 2003). Dans son acception usuelle, la déviance caractérise un comportement qui s'écarte des normes généralement admises dans un groupe donné (Van Campenhoudt, 2014). Cependant dans le cas du tabagisme, il n'y a pas une simple transgression de la norme. Par les stratégies de « dénormalisation », la Santé Publique reconnaît, qualifie et même sanctionne cette déviance. Ainsi, par exemple, le belge qui fume dans un lieu public fermé est passible d'une amende pouvant aller de 150 à 5500 euros. Et à ces sanctions « légales » s'ajoutent les « sanctions psychologiques » inhérentes aux dispositifs informels de contrôle social utilisés par les stratégies de « dénormalisation » (modification des normes sociales, us et coutumes). De fait, ceux-ci agissent en imposant des « sanctions psychologiques négatives » alimentant la culpabilité, l'embarras et renforçant l'isolement et le repli sur soi (Kim, Shanahan, 2003). Dès 1933, Durkheim a souligné le sens de l'obligation morale des individus comme principe d'obéissance aux règles sociales. Goffman (1956) a également noté que l'embarras fonctionne comme une sanction sociale, amenant les individus à se conformer aux principes sociaux établis. Noelle-Neumann (1991) a fait valoir que les individus sont soumis à la pression de l'opinion publique par peur de l'isolement lorsqu'ils sont confrontés à une ambiance défavorable. Le climat est entre autres alimenté par les discours et les images véhiculées au sein d'une société.

Dès lors, cesser de fumer (ou ne pas fumer) peut être compris comme un geste non seulement pour éviter les conséquences sur la santé ou les sanctions légales, mais également pour échapper aux « punitions psychologiques » (Kim, Shanahan, 2003). Les stratégies de « dénormalisation » ont ainsi créé une ambiance sociale dans laquelle les fumeurs sont isolés et gênés de ne pas se conformer à une norme sociale émergente (Kim, Shanahan, 2003). On se situe dans le cas de figure décrit par Lemert (1950) comme déviance secondaire. Ce sociologue distingue deux types de déviance : la déviance primaire et la déviance secondaire. La première forme désigne

la transgression de la norme tandis que la forme secondaire renvoie à la reconnaissance puis à la qualification de la transgression par une instance sociale. Ainsi, si l'objectif des stratégies de « dénormalisation » vise à dépeindre le tabagisme comme un comportement inacceptable et répréhensible, elles étiquettent [11] également les fumeurs d'individus « anormaux », « déviants » (Burgess, *et al.,* 2009) et les sanctionnent non sans les charger de sentiment dommageables (honte et culpabilité[12], rejet, isolement).

1.4. School tobacco policies

Centrons-nous maintenant sur une politique spécifique développée au sein des structures scolaires.

1.4.1. Stratégie ciblant une population vulnérable

L'analyse des stratégies de « dénormalisation » nous invite à nous intéresser à un type précis : les School Tobacco Policies (STP) ou politiques scolaires de lutte et de prévention en matière de tabagisme. Celles-ci reposent sur une stratégie de « dénormalisation » particulièrement puissante et interviennent dans un milieu sensible, ciblant la population adolescente considérée par essence comme « vulnérable[13] » (Becquet, 2012). Rappelons de façon succincte en quoi l'adolescent est un individu vulnérable. L'adolescent n'est plus un enfant mais n'est pas encore un adulte. L'individu est donc envahi d'aspirations marquées par l'indépendance et l'autonomie avec en corolaire un grand besoin de liberté. En même temps, il demeure à bien des égards dépendant et fragile n'hésitant pas à recourir à des processus régressifs quand il se sent menacé ou confronté à des défis qu'il estime insurmontables. D'une manière générale, il s'agit d'une période de la vie marquée par d'importants changements physiques, psychosociaux, émotionnels et cognitifs (Sawyer, 2012). C'est un âge structuré autour de la construction

[11] L'étiquetage peut être compris comme le « processus selon lequel certains individus ou groupes d'individus sont définis et identifiés par d'autres (notamment les entrepreneurs de morale) à partir d'une seule caractéristique qui leur est attribuée et en fonction de laquelle leurs comportements sont systématiquement interprétés » (Van Campenhoudt, 2014).

[12] Sans entrer dans des développements qui dépassent le cadre de ce mémoire, nous pouvons retenir que la honte renvoie aux aspects de l'identité de l'individu, à son estime personnelle, tandis que la culpabilité fait écho à la transgression d'une règle ou d'un principe générant un mal-être plus ou moins important. Intervenant dans des temps bien distincts dans le développement psycho-affectif du sujet, la honte a tendance à accompagner l'individu dans la durée alors que la culpabilité peut être soulagée quand la transgression a fait l'objet d'une reconnaissance, d'une sanction et d'une réparation (Green, 2003).

[13] Pour une définition complète du terme, nous renvoyons le lecteur aux travaux du Pr Hélène Thomas. Pour notre part et en nous basant sur le cours du Pr Claire Perrin, nous comprenons le concept de vulnérabilité selon deux acceptions : comme un processus dynamique conditionnant la fragilité des individus, groupes ou communautés (manières d'être disposé), et comme une capacité de réponse (modes de régulation à l'échelle individuelle et collective) tant à l'imprévu (situations de crise) qu'aux difficultés quotidiennes (situations ordinaires).

identitaire et de la conquête statutaire, le tout en référence à deux mondes sociaux qui ont leurs normes et leurs dynamiques propres, le monde infantile et le monde adulte (Becquet, 2012).
Aujourd'hui, les adolescents évoluent dans un macro-système où le tabagisme est fortement « dénormalisé » par les différentes politiques nationales et campagnes de prévention (Hallingberg, *et al.,* 2016). Toutefois, les STP les ciblent directement en imprégnant leur milieu de vie scolaire, lieu de développement et de construction de soi. L'environnement scolaire et ses normes ont une influence importante sur les comportements à risque (Hallingberg, *et al.,* 2016) ; les politiques sur le tabagisme à l'école jouent ainsi un rôle crucial dans l'établissement des habitudes comportementales et l'orientation de celles-ci dans le contexte scolaire (Hallingberg, *et al.,* 2016).

1.4.2. Objectifs

Les STP visent à limiter le tabagisme en définissant « les lieux et les temps » où les adolescents et les adultes sont autorisés à fumer en spécifiant les sanctions en cas d'infraction aux règles établies » (Evans-Whipp, *et al.,* 2007). Les objectifs de la mise en œuvre des STP visent à empêcher les adolescents de fumer à l'école, réduire également si possible le tabagisme en dehors des heures scolaires et protéger l'ensemble des individus contre les retentissements négatifs du tabagisme passif dans les locaux mêmes (Schreuders, *et al.,* 2017). Ces politiques offrent l'avantage de toucher le plus possible d'adolescents, tout statut socio-économique confondu (Coppo, *et al.,* 2014), puisqu'en principe l'ensemble des jeunes est plongé quotidiennement dans le contexte scolaire (Kuipers, *et al.,* 2015), en moyenne 8 heures par jour.

1.4.3. Dispositifs européens

En Europe, la majorité des États membres a interdit le tabagisme au sein les établissements scolaires. Quelques pays comme l'Italie, le Portugal, les Pays-Bas, l'Allemagne et la Finlande ont toutefois autorisé des fumoirs pour les membres du personnel éducatif et enseignant (Commission européenne, 2013).

1.4.4. Spécificités en Belgique francophone

En Belgique francophone, les STP s'appuient sur le Décret du 5 mai 2006 de la Communauté française relatif à la prévention du tabagisme et à l'interdiction de fumer à l'école qui a interdit la cigarette dans l'enceinte scolaire depuis le 1er septembre 2006. Cette réglementation prévoit également l'organisation annuelle d'une information de prévention en collaboration

essentiellement avec les centres psycho-médico-sociaux (CPMS) et les services de promotion de la santé à l'école (services PSE). Plusieurs outils pédagogiques de prévention et de sensibilisation (conférences gratuites assurées par des pneumologues, film documentaire, charte « école sans fumée », …) sont mis à la disposition des écoles. En cas d'infraction à l'interdiction de fumer au sein de l'enceinte scolaire, les élèves s'exposent aux sanctions prévues dans l'article 86 et 94 du décret du 24 juillet 1997 définissant « les missions prioritaires de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre ». Il pourra s'agir d'une exclusion provisoire de l'établissement ou d'un cours ou de sanctions définies et appliquées par le pouvoir organisateur de l'établissement. En ce qui concerne les membres du personnel, ils se verront appliquer les mesures disciplinaires prévues par leur statut respectif. Notons que l'interdiction de fumer « à l'école » vise les locaux fréquentés par les élèves (que ceux-ci y soient présents ou non) mais s'étend également à tous les lieux situés dans l'enceinte de l'établissement ou en dehors de celle-ci mais qui en dépendent. De plus, les établissements sont libres d'étendre les mesures selon des modalités qui leur sont propres. Les modes d'application des STP sont donc spécifiques à chaque institution.

1.4.5. Effets

Même si la popularité des STP semble grandissante, les preuves scientifiques de leur efficacité sont encore peu concluantes (Coppo, *et al.,* 2014). Pourtant, certains auteurs perçoivent un impact des stratégies de « dénormalisation » sur les adolescents. En effet, les normes sociales sont des déterminants importants du comportement tabagique chez les jeunes. En pleine métamorphose identitaire, ils sont plus attentifs à la manière dont les autres comprennent leur comportement et le leur renvoie. Ils seraient donc plus sensibles aux messages portant sur la « désirabilité sociale »[14] (Kim, Shanahan, 2003). Cette hypothèse est confirmée dès 1991 par l'étude de Wasserman qui démontre que les législations anti-tabac dans les lieux publics ont des effets plus importants chez les adolescents que chez les adultes (Kim, Shanahan, 2003).

En ce qui concerne les STP, les résultats actuels sont hétérogènes au sein de la littérature scientifique. Certaines études suggèrent que les STP diminuent la probabilité du tabagisme chez les adolescents (Øverland, *et al.,* 2010 ; Schreuders, *et al.,* 2017 ; Griesbach, *et al.,* 2002 ; Lovato, *et al.,* 2010 ; Piontek, *et al.,* 2008 ; Sinha, *et al.,* 2004 ; Watts, *et al.,* 2010

[14] La désirabilité sociale, se définit comme « l'adéquation connue des comportements observés ou anticipés d'une personne aux motivations ou aux affects réputés des membres typiques d'un collectif social ». Cette composante de la valeur renvoie à la connaissance que les gens ont de ce qui est considéré comme désirable (c'est-à-dire chargé d'affects ou correspondant à des motivations) dans une société (ou un groupe donné) (Cambon, 2006).

cités par Kuipers, *et al.,* 2015). En revanche, d'autres études n'ont pas révélé d'association entre les interdictions de fumer et les comportements tabagiques (Boris, *et al.,* 2009 ; Huang, *et al.,* 2010 ; Poulin, *et al.,* 2007 ; Wiium, *et al.,* 2011 cités par Kuipers, 2015 *et al.,*). Les derniers résultats de Kuipers (2015) précisent que les STP n'auraient pas d'effet significatif sur le tabagisme quotidien des élèves mais réduiraient la prévalence du tabagisme au sein de l'enceinte scolaire. Cette réduction pourrait alors contribuer à la diminution de l'exposition des élèves au tabagisme à l'école et avoir ainsi un impact sur le premier contact des élèves avec le tabac. De plus, ici, les groupes de condition élevée et de condition faible sur le plan socio-économique bénéficieraient de manière égalitaire des politiques anti-tabac à l'école (Kuipers, *et al.,* 2015).
Pour notre part, nous nous interrogeons sur les effets des mécanismes de contrôle formel et informel utilisés dans les stratégies de « dénormalisation ». L'efficacité des stratégies de « dénormalisation » dépend en effet de la sensibilité des individus aux mécanismes en jeu : désirabilité sociale, importance des normes, … mais cette même sensibilité invite à questionner les implications des « sanctions psychologiques » constitutives de ces stratégies (sentiment de honte, isolement, exclusion sociale, ...) et tout particulièrement pour la population plus sensible des adolescents.

1.5. Culture du risque et culte de la santé

Nous ne pouvons considérer comme indépendants les uns des autres l'évolution du « smoking climate », les stratégies de « dénormalisation » et les éléments d'un contexte sociétal particulier.
Les sociétés occidentales contemporaines sont aujourd'hui caractérisées à la fois par la culture du risque et par le culte de la santé (Peretti-Watel, Moatti, 2009). D'une part, la culture du risque encourage les individus à « prendre leur vie en main, à devenir les entrepreneurs de leur propre existence » (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Pour cela, ils doivent prendre leurs décisions en anticipant les obstacles et les opportunités que l'avenir leur réserve, en s'appuyant sur des « savoirs experts ». D'autre part, le culte de la santé ou le climat de « health vigilantism » (Peretti-Watel, Moatti, 2009) invite avec force chacun à se rallier au fait que : « rester en bonne santé est devenu un nouvel impératif moral, à la fois le devoir de chacun et l'objectif général » (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Avec la conjonction de la culture du risque et du culte de la santé, chaque individu est tenu pour responsable de son capital santé. Il doit en prendre soin en alignant ses comportements sur les conseils dispensés par les campagnes de prévention. Dans cette conception, les personnes qui ont des « conduites à risque », qui nuisent à leur santé,

réduisent leur espérance de vie et mettent leur état actuel et futur en danger (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Ainsi, les individus qui ne respectent pas les recommandations en matière de santé ne se conforment pas aux normes dictées par la culture du risque et le culte de la santé (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Ils seront pointés du doigt voire qualifiés de « déviants » comme c'est le cas pour les fumeurs.

En tant qu'entreprise profondément normative, la Santé Publique joue un rôle prépondérant dans ces processus sociaux. C'est elle qui définit les critères distinguant le normal du pathologique, les comportements à risque ainsi que les « groupes à risque », ciblant les interventions qui visent à éradiquer les déviances à la norme (Fortin, Fayard, 2012). En conséquence, la Santé Publique joue le rôle « d'entrepreneur de morale » ou, en d'autres termes, d'acteur se mobilisant afin par exemple qu'une activité donnée soit catégorisée comme déviante pour la société (Becker, 1985). Les stratégies de « dénormalisation » sont donc ancrées dans un contexte socialement propice à décourager, blâmer et voire punir (en alimentant culpabilité, rejet, isolement social, … et/ou imposant une taxation spécifique) les individus qui adopteraient des conduites à risque (Kim, Shanahan, 2003).

Pour ce qui concerne les adolescents, soulignons qu'ils représentent des individus particulièrement ciblés par cette culture du risque et ce « health viligantism ». De fait, les jeunes ayant un horizon temporel plus long, ceux qui parmi eux le mettraient en péril par des conduites à risque seraient donc d'autant plus blâmés (Constance, Peretti-Watel, 2010). Les jeunes sont ainsi plus sévèrement soumis aux normes sociales de culte du risque et de la santé et se verront sanctionner avec vigueur pour leurs conduites inacceptables (Constance, Peretti-Watel, 2010). D'une manière générale, l'adolescence est une période de la vie à haut risque d'admonestation et de dénigrement quant à l'adoption de comportements de santé à risque. Ce phénomène est par ailleurs alimenté par certains médias qui n'hésitent pas à recourir à l'entretien d'images négatives et menaçantes des jeunes (Mahieu, 2013).

II. Stigmatisation

Les stratégies de « dénormalisation » imprègnent donc un grand nombre de lieux de vie et de populations. Inscrites dans un contexte sociétal alliant culte de la santé et culture du risque, elles concourent à « encourager la société à considérer l'usage du tabac comme un comportement indésirable et antisocial » (Bayer, 2008). Elles favorisent un climat où le tabagisme est reconnu comme un comportement déviant et sanctionné par des mesures légales, par la honte, le rejet et l'isolement des fumeurs. Différents auteurs (Peretti-Watel, Moatti, 2009 ; Bell, 2010b ; Graham, 2012 ; Voigt, 2015) pensent que les stratégies de « dénormalisation » dépassent la qualification de la déviance des fumeurs pouvant conduire à une stigmatisation de ceux-ci. Développons à présent cet aspect en portant un regard attentif sur la population des adolescents.

2.1. Cadre général

Avant d'envisager la question spécifique du tabagisme, abordons quelques notions générales autour de la stigmatisation.

2.1.1. Concepts

L'une des caractéristiques de la littérature concernant la stigmatisation est la variété de définitions du concept (Link, Phelan, 2001). D'une part, celle-ci renvoie au grand éventail de situations auquel ce dernier est appliqué (Link, Phelan, 2001). Ainsi, rien que dans le domaine de la santé, les applications sont nombreuses : VIH / SIDA, maladie mentale, épilepsie, obésité, handicap, cancer, mais aussi comportements « socialement inacceptables » tels que la toxicomanie ou la prostitution. Chaque domaine étant singulier, il est susceptible de conduire les chercheurs à conceptualiser la stigmatisation d'une manière différente. D'autre part, la recherche sur la stigmatisation est multidisciplinaire : psychologues, sociologues, anthropologues, politologues, … y contribuent. Dans chacune de ces disciplines, les chercheurs abordent le concept de stigmatisation à partir de différents paradigmes théoriques qui produisent des visions quelque peu différentes les unes des autres.

2.1.1.1.Interaction sociale (Goffman)

Les travaux de Goffman (1963 cité par Van Campenhoudt, 2014) restent une référence incontournable dans l'étude de la stigmatisation. Celui-ci s'inscrit dans le courant de

l'interactionnisme symbolique [15]. De fait, pour l'auteur, le stigmate dont peuvent souffrir certaines catégories de personnes en fonction de critères particuliers (handicap physique, ethnie, préférence sexuelle, profession, religion, …) ne résulte pas d'attributs objectifs présentés par ces personnes. Un même attribut peut ne pas être stigmatisé dans un contexte social alors qu'il le sera dans un autre. La stigmatisation dépendra de l'interaction entre ceux qui possèdent l'attribut en question et ceux qui ne le possèdent pas et discriminent les premiers (Goffman, 1975 cité par Van Campenhoudt, 2014). Goffman différencie ainsi les « stigmatisés » des « normaux ». Ces derniers portent sur les stigmatisés un jugement de discrédit qui les marque en leur attribuant une identité « virtuelle » (déterminée par le jugement de l'un sur l'autre) qui dégrade leur identité « réelle » (ce qui correspond à la matérialité de la réalité).

2.1.1.2.Processus social (Link et Phelan)

L'angle d'analyse de Goffman (interactions entre stigmatisant et stigmatisé) ne permet pas de comprendre les origines sociales et culturelles du phénomène. L'apport d'une perspective sociologique permet de situer la stigmatisation dans un contexte social, économique et politique plus large (Pescosolido, *et al.,* 2008). Cette perspective est illustrée par les contributions de Link et Phelan (2001). Ces auteurs proposent un modèle initialement développé pour le contexte de la maladie mentale qui met en exergue la stigmatisation comme un processus social s'inscrivant dans une relation de pouvoir. Ils décrivent ce processus à travers cinq composantes :

1. Au départ, il y a une catégorisation des différences entre les humains (telles que la couleur de peau, la religion, l'état de santé, etc.). Cette catégorisation donne lieu à un étiquetage des personnes (comme les Blancs, les Noirs, les Musulmans, les homosexuels, etc.).
2. Par la suite, les croyances culturelles dominantes conduisent à établir un lien entre les personnes ainsi étiquetées et des caractéristiques indésirables. Il s'opère un stéréotypage négatif, une réduction de la personne à cette étiquette « chargée » d'une connotation négative.
3. Les personnes ainsi étiquetées et stéréotypées sont mises « à part » : il y a une distanciation qui s'opère entre « eux » et « nous ».

[15] On entend par interactionnisme symbolique le paradigme sociologique pour lequel « une situation donnée est le résultat d'interactions entre différents agents ». Pour comprendre cette situation, il faut donc « prendre en compte l'ensemble des parties qui y sont impliquées de près ou de loin » (Becker cité par Van Campenhoudt, 2014). L'interactionnisme symbolique insiste sur le fait que les acteurs attribuent un sens à leurs interactions, ils interprètent la situation dans laquelle ils sont impliqués et la gèrent en fonction de cette interprétation (Blumer, Becker, Goffman cités par Van Campenhoudt, 2014).

4. Les personnes étiquetées, stéréotypées et mises à distance se retrouvent socialement déconsidérées. Cette perte de statut social s'accompagne de conséquences d'intensité variable, pouvant aller jusqu'à la discrimination structurelle[16] (ou institutionnelle).
5. Enfin, la stigmatisation dépend entièrement de l'accès au pouvoir social, économique ou politique qui permet l'identification de la différence, la construction de stéréotypes, la séparation des personnes étiquetées en catégories distinctes et la pleine exécution de la désapprobation, du rejet, de l'exclusion et de la discrimination.

Ainsi, la stigmatisation a lieu lorsque des éléments d'étiquetage, de stéréotypage, de séparation, de perte de statut et de discrimination coexistent dans une situation de pouvoir qui permet aux composantes de la stigmatisation de la mettre en place.

2.1.1.3.Construction sociale (Pescosolido)

Par ailleurs, le modèle écologique de la stigmatisation de Pescosolido et ses collaborateurs (2008), basé sur celui de Bronfenbrenner (1979), présente une autre façon de contextualiser le processus de stigmatisation en indiquant les caractéristiques ou dynamiques qui se déploient dans différents niveaux complémentaires et interdépendants, soit les niveaux *micro*, *méso* et *macro*. Le schéma des auteurs se trouvant en annexe 1 distingue :

- Le premier niveau, ou niveau *micro*, se rattache aux caractéristiques sur lesquelles se fondent le processus de stigmatisation (infection au VIH sida, maladie mentale, obésité, …) ainsi que les éléments qui viennent en influencer la perception (visibilité, responsabilité personnelle, crainte ou menace ressentie par les personnes qui exercent la stigmatisation). En s'attachant aux individus et à leurs interactions personnelles, ce niveau correspond aux éléments traités par Goffman (1963) (cf. *2.1.1.1*).
- Le niveau *méso* correspond aux interactions des personnes stigmatisées avec des ensembles sociaux (communautés, réseaux sociaux, familles), institutions ou organismes (p. ex. services de santé). Ces réseaux sociaux et lieux d'interactions du

[16] « On distingue la discrimination individuelle de la discrimination structurelle ou institutionnelle. Dans la première, une personne dotée d'une caractéristique stigmatisante va être l'objet d'un traitement attentatoire et inégalitaire par autrui, dans le cas d'un accès à certaines ressources qui peuvent lui être refusées en raison de son stigmate : refus de louer un appartement ou d'embaucher quelqu'un sur la base d'une différence évaluée négativement et rejetée. Dans la discrimination institutionnelle, les institutions « stigmatophobes » travaillent elles-mêmes à désavantager, pénaliser ou exclure certains individus, catégories ou groupes stigmatisés. Par exemple, dans le cas de la psychiatrie, les pouvoirs publics dévaluent eux-mêmes les institutions dédiées au traitement du désordre mental, les professionnels et leurs attributs » (Lacaze, 2008).

niveau *méso* ont la faculté de contribuer au phénomène de la stigmatisation, en renforçant ou en limitant le processus (Weiss, 2006).

- Enfin, le niveau *macro* comprend le contexte national, culturel et politique dont notamment, les images véhiculées dans les médias. De fait, cette approche permet d'illustrer combien les médias de masse ont le pouvoir de créer, modifier ou renforcer des images (tant positives que négatives) accolées à des groupes de personnes, participant ainsi à la représentation sociale que l'on construit. Cet élément vient soutenir combien la stigmatisation est une construction sociale que nourrissent les médias de masse en reproduisant certaines idées sur ces groupes. Ainsi, ce qui a trait au contexte national, les politiques publiques, le développement économique et le contexte socioculturel qui lui est propre forment autant d'éléments qui peuvent refléter, exacerber ou atténuer la stigmatisation.

2.1.2. Acceptions

En outre, la stigmatisation peut se comprendre selon qu'elle soit :

- « Manifestée » (enacted-stigma) : elle se réfère alors aux actes de discrimination perpétrés contre les personnes stigmatisées (O'Connor, *et al.,* 2017) ;
- « Ressentie » (felt-stigma) : elle est caractérisée entre autres par la crainte d'être stigmatisé, de recevoir des blâmes externes ou de souffrir d'un isolement social (O'Connor, *et al.,* 2017) ;
- « Internalisée » (self-stigma) : elle résulte de l'internalisation de la stigmatisation manifestée (O'Connor, *et al.,* 2017 ; Evans-Polce, *et al.,* 2015). La personne stigmatisée intègre, voire reproduit elle-même, les jugements négatifs dont elle est l'objet. Elle est caractérisée par des auto-déclarations de l'individu sur sa valeur (Brown-Johnson, *et al.,* 2016).

Pour cette dernière, Corrigan et Watson (2002) proposent un modèle montrant une compréhension progressive du phénomène qu'ils ont développée dans le cadre de l'auto-stigmatisation de la maladie mentale. Ainsi, un individu est tout d'abord conscient des stéréotypes négatifs présents, puis, il adhère dans une certaine mesure à ceux-ci, pour enfin s'identifier au groupe stigmatisé en appliquant les stéréotypes négatifs à lui-même.

2.2. Cadre du tabagisme

2.2.1. Stigmatisation ou déviance ?

La stigmatisation se comprend donc comme un processus social qui peut se rencontrer au sein de diverses situations. Les occurrences dans le domaine de la santé sont fréquentes et différents modèles de compréhension ont été proposés, principalement dans le cadre de la maladie mentale. En ce qui concerne la situation du tabagisme, divers auteurs affirment que les fumeurs sont aujourd'hui stigmatisés au sein de nos sociétés occidentales (Bell, 2010b ; Graham, 2012 ; Voigt, 2015). Et ils alertent les autorités de santé publique sur le rôle des stratégies de « dénormalisation » : ils allèguent que les fumeurs ressentent clairement les effets stigmatisants des politiques de « dénormalisation » (Bell, 2010b ; Burgess, *et al.,* 2009) et en particulier des législations anti-tabac (Burgess, *et al.,* 2009 ; Stuber, *et al.,* 2008). Pour certains auteurs, comme Peretti-Watel, la stigmatisation est même le corrélat inévitable de la prévention (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Selon lui, les conduites à risque sont devenues la marque d'un statut moral inférieur pouvant susciter le dégoût ou la réprobation. La valorisation de la santé et des conduites qui la préservent entraine inévitablement la stigmatisation des comportements et des individus dits malsains. (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Pour Peretti-Watel, la promotion des conduites saines implique la disqualification de celles qui ne le sont pas. « Si la prévention vise à informer, conseiller et encourager les personnes qui n'ont pas toujours de bons comportements de santé, cette main tendue finit toujours par montrer du doigt ceux à qui elle s'adresse » (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Cependant, tous les chercheurs ne rejoignent pas l'idée que le fait d'être un fumeur puisse constituer un stigmate (Graham, 2012).

Nous avons observé comment les stratégies de « dénormalisation » concourent à renforcer « l'inacceptabilité sociale » du tabagisme mais également à la mise en évidence de la déviance des fumeurs, suite au non-respect de la norme. Toutefois, comme le souligne Burris (2008), si la stigmatisation comprend un écart vis-à-vis de la norme, tout écart n'implique pas ipso facto une stigmatisation. En effet, la moindre désapprobation sociale d'un comportement ne peut être considérée comme stigmatisante voire coercitive (Burris, 2008). En revanche, la stigmatisation peut survenir dès lors qu'une personne est étiquetée comme déviante et que les stéréotypes négatifs associés aux différences de la personne stigmatisée entraînent une discrimination et/ou une perte de statut (Burris, 2008 ; Link, Phelan, 2001). La déviance implique une discrimination par un tiers pour un comportement vécu comme immoral menant à un sentiment de jugement négatif, de blâme pour le déviant. La stigmatisation a trait, quant à elle, à un déficit ontologique. Elle engage une discrimination par autrui à cause d'un « défaut d'être » générant et un sentiment de honte pour le stigmatisé (Scambler, 2008).

C'est pourquoi, nous proposons de questionner la stigmatisation des fumeurs en nous basant sur le cadre de Link et Phelan (2001) (cf. *2.1.1.2.).* Ce modèle permet d'interroger s'il s'agit bel et bien d'un phénomène effectif en vérifiant les signes selon lesquels les fumeurs subissent ou non une perte de statut et/ou une situation de discrimination (Stuber, *et al.,* 2009). De plus, le processus ainsi développé nous permettra également d'identifier le rôle des stratégies de « dénormalisation » dans celui-ci. Nous observerons cette réflexion de manière générale mais également avec un regard tout spécifique sur la population des adolescents en milieu scolaire.

2.2.2. Processus

Nous analysons donc ici les composantes de la définition de la stigmatisation de Link et Phelan (2001) (cf. *2.1.1.2.)* au regard de la littérature et du contexte du tabagisme et en particulier chez les adolescents scolarisés.

2.2.2.1. Distinction et étiquetage de la différence (1ère composante)

La grande majorité des différences humaines passent inaperçues et sont donc socialement non pertinentes comme la couleur de sa voiture. Beaucoup d'autres, telle que la couleur des yeux sont pertinentes dans quelques cas de figures et génèrent peu de conséquence dans une vision globale. Mais d'autres différences, comme la couleur de peau ou la préférence sexuelle sont essentielles. Il existe une « sélection sociale » des différences humaines qui ont de l'importance ; ces dernières ne sont donc pas à prendre pour acquises, à tenir comme « allant de soi ». La simplification excessive des groupes (p. ex. les catégories « noirs » ou « blancs »), l'influence de l'époque et du lieu et ainsi de la culture sont autant d'éléments qui démontrent une « sélection sociale » des différences humaines. Le mot « étiquette » renvoie au fait d'apposer quelque chose. Il traduit le processus social qui a lieu par l'identification et l'élection de la différence (Link, Phelan, 2001).

Dans le cas du tabagisme, « Fumer » génère un effet « catégorisant » au sein de la société. Cette catégorisation donne lieu à un étiquetage des personnes, c'est-à-dire les « fumeurs ».

Stuber, Galea et Link (2009) expliquent la « sélection sociale » du « fait de fumer » comme une différence sociale « catégorisante » par la prévalence du tabagisme. Au plus la prévalence du comportement à risque est réduite, au plus le fumeur peut être considéré comme marginal et différent de la majorité (Stuber, *et al.,* 2009). Pour notre part, nous souhaitons y ajouter le contexte sociétal conjuguant culte du risque et de la santé ainsi que le rôle d'entrepreneur de morale de la santé publique. La santé publique constitue ainsi une instance à la fois sociale,

économique et culturelle mettant l'accent sur cette différence humaine et encourageant une catégorisation. Nous pouvons en effet relier cette composante à l'analyse que nous avons déjà portée sur la déviance ; la personne qui fume, ne respectant pas la norme, sera identifiée et reconnue comme déviante et étiquetée comme « fumeuse ».

2.2.2.2. Association de la différence à des attributs négatifs (stéréotypes)

La deuxième composante consiste à établir un lien entre les personnes étiquetées et des caractéristiques indésirables, négatives suscitées par les théories culturelles dominantes. En d'autres termes, cet aspect de la stigmatisation implique une étiquette et un stéréotype, l'étiquette liant une personne à un ensemble de caractéristiques indésirables qui forment le stéréotype. Il s'opère un stéréotypage négatif c.-à-d. une réduction des individus à ces attributs chargés d'une connotation négative. Cette étape a fait l'objet de nombreuses recherches et études dans le domaine entre autres de la psychologie sociale. Cette dernière a démontré la grande variabilité des processus cognitifs en jeu (Link, Phelan, 2001). L'approche « socio-cognitive » souligne une nature presque « automatique » de l'attribution des stéréotypes. Les jugements sont posés quasi instantanément et de manière essentiellement inconsciente (Link, Phelan, 2001).

Dans le cas du tabagisme, envisageons d'abord les stéréotypes à l'encontre des fumeurs (stigmatisation manifestée) pour ensuite observer comment ceux-ci les ressentent ou les intériorisent (stigmatisation ressentie et auto-stigmatisation). De manière générale, le contexte sociétal nous encourage à associer les personnes ne suivant pas les recommandations en matière de santé à des images négatives associées à ceux qui « ne font pas d'effort », « ne font pas attention à leur santé », « ne respectent pas les recommandations en matière de comportements de santé », … (Fortin, Fayard, 2012). En ce qui concerne la consommation de tabac, les non-fumeurs décrivent ce comportement comme « une habitude répugnante » (Farrimond, Joffe, 2006) et rattachent aux fumeurs de nombreux stéréotypes. Ces derniers ont trait :

- Au caractère des fumeurs : « égoïstes » (Chapman, 2008), « irresponsables », « ignorants », « insensés », « inconsidérés », « manquants d'autocontrôle », « responsables de leur mauvaise santé » (Stuber, *et al.,* 2009),
- A leur apparence : « malodorants » (Chapman, 2008 ; Stuber, *et al.,* 2009), « inattractifs » (Chapman, 2008), une apparence « sale », « brune », une « peau grise, sèche et ridée », une « puanteur » (Farrimond, Joffe, 2006).

- Au poids qu'ils font peser sur la société : « consommateurs excessifs des services publics » (Chapman, 2008), « des salariés moins productifs, qui pèsent sur les dépenses de la société » (Constance, Peretti-Watel, 2010).
- A un statut inférieur/exclu : « d'une basse classe sociale » (Stuber, *et al.,* 2009).

Des études soulignent que les fumeurs sont conscients de ces représentations négatives (stigmatisation ressentie) et signalent une désapprobation sociale omniprésente qui, selon eux, reflète « un jugement injuste et stigmatisant d'eux en tant que personne » (Louka, *et al.,* 2006 ; Ritchie, *et al.,* 2010 ; Graham, 2012). Certains fumeurs vont jusqu'à appliquer à eux-mêmes de nombreux stéréotypes (auto-stigmatisation) dans certains domaines identiques à ceux évoqués par les non-fumeurs : « faible volonté », « stupide », « grossier » ou « sale » (Bell, *et al.,* 2010b). Ils utilisent un langage particulièrement sévère pour décrire leur tabagisme et évoquer leur culpabilité.

Ces nombreux stéréotypes touchent également les adolescents. Les discours sur le tabagisme adolescentaire séparent les jeunes qui sont capables de se contrôler de ceux qui ne le sont pas. Ils distinguent également les jeunes capables de prendre des décisions « responsables » de ceux qui ne le sont pas (Frohlich, *et al.,* 2012 ; Shoveller, Johnson, 2006). Les jeunes fumeurs (18-25 ans) sont perçus comme peu « attrayants, déprimés, en colère, stressés, impliqués dans la drogue et le sexe à risque, et n'ayant pas beaucoup d'activités positives dans leur vie » (Berg, *et al.,* 2010).

Par ailleurs, insistons sur l'importance de la culture dans ce stéréotypage négatif. Si dans la majorité des cultures occidentales actuelles, fumer est aujourd'hui considéré comme « mauvais » et associé à de nombreux stéréotypes négatifs, certaines cultures ne partagent pas ce consensus (Evans-Polce, *et al.,* 2015). L'étude de Bush (2003) démontre par exemple que pour les pakistanais et les bangladais, le tabagisme masculin est associé à des stéréotypes positifs tel que l'aspect « macho ». L'étude de Louka (2006) souligne également cet aspect en reconnaissant que les fumeurs britanniques sont beaucoup plus conscients des stéréotypes négatifs sur le tabagisme que les fumeurs grecs.

En outre, la construction des stéréotypes peut être encouragée par deux éléments. En premier, il y a lieu de considérer la théorie de l'attribution, déterminante en ce qui concerne les stéréotypes négatifs donnés aux personnes étiquetées. Cette théorie précise qu'une maladie ou un facteur de risque plus « légitime » sera moins stigmatisé. La légitimité va dépendre de l'imputation portée par la société (Freidson, 1998). Elle se rattache donc aux normes de celle-ci. La théorie de l'attribution soutient que lorsqu'une personne transgresse la norme d'un groupe, la cause de cette infraction influencera les réactions des membres du groupe (Stuber, *et*

al., 2008). La théorie prédit que les causes qui semblent être hors du contrôle de la personne stigmatisée (p. ex., une personne atteinte du VIH qui a contracté la maladie en raison d'une transfusion sanguine) sont associées à moins d'animosité et de responsabilité et à des émotions largement positives qui conduisent à aider plus qu'à punir (Corrigan, *et al.,* 2003). En ce qui concerne le tabagisme, le rôle du stress social commence à être plus largement reconnu (Jarvis, 2004) et une théorie se développe sur l'existence d'une vulnérabilité héréditaire à la dépendance à la nicotine (Stuber, *et al.,* 2008). Cependant, les spécialistes des comportements addictifs analysent toujours ce comportement à risque comme une réponse volontaire à un désir involontaire ou, dans certains cas, comme une impuissance à mettre en œuvre des efforts volontaires pour lutter contre une impulsion (Baumeister, 2017). Ces éléments signifient que la reconnaissance de l'addiction et de l'influence des pairs ne réduit pas l'imputation de la responsabilité individuelle. Le comportement tabagique est donc attribué à un comportement à risque « volontaire ». Par conséquent, étant moins légitime, il entretient l'association de l'étiquette à des stéréotypes négatifs et contribue fortement à la stigmatisation des fumeurs (Stuber, *et al.,* 2008).

Par ailleurs, « la peur ou le péril » peut également développer les stéréotypes (Stuber, *et al.,* 2008). En effet, la peur (principalement de la contagion) contribue à stigmatiser de nombreux attributs, états et comportements de santé tels que la lèpre, le VIH / SIDA ou la maladie mentale (Stuber, *et al.,* 2008). Quant au tabac, il constitue un danger pour la santé des non-fumeurs par le tabagisme passif. Par celui-ci, les fumeurs sont identifiés comme des « pollueurs » qui envahissent l'espace personnel et le corps physique des autres (Farrimond, Joffe, 2006). Ainsi, Farrimond lie le concept du « péril » au concept du « dégoût » que peuvent inspirer les fumeurs à travers la métaphore de la pollution. De fait, l'évaluation de ce risque que représentent les fumeurs s'accompagne d'émotions très fortes. Les non-fumeurs rapportent de la répulsion, de l'antipathie, de l'irritation et, le plus souvent, du dégoût face aux fumeurs (Farrimond, Joffe, 2006). Cette source de « péril » que les fumeurs représentent, font d'eux une cible légitime de stigmatisation et de jugement moral (Louka, *et al.,* 2006 ; Rozin, 1999). C'est pourquoi, les messages accusant les fumeurs de nuire à la santé publique et particulièrement à des victimes innocentes comme les enfants seront stigmatisants (Stuber, *et al.,* 2008).

Enfin, dans cette composante, il est intéressant de relever l'effet différentiel du SSE en ce qui concerne le processus d'auto-stigmatisation. De fait, les fumeurs n'intériorisent pas de la même façon les stéréotypes. Le niveau d'acceptation diffère selon le statut socio-économique du fumeur (Farrimond, Joffe, 2006). Les fumeurs ayant un SSE plus élevé n'ont pas tendance à s'identifier personnellement aux stéréotypes négatifs et ont tendance à minimiser le risque qu'ils

représentent pour les autres (Farrimond, Joffe, 2006). Ils s'en écartent en les associant à des fumeurs « plus anciens » ou « plus intensifs » (Farrimond, Joffe, 2006). A contrario, les fumeurs de plus faible SSE semblent davantage accepter les stéréotypes négatifs du fait de représenter un danger pour les autres (Farrimond, Joffe, 2006). Cette acceptation du « danger » qu'ils représentent pour les autres traduit une intériorisation de l'identité tabagique « gâchée » (Farrimond, Joffe, 2006).

Cette différence se retrouve déjà chez le fumeur adolescent. En effet, les adolescents fumeurs entre 15-19 ans issus de milieux défavorisés rapportent à leur niveau des termes tels que « perdant », « fainéant » et « mauvais ». En revanche, les jeunes fumeurs de milieux socio-économiques plus favorisés n'utilisent pas ces signifiants (Frohlich, *et al.,* 2012).

2.2.2.3.Séparation du « nous » et « eux »

La troisième composante du processus de stigmatisation se produit lorsque les étiquettes sociales s'accompagnent d'une séparation en deux cohortes les « nous » et les « autres » (Link, Phelan, 2001). Il s'installe entre ces cohortes une distance sociale[17].

La séparation de « nous » et « eux » est parfois directement disponible dans la nature même des étiquettes conférées. Ainsi, les titulaires « sont » leurs étiquettes. Cette pratique traduit une stigmatisation car elle est différente pour d'autres maladies ou facteurs de risque qui apparaissent comme davantage « légitimes » (Link, Phelan, 2001). Ainsi, on entendra dire d'une personne qu'elle *a* le cancer tandis qu'une personne qui fume *sera* un fumeur.

Pour le tabagisme, cette composante est profondément formalisée par la législation sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés ou sur la protection des travailleurs contre la fumée du tabac, en Belgique (loi du 22 décembre 2009). L'exigence légale de se retirer des lieux publics fermés pour fumer conduit à une démarcation accrue entre fumeurs et non-fumeurs (Ritchie, *et al.,* 2010). L'étude de Ritchie démontre que les fumeurs se sentent ségrégués par la séparation physique imposée par la législation (Ritchie, *et al.,* 2010). Cette dernière augmente en effet l'exclusion sociale et la probabilité pour le fumeur d'être un « outsider » en perturbant son réseau social (Ritchie, *et al.,* 2010 ; Poland, *et al.,* 2000 ; Poland, *et al.,* 2006). De plus, cette limitation peut amener certains à fumer dans des lieux exposés et donc davantage sujets aux critiques et jugements de leur comportement (Ritchie, *et al.,* 2010).

[17] La distance sociale est considérée comme « le degré d'intimité qu'un individu est prêt à accepter avec une personne appartenant à une minorité » (Harma, *et al.,* 2014).

Pour les adolescents, il s'agit de la stratégie de « dénormalisation » utilisée par les STP à laquelle ils sont soumis, presque sur une base quotidienne. Cet aspect fut souligné il y a 20 ans par Northrup qui précise qu'un des « inconvénients » de l'interdiction du tabac à l'école est que la « stigmatisation sociale du tabagisme » est plus évidente et qu'elle en fait un « acte conscient et délibéré » (Northrup, *et al.,* 1998).

2.2.2.4.Perte de statut et discrimination

La quatrième composante se produit lorsque les personnes étiquetées connaissent une perte de statut et une discrimination qui entraînent des résultats inégaux (Link, Phelan, 2001). De fait, les individus sont stigmatisés lorsque étiquetés, mis à part et liés à des caractéristiques indésirables, ils subissent une perte de statut et une discrimination.

La discrimination est définie comme « un acte comportemental ou verbal négatif envers un individu ou plusieurs membres d'un groupe social à propos duquel il existe un préjugé négatif » (Lacaze, 2008). Elle consiste à « restreindre les droits de certains en leur appliquant un traitement spécifique défavorable » (Fortin, Fayard, 2012). La perte de statut correspond quant à elle à « un placement général vers le bas d'une personne dans une hiérarchie de statut » (Link, Phelan, 2001).

Examinons à présent ces éléments dans le contexte du tabagisme. Envisageons tout d'abord la discrimination. En premier lieu, mentionnons une nouvelle fois les législations anti-tabac dont les STP qui concourent à une discrimination formelle des fumeurs par une exclusion légale d'un nombre croissant d'espaces publics (Peretti-Watel, Moatti, 2009).

En plus de cette discrimination formelle, la discrimination des fumeurs est présente dans de multiples secteurs (Stuber, *et al.,* 2008 ; Bell, *et al.,* 2010b). Dans la vie quotidienne, de nombreux fumeurs ressentent un sentiment d'inconfort lorsqu'ils fument en public, y compris dans des lieux où le tabagisme est théoriquement autorisé (Bell, *et al.,* 2010b). Ce sentiment est souvent accompagné de descriptions de discrimination où les fumeurs sont soumis à des commentaires négatifs ainsi qu'à des actions non verbales impliquant des critiques et jugements de leur tabagisme (p. ex. Fausse toux, se boucher le nez, ondulations frénétiques de la main, etc.) (Bell, *et al.,* 2010b ; Evans-Polce, *et al.,* 2015). Cette discrimination se répercute dans les relations sociales, comme l'illustre Peretti-Watel : sur les sites de rencontre, la grande majorité des personnes ne souhaitent pas fréquenter un fumeur (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Au sein des services de soins de santé, certains fumeurs déclarent recevoir un traitement discriminatoire de la part des professionnels comme par exemple le fait d'être repoussé sur les listes d'attente (Bell, 2010a). C'est également vrai en ce qui concerne les assurances : les montants des primes

assurance-vie des fumeurs peuvent être majorés de 20 à 30% (Tabacstop, 2015). Cela sera également le cas pour les assurances santé privées. De même, dans le secteur du travail, il peut exister une discrimination à l'embauche des fumeurs (Voigt, 2012). En effet, la législation tant belge qu'européenne ne comporte pas de dispositions relatives à la non-discrimination à l'encontre des fumeurs, de telle sorte que celle-ci semble « légalement » autorisée. Ainsi par exemple, l'OMS inclut dans ses critères de recrutement le fait d'être non-fumeur ou, si ce n'est pas le cas, d'exprimer la volonté d'arrêter de fumer.

En ce qui concerne à présent la perte de statut, comme Stuber (2008) l'observe, bien que les lois sur l'interdiction de fumer soient imposées à l'acte de fumer et non au fumeur comme une personne indésirable, il suffit de regarder le groupe de fumeurs à l'extérieur des bâtiments publics par mauvais temps pour constater la diminution de la position sociale des fumeurs par rapport aux non-fumeurs. La discrimination peut ainsi être aggravée par une réduction de confort entrainant une perte de statut implicite et réelle (Ritchie, *et al.,* 2010). En effet, une conséquence presqu'immédiate de l'étiquetage et des stéréotypes négatifs est la diminution de la personne stigmatisée dans la « hiérarchie sociale des statuts ». L'étude quantitative de Stuber (2009) en témoigne : 38% des fumeurs interrogés déclarent ressentir que la majorité des gens « considère moins » la personne qui fume (Stuber, *et al.,* 2009). Cette image négative est associée à des caractéristiques indésirables qui réduisent son statut aux yeux des personnes qui la stigmatisent (Link, Phelan, 2001). Nous retrouvons ici la notion « d'identité gâchée » développée par Goffman dans sa définition de la stigmatisation. Ainsi, comme le note Allan Brandt (cité par Stuber, *et al.,* 2009) : « Au cours du dernier demi-siècle, la cigarette a été transformée. Le parfum est devenu fétide ; un emblème d'attraction est devenu repoussant ; une marque de sociabilité est devenue déviante ; un comportement public est maintenant presque privé… Non seulement le sens de la cigarette a été transformé, mais encore plus, la signification du fumeur… [Le fumeur] est devenu un paria… l'objet du mépris et de l'hostilité. » Ce n'est pas seulement le tabagisme qui est jugé ; les fumeurs sont vus comme des « inadaptés sociaux » (Bayer, 2008). L'acte de fumer peut créer une identité sociale de « fumeur indésirable » (Bell, *et al.,* 2010b).

Quant aux adolescents, la littérature scientifique ne paraît pas aborder centralement cette question. Toutefois, selon l'étude de Schreuders (2017), les adolescents fumeurs dans le milieu scolaire se sentent souvent injustement traités. Ils estiment que les sanctions appliquées en cas d'infraction à la législation anti-tabac, telles que les jours de renvoi, ne sont pas enclines à les aider. Ils vont même jusqu'à se demander si les enseignants se soucient vraiment d'eux et souhaitent réellement leur apporter un soutien (Brown, Clarey, 2012). Cet élément pourrait être

compris comme un signe de discrimination à l'égard de certains adolescents fumeurs suite à leur comportement tabagique.

2.2.2.5. Le pouvoir social, économique et politique

La question du pouvoir est essentielle car elle permet aux composantes ci-dessus d'opérer et de faire en sorte que la stigmatisation se produise (Link, Phelan, 2001). En effet, il n'est pas possible de stigmatiser complètement un groupe particulier, à moins que celui-ci manque d'un pouvoir social, économique ou politique par rapport à ceux qui le stigmatisent. Dès lors, l'évolution de la composition sociale du tabagisme fait partie intégrante de sa transformation en comportement déviant et marginalisé. C'est lorsque la consommation de tabac s'est concentrée au sein des populations socio-économiquement plus faibles que se sont développés les groupes de défense des droits des non-fumeurs et qu'il est devenu plus facile de stigmatiser le tabagisme comme un comportement indésirable et déviant (Bayer, Colgrove, 2002 ; Bell, *et al.,* 2010a). A ce propos, soulignons que les conflits de droits sont une thématique inhérente à la question du tabagisme (Bell, *et al.,* 2010b). Dès 1998, Brandt le met en évidence : les non-fumeurs revendiquent le « droit » à un environnement sans tabac et les fumeurs accusent les non-fumeurs de « health fascism » et invoquent leur propre droit de fumer. Ainsi, si des études montrent que les fumeurs reconnaissent qu'ils n'ont pas le « droit » de fumer sans considération pour leur environnement (Bell, *et al.,* 2010b), les « droits » des « victimes innocentes » de la fumée de tabac sont invariablement considérés comme supérieurs aux « droits » des fumeurs à fumer (Bayer, Colgrove, 2002). Cette problématique soulève donc des tensions inhérentes à l'équilibre des droits individuels contre le bien commun (Ritchie, *et al.,* 2010). Elle suscite des questionnements d'ordre éthique à travers la question du « plus grand bien pour le plus grand nombre » de l'utilitarisme (Silva, *et al.,* 2013).

Concrètement, le pouvoir politique contribue à la stigmatisation de deux manières soit par des formes structurelles ou institutionnelles de discrimination (politique d'embauche, d'assurance santé, …) soit par des messages symboliques de condamnation morale. Stuber met l'accent sur la dimension morale des lois anti-tabac (Stuber, *et al.,* 2009). Pour notre part, nous les envisageons comme des formes structurelles de discrimination entraînant des messages de condamnation morale.

La manière dont les normes sociales peuvent participer à la stigmatisation est plus complexe car plusieurs types d'influences normatives coexistent et fonctionnent à différents niveaux dans la vie de l'individu. Le schéma « Framework Integrating Normative Influence on Stigma » de Pescosolido, disponible en annexe 1, détaille ces différentes influences normatives. Pour notre

part, nous résumerons cet aspect comme suit : la désapprobation du comportement tabagique exprimée par la famille et les pairs (norme injonctive) contribue à la stigmatisation appliquée au fumeur (Stuber, *et al.,* 2008). En revanche, les normes descriptives ne semblent pas liées à la stigmatisation (Stuber, *et al.,* 2008). Ces résultats peuvent s'expliquer par la théorie de l'action raisonnée (TAR) de Ajzen et Fishbein (1973) selon laquelle, lorsque les gens décident d'une ligne de conduite, ils tiennent compte de l'attente des autres à leur égard (normes injonctives) et non de ce que fait la plupart des gens (normes descriptives).

Soulignons enfin que cette composante nous rend d'autant plus vigilant à l'égard de la population adolescente qui représente, par essence, une population particulièrement vulnérable, en processus d'autonomisation et d'indépendance.

2.2.3. Rôle des stratégies de « dénormalisation »

L'acte de fumer rencontre donc tous les éléments de la définition de la stigmatisation selon Link et Phelan (2001). Aujourd'hui, fumer est devenu un stigmate (Stuber, *et al.,* 2008 ; Kim, Shanahan, 2003 ; Bayer, 2008) et le processus de stigmatisation des fumeurs est nourri par les stratégies de « dénormalisation ». La lutte anti-tabac a (sciemment ?) contribué à dégrader l'image des fumeurs et « à cette dévalorisation s'ajoute une discrimination à la fois formelle (exclusion légale des fumeurs d'un nombre croissant d'espaces publics) et informelle : fumer est devenu un handicap pour ceux qui cherche du travail, un logement, une assurance ou l'âme sœur » (Peretti-Watel, Moatti, 2009).

De fait, si nous reprenons l'analyse de Pescosolido (2008), ces stratégies interviennent au niveau *macro* et sont donc déterminantes dans le processus social en œuvre, en se répercutant sur les autres niveaux. Elles ont bâti un « climat social dans lequel tabagisme et fumeurs sont stigmatisés » (Bell, *et al.,* 2010b ; Graham, 2012 ; Voigt, 2015). En effet, les politiques visant à dénormaliser le tabagisme ont, volontairement ou non, dénigré les fumeurs (Graham, 2012) en touchant à l'identité même de l'individu (Stuber, *et al.,* 2008 ; Bayer, 2008 ; O'Connor, *et al.,* 2017 ; Bell, *et al.,* 2010b). Au cours de l'analyse des composantes, nous avons identifié deux grands types de stratégies de « dénormalisation » concourant spécifiquement à la stigmatisation des fumeurs : les législations antitabac et les campagnes de prévention. Les premières imposent une ségrégation des fumeurs, une mise à distance légale, et formalisent l'inacceptabilité sociale. Les campagnes de prévention ont quant à elle un rôle complémentaire en entretenant les stéréotypes négatifs et encourageant (à dessein ou non) une dévaluation des fumeurs. Pour Peretti-Watel et Moatti (2009), c'est tout particulièrement le cas des campagnes de prévention qui utilisent la stratégie du dégoût (p.ex. les slogans tels que « embrasser un

fumeur, c'est comme lécher un cendrier »). Selon eux, « ce type de campagne, qui suscite le dégoût en affichant le tabagisme comme une pollution, tentent de faire des fumeurs des personnes gênantes, mal éduquées ou dont le corps est répugnant et entretiennent ainsi la stigmatisation des fumeurs ».

En revanche, la littérature n'a permis de dégager que peu d'éléments en ce qui concerne le rôle potentiel des STP dans la stigmatisation des fumeurs au sein du cadre scolaire. Un « gap » est donc retrouvé dans la littérature à ce propos.

2.2.4. Une problématique ?

S'il y a donc bien une stigmatisation des fumeurs, est-ce pour autant problématique ?

Pour d'aucuns, stigmatiser les fumeurs constitue un moyen efficace pour les inciter à arrêter et pour dissuader ceux qui sont tentés de commencer car ne pas fumer devient alors une question de survie sociale (Peretti-Watel, Moatti, 2009). De plus, ils soulignent que l'expérience de la stigmatisation est limitée à certains aspects de la vie quotidienne, à certaines situations, et peut ne causer en fin de compte que de simples désagréments (Peretti-Watel, Moatti, 2009). De fait, le stigmate associé à un comportement est un stigmate réversible : il suffit que l'individu abandonne cette conduite pour qu'il cesse d'être stigmatisé. Erving Goffman note que nous avons tous un défaut caché : chacun jouerait tour à tour le rôle du « stigmatiseur » et du « stigmatisé ». L'expérience du stigmate peut donc être ponctuelle et ne pas vraiment affecter la personne » (Goffman 1975 cité par Peretti-Watel, Moatti, 2009).

Cependant, de nombreuses conséquences négatives sont aujourd'hui mises en avant par un nombre croissant d'experts qui mettent en garde les instances de santé publique contre le recours à la stigmatisation. Sans être exhaustifs, évoquons quatre grands groupes.

Premièrement, nous constatons les conséquences inhérentes à la stigmatisation liées aux composantes de celle-ci. Approfondissons certaines répercussions de la discrimination. Dans le domaine des soins de santé, la discrimination représente un danger pour les fumeurs manifestant des symptômes de maladies liées au tabagisme (comme le cancer du poumon ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques) qui risquent de retarder la recherche de soins par crainte de stigmatisation (Bell, *et al.,* 2010a, Carter-Harris, *et al.,* 2014 ; Curry, *et al.,* 2013). En outre, les fumeurs qui perçoivent des taux élevés de stigmatisation du tabagisme sont plus susceptibles de cacher leur statut de fumeurs aux professionnels de la santé (Stuber, *et al.,* 2009). Il en découle une réduction des opportunités d'arrêt au sein des services primaires de soins de santé (Bell, *et al.,* 2010a). Dans le domaine de la vie quotidienne, les multiples discriminations à l'encontre des fumeurs peuvent les exclure des lieux publics et les inciter à se retrancher dans

les lieux privés, comme les habitations (Poland, 2000 ; Bell, *et al.,* 2010b). Il s'agit du phénomène de « substitution » (Adda, Cornaglia, 2010) qui peut engendrer une « sur-exposition » des non-fumeurs dans les habitations privées, en particulier des jeunes enfants des milieux socio-économiquement plus faibles (Adda, Cornaglia, 2010). De plus, le processus de ségrégation de l'espace public crée un milieu social favorable à l'auto-stigmatisation et l'auto-étiquetage de l'individu (Ritchie, *et al.,* 2010).

En effet, l'internalisation par les fumeurs de la stigmatisation sociétale (grand public) mène à une auto-stigmatisation (Evans-Polce, *et al.,* 2015). Il s'agit là du deuxième groupe de conséquences. Si l'auto-stigmatisation peut avoir des impacts positifs comme l'arrêt ou la diminution du tabagisme, ceux-ci ne sont pas nécessairement universels (Evans-Polce, *et al.,* 2015). De plus, il existe également des retentissements négatifs. Comme nous l'avons illustré par le modèle progressif de l'auto-stigmatisation de Corrigan et Watson, tous les individus n'intériorisent pas la stigmatisation sociétale du tabagisme (Corrigan, Watson, 2002 ; Rüsch, *et al.,* 2005). Face à celle-ci, Evance-Polce (2015) identifie quatre issues individuelles. Le résultat souhaité et celui invoqué par d'aucuns pour justifier la stigmatisation est que le fumeur intériorise la stigmatisation et arrête de fumer pour se sentir mieux et ne plus en subir les conséquences. Cependant, il y a trois autres possibilités : (1) le fumeur internalise la stigmatisation du tabagisme, perd son estime de soi et son sentiment d'auto-efficacité, et ne parvient pas à arrêter de fumer ; (2) le fumeur résiste à l'auto-stigmatisation et reste indifférent ; (3) le fumeur résiste à l'auto-stigmatisation, est en colère contre la stigmatisation, se défie des stéréotypes actés au sein du grand public et ne cesse pas de fumer ; cela pouvant même augmenter son estime de soi et son sentiment d'auto-efficacité (Evan-Polce, *et al.,* 2015).

Troisièmement, si l'étude d'Hammett (2018) ne permet pas d'affirmer une relation causale entre le niveau de dépression et d'anxiété et la stigmatisation due au tabagisme, les données de l'auteur confirment que les fumeurs moins stigmatisés rapportent des niveaux moindres d'anxiété et de dépression. Ainsi une stigmatisation plus faible serait associée à une meilleure santé mentale (Hammett, *et al.,* 2018). Néanmoins, ces éléments sont à considérer avec prudence ; une santé mentale vulnérable pourrait entraîner une perception et une sensibilité accrues de la stigmatisation liée au tabagisme.

Le quatrième groupe de conséquences est lié à l'impact différentiel en termes de stigmatisations entre fumeurs de haut et de faible SSE. Comme nous l'avons abordé au point *2.2.2.2*, les fumeurs n'intériorisent pas la stigmatisation de la même manière selon qu'ils ont un haut ou faible SSE. A ce propos, les études montrent qu'il existe une différence importante au niveau de la stigmatisation entre fumeur de haut SSE et de faible SSE. Plusieurs d'entre-elles ont

montré que les fumeurs ayant des niveaux d'éducation et de revenu plus élevés sont davantage susceptibles de vivre les stigmates par rapport aux fumeurs moins instruits ou aux revenus plus faibles (Stuber, *et al.,* 2008 ; Bell, *et al.,* 2010a). L'étude d'Hammett (2018) confirme que la « dénormalisation » du tabagisme est associée à une stigmatisation chez les personnes de statut socio-économique élevé, alors que l'effet ne se rencontre pas autant chez les personnes socio-économiquement défavorisées. La recherche de Thompson en Nouvelle-Zélande fournit une explication possible à cette divergence par le concept des « smoking islands » qui associe la variable du SSE à celle de l'environnement social. Les « smoking islands » sont des lieux socio-spatiaux, socio-économiquement défavorisés, portés par un certain isolement culturel et géographique, où le tabagisme est davantage accepté. Le tabagisme y est perçu comme un comportement plus normatif soit en raison d'une résistance active de la part des fumeurs défavorisés, soit d'un sentiment d'impuissance dans leur capacité à arrêter de fumer (Thompson, *et al.,* 2007). Nous pourrions également identifier la prévalence plus importante de fumeurs dans ce sous-groupe. Ce concept converge avec la constatation faite dans l'étude de Stuber qui souligne que les fumeurs vivants dans des quartiers de ségrégation perçoivent moins de stigmatisation (Stuber, *et al.,* 2008). Farrimond rejoint lui aussi les réflexions de Thompson en reconnaissant que les taux élevés de tabagisme dans les milieux à faible SSE impliquent que ce comportement y est plus normatif. Ainsi, la « stigmatisation ressentie » serait plus faible chez les fumeurs à faible SSE que les fumeurs de SSE plus élevé (Farrimond, Joffe, 2006). En revanche, les fumeurs de SSE plus faible ont tendance à internaliser la stigmatisation plutôt que de la contester ou de modifier leur comportement pour l'éviter[18]. Ces derniers intérioriseraient davantage la stigmatisation que les fumeurs de plus haut SSE (« auto-stigmatisation » plus forte) lorsqu'ils y sont confrontés. Comme Farrimond le souligne, cette analyse est valable lorsque les individus quittent leur milieu ambiant pour un autre environnement et essentiellement non-fumeur dans lequel ils risquent la stigmatisation (Farrimond, Joffe, 2006). Ainsi, la sensibilité supérieure à la stigmatisation des fumeurs de haut SSE permet de comprendre l'impact différentiel de « l'inacceptabilité sociale » du tabagisme au sein de cette population comparativement aux fumeurs socio-économiquement défavorisés. La stigmatisation pourrait être le mécanisme sous-jacent à « l'inacceptabilité sociale » qui contribue aux disparités dans la lutte contre le tabagisme par les stratégies de « dénormalisation » (Stuber, *et al.,* 2008). En effet, si les fumeurs socio-économiquement

[18] Il entend par internalisation de la stigmatisation le fait que les fumeurs de SSE plus faible s'identifient à la norme selon laquelle ils représentent un risque pour les autres (Farrimond, Joffe, 2006).

défavorisés ressentent moins de stigmatisation, le mécanisme de contrôle social espéré ne sera pas opérant pour cette population.

Ainsi, la stigmatisation présente de nombreuses conséquences négatives et ne semble pas être une stratégie opérante pour la population la plus concernée. Pour l'illustrer, relevons que les taux de tabagisme dans les populations défavorisées ne diminuent pas malgré une stigmatisation croissante (Farrimond, Joffe 2006). Or, le comportement à risque est justement concentré dans ces populations. De telle sorte que les fumeurs sont ainsi en réalité soumis à une double stigmatisation, car la stigmatisation liée au tabagisme s'intègre et aggrave celle liée à la privation socio-économique (Thompson, *et al.,* 2007). De cette manière, les stratégies de « dénormalisation » exacerbent les inégalités de santé et marginalisent davantage les fumeurs.

En outre, comme s'interroge Burris (2008), « Quelles sont les preuves qui indiqueraient qu'inculquer un sentiment d'une « identité gâchée » constitue un moyen efficace d'encourager les personnes à adopter des comportements plus sains ? ».

Soulignons aussi que la prévention ne manie pas elle-même l'outil de la stigmatisation ; « en dernier lieu, la stigmatisation n'est jamais que le produit toujours imprévisible et renouvelé de chaque rencontre que fait un fumeur avec des personnes « normales » » (Peretti-Watel, Moatti, 2009).

La grande majorité des auteurs s'accordent donc aujourd'hui à mettre en garde contre les conséquences iatrogènes des politiques de santé publique de « dénormalisation » du tabagisme et rappelle l'importance de veiller à l'équité en santé [19] (Antin, *et al.,* 2017).

[19] L'équité en santé est définie comme l'absence d'inégalités évitables et injustes en matière de santé (Whitehead, 1992).

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

L'exploration des différents concepts décrits précédemment permet de tirer un certain nombre d'enseignements.

Tout d'abord, nous avons pu établir, qu'aujourd'hui, dans la lutte contre le tabagisme, les stratégies de « dénormalisation » sont devenues courantes et sont largement utilisées. Dans nos sociétés de « health vigilantism», elles ont érigé la consommation de tabac en un comportement « inacceptable socialement » voire « déviant ». Ces stratégies sont allées un pas plus loin en encourageant un climat social dans lequel les fumeurs sont stigmatisés. Nous avons en effet observé qu'il existe une stigmatisation des fumeurs et que les stratégies de dénormalisation y concourent. La santé publique constitue une instance à haute valeur (entrepreneur de morale) qui érige le fait d'être non-fumeur en norme encourageant également un stéréotypage négatif des fumeurs. Elle réalise cela à travers des campagnes de prévention suscitant le dégoût et instaure une mise à distance légale des fumeurs favorisant ainsi leur discrimination et leur dévalorisation dans la société.

Or, l'évaluation des politiques en matière de tabac vise à mettre en garde les instances de santé publique sur les conséquences négatives de cette stigmatisation. En effet, si certains bénéfices (arrêt du tabac) sont espérés par la fonction normative de ces stratégies, la stigmatisation induite peut marginaliser les fumeurs en réduisant leurs ressources tant matérielles (accès aux services de soins de santé) que psycho-affectives (estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle, …).

L'étude de ces éléments nous a amenés à nous intéresser à la population spécifique des adolescents. Cette population est en effet marquée par une vulnérabilité importante tant au niveau des processus de contrôle social en jeu (désirabilité sociale) que sur le plan des questions entre autres liées au pouvoir. Rappelons également qu'ils se situent entre deux mondes sociaux qui ont leurs normes et leurs dynamiques propres, le monde infantile et le monde adulte (Becquet, 2012). De plus, les jeunes sont soumis quasi quotidiennement à une stratégie de dénormalisation définissant leur cadre de vie scolaire : les STP. La stigmatisation liée au tabagisme est donc potentiellement plus importante pour les jeunes (Stuber, *et al.,* 2009). Paradoxalement, la littérature scientifique ne donne que peu d'éléments d'éclairage concernant ces aspects spécifiques.

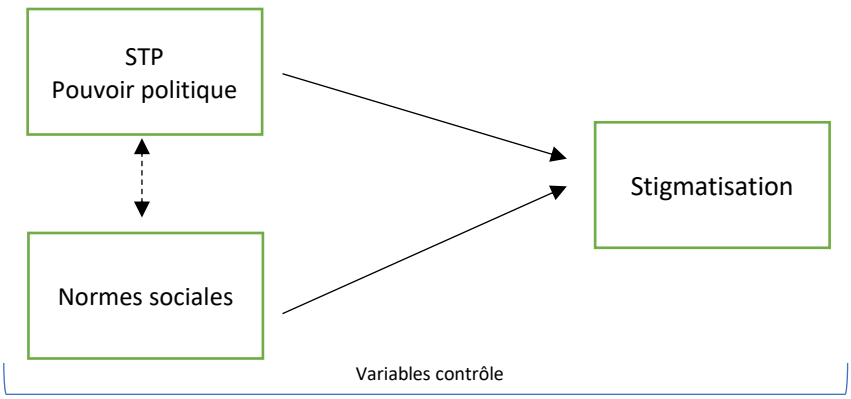
OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

Suite aux conclusions des réflexions théoriques, nous avons opté pour deux objectifs de recherche dans la partie empirique de ce mémoire :

1. Déterminer dans quelle mesure les adolescents perçoivent une stigmatisation des fumeurs.
2. Identifier comment les STP influencent cette stigmatisation.

Pour rencontrer ces objectifs, nous avons posé trois hypothèses. Pour le premier objectif, nous nous basons sur l'hypothèse selon laquelle *les adolescents perçoivent une stigmatisation des fumeurs avec discrimination et dévaluation de ces derniers (Hypothèse 1).* Pour le second objectif, nous postulons que *la sévérité des STP augmente la stigmatisation des fumeurs (Hypothèse 2).* La littérature nous a en effet amenés à conceptualiser la stigmatisation comme le produit de la rencontre entre « normaux » et « stigmatisés » avec discrimination et dévaluation de ces derniers, dans une relation de pouvoir. Les STP peuvent ainsi exacerber la stigmatisation des fumeurs par une distribution inégale du pouvoir, en renforçant le pouvoir politique des non-fumeurs, en leur donnant davantage de droits et en discriminant les fumeurs par leur mise à l'écart. Toutefois, pour une évaluation plus juste de ces hypothèses, nous tiendrons compte dans nos analyses d'autres variables également potentiellement explicatives de la stigmatisation identifiées par la littérature. En effet, si le pouvoir politique a été identifié comme facteur clé dans le processus de stigmatisation, nous ne pouvons négliger le rôle des normes sociales. De fait, par le pouvoir social qu'elles représentent, elles permettent aux différents composants de la stigmatisation d'opérer ou non. L'objectif des STP comme stratégie de dénormalisation est d'ailleurs d'encourager des normes sociales antagonistes au comportement à risque. Nous tiendrons donc compte de l'hypothèse suivante : *Des normes sociales (descriptives et injonctives) favorables au tabagisme diminuent la stigmatisation, à contrario des influences normatives contraires qui l'exacerbent (Hypothèse 3)*. Le schéma 2 ci-dessous illustre notre cadre de recherche :

Schéma 1 – Cadre de recherche



DEUXIEME PARTIE : ASPECTS EMPIRIQUES

I. Méthode

1.1. Présentation du projet SILNE-R

Pour réaliser la partie pratique de ce mémoire, nous utiliserons les données obtenues par le projet SILNE-R (Smoking Inequalities Learning form Natural Experiments - Report) réalisé dans sept pays européens : la Belgique, la Finlande, l'Italie, les Pays-Bas, l'Allemagne, le Portugal et l'Irlande. Il vise à montrer, par des comparaisons approfondies entre ces sept pays, comment pourraient être améliorés l'implémentation des stratégies et les programmes de prévention du tabagisme chez les jeunes, en tenant compte des obstacles et des ressources présents au niveau local. Ce projet a permis de réaliser en 2016 une grande enquête qui offre donc aujourd'hui une base de données riche en enseignements utiles pour l'analyse critique des politiques mises en œuvre.

1.2. Présentations des variables et analyses de données

Pour notre part, nos objectifs sont de questionner, grâce à cette base de données, d'une part, la stigmatisation des fumeurs chez les adolescents et d'autre part, d'identifier le rôle potentiel des STP dans cette stigmatisation. Nous tiendrons compte, dans cette analyse, des différents éléments apparus comme des facteurs d'influence majeurs, à la suite de la revue de la littérature effectuée. Pour répondre à nos objectifs de recherche, nous avons employé des méthodes quantitatives, et nous avons utilisé le logiciel IBM® SPSS® Statistics Version 25. Avant de reprendre succinctement les différents types d'analyses réalisées dans ce mémoire, le point suivant en précise les variables.

1.2.1. Variables

Nos variables sont extraites du questionnaire « étudiant » de l'enquête SILNE-R de 2016. Les informations dont nous disposons sont extraites des déclarations faites par les jeunes eux-mêmes (ce que nous nommerons auto-déclaration dans la suite du texte). Nous reprenons ici les grands choix que nous avons posés pour la création de ces variables. Les détails quant à la formulation des questions dont elles sont issues et aux recodages qui ont été effectués sont disponibles en annexe 2.

1.2.1.1. Stigmatisation

La stigmatisation a été construite à partir d'une échelle de douze items utilisée dans le domaine de la maladie mentale (Stuber, 2008). Cette mesure évalue « ce que la plupart des gens pensent » sur quatre items qui se rapportent à deux dimensions de la stigmatisation : la discrimination et la dévaluation. Les étudiants répondent à ces items par un score allant de 1 à 4. Les scores ont été recodés de telle manière que 4 représente le plus haut niveau « d'accord » avec l'item. La discrimination est évaluée via la moyenne des scores des items : « *La plupart des gens n'engageraient pas un(e) fumeur/fumeuse pour baby-sitter leurs enfants* » et « *La plupart des non-fumeurs n'ont pas envie de sortir avec un(e) fumeur/fumeuse* ». La dévaluation est mesurée via la moyenne des scores des items « *La plupart des gens pensent que les fumeurs sont des loosers* » et « *La plupart des gens ont une moins bonne opinion des fumeurs que des non-fumeurs* ». Le score moyen de stigmatisation est calculé par la moyenne des scores des 4 items. Les scores moyens de discrimination, de dévaluation et de stigmatisation sont donc des variables continues entre 1 et 4, 4 étant le niveau maximal.

1.2.1.2. School Tobacco Policies

Les STP ont été évaluées selon deux dimensions. En premier lieu, nous avons choisi *la perception de l'interdiction de fumer à l'école pour les élèves*, car il s'agit de la modalité centrale de ces politiques. Ensuite, nous avons interrogé *les sanctions mises en place en cas d'infraction à cette interdiction* car elles ont été identifiées dans certaines études, comme ayant été perçues de façon injuste, par les jeunes fumeurs (Schreuders, 2017). Ces deux variables ont été traitées sous forme dichotomisée (sévérité de l'interdiction : « forte-faible » et sanctions : « oui-non »). Le type de sanction a été précisé pour certaines analyses.

1.2.1.3. Normes sociales

Nous avons distingué les normes injonctives des normes descriptives, les deux types étant précisés pour trois cercles normatifs : familial, amical et scolaire. Les normes injonctives ont été approchées selon la « *désapprobation perçue* » du tabagisme et traité sous la forme dichotomisée (désapprobation : oui-non). Les normes descriptives ont été évaluées par le *nombre de membres de la famille fumeurs, le nombre d'amis proches fumeurs et la prévalence perçue d'étudiants qui fument dans l'école*. Ces variables ont également été dichotomisées.

1.2.1.4. Variables contrôle

Nous avons tenu compte de quatre variables contrôle : *l'âge* (en années), *le sexe* (masculin vs féminin), le *SSE* et le *statut tabagique.* Pour le SSE, nous nous sommes intéressée à deux indicateurs : le niveau d'éducation des parents qui permet de capturer le SSE actuel de l'étudiant et le niveau de performances scolaires qui est un indicateur du SSE futur (Kuipers, 2015). Pour le statut tabagique, nous avons défini deux variables binaires : le fait d'avoir déjà essayé de fumer et le statut de fumeur actuel.

1.2.2. Analyses de données

1.2.2.1. Analyses de fréquence

Ces premières statistiques visent à décrire notre échantillon selon nos variables de contrôle.

1.2.2.2. Analyses de comparaison

Pour nos statistiques d'inférence, nous avons procédé à des tests *t* de Student pour échantillons indépendants. De fait, nous avons choisi d'analyser la stigmatisation, notre *outcome* principal, sous la forme d'une variable continue.

Notre objectif est d'observer si des différences du score moyen de stigmatisation sont rencontrées ou non entre différents groupes selon les variables explicatives identifiées (les STP, les influences normatives) et les variables contrôle.

En outre, étant donné que nous avons réalisé 20 tests *t* sur des variables liées entre-elles dans le même jeu de données, nous avons appliqué la correction de Bonferroni. Cette correction consiste à diviser le seuil de significativité initialement choisi (5%) par le nombre de tests réalisés (0.05/20 = 0.0025). Le seuil de significativité pour les tests *t* sera donc de 0.25%.

1.2.2.3. Analyses de régression linéaire

Pour développer nos réflexions sur nos hypothèses, nous avons également réalisé des analyses de modélisation. Ces analyses visent à objectiver la variation de notre variable dépendante selon les différentes variables indépendantes, les STP, les normes sociales ainsi que les variables contrôle. En d'autres mots, elles permettent d'étudier l'influence de ces variables sur le score moyen de stigmatisation. Dans la logique du choix de traiter la stigmatisation comme une variable continue, nous nous sommes dirigée vers des analyses de régressions linéaires.

Pour l'intégration des variables indépendantes dans les différents modèles, nous avons repris la méthode hiérarchique. Les variables qualitatives ont été intégrées sous leur forme dichotomisée

(0-1) pour faciliter leur interprétation. Notons que le seuil de significativité a été fixé à 5%. Nous avons réalisé trois modèles de régressions. Dans le modèle 1, nous reprenons uniquement l'association entre le score moyen de stigmatisation et le bloc « variables STP ». Dans le modèle 2, nous ajustons le premier modèle en intégrant le bloc « variable de contrôle » (à savoir le sexe, l'âge, les deux indicateurs du SSE et le statut tabagique). Dans le modèle 3, nous incluons l'effet des déterminants normatifs en ajoutant le bloc « variables normatives ».

II. Échantillonnage

Dans chacun des pays participants au projet SILNE-R, une ville a été sélectionnée de manière à correspondre aux moyennes nationales en termes de taille de population, de revenu et de taux d'emploi. Les villes sélectionnées sont : Namur pour la Belgique, Tampere pour la Finlande, Latina pour l'Italie, Amersfoort pour les Pays-Bas, Hanover pour l'Allemagne, Coimbra pour le Portugal et Dublin pour l'Irlande. Pour les écoles, celles-ci ont été choisies à partir du registre national des établissements scolaires sur base d'une stratification du niveau socio-économique selon différents indicateurs (type d'établissement, SSE de la zone, …). L'objectif était d'atteindre environ 2000 élèves par pays. Pour le choix des élèves, deux groupes d'années scolaires ont été sélectionnés, correspondant aux adolescents âgés de 14 à 16 ans. De fait, c'est le groupe le plus pertinent pour observer la transition vers le tabagisme hebdomadaire (Dierker, *et al.,* 2012). Dans ces deux années, tous les adolescents inscrits ont été invités à participer à l'enquête.

III. Matériel

3.1. Questionnaire

L'enquête SILNE-R comportait deux instruments : un questionnaire pour les adolescents et un pour le personnel scolaire. Nous utiliserons dans ce mémoire uniquement les données extraites du questionnaire adressé aux adolescents. Les détails de ce matériau sont accessibles sur le site de « The European Network for Smoking and Tobacco Prevention » (http://ensp.network).

3.2. Base de données

La base de données utilisée dans ce mémoire provient d'une extraction des données pertinentes pour nos variables d'intérêt de la grande base de données du projet SILNE-R de 2016.

3.3. Codebook

Un *codebook* a été créé pour des raisons de clarté afin de manipuler au mieux les différentes variables utilisées lors de la réalisation des tests statistiques. Il reprend nos différentes variables et les recodages qui ont été effectués. Ce recueil est disponible en annexe 2.

IV. Résultats

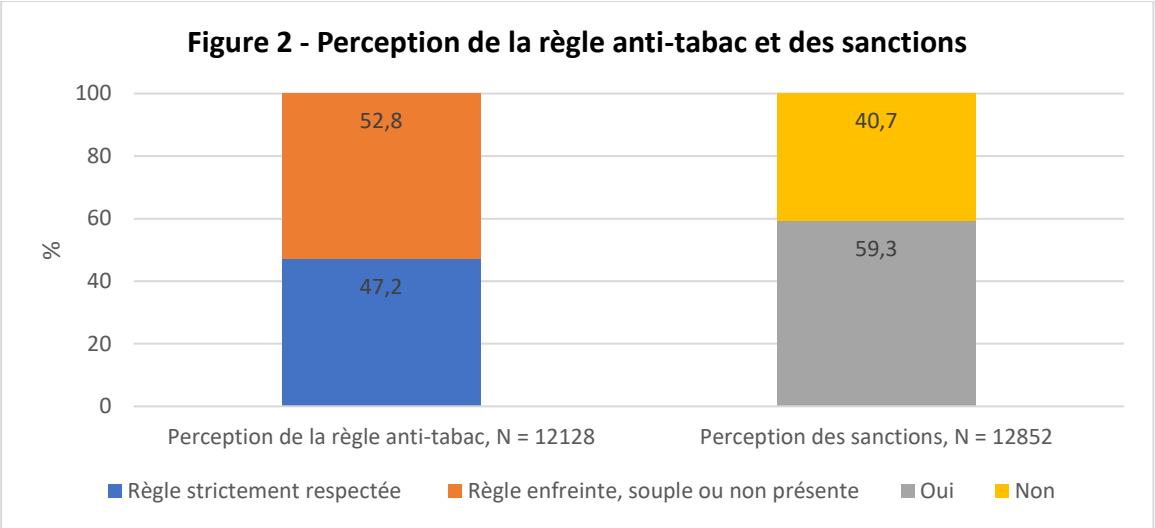
4.1. Caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon se compose de 16 356 étudiants âgés d'en moyenne 15 ans. Il est constitué presque équitablement de filles (50.2%) et de garçons (49.8%). La majorité (59.2%) des adolescents rapportent des performances scolaires « faibles ». En revanche, la majorité (54.8%) des étudiants relèvent un niveau élevé d'éducation pour leurs parents. Notons que lorsque le niveau d'éducation des parents est faible la proportion d'élèves ayant des performances scolaires faibles est plus importante (49.8%) que lorsque le niveau d'éducation des parents est élevé (38.9%) (Chi2 de Pearson =129.58, $p<0.01$).

En ce qui concerne le tabac, la majorité (63.7%) des étudiants ont déclaré ne jamais avoir essayé de fumer et 13.5% des jeunes interrogés ont déclaré fumer actuellement. Soulignons également que lorsque le niveau d'éducation des parents est faible, la proportion d'étudiants déclarant fumer actuellement est plus importante (21.7%) que lorsque le niveau d'éducation des parents est élevé (14.3%) (Chi2 de Pearson=107.98, $p<0.01$). Il en est de même pour les performances scolaires. Les élèves ayant de faibles performances scolaires sont plus nombreux à fumer (19.8%) que ceux qui ont de hautes performances scolaires (12.7%) (Chi2 de Pearson=111.02, $p<0.01$).

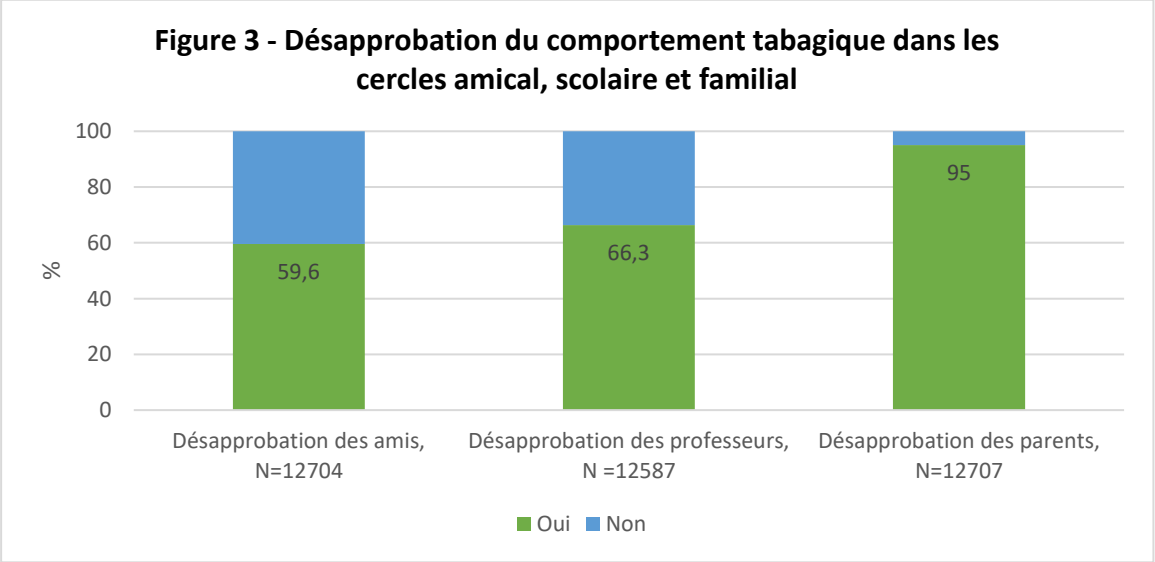
Le détail de ces informations est disponible en annexe 3.

A propos des STP, comme l'illustre la figure 2, c'est une minorité d'étudiants (47.2%) qui perçoivent une interdiction stricte de fumer dans leur école mais une majorité d'étudiants (59.3%) qui identifient les sanctions en cas d'infraction à cette interdiction.

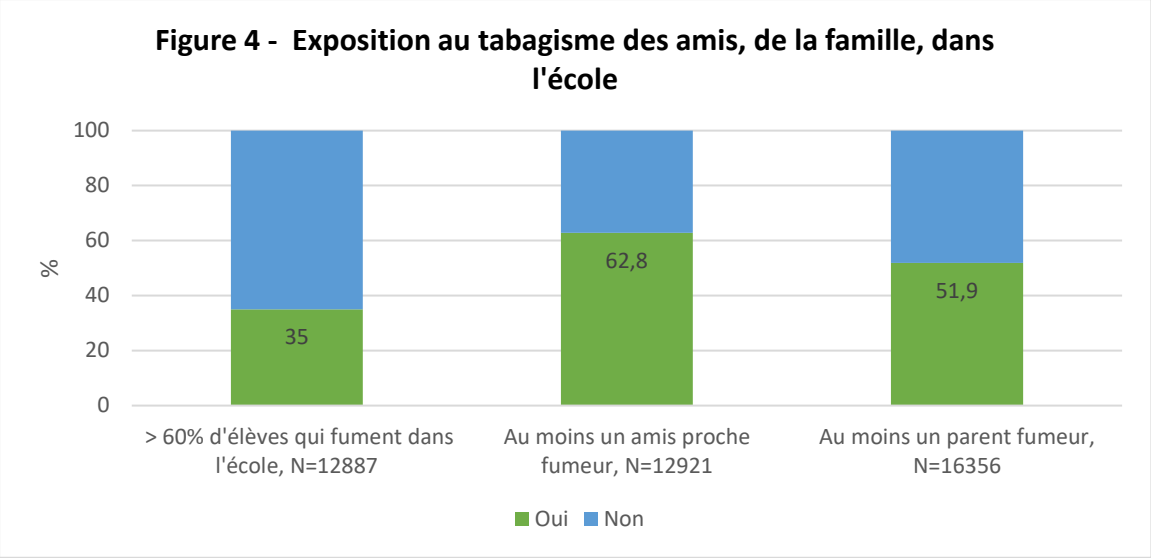


La figure 7 en annexe 4 détaille la fréquence des différents types de sanctions .

En ce qui concerne les influences normatives par rapport au tabac, comme l'illustre la figure 3, nous constatons que 59.6% des répondants estiment que leurs amis proches désapprouvent ce comportement. Cette proportion monte à 66.3% pour la désapprobation des professeurs et 95% pour celle des parents.

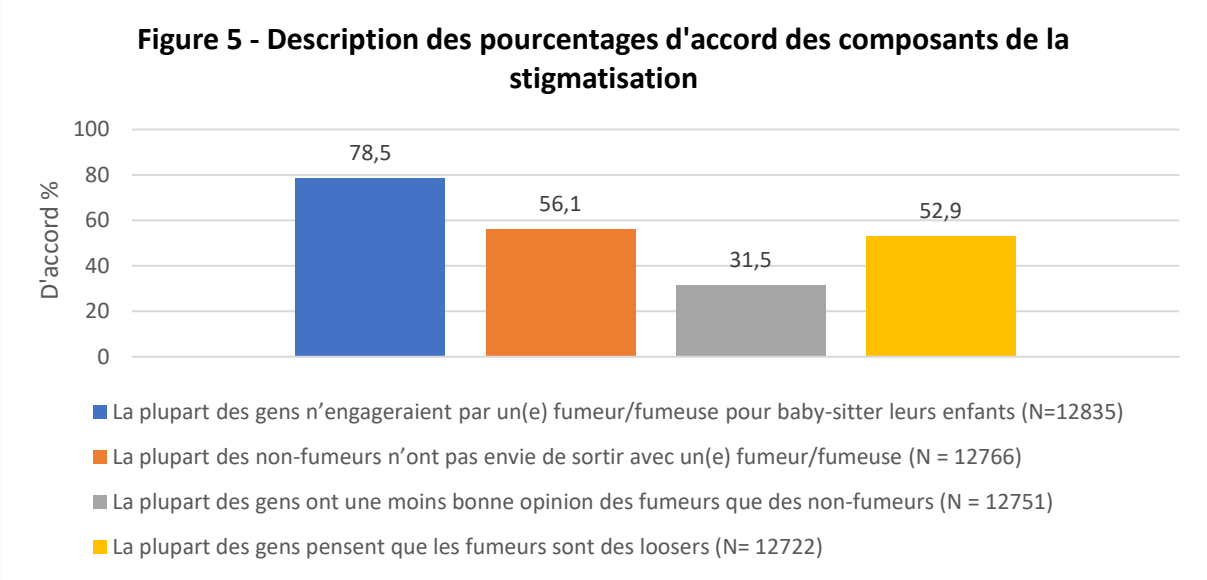


Nous observons également que 35% des étudiants estiment qu'au moins 60% des élèves de leur âge fument des cigarettes à l'école. 62.8% des jeunes déclarent avoir au moins un ami proche fumeur et 51.9% rapportent qu'au moins un membre de leur famille fume actuellement (fig. 4).



4.2. Caractéristiques de la stigmatisation

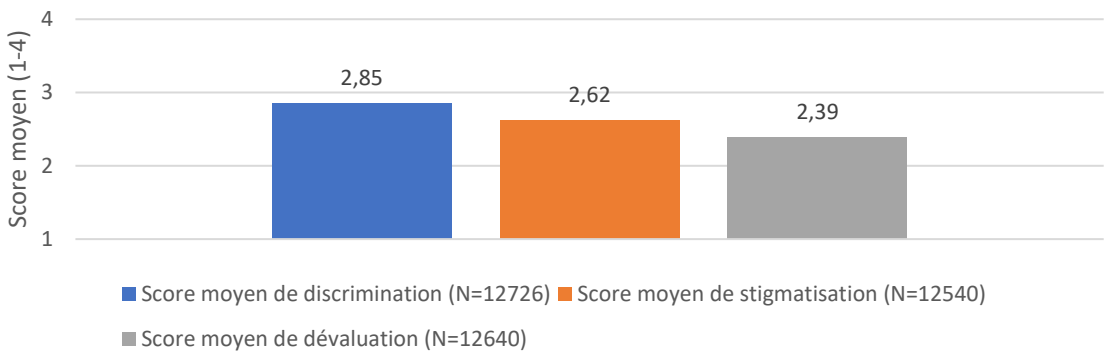
La figure 5 illustre les différents résultats de la mesure des éléments de stigmatisation des fumeurs dans notre échantillon :



Nous observons que 78.5% des répondants pensent que la plupart des gens n'engageraient pas un(e) fumeur/fumeuse pour baby-sitter leurs enfants. 56.1% des répondants pensent que la plupart des non-fumeurs n'ont pas envie de sortir avec un(e) fumeur/fumeuse. 31.5% des étudiants estiment que la plupart des gens pensent que les fumeurs sont des loosers et 52.9% pensent que la plupart des gens ont une moins bonne opinion des fumeurs que des non-fumeurs. Ainsi, le score moyen de stigmatisation est de 2.62/4. Rappelons qu'un score élevé témoigne d'une stigmatisation élevée. Si nous détaillons ces résultats selon les deux dimensions de la

stigmatisation, nous observons que c'est le score de discrimination qui est le plus élevé (2.85/4) comparativement au score de dévaluation (2.39/4). La figure 6 illustre ces éléments :

Figure 6 - Description des scores moyens de discrimination, de dévaluation et de stigmatisation



4.3. Relations entre score de stigmatisation et variables indépendantes

4.3.1. Analyses de comparaison

Les différents tests statistiques nous permettant de conclure à la normalité de la variable du score moyen de stigmatisation sont disponibles en annexe 5.

4.3.1.1. STP

Nous avons réalisé différents tests *t* de Student pour échantillons indépendants comparant le score moyen de stigmatisation vis à vis des éléments de la politique scolaire. Le tableau 1 détaille ces différents tests. Le premier test nous a montré que le score moyen est plus élevé chez les étudiants qui perçoivent une interdiction forte de fumer comparativement à ceux qui ne perçoivent pas d'interdiction, que celle-ci soit souple ou non respectée (2.66 vs 2.58, t=-7.99, p<0.001). La perception des sanctions augmente également le score moyen (2.67 vs 2.54, t=-13.82, p<0.001). Nous avons examiné les différents types de sanction afin d'envisager si certaines sanctions encourageaient davantage la stigmatisation que d'autres. Il est apparu que toutes les sanctions envisagées ont un effet significatif sur le score moyen de stigmatisation.

Tableau 1 – Tests *t* de comparaison du score moyen de stigmatisation selon les STP

		Score moyen	Test t et p	N
Perception de la règle d'interdiction	Forte	2.66	t=-7.99	5536
	Faible	2.58	p<0.001	6207
Présence d'une sanction	Oui	2.67	t= -13.82	7399
	Non	2.54	p<0.001	5040
Recevoir un avertissement oral ou écrit	Oui	2.66	t= -5.28	2957
	Non	2.60	p<0.001	9482
Avoir une conversation éducative sur le tabagisme	Oui	2.77	t = -13.91	2146
	Non	2.59	p<0.001	10293
Prévenir les parents	Oui	2.74	t = -17.32	4263
	Non	2.56	p<0.001	8176
Être convoqué dans le bureau du principal ou du conseiller d'éducation	Oui	2.72	t = -9.11	2023
	Non	2.60	p<0.001	10416
Recevoir une punition (petits travaux d'aide pour l'école)	Oui	2.61	t = -4.19	726
	Non	2.70	p<0.001	11713
Avoir une retenue	Oui	2.69	t=-6.60	2195
	Non	2.61	p<0.001	10244
Être renvoyé temporairement	Oui	2.72	t=-7.60	1567
	Non	2.61	p<0.001	10872

4.3.1.2. Normes sociales

En ce qui concerne les normes sociales, les différents déterminants normatifs ont tous un effet sur le score moyen de stigmatisation. Le détail des différents tests est repris au tableau 2.

Lorsqu'il y a désapprobation du comportement (norme injonctive), le score moyen de stigmatisation est systématiquement plus élevé, et ce dans chacun des cercles normatifs (familial, amical, scolaire). En ce qui concerne les normes descriptives, au plus les étudiants sont témoins de comportements tabagiques au moins le score moyen de stigmatisation sera élevé. Ainsi, les étudiants percevant $\geq$ 60% d'élèves fumeurs dans leurs écoles décrivent un score de stigmatisation moindre comparativement à ceux percevant moins de tabagisme sur leur lieu de vie scolaire (2.41 vs 2.70, t=24.83, p<0.001). Les élèves ayant au moins un ami proche fumeur ont un score moyen de stigmatisation moindre comparativement aux élèves n'ayant pas d'ami proche fumeur (2.51 vs 2.77, t=17.47, p<0.001). Le fait d'avoir au moins un parent fumeur (norme descriptive du cercle familial) diminue également le score de stigmatisation (2.55 vs 2.73, t=18.28, p<0.001).

Tableau 2 – Tests *t* de comparaison du score moyen de stigmatisation selon les différents déterminants normatifs

			Score moyen de stigmatisation	Test t et p-value	N
Normes descriptives	Famille	≥ 1 membre de la famille fumeur	2.55	t=18.28	7964
		Pas de membre de la famille fumeur	2.73	p<0.001	4576
	Amis	Présence d'au moins un ami proche fumeur	2.51	t=27.26	7149
		Pas d'amis proche fumeur	2.77	p<0.001	5332
	École	Prévalence estimée élèves fumeurs ≥ 60%	2.41	t=24.83	3091
		Prévalence estimée élèves fumeurs ≤ 50%	2.70	p<0.001	9371
Normes injonctives	Famille	Désapprobation	2.63	t=-3.95	11732
		Approbation ou neutre	2.53	p<0.001	596
	Amis	Désapprobation	2.68	t= -16.06	7354
		Approbation ou neutre	2.53	p<0.001	4973
	École	Désapprobation	2.67	t=-15.18	8115
		Approbation ou neutre	2.52	p<0.001	4117

4.3.1.3. Variables contrôle

Nous avons également réalisé ces tests pour évaluer les effets de nos différentes variables contrôle. La taille d'échantillon minimale pour ces tests était de 11 076 étudiants. Nous observons que les garçons ont un score moyen de stigmatisation plus élevé que les filles (2.66 vs 2.58, t=-7.76, p<0.001). En ce qui concerne le SSE, les étudiants rapportant des performances scolaires faibles n'ont pas, au seuil que nous avons fixé (p<0.0025), un score moyen de stigmatisation différent des étudiants qui rapportent des performances scolaires élevées (2.61 vs 2.63, t=-2.12, p=0.034). En revanche, les étudiants dont les parents ont un niveau d'éducation faible ont un score moyen de stigmatisation plus faible que les étudiants dont le niveau d'éducation des parents est élevé (2.52 vs 2.68, t=-15.47, p<0.001).

Pour l'âge, nous avons réalisé un test de corrélation de Pearson. Nous obtenons un r = -0.146 qui nous indique que plus l'âge augmente, plus le score de stigmatisation diminue (p<0.001). Pour le statut tabagique, nous observons que les fumeurs ont un score de stigmatisation plus faible que les non-fumeurs (2.41 vs 2.66, t=19.66, p<0.001). De même, les personnes ayant déjà essayé de fumer ont un score de stigmatisation plus faible que les personnes qui n'ont jamais essayé (2.47 vs 2.70, t=22.78, p<0.001).

4.3.2. Analyses de régression linéaire

Nous avons vérifié les conditions de validité pour chaque modèle et nous avons réalisé une matrice de corrélation. Ces éléments sont disponibles respectivement aux annexes 6 et 7. Nous observons que la grande majorité de nos variables sont faiblement corrélées entre-elles, sans qu'il n'y ait de multicolinéarité (r>0.95). Nous avons également observé les « Variance Inflation Factors » (VIF) afin d'envisager les autres types de liens entre nos différentes variables, ceux-ci étaient bien tous proches de 1.

Les résultats de nos trois modèles de régression sont présentés au tableau 3 et sont développés ci-après.

Tableau 3 – Influence des STP et d'autres variables sur le score moyen de stigmatisation, N=9919

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	B	**IC**	**p**	**B**	**IC**	**p**	**B**	**IC**	**p**
Constante	2.51	2.50 – 2.53	∗	3.29	3.14 – 3.44	∗	3.08	2.92 – 3.25	∗
Interdiction Réf. = souple	0.05	0.03 – 0.07	∗	0.04	0.02 – 0.06	∗	-0.00	-0.02 – 0.02	°
Sanctions Réf. = non	0.13	0.11 – 0.15	∗	0.13	0.11 – 0.16	∗	0.10	0.08 – 0.12	∗
Sexe Réf = femme				0.08	0.06 – 0.10	∗	0.08	0.06 – 0.10	∗
Age				-0.06	-0.07 - -0.05	∗	-0.03	-0.04 - -0.02	∗
Niv. éduc. parents Réf = bas				0.12	0.10 – 0.14	∗	0.07	0.05 – 0.08	∗
Perf. scolaires Réf. = élevées				-0.01	-0.03 – 0.01	°	-0.02	-0.04 – 0.00	°
Statut tabagique Réf. = non-fumeur				-0.19	-0.22 - -0.16	∗	-0.06	-0.09 - -0.03	∗
Amis fumeurs Réf. = non							-0.14	-0.17 - -0.12	∗
> 50% d'élèves fumeurs Réf. = non							-0.14	-0.16 - -0.11	∗
Parents fumeurs Réf. = non							-0.10	-0.13 – -0.08	∗
Désappr. parents Réf. = non							-0.01	-0.06 – 0.04	°
Désappr. amis Réf. = non							0.06	0.04 – 0.08	∗
Désappr. profs. Réf. = non							0.07	0.05 – 0.09	∗

Légende : ° = non significatif ; ∗ = p<0.01 ; ● =p<0.05. **Méthode** : régression linéaire multiple

4.3.2.1. Influence des STP sur le score moyen de stigmatisation

Dans ce premier modèle, la perception de la sévérité de la règle anti-tabac est associée au score de stigmatisation. Lorsque les élèves perçoivent une interdiction stricte et bien respectée de fumer à l'école, le score moyen de stigmatisation augmente (β=0.05, p<0.01). De même, la perception des sanctions en cas d'infraction à cette interdiction augmente le score moyen de stigmatisation (β = 0.13, p<0.01). Ces résultats sont concordants à ceux des tests *t* de comparaison précédemment obtenus.

Nous avons obtenu pour ce premier modèle un R-deux ajusté de 0.018 qui impliquerait que ce dernier explique 1.8 % de la variabilité du score moyen de stigmatisation (F : 110.33, p<0.01). Toutefois, notons que les conditions de ce modèle ne sont pas respectées, les p-valeurs obtenues sont donc à interpréter avec prudence.

4.3.2.2. Ajustement pour les différentes variables de contrôle et le statut tabagique

Nous ajustons ici le premier modèle selon les différentes variables de contrôle (âge, sexe, performances scolaires, niveau d'éducation des parents et le statut tabagique).

L'entrée de ces variables modifie très légèrement l'association entre la perception de la sévérité de la règle anti-tabac et le score moyen de stigmatisation. Précisons que ce léger changement est à imputer à l'augmentation du nombre de variables explicatives du modèle, aussi nous ne pouvons parler ici d'effet confondant.

En ce qui concerne l'influence des variables de contrôle, le fait d'être un homme augmente le score moyen de stigmatisation (β=0.08, p<0.01). L'âge intervient également : si l'âge augmente, le score moyen de stigmatisation diminue (β = -0.06, p<0.01). Pour le SSE, le niveau d'éducation des parents a également une influence ; les élèves dont les parents ont un niveau d'éducation élevé ont un score moyen de stigmatisation plus élevé (β = 0.12, p<0.01). L'association n'est pas significative pour les performances scolaires de l'élève. Ces constats sont concordants avec les résultats précédents des tests *t* de comparaison.

En ce qui concerne l'effet du statut tabagique en tant que tel dans ce deuxième modèle de régression, ce dernier est le prédicteur le plus important. Nous observons que les fumeurs ont un score de stigmatisation moindre (β=-0.19, p<0.01) comparativement aux non-fumeurs.

Nous obtenons un R-deux ajusté de 0.079 qui implique que 8 % de la variabilité du score moyen de stigmatisation est expliqué par ce deuxième modèle (F : 126.96, p<0.01).

L'ensemble des conditions de validité de ce deuxième modèle sont respectées.

4.3.2.3. Influence des déterminants normatifs

Ce troisième modèle vise à comprendre l'effet des STP sur le score moyen de stigmatisation en tenant compte des variables contrôle et des déterminants normatifs, éléments apparus comme potentiellement confondants du fait de l'interaction entre pouvoir politique et pouvoir social.

Nous observons que la perception des sanctions reste significative et maintient un coefficient comparable au modèle précédent. En revanche, l'association entre la perception de la règle anti-tabac et le score moyen de stigmatisation n'est plus significative. Les déterminants normatifs ont donc bien un effet confondant dans la relation entre la perception de l'interdiction anti-tabac et la perception d'une stigmatisation des fumeurs. Nous ne sommes pas arrivés à isoler les effets d'un déterminant en particulier ; ils semblent tous agir de concert. Nous avons testé les interactions entre la variable « perception de la sévérité de la règle anti-tabac » et les différents déterminants normatifs. Il est apparu que les interactions entre la perception de la sévérité de la règle et les déterminants normatifs injonctifs des cercles scolaire et amicaux sont significatives. En revanche, les interactions avec les déterminants descriptifs ne sont pas significatives. Ainsi, ce n'est pas tant la sévérité de l'interdiction qui compte et qui va influencer la stigmatisation des fumeurs mais bien l'interaction entre celle-ci et la désapprobation tant des amis que des professeurs. Nous avons questionné ces interactions ; le développement de celles-ci est disponible en annexe 8. Nous observons que la perception de la stigmatisation est augmentée lorsqu'il y a la présence conjointe d'une règle et d'une désapprobation des professeurs (pente plus forte lorsqu'il y a l'interdiction stricte). Nous remarquons également que la désapprobation des amis aura beaucoup plus d'effet lorsqu'il n'y a pas d'interdiction. Lorsqu'une interdiction de fumer est présente à l'école, la désapprobation des amis influence de manière moins importante la perception de la stigmatisation.

En ce qui concerne l'impact sur les variables de contrôle, les performances scolaires restent non significatives. La valeur du coefficient de la variable sexe reste similaire au modèle précédent et maintient sa significativité. Les valeurs des coefficients de l'âge et du niveau d'éducation des parents diminuent de moitié mais ils maintiennent leur significativité. La valeur du coefficient du statut tabagique diminue quant à elle d'un tiers (modèle 2 : $\beta = -0.19$, $p<0.01$; modèle 3 : $\beta = -0.06$, $p<0.01$) mais maintient sa significativité. Les déterminants normatifs semblent donc également avoir un effet confondant dans la relation entre le statut tabagique et la perception de la stigmatisation des fumeurs.

Au niveau des déterminants normatifs en tant que tels, les influences injonctives des cercles amicaux et scolaire influencent significativement le score moyen de stigmatisation. La désapprobation du comportement tabagique de la part des professeurs ($\beta = 0.07$, $p<0.01$) et des

amis (β =0.06, p<0.01) augmente le score moyen de stigmatisation. Toutefois, contrairement aux résultats obtenus par les tests *t* de comparaison, la désapprobation familiale n'est pas associée au score moyen de stigmatisation dans ce modèle. Ainsi, lorsque l'on tient compte des différents déterminants normatifs et autres variables contrôle, la désapprobation des parents n'influence pas significativement la stigmatisation perçue des fumeurs. Il est préférable de tenir compte de ce dernier résultat plutôt que de celui des tests *t.* De fait, la grande taille de notre échantillon favorise la susceptibilité des tests *t* à repérer des différences de moyenne même minimes.

En ce qui concerne les effets des déterminants normatifs descriptifs, nous observons que les normes descriptives des cercles amical, familial et scolaire influencent de manière importante le score moyen de stigmatisation. Les élèves dont au moins certains amis proches fument ont un score de stigmatisation moindre par rapport aux élèves dont aucun ami proche ne fume (β =-0.14, p<0.01). De même, les élèves qui perçoivent une prévalence ≥ 60% d'élèves fumeurs dans leur école ont un score moins élevé (β =-0.14, p<0.01) et les élèves dont au moins un membre de la famille est fumeur auront également un score de stigmatisation moindre (β =-0.10, p<0.01). Ces résultats convergent avec les conclusions précédentes des tests *t* de comparaison.

L'intégration des déterminants normatifs double le pourcentage expliqué de variabilité du score moyen de stigmatisation. Nous avons obtenu un R-deux ajusté de 0.133 qui implique que 13 % de la variabilité du score moyen de stigmatisation est expliquée par ce modèle 3 (F : 118.45, p<0.01).

Notons que dans ce modèle les conditions de validité sont respectées.

En outre, l'ajout des différentes interactions que nous avons questionnées ne permet qu'une faible augmentation du R-deux ajusté (modèle 3 sans interaction : R-deux ajusté = 0.133 modèle 3 avec interactions : R-deux ajusté = 0.135). La plus-value en termes d'explication de la variation de l'*outcome* étant faible, nous avons décidé de ne pas présenter les modèles incluant ces interactions.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

I. Résultats principaux

Nos objectifs pour la partie pratique de ce mémoire étaient d'évaluer dans quelle mesure les adolescents perçoivent une « stigmatisation des fumeurs » et d'identifier comment les STP influencent cette stigmatisation. A l'aide des données de l'enquête SILNE-R de 2016, nous avons montré que *les adolescents ayant participé à l'enquête* (N=16 356) *ont un score moyen de stigmatisation de 2.62 sur une échelle allant de 1 à 4, 4 étant le niveau maximal de stigmatisation*. Nous avons observé que le fait d'être non-fumeur, d'être de sexe masculin, d'être plus jeune et d'avoir un SSE plus élevé augmente la perception de la stigmatisation des fumeurs. En ce qui concerne *l'influence des STP, une interdiction stricte de fumer à l'école ne semble pas augmenter la stigmatisation des fumeurs.* En effet, plutôt que l'interdiction, c'est l'interaction entre celle-ci et le désaccord du réseau proche de l'étudiant (scolaire et amical) qui semble intervenir. Les influences normatives ont en effet un poids important dans la stigmatisation des fumeurs. En revanche, *les sanctions mises en place en cas d'infraction à l'interdiction augmentent la stigmatisation des fumeurs, et ce, y compris lorsque nous tenons compte des déterminants normatifs.*

II. Évaluation des limites potentielles

Avant de finaliser l'interprétation de nos résultats, nous souhaitons identifier les limites de notre travail. Premièrement, soulignons que toute analyse fondée sur des données transversales portant sur des opinions, des attitudes et des comportements se doit d'être interprétée avec prudence. En conséquence, nos résultats sont à considérer comme exploratoires plutôt que concluants. De plus, nous ne pouvons affirmer de relations de causalité. Ainsi, par exemple, nous avons observé que les normes sociales influencent la perception de la stigmatisation des fumeurs, mais nous ne pouvons exclure l'hypothèse que la désapprobation du tabagisme de la part de la famille et des pairs soit une réponse à la stigmatisation plutôt qu'une source de stigmatisation.

Ensuite, une grande limite de notre travail est la non-participation à la création du questionnaire étudiant du projet SILNE-R dont sont extraites les variables de ce mémoire. De fait, nous avons créé nos variables en fonction des données disponibles, celles-ci visant de manière globale l'amélioration des politiques en matière de tabac à destination des adolescents. C'est pourquoi,

nous pensons que certaines mesures pourraient être améliorées. Nous allons donc revenir ici sur nos variables et envisager les limites posées par celles-ci et les biais éventuellement présents pour rencontrer nos objectifs spécifiques de recherche. Tout d'abord, l'enquête SILNE-R s'est concentrée sur la tranche d'âge de 14 à 16 ans. Il aurait pu être intéressant de pouvoir évaluer la stigmatisation sur une tranche d'âge plus large afin de mieux saisir comment celle-ci peut évoluer en fonction des différentes phases de l'adolescence[20].

Pour les indicateurs de SSE, nous avons choisi le niveau d'éducation des parents. Toutefois, cette variable présente un taux important de valeurs manquantes. En effet, il n'est pas toujours facile pour les jeunes de connaître cette information, un biais de déclaration peut donc être présent. En ce qui concerne les performances scolaires des élèves, il peut également subsister un biais de déclaration ; certains se sur-évaluant, d'autres se sous-évaluant ; pour l'éviter, nous aurions pu imaginer avoir accès aux notes officielles des élèves.

Ensuite, il importe de souligner les implications de la mesure choisie de la stigmatisation perçue des fumeurs. En effet, le choix a été d'adapter au public adolescent la mesure développée par Stuber (2008) dont les questions originales sont : « Most people would not hire a smoker to take care of their children », « Most non-smokers would be reluctant to date someone who smokes », « Most people believe smoking is a sign of personal failure », « Most people think less of a person who smokes ». Toutefois, cette adaptation et la traduction dans les différentes langues des sept pays européens induisent des nuances dans les vocables employés qui peuvent avoir des impacts sur les résultats obtenus. Ainsi, par exemple, « Most people believe smoking is a sign of personal failure » est devenu dans le questionnaire francophone « la plupart des gens pensent que les fumeurs sont des loosers ». Or, le terme « looser » est particulièrement fort. Nous pourrions donc penser que le pourcentage d'adhésion à cet item est sous-estimé suite au vocable employé. En outre, Stuber (2008) souligne que d'aucuns pourraient objecter que les éléments « la plupart des gens n'engageraient pas un(e) fumeur/fumeuse pour babysitter leurs enfants » et « la plupart des non-fumeurs n'ont pas envie de sortir avec un(e) fumeur/fumeuse » ne sont pas des expériences réelles de discrimination mais des « réponses rationnelles » aux méfaits du tabagisme passif. Par ailleurs, soulignons que ces éléments visent à évaluer la stigmatisation « sociétale », « ce que pensent la plupart des gens ». Il aurait pu être intéressant d'évaluer également dans quelle mesure cette stigmatisation peut être internalisée par les jeunes fumeurs et ainsi rencontrer l'hypothèse d'O'Connor (2017). Celle-ci est que les jeunes fumeurs

[20] La plupart des chercheurs analysent l'adolescence en trois périodes de développement : le début de l'adolescence (de 10 à 13 ans), le milieu de l'adolescence (de 14 à 17 ans) et la fin de l'adolescence (18 ans jusqu'au début de la vingtaine) (Smetana, *et al.,* 2006).

présentent une faible « auto-stigmatisation » mais une forte « stigmatisation ressentie » car les jeunes n'auraient pas le temps nécessaire pour développer un auto-schéma négatif d'eux-mêmes [21] associé au tabagisme, mais peuvent déjà ressentir un contexte social défavorable. D'autre part, la stigmatisation a lieu lorsque des éléments d'étiquetage, de stéréotypage, de séparation, de perte de statut et de discrimination coexistent dans une situation de pouvoir qui permet aux composantes de la stigmatisation de se dérouler. La mesure de stigmatisation choisie dans le questionnaire du projet SILNE-R permet d'approcher les dimensions de perte de statut et les expériences de discrimination des fumeurs. Nous aurions pu également questionner les éléments de stéréotypage des jeunes sur les fumeurs.

Nous souhaitons en outre revenir sur la variable « fumeur actuel ». La création de celle-ci surestime potentiellement le nombre de non-fumeurs. Nous considérons en effet que les valeurs manquantes de la question 18 sont les étudiants qui ont déclaré ne jamais avoir essayé de fumer à la question 16 et ont ainsi passé la question 18. De cette manière, nous ne prenons pas en compte les étudiants qui n'ont tout simplement pas répondu à la question 18. Un biais de mesure est donc présent pour cette variable. De plus, l'utilisation de données auto-déclarées pour le comportement tabagique peut induire une sous-estimation en raison des réponses aux questions socialement souhaitables (Krumpal, 2013 cités par Kuipers, *et al.,* 2015). Ainsi, un biais de désirabilité sociale pourrait également être présent. Nous pourrions penser que la sous-déclaration du tabagisme est associée à des politiques plus sévères, ou des influences normatives antagonistes au comportement. Il est donc possible que les normes sociales aient influencé les réponses. C'est pourquoi, il est plus pertinent d'évaluer le statut tabagique au regard des normes (cf. modèle 3 de régression multiple au point *4.3.2.3).* Notons que la prévention d'un tel biais s'effectue lors du design du questionnaire.

En ce qui concerne les STP, il est essentiel de souligner ici que notre analyse présente une limite importante. Nous nous sommes centrés sur deux éléments des STP : la perception d'une part de l'interdiction de fumer dans l'école pour les élèves et d'autre part des sanctions mises en place. Notre analyse aurait gagné en richesse en prenant en considération l'ensemble des différentes dimensions des politiques scolaires telles qu'identifiées par Coppo (2014) (exhaustivité ou force politique, application, communication, degré de formalité, et accent / orientation[22]). Ainsi, les analyses futures devraient préférer un type d'analyse plus complet.

[21] L'auteur n'explique pas ce concept. Nous déduisons personnellement qu'il s'agit du processus qui mène à l'auto-stigmatisation.

[22] L'exhaustivité ou la force politique indique où, pour qui et quand il est interdit de fumer et si cette interdiction est combinée à d'autres efforts de prévention. L'application renvoie aux règles, pratiques de surveillance et sanctions en cas d'infraction à l'interdiction. La communication désigne le mode de communication sur la politique. Le degré de formalité indique si la

Pour notre part, nous tiendrons compte de cette limite dans l'interprétation et la portée de nos résultats. En outre, la création de la variable sanction a fait l'objet de diverses manipulations. De fait, les étudiants étaient invités à sélectionner le type de sanction en vigueur dans leur école en cas d'infraction au règlement anti-tabac parmi une liste. Toutefois une proportion importante d'étudiants a coché plusieurs types de sanctions. Un biais de mesure pourrait donc être présent. Pour les normes sociales, nous avons défini trois cercles d'influences normatives : la famille, les amis et l'école. Il aurait été pertinent d'inclure la société dans ceux-ci. En effet, la désapprobation sociétale est prise en compte dans la plupart les études s'intéressant à cette question (Hammond, *et al.,* 2006 ; Brown, *et al.,* 2009). La croyance selon laquelle la société désapprouve le tabagisme est un déterminant crucial du comportement (Lorant, *et al.,* 2008). En outre, nous aurions pu également compléter cette mesure avec une question du type « êtes-vous d'accord/pas d'accord avec le fait que fumer soit interdit à l'école ? ». Nous aurions obtenu une mesure complémentaire de l'inacceptabilité sociale du tabagisme. Par ailleurs, pour la norme descriptive du cercle scolaire, nous avons tenu compte uniquement de la prévalence perçue d'élèves fumeurs dans l'école. Ici encore, le travail aurait gagné en pertinence en intégrant les professeurs. Par ailleurs, la question dont sont extraites ces données précise « Selon toi, combien d'élèves de ton âge fument des cigarettes dans ton école ? ». Il aurait été intéressant d'avoir l'ensemble des étudiants qui fument dans l'école et non de limiter aux étudiants ayant le même âge que le participant.

Parmi ces limites techniques, nous souhaitons également souligner celles liées aux analyses statistiques. En effet, nous avons traité notre *outcome*, la stigmatisation perçue des fumeurs, sous la forme d'une variable continue pour faciliter les analyses statistiques. Toutefois, nous aurions pu la garder sous la forme d'un score, en variable ordinale afin de minimiser les pertes d'informations. Les analyses de modélisation réalisées auraient alors consisté en des régressions logistiques multinomiales.

Dans une perspective plus large, il importe de rappeler que la stigmatisation est un processus social particulièrement complexe. Comme nous l'avons observé par l'approche écologique de Pescosolido et ses collaborateurs (2008), le processus de stigmatisation implique des caractéristiques et dynamiques qui se déploient dans différents niveaux complémentaires et interdépendants, soit les niveaux *micro*, *méso* et *macro*. Notre analyse visait à évaluer comment une dynamique du niveau *macro* (une mesure politique) pouvait influencer le processus de

politique est claire, écrite et formellement approuvée par le conseil scolaire. L'accent / orientation indique dans quelle mesure les « principes inspirants de la politique » sont liés à la prévention, à la minimisation des dommages, à la cessation et à la discipline (Schreuders, *et al.,* 2017).

stigmatisation. Nous avons tenu compte, pour une analyse plus juste de ce phénomène, de différents éléments des niveaux *méso* (les influences normatives des cercles scolaire, amical et familial) et *micro* (l'âge, le sexe, le SSE, le statut tabagique). Toutefois, comme en témoignent les pourcentages de variabilité expliquée obtenus dans nos analyses de régression, il reste encore un nombre très important d'éléments non identifiés qui intervient, et ce sur plusieurs niveaux. Nous pensons qu'il serait bénéfique pour les analyses futures d'identifier notamment les caractéristiques des fumeurs individuels qui peuvent les rendre sensibles à la stigmatisation liée au tabagisme.

Une autre explication aux faibles pourcentages de variabilité expliquée obtenus pour le score moyen de stigmatisation est que nous nous sommes concentrés sur les STP car elles ciblent directement le milieu de vie scolaire des jeunes, mais d'autres politiques de dénormalisation interviennent. Dans ce travail, nous avons tenu pour constant dans nos analyses le climat général de dénormalisation ; mais il existe des différences entre les pays. Il aurait donc été pertinent de réaliser une stratification de nos analyses par pays et ainsi, de porter l'analyse de nos résultats en fonction de l'intensité du climat général de dénormalisation par nation. Une analyse du document « Tobacco Control Scale in Europe » (Jossens, Martin, 2016) aurait permis de saisir ce climat général des sept pays européens du projet SILNE-R. Le cadre de ce mémoire ne nous a malheureusement pas permis une telle analyse mais nous pensons qu'elle serait très enrichissante pour les recherches futures.

Par ailleurs, le fait de ne pas avoir intégré la variable pays dans nos modèles de régression constitue en une limite à nos analyses. De fait, même sans effectuer de stratification, il aurait été préférable d'intégrer cette variable en réalisant un modèle mixte / à facteur aléatoire par exemple.

III. Interprétation des résultats

Nous n'avons pas pu identifier dans la littérature d'études ciblant la question de la stigmatisation des fumeurs chez les adolescents. De plus, de manière globale, les études sur la stigmatisation des fumeurs sont peu nombreuses et utilisent des mesures variées. Il est donc difficile de comparer les résultats obtenus avec ceux d'autres études. Néanmoins, au vu du fait que plus de la moitié des étudiants est « d'accord » pour 3 des 4 items évaluant la stigmatisation des fumeurs et que le score moyen de stigmatisation est dans la partie supérieure de l'échelle, nous pouvons affirmer que *les adolescents perçoivent bel et bien une stigmatisation des fumeurs*

(Hypothèse 1). La dimension de discrimination étant davantage perçue que la dévaluation. Ce résultat est similaire à l'analyse portée par Stuber (2008) lorsqu'il évalue la stigmatisation liée au tabagisme chez les fumeurs de plus de 18 ans résidants à New-York. Nous pourrions penser que ce résultat est dû aux termes particulièrement forts employés pour approcher les éléments de dévaluation.

En ce qui concerne notre hypothèse selon laquelle la *sévérité perçue des STP augmente la stigmatisation des fumeurs (Hypothèse 2)*, nos résultats montrent que les sanctions en cas d'infraction à la règle augmentent la stigmatisation des fumeurs. En revanche, la sévérité perçue de la règle en tant que telle ne semble pas avoir d'effet lorsque nous tenons compte des déterminants normatifs. De fait, pour les jeunes, ce n'est pas tant la règle, qui pourtant discrimine structurellement les fumeurs, qui concourt à la stigmatisation des fumeurs, mais bien cette mise à l'écart associée au désaccord du réseau proche (scolaire et amical). Ce résultat contredit notre hypothèse selon laquelle les lois sur les limitations du tabagisme sont particulièrement stigmatisantes et impliquent que le comportement des fumeurs est formellement reconnu pour être nuisible et blesser les non-fumeurs. Nous pensions qu'une telle interdiction induirait une répartition inégale du pouvoir entre fumeurs et non-fumeurs et pourrait donc se montrer particulièrement stigmatisante. Il se révèle que le pouvoir social a, pour cet aspect, davantage d'influence que le pouvoir politique. Il est intéressant de constater que ce résultat est similaire à celui obtenu par Stuber (2009). Son hypothèse selon laquelle l'exposition à des lois sur l'air sans fumée serait associée à la stigmatisation liée au tabagisme n'a pas été étayée par ses résultats. Cela étant, notre mesure de l'interdiction consiste en une évaluation subjective de la présence et du respect de celle-ci chez les jeunes. Il aurait été intéressant d'évaluer comment se marque l'interdiction, si celle-ci concerne également les professeurs, si des fumeurs sont néanmoins présents près de l'école, s'il y a la présence d'un fumoir…

En outre, rappelons que les STP, comme stratégies de dénormalisation, ont pour objectifs d'influencer les perceptions des normes descriptives (quelle proportion de personnes fument ?) et des normes injonctives (dans quelle mesure le tabagisme est-il désapprouvé ?) (Hamilton, *et al.,* 2008). Elles visent à « dénormaliser » l'usage du tabac en supprimant le droit de fumer, en réduisant ainsi la visibilité du comportement et en marginalisant structurellement les fumeurs (Hammond, *et al.,* 2006). On gagnerait lors d'analyses futures à mieux prendre en compte cet effet potentiel en envisageant par exemple un modèle d'équations structurelles ou une analyse de modération et médiation.

Les sanctions en revanche concourent à la stigmatisation des fumeurs et ce, indépendamment des normes sociales. Nous avons souhaité étudier l'impact des sanctions suite aux résultats de l'étude de Schreuders (2017) selon lesquels il apparaît que les adolescents fumeurs dans le milieu scolaire se sentent souvent injustement traités. Ils estiment que les sanctions appliquées en cas d'infraction à la législation anti-tabac, telles que les jours de renvoi, ne sont pas enclines à les aider. Ils vont même jusqu'à se demander si les enseignants se soucient vraiment d'eux et souhaitent réellement leur apporter un soutien (Brown, Clarey, 2012). Nos résultats sont donc cohérents avec ces éléments. Toutefois, il importe de souligner qu'une sanction de type « avoir une conversation éducative sur le tabagisme » concourt tout autant selon les tests *t* à la stigmatisation des fumeurs qu'une sanction de type « renvoi temporaire ». Cependant, il est bon de se montrer prudent dans ces interprétations portant uniquement sur les résultats des tests *t*. Les échantillons étant très grands, ils se révèlent peu informatifs. Il serait donc utile d'investiguer cet aspect dans les recherches futures. Une approche qualitative soutiendrait cette démarche.

Nos résultats étayent donc notre hypothèse selon laquelle *des normes sociales (descriptives et injonctives) favorables au tabagisme diminuent la stigmatisation, a contrario des influences normatives contraires qui l'exacerbent (Hypothèse 3*). Le pouvoir social est donc un élément déterminant dans la stigmatisation des fumeurs et semble avoir davantage d'influence que le pouvoir politique. Toutefois, dans nos résultats, les normes descriptives sont des prédicteurs plus importants que les normes injonctives. Cette constatation est opposée à celle de Stuber (2009) qui souligne que la désapprobation du réseau proche est liée à la stigmatisation alors que les normes descriptives ne le sont pas. Il explique ses résultats par la théorie de l'action raisonnée (TAR) d'Ajzen et Fishbein (1973). Selon cette théorie, pour décider d'un plan d'action, les gens réfléchissent aux croyances de ce que les autres attendent d'eux (norme injonctive). De plus, selon Stuber (2009), étant donné que la stigmatisation est fondamentalement un processus de dévaluation et d'exclusion, il est logique que les évaluations normatives, par opposition aux évaluations observationnelles, soient les plus pertinentes pour les processus de formation de la stigmatisation. Pour notre part, nous pourrions penser que nos résultats sont dus au fait que nous travaillons sur la population adolescente et que pour celle-ci, la visibilité du comportement est un déterminant important de son acceptabilité sociale (Belinda, 2014). De fait, l'étude d'Alesci (2003) démontre que plus ils en sont témoins, plus les jeunes considèrent que fumer est socialement acceptable et donc normal.

En outre, il est intéressant de remarquer que dans notre troisième modèle de régression, qui tient compte des différentes influences normatives et autres variables contrôle, la désapprobation familiale n'a pas une influence significative sur la perception de la stigmatisation des fumeurs. Nous pourrions penser que cela traduit l'évolution des relations interpersonnelles durant l'adolescence : l'influence des pairs augmente alors que l'impact parental diminue (Berndt, 1979). De telle sorte, lorsque nous tenons compte des différentes influences normatives et autres variables, la désapprobation des parents n'a pas d'impact contrairement à la désapprobation des amis et professeurs.

Nous n'avions pas formulé d'hypothèses a priori sur les relations entre les variables de contrôle et le score moyen de stigmatisation perçue des fumeurs car nous n'avons pas pu identifier de relations claires dans la littérature. Toutefois, nos tests *t* de comparaison, les tests de corrélation de Spearman et les analyses de régression ont chacun souligné des associations significatives pour ces différentes variables.

Il s'est révélé que le statut tabagique a un effet sur la perception de la stigmatisation des fumeurs : la perception de la stigmatisation du tabagisme est plus importante pour les non-fumeurs que pour les fumeurs. Ce résultat peut être surprenant car selon Goffman (1990) le stigmate est partagé et internalisé. C'est au vu de la résistance à la stigmatisation de certains fumeurs (Thompson, *et al.,* 2007 ; Stuber, *et al.,* 2008) et du fait que certains fumeurs se défendent des stéréotypes liés au tabagisme (Frohlich, *et al.,* 2012, Greaves, Hemsing, 2010, Ritchie, *et al.,* 2010, Louka, *et al.,* 2006) que nous avons souhaité questionner cette variable. Nos résultats suggèrent que la perception de la stigmatisation sera différente selon le côté de la relation : normal vs stigmatisé. Notre troisième modèle de régression précise que le statut tabagique a une influence sur la perception de la stigmatisation y compris lorsque nous tenons compte des déterminants normatifs. Toutefois, ces derniers semblent avoir un effet confondant dans cette relation. Il aurait été intéressant de tester les interactions entre ceux-ci et le statut tabagique. Nous pourrions en effet penser que le fait d'être fumeur dans un lieu où il y a peu de fumeurs est susceptible d'augmenter le phénomène de la stigmatisation.
Les études portant sur la stigmatisation liée au tabagisme se concentrent souvent uniquement sur les fumeurs. Ce résultat invite donc les recherches futures à davantage questionner et comprendre la différence de stigmatisation entre fumeurs et non-fumeurs.

Dans nos analyses, le fait d'être un garçon augmente la perception de la stigmatisation des fumeurs. Ce constat rejoint les résultats des études menées aux USA d'O'Connor (2017) et d'Hammett (2018) dans lesquelles la « stigmatisation ressentie » est plus importante chez les hommes comparativement aux femmes. Mais ces études ne fournissent guère d'explications aux résultats obtenus... Nous avons identifié trois autres études abordant la question du genre[23] et de la stigmatisation liée au tabagisme. Ces études soulignent davantage comment la question du genre majore la stigmatisation liée au tabagisme. Elles montrent que les femmes seront davantage stigmatisées en raison d'une interaction avec des stéréotypes du genre, culturellement dépendants. La première étude, qualitative, est réalisée par Antin (2017) sur des femmes noires âgées de 18 à 25 ans. Elle révèle que toutes les participantes estiment, à une exception près, que les femmes sont davantage stigmatisées pour leurs comportements tabagiques que les hommes. Dans cette étude, la question de la perte de statut des femmes à la suite de leur tabagisme était particulièrement présente. L'étude qualitative de Bush (2003) apporte les mêmes conclusions. Cette étude qui portait sur des adultes pakistanais et bangladais a révélé qu'une femme qui fumait était considérée comme honteuse et « entachée » alors que le tabagisme était pour un homme perçu comme acceptable et « macho ». L'étude de Ritchie (2010) souligne, quant à elle, que les femmes avec des enfants sont soumises aux attentes morales liées au comportement approprié d'une mère et que, par conséquent, les mères fumeuses sont particulièrement stigmatisées. Nous pourrions penser que dans les pays européens de notre échantillon les stéréotypes de genre sur le comportement tabagique sont moins présents ; les femmes ne seraient donc pas davantage stigmatisées pour leur comportement tabagique et ne ressentiraient donc pas davantage de stigmatisation liée au tabagisme. En revanche, nous n'avons pas d'explication quant au fait que les hommes perçoivent davantage la stigmatisation des fumeurs.

Nos résultats montrent que l'âge diminue la perception de la stigmatisation des fumeurs. Ce constat est congruent à celui de l'étude d'O'Connor (2017). L'auteur observe, au sein du groupe d'âge le plus jeune (14-17 ans), une plus forte « stigmatisation ressentie » comparativement aux groupes d'individus plus âgés (18-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56+). Malheureusement, le chercheur ne fournit pas d'explication au fait que les fumeurs plus jeunes perçoivent plus la stigmatisation. Nous pourrions penser qu'un âge plus jeune augmente la sensibilité et l'impact d'éléments comme les politiques en cours ou la désapprobation perçue,

[23] Le genre désigne « l'ensemble des relations et rôles socialement construits, des traits de personnalité, des attitudes, des comportements, des valeurs, du pouvoir relatif et de l'influence que la société attribue aux deux sexes » (Greaves, 2009).

toutefois nous obtenons un effet de l'âge significatif y compris lorsque les influences normatives sont prises en compte (cf. troisième modèle de régression multiple au point *4.3.2.3.).*

Nous avons constaté que le statut socio-économique (SSE) intervient également, principalement selon le paramètre du niveau d'éducation des parents. Les adolescents dont le niveau d'éducation des parents est élevé, perçoivent davantage la stigmatisation des fumeurs que les adolescents dont le niveau d'éducation des parents est faible. Ce résultat est cohérent avec l'étude d'Hammett (2018) qui confirme que la « dénormalisation » du tabagisme est associée à une stigmatisation chez les personnes de statut socio-économique élevé, alors que l'effet ne se rencontre pas autant chez les personnes socio-économiquement défavorisées. Différentes explications peuvent être apportées. Tout d'abord par les recherches de Thompson en Nouvelle-Zélande avec le concept des « smoking islands ». Pour rappel, ces derniers sont des lieux socio-spatiaux, socio-économiquement défavorisés, portés par un certain isolement culturel et géographique, où le tabagisme est davantage accepté. Le tabagisme y est perçu comme un comportement plus normatif soit en raison d'une résistance active de la part des fumeurs défavorisés, soit d'un sentiment d'impuissance dans leur capacité à arrêter de fumer ou peut-être à cause de la prévalence importante de comportements tabagiques dans ce groupe (Thompson, *et al.,* 2007). Ainsi, on retrouverait une structuration différentielle des environnements normatifs selon le SSE (Stuber, *et al.,* 2009). Une autre explication serait que les personnes de plus haut SSE sont exposées à davantage de lois sur l'air sans fumée (Barbeau, *et al.,* 2004). Il nous semble important d'attirer l'attention sur ce point. En effet, la stigmatisation est défendue par certains pour sa fonction normative. Face à la stigmatisation, il est attendu des déviants qu'ils cessent leur comportement et reviennent dans la norme. Mais si les principaux intéressés ne perçoivent pas cette stigmatisation, quel en est intérêt sinon de marginaliser davantage un groupe de la population déjà défavorisé étant donné que le tabagisme se concentre dans les groupes à faible SSE ?

Il nous a semblé important de noter ces résultats de ces variables contrôle car ils réaffirment que la stigmatisation des fumeurs ne sera pas perçue équitablement entre les individus, ils soulignent ainsi la nécessité de mieux comprendre le processus de stigmatisation des fumeurs.

IV. Conclusion et perspectives

Ce mémoire a montré qu'il existait une stigmatisation des fumeurs, et que celle-ci était un processus social porté notamment par les stratégies de dénormalisation dans le contexte sociétal de « health vigilantism ». Dans la partie empirique, nous avons observé que les adolescents perçoivent cette stigmatisation des fumeurs et que les STP peuvent y contribuer, entre autres par les sanctions à leur égard. Nous avons également compris à quel point ce processus est conditionné par les normes sociales et combien certains facteurs individuels y interviennent.

La stigmatisation des fumeurs demeure une thématique peu questionnée dans la littérature. Il en découle la nécessité de recommander, au vu de la prégnance du phénomène et des conséquences négatives potentielles, d'assurer une meilleure compréhension du processus de stigmatisation. Cette compréhension devrait porter tant sur les mécanismes de la stigmatisation des fumeurs dont le rôle des stratégies de dénormalisation, que sur les bénéfices et les coûts pour les personnes qui en sont victimes.

En effet, la stigmatisation interroge les principes moraux en santé publique. La bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice sont autant de principes évoqués par les éthiciens du domaine concerné. D'autres principes sont parfois évoqués : éviter de nuire, œuvrer pour le bien des personnes, respecter leur autonomie et leur libre arbitre, être juste et équitable, … (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Comme nous l'avons vu à travers l'évaluation des conséquences de la stigmatisation, celle-ci peut mettre en péril les principes de non-malfaisance, d'autonomie et de justice. Il importe donc de questionner la réelle nécessité et le bénéfice de stigmatiser les populations à risque. Cela est d'autant plus vrai que, comme nous l'avons observé de manière empirique, ce processus social concerne également la population plus sensible des adolescentes.

Il s'agirait ainsi de tenir compte des conséquences négatives de la stigmatisation, d'établir la balance entre celles-ci et les effets bénéfiques avancés et d'identifier de manière empirique les stratégies de dénormalisation qui y concourent.

L'enjeu de la prévention en santé publique des conduites à risque est indéniable : « les personnes qui font de l'exercice physique, ont une consommation modérée d'alcool, ne fument pas et mangent suffisamment de fruits et légumes pourraient espérer vivre quatorze années de plus que celles qui n'ont adopté aucune de ces quatre « bonnes conduites » » (Peretti-Watel,

Moatti, 2009). La finalité n'est pas de supprimer toutes les stratégies de dénormalisation mais de questionner le bien-fondé des démarches visant à leur ajustement afin d'envisager des interventions intégrant des messages spécifiques utilisant l'outil de la fonction normative du stigmate, en conjuguant efficacité, proportionnalité et moindre mal. En d'autres termes, il s'agirait de prendre en compte les conséquences négatives de façon à les contrebalancer.

Peut-être pourrions-nous viser à dénormaliser le fait de fumer tout en protégeant les fumeurs de la stigmatisation ?

BIBLIOGRAPHIE

ADDA J., CORNAGLIA F. (2010). The effect of bans and taxes on passive smoking. *American Economic Journal: Applied Economics*, 2(1), 1-32. doi:10.1257/app.2.1.1.

AJZEN I., BROWN T. C., CARVAJAL F. (2004). Explaining the discrepancy between intentions and actions: The case of hypothetical bias in contingent valuation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(9), 1108-1121. doi:10.1177/0146167204264079.

ALAMAR B., GLANTZ S. A. (2006). Effect of increased social unacceptability of cigarette smoking on reduction in cigarette consumption. *American Journal of Public Health*, 96(8), 1359-1363. doi :10.2105/AJPH.2005.069617.

ALBERS A. B., SIEGEL M., CHENG D. M., BIENER L., RIGOTTI, N. A. (2004). Relation between local restaurant smoking regulations and attitudes towards the prevalence and social acceptability of smoking: A study of youths and adults who eat out predominantly at restaurants in their town. *Tobacco Control*, 13(4), 347-355. doi:10.1136/tc.2003.007336.

ALESCI N. L., FORSTER J. L., BLAINE T. (2003). Smoking visibility, perceived acceptability, and frequency in various locations among youth and adults. *Preventive Medicine*, 36(3), 272-281. doi:10.1016/S0091-7435(02)00029-4.

ANTIN T. M. J., ANNECHINO R., HUNT G., LIPPERMAN-KREDA S., YOUNG M. (2017). The gendered experience of smoking stigma : Implications for tobacco control. *Critical Public Health*, 27(4), 1-12. doi:10.1080/09581596.2016.1249825.

BANDURA A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall. s.p.

BARBEAU E. M., KRIEGER N., SOOBADER M. (2004). Working class matters: Socioeconomic disadvantage, Race/Ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *American Journal of Public Health*, 94(2), 269-278. doi:10.2105/AJPH.94.2.269.

BARNETT R., MOON G., KEARNS R. (2004). Social inequality and ethnic differences in smoking in new zealand. *Social Science & Medicine*, 59(1), 129-143. doi:10.1016/j.socscimed.2003.10.010.

BAUMEISTER R. F. (2017). Addiction, cigarette smoking, and voluntary control of action: Do cigarette smokers lose their free will ? *Addictive Behaviors Reports*, 5, 67-84. doi:10.1016/j.abrep.2017.01.003.

BAYER R. (2008). Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we. *Social Science & Medicine*, 67(3), 463-472. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.017.

BAYER R., COLGROVE J. (2002). Science, politics, and ideology in the campaign against environmental tobacco smoke. *American Journal of Public Health*, 92(6), 949-954. doi:10.2105/AJPH.92.6.949.

BECQUET V. (2012). *Les « jeunes vulnérables » : essai de définition*. Agora débats/jeunesses, 62,(3), 51-64. doi:10.3917/agora.062.0051.

BELINDA L. (2014). *Tobacco and inequities : Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm.* OMS.
Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf?ua=1, consulté le 22 juillet 2018.

BELL K., BELL J., SALMON A., BOWERS M., MCCULLOUGH L. (2010a). Smoking, stigma and tobacco 'denormalization': Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on social science & medicine's stigma, prejudice, discrimination and health special issue (67: 3). *Social Science & Medicine,* 70(6), 795-799. doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.060.

BELL K., MCCULLOUGH L., SALMON A., BELL J. (2010b). 'every space is claimed': Smokers' experiences of tobacco denormalisation. *Sociology of Health and Illness*, 32(6), 914-929. doi:10.1111/j.1467-9566.2010.01251.x.

BERG C. J., PARELKAR P. P., LESSARD L., ESCOFFERY C., KEGLER M. C., STERLING K. L., AHLUWALIA J. S. (2010). Defining "smoker": College student attitudes and related smoking characteristics. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12(9), 963-969. doi:10.1093/ntr/ntq123.

BERNDT T. J. (1979). Developmental changes in conformity to peers and parents. *Developmental Psychology,* 15(6), 608-616. doi:10.1037/0012-1649.15.6.608

BORIS N. W., JOHNSON C. C., HUANG S., MYERS L., ANDREW K., WEBBER L. S. (2009). Targeting school tobacco policy: Lessons from the acadiana coalition of teens against tobacco (ACTT). *Health Promotion Practice*, 10(4), 549-556. doi:10.1177/1524839907308116.

BOUVET C. (2007). Tabagisme et psychiatrie. *Information Psychiatrique,* 83(1), 41-47. doi:10.1684/ipe.2006.0057.

BROWN A., MOODIE C., HASTINGS G. (2009). A longitudinal study of policy effect (smoke-free legislation) on smoking norms: ITC Scotland/United kingdom. *Nicotine and Tobacco Research*, 11(8), 924-932. doi:10.1093/ntr/ntp087.

BROWN J., CLAREY A. (2012). The social psychology of disintegrative shaming in education. *Journal of Drug Education,* 42(2), 229-253. doi:10.2190/DE.42.2.g ;

BROWN-JOHNSON C. G., POPOVA L. (2016). Exploring Smoking Stigma, Alternative Tobacco Product Use, & Quit Attempts. Health Behavior and Policy Review, 3(1), 13–20. http://doi.org/10.14485/HBPR.3.1.2.

BURGESS D. J., FU S. S., VAN RYN M. (2009). Potential unintended consequences of tobacco-control policies on mothers who smoke. A review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2), S151-S158. doi:10.1016/j.amepre.2009.05.006.

BURRIS S. (2008). Stigma, ethics and policy: A commentary on bayer's "stigma and the ethics of public health : Not can we but should we". *Social Science and Medicine,* 67(3), 473-475. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.020

BUSH J., WHITE M., KAI J., RANKIN J., BHOPAL R. (2003). Understanding influences on smoking in bangladeshi and pakistani adults: Community based, qualitative study. *Bmj,* 326(7396), 962-965. doi:10.1136/bmj.326.7396.962.

CAMBON, L. (2006). Désirabilité sociale et utilité sociale, deux dimensions de la valeur communiquée par les adjectifs de personnalité. *Revue internationale de psychologie sociale*, 19,(3), 125-151. https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-sociale-2006-3-page-125.htm.

CARTER-HARRIS L., HERMANN C. P., SCHREIBER J., WEAVER M. T., RAWL S. M. (2014). Lung cancer stigma predicts timing of medical help-seeking behavior. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), E203-E210. doi:10.1188/14.ONF.E203-E210.

CHAPMAN S, FREEMAN B. (2008). Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tobacco Control* ; 17 : 25-31.

CHAPMAN, S. (1993). Unravelling gossamer with boxing gloves: Problems in explaining the decline in smoking. *British Medical Journal*, 307 (6901), 429-432. doi:10.1136/bmj.307.6901.429.

COMMISSION EUROPÉENNE. (2013). *Report on the implementation of the Council Recommendation of 30 November 2009 on Smoke-free Environments* (2009/C 296/02). Disponible sur : Report on the implementation of the Council Recommendation of 30 November 2009 on Smoke-free Environments (2009/C 296/02), Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/smoke-free_implementation_report_en.pdf, consulté le 22 juillet 2018.

CONSTANCE J., PERETTI-WATEL P. (2010). *The poor's cigarette*. Ethnologie Française, XL(3), 535-542.

CONSTANCE J., PERETTI-WATEL P. (2011). Prévenir le tabagisme par l'image. *Ethnologie française*, 41,(1), 67-78. doi:10.3917/ethn.111.0067.

COPPO A., GALANTI M. R. O., GIORDANO L., BUSCEMI D., BREMBERG S., FAGGIANO F. (2014). School policies for preventing smoking among young people. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 10(10), CD009990. doi:10.1002/14651858.CD009990.pub2.

CORRIGAN P., MARKOWITZ F. E., WATSON A., ROWAN D., KUBIAK M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179. doi:10.2307/1519806.

CORRIGAN P.W., WATSON A.C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1): p. 35-53.

CURRY L. E., RICHARDSON A., XIAO H., NIAURA R. S. (2013). Nondisclosure of smoking status to health care providers among current and former smokers in the united states. *Health Education & Behavior*, 40(3), 266-273. doi:10.1177/1090198112454284.

DIERKER L., SWENDSEN J., ROSE J., HE J., MERIKANGAS K. (2012). Transitions to regular smoking and nicotine dependence in the adolescent national comorbidity survey (NCS-A). *Ann Behav Med* 43:394–401.

DOLL R. (1998). Uncovering the effects of smoking: Historical perspective. *Statistical Methods in Medical Research*, 7(2), 87-117. doi:10.1191/096228098668199908.

DOLL R., PETO R., BOREHAM J., SUTHERLAND I. (2004). Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male british doctors. *Bmj*, 328 (7455), 1519-1528. doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE.

DURKHEIM E. (1933). *The division of labor in society*. New York: Macmillan.s.p.

EMCDDA/ESPAD. (2015). Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. ESPAD report 2015. Disponible sur : http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf, Consulté le 22 juillet 2018.

EUROPEAN COMMISSION. (2017). *Attitudes of europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. Special Eurobarometer 385. doi:10.2875/245123.

EVANS-POLCE R. J., CASTALDELLI-MAIA J. M., SCHOMERUS G., EVANS-LACKO S. E. (2015). The downside of tobacco control? smoking and self-stigma: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 145, 26-34. doi:10.1016/j.socscimed.2015.09.026.

EVANS-WHIPP T. J., BOND L., TOUMBOUROU J. W., CATALANO R. F. (2007). School, parent, and student perspectives of school drug policies. *Journal of School Health*, 77(3), 138-146. doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00183.x.

FARRIMOND H. R., JOFFE H. (2006). Pollution, peril and poverty: A british study of the stigmatization of smokers. *Journal of Community & Applied Social Psychology,* 16(6), 481-491. doi:10.1002/casp.896.

FORTIN J. FAYARD A. (2012). Stigmatisation, discrimination, étiquetage : de quoi parle-t-on ? *La santé de l'homme.* 419. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-419.pdf, consulté le 22 juillet 2018.

FROHLICH K. L., MYKHALOVSKIY E., POLAND B. D., HAINES-SAAH R., JOHNSON J. (2012). Creating the socially marginalised youth smoker: The role of tobacco control. *Sociology of Health & Illness*, 34(7), 978-993. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01449.x.

GILMAN S. E., ABRAMS D. B., BUKA S. L. (2003). Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use: Initiation, regular use, and cessation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(10), 802-808. doi:10.1136/jech.57.10.802

GILPIN E. A., LEE L., PIERCE J. P. (2004). Changes in population attitudes about where smoking should not be allowed: California versus the rest of the USA. *Tobacco Control,* 13(1), 38-44. doi:10.1136/tc.2003.004739.

GISLE L., DEMAREST S. (2013). Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. Résumé des principaux résultats. Disponible sur : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_LS_FR_2013.pdf, consulté le 22 juillet 2018.

GODEAU E. (2009). Comment le tabac est-il devenu une drogue ? Vingtième Siècle. *Revue d'Histoire*, 102(2), 105-115. doi:10.3917/ving.102.0105

GOFFMAN E. (1956). Embarrassment and social organization. *The American Journal of Sociology*,62, 264–271.

GRAHAM H. (2012). Smoking, stigma and social class. *Journal of social policy*, 41(1), 83-99. Doi:10.1017/s004727941100033x.

GREAVES L., HEMSING N. (2009). Women and tobacco control policies: Social-structural and psychosocial contributions to vulnerability to tobacco use and exposure. *Drug and Alcohol Dependence,* 104(1), S121-S130. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.05.001.

GREEN A. (2003). Énigmes de la culpabilité, mystère de la honte. *Revue française de psychanalyse*, 67,(5), 1639-1653. doi:10.3917/rfp.675.1639.

GRIESBACH D., INCHLEY J., CURRIE C. (2002). More than words? The status and impact of smoking policies in scottish schools. *Health Promotion International*, 17(1), 31-41. doi:10.1093/heapro/17.1.31

HALLINGBERG B., FLETCHER A., MURPHY S., MORGAN K., LITTLECOTT H. J., ROBERTS C., MOORE G. F. (2016). Do stronger school smoking policies make a difference? analysis of the health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Public Health*, 26(6), 964-968. doi:10.1093/eurpub/ckw093.

HAMILTON W. L., BIENER L., BRENNAN R. T. (2008). Do local tobacco regulations influence perceived smoking norms? evidence from adult and youth surveys in massachusetts. *Health Education Research*, 23(4), 709-722. doi:10.1093/her/cym054.

HAMMETT P., FU S. S., NELSON D., CLOTHIER B., SAUL J. E., WIDOME R, *et al.* (2018). A proactive smoking cessation intervention for socioeconomically disadvantaged smokers: The role of smoking-related stigma. *Nicotine and Tobacco Research,* 20(3), 286-294. doi:10.1093/ntr/ntx085.

HAMMOND D., FONG G. T., ZANNA M. P., THRASHER J. F., BORLAND R. (2006). Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(3), 225-232. doi:10.1016/j.amepre.2006.04.004

HARMA K., GOMBERT A., ROUSSEY J. (2014). Attitude et distance sociale des élèves non handicapés à l'égard de leurs pairs handicapés. *Canadian Journal of Behavioural Science.* 46(3), 414-426. doi:http://dx.doi.org.proxy.bib.ucl.ac.be/10.1037/a0033356.

HEFLER M., CHAPMAN S. (2015). Disadvantaged youth and smoking in mature tobacco control contexts: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Tobacco Control*, 24 (5), 429-435. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051756.

HOSKING W., BORLAND R., YONG H., FONG G., ZANNA M., LAUX F., *et al*. (2009). The effects of smoking norms and attitudes on quitting intentions in malaysia, thailand and four western nations: A cross-cultural comparison. *Psychology & Health*, 24(1), 95-107. doi:10.1080/08870440802385854.

HUANG H., CHEN F., HSU C., YEN Y., CHEN T., HUANG C., *et al.* (2010). A multilevel-based study of school policy for tobacco control in relation to cigarette smoking among children in elementary schools: Gender differences. *Health Education Research,* 25(3), 451-463. doi:10.1093/her/cyq014.

INCHLEY J., CURRIE D., YOUNG T., SAMDAL O., TORSHEIM T., AUGUSTSON L., *et al.* (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health policy for children and adolescents, no. 7. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1, consulté le 22 juillet 2018.

JARVIS M. J. (2004). ABC of smoking cessation: Why people smoke. *BMJ: British Medical Journal,* 328(7434), 277-279. doi:10.1136/bmj.328.7434.277.

JOSSENS L., MARTIN R. The Tobacco Control Scale 2016 in Europe. Responsible editor: Association of European Cancer Leagues (ECL). Disponible sur :

https://www.kanker.be/sites/default/files/tobacco_control_scale.pdf, consulté le 22 juillet 2018.

KAWACHI I., SUBRAMANIAN S. V., ALMEIDA-FILHO N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647-652. doi:10.1136/jech.56.9.647.

KILLORAN A., OWEN L., BAULD L. (2006). *Smoking cessation: An evidence-based approach to tackling health inequalities ?* Oxford University Press. s.p.

KIM S., SHANAHAN J. (2003). Stigmatizing smokers: Public sentiment toward cigarette smoking and its relationship to smoking behaviors. *Journal of Health Communication,* 8(4), 343-367. doi:10.1080/10810730305723.

KRUMPAL I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47(4), 2025-2047. doi:10.1007/s11135-011-9640-9.

KUIPERS M. A. G., DE KORTE R., SOTO V. E., RICHTER M., MOOR I., RIMPELÃ. (2015). School smoking policies and educational inequalities in smoking behaviour of adolescents aged 14-17 years in europe. *Journal of Epidemiology & Community Health : An International Peer-Reviewed. Journal for Health Professionals and Researchers in all Areas of Epidemiology*, doi:10.1136/jech-2015-20583.

LACAZE L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5,(1), 183-199. doi:10.3917/nrp.005.0183.

LEMERT E.M. (1975). *Primary and secundary deviation,* in, Traub S.H., Little C.B. EDS, Theories of Deviance, Itasca, Peacock Publishers, 167-172.

LINK B. G., PHELAN J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363.

LORANT V., NGUYEN L. H., PRIGNOT J., LAPERCHE J. (2008). Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en communauté française de Belgique ? *Éducation*

Santé, Numéro 231. Disponible sur : http://educationsante.be/article/pourquoi-les-populations-defavorisees-fument-elles-plus-et-que-faire-en-communaute-francaise-de-belgique/, consulté le 22 juillet 2018.

LOUKA P., MAGUIRE M., EVANS P., WORRELL M. (2006). 'I think that it's a pain in the ass that I have to stand outside in the cold and have a cigarette': representations of smoking and experiences of disapproval in UK and Greek smokers. *J Health Psychol.* May;11(3):441-51. DOI: 10.1177/1359105306063317.

LOVATO C. Y., PULLMAN A. W., HALPIN P., ZEISSER C., NYKIFORUK C. I. ., BEST F., *et al*. (2010). The Influence of School Policies on Smoking Prevalence Among Students in Grades 5-9, Canada, 2004-2005. *Preventing Chronic Disease,* 7(6), A129.

MAHIEU N. (2013). La santé des enfants et des adolescents. *Éducation santé.* 291. Disponible sur : http://educationsante.be/article/la-sante-des-enfants-et-des-adolescents/, consulté le 22 juillet 2018.

NICHOLSON A. K., BORLAND R., VAN DER STERREN ANKE E., BENNET P. T., STEVENS M., THOMAS D. P. (2015). Social acceptability and desirability of smoking in a national sample of aboriginal and torres strait islander people. *Medical Journal of Australia*, 202(10), S57-S62. doi:10.5694/mja14.01534

NOELLE-NEUMANN, E. (1991). *The theory of public opinion: The concept of the spiral of silence.* In J. A. Anderson (Ed.), Communication Yearbook 14 (pp. 256–287). Newbury Park, CA: Sage.

NORTHRUP D. A., ASHLEY M. J., FERRENCE R. (1998). The ontario ban on smoking on school property: Perceived impact on smoking. *Canadian Journal of Public Health*, 89(4), 224-228.

O'CONNOR R. J., REES V. W., RIVARD C., HATSUKAMI D. K., CUMMINGS K. M. (2017). Internalized smoking stigma in relation to quit intentions, quit attempts, and current e-cigarette use. *Substance Abuse,* 38(3), 330-336. doi:10.1080/08897077.2017.1326999

OECD/EU. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 : State of Health in the EU Cycle*. Éditions OECD, Paris. 204p. Disponible sur : https://doi.org/10.1787/9789264265592-en, consulté le 22 juillet 2018.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). (2018). Thème de santé : le tabagisme. Principaux faits. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco, consulté le 22 juillet 2018.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). (s.d.). Faits et chiffres. Tabagisme passif. Disponible sur : http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/tobacco_facts/fr/, consulté le 22 juillet 2018.

ØVERLAND S., AARØ L. E., LINDBAK R. L. (2010). Associations between schools' tobacco restrictions and adolescents' use of tobacco. *Health Education Research*, 25(5), 748-756. doi:10.1093/her/cyq023.

PAAVOLA M., VARTIAINEN E., HAUKKALA A. (2004). Smoking from adolescence to adulthood: The effects of parental and own socioeconomic status. *European Journal of Public Health*, 14(4), 417-421. doi:10.1093/eurpub/14.4.417

PAN KÉ SHON J. (2009). Ségrégation ethnique et ségrégation sociale en quartiers sensibles: L'apport des mobilités résidentielles. *Revue française de sociologie,* vol. 50,(3), 451-487. doi:10.3917/rfs.503.0451.

PERETTI-WATEL P., MOATTI J. (2009). *Le principe de prévention: Le culte de la santé et ses dérives.* Paris: Seuil.112p

PESCOSOLIDO B. A., MARTIN J. K., LANG A., OLAFSDOTTIR S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A framework integrating normative influences on stigma (FINIS).*Social Science & Medicine,* 67(3), 431-440. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.018.

PIONTEK D., BUEHLER A., RUDOLPH U., METZ K., KROEGER C., GRADL S., *et al.* (2008;2007;). Social contexts in adolescent smoking: Does school policy matter ? *Health Education Research*, 23(6), 1029-1038. doi:10.1093/her/cym063.

POLAND B., FROHLICH K., HAINES R. J., MYKHALOVSKIY E., ROCK M., SPARKS R. (2006). The social context of smoking: The next frontier in tobacco control? *Tobacco Control,* 15(1), 59-63. doi:10.1136/tc.2004.009886.

POLAND, B. D. (2000). The 'considerate' smoker in public space: The micro-politics and political economy of 'doing the right thing'. *Health and Place,* 6(1), 1-14. doi:10.1016/S1353-8292(99)00025-8.

POULIN C. C. (2007). School smoking bans: Do they help do they harm ? *Drug and Alcohol Review*, 26(6), 615-624. doi:10.1080/09595230701613619.

RENNEN E., NAGELHOUT G. E., VAN DEN PUTTE B., JANSSEN E., MONS U., GUIGNARD, *et al.* (2014). Associations between tobacco control policy awareness, social acceptability of smoking and smoking cessation. Findings from the international tobacco control (ITC) europe surveys. *Health Education Research*, 29(1), 72-82. doi:10.1093/her/cyt073

RITCHIE D., AMOS A., MARTIN C. (2010). Public places after smoke-free—A qualitative exploration of the changes in smoking behaviour. *Health and Place*, 16(3), 461-469. doi:10.1016/j.healthplace.2009.12.003.

ROZIN P. (1999). The process of moralization. *Psychological Science*, 10(3), 218-221. doi:10.1111/1467-9280.00139.

RÜSCH N., ANGERMEYER M. C., CORRIGAN P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry,* 20(8), 529-539. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004.

SAAD S. (2010). Politics. *Americans Want Smoking Off the Menu at Restaurants*. Disponible sur : https://news.gallup.com/poll/1717/tobacco-smoking.aspx, consulté le 22 juillet 2018

SÆBØ G. (2016). Tobacco denormalisation and representations of different tobacco users in norway: A cross-sectional study. *Sociology of Health & Illness*, 38(3), 360-379. doi:10.1111/1467-9566.12348.

SAWYER S. M., AFIFI R. A., BEARINGER L. H., BLAKEMORE S., DICK, B., EZEH, A. *et al.* (2012). Adolescence: A foundation for future health. *Lancet, the,* 379(9826), 1630-1640. doi:10.1016/S0140-6736(12)60072-5.

SCAMBLER G. (2009). Health-related stigma. *Sociology of Health and Illness*, 31(3), 441-455. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x.

SCHAAP M. M., VAN AGT HELEEN M. E., KUNST A. E. (2008). Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in european countries: Looking beyond educational level. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(2), 359-369. doi:10.1080/14622200701825098.

SCHREUDERS M., NUYTS P. A. W., VAN DEN PUTTE B., KUNST A. E. (2017). Understanding the impact of school tobacco policies on adolescent smoking behaviour: A realist review. *Social Science & Medicine,* 183, 19-27. doi:10.1016/j.socscimed.2017.04.031.

SHOVELLER J. A., JOHNSON J. L. (2006). Risky groups, risky behaviour, and risky persons: Dominating discourses on youth sexual health. *Critical Public Health,* 16(1), 47-60. doi:10.1080/09581590600680621.

SILVA D. S., SMITH M. J., UPSHUR R. E. G. (2013). Disadvantaging the disadvantaged: When public health policies and practices negatively affect marginalized populations. *Canadian Journal of Public Health,* 104(5), e410-e412.

SINHA D. N., GUPTA P. C., WARREN C. W., ASMA S. (2004). School policy and tobacco use by students in Bihar India. Indian *Journal of Public Health*, 48(3), 118-122.

SMETANA J. G., CAMPIONE-BARR N., METZGER A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology,* 57(1), 255-284. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190124

STUBER J., GALEA S., LINK B. (2009). Stigma and smoking: The consequences of our good intentions. *Social Service Review*, 83(4), 585-609. doi:10.1086/650349.

STUBER J., GALEA S., LINK B. G. (2008). Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Social Science & Medicine*, 67(3), 420-430. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.010.

TABACSTOP. (2015). *Assurances et tabac.* Disponible sur https://www.tabacstop.be/nouvelles/assurances-et-tabac, consulté le 22 juillet 2018

TERRADE F., PASQUIER H., REERINCK-BOULANGER J., GUINGOUAIN G. SOMAT, A. (2009). L'acceptabilité sociale : la prise en compte des déterminants sociaux dans l'analyse de l'acceptabilité des systèmes technologiques. *Le travail humain*, 72,(4), 383-395. doi:10.3917/th.724.0383.

THOMPSON L., PEARCE J., BARNETT J. R. (2007). Moralising geographies: Stigma, smoking islands and responsible subjects. *Area*, 39(4), 508-517. doi:10.1111/j.1475-4762.2007.00768.x.

THRASHER J.F. (2006). *Clarifying the concept of "denormalization" in tobacco prevention efforts.* Paper presented at The 13th World Conference on Tobacco OR Health: Building Capacity for a Tobacco-Free World, July 12–15, Washington, DC. Disponible sur : https://2006.confex.com/uicc/wctoh/techprogram/P8632.HTM, consulté le 22 juillet 2018.

VAN CAMPENHOUDT L., MARQUIS N. (2014). *Cours de sociologie*. Paris: Dunod. 368p.

VAN DEN PUTTE B., YZER M. C.,BRUNSTING S. (2005). Social influences on smoking cessation: A comparison of the effect of six social influence variables. *Preventive Medicine*, 41(1), 186-193. doi:10.1016/j.ypmed.2004.09.040.

VOIGT K. (2015). Smoking norms and the regulation of E-cigarettes. *American Journal of Public Health*, 105(10), 1967-1972. doi:10.2105/AJPH.2015.302764.

VOIGT, K. (2012). Nonsmoker and "nonnicotine" hiring policies: The implications of employment restrictions for tobacco control. *American Journal of Public Health,* 102(11), 2013.

WAGONER B. (2010). Symbolic Transformation: The Mind in Movement Through Culture and Society. Ed. Psychology press. s.p.

WATTS A. W., LOVATO C. Y., CARD A., MANSKE S. R. (2010). Do students' perceptions of school smoking policies influence where students smoke ? Canada's youth smoking survey. *Cancer Causes & Control,* 21(12), 2085-2092. doi:10.1007/s10552-010-9627-1.

WEISS M. G., RAMAKRISHNA J., SOMMA D. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. Psychology, *Health and Medicine,* 11(3), 277-287. doi:10.1080/13548500600595053.

WHITEHEAD M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services,* 22(3), 429-445.

WIIUM N., WOLD, B. (2011). Actions taken by schools when tobacco policies are violated: Associations with adolescent smoking prevalence. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(5), 494-501. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00897.x.

ZHANG X., COWLING D. W., TANG H. (2010). The impact of social norm change strategies on smokers' quitting behaviours. *Tobacco Control*, 19(1), i51-i55. doi:10.1136/tc.2008.029447.

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique **www.uclouvain.be/fsp**