



HAL
open science

Étude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité

Sandra Martens

► **To cite this version:**

Sandra Martens. Étude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00766042

HAL Id: dumas-00766042

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00766042>

Submitted on 17 Dec 2012

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012

Thèse N°

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN
MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

**ETUDE DE LA MOTIVATION AU SEVRAGE
TABAGIQUE D'UNE POPULATION DANS
LA GRANDE PRECARITE**

Mlle Sandra MARTENS

Née le 22/06/1984 à Meyrin (Suisse)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble le :
7 Décembre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury :

Professeur Christian BRAMBILLA

Membres :

Professeur Maurice DEMATTEIS

Docteur Marie-Reine MALLARET, Maître de Conférence

Docteur Anne AGNOLI, Directrice de thèse

Docteur Jean-Marc PLASSART

Corps PUPH 2012-2013

| N° poste HARPEGE | N° poste ministère | Occupation Actuelle | Discipline universitaire |
|------------------|--------------------|--|---|
| 2304 | 0100 | ALBALADEJO Pierre Depuis 01/09/2008 | Anesthésiologie réanimation |
| 2315 | 0174 | ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine Depuis de 01/09/2007 | chirurgie générale |
| 2369 | 0041 | BACONNIER Pierre Depuis 01/10/1993 | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| 2295 | 0008 | BAGUET Jean-Philippe Depuis 01/09/2006 | Cardiologie |
| 2431 | 0024 | BALOSSO Jacques Depuis 01/09/2003 | Radiothérapie |
| 2301 | 0919 | BARRET Luc Depuis 01/10/1992 | Médecine légale et droit de la santé |
| 2302 | 0048 | BAUDAIN Philippe Depuis 01/05/1990 | Radiologie et imagerie médicale |
| 2363 | 0063 | BEANI Jean-Claude Depuis 01/10/1992 | Dermato-vénéréologie |
| 2290 | 0003 | BENHAMOU Pierre Yves Depuis 01/09/2003 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| 2495 | 0031 | BERGER François Depuis 01/09/2001 | Biologie cellulaire |
| 2307 | 1117 | BLIN Dominique 01/07/1990 au 01/01/2010 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| 2456 | 0039 | BONAZ Bruno Depuis 01/09/2001 | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| 5179 | 1453 | BOSSON Jean-Luc Depuis 01/01/2006 | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| 2416 | 0011 | BOUGEROL Thierry Depuis 01/09/1998 | Psychiatrie d'adultes |
| 2372 | 0013 | BOUILLET Laurence Depuis 01/09/2012 | Médecine interne |
| 2309 | 0954 | BRAMBILLA CHRISTIAN Depuis 01/10/1989 | Pneumologie |
| 2368 | 0004 | BRAMBILLA Elisabeth Depuis 01/10/1993 | Anatomie et cytologie pathologiques |
| 2302 | 0048 | BRICAULT Ivan Depuis 01/09/2011 | Radiologie et imagerie médicale |
| 2365 | 0900 | BRICHON Pierre-Yves Depuis 01/10/1993 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| 2294 | 0043 | CAHN Jean-Yves Depuis 01/09/2004 | Hématologie |
| 2405 | 0017 | CARPENTIER Françoise Depuis 01/09/1997 | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| 2310 | 0020 | CARPENTIER Patrick Depuis 01/10/1990 | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire |
| 2425 | 0030 | CESBRON Jean-Yves Depuis 01/09/1999 | Immunologie |
| 2308 | 0110 | CHABARDES Stephan Depuis 01/09/2010 | Neurochirurgie |
| 2535 | 0725 | CHABRE Olivier Depuis 01/09/2002 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| 2316 | 0061 | CHAFFANJON Philippe Depuis 01/09/2005 | Anatomie |
| 2340 | 0134 | CHAVANON Olivier Depuis 01/09/2006 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| 2297 | 0190 | CHIQUET Christophe Depuis 01/09/2007 | Ophthalmologie |
| 2311 | 0062 | CHIROSEL Jean-Paul Depuis 01/06/1990 | Anatomie |

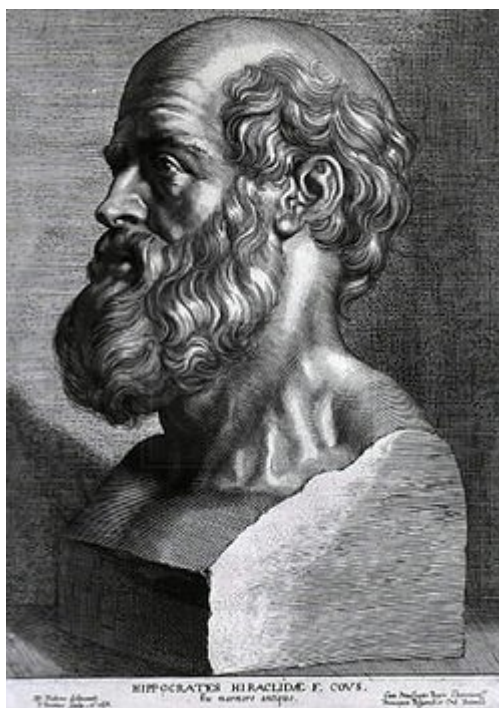
| | | | |
|------|------|--|---|
| 2343 | 0233 | CINQUIN Philippe Depuis 01/10/1992 | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| 3551 | 1414 | COHEN Olivier Depuis 01/09/2003 | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| 5237 | 0103 | COUTURIER Pascal Depuis 01/09/2007 | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| 2306 | 0077 | CRACOWSKI Jean-Luc Depuis 01/09/2009 | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| 2313 | 0879 | DE GAUDEMARIS Régis Depuis 01/07/1992 | Médecine et santé au travail |
| 2322 | 0032 | DEBILLON Thierry Depuis 01/09/2003 | Pédiatrie |
| 8855 | 0084 | DEMATTEIS Maurice Depuis 01/09/2010 | Addictologie |
| 2344 | 1009 | DEMONGEOT Jacques Depuis 01/10/1989 | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| 2403 | 0022 | DESCOTES Jean-Luc Depuis 01/09/1997 | Urologie |
| 4068 | 1437 | ESTEVE François Depuis 01/09/2004 | Biophysique et médecine nucléaire |
| 2361 | 0034 | FAGRET Daniel Depuis 01/10/1992 | Biophysique et médecine nucléaire |
| 2493 | 0055 | FAUCHERON Jean-Luc Depuis 01/09/2001 | chirurgie générale |
| 2447 | 0047 | FERRETTI Gilbert Depuis 01/09/2000 | Radiologie et imagerie médicale |
| 2317 | 0005 | FEUERSTEIN Claude Depuis 01/07/1992 | Physiologie |
| 5178 | 1452 | FONTAINE Eric Depuis 01/01/2006 | Nutrition |
| 2411 | 0028 | FRANCOIS Patrice Depuis 01/09/1998 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| 9594 | 0072 | GARBAN Frédéric Depuis 01/09/2011 | Hématologie, transfusion |
| 2491 | 0053 | GAUDIN Philippe Depuis 01/09/2001 | Rhumatologie |
| 2296 | 0052 | GAVAZZI Gaetan Depuis 01/09/2011 | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| 2300 | 0065 | GAY Emmanuel Depuis 01/09/2004 | Neurochirurgie |
| 2318 | 9901 | GRIFFET Jacques Depuis 01/03/2010 | Chirurgie infantile |
| 2372 | 0013 | HALIMI Serge Depuis 01/10/1990 | Nutrition |
| 2339 | 0102 | HENNEBICQ Sylviane Depuis 01/09/2012 | Génétique et procréation |
| 2305 | 0027 | HOFFMANN Pascale Depuis 01/09/2012 | Gynécologie obstétrique |
| 2384 | 0012 | HOMMEL Marc Depuis 01/09/1995 | Neurologie |
| 2404 | 1317 | JOUK Pierre-Simon Depuis 01/09/1997 | Génétique |
| 2364 | 0014 | JUVIN Robert Depuis 01/10/1993 | Rhumatologie |
| 5235 | 0069 | KAHANE Philippe Depuis 01/09/2007 | Physiologie |
| 2508 | 0050 | KRACK Paul Depuis 01/09/2003 | Neurologie |
| 2338 | 0912 | KRAINIK Alexandre Depuis 01/09/2009 | Radiologie et imagerie médicale |
| 2344 | 1009 | LABARERE José Depuis 01/09/2012 | Département de veille sanitaire |

| | | | |
|------|------|---|---|
| 5176 | 1480 | LANTUEJOUL Sylvie Depuis 01/09/2008 | Anatomie et cytologie pathologiques |
| 2323 | 0018 | LE BAS Jean-François Depuis 01/06/1992 | Biophysique et médecine nucléaire |
| 2324 | 0042 | LEBEAU Jacques Depuis 01/10/1989 | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| 2507 | 0015 | LECCIA Marie-Thérèse Depuis 01/09/2002 | Dermato-vénérologie |
| 2392 | 0006 | LEROUX Dominique Depuis 01/09/1996 | Génétique |
| 2303 | 0064 | LEROY Vincent Depuis 01/09/2007 | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |
| 2325 | 0026 | LETOUBLON Christian Depuis 01/05/1992 | chirurgie générale |
| 2401 | 0033 | LEVY Patrick Depuis 01/09/1997 | Physiologie |
| 2327 | 0112 | LUNARDI Joël Depuis 01/10/1992 | Biochimie et biologie moléculaire |
| 2328 | 0045 | MACHECOURT Jacques Depuis 01/10/1989 | Cardiologie |
| 2329 | 0184 | MAGNE Jean-Luc Depuis 01/07/1990 | Chirurgie vasculaire |
| 5233 | 3755 | MAITRE Anne Depuis 01/09/2007 | Médecine et santé au travail |
| 2500 | 0056 | MAURIN Max Depuis 01/09/2002 | Bactériologie - virologie |
| 2330 | 0021 | MERLOZ Philippe Depuis 01/10/1991 | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| 2332 | 0007 | MORAND Patrice Depuis 01/09/2007 | Bactériologie - virologie |
| 2362 | 0071 | MORO Elena Depuis 01/09/2012 | Neurologie |
| 2293 | 0046 | MORO-SIBILOT Denis Depuis 01/09/2005 | Pneumologie |
| 2380 | 0010 | MOUSSEAU Mireille Depuis 01/09/1994 | Cancérologie |
| 2331 | 0001 | MOUTET François Depuis 01/10/1990 | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie |
| 2311 | 0062 | PALOMBI Olivier Depuis 01/09/2011 | Anatomie |
| 2379 | 0019 | PASSAGIA Jean-Guy Depuis 01/09/1994 | Anatomie |
| 2393 | 0009 | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François Depuis 01/09/1996 | Anesthésiologie réanimation |
| 2486 | 0889 | PELLOUX Hervé Depuis 01/09/2001 | Parasitologie et mycologie |
| 2291 | 0057 | PEPIN Jean-Louis Depuis 01/09/2004 | Physiologie |
| 2395 | 1318 | PERENNOU Dominique Depuis 01/04/2008 | Médecine physique et de réadaptation |
| 2312 | 0051 | PERNOD Gilles Depuis 01/09/2007 | Médecine vasculaire |
| 2314 | 0060 | PIOLAT Christian Depuis 01/09/2009 | Chirurgie infantile |
| 2381 | 0671 | PISON Christophe Depuis 01/09/1994 | Pneumologie |
| 2333 | 0044 | PLANTAZ Dominique Depuis 01/09/2003 | Pédiatrie |
| 2412 | 0038 | POLACK Benoît Depuis 01/09/1998 | Hématologie |

| | | | |
|------|------|--|---|
| 2414 | 0066 | PONS Jean-Claude Depuis 01/09/1998 | Gynécologie obstétrique |
| 2334 | 0058 | RAMBEAUD Jacques Depuis 01/07/1991 | Urologie |
| 2367 | 0911 | REYT Emile Depuis 01/10/1992 | Oto-rhino-laryngologie |
| 2307 | 1117 | RIGHINI Christian Depuis 01/09/2010 | Oto-rhino-laryngologie |
| 2335 | 0023 | ROMANET J. Paul Depuis 01/10/1991 | Ophthalmologie |
| 2336 | 0025 | SARAGAGLIA Dominique Depuis 01/07/1992 | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| 2298 | 0913 | SCHMERBER Sébastien Depuis 01/09/2005 | Oto-rhino-laryngologie |
| 2326 | 0037 | SCHWEBEL Carole Depuis 01/09/2012 | Réanimation médicale |
| 2387 | 1281 | SERGEANT Fabrice Depui 01/09/2011 | Gynécologie obstétrique |
| 2320 | 0059 | SESSA Carmine Depuis 01/09/2005 | Chirurgie vasculaire |
| 2341 | 1026 | STAHL Jean-Paul Depuis 01/10/1992 | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| 2337 | 0002 | STANKE Françoise Depuis 01/09/2011 | Pharmacologie fondamentale |
| 2321 | 0054 | TIMSIT Jean-François Depuis 01/09/2004 | Réanimation |
| 2319 | 0088 | TONETTI Jérôme 01/09/2007 au 31/12/2010 | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| 2370 | 0074 | TOUSSAINT Bertrand Depuis 01/09/2008 | Biochimie et biologie moléculaire |
| 2428 | 0016 | VANZETTO Gérald Depuis 01/09/1999 | Cardiologie |
| 2430 | 0035 | VUILLEZ Jean-Philippe Depuis 01/09/1999 | Biophysique et médecine nucléaire |
| 9591 | 0117 | WEIL Georges Depui 01/09/2011 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| 2292 | 0878 | ZAOUI Philippe Depuis 01/09/2002 | Néphrologie |
| 2377 | 0036 | ZARSKI Jean-Pierre Depuis 01/09/1994 | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie |

Corps : MCU-PH 2012/2013

| N° poste HARPEGE | N° poste ministère | Occupation Actuelle | Discipline universitaire |
|------------------|--------------------|--|--|
| 2487 | 0070 | APEL Florent Depuis 01/09/2012 | Ophthalmologie |
| 2354 | 0118 | BOISSET Sandrine Depuis 01/09/2012 | Agents infectieux |
| 2350 | 0137 | BONNETERRE Vincent Depuis 01/09/2011 | Médecine et santé au travail |
| 2371 | 1226 | BOTTARI Serge Depuis 01/10/1993 | Biologie cellulaire |
| 2444 | 0081 | BOUTONNAT Jean Depuis 01/09/2000 | Cytologie et histologie |
| 2489 | 0090 | BOUZAT Pierre Depuis 01/09/2012 | Réanimation |
| 2513 | 0131 | BRENIER-PINCHART M.Pierre Depuis 01/11/2001 | Parasitologie et mycologie |
| 2492 | 0099 | BRIOT Raphaël Depuis 01/09/2009 | Thérapeutique, médecine d'urgence |
| 3549 | 1415 | CALLANAN-WILSON Mary Depuis 01/09/2002 | Hématologie, transfusion |
| 2524 | 0114 | DERANSART Colin Depuis 01/09/2004 | Physiologie |
| 2427 | 0136 | DETANTE Olivier Depuis 01/09/2009 | Neurologie |
| 2356 | 0138 | DIETERICH Klaus Depuis 01/09/2012 | Génétique et procréation |
| 2378 | 0132 | DUMESTRE-PERARD Chantal Depuis 01/09/2004 | Immunologie |
| 2424 | 0109 | EYSSERIC Hélène Depuis 01/10/2009 | Médecine légale et droit de la santé |
| 2497 | 0082 | FAURE Julien Depuis 01/09/2008 | Biochimie et biologie moléculaire |
| 2345 | 0908 | GILLOIS Pierre Depuis 01/09/2010 | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| 2383 | 0089 | GRAND Sylvie Depuis 01/09/1995 | Radiologie et imagerie médicale |
| 2410 | 0130 | GUZUN Rita Depuis 01/09/2012 | Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique |
| 2351 | 0113 | LAPORTE François Depuis 01/10/1991 | Biochimie et biologie moléculaire |
| 2391 | 0073 | LARDY Bernard Depuis 01/09/2007 | Biochimie et biologie moléculaire |
| 2402 | 0097 | LARRAT Sylvie Depuis 01/09/2009 | Bactériologie, virologie |
| 2496 | 0078 | LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine Depuis 01/09/2001 | Physiologie |
| 2352 | 0133 | MALLARET Marie-Reine Depuis 01/08/1992 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| 2538 | 0085 | MAUBON Danièle Depuis 01/09/2010 | Parasitologie et mycologie |
| 2348 | 0123 | MC LEER (FLORIN) Anne Depuis 01/09/2011 | Cytologie et histologie |
| 2488 | 0956 | MOREAU-GAUDRY Alexandre Depuis 01/09/2008 | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| 2353 | 0119 | MOUCHET Patrick Depuis 01/10/1992 | Physiologie |
| 5521 | 1454 | PACLET Marie-Hélène Depuis 01/09/2007 | Biochimie et biologie moléculaire |
| 2445 | 0162 | PAYSANT François Depuis 01/02/2008 | Médecine légale et droit de la santé |
| 5201 | 1481 | PELLETIER Laurent Depuis 01/01/2006 | Biologie cellulaire |
| 2440 | 0120 | RAY Pierre Depuis 01/09/2003 | Génétique |
| 2494 | 1399 | RIALLE Vincent Depuis 01/09/2001 | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| 2357 | 0111 | ROUX-BUISSON Nathalie Depuis 01/09/2012 | Biochimie, toxicologie et pharmacologie |
| 2400 | 0106 | SATRE Véronique Depuis 01/09/2005 | Génétique |
| 2359 | 1010 | STASIA Marie-Josée Depuis 01/08/1992 | Biochimie et biologie moléculaire |
| 2349 | 0087 | TAMISIER Renaud Depuis 01/09/2006 | Physiologie |



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au jury

A Monsieur le Professeur Christian BRAMBILLA, pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Docteur Anne AGNOLI, directrice de thèse, pour avoir entrepris cette aventure avec moi. Merci pour ton aide, merci pour ton humanité, merci pour tout ce que tu m'as appris durant ces six mois à la PASS d'Annecy.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Maurice DEMATTEIS,

A Madame le Docteur Marie-Reine MALLARET,

A Monsieur le Docteur PLASSART,

pour avoir accepté de juger ce travail, chacun avec votre expertise. Je vous exprime ici mes plus sincères remerciements.

A ceux qui ont participé à ce travail

A Monsieur le Docteur Jérôme JUND pour ton aide statistique et tes conseils avisés : merci !

A toutes les personnes travaillant à la PASS et en Addictologie à Annecy, pour votre accueil, votre énergie. Merci à Sylvia, les deux Carolines, Christine pour ton mémoire, Béatrice, Virginie, Cécile, Anasthasia, Paola, Michèle, Myriam, Ève et tous les autres : MERCI.

Merci spécial à Sandra L'EPLATTENIER pour tes conseils à l'initiation de ce travail, pour nos discussions et pour tout ce que tu m'as appris (pas uniquement en médecine).

A tous ceux qui m'ont aidée, acceptée, intégrée dans leur structure pour réaliser ce travail. Merci à Robert et Lise de l'Herminette, merci aux éducatrices de la Traverse, merci à tous les éducateurs des différents CHRS et structures d'accueil d'Annecy et Grenoble.

A tous ceux qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire.

Aux relecteurs.

A ceux qui ont participé à ma formation

Un grand merci aux médecins et aux équipes soignantes des différents services dans lesquels je suis passée. Un merci en particulier à Christian Estève, Alain El Sawy, Jean-Pierre Roulet et Françoise Pommier, vous avez été des moteurs forts de ma formation en médecine générale.

Merci à tous ceux qui m'accompagnent et m'ont accompagnée toutes ces années,

Merci Mathieu d'avoir gonflé ma vie à l'hélium magique, d'avoir jeté des couleurs partout, il y a beaucoup de ton énergie positive dans cette thèse.

Merci à ma famille :

Seb, mon frère, mille mercis pour ton aide si précieuse pour ma thèse, relecture, mise en page, conseils... Mais merci surtout pour toutes ces années passées ensemble, les voyages où l'on partageait la banquette arrière de la voiture, les chambres d'hôtel, les fou-rires, les Pimousses crachés, la guitare...

Maman, merci... toujours là l'une pour l'autre.

Papa, merci d'avoir toujours cru en moi, mine de rien, de m'avoir poussée à oser !

Mes grands-parents, encore avec nous ou non, sans vous je ne serais pas là... et vous, vous serez toujours avec moi !

A ma Tatayiyi, ma marraine de coeur, juste merci d'être là !

A toute la famille Hodara et la famille des Pays-Bas.

Merci aux amis :

Un grand merci à tous les aventuriers de la médecine, on a chevauché ensemble vers l'inconnu,

A Julie, pour la fantaisie, les kiwis, la fraîcheur, les soirées iceberg, les natchis, la rigolade, la complicité et les dégustations culinaires.

A Clément, mon frère des montagnes, des galaxies plein les yeux, merci pour les photos, les randos, les souvenirs...

A Sophia pour ta relecture attentive et tout le reste...

A vous tous, Céline, Delphine, Xavier, Amélie, Cécile, Hélène, Aurélie, Carole, Céline, Amélie... que de bons souvenirs !

Merci à ceux qui étaient là avant,

Delphine, la copine de toujours, Mathilde, Valérie, Sandrine, Mathieu...

Merci à tous ceux qui sont venus m'écouter.

Table des matières

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUCTION | 2 |
| 2 | MATERIEL ET METHODE | 4 |
| 2.1 | La population d'étude | 4 |
| 2.1.1 | Une population dans la grande précarité | 4 |
| 2.1.2 | Critères d'inclusion | 4 |
| 2.1.3 | Critères d'exclusion | 4 |
| 2.1.4 | Temps d'inclusion | 5 |
| 2.2 | Méthode de l'enquête | 5 |
| 2.3 | Critères de jugement | 6 |
| 2.4 | Méthode d'analyse statistique | 6 |
| 3 | RESULTATS | 7 |
| 3.1 | Description de la population | 7 |
| 3.2 | La consommation de tabac | 7 |
| 3.3 | Evaluation de la motivation | 8 |
| 3.4 | Facteurs démographiques et comportementaux influençant la motivation | 10 |
| 3.5 | Facteurs déterminants de la motivation | 11 |
| 3.6 | Eléments associés : moral et confiance | 11 |
| 3.6.1 | Moral | 11 |
| 3.6.2 | Estimation de la confiance en soi pour arrêter | 12 |
| 4 | DISCUSSION | 13 |
| 4.1 | Les points forts et les limites de l'étude | 13 |
| 4.2 | Comparaison avec la littérature | 14 |
| 4.2.1 | Caractéristiques démographiques | 14 |
| 4.2.2 | Niveau de dépendance | 15 |
| 4.2.3 | La motivation | 15 |
| 4.2.4 | Facteurs démographiques et comportementaux | 16 |
| 4.2.5 | Facteurs constitutifs de la motivation | 16 |
| 4.2.5.1 | Les facteurs intrinsèques | 17 |
| 4.2.5.2 | Les facteurs extrinsèques | 18 |
| 4.3 | Contexte et perspectives | 19 |
| 5 | CONCLUSION | 21 |
| | Références | 23 |
| | Annexes | 26 |

1 INTRODUCTION

D'après les dernières estimations, le tabac est responsable de la mort de 73000 personnes par an en France [1]. C'est la première cause de mortalité évitable en Europe et dans le monde, ce qui en fait un problème de santé publique prioritaire [2].

En France, depuis la loi Veil en 1976 et de façon plus intense depuis la loi Evin en 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour réduire la consommation de tabac (réglementation puis interdiction de la publicité, hausse régulière des taxes et des prix des cigarettes, restriction des conditions de vente et d'usage du tabac, interdiction de fumer dans les lieux publiques...) [3].

Toutes ces mesures ont permis de faire baisser le niveau de consommation de cigarettes depuis 1970. Le pourcentage de personnes déclarant fumer même occasionnellement est passé de 40% en 1970 à 33,7% en 2010 avec 29,1% de fumeurs quotidiens [4]. Cette baisse, qui tend d'ailleurs à s'enrayer depuis 2005, n'a pas touché de façon égale tous les types de population. En effet, les populations les plus précaires n'ont pas diminué leur tabagisme [5]. Cet état de fait est d'autant plus marquant que les deux dernières décennies ont vu se renforcer le lien entre le tabagisme (et toutes les complications du tabagisme jusqu'au décès) et les inégalités sociales.

La notion d'inégalité sociale de santé, qui fait l'objet d'une attention croissante de la part des pouvoirs publics et des professionnels de santé, est ici au premier plan. Elle fait référence au fait que l'état de santé des populations se dégrade le long d'un gradient social traversant toutes les couches de la société en allant des plus favorisés vers les plus défavorisés [6]. Ainsi, en Europe, les populations avec un statut socio-économique plus bas ont deux à trois fois plus de risque de développer une pathologie, un handicap ou de mourir prématurément que les populations plus aisées. La moitié de cette différence de risque serait imputable au tabac [7]. Selon Anton Kunst, lutter contre l'inégalité de consommation du tabac est un élément clé de la lutte contre les inégalités sociales de santé [8].

En France l'enjeu a bien été compris et le thème de la journée mondiale sans tabac en 2004 était « tabac et précarité ». La problématique s'articule autour de plusieurs points : les populations précaires fument plus (selon l'INPES, en 2010 51,1% des chômeurs sont fumeurs contre 33,4% des actifs) [4], elles ont moins de chance de réussir un sevrage tabagique [8][9][10], leur niveau de consommation et de dépendance sont supérieurs à ceux de la population générale [5][11] et enfin les conséquences du tabagisme sur leur santé

sont plus importantes [12].

Des études sociologiques et de santé publique ont été réalisées pour tenter de déterminer la cause de ces constatations et l'absence de sensibilité de ces populations aux mesures de lutte contre le tabagisme [5][11][13][14]. Ce sont des études qualitatives qui ouvrent des pistes de réflexion sur la façon d'améliorer les programmes d'aide au sevrage pour ces populations. Il n'existe par contre très peu d'études quantitatives sur le sujet et encore moins d'études consacrées au tabagisme des populations très précaires dites « de la rue ».

Les éducateurs et infirmières qui travaillent avec les personnes en grande précarité sociale expriment des réticences à proposer un sevrage tabagique. Des raisons telles que « c'est leur dernier plaisir » ou « c'est bien le dernier de leurs soucis » ou même « c'est un bon moyen de créer le lien » ont été souvent évoquées. Il était évident que la question du sevrage tabagique n'était pas prioritaire ni même bienvenue.

Mais qu'en est-il des populations concernées ? Sont-elles motivées pour arrêter de fumer ?

Le but de notre étude était d'évaluer la motivation au sevrage tabagique des populations fréquentant les structures d'aide sociale (accueil de jour et centre d'hébergements) à Annecy et Grenoble.

2 MATERIEL ET METHODE

Ce travail était observationnel, multicentrique et de type enquête.

2.1 La population d'étude

2.1.1 Une population dans la grande précarité

Le mot « précarité » vient du latin « precarius » qui signifie : « qui s'obtient par la prière » notion qui souligne que ces personnes ont besoin d'une aide extérieure.

La définition officielle de la précarité est celle de J. Wresinski qui, dans son rapport remis au Conseil Economique et Social en 1987, définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » [15]

Il était considéré dans cette étude, que toute personne fréquentant une structure d'aide sociale en tant qu'utilisateur était une personne précaire. En effet, elle avait besoin d'une aide de la société pour sa vie de tous les jours (alimentation ou logement).

Georges Simmel disait : « c'est l'assistance qui définit le pauvre ».

2.1.2 Critères d'inclusion

La population d'étude était constituée de personnes fréquentant en tant qu'utilisateur trois structures d'accueil sur le bassin d'Annecy et quatre structures du bassin de Grenoble (Annexe 1). Etaient incluses les personnes fumeuses, âgées de 18 ans et plus, qui ont accepté de remplir le questionnaire. Il fallait également qu'elles soient en état de comprendre et de répondre aux questions.

2.1.3 Critères d'exclusion

Etaient exclus de notre étude : les femmes enceintes, les enfants et les personnes avec qui la communication était impossible (soit à cause de la

barrière de la langue soit à cause d'une pathologie psychiatrique majeure ou d'une alcoolisation massive).

2.1.4 Temps d'inclusion

Pour avoir un échantillon représentatif l'enquête s'est déroulée sur une période de recueil de deux mois sur le bassin d'Annecy et deux mois sur le bassin de Grenoble.

2.2 Méthode de l'enquête

Il s'agit d'une enquête descriptive observationnelle par questionnaire.

Le questionnaire était anonyme et construit en trois parties (Annexe 2) :

- La première partie permettait de décrire la population, ses habitudes par rapport au tabac et son niveau de dépendance. Le niveau de dépendance était évalué par un test de Fagerström simplifié ou « mini-test » (Annexe 3). C'est le test qui est utilisé par les Baromètres de santé en France [16][17].
- La deuxième partie explorait à proprement parler la motivation au sevrage tabagique. Elle comprenait le « Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac » (Q-MAT), seul test validé dans cette indication en France [18] (Annexe 3), et une échelle numérique. L'échelle numérique n'a pas été validée pour évaluer la motivation mais elle est néanmoins utilisée par l'INPES. Elle avait l'avantage d'être simple et de ne pas nécessiter de projection dans le futur. Deux échelles numériques ont été ajoutées, l'une pour évaluer le moral et l'autre pour évaluer la confiance de la personne en sa capacité à réussir le sevrage.
- La troisième partie s'intéressait aux facteurs intrinsèques (plaisir, stress...) et extrinsèques (situation personnelle, entourage...) qui jouent un rôle fondamental dans la construction de la motivation.

Le questionnaire a été soumis à Annecy en avril et mai 2012 et à Grenoble en juin et juillet 2012. Les personnes étaient prévenues à l'avance du passage de l'investigateur dans les locaux, soit par les éducateurs, soit par affichage. Après une présentation rapide de l'enquête et de la démarche, le consentement oral de chaque personne fumeuse était recherché. La personne choisissait de

répondre au questionnaire seule ou avec l'aide de l'investigateur.

2.3 Critères de jugement

La motivation a été analysée à partir des questions du test de Lagrue et Legeron (Q-MAT) et de l'échelle numérique. Ces deux évaluations ont été comparées pour savoir si elles étaient concordantes et s'il était possible d'utiliser indifféremment l'une ou l'autre dans l'évaluation de la motivation chez les personnes précaires. Pour faire cette comparaison les valeurs de l'échelle numériques ont été séparées en trois catégories : motivation faible (< 4) motivation moyenne (4-6) et motivation forte (> 6).

Dans un deuxième temps les facteurs qui influencent la motivation ont été analysés. Les facteurs démographiques (âge, sexe, revenus...) puis les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui freinaient ou au contraire favorisaient la motivation au sevrage tabagique ont été étudiés.

2.4 Méthode d'analyse statistique

Les variables qualitatives ont été exprimées à l'aide de leurs fréquences et pourcentages valides et ont été comparées à l'aide du test du Chi2 ou du test exact de Fisher. La concordance entre deux variables qualitatives a été évaluée à l'aide du coefficient Kappa.

Les variables quantitatives sont exprimées à l'aide de leurs moyennes, médianes et écart-types. Leurs moyennes sont comparées à l'aide d'une analyse de variance (ANOVA).

Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p < 0,05$).

3 RESULTATS

96 personnes ont répondu au questionnaire pendant la période d'inclusion. 2 questionnaires n'ont pas pu être retenus car ils étaient trop peu remplis (moins de la moitié) et la partie concernant la motivation n'avait pas été complétée. 94 questionnaires ont donc été inclus dans l'analyse.

3.1 Description de la population

69 hommes et 25 femmes ont répondu au questionnaire (soit 73,4% d'hommes et 26,6% de femmes). Plus de trois quart de cette population avait plus de 30 ans. La description détaillée de la population peut être retrouvée en Annexe 4. Plus de 70% des personnes étaient considérés comme sans domicile fixe et avait moins de 800 euros par mois pour vivre. Pour autant 57% consacraient plus de 100 euros par mois au tabac.

Concernant la couverture sociale, 54,5% étaient bénéficiaires de la CMU.

Les populations d'Annecy et Grenoble ont été comparées (46 questionnaires à Annecy et 48 à Grenoble). Ces deux populations étaient comparables sur tous les points sauf au niveau du budget. La population annécienne était globalement plus riche que la population grenobloise : 64,3% des annéciens gagnaient plus de 600 euros par mois contre 39,5% des grenoblois. ($p=0,026$).

3.2 La consommation de tabac

Concernant le niveau de dépendance, le test de Fagerström simplifié ou « mini test » a retrouvé une dépendance forte au tabac chez 50% des personnes interrogées (résultats détaillés en Annexe 4). La majorité des personnes fumait leur première cigarette dans les cinq minutes après leur réveil et fumait entre onze et vingt cigarettes par jour.

Si l'on considère le mode de consommation, 71% fumaient des cigarettes industrielles (et 34% ne fumaient que ça), 51% fumaient des cigarettes roulées (et 15% ne fumaient que ça).

Concernant les consommations associées, 44% déclaraient consommer au moins occasionnellement du cannabis et 36% déclaraient boire de l'alcool tous les jours.

66% avaient déjà essayé d'arrêter de fumer (76% des femmes et 62,3% des hommes) et 36% s'étaient vu proposer une aide au sevrage.

3.3 Evaluation de la motivation

Calcul du score au test Q-Mat : (Annexe 4)

La note moyenne était 5,54 sur 20 (n=94, écart type à 5,46, médiane à 4).

13,8% étaient considérés comme fortement motivé. La motivation était moyenne pour 17% des personnes interrogées et insuffisante pour 69,2%.

Echelle d'auto-évaluation numérique

La note moyenne était 4,96 sur 10 (sur 92 réponses, médiane à 5 ; écart type à 2,82).

La répartition était assez homogène avec environ un tiers des personnes dans chaque catégorie. 32,6% de personnes faiblement motivées (note de 1 à 3), 35,9% étaient moyennement motivées (note de 4 à 6) et 31,5% fortement motivées (note de 7 à 10).

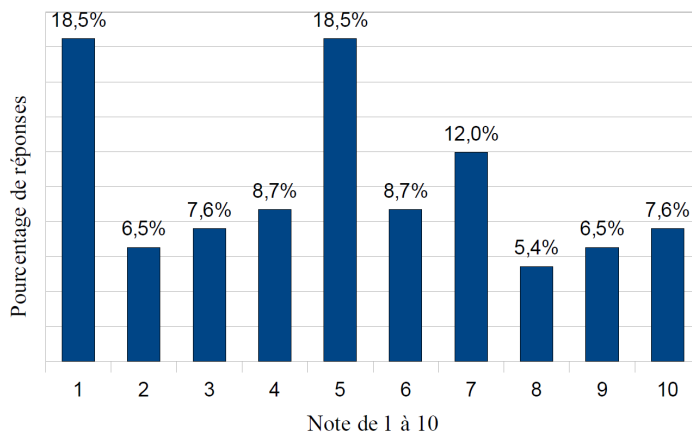


FIGURE 1 – Evaluation de la motivation par l'échelle numérique

Corrélation entre ces deux évaluations

Si l'on considère les variables continues, le calcul de corrélation entre les deux tests retrouvait une corrélation de Pearson à 0,551 (corrélation parfaite : 1 , corrélation nulle : 0).

En prenant les données classées par les deux tests en faible, moyenne et forte le kappa était à 0,221 (corrélation parfaite : 1 , corrélation nulle : 0).

En regardant les chiffres de plus près (tableau 1), la diagonale concordante (zone en rouge) comportait 44 données soit 47,8% des valeurs. Les valeurs des zones en bleu sont celles qui étaient classées plus élevées dans l'évaluation de la motivation par le Q-MAT, que par l'échelle. Il n'y avait dans cette zone que 5 données soit 5,4% des valeurs. Dans la zone en jaune les valeurs étaient mieux classées par l'échelle numérique que par le Q-MAT. Cette zone comporte 43 données soit 46,7% des valeurs. L'évaluation par l'échelle numérique a tendance à classer les personnes dans une catégorie de motivation supérieure à l'évaluation par le test du Q-MAT.

Le test du Q-MAT était plus sévère sur toutes les estimations de la motivation.

| | | | Evaluation de la motivation par le Q-MAT | | | Total |
|---|---------|----------|--|---------|--------|--------|
| | | | Faible | Moyenne | Forte | |
| Evaluation de la motivation par l'échelle numérique | Faible | Effectif | 28 | 1 | 1 | 30 |
| | | * | 44.4% | 6.3% | 7.7% | 32.6% |
| | Moyenne | Effectif | 23 | 7 | 3 | 33 |
| | | * | 36.5% | 43.8% | 23.1% | 35.9% |
| | Forte | Effectif | 12 | 8 | 9 | 29 |
| | | * | 19.0% | 50.0% | 69.2% | 31.5% |
| Total | | Effectif | 63 | 16 | 13 | 92 |
| | | * | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

* = % compris dans l'évaluation Q-MAT

TABLE 1 – Corrélation entre l'évaluation de la motivation par le Q-MAT et par l'échelle numérique

3.4 Facteurs démographiques et comportementaux influençant la motivation

Les résultats ont été résumés dans le tableau ci-dessous :

| Motivation évaluée par l'échelle : | | Faible | Moyenne | Forte | |
|------------------------------------|-------------|--------|---------|-------|----------------|
| Sexe | Homme | 41.8% | 34.3% | 23.9% | p=0.004 |
| | Femme | 8.0% | 40.0% | 52.0% | |
| Age | < 30 ans | 45.0% | 30.0% | 25.0% | p=0.408 |
| | > 30 ans | 29.2% | 37.5% | 33.3% | |
| Consommation d'alcool | Oui | 54.2% | 25.0% | 20.8% | p=0.032 |
| | Non | 25.0% | 39.7% | 35.3% | |
| Consommation de cannabis | Oui | 40.0% | 33.3% | 26.7% | p=0.493 |
| | Non | 27.9% | 37.7% | 34.4% | |
| Tentative antérieure d'arrêt | Oui | 20.0% | 40.0% | 40.0% | p=0.001 |
| | Non | 56.3% | 28.1% | 15.6% | |
| Revenus | < 600 euros | 36.8% | 36.8% | 26.3% | p=0.532 |
| | > 600 euros | 31.0% | 31.0% | 38.1% | |

TABLE 2 – Influence des facteurs démographiques et comportementaux sur la motivation évaluée par l'échelle numérique

Par exemple, la différence de motivation était statistiquement différente entre les hommes et les femmes ($p=0,004$) : 41,8% des hommes étaient faiblement motivés, 34,3% l'étaient moyennement et 23,9% étaient fortement motivés. Chez les femmes 8% étaient faiblement motivées, 40% l'étaient moyennement et 52% étaient fortement motivées.

En utilisant les résultats du Q-MAT pour comparer ces différents facteurs les mêmes éléments étaient significatifs si l'on comparait les notes obtenues (Annexe 4). Par contre en comparant le classement en « faible », « moyen » et « fort » par le Q-MAT, les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs.

3.5 Facteurs déterminants de la motivation

Le détail des résultats est présenté en Annexe 4.

Pour l'analyse de ces résultats, les réponses « beaucoup » et « un peu » étaient considérées comme positives et les réponses « pas vraiment » et « pas du tout » comme négatives.

L'élément le plus souvent évoqué à la question « Qu'est-ce que le tabac vous apporte ? » était la gestion du stress avec 78% de réponses positives. Apparaissait ensuite la notion du soutien moral (59,8%) puis en troisième et quatrième position les notions de convivialité et de plaisir (58%).

Dans les motivations à l'arrêt les deux éléments les plus motivants étaient de retrouver une meilleure condition physique et de mieux respirer (76% de réponses positives). Le prix du tabac arrivait en dernier dans les facteurs motivant l'arrêt (45,2%).

Les deux éléments qui freinaient le plus la population d'étude au sevrage étaient la peur d'être irritable et le fait qu'il y avait d'autres problèmes prioritaires, l'idée du sevrage passant après (62,8% de réponses positives pour ces deux items). Le prix des patches freinait moins d'un tiers des personnes (31,5%) et 27,7% disaient ne pas savoir à qui s'adresser.

Concernant les facteurs extérieurs pouvant motiver l'initiation d'un sevrage, plus de la moitié (54,4%) des personnes déclaraient être motivées par l'idée d'un suivi individuel. 42% auraient été motivées par une réunion collective et 45% auraient été motivées par une distribution gratuite de patches. Une augmentation du prix du tabac aurait motivé 28% des personnes interrogées.

3.6 Eléments associés : moral et confiance

3.6.1 Moral

La note moyenne était 6,3 (n= 91, écart types 2,9). La médiane est à 6/10.

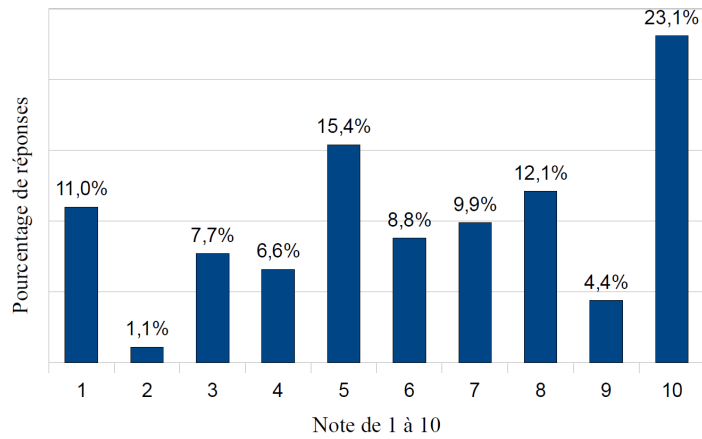


FIGURE 2 – Evaluation de l’humeur par l’échelle numérique

3.6.2 Estimation de la confiance en soi pour arrêter

La note moyenne est 6,04, n=78, médiane à 6, écart-type 3,13.

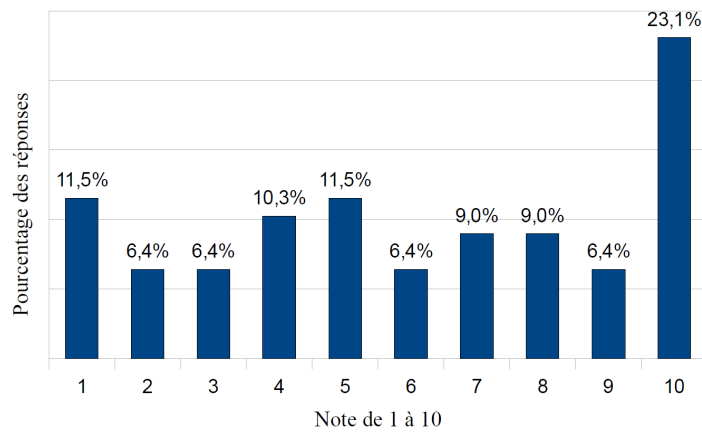


FIGURE 3 – Evaluation de la confiance en soi par l’échelle numérique

4 DISCUSSION

Le résultat du Q-MAT montre une motivation insuffisante chez plus de deux tiers des personnes interrogées. Ce chiffre passe à un tiers en utilisant l'échelle numérique. Les deux méthodes d'évaluation étaient corrélées mais de manière assez faible, ne permettant pas d'utiliser indifféremment l'une ou l'autre. Par contre, elles permettaient l'une comme l'autre de comparer les différents facteurs constitutifs de la motivation.

4.1 Les points forts et les limites de l'étude

L'enquête a été faite « en population » : le recrutement des personnes a été effectué dans la variété des services d'aide qu'elles fréquentent. Ceci a permis d'obtenir des données de prévalence qui n'étaient pas entachées d'un biais de recrutement lié au recours aux soins.

La plupart des personnes ont préféré répondre au questionnaire avec l'investigateur (moi-même). Ceci a permis une discussion et un échange qui a enrichi considérablement la réflexion autour de ce travail. En contrepartie, un biais dans le recueil des données a pu être introduit du fait de la présence de l'investigateur lors du remplissage des réponses. De plus, un biais de confusion a pu s'y ajouter car la population d'Annecy connaissait l'investigateur depuis quelques mois lors de l'enquête, alors que la population de Grenoble ne l'avait jamais vu. Les deux groupes étaient néanmoins comparables en tous points sauf au niveau des revenus. Comme le revenu n'a pas d'incidence sur la motivation ce facteur n'a pas été retenu comme biais de confusion.

Le questionnaire ne comportait aucune mesure objective pour diminuer le biais de déclaration. Il n'existe pas de mesure objective de la motivation mais, pour évaluer la dépendance, le taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré aurait pu être mesuré. Cette mesure aurait nécessité du matériel qui n'était pas disponible facilement.

L'utilisation du Q-MAT comme test de référence de la motivation peut être discutée. Ce test a été choisi car il est le test reconnu et utilisé en France [18]. D'autres tests existent mais n'ont pas été validés. Le test de Richmond est reconnu pour sa valeur prédictive du succès au sevrage mais non comme instrument de mesure de la motivation [19]. L'échelle numérique est utilisée par l'INPES mais aucune étude n'a permis de la valider.

Il faut ajouter que la motivation au sevrage tabagique des populations dans la très grande précarité n'a pas fait l'objet d'études spécifiques. Le fait

que le Q-MAT demandait une projection dans le futur amenait peut-être un biais de confusion. En effet, une étude récente montrait que les personnes qui vivent dans la précarité avaient justement des difficultés à envisager l'avenir [13]. Ce biais a été anticipé en ajoutant une évaluation de la motivation par une échelle visuelle numérique. Celle-ci ne tenant pas compte de la temporalité. Il paraissait intéressant d'avoir deux mesures différentes pour pouvoir les comparer.

Un biais de volontariat peut également être relevé car seules les personnes volontaires ont répondu au questionnaire. Il est possible que les personnes n'ayant pas souhaité répondre étaient moins motivées pour arrêter de fumer.

Cette étude reposait sur une population sélectionnée et avec un effectif assez faible.

Un dernier point est à évoquer. L'échelle de motivation a été évaluée de 1 à 10 et non de 0 à 10 ce qui peut introduire une erreur dans les résultats de moyenne et écart-type. Cette erreur disparaît lorsque l'on compare les différents sous-groupes. Pour plus de rigueur une analyse de sensibilité a été réalisée, en considérant que toutes les personnes ayant répondu 1 auraient répondu 0. Les résultats restaient tous significatifs.

4.2 Comparaison avec la littérature

4.2.1 Caractéristiques démographiques

La répartition homme / femme était superposable aux statistiques des différentes structures d'accueil (Annexe 1). En comparant à d'autres études réalisées dans des populations en grande précarité [20][21], on remarquait que la proportion de femmes était plus faible dans l'étude présente. Cette différence s'expliquait car ici était sélectionnée une population fumeuse et les femmes fument statistiquement moins que les hommes [4].

Concernant le budget, les populations d'Annecy étaient globalement plus riches qu'à Grenoble. Ce constat pouvait s'expliquer par le fait que le coût de la vie est supérieur à Annecy. Ainsi, même avec un revenu plus important, les populations étaient quand même dans la grande précarité. Peut-être aussi était-ce un biais de déclaration. Comme le revenu n'avait pas de conséquence sur la motivation au sevrage cet état de fait n'a pas été considéré comme un biais éventuel.

4.2.2 Niveau de dépendance

La comparaison des résultats obtenus avec ceux de la population générale montrait une dépendance statistiquement plus importante dans les populations précaires. La forte dépendance touchait 50% de la population étudiée contre environ 18% de la population générale [16]. Le détail peut être retrouvé en Annexe 5. Il n'y avait pas de différence statistique entre les deux sexes ($p=0,3$). Ces observations étaient concordantes avec celles de la littérature [5].

4.2.3 La motivation

Les résultats du Q-MAT montraient une motivation assez faible de la population étudiée avec 69,2% de personnes insuffisamment motivées au sevrage tabagique. Il était difficile de comparer ces résultats avec ceux de la population générale. En effet peu d'études ont été réalisées dans ce contexte mais plutôt chez des personnes déjà demandeuses d'une aide au sevrage et donc déjà motivées.

Une thèse réalisée en 2008 [22] recherchait la motivation au sevrage tabagique par le QMAT sur une population masculine fumeuse venant consulter un médecin généraliste. L'étude portait sur 32 sujets. Dans ce travail 48% étaient insuffisamment motivées, 32% moyennement et 19% fortement. (Ces chiffres étaient respectivement 69,2%, 17% et 13,8% dans la population très précaire) (Annexe 5). La différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,1$). La tendance laisse quand même imaginer que si les effectifs avaient été plus importants une motivation plus faible chez les personnes précaires aurait pu ressortir.

L'évaluation par l'échelle numérique était beaucoup plus optimiste que le Q-MAT sur le nombre de personnes motivées pour un sevrage. Il est tout à fait possible que la capacité à se projeter dans le futur soit un facteur fort de la motivation et que ce soit cet élément qui rende le sevrage difficile dans ces populations. Par contre, on ne peut pas dire que ces personnes n'ont pas envie d'arrêter de fumer. Il y avait proportionnellement autant de tentatives d'arrêt chez elles que dans la population générale (66% dans la population très précaire de cette étude versus 61% dans la population générale en 2005 [4] ($p=0,24$)). Les intentions d'arrêt étaient également similaires [23] (Annexe 5).

L'important serait de tenir compte de cette difficulté à envisager le futur dans la mise en place du travail d'aide au sevrage. Une part de l'accompagnement pourrait être consacrée à l'élaboration de projets d'avenir.

4.2.4 Facteurs démographiques et comportementaux

Les femmes de la population étudiée étaient plus motivées pour arrêter de fumer que les hommes. Le tabagisme des femmes a fait l'objet d'une attention particulière ces dernières années, c'est peut-être le fruit de ces efforts qui se révélait ici.

Une forte proportion de personnes consommatrices de cannabis (44%) a été retrouvée dans ce travail. L'étude SAMENTA [20], qui s'intéressait aux addictions des personnes sans logement à Paris, retrouvait une proportion de fumeurs de cannabis à 21,7% (dont 16,1% de fumeurs réguliers). Cette différence s'expliquait probablement par le fait que c'était une population de fumeurs de tabac qui a été sélectionnée et non pas le « tout-venant » des personnes dans la grande précarité.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la motivation au sevrage tabagique entre les personnes consommatrices ou non de cannabis.

36% de la population précaire étudiée déclarait boire de l'alcool tous les jours. L'étude SAMENTA retrouvait 21% de personnes sans domicile fixe avec une addiction à l'alcool. Encore une fois les chiffres retrouvés étaient plus élevés car une population de fumeurs était sélectionnée. Les études retrouvaient une corrélation positive entre la consommation d'alcool et celle de tabac dans la population générale [17]. Cette association était dose-dépendante : les gros fumeurs buvaient plus que les petits fumeurs et inversement les gros buveurs fumaient plus que les petits buveurs [17].

Ce travail montrait par ailleurs que la motivation au sevrage était moindre chez les populations consommant de l'alcool tous les jours. Une thèse réalisée en 2011 avait étudié la variation de motivation au sevrage tabagique dans les suites d'un sevrage en alcool. Le faible effectif n'avait pas permis de mettre en évidence de différence statistiquement significative [24].

4.2.5 Facteurs constitutifs de la motivation

La comparaison à la littérature a été réalisée en s'appuyant sur une étude quantitative descriptive réalisée par l'ITC (International Tobacco Control)

en 2011 en France [23] et sur cinq études qualitatives (trois études françaises [5][25][11] et deux études australiennes [14][26]).

4.2.5.1 Les facteurs intrinsèques

- La gestion du stress

Dans les études, la lutte contre le stress revenait dans presque tous les entretiens comme justification du tabagisme. Le tabac était considéré comme ayant des effets bénéfiques marqués (effet calmant, relaxation, antistress).

La même constatation était faite dans ce travail. La gestion du stress était l'élément le plus cité comme facteur motivant la consommation de tabac (Annexe 4).

Des études tendent pourtant à prouver que les troubles anxieux apparaissent le plus souvent après le début du tabagisme [17]. Il semble également que l'arrêt du tabac puisse s'accompagner d'une amélioration de l'anxiété [17]. Il serait très important de faire passer ce message dans les missions d'aide au sevrage dans ces populations. Il faudrait également prendre en charge la personne de manière globale et jouer au maximum sur les conditions de vie pour améliorer les chances de réussite d'un sevrage.

- Le plaisir

Le tabagisme était souvent considéré dans la littérature comme : « le dernier plaisir » [25]. Les personnes interrogées n'ont pas mis ce point en avant. La cigarette jouait pour eux un rôle thérapeutique et nécessaire plus qu'elle n'était un plaisir.

- L'ennui

Les études parlaient d'ennui, de « temps vide » que la cigarette viendrait combler. Cette idée était présente mais elle n'était pas au cœur du problème dans ce travail. Moins de la moitié des personnes citaient l'ennui comme raison de fumer et moins d'un tiers citaient la peur de l'ennui comme frein au sevrage tabagique.

- La confiance en sa réussite

Les études montraient souvent des doutes chez les personnes sur leur propre capacité à arrêter de fumer. En comparant les résultats obtenus par l'échelle de confiance en soi et les chiffres avancés par l'étude ITC France de 2011, on constatait que les personnes dans la précarité n'avaient pas moins confiance en leur capacité que la population générale (Annexe 5). Il faudra par contre être nuancé en interprétant ces chiffres qui n'étaient peut être pas si encou-

rageants. Des personnes parfois peu motivées à arrêter affirmaient que c'était une question de volonté et que si elles le décidaient elles arrêteraient facilement. « Quant on veut on peut ! ». Cette position entraînait un non recours aux aides possibles. De plus cela montrait qu'elles sous-estimaient leur niveau de dépendance. Une tentative d'arrêt aura très peu de chances d'aboutir à un sevrage définitif et l'échec majorera la dégradation de l'image de soi.

- Le syndrome dépressif

La question du moral a été abordée car un syndrome dépressif aurait pu être un frein à proposer un sevrage tabagique. Dans cette étude, la note moyenne du moral était à 6,3/10. 73,7% ont donné une note supérieure ou égale à 5/10 à leur humeur. Cet élément devrait donc être pris en compte de la même manière que dans la population générale et ne devrait en rien empêcher la mise en place d'une aide au sevrage.

4.2.5.2 Les facteurs extrinsèques

- Une pratique socialisante

Les études montraient que le tabagisme n'était plus une norme sociale dans les milieux favorisés mais restait une pratique très ancrée dans les milieux plus précaires.

L'initiation au tabagisme avait souvent été faite par les pairs ou en famille et à un très jeune âge. Le tabac était un objet d'échange, c'était une pratique socialisante qui créait un lien fort. Il n'y avait aucune honte à fumer, l'entourage était le plus souvent fumeur.

Ces données étaient très présentes également dans la population étudiée. La convivialité était une motivation à fumer à un même niveau que le plaisir. Dans la population générale l'exemple à donner et l'entourage étaient les motifs les plus souvent cités pour arrêter de fumer. Dans les populations précaires ces motivations étaient secondaires (Annexe 5). Ceci s'expliquait car l'entourage était majoritairement fumeur et poussait plus souvent à la consommation qu'à l'arrêt du tabac.

- Le prix des cigarettes

La question du prix des cigarettes motivait statistiquement moins les populations précaires que la population générale (45,2% dans les population très précaires contre 62,8% dans la population générale [23] ($p < 0,001$) (Annexe 5)). Le niveau de dépendance très important impliquait probablement une poursuite du tabagisme quelles qu'en soient les conditions. C'est la façon de consommer le tabac qui changeait comme en témoignait la forte propor-

tion de fumeurs de tabac à rouler (51% dans cette étude contre 13% dans la population générale [23]). Le risque de ce type de consommation est une toxicité majorée par l'absence de filtre ou un filtre de qualité médiocre. De plus les fumeurs peuvent compenser une moindre disponibilité du nombre de cigarettes par une inhalation plus profonde, une pause inspiratoire plus longue, des mégots plus courts. Ils continuent ainsi à absorber la même quantité de nicotine avec moins de cigarettes. Malheureusement, par cette procédure, c'est la quantité de toxiques inhalés qui augmente.

- Les moyens d'aide

Le peu de connaissance sur les moyens et les structures d'aide au sevrage tabagique était souvent reconnu comme une entrave à l'arrêt dans les populations précaires. Ceci était aggravé par le peu de confiance dans les moyens d'aide (« inefficacité des patchs », « seule la volonté compte »). Ces items revenaient également dans la population étudiée, surtout concernant l'inefficacité des substituts nicotiques. Le manque de connaissance sur les structures d'aide était sans doute présent mais il n'était identifié que par 27% des personnes comme un obstacle à leur sevrage.

En associant leur idée que la volonté est nécessaire et suffisante au sevrage avec leur conviction de l'inefficacité des substituts nicotiques, on comprend que le débat sur le remboursement des patchs passait chez eux au second plan. Il est bien sûr important que l'accès aux substituts nicotiques soit simplifié pour ces personnes mais ce n'est pas cet élément qui sera garant d'un succès. C'est aussi ce qui a été constaté par la Haute Autorité de Santé : « Les études réalisées auprès des personnes en situation de précarité révèlent, en premier lieu, une absence de mobilisation initiale par rapport aux démarches d'aide au sevrage tabagique, y compris lorsque les thérapeutiques sont mises à disposition gratuitement (taux de participation très bas) » [17]

L'élément qui motivait le plus la population précaire étudiée était la mise en place d'un suivi individualisé. 54,4% seraient intéressés et motivés par une telle initiative. En comparaison seuls 28% seraient motivés si le prix du tabac devait encore augmenter. Cela conforte l'idée que le sevrage dans ces populations passe par une prise en charge individualisée et globale de la personne.

4.3 Contexte et perspectives

La grande précarité est un facteur de renoncement aux soins. Une phrase prononcée par une personne interrogée dans la thèse de A. Rode

résumait bien la situation : « quand tu as des difficultés dans le vie c'est plus difficile de se soumettre aux problèmes de santé à moins que tu sois vraiment mal » [27].

Dans le guide des CHRS il était précisé : « Ce qui tue prématurément les personnes vivant dans la précarité ce sont les pathologies ordinaires aggravées par le manque ou le retard de soins et l'absence de prévention » [28].

Ceci illustre la difficulté pour ces personnes à demander de l'aide ou se soigner. Elles ont très souvent un parcours marqué de ruptures, source d'une mauvaise estime d'elles-mêmes, de dévalorisation dans le regard des autres. Ces éléments font perdre à la personne l'idée même qu'elle est digne de se soigner ou de demander une aide pour arrêter de fumer. Dans ce cadre, l'approche par le sevrage tabagique prend tout son sens. L'aide au sevrage apporte un suivi bienveillant et régulier à la personne. Un succès sera très valorisant et pourra permettre de réinvestir cette énergie positive dans d'autres champs de la vie (travail, études, famille etc...).

Toute la difficulté est d'amener ces personnes aux soins. C'est ici que le rôle du médecin généraliste, de l'infirmière ou de l'éducateur est prépondérant. L'enjeu dépasse largement celui du tabagisme pour concerner la restauration de l'estime de soi et la lutte contre les inégalités sociales de santé [29].

5 CONCLUSION

Le tabagisme des populations dans la grande précarité est un sujet pré-occupant et malheureusement trop souvent jugé non prioritaire par les professionnels. Ce travail, focalisé sur les personnes très précaires d'Annecy et Grenoble, montre que leur motivation au sevrage tabagique n'est pas différente de celle de la population générale. Leur proposer un sevrage est justifié.

L'étude de leur motivation a permis de dégager plusieurs axes à considérer particulièrement. Les femmes sont très demandeuses d'aide au sevrage et il serait dommage de ne pas leur proposer des solutions adaptées. Le fait de consommer de l'alcool tous les jours est associé à motivation plus faible au sevrage tabagique et il paraît difficile d'arrêter le tabac sans arrêter l'alcool. Les tentatives antérieures d'arrêt doivent être considérées comme des points positifs et non comme des échecs.

Les facteurs qui construisent la motivation sont différents de ceux retrouvés dans la population générale. Le rôle du tabac dans la gestion du stress est prépondérant, plus que le soutien moral, le plaisir et la convivialité. Les facteurs extérieurs tels que le prix des cigarettes ou la pression sociale ne sont pas des facteurs prépondérants pour leur motivation. Il est important de noter également le fort niveau de dépendance et la difficulté à se projeter dans le futur qui sont deux obstacles à la réussite du sevrage. Les aides à l'arrêt du tabac devront tenir compte de ces particularités et proposer une prise en charge globale. Celle-ci devra comporter un travail orienté sur le stress, les conditions de vie, les projets d'avenir et la revalorisation de soi. Le remboursement des substituts nicotiques est nécessaire mais très largement insuffisant.

Les personnes dans la grande précarité ont tendance à renoncer aux soins, à ne consulter un médecin qu'en cas d'urgence. Tout l'enjeu est de les amener vers une démarche de prévention. Ce travail s'inscrit aussi dans cette optique en montrant qu'il est justifié de proposer un sevrage à ces populations. Le médecin généraliste, mieux armé, pourra en parler sans hésitation. Les professionnels, mieux informés, pourront remettre en cause les bénéfices qu'ils prêtent actuellement au tabac. Dès lors ils pourront devenir un vecteur actif de la lutte contre le tabagisme.

Il ne s'agit pas de lutter contre le tabagisme chez les personnes précaires mais de lutter contre les inégalités de santé en utilisant la question du tabagisme dans sa dimension globale.

THESE SOUTENUE PAR : Sandra MARTENS

TITRE : Etude de la motivation au sevrage tabagique dans une population en grande précarité

CONCLUSION

Le tabagisme des populations dans la grande précarité est un sujet préoccupant et malheureusement trop souvent jugé non prioritaire par les professionnels. Ce travail, focalisé sur les personnes très précaires d'Annecy et Grenoble, montre que leur motivation au sevrage tabagique n'est pas différente de celle de la population générale. Leur proposer un sevrage est justifié.

L'étude de leur motivation a permis de dégager plusieurs axes à considérer particulièrement. Les femmes sont très demandeuses d'aide au sevrage et il serait dommage de ne pas leur proposer des solutions adaptées. Le fait de consommer de l'alcool tous les jours diminue nettement la motivation au sevrage tabagique et il paraît difficile d'arrêter le tabac sans arrêter l'alcool. Les tentatives antérieures d'arrêt doivent être considérées comme des points très positifs, augmentant la motivation, et non comme des échecs.

Les facteurs qui construisent la motivation sont différents de ceux retrouvés dans la population générale. Le rôle du tabac dans la gestion du stress est prépondérant, plus que le soutien moral, le plaisir et la convivialité. Les facteurs extérieurs tels que le prix des cigarettes ou la pression sociale ne sont pas des facteurs majeurs pour leur motivation. Il est important de noter également le fort niveau de dépendance et la difficulté à se projeter dans le futur qui sont deux obstacles à la réussite du sevrage. Les aides à l'arrêt du tabac devront tenir compte de ces particularités et proposer une prise en charge adaptée et globale. Celle-ci devra comporter un travail orienté sur le stress, les conditions de vie, les projets d'avenir et la revalorisation de soi. Le remboursement des substituts nicotiques est nécessaire mais très largement insuffisant.

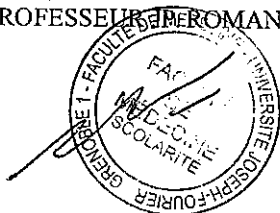
Les personnes dans la grande précarité ont tendance à renoncer aux soins, à ne consulter un médecin qu'en cas d'urgence. Tout l'enjeu est de les amener vers une démarche de prévention. Ce travail s'inscrit aussi dans cette optique en montrant qu'il est justifié de proposer un sevrage à ces populations. Le médecin généraliste, mieux armé, pourra en parler sans hésitation. Les professionnels, mieux informés, pourront remettre en cause les bénéfices qu'ils prêtent actuellement au tabac. Dès lors ils pourront devenir un vecteur actif de la lutte contre le tabagisme.

Il ne s'agit pas de lutter contre le tabagisme chez les personnes précaires mais de lutter contre les inégalités de santé en utilisant la question du tabagisme dans sa dimension globale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 20/11/2012

LE DOYEN
PROFESSEUR J. BEROMANET



LE PRESIDENT DE THESE
PROFESSEUR C. BRAMBILLA

CHU de Grenoble
Pôle Cancérologie, Médecine Aiguë
& Communautaire
Pneumologie - Consultations
Pr C. BRAMBILLA
N° RPPS : 10003869384

Références

- [1] Hill C. Épidémiologie du tabagisme. *La Revue du praticien*. 2012; 62(3) :325-9.
- [2] David A, Esson K, Perucic AM, Fitzpatrick C. Tobacco use : equity and social determinants. *Equity, social determinants and public health programmes*. 2010 ;199.
- [3] ANAES : L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Editions EDK, Paris. 1998.
- [4] Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Peretti-Watel P. Premiers résultats du baromètre santé 2010 Evolutions récentes du tabagisme en France. Saint-Denis, INPES 2010 Accessible à l'adresse : <http://destination-sante.info/IMG/pdf/barometre%20sante%202010%20INPES.pdf>
- [5] Peretti-Watel P, Constance J. « It's all we got left ». Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *International journal of environmental research and public health*. 2009 ;6(2) :608-21
- [6] Moquet MJ. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La santé de l'homme*. 2008 ;(397).
- [7] Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking : indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *The Lancet*. 2006 ;368(9533) :367-70.
- [8] Kunst A, Giskes K, Mackenbach J. Socio-economic inequalities in smoking in the European Union : applying an equity lens to tobacco control policies. Brussels : European Network of Smoking Prevention. 2004 ;1-40.
- [9] Dobson R. Poor more likely to smoke and less likely to quit. *BMJ : British Medical Journal*. 2004 ;328(7445) :914.
- [10] Jefferis BJMH, Power C, Graham H, Manor O. Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow-up in a British birth cohort. *Journal of Public Health*. 2004 ;26(1) :13-8.
- [11] Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé - Centre Régional d'Information et de Prévention Sida. (C.R.A.E.S.-C.R.I.P.S.). Lyon. Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale en Rhône-Alpes. (F.N.A.R.S.). Lyon. La prévention du tabagisme en milieu précaire : Quelle légitimité en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ? IREPS/CRIPS ; 2005 p. 28p. Accessible à l'adresse : <http://education-santera.org/publications/2005/pretab.pdf>

- [12] Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking : a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2012 févr ;1248(1) :107-23.
- [13] Merson F, Perriot J. Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique. *Santé Publique*. 2011 ;23(5) :359-70.
- [14] Bryant J, Bonevski B, Paul C, O'Brien J, Oakes W. Developing cessation interventions for the social and community service setting : A qualitative study of barriers to quitting among disadvantaged Australian smokers. *BMC public health*. 2011 ;11(1) :493.
- [15] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale : séances des 10 et 11 février 1987. *Direction des journaux officiels* ; 1987.
- [16] Beck F, Guignard R, Richard JB, Spilka S, Tovar ML. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, exploitation des données du Baromètre santé. *Tendances*. 2011 ;(76) :6.
- [17] Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutique d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficience et prise en charge financière. 2007 ;
- [18] Aubin HJ, Lagrue G, Legeron P, Azoulaï G, Pelissolo S, Humbert R, et al. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) : Construction et validation. *Alcoolologie et addictologie*. 2004 ;26(4) :311-6.
- [19] Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993 ;88(8) :1127-35.
- [20] Laporte A, Douay C, Détrez MA, Le Masson V, Le Méner E, Chauvin PS. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Paris : Observatoire du Samusocial de Paris. 2010 ;225.
- [21] Brousse C, Guiot D, Masse E. Hébergement et distribution de repas chauds. Qui sont les sans domicile usagers de ces services? *Insee-Première*, n 824, January 2002 ;
- [22] Noël Gravier N. Intérêt du dépistage de la dysfonction érectile dans la motivation au sevrage tabagique ? : à propos d'une enquête en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2008.
- [23] Craig L, Guignard R, Wilquin J-L, Beck F, Arwidson P, Deutsch A, et al. Rapport national ITC France : Résultats de la deuxième vague. Promouvoir des stratégies fondées sur des preuves pour contrer l'épidémie mondiale de tabagisme. Waterloo (CAN) : University of Waterloo ; 2011.

- [24] Pinaud B. Evolution de la motivation au sevrage tabagique dans les suites d'un sevrage alcoolique [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux II; 2011.
- [25] Constance J, Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. *Ethnologie française*. 2010 ;40(3) :535-42.
- [26] Paul CL, Ross S, Bryant J, Hill W, Bonevski B, Keevy N. The social context of smoking : a qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. *BMC public health*. 2010 ;10(1) :211.
- [27] Rode A. Le'non-recours' aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Université Pierre Mendès-France-Grenoble II; 2010. Accessible à l'adresse : [http ://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00488403/](http://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00488403/)
- [28] Lallemand D. Guide des CHRS : références et évolutions. 2000.
- [29] Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier; 2011.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Présentation des structures

A Annecy:

L'HERMINETTE

Accueil de jour ouvert tous les matins de la semaine où les personnes peuvent prendre un petit déjeuner, poser leurs affaires, prendre une douche. Deux éducateurs sont présents sur les lieux.

Nombre de passages par jour: autour de 60 passages par jour en hiver et 50 au printemps (la période de l'étude). 80% d'hommes et 20% de femmes, environ 15% d'étrangers.

CHRS La Traverse

Centre d'hébergement pour les femmes.

Quelques chiffres: 7 chambres individuelles en hébergement collectif pour des femmes seules dont deux sont dédiées à l'accueil des femmes victimes de violences. Douze logements extérieurs pouvant accueillir des femmes accompagnées d'enfants ou des familles. L'accueil se fait toute l'année 24h sur 24 en partenariat étroit avec les services sociaux, la police et la justice.

CHRS Saint François

Centre d'hébergement pour hommes seuls et majeurs.

Quelques chiffres: 34 places en hébergement collectif et 19 places en appartements. Tous les âges et toutes les typologies de publics sont représentés.

A Grenoble:

POINT D'EAU

Lieu d'accueil de jour où les personnes peuvent prendre une douche, faire une lessive, déposer leurs affaires ou prendre leur courrier. Lieu créé en 1991.

Quelques chiffres : En 2011, 354 permanences, environ 59 passages par ouverture (augmentation constante depuis 2009)

75,7% d'hommes et 24,2% de femmes

14% de moins de 18 ans, 32% de 18 à 25 ans, 44% de 26 à 50 ans et 11% de plus de 51 ans

45% de personnes sans logement

LE FOURNIL

Lieu fournissant un repas à midi aux personnes précaires. Créé en 1995

Quelques chiffres: En moyenne 60 passages par jour, 75% d'hommes, 16 % de moins de 18 ans

Accepte toutes les personnes sans distinction aucune.

CHRS LA HALTE

Centre d'hébergement en priorité pour des familles mais également des personnes isolées (Femmes ou Hommes) pour des séjours de 3 à 6 mois. La capacité de ce CHRS est de 30 places.

CHRS LE COTENTIN

Centre d'hébergement pour les hommes d'une capacité de 70 places. Il accueille pour des séjours de 6 à 8 mois des hommes de 18 à 65 ans en difficultés sociales ou en situation d'insertion.

Les CHRS sont des établissements sociaux financés par l'aide sociale qui, depuis la Loi de Lutte contre les Exclusions de 1998, sont inscrits dans une politique de coordination territoriale dont l'objectif premier est d'aider les personnes à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Les CHRS proposent d'accueillir, à la demande, les personnes dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale et qui ont besoin d'un soutien matériel, psychologique et, le cas échéant, d'une action éducative temporaire.

ANNEXE 2 : Le Questionnaire

INFORMATIONS GENERALES

Dans quelle tranche d'âge êtes-vous?

- moins de 20 ans
- entre 20 et 29 ans
- entre 30 et 39 ans
- entre 40 et 49 ans
- plus de 50 ans

Vous êtes?

- un homme
- une femme

Où logez-vous?

- Dans la rue, les parkings
- Dans un squat
- Dans une caravane, un camion
- Dans un centre d'hébergement et de réinsertion social
- En centre d'hébergement d'urgence, à l'abris pour personne avec un chien, au 115
- En hôtel
- Dans un logement personnel
- Hébergé par un particulier
- Autre :

Quelles sont vos sources de revenus?

- Aucune
- Manche
- RSA
- Interim
- CDD
- CDI
- travail au noir
- Autre :

Pouvez-vous précisez vos revenus par mois?

Facultatif

- Aucun
- moins de 399 euros par mois
- entre 400 et 599 euros par mois
- entre 600 et 799 euros par mois
- plus de 800 euros par mois

Quel budget consacrez vous au tabac par mois?

- moins de 50 euros par mois

entre 50 et 100 euros par mois
entre 100 et 150 euros par mois
entre 150 et 200 euros par mois
plus de 200 euros par mois

Avez-vous la couverture maladie universelle (CMU)?

oui
non

Que fumez-vous?

des cigarettes industrielles
des cigarettes roulées
des cigares / cigarillos
la pipe
Autre :

Buvez-vous de l'alcool tous les jours?

oui
non

Fumez vous du cannabis?

oui
non

Consommez-vous d'autres drogues?

oui
non

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne?

10 ou moins
de 11 à 20
de 21 à 30
31 ou plus

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?

dans les 5 premières minutes
6 à 30 minutes
31 à 60 minutes
plus de 60 minutes

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer?

oui
non

Vous a-t-on déjà proposé de vous aider à arrêter de fumer?

oui
non

CONCERNANT VOTRE MOTIVATION

Avez-vous envie d'arrêter de fumer?

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Enormément

Pensez-vous que dans 4 semaines...

- Vous fumerez plus?
- Vous fumerez toujours autant?
- Vous aurez un peu diminué?
- Vous aurez beaucoup diminué?
- Vous aurez arrêté de fumer?

Pensez-vous que dans 6 mois...

- Vous fumerez plus?
- Vous fumerez toujours autant?
- Vous aurez un peu diminué?
- Vous aurez beaucoup diminué?
- Vous aurez arrêté de fumer?

Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer?

- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Très souvent

Vous évaluez votre motivation pour arrêter de fumer à:

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | | | | | | | | | | | |

Vous évaluez votre confiance pour y arriver à:

si vous avez envie d'arrêter

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | | | | | | | | | | | |

Si vous deviez donner une note sur 10 à votre moral ce serait:

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | | | | | | | | | | | |

LE TABAC ET VOUS

Le tabac est important pour vous parce que:

| | Pas du tout | Pas vraiment | Un peu | Beaucoup |
|---|-------------|--------------|--------|----------|
| Cela vous apporte du plaisir | | | | |
| Cela vous permet de gérer votre stress | | | | |
| Cela vous permet de ne pas vous ennuyer | | | | |
| Cela vous aide quand vous n'avez pas trop le moral | | | | |
| Cela vous rassure, vous donne une contenance | | | | |
| Cela vous permet de vous stimuler ou de vous concentrer | | | | |
| Cela permet un moment convivial | | | | |

Autre

Qu'est ce qui vous pousserait à arrêter de fumer?

| | Pas du tout | Pas vraiment | Un peu | Beaucoup |
|--|-------------|--------------|--------|----------|
| Le prix des cigarettes, faire des économies | | | | |
| Des problèmes de santé actuels liés au tabac | | | | |
| Retrouver une bonne condition physique | | | | |
| Protéger ma santé, peur de la maladie, du cancer | | | | |
| L'envie d'être plus libre, ne pas être dépendant | | | | |
| Le respect de mon entourage | | | | |
| Mieux respirer | | | | |
| Retrouver plus de goût et d'odorat | | | | |

Autre

Qu'est ce qui vous freinerait pour arrêter de fumer?

| | Pas du tout | Pas vraiment | Un peu | Beaucoup |
|---|-------------|--------------|--------|----------|
| Le prix des patches | | | | |
| La peur d'être irritable, énervé | | | | |
| La peur de déprimer | | | | |
| J'ai d'autres choses à régler d'abord | | | | |
| La peur de prendre du poids | | | | |
| La peur de ne pas y arriver | | | | |
| Le manque du geste | | | | |
| La peur de m'ennuyer | | | | |
| Je ne sais pas comment faire, à qui m'adresser | | | | |
| Ma situation personnelle est un frein pour arrêter de fumer | | | | |

Autre

Pensez-vous que ces éléments pourraient vous aider à vous motiver?

| | Pas du tout | Pas vraiment | Un peu | Beaucoup |
|---|-------------|--------------|--------|----------|
| Une réunion collective d'information sur le tabac et les aides pour arrêter | | | | |
| Un accompagnement individuel pour vous soutenir | | | | |
| Le remboursement des patches/pastilles nicotiques | | | | |
| Une augmentation du prix du tabac | | | | |

Autre

Avez-vous des remarques?

ANNEXE 3 : Les Scores

MINI FAGERSTRÖM:

Ce test évalue rapidement la dépendance au tabac. Il comporte 2 questions.

Combien de cigarettes fumez-vous?

10 ou moins : 0 point

11 à 20 : 1 point

21 à 30 : 2 points

Plus de 31 : 3 points

Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette?

moins de 5 min : 3 points

6 à 30 min : 2 points

31 à 60 min: 1 point

plus de 60 min: 0 point

Le score est sur 6 :

0 à 1 : pas ou faiblement dépendant

2 à 3 : dépendance moyenne

4 à 6 : dépendance forte

Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac : Q MAT

Test élaboré par Gilbert Lagrue et Patrick Légeron pour évaluer la motivation des personnes au sevrage tabagique.

Première question: **Avez-vous envie d'arrêter de fumer?**

Pas du tout : 0 point

Un peu : 1 point

Beaucoup : 2 points

Énormément : 3 points

Deuxième question: **Pensez-vous que dans 4 semaines...**

Vous fumerez toujours autant : 0 point

Vous aurez un peu diminué : 2 points

Vous aurez beaucoup diminué : 4 points

Vous aurez arrêté de fumer : 6 points

Troisième question : **Pensez-vous que dans 6 mois...**

Vous fumerez toujours autant : 0 point

Vous aurez un peu diminué : 2 points

Vous aurez beaucoup diminué : 4 points

Vous aurez arrêté de fumer : 8 points

Quatrième question : **Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer?**

Jamais : 0 point

Quelquefois : 1 point

Souvent : 2 points

Très souvent : 3 points

score sur 20

On les classe en 3 catégories:

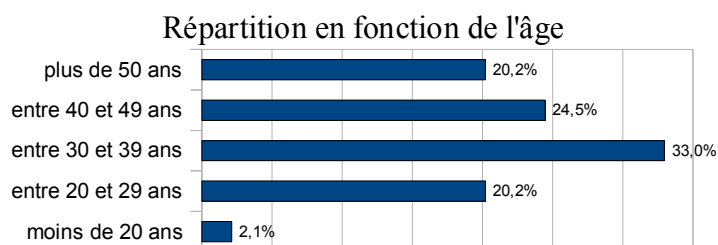
Score inférieur à 6 : motivation insuffisante

Score entre 7 et 13 : motivation moyenne

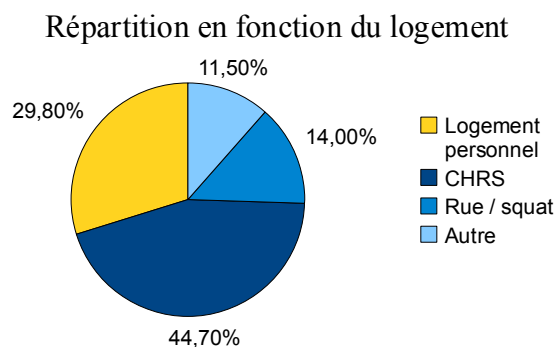
Score supérieur à 13 : bonne et très bonne motivation

ANNEXE 4 : Détail des résultats

4.1 : Données démographiques

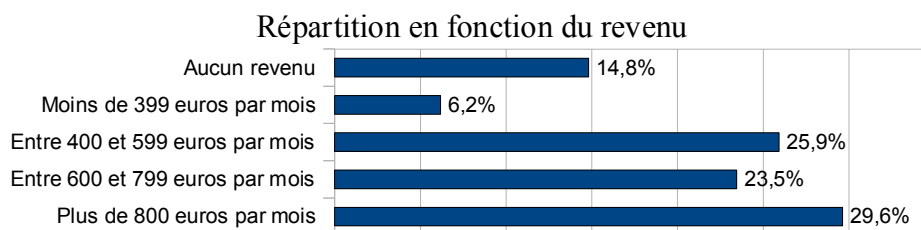


Concernant le logement, 29,8% avaient un logement personnel. Les autres 70,2% de la population d'étude étaient considérés comme sans domicile fixe (camembert ci-contre). En effet sont considérées comme sans domicile fixe «les personnes qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation ou qui sont prises en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation». (30) Les personnes logées en CHRS sont donc considérées comme sans logement personnel.



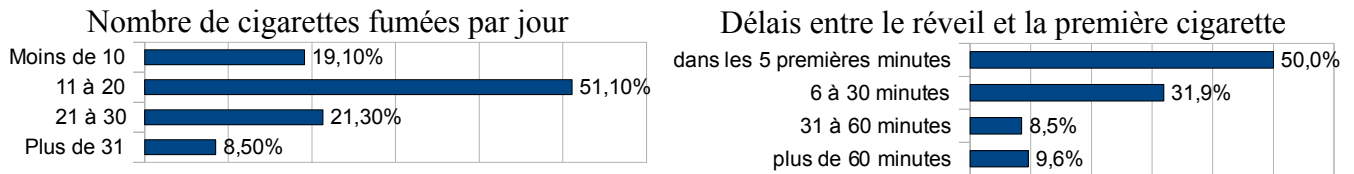
Les 11,5% classés dans «autre» sont logés soit dans des structures d'urgence à la nuit soit dans des foyers sociaux différents des CHRS, soit en solution temporaire chez des particuliers.

Concernant les revenus, 46,9 % ont moins de 600 euros par mois pour vivre et plus de 70% ont moins de 800 euros par mois.

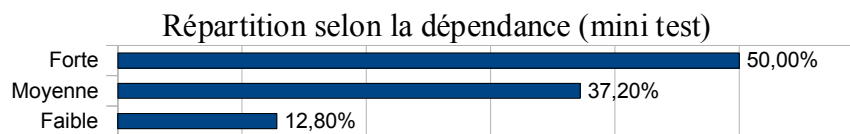


4.2 Niveau de dépendance

La majorité des personnes ayant répondu fumait entre 11 et 20 cigarettes par jour (51,1%). 30% fumaient plus de 20 cigarettes par jour. 50% des personnes fumaient leur première cigarette dans les 5 premières minutes après leur réveil et 81,9% dans la première demi-heure. (figures ci-dessous)



Le test de Fagerström simplifié ou «mini test» retrouvait une dépendance forte au tabac chez 50% des personnes interrogées. (figure ci-dessous)



4.3 Motivation

Résultats des 4 questions du test Q MAT

| Envie d'arrêter de fumer | Pas du tout | 23 (24,7%) | Pas content de fumer | Jamais | 31 (33%) |
|--------------------------|-------------|------------|----------------------|--------------|------------|
| | Un peu | 32 (34,4%) | | Quelquefois | 36 (38,3%) |
| | Beaucoup | 21 (22,6%) | | Souvent | 17 (18,1%) |
| | Enormément | 17 (18,3%) | | Très souvent | 10 (10,6%) |
| Total | | 93 | | 94 | |

| Dans 4 semaines... | Fume plus ou autant | 53 (60,9%) | Dans 6 mois... | Fume plus ou autant | 43 (50%) |
|--------------------|---------------------|------------|----------------|---------------------|------------|
| | Un peu moins | 23 (26,4%) | | Un peu moins | 17 (19,8%) |
| | Beaucoup moins | 7 (8%) | | Beaucoup moins | 11 (12,8%) |
| | Arrêté | 4 (4,5%) | | Arrêté | 15 (17,4%) |
| Total | | 87 | | 86 | |

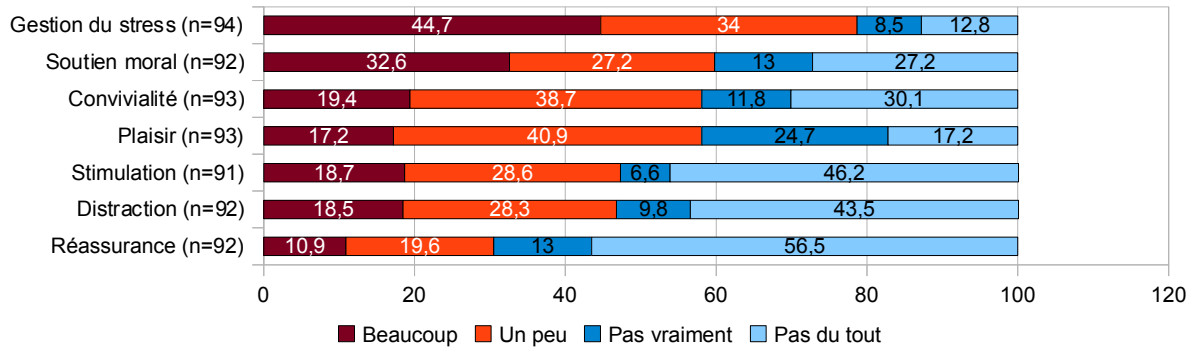
Éléments démographiques déterminants de la motivation :

Motivation par le Q-MAT

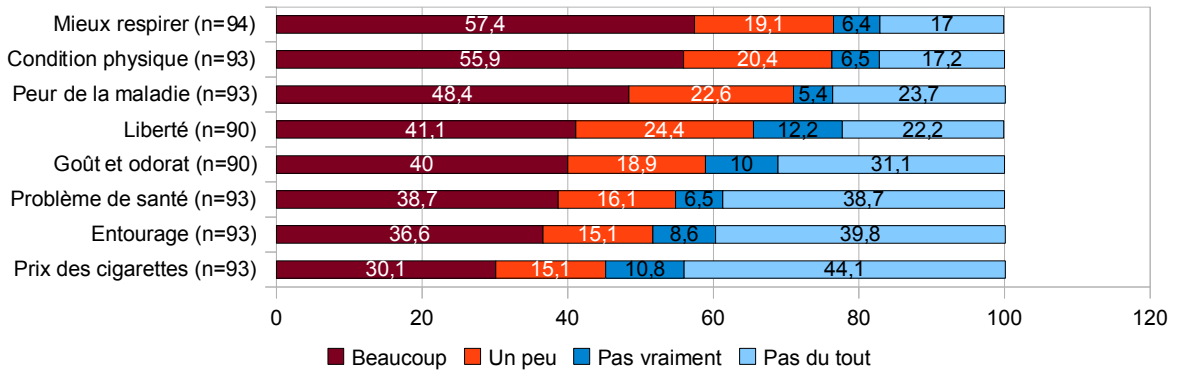
| | | N | Moyenne | Ecart type | |
|------------------------------|-------|----|---------|------------|---------|
| Sexe | Homme | 69 | 4,84 | 5,11 | p=0,038 |
| | Femme | 25 | 7,48 | 6,04 | |
| Consommation d'alcool | Oui | 24 | 3,46 | 4,48 | p=0,030 |
| | Non | 70 | 6,26 | 5,52 | |
| Tentative antérieure d'arrêt | Oui | 62 | 6,85 | 5,9 | p=0,001 |
| | Non | 32 | 3 | 3,32 | |

4.5 Facteurs déterminant de la motivation à la consommation et au sevrage

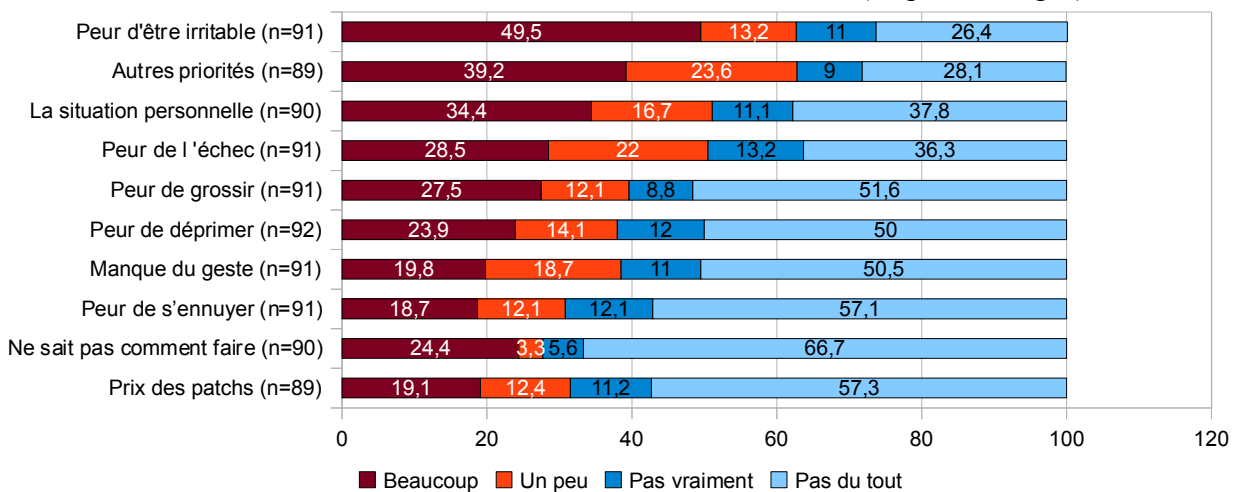
Facteurs motivant la consommation de tabac (en pourcentages)



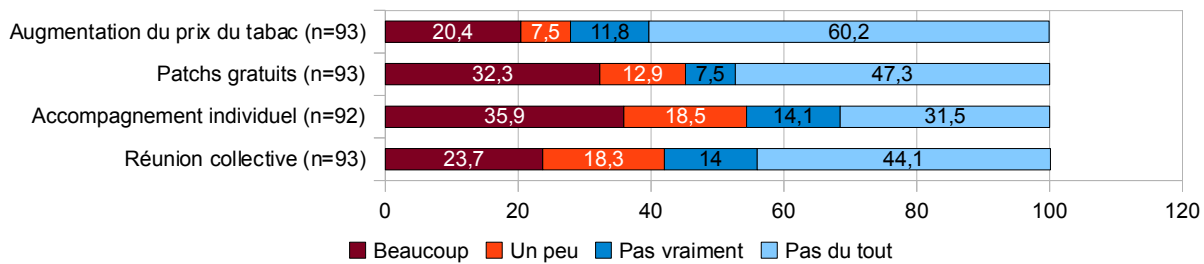
Facteurs motivant l'arrêt de la consommation de tabac (en pourcentages)



Facteurs freinant l'arrêt de la consommation de tabac (en pourcentages)

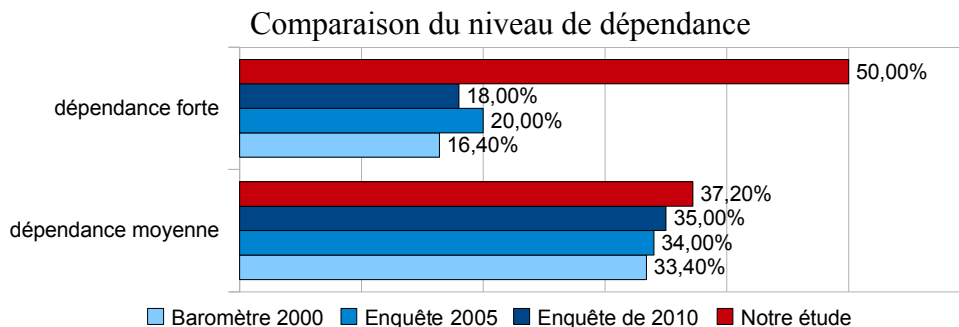


Éléments extérieurs pouvant motiver le sevrage (en pourcentages)



ANNEXE 5 : Comparaison avec la littérature

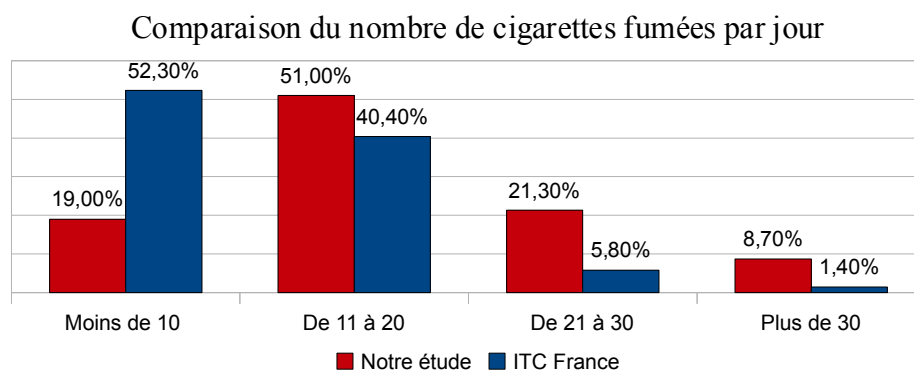
5.1 Le niveau de dépendance



Références : Baromètre 2000 cité dans les recommandations de l'HAS de 2007 (17)

Les enquêtes de 2005 et 2010 sont présentées dans le travail de F.Beck pour l'INPES en 2010 (16)

Si l'on considère le nombre de cigarettes fumées par jour : comparaison avec enquête ITC France de 2011 (23). La population précaire fume plus que la population générale.

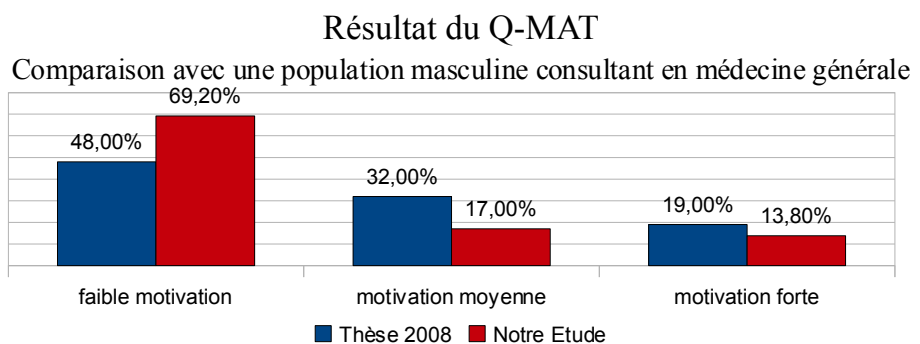


De plus dans notre étude 50% fument leur première cigarette dans les 5 minutes après le levé, dans l'étude sur le niveau d'usage des drogues de 2010 (20), seuls 15% fument leur première cigarette dans les 5 minutes après le réveil.

5.2 La motivation

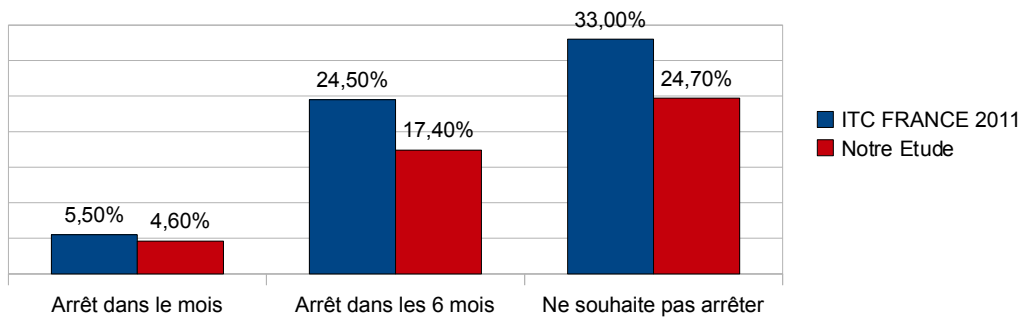
Comparaison avec la thèse de Noëlle Gravier (22)

$p = 0,1$



5.3 Les intentions d'arrêt

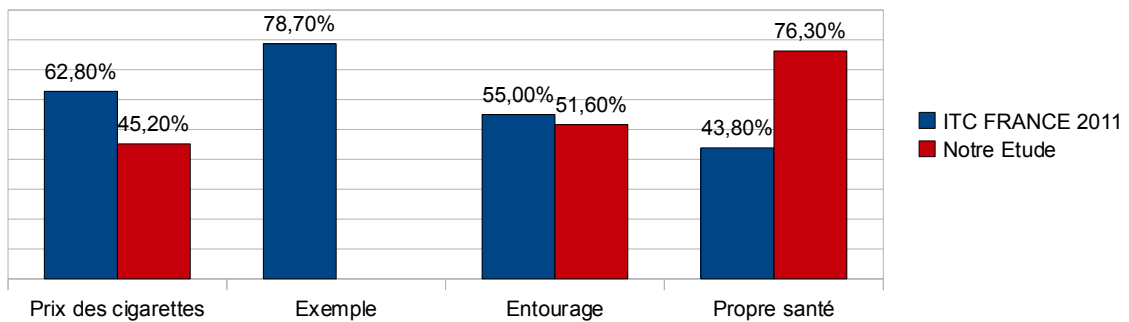
Comparaison des intentions d'arrêt



$p > 0,1$ pour les trois items

5.4 Les facteurs motivants l'arrêt

Comparaison des facteurs externes motivant l'arrêt



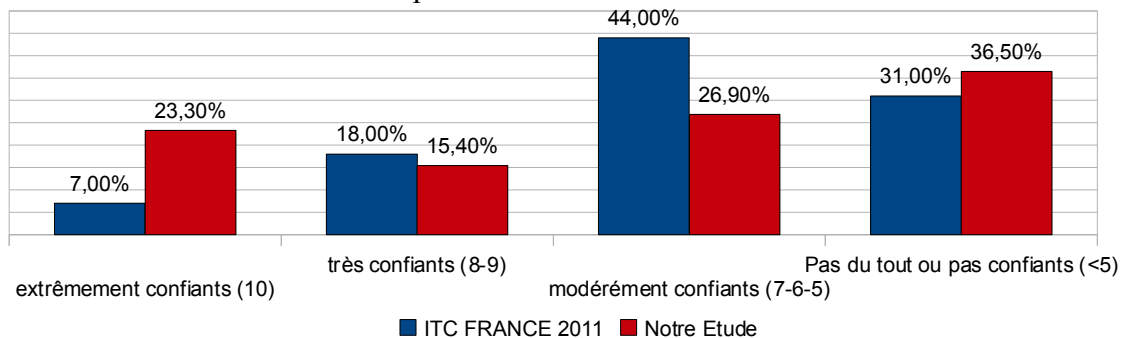
Prix : $p < 0,001$

Entourage : $p = 0,52$

Santé : $p < 0,001$

5.5 La confiance en ses capacités à réussir un sevrage

Comparaison de la confiance en soi



$p < 0,00001$

SUMMARY :

Introduction

Disadvantaged social groups are more likely to smoke and the negative effects of tobacco on their health are more important. This study aimed to research the motivation to quit smoking among disadvantaged people.

Method

Adult smokers attending social support structures in two French towns were asked to answer a questionnaire. The motivation to quit smoking was assessed using a specific questionnaire (designated 'Q-MAT' in French) and a numerical scale. The constituent factors of motivation were also analysed.

Results

The study counted 94 subjects. 73,4% were male, 70% were homeless. 50% had a strong dependence to tobacco.

According to the 'Q-MAT', 13.8% were highly motivated to quit smoking, 17% moderately and 69.2% insufficiently. The numerical scale ranked a third of the subjects in each of the three categories.

Other findings :

- Women had a stronger motivation to stop smoking.
- Alcohol consumption was associated with reduced motivation.
- Stress management was the most cited reason for smoking.

Conclusion

The 'Q-MAT' showed a relatively low motivation to quit. This was most likely due to the necessity for the subjects to mentally project themselves into the future, which is a known difficulty for disadvantaged people. The subject population's desire to quit was similar to that of the general population. The identification of the best solutions to assist these people remains an open question. Cessations programmes should probably take into account stress management and future prospects to be more efficient.

TITRE : Etude de la motivation au sevrage tabagique d'une population dans la grande précarité.

TITLE : Survey of the motivation to stop tobacco use among a population of disadvantaged smokers.

RESUME :

Introduction

Les populations précaires fument plus que la population générale et les conséquences négatives du tabagisme sur leur santé sont plus importantes. Le but de ce travail était d'étudier la motivation au sevrage tabagique des grands précaires.

Méthode

Un questionnaire était proposé aux personnes adultes, fumeuses, fréquentant des structures d'aide sociale à Annecy et Grenoble. La motivation était évaluée à l'aide du Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac (Q-MAT) et d'une échelle numérique. Les facteurs constitutifs de la motivation étaient également recherchés.

Résultats

L'enquête a porté sur 94 sujets. 73,4% étaient des hommes et 70% étaient sans domicile. 50% présentaient une dépendance forte au tabac.

Selon le Q-MAT, 13,8% étaient très motivés pour arrêter de fumer, 17% moyennement et 69,2% insuffisamment. L'évaluation par l'échelle numérique classait un tiers des personnes dans chaque catégorie.

Les femmes présentaient une motivation plus forte au sevrage tabagique. La consommation d'alcool était associée à une motivation plus faible.

Le facteur motivant la consommation de tabac le plus cité était la gestion du stress.

Conclusion

Le Q-MAT a montré une motivation assez faible au sevrage tabagique chez les personnes précaires, probablement parce qu'il nécessite une projection dans le futur. La population étudiée avait autant envie d'arrêter de fumer que la population générale. Les meilleurs moyens d'aide restent à définir. Un travail sur les projets d'avenir et sur le stress semble utile dans la prise en charge globale du tabagisme des populations précaires.

Mots clé : Motivation, sevrage tabagique, précarité, inégalités sociales de santé.

Keywords : Motivation, tobacco use cessation, smoking motives, social inequalities, socioeconomic.