



HAL
open science

État des lieux et caractérisation de la consommation tabagique au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan

Aurélie Vollaire

► **To cite this version:**

Aurélie Vollaire. État des lieux et caractérisation de la consommation tabagique au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615670

HAL Id: dumas-01615670

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615670>

Submitted on 12 Oct 2017

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Année 2017

Thèse n° 143

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le
02/10/2017

par Aurélie VOLLAIRE
née le 23/11/1987 à Talence

**ETAT DES LIEUX ET CARACTERISATION DE LA
CONSOMMATION TABAGIQUE AU CENTRE
PENITENTIAIRE DE BORDEAUX-GRADIGNAN**

Directeur de thèse : Mme Le Docteur Fabienne LE MONNIER

Jury

Mme le Professeur Sophie GROMB-MONNOYEUR, Présidente du jury

M. le Professeur Patrick MERCIE, Rapporteur

M. le Professeur émérite Jean-Louis DEMAUX

M. le Docteur Gildas LE PORT

REMERCIEMENTS

A notre jury :

Je remercie les membres du jury qui m'ont permis de soutenir cette thèse :

Madame le Professeur GROMB-MONNOYEUR, qui m'avez fait l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger notre travail. Veuillez croire en l'expression de mon plus profond respect et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur MERCIE, c'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur DEMEAUX, c'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur LE PORT, je te remercie de ta participation enthousiaste à ce jury et de nous faire l'honneur de juger ce travail. Merci également pour les connaissances que tu m'as apportées pendant mon stage d'internat dans ton service et pour ta disponibilité. Soit assuré de toute ma reconnaissance.

Madame le Docteur LE MONNIER, je te remercie tout d'abord d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, pour ta confiance, ton réel investissement, tes compétences et tes nombreux conseils. Merci également pour les connaissances que tu m'as apportées lors de mon stage d'internat et ta grande disponibilité. Et merci aussi pour les nombreuses soirées de travail chez toi.

Je souhaite aussi remercier toute l'équipe de l'US-DSS du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan pour leur aide dans la distribution des questionnaires et à la diffusion de l'information auprès des patients.

Aux médecins :

Aux médecins du Cabinet de Cadillac et de Langon, qui m'ont montré à quel point le travail en équipe pouvait être agréable et profitable à la qualité des soins.

A ma famille :

Un grand merci à mes parents, toujours là pour moi, pour leur soutien durant toutes mes études et leurs conseils.

A mes grands-parents pour leur amour et encouragement.

A mes amis :

A Caroline, Emeline, Julie, Sarah, Hana et Anouk mes amies d'enfance,

A Marion, Sophie, Jennifer, Hélène rencontrées pendant mes études,

A Sarah pour son aide pour la réalisation du questionnaire et à Bastien pour son aide pour les statistiques,

A tous les autres.

Flo, merci d'être toujours là pour moi et pour ton soutien. Je t'aime fort.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	4
SOMMAIRE DES FIGURES ET TABLEAUX	7
LEXIQUE DES ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	10
LES RAPPELS SUR LE TABAC ET LA DETENTION	12
1. Le tabac	12
1.1. Effets du tabac sur la santé.....	12
1.2. Epidémiologie.....	12
1.3. Les législations.....	14
2. Le milieu carcéral.....	16
2.1. Système carcéral en France	16
2.2. Une population carcérale précaire	17
2.3. L'accès aux soins en prison.....	20
2.4. Le Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.....	21
3. Le tabac en prison.....	23
3.1. La réglementation du tabagisme en prison.....	23
3.2. Mode d'accès.....	24
3.3. Le tabagisme en détention : revue de la littérature.....	25
QUESTION DE RECHERCHES, OBJECTIFS ET HYPOTHESES	27
1. Justification.....	27
2. Question de recherche.....	27
3. Objectifs de l'étude.....	27
4. Hypothèses.....	28
MATERIEL ET METHODES	31
1. Type d'étude.....	31
2. Population étudiée.....	31
3. Les accords préliminaires à la réalisation de l'étude.....	32
4. Déroulement de l'enquête.....	32
4.1. Lieu de distribution du questionnaire	32
4.2. Modalités de diffusion du questionnaire.....	32
5. Le questionnaire d'enquête.....	33
5.1. Présentation et construction du questionnaire.....	33
5.2. Etude préliminaire (phase test).....	37
6. Considération éthique.....	38
7. Recueil de données et analyses statistiques.....	38

RESULTATS	39
1. Les profils.....	39
1.1. Profil socio-professionnel.....	39
1.2. Profil carcéral.....	40
2. Les caractéristiques de la consommation de tabac en détention.....	41
2.1. Statut tabagique.....	41
2.2. L'âge de la première cigarette et du début de consommation.....	41
2.3. Les habitudes de consommation de tabac en détention.....	42
3. L'arrêt du tabac.....	44
4. Les détenus ne consommant pas de tabac.....	46
4.1. Le partage des cellules.....	46
4.2. Le lieu d'arrêt en fonction du profil tabagique.....	46
5. Les autres consommations en détention.....	47
6. Analyse bivariée du statut tabagique.....	48
6.1. En fonction du profil socio-professionnel.....	48
6.2. En fonction du profil carcéral.....	50
6.3. En fonction d'un suivi à l'US-DSP.....	51
6.4. En fonction des débuts de consommation du tabac.....	51
6.5. En fonction des autres consommations.....	53
7. Analyse bivariée de la quantité de tabac consommé quotidiennement.....	55
7.1. En fonction du profil socio-professionnel.....	55
7.2. En fonction du profil carcéral.....	56
7.3. En fonction des habitudes de consommation du tabac.....	57
7.4. En fonction des autres consommations.....	59
8. Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer.....	63
8.1. En fonction du profil socio-professionnel.....	63
8.2. En fonction du profil carcéral.....	64
8.3. En fonction d'un suivi à l'US-DSP.....	65
8.4. En fonction des habitudes de consommation du tabac.....	66
8.5. En fonction des autres consommations.....	68
DISCUSSION	70
1. Comparaison des résultats aux données de la littérature.....	70
1.1. La prévalence du tabagisme.....	70
1.2. Les caractéristiques de la consommation de tabac.....	71
1.3. Le sevrage tabagique.....	73
1.4. Les non-fumeurs et le tabagisme passif.....	74
1.5. Les autres consommations.....	75
2. Les analyses bivariées.....	76
2.1. Les facteurs impactant le statut tabagique.....	76
2.2. Les facteurs impactant la quantité de tabac consommé quotidiennement.....	77
2.3. Les facteurs impactant la possibilité de ne pas fumer en détention.....	78
3. A propos de l'étude.....	80
3.1. Les limites et biais.....	80
3.2. Les forces de l'étude.....	82

4. Perspectives et propositions pour la pratique.....	84
4.1. Propositions pour la pratique.....	84
4.2. Perspectives.....	87
CONCLUSION.....	88
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	89
ANNEXE 1 : Répartition des condamnés par infraction au 1^{er} janvier 2015.....	95
ANNEXE 2 : Bons de cantines.....	96
ANNEXE 3 : Poster informatif.....	98
ANNEXE 4 : Questionnaire (version homme).....	99
ANNEXE 5 : Phase test.....	103
ANNEXE 6 : Répartition des détenus selon leur niveau scolaire.....	105
ANNEXE 7 : Différence significative des antécédents carcéraux selon le sexe....	106
ANNEXE 8 : Répartition du type de tabac consommé par les détenus.....	107
ANNEXE 9 : Répartition du mode d'accès au tabac en détention.....	108
ANNEXE 10 : Répartition des tentatives d'arrêt du tabac selon le sexe et, avec et sans aides médicales.....	109
ANNEXE 11 : Répartitions des détenus selon la possibilité et le souhait d'arrêt de fumer en détention.....	109
ANNEXE 12 : Répartition des détenus souhaitant arrêter de fumer en détention selon le sexe.....	110
ANNEXE 13 : Répartitions des détenus informés ou non de l'existence d'une consultation de tabacologie selon le sexe.....	110
ANNEXE 14 : Répartition des autres consommations en détention selon le sexe.....	111
ANNEXE 15 : Comparaison avec l'étude du DREES des répartitions des détenus selon la quantité de tabac consommé quotidiennement parmi l'ensemble des enquêtés.....	112

SOMMAIRE DES FIGURES ET TABLEAUX

LES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Evolution des ventes de tabac entre 1999 et 2013 en France.....	14
<u>Figure 2</u> : Evolution des ventes de tabac et prix annuel moyen du paquet de cigarettes entre 2000 et 2014 en France.....	15
<u>Figure 3</u> : Courbe d'évolution mensuelle de la population écrouée détenue depuis 20 ans en France.....	17
<u>Figure 4</u> : Répartition des détenus selon le statut tabagique.....	41
<u>Figure 5</u> : Répartition des détenus selon leur modification de consommation tabagique en détention.....	43
<u>Figure 6</u> : Répartition des motivations à l'arrêt du tabac en détention.....	45
<u>Figure 7</u> : Répartition des autres consommations en détention.....	47
<u>Figure 8</u> : Relation entre l'âge des détenus et leur statut tabagique.....	49
<u>Figure 9</u> : Relation entre l'âge de la première cigarette des détenus et leur statut tabagique.....	52
<u>Figure 10</u> : Relation entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et la consommation de tabac à rouler par les détenus.....	58
<u>Figure 11</u> : Relation entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et la consommation de cannabis en détention.....	60
<u>Figure 12</u> : Relation entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et la consommation de drogues en détention.....	60
<u>Figure 13</u> : Relation entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et la consommation d'alcool en détention.....	61
<u>Figure 14</u> : Relation entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et la consommation de cigarette électronique en détention.....	61
<u>Figure 15</u> : Relation entre la quantité de tabac consommé et la possibilité de ne pas fumer en détention.....	67
<u>Figure 16</u> : Relation entre la modification de consommation au cours de l'incarcération et la possibilité de ne pas fumer en détention.....	67

LES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Répartition selon le profil socio-professionnel des détenus.....	39
<u>Tableau 2</u> : L'âge moyen des détenus.....	40
<u>Tableau 3</u> : Répartition des détenus selon leur profil carcéral des détenus.....	40

<u>Tableau 4</u> : Répartition des détenus selon l'âge moyen de la première cigarette et du début de consommation quotidienne du tabac.....	41
<u>Tableau 5</u> : Répartition des détenus selon leurs habitudes de consommation du tabac.....	42
<u>Tableau 6</u> : Les caractéristiques d'arrêt du tabac chez les détenus.....	44
<u>Tableau 7</u> : La répartition du tabagisme passif en détention.....	46
<u>Tableau 8</u> : La répartition des vapoteurs.....	47
<u>Tableau 9</u> : Analyse bivariée du statut tabagique en fonction du profil socio-professionnel des détenus.....	48
<u>Tableau 10</u> : Analyse bivariée du statut tabagique en fonction du profil carcéral des détenus.....	50
<u>Tableau 11</u> : Analyse bivariée du statut tabagique en fonction du suivi US-DSP des détenus.....	51
<u>Tableau 12</u> : Analyse bivariée du statut tabagique en fonction des débuts de consommation du tabac chez les détenus.....	51
<u>Tableau 13</u> : Analyse bivariée du statut tabagique en fonction des autres consommations des détenus.....	53
<u>Tableau 14</u> : Analyse bivariée de la quantité de tabac consommé quotidiennement en fonction du profil socio-professionnel des détenus.....	55
<u>Tableau 15</u> : Analyse bivariée de la quantité de tabac consommé quotidiennement en fonction du profil carcéral des détenus.....	56
<u>Tableau 16</u> : Analyse bivariée de la quantité de tabac consommé quotidiennement en fonction des habitudes de consommation du tabac des détenus.....	57
<u>Tableau 17</u> : Analyse bivariée de la quantité de tabac consommé quotidiennement en fonction des autres consommations des détenus.....	59
<u>Tableau 18</u> : Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en prison en fonction du profil socio-professionnel des détenus.....	63
<u>Tableau 19</u> : Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en prison en fonction du profil carcéral des détenus.....	64
<u>Tableau 20</u> : Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en prison en fonction du suivi US-DSP des détenus.....	65
<u>Tableau 21</u> : Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en prison en fonction des habitudes de consommation du tabac des détenus.....	66
<u>Tableau 22</u> : Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en prison en fonction des autres consommations des détenus.....	68

LEXIQUE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire

DISP : Direction Interrégionale du Service Pénitentiaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRI2DE : Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSI : Unité Hospitalière de Sécurité Inter-régionale

US-DSP : Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Psychiatriques

US-DSS : Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Somatiques

INTRODUCTION

Au cours du XXème siècle la prévalence du tabagisme n'a cessé de s'accroître. Le tabagisme, associé à un nombre important de pathologies tant pour le fumeur que pour son entourage, est devenu un problème majeur de santé publique. Selon l'OMS qui le compare à une épidémie, il serait d'ailleurs le premier facteur de morbidité en Europe (1). Le tabac sera la principale cause de décès et d'incapacité avec 8 millions de décès dans le monde d'ici à 2030, si rien ne change.

Face au tabac, la population précaire est plus à risque que la population générale. En effet elle présente un taux plus important de fumeurs, elle commence à fumer plus jeune, a une dépendance plus forte et a moins de succès dans le sevrage tabagique (2).

La population carcérale est considérée comme une population précaire avec des parcours de vie, des trajectoires sociales, scolaires, professionnelles et familiales souvent perturbées et défavorisées.

La prévalence du tabac dans les prisons françaises est considérable, estimée entre 70% et 80% selon les études, par rapport à la population générale, estimée à 34,5% (3).

Dans la culture carcérale le tabac est ancré et sert à surmonter les dédales du quotidien. Il peut exister une certaine complaisance vis à vis du tabagisme en prison, liée à l'environnement, aux conditions de vie, au stress et à l'enfermement. De plus, devant l'incertitude de l'avenir et l'absence de projection liée à leur statut carcéral, les détenus valorisent les plaisirs immédiats au détriment du long terme. La consommation tabagique peut apparaître comme une problématique de second plan. Cependant, la place du tabagisme en détention pose de nombreux problèmes aussi bien sur le plan médical que sociologique. La cigarette a un véritable rôle social et peut aussi être considérée comme une monnaie d'échange.

Contrairement à ce que les chiffres concernant la consommation de tabac laissent présager, les personnes en situation de précarité estiment que l'arrêt constitue un objectif important même si non prioritaire pour elles (2). De plus, l'incarcération, par la rupture biographique qu'elle induit, peut aussi être l'occasion d'une réhabilitation physique et psychique, avec une mise à profit du temps carcéral pour se recentrer sur soi-même.

La prise en compte de la consommation tabagique s'avère donc un enjeu à ne pas négliger dans la prise en charge médicale et psychologique de ces patients incarcérés. Ce sont les groupes sociaux les moins favorisés qui ont le plus grand besoin de soutien tant avant que pendant l'arrêt. Pour les accompagner il est essentiel de prendre en compte les caractéristiques individuelles du patient mais aussi son appartenance à un groupe donné : l'usage du tabac et les risques encourus, les déterminants de l'usage ou les motivations à arrêter ne seront pas les mêmes.

Plusieurs études se sont intéressées au tabagisme en détention au détour d'un état des lieux plus global sur le profil somatique ou sur les addictions, mais leur objectif principal n'était pas de comprendre les spécificités de cette consommation.

Dans ce contexte, nous avons souhaité décrire le profil des fumeurs et mieux connaître les habitudes tabagiques et spécificités de cette consommation chez les personnes détenues.

I) LES RAPPELS SUR LE TABAGISME ET LA DETENTION

1) Le tabac

1.1) Effets du tabac sur la santé

Le tabagisme fait partie actuellement des enjeux majeurs de santé publique en France, puisqu'il est la première cause de mortalité évitable et la deuxième cause de mortalité mondiale. Le tabac tue près de 6 millions de personnes chaque année dans le monde, parmi lesquelles plus de 5 millions sont des fumeurs et plus de 600 000 des non-fumeurs exposés au tabagisme passif selon les données de l'OMS (1).

Comme les conséquences de la consommation de tabac sur la santé n'apparaissent qu'au bout de plusieurs années, c'est aujourd'hui seulement que l'on assiste à l'explosion des maladies et décès dus au tabac.

Une étude réalisée en 2010 (4) montre que la cigarette a tué 78000 personnes en France. Parmi ces 78000 décès : 47000 succombent à un cancer (dont 28000 du poumon), 20000 d'une maladie cardio-vasculaire, et 11000 de maladies respiratoires.

En 2013 une nouvelle étude montre que le tabagisme était à l'origine de 73000 décès en France (5), ce qui correspond à environ 13% des décès. Si le nombre de décès attribuables au tabac a légèrement diminué pour les hommes, il a en revanche été multiplié par deux dans la population féminine, passant d'environ 8000 décès en 2000 (3,1% de tous les décès chez la femme) à plus de 17 000 décès en 2013 (6,3% de tous les décès). L'épidémie de décès dus au tabac chez les femmes est donc en pleine augmentation.

1.2) Epidémiologie

Pour évaluer la consommation de tabac en France, deux sources de données sont utilisables : les chiffres de ventes et les enquêtes auprès d'échantillons représentatifs de la population, en particulier celles réalisées par l'Inpes (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) dans le cadre des enquêtes Baromètre santé.

Les conclusions de la dernière enquête Baromètre Santé 2016 sont les suivantes :

Après une baisse entre 2000 et 2005, puis une hausse entre 2005 et 2010, la prévalence du tabac reste stable depuis 2010. En 2016 la prévalence du tabac est estimée à 34,5% (dont 28,7% de fumeurs quotidiens et 5,8% de fumeurs occasionnels) soit un peu plus d'un tiers des personnes de 15-75 ans. Cette stabilité est observée aussi bien parmi les hommes (38,1% de fumeurs) que parmi les femmes (31,2% de fumeuses). Cependant les évolutions sont différentes selon les classes d'âge : le tabagisme quotidien est en augmentation chez les femmes dans les classes d'âges les plus élevées alors qu'il est en diminution parmi les femmes de 15-24 ans et les hommes de 25-34 ans.

Ces résultats, encourageant pour l'avenir, restent tout de même largement supérieurs à ceux des pays voisins comme par exemple l'Allemagne, l'Espagne et la Belgique qui comptent environ un quart de fumeurs et l'Italie et la Grande-Bretagne qui en comptent environ un cinquième. Les Etats-Unis et l'Australie ont quant à eux un niveau de tabagisme nettement inférieur aux pays d'Europe occidentale, avec environ 15% de fumeurs en 2014-2015.

Parmi l'ensemble des fumeurs, le nombre moyen de cigarettes fumées a légèrement diminué entre 2010 et 2014 (de 11,9 à 11,3 cigarettes par jour), alors qu'il est resté stable parmi les seuls fumeurs quotidiens, à 13,5 cigarettes par jour (14,6 chez les hommes et 12,0 chez les femmes) (6).

Par ailleurs l'enquête du Baromètre Santé de 2016 révèle un accroissement des inégalités sociales en matière de tabagisme depuis le début des années 2000. La prévalence de la consommation de tabac augmente parmi les plus défavorisés en matière de diplôme et de revenus alors qu'elle diminue parmi les personnes ayant des hauts niveaux de diplôme et de revenus (3).

Quant aux données de vente de tabac en France métropolitaine analysées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (7) elles montrent une stabilité des ventes de tabac entre 2005 et 2010, puis une diminution depuis 2010. Il faut interpréter ces résultats en prenant en compte les achats transfrontaliers et illégaux, mais selon le Baromètre santé 2014 le nombre d'achats hors du réseau buraliste français est très proche des chiffres obtenus en 2010.

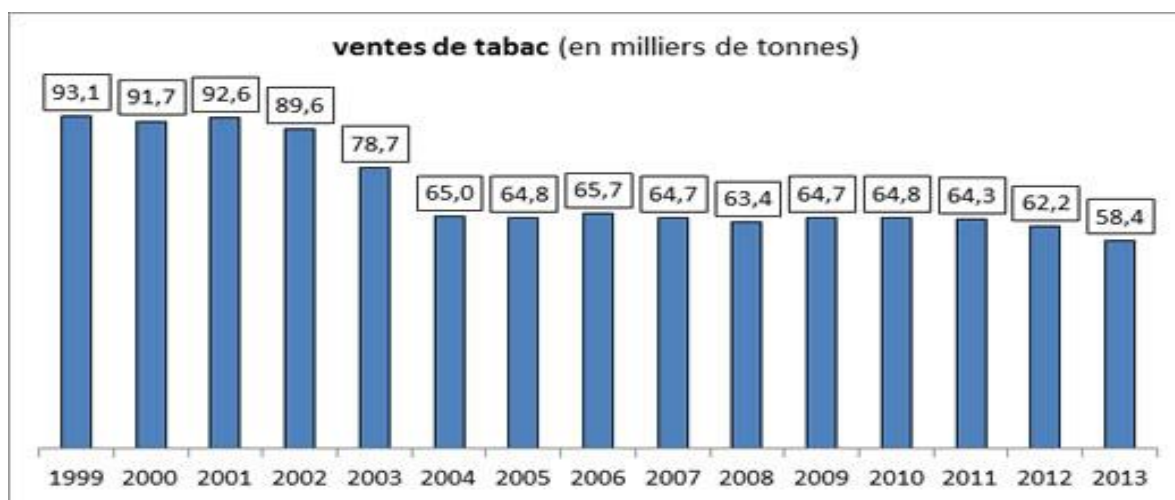


Figure 1 : Evolution des ventes de tabac entre 1999 et 2013 en France

On sait que le tabagisme en début d'adolescence est prédictif de dépendance au tabac à l'âge adulte. Il est un facteur de risque de développement d'autres dépendances (alcool, cannabis, etc.).

Le Baromètre santé 2010 observait un âge moyen d'expérimentations du tabac à 15,6 ans, avec un passage au tabagisme régulier en moyenne deux ans après chez les hommes comme chez les femmes (8). Les femmes commencent à fumer aussi tôt que les hommes actuellement.

L'enquête ESCAPAD menée en 2014 retrouve elle une expérimentation du tabac à 14 ans et une entrée dans le tabagisme quotidien à 14,9 ans (9).

1.3) Les législations

Le problème de santé publique posé par le tabagisme est connu depuis un certain nombre d'années et les risques sont parfaitement identifiés. Dans ce contexte, des mesures économiques, sanitaires et législatives visant à réduire la mortalité due au tabac ont été adoptées dans de nombreux pays.

L'Etat Français a lancé de grandes campagnes antitabac à partir de 1976, alors que la Grande-Bretagne et les Etats-Unis ont débuté en 1950 après la découverte des effets cancérogènes du tabac.

Nous pouvons citer :

- La loi Veil du 9 Juillet 1976 : c'est le premier grand texte visant explicitement à lutter contre les méfaits du tabagisme. Elle a permis de stabiliser la consommation de tabac jusque-là en augmentation.
- La loi Evin du 10 Janvier 1991 renforce considérablement le dispositif législatif en favorisant notamment la hausse du prix des cigarettes.

Ces hausses de prix ont fini par modifier le marché :

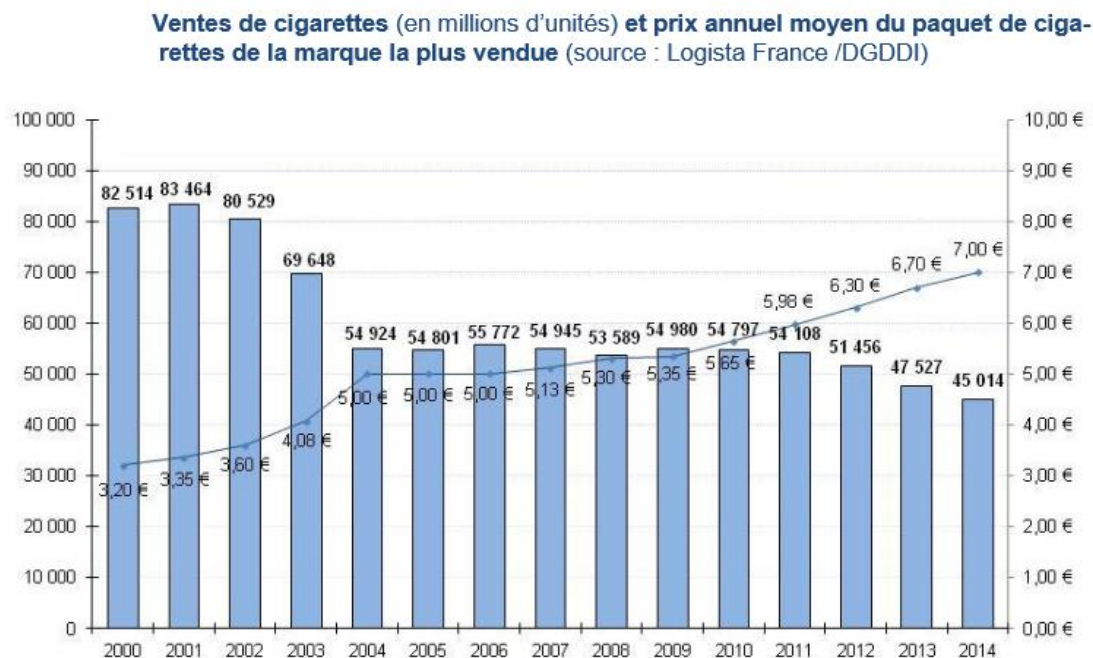


Figure 2 : Evolution des ventes de tabac et prix annuel moyen du paquet de cigarettes entre 2000 et 2014 en France.

- Le Plan Cancer 2003-2007 dont l'un de ces objectifs est d'encourager et d'accompagner l'aide à l'arrêt avec la création de consultation de sevrage tabagique.
- Le décret du 15 novembre 2006 (10) (applicable depuis le 1er février 2007) puis du 29 juin 2015 (11) complètent la loi Évin et étendent l'interdiction de fumer à de nombreux autres lieux à usage collectif.
- De nouvelles mesures ont été mises en place récemment telles que la prescription des traitements de substitution nicotiques élargies aux médecins du travail, dentistes, infirmiers et kinésithérapeutes et l'augmentation du remboursement ; le paquet neutre ; l'événement du « moi(s) sans tabac », défi collectif proposant l'arrêt du tabac pendant 30 jours en novembre ; ou encore la création d'une application Tabac info service sur téléphone mobile.

La « dénormalisation » du tabagisme s'est donc largement développée au fil des années grâce à la mise en place de campagnes et lois antitabac, et de politiques de santé publique. Le tabac est devenu un produit socialement « incorrect » contre lequel la société doit lutter.

2) Le milieu carcéral

2.1) Le système carcéral en France

La population carcérale est composée à la fois de condamnés (personnes pour qui une peine a été prononcée) et de prévenus en attente de jugement, qui représentent plus du quart des personnes détenues.

Il existe plusieurs types d'établissements pénitentiaires selon le régime de détention et les catégories de condamnation :

- **Les maisons d'arrêt**, au nombre de 91, reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans. En cas de condamnation, un détenu peut faire appel et reste alors prévenu. Un détenu peut donc rester prévenu durant plusieurs années.
- **Les centres de détention**, au nombre de 27 accueillent les détenus condamnés à des peines d'au moins deux ans, et considérés comme présentant les meilleures perspectives de réinsertion.
- **Les maisons centrales**, au nombre de 6, reçoivent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou les détenus considérés difficiles.
- **Les centres de semi-liberté**, au nombre de 11, ou centres pour peine aménagée reçoivent les détenus pouvant bénéficier d'une semi-liberté en vue de favoriser des projets de réinsertion (ils peuvent exercer une activité à l'extérieur au terme de laquelle ils sont astreints à rejoindre l'établissement pénitentiaire) ou leur permettant de suivre un régime médical.
- **Les centres pénitentiaires**, au nombre de 50, sont des établissements mixtes comprenant au moins deux quartiers (maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale et/ou centre semi-liberté).

2.2) Une population carcérale précaire

La définition d'une population précarisée (12) est le cumul de 2 fragilités parmi: le revenu, le logement (insalubre, précaire), l'instruction (primaire ou moins), les liens sociaux ou familiaux inexistantes ou faibles, l'emploi (précaire, sous qualifié, absent), la santé (antécédents psychiatriques, maladie chronique, négligence de soins). Ce cumul de fragilités perdure dans le temps (13). Il existe un score permettant de détecter et quantifier la précarité : le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé). C'est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité (14).

- Les caractéristiques démographiques

Au 1^{er} mai 2016 (15), 11 163 personnes sont écrouées non détenues (elles bénéficient d'un aménagement de peine) et 68 685 personnes sont écrouées détenues pour une capacité opérationnelle de 58 683 places en France, soit une densité carcérale de 117%. Parmi ces 68 685 détenus, 19 628 sont prévenus, 46 982 sont condamnés, 1723 sont en semi-liberté et 352 en placement extérieur hébergé. Parmi les personnes détenues on comptait 66 377 (96,6%) hommes et 2308 (3,4%) femmes.

L'âge moyen de la population détenue est de 34,6 ans au 1^{er} janvier 2015 (16).

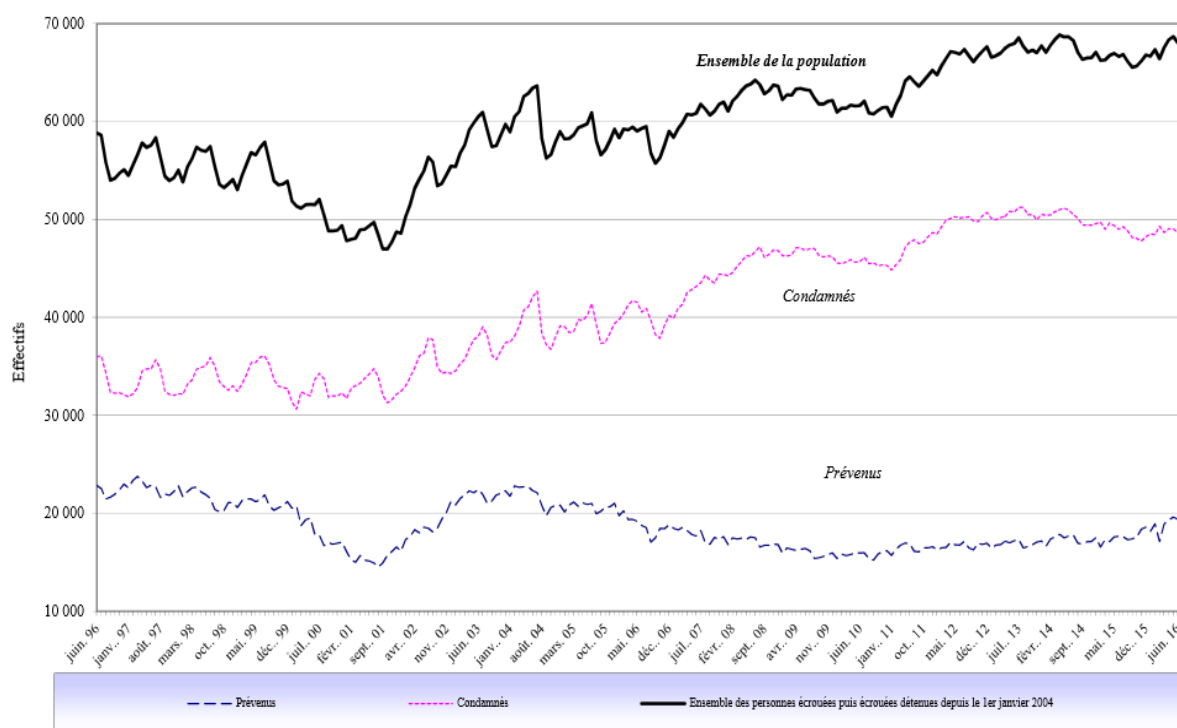


Figure 3 : Courbe d'évolution mensuelle de la population écrouée détenue depuis 20 ans en France

La densité carcérale correspond au taux d'occupation des cellules. Ce chiffre de 117 % masque des disparités ; en effet les maisons d'arrêt sont les principales touchées par ce phénomène de surpopulation avec une densité carcérale moyenne de 139%.

Pour l'affectation des détenus en cellule, de nombreux paramètres sont pris en compte tels que : la catégorie pénale (séparation des prévenus et des condamnés), les prescriptions judiciaires, les antécédents judiciaires (séparation des « primaires » et des récidivistes), la langue, la personnalité du détenu, sa vulnérabilité ou sa dangerosité, ainsi que son statut tabagique. En pratique, ces règles sont très inégalement respectées en raison des contraintes liées à la surpopulation en maisons d'arrêt.

L'organisation de la vie en détention peut ainsi engendrer un certain nombre de contraintes : le détenu peut être contraint de changer de cellule, de codétenu, de type de travail, d'heure de promenade, il peut être transféré d'un établissement à un autre, et parfois connaître le terme exact de sa peine le jour même de sa sortie. Toutes ces mesures créent un climat d'incertitude, où la capacité d'adaptation est nécessaire pour trouver un équilibre au cours de la vie en prison.

En France, la population carcérale possède donc des caractéristiques sociodémographiques qui la distinguent fortement de la population générale ; quasi exclusivement masculine et jeune, elle présente des parcours de vie, avant l'incarcération, souvent difficiles, avec des trajectoires sociales, scolaires, professionnelles, familiales, perturbées et défavorisées.

- Les caractéristiques socio-médicales

L'étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation des Statistiques (Drees), en 2003 (17), livre un profil social, somatique et psychiatrique des personnes détenues en France.

- Concernant le logement : 6% se déclaraient sans abri, 10,7% logeaient dans des conditions précaires. Ils étaient 13,6 % à ne pas avoir de couverture sociale.
- Concernant le niveau d'éducation, selon des rapports de 2013, près de la moitié (48%) des entrants en prison étaient sans diplôme (22% dans la population générale), seulement 5,5% possédaient un baccalauréat ou un équivalent, et 3 % un diplôme du supérieur (18), contre respectivement 52,3% et 34,5% dans la population générale (19).

Selon l'administration pénitentiaire, le taux d'illettrisme de la population détenue, d'environ 10,9% (20), est supérieur à la moyenne nationale où il est de 7% (21) et près de la moitié des personnes détenues se situent au mieux à un niveau de fin d'études primaires et ne disposent pas de réelle qualification professionnelle.

Les personnes détenues sont donc sous-diplômées par rapport à l'ensemble de la population à l'extérieur.

- En 2016 selon l'administration pénitentiaire, 19,5% des écroués sont étrangers (22), proportion supérieure à celle des étrangers recensés sur le territoire national (entre 12 et 15%), mais elle a sensiblement diminué depuis les années 90 où elle atteignait 30%. Un rapport réalisé en 2013 estime que 15% de la population pénale constitue un public prioritaire à prendre en charge de manière importante par les services d'enseignement, car « non francophones » ou « illettrés » (18). Cette barrière linguistique complique la mission des soignants.
- Sur le plan professionnel, il y a une surreprésentation des classes à bas revenus en prison. Une personne sur deux déclare être ou avoir été ouvrier contre 1 sur 3 dans la population générale. 30 % des personnes écrouées déclarent avoir un emploi, 29 % être chômeurs et 35 % n'avoir aucune situation, alors que dans la population générale le taux d'emploi est de 64,3% et le taux de chômage d'environ 10% (23,24). Les autres détenus sont invalides, étudiants ou retraités. (25)
- Concernant « l'histoire familiale des détenus » : une étude réalisée par l'INSEE en 2000 (26) montre que les professions des parents confirment la surreprésentation des milieux populaires (pères : 47% d'ouvriers, mères : 54% inactives). Le départ du domicile parental a souvent été précoce et moins de la moitié des détenus déclare vivre en couple.

Tous ces chiffres montrent une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies en prison.

- L'état de santé général (17) des nouveaux détenus est jugé bon pour 80 % des entrants, franchement mauvais pour 1,7 %. Plus de la moitié (56%) des entrants ont besoin de soins dentaires.
- Les pathologies chroniques (17) : hormis les problèmes de santé mentale, il s'agit le plus souvent d'asthme (4,4%), de maladies cardiovasculaires (2,3%) et d'épilepsie (2%).

- Concernant les maladies infectieuses : l'enquête PREVACAR en 2010 (27) estimait à 4,8% la prévalence du VHC et à 2% la prévalence du VIH dans la population carcérale soit plus de 5 à 8 fois la prévalence dans la population générale (respectivement 0,84% et 0,23% dans la population générale).
- Les produits à risque (17) : les détenus étaient 77,8 % à se déclarer tabagiques et 31% à déclarer une consommation excessive d'alcool. Par ailleurs, le tiers des nouveaux détenus (33,3%) déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant leur incarcération. Il s'agit le plus souvent de cannabis.
L'enquête PREVACAR en 2010 (27) estimait à 7,9% la prévalence des traitements substitutifs aux opiacés.
- Le suivi psychiatrique (17) : près d'un entrant sur cinq (19%) est appelé à voir un professionnel spécialisé en santé mentale, alcoologie ou toxicomanie. Cependant ce résultat est à analyser avec prudence, le nombre de ces prises en charge peut être influencé par la présence d'une consultation de psychiatrie au sein de l'établissement. Il est en effet plus facile d'organiser ce type de suivi dans un établissement pénitentiaire disposant d'une US-DSP.

Les caractéristiques socio-médicales de la population carcérale confirment son caractère précaire et fragile. Les personnes détenues sont soumises pour la plupart, avant même leur entrée en prison, à des facteurs de vulnérabilité économique et sociale, ainsi qu'un état de santé fragilisé en raison d'un faible accès et recours aux soins et d'une prévalence importante des comportements à risque.

2.3) L'accès aux soins en prison

Bien qu'elles soient privées de liberté, les personnes détenues conservent des droits fondamentaux dont le droit à la santé. Selon la règle 40.3 des « Règles Pénitentiaires Européennes », les détenus doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique (28).

En 1994, la prise en charge sanitaire des détenus est transférée de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier (29). Cette réforme répond à la volonté d'améliorer l'accès aux soins des détenus et de mettre en place une politique de santé publique en milieu carcéral.

Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération (30).

Deux structures se partagent actuellement la prise en charge sanitaire en prison, chacune rattachée à un service ou à un pôle hospitalier de proximité :

- Les Unités Sanitaires – Dispositif de Soins Psychiatriques (US-DSP, anciennement appelées SMPR Service Médico-Psychologique Régional) assurent la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques et d'addictions. Cette unité comporte des cellules spéciales permettant une surveillance rapprochée pendant quelques heures aux détenus qui en ont besoin. Ces unités ne sont pas présentes systématiquement dans les établissements pénitenciers.
- Les Unités Sanitaires – Dispositif de Soins Somatiques (US-DSS, anciennement appelées UCSA Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires) : prennent en charge les problèmes somatiques. Elles ont pour mission d'assurer au sein de l'établissement : les soins courants et les consultations ambulatoires, un rôle de prévention et d'éducation à la santé, l'organisation de la continuité des soins avant la sortie pour les personnes condamnées et la dispensation des médicaments. Elles regroupent des consultations de médecine polyvalente, et de spécialistes parfois.

L'accès au système de soins est plus facile en détention qu'à l'extérieur. Le détenu coupé des problèmes de la vie quotidienne en liberté, peut prendre du temps pour soi et sa santé.

Les détenus des maisons d'arrêt sont enfermés vingt heures par jour en cellule. Ainsi ils ressentent un isolement social. La plupart du temps est consacré à l'attente et l'inactivité, pouvant engendrer des ruminations et des angoisses. Les services médicaux en prison permettent de maintenir un lien social avec l'extérieur, un rapport humain extrêmement important pour le détenu.

2.4) Le centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan

- Les données générales

Le centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan est le seul établissement pénitentiaire de Gironde. Il dispose de deux quartiers de maison d'arrêt hommes majeurs, un quartier maison d'arrêt femmes, un quartier mineur et un Centre pour Peine Aménagée.

Les quartiers maison d'arrêt de Gradignan présentent une capacité opérationnelle de 323 places. Au 1^{er} mai 2016, 559 personnes y étaient détenues soit une densité carcérale de

173,1%. Parmi ces 559 détenus on comptait 30 femmes, pour un nombre de places opérationnelles de 19 (densité carcérale du quartier femme : 158%).

La durée moyenne de détention dans les maisons d'arrêt est de 5 mois.

- Les unités sanitaires

Le centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan dispose d'une Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Psychiatriques (US-DSP), rattachée à l'hôpital Charles Perrens de Bordeaux, et une Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Somatiques (US-DSS), rattachée à l'hôpital Pellegrin de Bordeaux.

A l'US-DSS de Gradignan, les personnes détenues peuvent bénéficier de consultations de médecine générale, de chirurgie dentaire, de diététique, de radiologie, de médecins spécialistes (gynécologue, ophtalmologue, gastro-entérologue, dermatologue), de soins infirmiers et d'actes de kinésithérapie. Elles peuvent également demander un entretien avec une assistante sociale.

Après leur arrivée, les personnes détenues venant de l'état de liberté bénéficient d'une consultation avec un médecin généraliste ou un interne au sein de l'US-DSS, dans les plus brefs délais (31,32), permettant la continuité des soins et des traitements, la prise en charge des addictions, ainsi que le dépistage de toute affection contagieuse ou évolutive.

Cependant les impératifs de sécurité gérés par l'Administration Pénitentiaire ne sont pas toujours compatibles avec les impératifs des soignants.

Les consultations médicales résultent de demandes formulées, soit par la personne détenue elle-même, soit par le personnel pénitentiaire ou toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue. Elles peuvent aussi être demandées par le médecin dans le cadre des suivis médicaux. L'acheminement des demandes de consultations vers l'unité sanitaire est assuré au moyen d'une boîte à lettre réservée à cet effet, directement accessible aux personnes détenues à l'occasion de leurs mouvements en détention et dont seuls les personnels soignants détiennent la clef.

- La tabacologie

Lors de la consultation d'entrant, les détenus sont souvent informés de l'existence d'une consultation de tabacologie. S'ils le souhaitent, lors de leur arrivée, avant une hospitalisation ou à tout moment au cours de leur incarcération, ils peuvent obtenir des substituts nicotiques.

En effet « les substituts nicotiques sont à la charge de l'établissement public de santé qui doit les fournir gratuitement à la personne détenue lorsqu'ils ont été prescrits par un médecin intervenant à l'US-DSS » (33).

Pour bénéficier d'une consultation de tabacologie, la démarche est la même que pour une consultation de médecine générale. Les détenus seront ensuite vus en consultation une fois par semaine, soit par le tabacologue, soit par une infirmière de l'US-DSS.

Par ailleurs, des ateliers de prévention du tabagisme sont organisés régulièrement par le tabacologue au sein du quartier des mineurs et du Centre pour Peines Aménagées.

3) Le tabac en prison

3.1) Règlementation du tabagisme en prison

- Au niveau français

En 2007, le gouvernement met en application l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics mais celle-ci ne s'appliquera pas en prison, car les cellules sont considérées comme un « domicile contraint ». En revanche, les lieux de collectivité en prison (couloirs, salle de sport, atelier, US-DSS) sont soumis aux mêmes règles qu'à l'extérieur et fumer y est interdit.

La 6^{ème} édition du « Guide du détenu arrivant » de juillet 2015 (34) reprend ces textes et précise que « le fait de ne pas respecter l'interdiction de fumer peut entraîner des poursuites disciplinaires ».

La circulaire de 2007 indique aussi que « des mesures de protection doivent être prises pour protéger, dans toute la mesure du possible, les non-fumeurs contre le tabagisme passif. Dès son arrivée, le détenu doit faire connaître sa qualité de fumeur ou de non-fumeur, en vue de son affectation. L'usage du tabac est toléré dans les cellules occupées exclusivement par des personnes détenues majeures se déclarant fumeurs » (33).

Dans une circulaire de 2011 (35), il est indiqué « bien que cette prescription n'ait pas valeur réglementaire, il importe de séparer les personnes détenues non-fumeurs des personnes détenues fumeurs ».

En pratique ces mesures sont respectées dans la mesure du possible. En effet en raison des impératifs de sécurité gérés par l'Administration Pénitentiaire et surtout en raison de la surpopulation carcérale, ces mesures ne sont pas toujours appliquées. Dans les maisons d'arrêt, les détenus peuvent être jusqu'à trois dans une cellule de neuf mètres carrés. Un non-fumeur ou ex-fumeur peut ainsi se retrouver dans une cellule fumeur. La promiscuité due à la surpopulation carcérale a d'ailleurs valu à la France une condamnation en 2013 par la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

L'interdiction de fumer est en revanche totale dans les quartiers pour mineurs et les établissements pénitentiaires pour mineurs (33).

- Au niveau international

Certains pays comme le Canada, la Nouvelle Zélande, l'Australie et certains états des Etats Unis, ont opté pour une interdiction totale du tabagisme en prison. Certains centres du Pays de Galles et de l'Angleterre ont également appliqué cette interdiction en Mars 2016 (36).

Des études étrangères ont évalué l'impact de ces mesures d'interdiction :

-En 2010 une étude Québécoise (37) montre des perturbations du climat carcéral avec recrudescence du marché noir suite à la restriction de l'usage du tabac en prison, pouvant accroître la vulnérabilité de certains détenus et profiter à d'autres.

-En 2012 une étude Canadienne (38) montre que l'interdiction de fumer représente une souffrance supplémentaire chez les personnes détenues, et entraîne une augmentation des tensions au sein du milieu carcéral.

-En 2011 une étude Américaine (39) montre que l'interdiction de fumer dans les centres pénitentiaires ne permet pas de diminuer la prévalence de fumeur mais elle réduit la consommation de cigarettes fumées quotidiennement.

3.2) Le mode d'accès

Le tabac est un produit dont la vente demeure légale dans les établissements de détention. Les achats s'effectuent par l'intermédiaire du service de cantine. Au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan comme dans toutes les prisons françaises, des bons de cantines (Annexe 2) pour les achats courants sont distribués (produits d'hygiène, alimentation, tabac, journaux, produits d'entretien). Les commandes et livraisons en cellule obéissent à un calendrier hebdomadaire. Les achats sont débités sur le compte des détenus. Ils ne peuvent pas recevoir de tabac lors des parloirs.

Les détenus sans ressources suffisantes (nommés indigents) peuvent demander à travailler auprès du chef d'établissement et/ou demander des aides à la commission pluridisciplinaire de l'établissement (CPU). Des associations tels que la Croix-Rouge et le Secours catholique participent à ces commissions, et apportent une aide financière et/ou matérielle aux indigents. Au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, ces détenus sans ressource peuvent obtenir vingt euros par mois, pour leurs achats de cantine.

3.3) Le tabagisme en détention : revue de la littérature

Plusieurs études se sont intéressées au tabagisme en prison soit dans le cadre d'une évaluation des profils somatiques des personnes détenues, soit lors d'une analyse de l'interdiction de fumer en prison, soit au cours d'une démarche de sevrage tabagique volontaire ou lors d'une description des addictions et comportements à risque au cours de l'incarcération. L'addiction est d'ailleurs une des thématiques de santé les plus couvertes en milieu carcéral et les plus documentées à l'international.

- Les études sur le profil somatique des personnes détenues
 - En 2003 l'étude du Drees (17) s'intéressait au tabagisme des arrivants. Les résultats révélaient que près de quatre sur cinq (77,9%) des personnes arrivant en prison déclaraient fumer du tabac quotidiennement et environ une sur sept (15%) consommait plus de vingt cigarettes par jour. La prévalence du tabagisme quotidien était plus élevée parmi les entrants en prison que dans l'ensemble de la population et ce quel que soit l'âge. La consommation quotidienne était estimée à 19 cigarettes en moyenne.
 - En 2013 est publiée, par l'Institut de Veille Sanitaire, une méta-analyse (40) qui décrit les données épidémiologiques concernant les principales pathologies rencontrées en milieu carcéral dont les addictions. Elle montre des résultats convergents en France et à l'étranger avec des prévalences de fumeur plus élevées qu'en population générale (67% à 85% selon les études).
 - En 2014 une thèse s'intéressant « aux habitudes toxicologiques et BPCO au sein de la population carcérale de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas » (41) relevait 83,5% de fumeurs, dont 30% fumaient plus d'un paquet par jour. Cette étude analysait également les souhaits et motivations des personnes détenues pour arrêter de fumer.
- Les études sur les addictions et comportements à risques des personnes détenues
 - En 2011, une étude sur la consommation de drogue en détention, réalisée par le Dr Sannier, montrait une prévalence de 67% de fumeurs détenus au Centre Pénitentiaire de Liancourt.
 - En 2008, une étude réalisée par le Dr Rossard au sein du Centre Pénitentiaire de Gradignan analysait la consommation de substances au cours de l'incarcération. C'était une enquête préliminaire, les auteurs préconisaient de nouvelles études épidémiologiques qui évalueraient l'ensemble des consommations, y compris le tabac.

- Les études sur la restriction ou l'interdiction du tabac en détention

Plusieurs études étrangères, citées précédemment (37–39) se sont intéressées aux conséquences d'une restriction ou interdiction de fumer en prison. Elles retrouvaient également des prévalences de fumeurs largement supérieures à celle de la population générale.

- Les études sur le sevrage tabagique en détention

Deux thèses se sont intéressées au sevrage tabagique en détention : toutes deux analysaient le profil des détenus désirant arrêter de fumer au cours de leur incarcération et l'évolution de leur consommation au cours de cette démarche. L'étude de 2001 réalisée à la maison d'arrêt de Paris - La Santé (42) décrivait également les attentes et difficultés rencontrées par les prisonniers dans cette tentative d'arrêt et l'étude de 2014 au centre de détention de Muret (43) analysait les facteurs pouvant contribuer à atteindre l'objectif de sevrage tabagique.

Ces analyses sont convergentes et rendent compte d'une surreprésentation du tabagisme au sein de la population carcérale. Cependant, toutes ces études ne s'intéressent pas spécifiquement au tabagisme en détention, à ses caractéristiques et spécificités. Elles décrivent certaines données du tabagisme, mais n'en font pas leur objectif principal. Quant aux travaux sur le sevrage tabagique, ils ne décrivent que les personnes sollicitant une prise en charge tabacologique et non tous les détenus fumeurs.

II) QUESTION DE RECHERCHE : OBJECTIFS DE L'ETUDE ET HYPOTHESES

1) Justification

D'après les données de la littérature, nous constatons donc une très forte prévalence du tabagisme en détention, pouvant être considérée comme une problématique de second plan chez cette population souvent précarisée. Face à ce constat et aux données de la littérature insuffisantes sur ce sujet, nous avons mis en place une étude qui permettra de caractériser les habitudes tabagiques des détenus, afin de renforcer et mettre à jour les connaissances du personnel de santé exerçant en milieu carcéral.

Le Baromètre Santé de 2016 montre que les inégalités sociales se creusent en matière de tabagisme et qu'il est nécessaire d'adapter la prise en charge et les actions de prévention pour les personnes les plus précarisées afin qu'elles bénéficient de plus d'attention et d'aides spécifiques pour arrêter de fumer.

Ces travaux permettront de comprendre les spécificités de la consommation de tabac en détention et ainsi d'adapter la prévention et la prise en charge du tabagisme chez cette population carcérale.

Cet état des lieux du tabagisme en détention est un travail préliminaire qui sera complété par une étude plus détaillée sur les facteurs influençant le tabagisme en prison.

2) Question de recherche

Quelles sont les caractéristiques de la consommation tabagique dans la population carcérale du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan ?

3) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de :

- Faire un état des lieux des habitudes de consommation du tabac en détention.

Les objectifs secondaires sont :

- D'identifier un lien entre les caractéristiques socio-professionnelles, carcérales, les autres consommations et le statut tabagique des détenus.
- D'identifier un lien entre les caractéristiques socio-professionnelles, carcérales, les autres consommations, les habitudes de consommation du tabac et la quantité de tabac consommé quotidiennement en détention.
- D'identifier un lien entre les caractéristiques socio-professionnelles, carcérales, les habitudes de consommation du tabac, les autres consommations et la possibilité de ne pas fumer en détention.
- D'évaluer le souhait de sevrage tabagique des détenus pendant l'incarcération.
- D'identifier les motivations des détenus pour un sevrage tabagique.
- D'évaluer la connaissance des détenus de l'existence d'une prise en charge adaptée tabacologique au sein de la maison d'arrêt.
- D'identifier un risque de tabagisme passif au sein des cellules.
- D'identifier d'autres consommations en détention.

4) Hypothèses

Le travail de recherche consistera à vérifier les hypothèses suivantes:

- 1) Concernant la prévalence des fumeurs au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan :
 - La prévalence des fumeurs à la prison de Gradignan serait supérieure à la prévalence des fumeurs dans la population générale.
 - La prévalence de fumeurs incarcérés au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan serait comparable aux précédentes études réalisées.
 - La prévalence de fumeurs serait plus importante chez les hommes que chez les femmes comme dans la population générale.

- 2) Concernant l'âge de la première cigarette et de début de consommation tabagique :
- L'âge de la première cigarette est plus jeune que dans la population générale.
 - L'âge du début du tabagisme est plus jeune que dans la population générale.
 - L'âge de la première cigarette et du début du tabagisme est identique chez les hommes et chez les femmes.
- 3) Les facteurs impactant le statut tabagique :
- La proportion de fumeurs serait plus importante parmi les détenus les plus précaires (faible niveau d'étude, sans domicile et/ou sans profession).
 - La proportion de fumeurs serait plus importante parmi les détenus « prévenus » et aux antécédents d'incarcération.
 - La proportion de fumeurs serait plus importante parmi les détenus suivis par l'US-DSP.
 - La proportion de fumeurs serait plus importante parmi les détenus consommant du cannabis, des drogues ou de l'alcool en prison.
- 4) Les facteurs impactant la quantité de tabac consommé quotidiennement :
- En détention les hommes consommeraient plus de tabac quotidiennement que les femmes, comme dans la population générale.
 - Les détenus les plus précaires (faible niveau d'étude, sans domicile et/ou sans profession) consommeraient plus de tabac quotidiennement que les détenus non précarisés, comme dans la population générale.
 - Le statut carcéral « prévenu », les longues durées d'incarcération et les antécédents carcéraux seraient des facteurs favorisant la consommation d'importantes quantités de tabac.
 - La proportion de détenus consommant une grande quantité de tabac quotidiennement (entre 21 et 30 et >31 cigarettes / jour) serait plus importante parmi les consommateurs de roulées.
 - La proportion de détenus consommant une grande quantité de tabac quotidiennement (entre 21 et 30 et >31 cigarettes / jour) serait plus importante parmi les détenus qui accèdent au tabac par échange ou lors des parloirs.
 - La proportion de détenus consommant une grande quantité de tabac quotidiennement (entre 21 et 30 et >31 cigarettes / jour) serait plus importante parmi les consommateurs de cannabis, drogues ou alcool.
- 5) Les facteurs impactant la possibilité de ne pas fumer en détention :
- Il n'existerait pas de différence entre les détenus au profil socioprofessionnel précaire et les autres sur leur capacité à ne pas fumer en détention.
 - La proportion de détenus capables de ne pas fumer en détention serait plus importante parmi les détenus « condamnés », incarcérés depuis longtemps ou aux antécédents d'incarcération.

- La proportion de détenus capables de ne pas fumer en détention serait plus importante parmi les détenus ayant un codétenu non-fumeur.
- La proportion de détenus capables de ne pas fumer en détention serait plus importante parmi les détenus non suivis par l'US-DSP.
- La proportion de détenus capables de ne pas fumer en détention serait plus importante parmi ceux consommant de petites quantités de tabac quotidiennement (<5 cigarettes / jour).
- La proportion de détenus capables de ne pas fumer en détention serait plus importante parmi ceux qui ont débuté, repris ou diminué la consommation de tabac au cours de l'incarcération.
- La proportion de détenus capables de ne pas fumer en détention serait plus importante parmi ceux qui ont déjà fait une tentative de sevrage.
- L'existence d'une autre consommation rendrait plus difficile la possibilité de ne pas fumer en détention.

6) Le sevrage tabagique :

- La prévalence de détenus fumeurs souhaitant arrêter de fumer serait comparable aux autres études réalisées en milieu carcéral, soit environ un tiers des détenus.
- Les hommes seraient plus nombreux que les femmes à vouloir arrêter de fumer.
- La motivation principale pour les détenus souhaitant arrêter de fumer serait la santé.
- La majorité des détenus fumeurs auraient connaissance de l'existence d'une consultation tabacologique au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.

7) Le tabagisme passif :

- Tous les détenus non-fumeurs ne seraient pas logés dans une cellule non-fumeur.

III) MATERIEL ET METHODES

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, unicentrique réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme auto-administré.

2) Population étudiée

Les critères d'inclusion :

- Hommes et femmes
- Majeurs
- Consentants et informés de l'objectif de l'étude
- Présents au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan le jour de l'étude
- Prévenus et condamnés
- Fumeurs, non-fumeur et anciens fumeurs

Les critères de non-inclusion :

- Les mineurs de moins de 18 ans
- Les détenus hospitalisés au cours de l'enquête

Les mineurs ne sont pas pris en compte dans cette étude, n'ayant officiellement pas le droit de consommer du tabac lors de leur détention.

Les détenus hospitalisés au cours de l'enquête étant absents du centre pénitentiaire ils ne peuvent pas participer à l'étude.

Les critères d'exclusions:

- Les questionnaires inexploitable car non remplis

3) Les accords préliminaires à la réalisation de l'étude

Compte-tenu de la particularité de la population étudiée, avant de réaliser le recueil de données, plusieurs accords ont été obtenus :

- L'accord de la Direction de l'Administration Pénitentiaire, sous l'autorité du ministère de la Justice
- L'accord de la Direction Interrégionale du Service Pénitentiaire de Bordeaux
- L'accord de la Direction du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan
- Une déclaration à la CNIL a été effectuée
- L'accord du chef de service de l'US-DSS au moment de l'enquête, le Dr Le Port

4) Déroulement de l'enquête

4.1) Lieu de distribution du questionnaire

Le questionnaire a été distribué dans tous les bâtiments (sauf le quartier mineur) du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan : le quartier A et B où résident les détenus hommes, le quartier des détenus femmes, et le centre pour peines aménagées.

4.2) Modalités de diffusion du questionnaire

Une semaine avant la distribution des questionnaires, les détenus ont été informés grâce à l'affichage de posters (Annexe 3) expliquant l'objectif, le mode de réalisation de l'étude et la date de de distribution. Ces posters étaient affichés à chaque étage du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan et dans le service de l'US-DSS.

La distribution du questionnaire (Annexe 4) s'est déroulée le 26 Mai 2016 avec l'aide du surveillant et des infirmières de l'US-DSS. Nous avons distribué le questionnaire dans toutes les cellules de chaque bâtiment de la maison d'arrêt, accompagné du surveillant de l'US-DSS. Si les détenus étaient absents au moment de la distribution, nous déposons les questionnaires dans leurs cellules, mis en évidence.

Pour les détenus en semi-liberté, résidant dans le centre pour peines aménagées, nous avons déposé le questionnaire dans leurs boîtes aux lettres personnelles.

Les détenus, informés du mode de recueil, avaient jusqu'au 5 juin 2016, soit dix jours, pour répondre aux questionnaires et le déposer dans les boîtes aux lettres de l'US-DSS, situées à chaque étage de l'établissement. Les questionnaires remplis ont été récupérés par l'équipe mettant en place l'enquête, indépendante de l'administration pénitentiaire.

Cette méthode de récolte des questionnaires a permis un meilleur anonymat des participants.

5) Le questionnaire d'enquête

5.1) Présentation et construction du questionnaire

Pour faciliter la lecture du questionnaire sous format papier et avoir un taux de réponse satisfaisant, la longueur du questionnaire et la mise en forme ont été étudiées.

Le questionnaire devait tenir sur deux feuilles A4. La plupart des questions étaient volontairement fermées, à choix multiples, pour faciliter l'interprétation.

Le questionnaire débute par un texte introductif expliquant l'objectif de l'étude, la méthode de retour des questionnaires remplis, et demande au détenu de répondre avec le plus de sincérité possible afin de garantir une plus grande validité des données recueillies. Ce texte stipule également qu'aucun nom, numéro d'écrou ou numéro de cellule ne doit apparaître sur le questionnaire afin de garantir l'anonymat des participants.

Le questionnaire est composé de 27 questions réparties en 3 parties.

La première partie du questionnaire, composée de 15 questions (4 questions fermées à choix unique, 10 questions fermées dichotomiques et 1 question numérique) concerne tous les détenus, et nous informe sur :

Les renseignements généraux des répondants :

- Le sexe
- L'âge
- Le niveau de scolarité
- L'existence d'une profession avant l'incarcération
- La possession d'un domicile à l'extérieur

Les renseignements concernant l'incarcération des répondants :

- La durée d'incarcération au moment de l'enquête
- Les antécédents d'incarcération
- Le statut carcéral : prévenu ou condamné
- L'existence d'un suivi par l'US-DSP en détention
- Le type de cellule dans laquelle ils sont logés (fumeur ou non-fumeur)

Les renseignements concernant les consommations des répondants en détention :

- Le profil tabagique
- L'utilisation de la cigarette électronique
- La consommation de cannabis
- La consommation d'autres drogues
- La consommation d'alcool

La première question concerne le profil tabagique du détenu, c'est une question à choix unique, volontairement placée au début, afin que les détenus comprennent que tous les profils tabagiques sont pris en compte dans l'étude, et pas seulement les détenus fumeurs.

Nous avons choisi de distinguer les « ex-fumeurs de plus d'un an » des « ex-fumeurs de moins d'un an ». En effet la définition d'un ex-fumeur est un fumeur qui n'a pas fumé depuis au moins un an (44), mais nous souhaitions avoir la proportion des détenus en cours de sevrage également.

Concernant la question sur le niveau de scolarité, l'étude Baromètre INPES 2014 (8) classe selon le niveau de diplômes (aucun, diplôme avant bac, bac, diplôme après bac) mais ces réponses sont inadaptées au vue de notre population étudiée (risque de réponse majoritaire : « aucun diplôme »). Les définitions de formation selon l'INSEE (45) sont elles aussi beaucoup trop complexes et trop accés sur les études supérieures.

Nous avons besoin de réponses plus adaptées, plus spécifiques à la situation scolaire de la population carcérale, c'est pourquoi nous avons préféré détailler les niveaux scolaires élémentaires. L'obtention de diplôme notamment du bac n'est au final pas une information essentielle, ce qui nous importe c'est le niveau scolaire, le moment d'arrêt de scolarisation.

Concernant le temps d'incarcération, nous n'avons pas de chiffre officiel sur le temps moyen d'incarcération des détenus en maison d'arrêt. L'estimation de la durée moyenne de détention en maison d'arrêt est d'environ 5 mois (chiffres 2007 et rapport de visites de certaines Maison d'Arrêt).

1 mois : correspond à de petites peines

1-5mois : 5 mois correspond à la durée moyenne de détention en maison d'arrêt

5 mois – 2 ans : « 2 ans » correspond au temps maximal que peut passer un condamné en maison d'arrêt, au-delà il doit normalement être transféré en centre de détention pour poursuivre sa peine.

>2ans : temps d'incarcération possible en maison d'arrêt dans le cas de prévenus dont le jugement est toujours en cours au bout de 2 ans, du fait par exemple de plusieurs appels.

Concernant les co-consommations (cannabis, autres drogues, alcool) nous ne cherchions pas à évaluer une dépendance ou addiction qui aurait probablement été sous-estimée en raison de l'interdiction de consommer ces substances et donc de la difficulté à s'en procurer, surtout en détention.

La deuxième partie du questionnaire était adressée aux ex-fumeurs, fumeurs en cours de sevrage (moins d'un an d'arrêt du tabac) et non-fumeurs. Elle est composée de 3 questions (2 questions numériques, 1 question fermée à choix unique). Elle nous renseigne sur :

- L'âge de la première cigarette
- L'âge de début de la consommation quotidienne
- Le lieu d'arrêt du tabac pour les ex-fumeurs (en incarcération ou à l'extérieur)

Nous avons pris en compte les ex-fumeurs dans ces questions, afin de ne pas perdre de données relatives aux ex-fumeurs et d'obtenir le plus grand nombre de réponses.

Pour l'âge de la première cigarette et de début de la consommation quotidienne, nous avons fait le choix de ne pas proposer, dans les réponses, d'intervalles prédéfinis car nous risquions de sous-estimer la précocité de l'âge de début.

La troisième partie du questionnaire ne s'adressait qu'aux fumeurs. Elle est composée de 9 questions (4 questions fermées dichotomiques, 2 questions fermées à choix unique et 3 questions à choix multiples).

Certaines questions renseignent sur les habitudes de consommation tabagique des détenus lors de leur incarcération :

- La fréquence de consommation
- La quantité de tabac consommé quotidiennement
- Le type de tabac consommé
- Le mode d'accès au tabac en détention

D'autres renseignent sur leur intention et motivation d'arrêt :

- Existence d'une tentative d'arrêt de consommation de tabac
- La possibilité de ne pas fumer en détention
- Le souhait de ne pas fumer en détention et si oui, leurs motivations

Une question concerne la modification de leur consommation depuis leur incarcération, et enfin une question porte sur leur connaissance de l'existence d'une consultation de tabacologie au sein du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.

Concernant la quantité de tabac consommé quotidiennement, l'intervalle des réponses s'appuie sur le test Fagerström (46), nous avons simplement modifié le premier intervalle qui ne nous semblait pas assez précis. Dans cette population fortement exposée au tabac, il nous semble plus judicieux et discriminant de diviser le premier intervalle du test de Fagerström (≤ 10 cigarettes / jour) en 2 intervalles (< 5 cigarettes / jour et entre 5 et 10 cigarettes / jour). Ainsi avec ces intervalles plus précis nous augmentons les chances d'obtenir des résultats significatifs lorsque nous comparons les détenus fumeurs selon leur quantité de tabac consommé quotidiennement. Les autres intervalles sont identiques à ceux du test de Fagerström.

Pour une meilleure compréhension à la lecture des résultats, nous nommons 4 classes de fumeurs selon leur quantité de tabac consommé quotidiennement :

- Les « petits fumeurs » : moins de 5 cigarettes / jour
- Les « moyens fumeurs » : entre 5 et 20 cigarettes / jour
- Les « gros fumeurs » : entre 21 et 30 cigarettes / jour
- Les « très gros fumeurs » : plus de 30 cigarettes / jour

Devant des valeurs seuils très variables selon les auteurs pour définir des catégories de fumeurs selon la quantité de tabac consommé quotidiennement, nous avons réalisé une classification arbitraire. Par exemple pour mieux connaître et définir la catégorie de « petits fumeurs » une revue de la littérature (47) a été réalisée, elle montre que les définitions de « petits fumeurs » sont nombreuses selon les auteurs (les valeurs seuil choisies pour définir les petits fumeurs sont très variables : cinq, dix, quinze). Elle précise que le seuil le plus souvent retenu est de cinq cigarettes par jour comme dans notre étude.

Les réponses relatives aux types de tabac consommés sont en lien avec les différents types de tabac proposés en détention sur les bons de cantines.

Les questions concernant leur intention d'arrêt du tabac ont été élaborées en s'appuyant sur la thèse de Perrine Verdat : Habitudes toxicologiques et BPCO : évaluation prospective au sein de la population carcérale de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas (41).

5.2) Etude préliminaire (phase test)

Une phase test (Annexe 5) a été réalisée le 24 mars 2016. Les questions et les modalités des réponses sont fondées sur les recommandations de l'HAS (48).

L'échantillon du pré-test doit dépendre de l'ampleur de l'enquête. D'une manière générale, on considère qu'environ 1 à 10 % de l'effectif global est une proportion acceptable (49).

La phase test s'est déroulée en entretien individuel dans un bureau de consultation de l'US-DSS. Le questionnaire a été soumis à 7 détenus, soit environ 1% de l'effectif globale (611 détenus), présents à l'US-DSS au moment de la phase test, pris au hasard après consentement éclairé. Il était expliqué que toutes remarques étaient les bienvenues et qu'il ne fallait pas hésiter à intervenir pour commenter, ou critiquer.

Une fois le questionnaire lu dans son intégralité, ils étaient invités à répondre à des questions portant sur :

- La compréhension : du texte explicatif au début du questionnaire, des questions posées, des différentes parties du questionnaire selon le statut tabagique.
- La longueur du questionnaire
- La présentation du questionnaire
- L'anonymat : la clarté d'information concernant l'anonymat du questionnaire et son indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, ainsi que leurs avis sur l'indiscrétion des questions.
- Les commentaires libres concernant le questionnaire

Toutes les réponses de ces 7 détenus ont été « plutôt oui » ou « oui tout à fait », c'est pourquoi nous n'avons pas inclus de nouveaux détenus.

A l'issue de cette phase test, nous avons réalisé quelques changements :

Les modifications concernaient la présentation des différentes parties du questionnaire, afin qu'elles soient plus explicites pour les enquêtés. En effet les 3 parties ne paraissaient pas suffisamment distinctes et claires, nous avons donc simplifié les noms de ces parties et amélioré la présentation afin que cela soit plus évident pour le lecteur.

Nous avons également insisté sur l'indépendance de ce travail vis-à-vis de l'administration pénitentiaire dans le texte explicatif au début du questionnaire.

Au départ nous n'avions pas mis de questions sur la consommation de cigarette électronique dans la 1^{ère} partie, destinée à tous les détenus dont les non-fumeurs, nous en parlions seulement dans la 3^{ème} partie destinée aux fumeurs (question sur le type de tabac consommé). Cependant les vapoteurs ne sont pas forcément des fumeurs, c'est pourquoi nous avons ajouté une question sur la consommation de cigarette électronique dans la 1^{ère} partie destinée à tous les détenus.

6) Considération éthique

Les informations recueillies sont confidentielles et protégées. Elles ne font l'objet que d'une exploitation anonyme à des fins statistiques. La garantie d'anonymat est assurée par une mention en préambule du questionnaire qui stipule qu'aucun nom, numéro d'écrou ou numéro de cellule ne doit apparaître sur le questionnaire. L'ensemble des enquêtés était informé de l'utilisation des données individuelles anonymes pour l'étude. Le remplissage de l'auto-questionnaire était la preuve d'une participation volontaire et avait valeur de consentement. Les questionnaires complétés ont été récupérés par l'équipe mettant en place l'enquête, indépendante de l'administration pénitentiaire.

7) Recueil des données et analyses statistiques

L'ensemble des réponses de l'enquête a été regroupé dans un tableau Excel. Les statistiques univariées ont été réalisées à partir de calculs de la base de données du tableau Excel. Les données ont ensuite été analysées avec le logiciel « R » afin d'obtenir des statistiques bivariées. Nous avons fait appel à un statisticien pour l'aide à l'utilisation du logiciel « R ».

Les caractéristiques de la population étudiée et les caractéristiques de consommation ont été décrites en termes de fréquence (en nombre absolu) et de pourcentage pour les données qualitatives, et en termes de moyenne avec écart type pour les variables continues.

La relation des variables qualitatives a été analysée par un test du Chi², et si l'effectif attendu sous l'hypothèse nulle était trop faible, par un test exact de Fischer. Le seuil de significativité était $p < 0,05$.

La relation d'une variable qualitative avec une variable quantitative a été analysée par le test de Kruskal Wallis et la comparaison de deux moyennes par le test de Wilcoxon Mann Whitney, avec toujours un seuil de significativité identique soit $p < 0,05$.

IV) RESULTATS

Le 26 mai 2016, jour de la distribution des questionnaires au sein du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, nous notons 611 détenus dont 583 hommes (95,4%) et 28 femmes (4,6%). Les mineurs au nombre de 15 n'ont pas été inclus dans l'étude car officiellement ils ne sont pas autorisés à fumer en détention.

Au total 212 détenus ont répondu à nos questionnaires, soit 34,7%. Les 212 questionnaires retournés étaient tous exploitables, nous n'en n'avons donc pas exclu. Les questionnaires partiellement remplis mais exploitables étaient pris en compte.

1) Les Profils

1.1) Profil socio-professionnel

Profil sociodémographique	%	n
Sexe		
• Homme	92,5	196
• Femme	7,5	16
Niveau scolaire (Annexe 6)		
• Jamais scolarisé	2,8	6
• Primaire	5,7	12
• Collège	24	51
• Lycée	49,1	104
• Etudes supérieures	18,4	39
Condition de logement		
• Domicile	83,7	174
• Pas de domicile	16,3	34
Statut professionnel		
• Profession	65,4	138
• Pas de profession	34,6	73

Tableau 1 : Répartition selon le profil socio-professionnel des détenus

Les femmes ont été plus investies que les hommes dans cette étude : 57,1% des femmes ont participé contre 33,6% des hommes.

AGE :	Age moyen (années)	Ecart d'âge (années)
Total	36,9	18-77
• Homme	37,1	
• Femme	35,4	

Tableau 2 : L'âge moyen des détenus

Les détenus étaient en majorité des hommes (92,5%), de 36,9 ans d'âge moyen, avec un niveau lycée ou BEP ou CAP (49,1%), avec un domicile (83,7%) et une profession à l'extérieur (65,4%).

1.2) Profil Carcéral

Profil carcéral	%	n
Antécédents carcéraux		
• Oui	55	115
• non	45	94
Statut carcéral		
• Prévenu	45	95
• Condamné	55	116
Durée d'incarcération		
• < 1 mois	15,7	33
• 1 mois – 5 mois	37,6	79
• 6 mois – 2 ans	28,6	60
• > 2 ans	18,1	38
Suivi US-DSP :		
• Oui	57,8	122
• Non	42,2	89

Tableau 3 : Répartition des détenus selon leur profil carcéral

Selon le test de Fisher, nous observons une différence significative des antécédents carcéraux selon le sexe ($p=0.01697$) : une femme sur quatre (25%) a des antécédents carcéraux, alors que plus d'un homme sur deux (57,5%) a déjà été incarcéré (cf annexe 7).

Les détenus étaient des condamnés (55%) avec une durée d'incarcération moyenne d'un à cinq mois (37,6%). Les détenus hommes (57,5%) ont déjà été incarcérés par le passé, alors que les détenues femmes (75%) sont sans antécédent carcéral. Plus d'un détenu sur deux bénéficie d'un suivi à l'US-DSP pendant l'incarcération.

2) Les caractéristiques de la consommation de tabac en détention

2.1) Statut tabagique

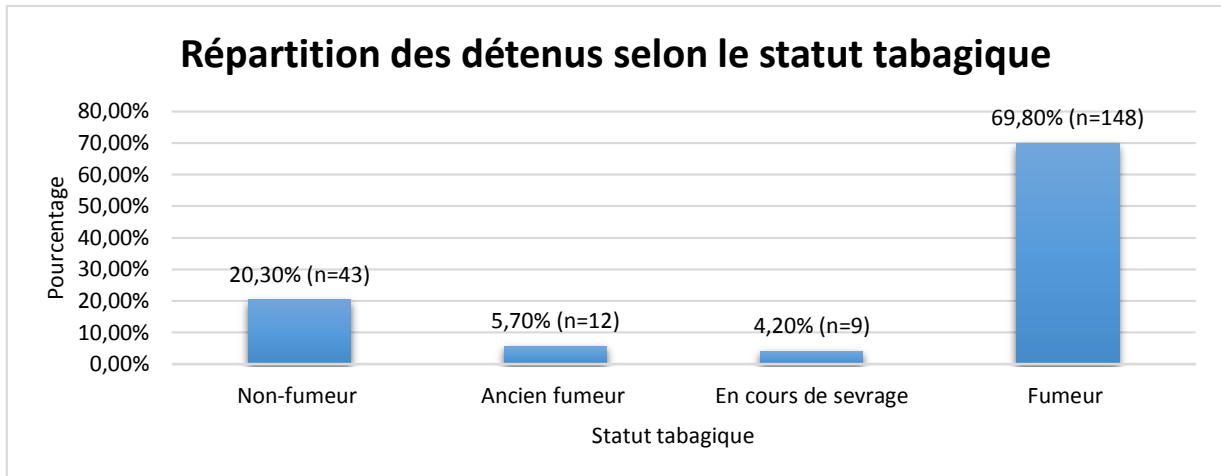


Figure 4 : Répartition des détenus selon le statut tabagique

2.2) L'âge de la première cigarette et du début de consommation quotidienne du tabac

	Age moyen	Ecart d'âge
Première cigarette (total)	14,3	
• Homme	14,4	7 – 28
• Femme	14,3	
Début de consommation quotidienne de tabac (total)	16,3	
• Homme	16,2	8 – 36
• Femme	17,8	

Tableau 4 : Répartition des détenus selon l'âge moyen de la première cigarette et du début de consommation quotidienne du tabac des détenus

Selon le test de Wilcoxon mann witney, nous ne pouvons pas conclure à une différence significative de l'âge de la première cigarette ($p=0,7654$) ni de l'âge de début de consommation quotidien du tabac ($p=0,5123$) en fonction du sexe.

2.3) Les habitudes de consommation en détention

Habitude de consommation de tabac en détention	%	n
Quantité de tabac consommé quotidiennement		
• Occasionnellement	3,4	5
• < 5 cigarettes	5,4	8
• 5 – 10 cigarettes	36,5	54
• 11 – 20 cigarettes	43,2	64
• 21 – 30 cigarettes	8,1	12
• > 31 cigarettes	3,4	5
Type de tabac consommé (Annexe 8)		
• Roulées	79,8	117
• Cigarettes	72,8	107
• Cigarillos	8,2	12
• Cigarette électronique	6,8	10
Mode d'accès du tabac en détention (Annexe 9)		
• Cantine	94,5	138
• Echange	26,7	39
• Parloirs	4,8	7
• Autres	2,8	4
Changement de consommation en détention		
• Débuté	2	3
• Repris	7,9	12
• Augmenté	30,9	47
• Diminué	23	35
• Arrêté	6,6	10
• Inchangé	29,6	45

Tableau 5 : Répartition des détenus selon leurs habitudes de consommation du tabac

La majorité des détenus (86,4%) consomment des roulées et/ou cigarettes (cf annexe 4). Le seul mode d'accès du tabac pour les femmes ayant répondu (n=10) est la cantine.

Nous n'observons pas de différence significative du « type de tabac consommé » et du « mode d'accès au tabac » en fonction :

- De l'âge (respectivement $p=0,3611$ et $p=0,05358$ selon le test de Kruskal Wallis),
- Du sexe (respectivement $p=NS$ et $p=0.383$ selon le test de Fisher),
- De la durée d'incarcération ($p=NS$ selon le test de Fisher) et
- Des antécédents carcéraux (respectivement $p=0,09905$ et $p=NS$ selon le test de Fisher).

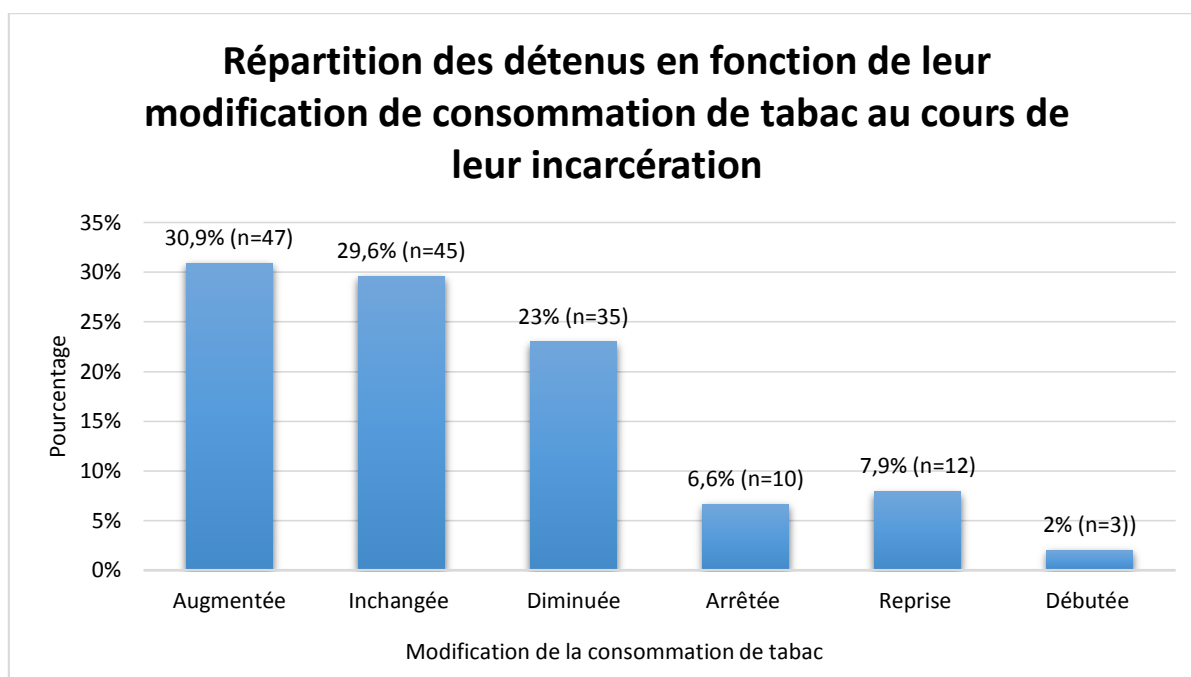


Figure 5 : Répartition des détenus selon leur modification de consommation tabagique en détention

La prévalence de détenus fumeurs au sein du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan est de 69,8%. Ils ont fumé leur première cigarette à 14,3 ans et débuté une consommation quotidienne deux ans plus tard (16,3 ans). Les détenus fumeurs consomment entre 11 et 20 (43,2%) roulées et/ou cigarettes (86,4%) auxquelles ils accèdent par la cantine (69,7%). Concernant leur consommation au cours de l’incarcération, un tiers l’a augmentée, un tiers ne l’a pas changée et un tiers l’a soit arrêtée soit diminuée.

3) L'arrêt du tabac

L'arrêt du tabac	%	n
Tentative d'arrêt (Annexe 10)		
• Oui	63,7	93
➤ Avec aide médicale	33,3	31
➤ Sans aide médicale	66,7	62
• Non	36,3	53
Possibilité de ne pas fumer en détention (Annexe 11)		
• Oui	32,9	48
• Non	67,1	98
Souhait d'arrêter de fumer en détention (Annexe 11 et 12)		
• Oui	36,3	53
• Non	63,7	93
Les motivations pour ceux qui souhaitent arrêter de fumer		
• Santé	69,8	37
• Physique	56,6	30
• Bien-être	71,7	38
• Economie	54,7	29
• Indépendant	49	26
• Famille	43,4	23
• Grossesse	1,9	1
Connaissance de la consultation de tabacologie au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan (Annexe 13)		
• Oui	58,9	86
• Non	41,1	60

Tableau 6 : Les caractéristiques d'arrêt du tabac chez les détenus

Nous n'observons pas de liens significatifs entre les tentatives de sevrage et :

- Les autres consommations : cannabis $p= 0,05011$; alcool $p= 0,3383$; drogues $p= 0,2716$ selon le test du Chi2
- Le sexe ($p=1$ selon le test de Fisher) ou l'âge ($p= 0,09815$ selon le test Wilcoxon mann witney)
- La quantité de tabac consommé quotidiennement ($p= 0,1112$ selon le test de Fisher).

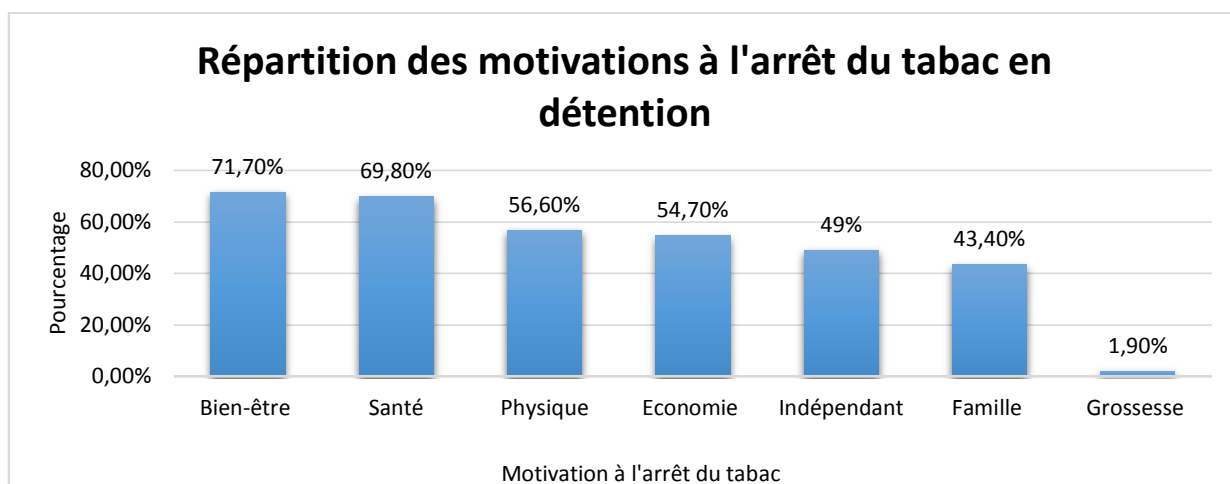


Figure 6 : Répartition des motivations à l'arrêt du tabac en détention

Parmi les détenus fumeurs, 41,1% (n=60) ne connaissaient pas l'existence d'une consultation de tabacologie au sein du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.

Nous n'observons pas de liens significatifs entre la connaissance de l'existence d'une consultation de tabacologie et :

- Le sexe (p= 0,526 selon le test de Fisher) : 70% des femmes connaissaient cette consultation contre seulement 58,1% des hommes.
- La durée d'incarcération (p= 0,9224 selon le test du Chi2)
- Le souhait de sevrage du tabac (p= 0,9389 selon le test du Chi2)

Parmi les détenus souhaitant arrêter de fumer en détention, 41,5% (n=22) ne savaient pas qu'il existait une consultation de tabacologie au sein du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.

- La majorité des détenus fumeurs ont déjà fait une tentative d'arrêt du tabac (63,7%), sans aides médicales pour la plupart (66,7%).
- Pour deux détenus sur trois il est impossible de ne pas fumer en détention.
- La motivation principale des détenus souhaitant arrêter de fumer est la santé en générale (57,1%).
- Plus d'un tiers des détenus fumeurs ne connaissent pas l'existence de la consultation de tabacologie au sein du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan et 2 détenus sur 5 souhaitant arrêter de fumer ne la connaissent pas.

4) Les détenus ne consommant pas de tabac

4.1) Le partage de cellule

Nous nous sommes intéressés au risque de tabagisme passif pour les détenus ne consommant pas de tabac : un détenu sur deux (47,9%) ne consommant pas de tabac partage sa cellule avec un fumeur.

Détenus ne consommant pas de tabac et partageant leur cellule avec un fumeur	%	n
Non-fumeur	46,5	20
• Homme	48,6	18
• Femme	33,3	2
Ancien fumeur (ex>1an)	41,7	5
En cours de sevrage (ex<1an)	55,5	5
Totalité des détenus ne consommant pas de tabac	47,9	30

Tableau 7 : La répartition du tabagisme passif en détention

4.2) Le lieu d'arrêt en fonction du profil tabagique

Selon le test de Fisher, nous observons une différence significative ($p=3*10^5$) du lieu d'arrêt du tabac en fonction du statut tabagique : la majorité des anciens fumeurs (91,7%, n=11) ont arrêté le tabac à l'extérieur (1 seul ancien fumeur a arrêté le tabac en détention) alors que la totalité des détenus en cours de sevrage (n=9) ont arrêté en détention.

Nous ne notons pas de différence significative du lieu d'arrêt du tabac selon la durée ($p=0,6049$ selon le test de Fisher) ou les antécédents d'incarcération ($p=0,835$ selon le test du Chi2).

Un détenu sur deux ne consommant pas de tabac partage sa cellule avec un fumeur. Les anciens fumeurs ont arrêté le tabac à l'extérieur, alors que les détenus en cours de sevrage ont débuté l'arrêt en détention.

5) Les autres consommations en détention

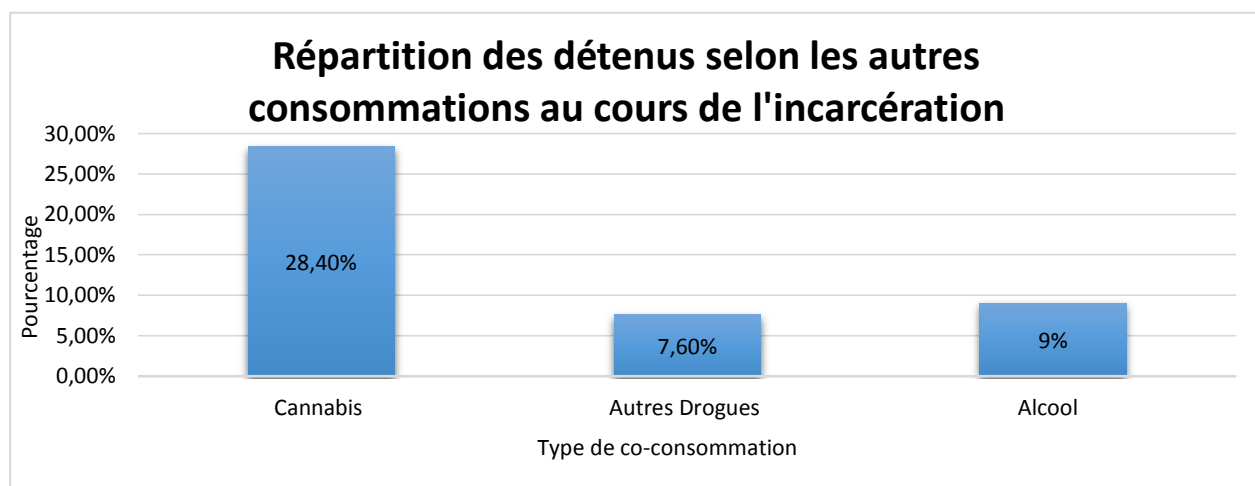


Figure 7 : Répartition des autres consommations en détention

Selon le test de Fisher, il n'existe pas de différence significative de la consommation de cannabis, d'alcool ou autres drogues selon le sexe (respectivement $p=0,5652$; $p=1$; $p=0,6166$) (Annexe 14).

Les vapoteurs :	%	n
Totalité des vapoteurs	8,1%	17
- Dont Fumeur	70,6	12
- Dont Ancien fumeur (ex>1an)	5,9	1
- Dont En cours de sevrage (ex<1an)	17,6	3
- Dont Non-fumeur	5,9	1

Tableau 8 : La répartition des vapoteurs

Les utilisateurs de la cigarette électronique sont tous des hommes.

Le cannabis est la consommation la plus importante en détention devant l'alcool et les autres drogues : plus d'un détenu sur quatre en consomme. La majorité des vapoteurs sont des fumeurs.

6) Analyse bivariée du statut tabagique

6.1) En fonction du profil socio-professionnel

	Statut tabagique				p
	En cours de sevrage (ex<1an)	Ancien fumeur (ex>1an)	Fumeur	Non-fumeur	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
SEXE :					
Homme	4,6 (9)	6,1 (12)	70,4 (138)	18,9 (37)	0.3451
Femme	0	0	62,5 (10)	37,5 (6)	
AGE	34,4	58,9	34,7	39	7.262e-06 *
NIVEAU SCOLAIRE :					
Jamais scolarisé	0	0	100 (6)	0	NA
Primaire	0	8,3 (1)	75 (9)	16,7 (2)	0.8545
Collège	3,9 (2)	5,9 (3)	70,6 (36)	19,6 (10)	1
Lycée	5,8 (6)	6,7 (7)	72,1 (75)	15,4 (16)	0.2523
Etudes supérieures	2,6 (1)	2,6 (1)	56,4 (22)	38,4 (15)	0.02376 *
DOMICILE :					
Oui	5,2 (9)	6,9 (12)	64,4 (112)	23,5 (41)	0.001272*
Non	0	0	97,1 (33)	2,9 (1)	
PROFESSION :					
Oui	4,3 (6)	8 (11)	64,5 (89)	23,2 (32)	0.07313
Non	4,1 (3)	1,4 (1)	79,4 (58)	15,1 (11)	

Tableau 9 : Analyse bivariée du statut tabagique en fonction du profil socio-professionnel des détenus. Test de Fisher pour tous les paramètres sauf pour l'âge (test de Kruskal Wallis).

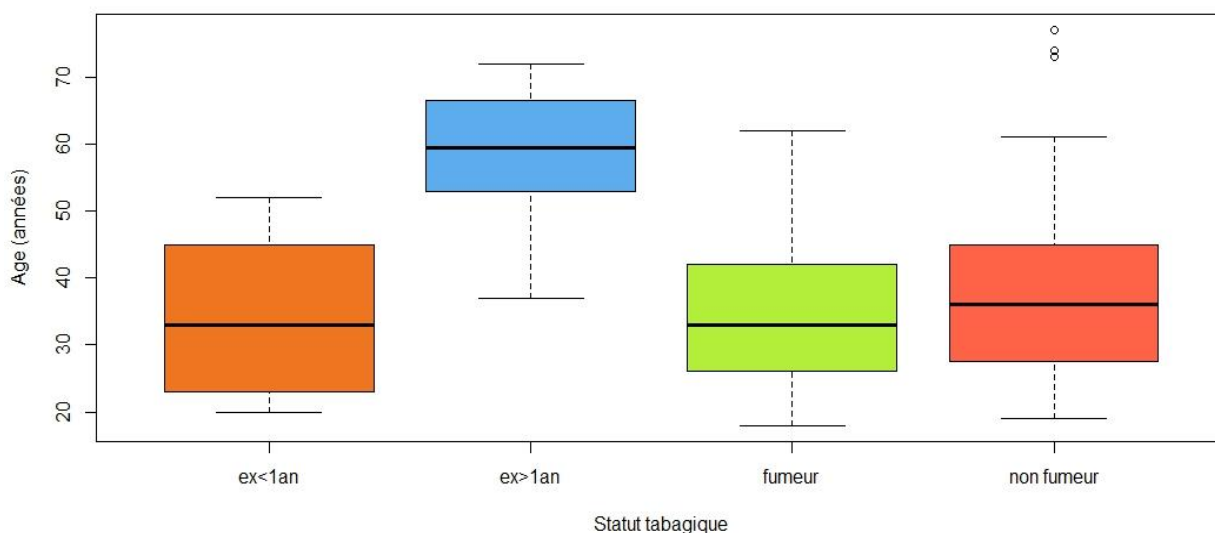


Figure 8 : Relation entre l'âge des détenus et leur statut tabagique

Selon le graphique ci-dessus, la différence d'âge se situe entre les anciens fumeurs (ex > 1 an) et les détenus en cours de sevrage (ex < 1 an). En effet les anciens fumeurs (ex > 1 an) sont plus âgés que les détenus en cours de sevrage (ex < 1 an). Nous ne pouvons pas faire de conclusions pour les fumeurs et les non-fumeurs : les « moustaches » pour ces 2 statuts tabagiques chevauchent les intervalles des autres statuts.

6.2) En fonction du profil carcéral

	Statut tabagique				p
	En cours de sevrage (ex<1an)	Ancien fumeur (ex>1an)	Fumeur	Non-fumeur	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
ANTECEDENT D'INCARCERATION :					
Oui	3,5 (4)	5,2 (6)	76,5 (88)	14,8 (17)	0.1129
Non	5,3 (5)	6,4 (6)	61,7 (58)	26,6 (25)	
STATUT CARCERALE :					
Prévenu	5,2 (5)	7,4 (7)	60 (57)	27,4 (26)	0.05021
Condamné	3,4 (4)	4,3 (5)	77,6 (90)	14,7(17)	
DUREE D'INCARCERATION :					
< 1 mois	0	0	84,9 (28)	15,1 (5)	0.1552
1 mois – 5 mois	2,5 (2)	7,6 (6)	68,4 (54)	21,5 (17)	0.6256
6 mois – 2 ans	10 (6)	6,7 (4)	55 (33)	28,3 (17)	0.008326 *
>2ans	2,6 (1)	5,3 (2)	81,6 (31)	10,5 (4)	0.3334

Tableau 10 : Analyse bivariée du statut tabagique en fonction du profil carcéral des détenus. Test de Fisher pour tous les paramètres

6.3) En fonction d'un suivi à l'US-DSP

	Statut tabagique				p
	En cours de sevrage (ex<1an)	Ancien fumeur (ex>1an)	Fumeur	Non-fumeur	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
SUIVI US-DSP :					
Oui	4,9 (6)	4,1 (5)	72,1 (88)	18,9 (23)	0.5477
Non	3,4 (3)	7,8 (7)	66,3 (59)	22,5 (20)	

Tableau 11 : Analyse bivariée du statut tabagique en fonction du suivi US-DSP des détenus - Test de Fisher utilisé

6.4) En fonction des débuts de consommation du tabac

	Statut tabagique				p
	En cours de sevrage (ex<1an)	Ancien fumeur (ex>1an)	Fumeur	Non-fumeur	
	Age de la 1 ^{ère} cigarette	12	15.3	14.5	
Age de début de consommation quotidienne	15.3	18.4	16.3	NA	0.2138

Tableau 12 : Analyse bivariée du statut tabagique en fonction du suivi US-DSP des détenus

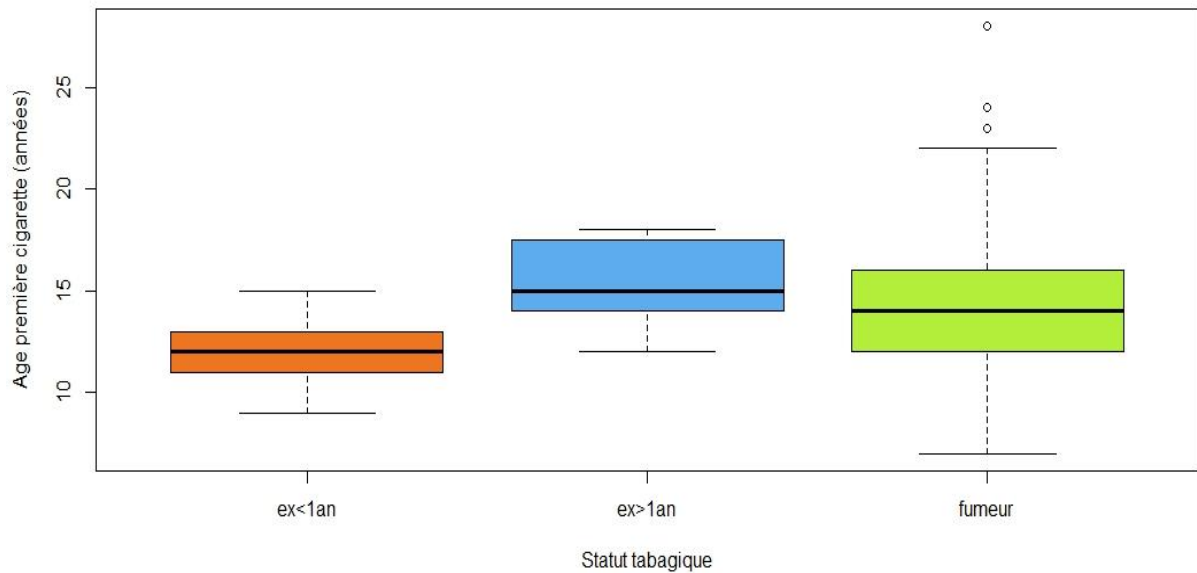


Figure 9 : Relation entre l'âge de la première cigarette des détenus et leur statut tabagique - Test de Kruskal Wallis utilisé

Selon le graphique ci-dessus, nous observons une différence significative de l'âge de la première cigarette entre les anciens fumeurs et les détenus en cours de sevrage : les détenus en cours de sevrage (ex<1an) ont fumé leur première cigarette plus jeune que les anciens fumeurs (ex>1an).

Nous ne pouvons pas conclure sur l'âge de la première cigarette chez les fumeurs, l'intervalle des « moustaches » étant trop grand.

6.5) En fonction des autres consommations

	Statut tabagique				p
	En cours de sevrage (ex<1an)	Ancien fumeur (ex>1an)	Fumeur	Non- fumeur	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
CONSOMMATION DE CANNABIS :					
Oui	1,7 (1)	0	95 (57)	3,3 (2)	1.152e-06 *
Non	5,3 (8)	7,9 (12)	59,6 (90)	27,2 (41)	
CONSOMMATION D'AUTRES DROGUES :					
Oui	6,2 (1)	0	93,8 (15)	0	0.07498
Non	4,1 (8)	6,2 (12)	67,7 (132)	22 (43)	
CONSOMMATION D'ALCOOL :					
Oui	0	0	94,7 (18)	5,3 (1)	0.1342
Non	4,7 (9)	6,2 (12)	67,2 (129)	21,9 (42)	
CONSOMMATION DE CIGARETTE ELECTRONIQUE :					
Oui	17,6 (3)	5,9 (1)	70,6 (12)	5,9 (1)	0.03899 *
Non	3,1 (6)	5,7 (11)	69,6 (135)	21,6 (42)	

Tableau 13 : Analyse bivariée du statut tabagique en fonction des autres consommations des détenus - Test de Fisher pour tous les paramètres

Il existe un lien significatif entre le statut tabagique et :

- L'âge : les anciens fumeurs sont plus âgés (âge moyen : 58,9 ans) que les détenus en cours de sevrage (âge moyen : 34,4 ans). Nous ne pouvons pas faire de conclusions sur l'âge des fumeurs et non-fumeurs.
- Le niveau scolaire : la prévalence de non-fumeurs est plus importante parmi les détenus aux niveaux d'études supérieures et la prévalence de fumeurs plus importante parmi les détenus aux niveaux d'études moindres.
- L'absence de domicile : la prévalence de fumeurs est beaucoup plus importante parmi les détenus sans domicile.
- La durée d'incarcération : la prévalence de détenus en cours de sevrage est plus importante et celle des fumeurs plus faible parmi les détenus incarcérés depuis 6 mois à 2 ans que parmi les autres groupes étudiés.
- L'âge de la première cigarette : les détenus en cours de sevrage ont fumé leur première cigarette plus jeune (12 ans) que les anciens fumeurs (15,3 ans).
- La consommation de cigarette électronique : la prévalence de détenus en cours de sevrage tabagique est plus importante parmi les consommateurs de cigarette électronique.

7) Analyse bivariée de la quantité de tabac consommé quotidiennement par les fumeurs

7.1) En fonction du profil socio-professionnel

	Quantité de tabac consommé quotidiennement						p
	Occas.	<5 cig.	5–10 cig.	11–20 cig.	21–30 cig.	>31 cig.	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
SEXE							
Homme	0,7 (1)	5,9 (8)	36,3 (49)	45,2 (61)	8,1 (11)	3,8 (5)	0.7789
Femme	0	0	55,6 (5)	33,3 (3)	11,1 (1)	0	
AGE	29	32.1	34.1	35.3	37.7	33.8	0.8112
NIVEAU SCOLAIRE							
Jamais scolarisé	0	0	40 (2)	20 (1)	0	40 (2)	0.04045 *
Primaire	0	0	22,2 (2)	55,6 (5)	11,1 (1)	11,1 (1)	0.4437
Collège	0	0	57,1 (20)	34,3 (12)	8,6 (3)	0	0.06561
Lycée	1,3 (1)	5,3 (4)	30,7 (23)	54,7 (41)	6,7 (5)	1,3 (1)	0.08084
Etudes supérieures	0	20 (4)	35 (7)	25 (5)	15 (3)	5 (1)	0.02797 *
DOMICILE							
Oui	0,9 (1)	6,4 (7)	38,5 (42)	41,3 (45)	10,1 (11)	2,8 (3)	0.5853
Non	0	3,1 (1)	34,4 (11)	53,1 (17)	3,1 (1)	6,3 (2)	
PROFESSION							
Oui	1,1 (1)	5,8 (5)	34,5 (30)	44,8 (39)	11,5 (10)	2,3 (2)	0.4461
Non	0	5,3 (3)	42,9 (24)	42,9 (24)	3,6 (2)	5,3 (3)	

Tableau 14 : Analyse bivariée de la quantité de tabac consommé quotidiennement en fonction du profil socio-professionnel des détenus - Test de Fisher utilisé pour tous les paramètres sauf pour l'âge (test de Kruskal Wallis). (Cig=cigarettes ; occas=occasionel)

7.2) En fonction du profil carcéral

	Quantité de tabac consommé quotidiennement						P
	Occas.	< 5 cig.	5 – 10 cig.	11 – 20 cig.	21 – 30 cig.	>31 cig.	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
ANTECEDENT D'INCARCERATION							
Oui	1,1 (1)	3,5 (3)	37,9 (33)	44,8 (39)	8,1 (7)	4,6 (4)	0.711
Non	0	9,1 (5)	36,4 (20)	43,6 (24)	9,1 (5)	1,8 (1)	
STATUT CARCERALE							
Prévenu	0	1,8 (1)	36,4 (20)	45,5 (25)	12,7 (7)	3,6 (2)	0.4277
Condamné	1,1 (1)	8 (7)	38,6 (34)	43,2 (38)	5,7 (5)	3,4 (3)	
DUREE D'INCARCERATION							
< 1 mois	7,4 (2)	0	0	40,7 (11)	11,2 (3)	40,7 (11)	0.8529
1 mois – 5 mois	3,9 (2)	5,8 (3)	1,9 (1)	42,3 (22)	9,6 (5)	36,5 (19)	0.6476
6 mois – 2 ans	9,4 (3)	3,1 (1)	0	43,8 (14)	3,1 (1)	40,6 (13)	0.7214
>2ans	3,2 (1)	3,2 (1)	0	51,6 (16)	9,7 (3)	32,3 (10)	0.9356
STATUT TABAGIQUE DU CODETENU :							
Fumeur	1,1 (1)	6,5 (6)	35,9 (33)	43,5 (40)	8,7 (8)	4,3 (4)	0,885
Non-fumeur	0	3,7 (1)	48,2 (13)	40,7 (11)	3,7 (1)	3,7 (1)	

Tableau 15 : Analyse bivariée de la quantité de tabac consommée quotidiennement en fonction du profil carcéral des détenus - Test de Fisher utilisé pour tous les paramètres.

7.3) En fonction des habitudes de consommation du tabac

	Quantité de tabac consommé quotidiennement						p
	Occas.	<5 cig.	5–10 cig.	11–20 cig.	21–30 cig.	>31 cig.	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
ROULEES							
Oui	0,9 (1)	3,5 (4)	36,5 (42)	48,7 (56)	6,1 (7)	4,3 (5)	0.03214*
Non	0	14,3 (4)	39,3 (11)	28,6 (8)	17,8 (5)	0	
CIGARETTES							
Oui	0	4,8 (5)	36,6 (38)	42,3 (44)	11,5 (12)	4,8 (5)	0.05021
Non	2,6 (1)	7,7 (3)	38,4 (15)	51,3 (20)	0	0	
CIGARILLOS							
Oui	0	0	33,3 (4)	41,7 (5)	8,3 (1)	16,7 (2)	0.2651
Non	0,8 (1)	6,1 (8)	37,4 (49)	45 (59)	8,4 (11)	2,3 (3)	
MODE D'ACCES							
Cantine	5,9 (8)	2,2 (3)	0,7 (1)	44,4 (60)	8,2 (11)	38,6 (52)	0.06454
Echange	5,3 (2)	5,3 (2)	0	44,7 (17)	15,8 (6)	28,9 (11)	0.7763
Parloirs	0	14,2 (1)	0	28,6 (2)	28,6 (2)	28,6 (2)	0.2607

Tableau 16 : Analyse bivariée de la quantité de tabac consommé quotidiennement en fonction des habitudes de consommation du tabac des détenus - Test de Fisher utilisé pour tous les paramètres.

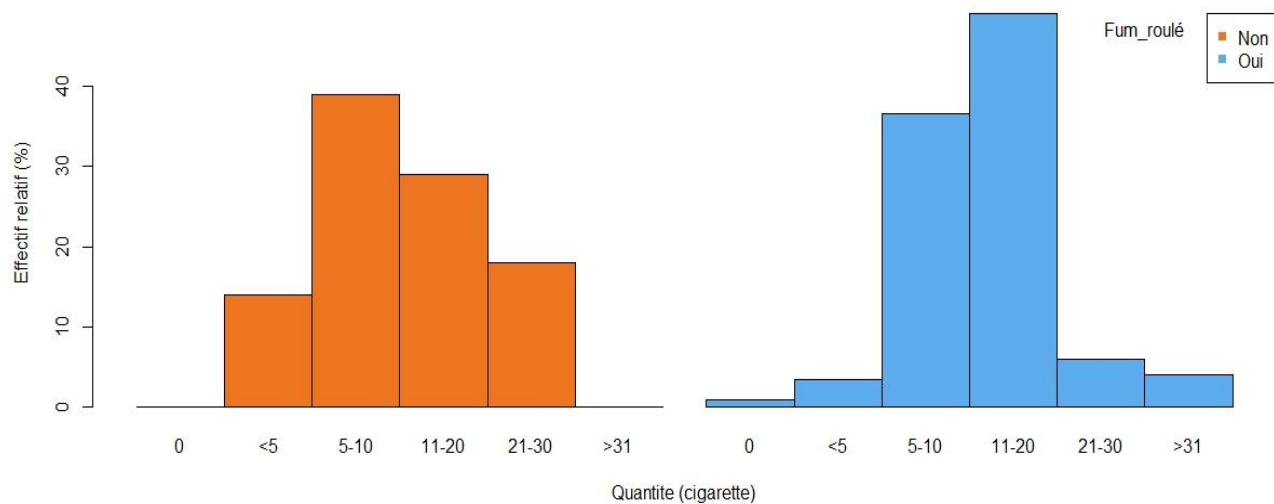


Figure 10 : Relation entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et la consommation de tabac à rouler par les détenus

7.4) En fonction des autres consommations

	Quantité de tabac consommé quotidiennement						p
	Occas	<5 cig.	5–10 cig.	11–20 cig.	21–30 cig.	>31 cig.	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
CONSOMMATION DE CANNABIS :							
Oui	1,8 (1)	5,4 (3)	33,9 (19)	44,6 (25)	5,4 (3)	8,9 (5)	0.04881 *
Non	0	5,8 (5)	40,2 (35)	43,7 (38)	10,3 (9)	0	
CONSOMMATION D'AUTRES DROGUES :							
Oui	0	6,7 (1)	20 (3)	33,3 (5)	13,3 (2)	26,7 (4)	0.00163 *
Non	0,8 (1)	5,5 (7)	39,8 (51)	45,3 (58)	7,8 (10)	0,8 (1)	
CONSOMMATION D'ALCOOL :							
Oui	0	5,5 (1)	16,7 (3)	38,9 (7)	16,7 (3)	22,2 (4)	0.00151 *
Non	0,8 (1)	5,6 (7)	40,8 (51)	44,8 (56)	7,2 (9)	0,8 (1)	
CONSOMMATION DE CIGARETTE ELECTRONIQUE :							
Oui	0	0	50 (6)	16,7 (2)	8,3 (1)	25 (3)	0.01005 *
Non	0,8 (1)	6,1 (8)	36,6 (48)	46,6 (61)	8,4 (11)	1,5 (2)	

Tableau 17 : Analyse bivariée de la quantité de tabac consommé quotidiennement en fonction des autres consommations des détenus - Test de Fisher utilisé pour tous les paramètres.

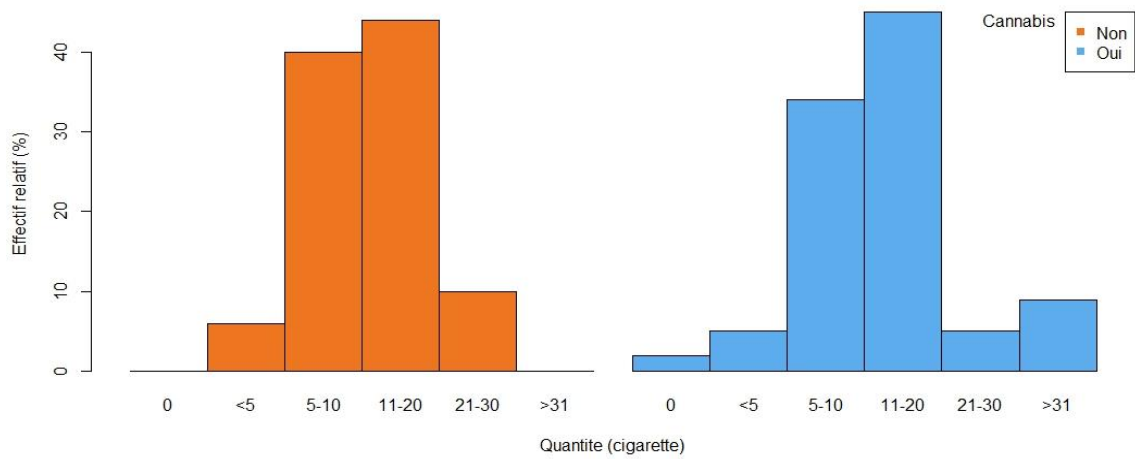


Figure 11 : Relation entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et la consommation de cannabis en détention

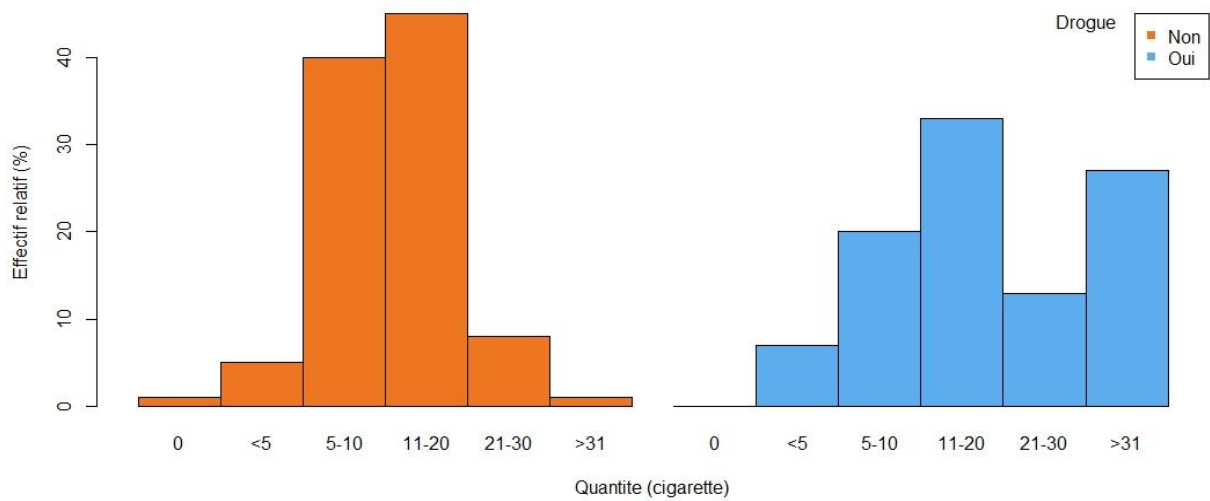


Figure 12 : Relation entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et la consommation de drogues en détention

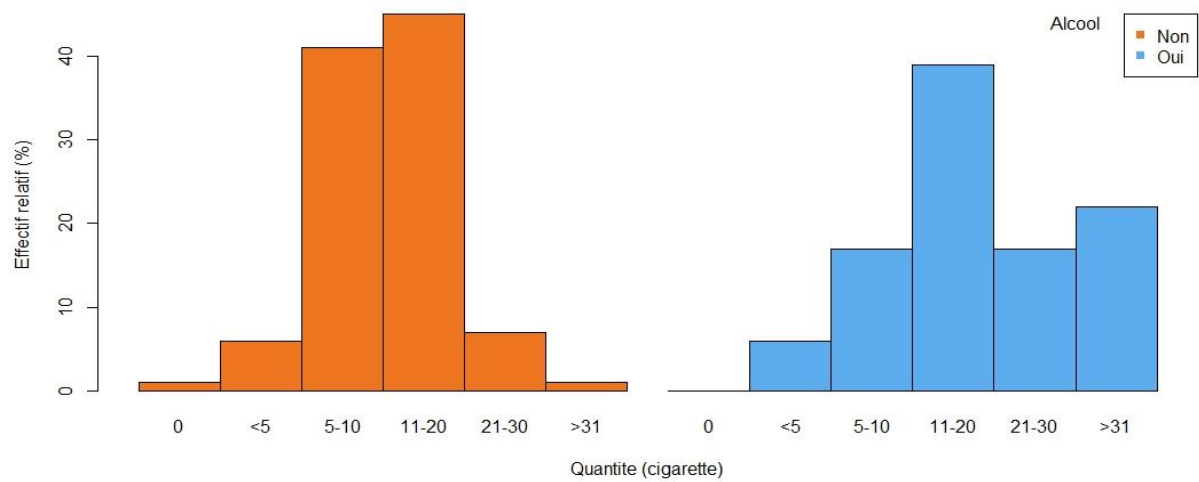


Figure 13 : Relation entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et la consommation d'alcool en détention

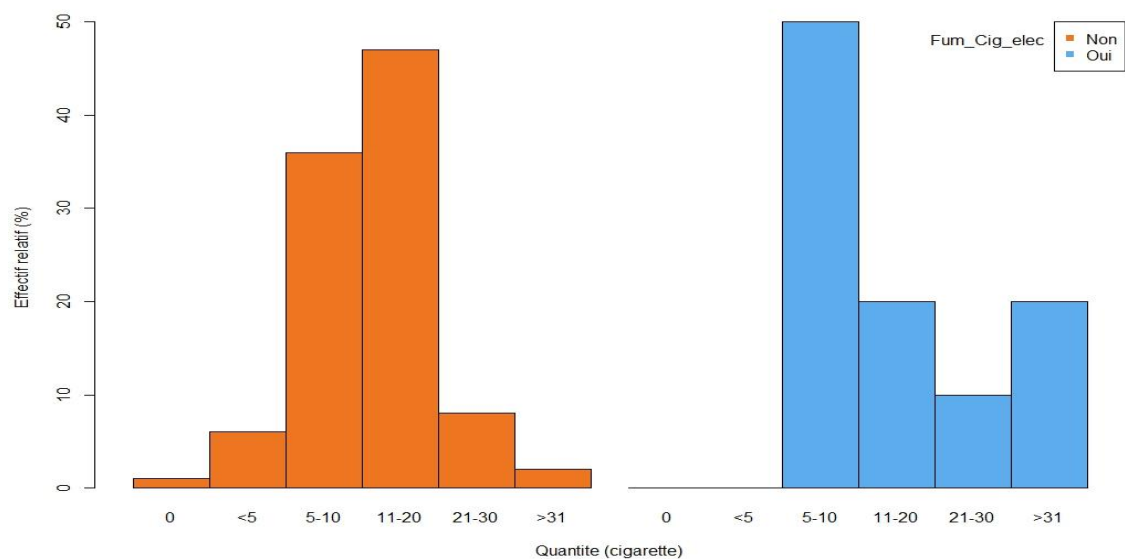


Figure 14 : Relation entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et la consommation de cigarette électronique en détention

Il existe un lien significatif entre la quantité de tabac consommé quotidiennement et :

- Le niveau scolaire : La prévalence de « très gros fumeurs » (≥ 31 cigarettes / jour) est plus importante parmi les détenus jamais scolarisés, alors que la prévalence de « petits fumeurs » (< 5 cigarettes / jour) est plus importante parmi les détenus aux niveaux d'études supérieures.
- Le type de tabac consommé : la prévalence de « très gros fumeurs » (≥ 31 cigarettes / jour) et de « moyens fumeurs » (entre 11 et 20 cigarettes / jour) est plus importante parmi ceux qui fument des roulées.
- La consommation de cannabis : la prévalence de « très gros fumeurs » (≥ 31 cigarettes / jour) est plus importante parmi les consommateurs de cannabis que parmi les non-consommateurs.
- La consommation de drogue et d'alcool : la prévalence de « gros et très gros fumeurs » (entre 21 et 30 cigarettes / jour et ≥ 31 cigarettes / jour) est plus importante parmi les consommateurs de drogues et d'alcool en détention que parmi les non-consommateurs.
- La consommation de cigarette électronique : la prévalence de « très gros fumeurs » (≥ 31 cigarettes / jour) est plus importante parmi les consommateurs de cigarette électronique que parmi les non-consommateurs.

8) Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en détention

8.1) En fonction du profil socio-professionnel

	Possibilité de ne pas fumer en p		
	détention		
	Non	Oui	
	% (n)	% (n)	
SEXE :			
Homme	67,6 (92)	32,4 (44)	0.7296
Femme	60 (6)	40 (4)	
AGE	35,9	32,6	0.05466
NIVEAU SCOLAIRE :			
Jamais scolarisé	50 (3)	50 (3)	0.395
Primaire	77,8 (7)	22,2 (2)	0.7181
Collège	74,3 (26)	25,7 (9)	0.3009
Lycée	67,6 (50)	32,4 (24)	0.9078
Etudes supérieures	54,5 (12)	45,5 (10)	0.173
DOMICILE :			
Oui	63,1 (70)	36,9 (41)	0.1387
Non	78,1 (25)	21,9 (7)	
PROFESSION :			
Oui	70,5 (62)	29,5 (26)	0.2821
Non	61,4 (35)	38,6 (22)	

Tableau 18 : Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en prison en fonction du profil socio-professionnel des détenus - Test de Fisher utilisé pour tous les paramètres sauf l'âge (test de Wilcoxon mann witney).

8.2) En fonction du profil carcéral

	Possibilité de ne pas fumer en détention		p
	Non	Oui	
	% (n)	% (n)	
ANTECEDENT D'INCARCERATION :			
Oui	67,8 (59)	32,2 (28)	0.7218
Non	64,9 (37)	35,1 (20)	
STATUT CARCERALE :			
Prévenu	64,9 (37)	35,1 (20)	0.7201
Condamné	68,2 (60)	31,8 (28)	
DUREE D'INCARCERATION :			
< 1 mois	63 (17)	37 (10)	0.6563
1 mois – 5 mois	75,5 (40)	24,5 (13)	0.101
6 mois – 2 ans	48,5 (16)	51,5 (17)	0.01961 *
>2ans	74,2 (23)	25,8 (8)	0.3922
STATUT TABAGIQUE DU CODETENU :			
Fumeur	71 (66)	29 (27)	0.4806
Non-fumeur	63 (17)	37 (10)	

Tableau 19 : Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en prison en fonction du profil carcéral des détenus - Test de Fisher utilisé pour tous les paramètres.

8.3) En fonction d'un suivi à l'US-DSP

	Possibilité de ne pas fumer p en détention		
	Non	Oui	
	% (n)	% (n)	
SUIVI US-DSP :			
Oui	72,4 (63)	27, (24)	0,5104
Non	58,6 (34)	41,4 (24)	

Tableau 20 : Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en prison en fonction en fonction du suivi US-DSP des détenus - Test du Chi2 utilisé.

8.4) En fonction des habitudes de consommation du tabac

	Possibilité de ne pas fumer p en détention		
	Non	Oui	
	% (n)	% (n)	
QUANTITE DE TABAC CONSOMMEE :			
Occasionnel	0	100 (1)	0.3165
< 5 cigarettes / jour	12,5 (1)	87,5 (7)	0.001172 *
5 – 10 cigarettes / jour	66 (35)	34 (18)	0.5777
11 – 20 cigarettes / jour	77,8 (49)	22,2 (14)	0.04707 *
21 – 30 cigarettes / jour	75 (9)	25 (3)	0.7545
>31 cigarettes / jour	80 (4)	20 (1)	1
MODIFICATION DE CONSOMMATION EN DETENTION :			
Débuté	100 (3)	0	0.551
Repris	25 (3)	75 (9)	0.002038 *
Augmenté	85,1 (40)	14,9 (7)	0.002081 *
Diminué	51,4 (18)	48,6 (17)	0.02291 *
Inchangé	71,1 (32)	28,9 (13)	0.57
TENTATIVE D'ARRET :			
Oui	64,5 (60)	35,5 (33)	0.4643
Non	71,7 (38)	28,3 (15)	

Tableau 21 : Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en prison en fonction des habitudes de consommation du tabac des détenus - Test de Fisher utilisé pour tous les paramètres.

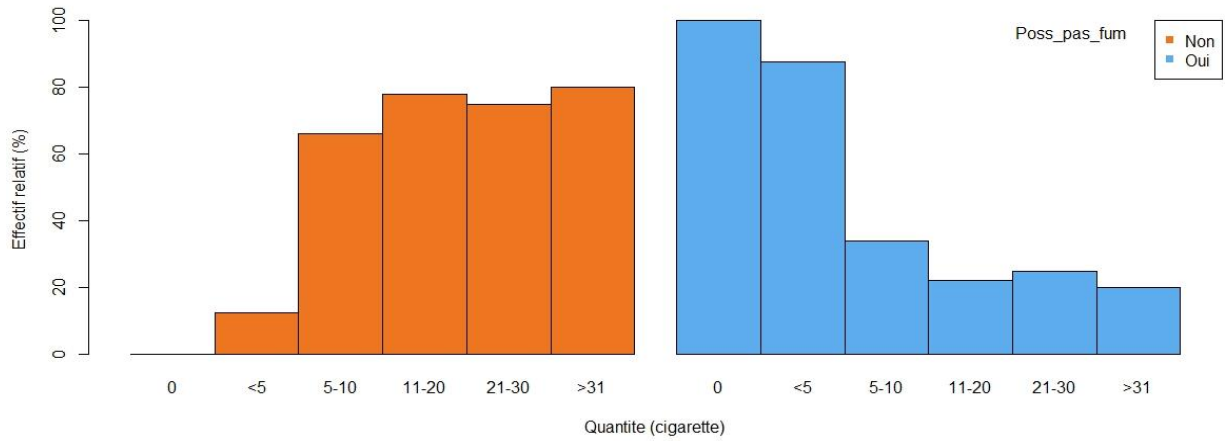


Figure 15 : Relation entre la quantité de tabac consommé et la possibilité de ne pas fumer en détention

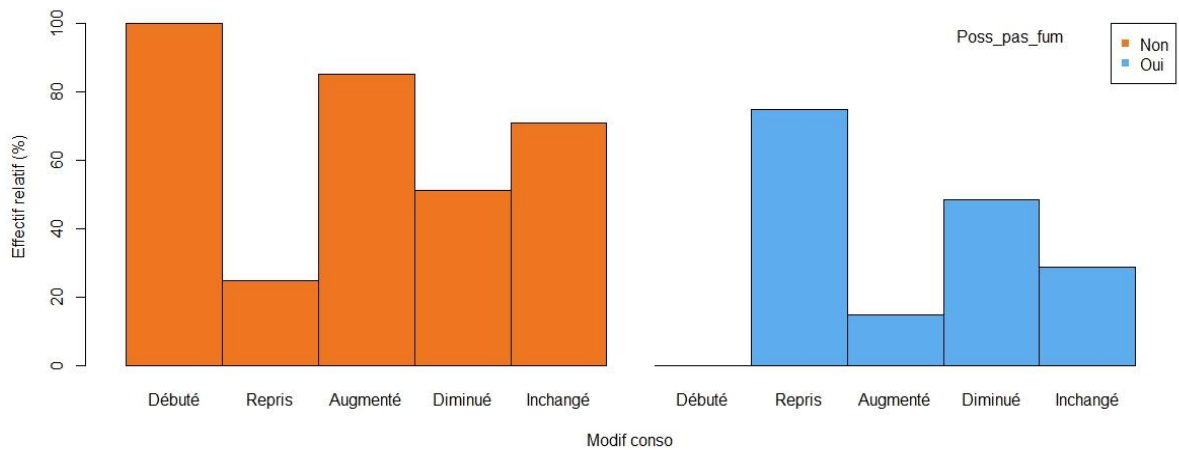


Figure 16 : Relation entre la modification de consommation au cours de l'incarcération et la possibilité de ne pas fumer en détention

8.5) En fonction des autres consommations

		Possibilité de ne pas fumer p en détention		
		Non	Oui	
		% (n)	% (n)	
CONSOMMATION	DE			
CANNABIS :				
Oui		64,3 (36)	35,7 (20)	0.7172
Non		68,5 (61)	31,5 (28)	
CONSOMMATION D'AUTRES				
DROGUES :				
Oui		78,6 (11)	21,4 (3)	0.3881
Non		65,6 (86)	34,4 (45)	
CONSOMMATION D'ALCOOL :				
Oui		70,6 (12)	29,4 (5)	1
Non		66,4 (85)	33,6 (43)	
CONSOMMATION	DE			
CIGARETTE ELECTRONIQUE :				
Oui		58,3 (7)	41,7 (5)	0,5104
Non		67,7 (90)	32,3 (43)	

Tableau 22 : Analyse bivariée de la possibilité de ne pas fumer en prison en fonction des autres consommations des détenus - Test de Fisher utilisé pour tous les paramètres à part la cigarette électronique (test du Chi2)

Il existe un lien significatif entre le sentiment d'être capable de ne pas fumer en détention et :

- La durée d'incarcération : la prévalence des détenus pour qui « il est possible de ne pas fumer en détention » est plus importante parmi les détenus incarcérés depuis 6 mois – 2 ans que parmi les autres groupes.
- La quantité de tabac consommé quotidiennement : la prévalence des détenus pour qui « il est possible de ne pas fumer en détention » est plus importante chez « les petits fumeurs » (<5 cigarettes / jour) que chez les « moyens », « gros » et « très gros » fumeurs (≥ 5 cigarettes / jour).
- La modification de leur consommation de tabac au cours de l'incarcération : la prévalence des détenus pour qui « il est possible de ne pas fumer en détention » est plus importante parmi ceux qui ont repris le tabac au cours de leur incarcération.

V) *DISCUSSION*

1) **Comparaison des résultats aux données de la littérature**

Notre taux de participation de 34,7% peut être considéré dans la moyenne : en effet les études du Dr Sannier en 2011 (50) et du Dr Brossard en 2008 (51), s'intéressant à la consommation de drogues en détention avec une méthodologie comparable à la nôtre, avaient obtenu respectivement un taux de participation de 54,4% et de 16%. Cependant, les études comparables à la nôtre, sur le thème et la méthodologie, sont peu nombreuses. Il est ainsi difficile de faire des conclusions.

Nous remarquons un plus grand investissement des femmes (57,1%) que des hommes (33,6%) dans notre étude. Etant beaucoup moins nombreuses que les hommes au sein de la maison d'arrêt, il est possible qu'au moment de la distribution des questionnaires dans le quartier femme nous ayons pris plus de temps pour expliquer notre projet.

1.1) **La prévalence du tabagisme**

En milieu carcéral comme dans la population générale, la prévalence de fumeurs est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Cependant, cette prévalence est largement supérieure à celle de la population générale, quel que soit le sexe : plus de deux tiers des détenus sont des fumeurs, deux fois plus que dans la population générale (la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes est de 29,4%) (3).

Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans les études réalisées en milieu carcéral : l'étude du DREES en 2003 (17) montrait 77,9% fumeurs, l'étude du Dr Sannier en 2011 (50) en observait 67% et une méta-analyse en 2013 obtenait 67 à 85 % de fumeurs selon les études et les pays (40).

Cette surreprésentation du tabagisme en détention s'explique par la précarité de la population. Les détenus sont nombreux à être issus de milieux défavorisés, avec de bas niveaux sociaux éducatifs. Les histoires de vie compliquées et le tabagisme de l'entourage favorisent l'initiation tabagique. Dans un contexte où le tabagisme est considéré comme une norme sociale, il existe souvent un déni du risque voire même une méfiance à l'égard des messages de prévention. L'accès aux soins est plus difficile et les co-addictions favorisent la poursuite du tabagisme. De plus leur condition de vie, souvent instable, contribue à l'absence de projection à long terme et à un sentiment d'anxiété renforçant la dépendance au tabac.

Selon l'OMS (52), tabac et pauvreté forment à eux deux un cercle vicieux. En effet, le tabagisme aggrave la pauvreté, par les dépenses qu'il induit et le risque de maladie qu'il entraîne.

1.2) Les caractéristiques de la consommation de tabac

L'âge d'expérimentation et de début de consommation :

Comme dans la population générale (8), il n'existe pas de différence d'âge selon le sexe.

Selon les données de la littérature, les groupes sociaux précarisés commencent à fumer plus jeunes (2). Nos résultats sont en accord avec ces données si nous les comparons aux résultats de l'INSEE de 2010 (8). Nous ne pouvons pas comparer nos résultats avec ceux de l'étude ESCAPAD qui interrogeait seulement des adolescents (9).

La quantité :

Les détenus ont une consommation quotidienne de tabac plus importante que dans la population générale. En effet, en comparant nos résultats avec le baromètre santé de 2014 de l'INSEE (53), nous observons un plus grand nombre de « moyens fumeurs » et moins de « petits fumeurs » dans la population carcérale.

Parmi la population carcérale globale, nous observons une majorité (55,7%) de moyens fumeurs (entre 5 et 20 cigarettes par jour) comme dans l'étude du DREES de 2003 (17). En comparant nos résultats avec cette étude (Annexe 15), nous observons une proportion plus importante de non-fumeurs, d'anciens fumeurs et de fumeurs occasionnels dans notre population (32% contre 22%) et une proportion de « gros fumeurs et « très gros fumeurs » (> 20 cigarettes / jour) plus faible (8% contre 12%).

Cependant, la population étudiée (les entrants seulement) n'étant pas comparable à celle de notre étude, nous ne pouvons pas faire de conclusions.

Le type de tabac et le mode d'accès :

Les détenus fument en majorité des cigarettes roulées (79,8%) et/ou des cigarettes manufacturées (72,8%). Ils sont beaucoup plus consommateurs de cigarettes roulées (7) par rapport à la population générale (seulement 15% du marché). Cette différence

pourrait s'expliquer par le prix du tabac à rouler, plus accessible pour cette population précaire.

Au cours de leur incarcération ils se procurent en grande majorité leur tabac par l'intermédiaire des cantines. Cependant plus d'un détenu sur quatre se procure aussi du tabac par échange avec d'autres détenus et 5,5% n'utilisent pas du tout les cantines pour accéder au tabac.

Les échanges de tabac entre détenus peuvent être sources de conflit, de pression voire de racket. Un détenu a d'ailleurs annoté sur son questionnaire qu'il utilisait aussi le racket pour se procurer du tabac.

Il est difficile de dire si nos résultats reflètent la réalité ; en effet l'accès au tabac par le parloir ou autre système tel que les projectiles par des personnes extérieures à la prison sont illégaux, ce qui augmente le risque de sous déclaration.

La modification au cours de l'incarcération :

Dans le contexte d'incertitude et d'angoisse que représente la prison, nous pouvons imaginer que la majorité des détenus augmentent ou reprennent leur consommation de tabac au cours de leur séjour en prison. D'après nos résultats, un tiers des détenus a augmenté sa consommation, un tiers ne l'a pas changé et un autre tiers l'a soit diminué soit arrêté. Ainsi le nombre de détenus qui arrête ou diminue sa consommation de tabac en prison n'est pas négligeable. Contrairement aux idées reçues, l'arrêt ou la diminution de la consommation de tabac en prison est aussi fréquent que l'augmentation et la non modification de la consommation.

L'incarcération peut aussi être un temps propice à une prise de conscience sanitaire et motiver certains détenus à mieux prendre en considération leur santé. L'accès aux soins parfois plus facile qu'à l'extérieur et les traitements de substitutions pris en charge par le centre hospitalier pourraient motiver les détenus à diminuer voire arrêter le tabac. Par ailleurs, l'accessibilité au tabac est plus contraignante en détention, avec une cantine seulement hebdomadaire, et pourrait influencer leur consommation. Des études plus approfondies sur les facteurs influençant la consommation de tabac en détention seraient nécessaires.

De nombreuses études se sont intéressées au sevrage tabagique en détention mais elles sont plus rares à s'intéresser aux modifications de consommation du tabac au cours de l'incarcération. En 2013, les estimations du Dr Curatella (54) étaient comparables à nos résultats et l'étude du Dr Sannier en 2011 (50) montrait un taux d'arrêt du tabac (13,9%) plus important que dans notre étude. Cependant, en fonction du mode d'accès gratuit au traitement de substitution (différent dans chaque établissement) et de la présence d'une consultation de tabacologie au sein d'un établissement pénitentiaire, un biais peut exister. Ces résultats doivent donc être analysés avec précaution.

1.3) Le sevrage tabagique

Les tentatives d'arrêt :

Deux tiers des détenus (63,7%) ont déjà fait une tentative d'arrêt, chiffre comparable à la population générale (70,7%) selon l'INPES (53). Les patients précarisés ont une dépendance plus forte au tabac et moins de succès dans le sevrage tabagique mais souhaitent arrêter de fumer autant que les autres et mettent en œuvre autant de tentatives d'arrêt personnelles que le reste de la population (2,3).

Ces échecs au sevrage peuvent s'expliquer par plusieurs composantes : une forte valorisation du présent alliée à un pessimisme sur l'avenir voire une incapacité à s'y projeter ; l'usage anxiolytique de la cigarette qui peut être parfois leur seule source de plaisir ; une norme sociale en faveur du tabagisme ; une moindre adhésion aux messages préventifs, soit parce qu'ils seraient moins aptes à comprendre l'information préventive, soit parce qu'ils ont des croyances qui peuvent s'appuyer sur une méfiance à l'égard de l'autorité en général et des autorités sanitaires en particulier ; enfin par la faible utilisation des ressources mises à leur disposition pour entamer le sevrage, liée au coût et au moindre recours aux professionnels de santé.

La prévalence élevée du tabagisme en détention doit être en partie liée aux difficultés à arrêter de fumer rencontrées par les patients.

La possibilité, le souhait d'arrêt et les motivations :

Lorsque nous avons interrogé les détenus sur le souhait d'arrêter de fumer, un tiers ont répondu qu'ils souhaitaient arrêter de fumer en détention. Seulement nous avons obtenu plus de réponses en faveur du souhait d'arrêter de fumer que de réponses en faveur de la possibilité de ne pas fumer en détention : certains détenus souhaitent ainsi arrêter de fumer mais ne s'en sentent pas capable. Le modèle de Prochaska et DiClemente (55) suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de s'occuper d'arrêter de fumer. En nous appuyant sur ce modèle, nous pouvons penser que les détenus souhaitant arrêter de fumer n'en sont pas tous à la même étape de motivation.

Dans la population générale selon le baromètre 2010 (56), la proportion de fumeur souhaitant arrêter de fumer est plus importante : plus d'un fumeur sur deux (57,6%) et en majorité des hommes comme dans notre population. Cette différence peut s'expliquer en partie par le stress et l'anxiété associés à la vie carcérale. Ils font de la cigarette un usage « anxiolytique », qui leur permet de « tenir le coup » et de tromper l'ennui. C'est parfois le seul plaisir qu'ils peuvent s'offrir.

Cependant, par rapport à la prévalence de fumeurs en milieu carcéral, la proportion de détenus souhaitant arrêter de fumer n'est pas négligeable et montre la nécessité de soutien et de prise en charge des fumeurs en détention. En effet, par la rupture

biographique qu'elle induit, l'incarcération peut aussi être l'occasion d'une mise à profit du temps carcéral pour se recentrer sur soi-même et sa santé.

Nos résultats sont comparables à ceux d'une thèse sur les habitudes toxicologiques et BPCO en détention (41), réalisée en 2014 (22,1% des détenus estimaient possible de ne pas fumeur en prison et 28,8% souhaitaient arrêter en prison).

Parmi les détenus fumeurs, deux sur cinq n'avaient pas connaissance de l'existence d'une consultation de tabacologie au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan et surtout deux détenus sur cinq parmi ceux souhaitant arrêter de fumer. L'information sur la consultation de tabacologie et les mesures d'aide et de prise en charge des fumeurs en prison doivent être renforcées, notamment lors de la consultation des entrants.

La motivation principale à l'arrêt du tabac est la santé en général (57,1%), puis vient ensuite l'envie de faire des économies (15,7%). Plusieurs travaux de thèse ont étudié cette thématique en détention et parviennent aux mêmes conclusions (38,41,43). Dans la population générale (57) nous observons également les mêmes tendances (la santé : 55,3% ; les économies : 26,6%).

Nous avons aussi obtenu des réponses plus spécifiques à la population étudiée : deux détenus ont répondu qu'ils souhaitaient arrêter de fumer pour prendre du poids.

Les anciens fumeurs :

La prévalence d'ex-fumeurs dans notre population est bien inférieure à celle de la population générale (29,6%) (3), en lien avec la plus forte dépendance nicotinique et le succès moindre au sevrage parmi les groupes les plus précarisés.

Nous remarquons que les anciens fumeurs (ex > 1 an) ont presque tous arrêté de fumer à l'extérieur alors que les détenus en cours de sevrage (ex < 1 an) ont tous débuté leur sevrage en détention. Il est ainsi nécessaire de pérenniser le sevrage avec un soutien médical lors de l'incarcération mais aussi avec un travail sur le suivi à la sortie.

1.4) Les non-fumeurs et le tabagisme passif

Nous observons bien que la mesure selon laquelle « les détenus non-fumeurs doivent être logés dans une cellule non-fumeur » n'est pas respectée : près d'un détenu sur deux ne consommant pas de tabac (47,9%) partage sa cellule avec un fumeur. Ce non-respect s'explique par la surpopulation carcérale au sein du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan (densité carcérale de 173,1% au moment de l'enquête).

La surpopulation un peu moins importante dans le quartier femme (densité carcérale : 158%) et la prévalence un peu plus faible de fumeuses peuvent expliquer qu'elles sont

moins exposées au tabagisme passif que les hommes (un tiers des non-fumeuses partagent leur cellule avec une fumeuse).

1.5) Les autres consommations :

La consommation de cannabis est la plus importante en détention devant la consommation d'alcool et des autres drogues : plus d'un quart des détenus en consomment en prison. Malgré l'illégalité de ces substances en prison, leurs consommations ne sont pas négligeables. Nous n'avons pas cherché à évaluer l'addiction ou la dépendance à ces substances qui auraient probablement été sous-évaluées à cause de la difficulté de s'en procurer en détention, c'est pourquoi nos résultats sont difficilement comparables avec la population générale.

Plusieurs études ont évoqué ces consommations de drogues dans la population carcérale mais la plupart ne questionnaient pas les personnes au cours de leur détention : les études DREES en 1999 et 2003 (17) ; une méta-analyse en 2013 (40) ; les études PRI2DE (58), PREVACAR (27) et COQUELICOT (59).

L'étude du Dr ROSSARD en 2008 (51) et l'étude du Dr SANNIER en 2011 (50), avec une méthode d'enquête comparable à la nôtre, montraient un taux de consommateurs de cannabis et d'alcool plus élevé que dans notre population. Les comparaisons sont toutefois difficilement analysables. En effet, les études réalisées au cours de l'incarcération sont rares, c'est pourquoi nous observons des taux disparates.

La prévalence de l'usage actuel de la cigarette électronique est de 8,1% en détention, bien supérieure à la prévalence de 3,3% dans la population générale (3).

Dans la population générale, parmi les vapoteurs, la proportion de fumeurs tend à diminuer (48%) et la proportion d'ex-fumeurs tend à augmenter (41,2%). La cigarette électronique apparaît comme une aide à l'arrêt du tabac pour une partie des fumeurs.

Dans notre population étudiée, elle est majoritairement utilisée par les détenus fumeurs (70,6% des vapoteurs sont fumeurs) ; probablement pour compenser un accès plus difficile au tabac en prison. Elle semble, dans une moindre mesure, être aussi utilisée par les détenus en cours de sevrage pour les aider dans leur démarche. Cependant, devant le faible effectif de détenus en cours de sevrage dans notre étude par rapport au nombre de fumeurs, nous ne pouvons pas faire de conclusions.

2. Les Analyses bivariées

Un des objectifs secondaires de l'étude était d'analyser les facteurs influençant le statut tabagique des détenus, la quantité de tabac consommé par les fumeurs en prison et la possibilité de ne pas fumer lors de l'incarcération. Ces thématiques n'étant pas abordées dans la littérature au niveau carcéral, les résultats ont été comparés avec les données de la population générale.

2.1) Les facteurs impactant le statut tabagique

Dans la population générale, la proportion de femmes qui fument quotidiennement est plus faible que celle des hommes (3) alors que nous n'observons pas de différence significative selon le sexe dans notre étude, bien que la prévalence du tabagisme chez les femmes soit moindre que chez les hommes.

En revanche, c'est parmi les détenus les plus précarisés (faible niveau scolaire, sans domicile) que nous observons la plus grande prévalence de fumeurs, comme dans la population générale (3,53,56).

C'est parmi les détenus incarcérés entre 6 mois et 2 ans que nous observons la proportion la plus importante de détenus en cours de sevrage et la plus faible de fumeurs. Une des explications possibles est qu'un temps d'adaptation à la vie carcérale est d'abord nécessaire. Lors des premiers mois d'incarcération, nombreuses sont les préoccupations (le procès en cours, l'incertitude de l'avenir, la perte de liberté, la rupture familiale...), mais par la suite le temps carcéral peut être considéré par les détenus comme un temps pour se recentrer sur soi et un temps de réhabilitation physique avec un accès aux soins souvent plus facile qu'à l'extérieur. Cependant, tous ces résultats sont à considérer avec précaution, et une étude multicentrique avec une population plus conséquente serait nécessaire.

Nous avons émis l'hypothèse que la prévalence de fumeurs aurait été plus importante parmi les détenus prévenus (en attente de jugement) mais le statut carcéral ne semble pas influencer le statut tabagique. De plus, les détenus en cours de sevrage sont autant des prévenus que des condamnés. Ces résultats nécessiteraient d'être complétés par d'autres recherches.

Les détenus suivis par l'US-DSP le sont pour des troubles psychiatriques ou d'addictions, nous aurions donc pu penser que la proportion de fumeur aurait été plus

importante, alors que nous n'observons pas de différence significative entre les deux groupes.

Nos résultats sur l'âge de la première cigarette sont à analyser avec prudence. En effet, nous observons que les détenus en cours de sevrage ont fumé leur première cigarette plus jeunes que les anciens fumeurs. Cependant, les anciens fumeurs sont largement plus âgés (âge moyen : 58,9 ans) que les détenus en cours de sevrage (âge moyen : 34,4 ans). Il existe donc probablement un biais lié à cette différence de génération entre les deux groupes. Les détenus doivent probablement commencer à fumer de plus en plus jeunes au fil du temps, comme dans la population générale. En effet, selon les données de la littérature, dans la population générale, l'âge d'expérimentation du tabac a été de plus en plus jeune entre 1930 et 1985 (cette tendance s'inverse ces dernières années : les dernières données INPES et les enquêtes ESCAPAD (8) montrent une augmentation de l'âge d'expérimentation du tabac depuis les années 2000).

Concernant les autres consommations, nos résultats posent plusieurs questions :

Tout d'abord, deux détenus consommant du cannabis se considèrent non-fumeurs, cette réponse étonnante révèle un manque d'information et de connaissances vis-à-vis de la consommation du cannabis. Ensuite, un détenu se considérant non-fumeur consomme la cigarette électronique, se pose alors la question du statut tabagique d'un vapoteur. Enfin, la cigarette électronique, comme déjà mentionné précédemment, paraît être utilisée par les détenus pour le sevrage tabagique : en effet la proportion de détenus en cours de sevrage est plus importante parmi les vapoteurs (17,6%) que parmi les non-vapoteurs.

2.2) Les facteurs impactant la quantité de tabac consommé quotidiennement

A la différence de la population générale, où les hommes fument plus que les femmes (14,6 cigarettes par jour pour les hommes et 12 pour les femmes), dans notre étude nous ne pouvons pas conclure à un lien entre le sexe et la quantité de tabac consommé. Notre population de femmes étant très faible par rapport à celle des hommes, il paraît difficile d'obtenir une différence significative entre les sexes.

La prévalence de « petits fumeurs » est plus importante parmi les détenus ayant fait des études supérieures, alors que la prévalence de « très gros fumeurs » est plus importante parmi ceux qui n'ont jamais été scolarisés. Ces résultats coïncident avec les données de

la littérature : les groupes sociaux les plus précaires ont une dépendance plus forte au tabac (2). En revanche, nous n'observons pas de différence selon l'existence d'un domicile ou d'une profession.

La quantité de tabac consommé quotidiennement semble donc être liée en partie au profil socio-professionnel, mais nous ne pouvons pas faire de conclusions concernant le profil carcéral.

Selon nos données, la quantité de tabac consommé par les détenus ne semble pas, non plus, être influencée par le statut tabagique de son codétenu.

Concernant le type de tabac, les prévalences de moyens et très gros fumeurs sont plus importantes parmi les consommateurs de tabac à rouler. Ces résultats peuvent s'expliquer par le prix des cigarettes roulées qui restent moins chers et plus économiques que les cigarettes manufacturées.

Nous ne pouvons pas conclure qu'il existe un lien significatif entre le mode d'accès au tabac en prison et la quantité de tabac consommé quotidiennement.

La prévalence de « très gros fumeurs » est plus importante parmi les consommateurs de cannabis, de drogues et/ou d'alcool que parmi les non-consommateurs. Ceci peut s'expliquer par la difficulté de se procurer ces substances en milieu carcéral, ainsi les détenus compensent en fumant plus de cigarettes par jour. De plus ces consommations sont en général liées à la consommation de tabac.

Concernant l'utilisation de la cigarette électronique, nos résultats sont difficilement interprétables du fait d'une population trop faible. Nous notons seulement que la prévalence de « très gros fumeurs » est plus importante parmi les consommateurs de cigarette électronique que parmi les non-consommateurs. Une des explications possibles est qu'ils compensent avec la cigarette électronique s'ils ne peuvent pas se procurer de tabac comme ils le souhaiteraient (raison financière ou démarche d'obtention plus compliquée qu'en liberté).

2.3) Les facteurs impactant la possibilité de ne pas fumer en détention

Nous avons analysé la « possibilité » de ne pas fumer en prison plutôt que le « souhait » de ne pas fumer, afin d'identifier les détenus sur qui nous pouvons avoir une action au niveau tabacologique alors qu'ils n'en sont peut-être qu'au niveau de « pré-intention » d'arrêt du tabac.

Nous ne pouvons pas conclure qu'il existe un lien entre le profil socioprofessionnel et la capacité à ne pas fumer en détention. Ces résultats sont en adéquation avec les données de la littérature selon lesquelles, même si les fumeurs les plus précaires semblent avoir plus de difficultés à arrêter de fumer, ils souhaitent arrêter de fumer autant que les autres.

Concernant le profil carcéral il est difficile d'établir une conclusion. En effet, selon nos résultats nous pouvons seulement conclure qu'il serait plus facile de ne pas fumer en prison pour les détenus incarcérés depuis 6 mois à 2 ans. Une des explications possibles est qu'ils ont eu le temps de s'adapter aux conditions d'incarcérations et se sentent plus en confiance pour ne pas fumer. Cependant, cette tendance n'étant pas retrouvée pour les détenus incarcérés depuis plus de 2 ans, il est difficile d'analyser ces résultats. Une des explications possibles est qu'une longue peine de plus de 2 ans rend difficile l'élaboration de projet futur et les détenus sont alors moins enclin à utiliser le temps carcéral comme un temps propice pour prendre soin de sa santé. Quant au statut tabagique de leur codétenu, il ne semble pas influencer leur capacité à ne pas fumer.

Concernant les habitudes de consommation du tabac : ce sont en majorité les « petits fumeurs » (probablement moins dépendants) et les détenus qui ont recommencé à fumer en prison qui se sentent capable de ne pas fumer en détention. Ces derniers avaient réussi à arrêter, ils se sentent donc plus aptes à ne pas fumer.

Par ailleurs, nous n'observons pas de lien entre de précédentes tentatives de sevrage tabagique et la capacité de ne pas fumer en prison.

Les personnes suivies par l'US-DSP le sont en général pour des troubles anxieux, psychiatriques ou pour des problèmes d'addictions, nous avons donc émis l'hypothèse qu'il était plus difficile pour eux de ne pas fumer en prison. Pourtant, nous n'observons pas de liens significatifs entre un suivi par l'US-DSP et la capacité de ne pas fumer en prison.

Nous avons également émis l'hypothèse que l'existence d'une autre consommation rendrait plus difficile la capacité de ne pas fumer en détention (l'accès étant plus compliqué ils auraient compensé avec le tabac), or nous ne pouvons pas conclure qu'il existe un lien significatif.

3. A propos de l'étude

3.1) Les limites et biais

Les limites de la méthode

Cette étude est uni-centrique, elle réalise un état des lieux local du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. Les données pour cette population pourraient ne pas être extrapolables à toute la population carcérale en France.

Le nombre de réponse limité de l'étude peut s'expliquer par l'environnement anxieux de la détention.

Les détenus ont des préoccupations autres qui apparaissent plus prioritaires que le thème du tabac abordé dans ce questionnaire.

De plus, le contexte sécuritaire de la maison d'arrêt et les transferts des détenus vers un autre bâtiment ou une autre maison d'arrêt ont pu compliquer la réalisation de l'étude.

Il s'agit d'une étude fondée sur le volontariat, ce qui constitue déjà un biais d'auto-sélection. Même si au début du questionnaire il était précisé que tous les détenus pouvaient participer à l'étude, fumeurs et non-fumeurs, il est possible que les fumeurs se soient sentis plus concernés par le thème de l'étude.

Le mode d'enquête par auto-questionnaire constitue un biais de sélection inhérent à toute enquête. Cette méthode permettait d'obtenir les réponses les plus honnêtes possibles, cependant, les réponses déclaratives et soumises à la subjectivité des enquêtés (avec parfois un déni) ont pu entraîner un risque de sous-déclaration et ainsi un biais de classement.

Les limites liées à l'environnement et aux caractéristiques de la population carcérale:

La précarité de la population étudiée, ainsi que la part de détenus étrangers incarcérés, ont pu poser problème pour la participation à cette étude. Il était précisé au début du questionnaire que s'ils ne savaient pas lire et écrire, ils pouvaient se faire aider pour répondre. Cependant, il se peut que l'accès à un autre détenu fût complexe (à cause du régime d'enfermement 22h/24h) ou qu'ils n'aient pas souhaité partager le contenu de leurs réponses devant des questions parfois très personnelles. Par ailleurs, les détenus peuvent bénéficier de l'aide d'un interprète mais l'accès n'est pas automatique et des demandes doivent être formulées en anticipé.

La collecte des caractéristiques essentielles (âge, sexe, profil socio-professionnel, profil carcéral, statut tabagique...) des non-répondants aurait été difficilement réalisable (notamment pour le profil socio-professionnel), c'est pourquoi elle n'a pas été prévue dans l'étude. Il est donc impossible de comparer les caractéristiques des répondants à celles des non-répondants pour estimer l'ampleur du biais et évaluer la représentativité de notre échantillon.

Le nombre de femmes incarcérées à la maison d'arrêt étant très inférieur au nombre d'hommes, il était peu probable d'obtenir des différences significatives liées au sexe dans les analyses bivariées.

Avec un effectif assez faible de détenus en cours de sevrage et d'anciens fumeurs il est aussi difficile d'obtenir des différences significatives avec les autres profils tabagiques.

Nous devons également prendre en considération le facteur psychologique lié à l'environnement : la fragilité mentale ou l'état d'anxiété lié à la détention (notamment pour les arrivants récents) ont pu modifier les réponses.

Les limites du questionnaire

Une dizaine de questionnaires non intégralement complétés ont tout de même été pris en compte pour les analyses. Les questions qui n'avaient pas été complétées révélaient le caractère choisi d'absence de réponse. Ces questions (domicile, profession, autres consommations, mode d'accès) ont probablement été considérées comme trop personnelles par certains détenus.

Les données sur les consommations de cannabis, drogues, alcool et les modes d'accès du tabac en détention ont pu être erronées ; la prison étant un milieu répressif où la consommation de substances illicites et l'échange de tabac au parloir sont condamnés, il est évident que certains détenus ont pu ne pas décrire la réalité. Le déni des pratiques addictives en détention par exemple, mais aussi la crainte d'une stigmatisation ou d'une rupture de confidentialité ont pu entraîner une sous-déclaration.

Malgré la réalisation d'un pré-test qui a permis la modification du questionnaire sur le fond et la forme, certaines questions auraient mérité d'être plus précises.

Nous aurions pu simplifier les propositions de réponses à la question 20 sur la quantité de tabac consommé quotidiennement. En effet, pour plus de clarté nous avons classé les fumeurs en 4 catégories, or la catégorie « moyens fumeurs » regroupant les détenus consommant entre 5 et 10 cigarettes et entre 11 et 20 cigarettes, nous aurions pu ne proposer qu'une seule réponse (« entre 5 et 20 cigarettes ») au lieu de deux.

La question 23, concernant les tentatives d'arrêt par le passé : nous aurions peut-être dû préciser un temps d'arrêt minimum afin de ne pas comptabiliser des arrêts très courts comme tentatives d'arrêt. Cependant ce qui nous intéresse est plus l'intention et l'initiative que la durée de l'arrêt.

Les questions 24 et 25 étaient peut-être redondantes et parfois mal comprises par les enquêtés. Nous pouvons imaginer que certains détenus souhaiteraient arrêter de fumer en prison, mais ils ne s'en sentent pas capable.

3.2) Les forces de l'étude

Une population carcérale peu étudiée et difficile d'accès

La population carcérale est de manière générale moins étudiée que la population générale ; plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer cette situation : une taille globale de l'effectif moins importante, un contexte sécuritaire qui complique la réalisation de l'étude, un intérêt moindre porté par les scientifiques, un manque de participation de cette population ...

En réalisant une étude fondée sur le volontariat au sein d'une population carcérale, nous nous exposons à un faible taux de participation et ainsi à un manque de significativité de nos résultats. Cependant, notre taux de participation est convenable si nous le comparons avec des études similaires.

Un travail légitime et innovant

Les addictions, surreprésentées au sein de la population carcérale, ont fait l'objet de nombreuses études et méta-analyses. Cette thématique de santé est la plus couverte en milieu carcéral. Cependant, la plupart de ces études s'intéressent soit à la consommation de substances illicites soit au sevrage tabagique.

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France (60). Il fait l'objet de nombreuses études dans la population générale ayant pour but d'améliorer les campagnes de luttés et de prévention anti-tabac et ainsi « dénormaliser le tabagisme ». Dans la culture carcérale le tabagisme est bien ancré avec une prévalence de fumeurs largement supérieure à celle de la population générale, cependant, il est insuffisamment pris en compte.

Devant l'absence d'études dans la littérature sur les habitudes et spécificités de la consommation tabagique en détention, notre thème révèle certaines pistes afin de concevoir de meilleures préventions et luttes contre le tabagisme en détention. Pour une prise en charge du tabagisme optimal il est essentiel de prendre en compte les caractéristiques individuelles du patient mais aussi son appartenance à un groupe donné : en effet l'usage du tabac et les risques encourus, les déterminants de l'usage ou les motivations à arrêter, ne sont pas les mêmes chez les jeunes, chez les femmes enceintes et chez les personnes en situation de précarité, par exemple. Il est donc important de mieux cerner et appréhender les habitudes tabagiques en détention.

Ces travaux sont également utiles aux acteurs de premiers recours aux soins à l'extérieur dont les médecins généralistes, qui prennent le relais du suivi médical à la sortie de prison.

Des données contraires aux idées reçues

La prévalence élevée du tabagisme et l'importante quantité consommée quotidiennement en prison sont des éléments déjà acquis. Les modifications de consommations au cours de l'incarcération sont par contre beaucoup moins étudiées. Contrairement aux idées reçues, près d'un tiers des détenus ont arrêté ou diminué leur consommation de tabac en détention ; proportion quasi-identique à celle des détenus qui n'ont pas changé leur consommation ou qui ont augmenté leur consommation.

Un autre élément important est la prévalence non négligeable des détenus capables de ne pas fumer en détention et souhaitant entamer un sevrage tabagique (un tiers des détenus interrogés).

Ces résultats montrent que malgré une forte dépendance au tabac et le caractère anxigène de l'environnement carcéral, il est important d'apporter un soutien aux détenus fumeurs tant avant que pendant l'arrêt.

Une étude préliminaire

Ces chiffres légitiment nos recherches et doivent nous inciter à les compléter. Notre effectif relativement modeste est justifié par le caractère exploratoire de l'étude. Nous souhaitons réaliser un travail préliminaire qui photographie les habitudes de consommation tabagique à un « instant t ». Les données chiffrées de cette étude pourront servir de base pour des recherches plus approfondies et à plus grande échelle.

4. Les perspectives et propositions pour la pratique

4.1) Propositions pour la pratique

La prise en compte de la consommation tabagique et son sevrage s'avèrent un enjeu à ne pas négliger dans la prise en charge médicale et psychologique des patients incarcérés.

Il est nécessaire de s'attaquer aux inégalités du tabagisme et de renforcer les campagnes de lutte et de prévention du tabagisme en détention.

Des professionnels de santé sensibilisés et formés à la prise en charge du tabac

Les professionnels de santé au contact des détenus doivent être sensibilisés au caractère essentiel de la prise en charge du tabac en prison. Des formations peuvent leur être proposées afin de renforcer leurs connaissances sur le sujet.

Tous les établissements pénitentiaires devraient pouvoir proposer aux détenus une consultation de tabacologie. Lorsqu'il n'y pas de tabacologue au sein de l'établissement, les médecins devraient pouvoir bénéficier de formations régulières pour la prise en charge du tabagisme et des addictions.

Par ailleurs, plus de moyens seraient nécessaires pour une prise en charge tabacologique optimale. Par exemple au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, avec seulement une demi-journée par semaine de consultation de tabacologie, les délais de rendez-vous sont d'au minimum trois mois actuellement.

Une information renforcée auprès des détenus

D'après nos résultats, encore trop de détenus ne sont pas informés de l'existence d'une consultation de tabacologie au sein de la maison d'arrêt. La diffusion de cette information doit être renforcée. Elle devrait, par exemple, être systématiquement transmise lors de la consultation entrant, premier contact médical au cours de l'incarcération. Des posters d'information pourraient également être affichés dans chaque salle de soins des différents établissements de la maison d'arrêt. Ces mesures devraient forcément être complétées par plus de moyens pour la prise en charge tabacologique, afin d'éviter des délais de rendez-vous encore plus longs.

Les détenus peuvent se servir de leur séjour en prison pour rétablir une hygiène de vie correcte et entamer une réhabilitation physique et psychique, grâce à la rencontre de

personnes ressources. On observe parfois une mise à profit du temps carcéral pour se recentrer sur soi, d'autant qu'une occupation pendant l'incarcération leur permet d'éviter les ruminations.

L'information des détenus fumeurs sur les moyens et options accessibles en détention pour l'aide à l'arrêt du tabac doit aussi être renforcée.

Une évaluation plus complète et systématique de la consommation de tabac pour chaque fumeur

Près de 30% des détenus souhaitent arrêter de fumer en détention, il apparaît donc indispensable de mettre en application les recommandations de l'HAS (61) pour le dépistage de l'arrêt du tabac en premier recours. Pour chaque détenu fumeur, lors de la consultation entrant, il serait souhaitable de quantifier la consommation, d'évaluer la dépendance à l'aide du test de Fagerström et enfin d'évaluer la motivation à l'arrêt. La plupart de ces éléments sont déjà inclus dans l'interrogatoire des entrants, dans le logiciel, mais insuffisamment complétés. En agissant ainsi nous pourrions mieux dépister les détenus susceptibles d'entamer un sevrage tabagique.

Une fois le patient adapté à la vie carcérale, il est plus à l'écoute et plus enclin à s'occuper de lui et de sa santé, il est donc nécessaire de répéter ces évaluations au cours de l'incarcération. Elles permettront d'adapter au mieux la prise en charge tabacologique en fonction des intentions et motivations des fumeurs.

En ce qui concerne les fumeurs souhaitant arrêter de fumer : une étude, réalisée en 2016, (62) s'est intéressée à la transformation des intentions en actions pour le sevrage tabagique en milieu carcéral : les résultats montrent que l'implémentation des intentions pourrait avoir une certaine efficacité.

En ce qui concerne les fumeurs ne souhaitant pas arrêter de fumer : il s'agit d'abord de renforcer la motivation qui est la base du processus de sevrage tabagique. En effet le sevrage tabagique n'est envisageable qu'en cas de démarche volontaire de la part des patients.

Une prise en charge multidisciplinaire

Devant la forte prévalence des consommations de cannabis, drogues et alcool, les prises en charge du tabac doivent être réalisées en association avec les équipes de l'US-DSP lorsqu'il est présent au sein de l'établissement. Lorsqu'un détenu souhaite entamer un sevrage, il est toujours recherché une co-addiction ou co-consommation qui peut faire échouer le sevrage. Lorsqu'une co-consommation existe, il est nécessaire que le patient bénéficie d'une prise en charge globale.

Un autre aspect non évalué dans notre étude, mais à prendre en compte pour la prise en charge d'un sujet tabagique qui souhaite arrêter de fumer, est le dépistage d'éventuels troubles anxieux et dépressifs. Ces symptômes ne contre-indiquent pas le sevrage tabagique mais doivent être pris en charge pour améliorer les chances de réussite de l'intervention.

Un meilleur suivi

Le suivi médical en milieu carcéral est souvent entravé par les décisions juridiques. En effet, il n'est pas rare d'être informé tardivement, voire pas du tout, du transfert d'un patient vers un autre établissement ou d'une libération. Lorsque ces transferts ou sorties sont anticipés, les médecins de l'US-DSS préparent les courriers, ordonnances et rendez-vous utiles pour le patient.

Lors d'une libération, un suivi devrait être systématiquement organisé à l'extérieur pour les patients en cours de sevrage. Les détenus n'ont pas forcément de projet à leur sortie et ne savent pas toujours où ils vont loger, il est alors difficile d'organiser un suivi dans ces conditions. Plusieurs adresses et numéros de téléphone utiles peuvent tout de même leur être remis.

A l'US-DSS de Gradignan, un projet de consultation de suivi quelques semaines après la sortie de prison est en discussion ; les détenus pourraient alors bénéficier d'une consultation à l'extérieur, véritable passerelle pour le suivi futur.

Afin d'améliorer la prise en charge de ces patients au suivi compliqué, il est nécessaire d'organiser une bonne coordination des acteurs de santé.

Discussion autour du tabagisme passif

Selon nos résultats près d'un détenu sur deux ne consommant pas de tabac partage sa cellule avec un fumeur. Rappelons que le milieu carcéral considéré comme milieu contraint a été exclu de la loi de 2007 sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics (33). Or nous pouvons nous interroger sur les mesures prises pour inciter à l'arrêt en prison mais aussi pour éviter le tabagisme passif en détention. La circulaire de 2007 indique aussi que « des mesures de protection doivent être prises pour protéger, dans toute la mesure du possible, les non-fumeurs contre le tabagisme passif ». Actuellement, la surpopulation des prisons, le nombre limité de cellules non-fumeurs et la banalisation de la cigarette en prison entraînent l'impossibilité d'appliquer correctement cette circulaire. Or l'augmentation du nombre de cellules non-fumeurs, c'est-à-dire le regroupement en cellule de détenus non-fumeurs ou en cours de sevrage, pourrait être une aide supplémentaire pour limiter le tabagisme passif et aider au sevrage tabagique et à son maintien. Il est clair que le sevrage tabagique est difficilement envisageable dans une cellule où le patient est exposé au tabagisme passif.

En 2011 une étude a été réalisée à l'UHSI de Lyon (63) où les détenus se voient imposer un sevrage tabagique. Il en est ressorti que cette obligation de sevrage a finalement donné envie à près d'un tiers de poursuivre le sevrage en détention. Cependant les mêmes auteurs ont observés que six mois après le retour en détention, ils n'étaient plus que 4 sur 99 à maintenir une abstinence.

Peut-être faut-il s'inspirer du modèle canadien où les prisons sont totalement sans tabac. Les études portant sur l'efficacité des interdictions de fumer en détention se contredisent : certaines montrent une recrudescence du marché noir et des violences sans diminution de la prévalence du tabagisme (37–39), alors que d'autres montrent des résultats plus encourageants (64).

D'autres pistes peuvent être envisagées. Par exemple des espaces fumeurs pourraient être aménagés à l'extérieur, mais avec un risque de non-respect de l'interdiction de fumer en cellule si les détenus conservent leur cigarette avec eux. Un autre exemple est le remplacement des cigarettes par des cigarettes électroniques pour tous les fumeurs en détention.

Ces propositions sont à débattre et dans tous les cas, le soutien et l'accompagnement des détenus fumeurs sont primordiaux pour éviter toute conséquence néfaste sur le climat carcéral.

4.2) Perspectives

Notre travail était exploratoire et préliminaire, l'objectif était de réaliser un état des lieux à un moment donné de la consommation de tabac au cours de l'incarcération.

Notre étude, limitée à une structure, contribue aux travaux de tabacologie encore peu développés en ce qui concerne la population pénale. Il existe un besoin d'études complémentaires et à plus grandes échelles répondant à l'hétérogénéité des structures pénitentiaires. Notre effectif modeste nécessite aussi d'analyser avec prudence nos résultats statistiquement significatifs. Les données de notre travail pourraient être récupérées, à des fins de nouveaux travaux, pour être analysées à plus grande échelle afin d'éliminer d'éventuels biais.

Il serait également intéressant d'approfondir les travaux sur les modifications de consommation du tabac au cours de l'incarcération, de comprendre quels sont les facteurs influençant ces modifications et comment agir dessus. Cette thématique permettrait aussi d'identifier les représentations du tabac en prison, élément indispensable pour une prise en charge adaptée du tabagisme en milieu carcéral.

VI) CONCLUSION

La prévalence de fumeurs en détention est largement supérieure à celle de la population générale, avec d'importante quantité de tabac consommé quotidiennement et donc une forte dépendance.

Comme dans la population générale, la précarité et la consommation concomitante de drogues ou d'alcool favorisent le tabagisme et l'importance de la consommation. Notre étude ne nous permet pas de faire de conclusions sur l'influence du profil carcéral sur la consommation de tabac.

Fumer en prison peut être considéré comme un moment de liberté dans un environnement répressif. Le tabac, ancré dans la culture carcérale, a aussi un rôle de monnaie d'échange. Cependant, contrairement aux idées reçues près d'un tiers des détenus ont diminué ou arrêté leur consommation de tabac en détention et bon nombre se sentent capables et souhaitent arrêter de fumer en détention. Leur motivation principale à l'arrêt est la santé, comme dans la population générale. Seule la faible quantité de tabac consommé et le fait d'avoir recommencé à fumer en détention semblent influencer et renforcer la capacité à ne pas fumer en détention.

Il paraît indispensable de dépister les fumeurs souhaitant arrêter leur consommation, d'évaluer leur motivation et de leur proposer toutes les ressources nécessaires pour les soutenir dans leur tentative. La population carcérale est une population précaire, avec moins de succès dans le sevrage tabagique mais un grand besoin de soutien tant avant que pendant l'arrêt. Les informer des aides possibles est un objectif prioritaire au vu du nombre de fumeurs qui ont essayé d'arrêter de fumer sans aides médicales et du nombre de fumeurs n'ayant pas connaissance de l'existence d'une consultation de tabacologie au sein de l'établissement.

Les consommations associées telles que les drogues et l'alcool, non négligeables en prison, sont à prendre en compte dans la prise en charge du tabac. Une prise en charge globale et multidisciplinaire est nécessaire.

L'objectif des équipes de santé est de redonner confiance au patient et de l'inciter à mettre à profit le temps carcéral pour prendre soin de sa santé, parfois relayée au second plan à l'extérieur. Les détenus fumeurs ont besoin de plus d'attention et d'une aide spécialisée pour la prise en charge de leur tabagisme.

La forte prévalence du tabac en prison et le souhait des détenus d'arrêter de fumer rendent indispensable la poursuite des études à ce sujet, afin d'adapter et d'optimiser la prise en charge tabacologique en détention.

Notre étude révèle un autre élément important : le tabagisme passif est bien trop présent en prison. Il est très peu étudié en milieu carcéral alors que c'est un véritable enjeu de santé publique. Des études plus approfondies sur ce thème voire des projets pilotes devraient être mis en place au sein des prisons françaises afin d'adapter au mieux l'environnement carcéral et pour un meilleur respect de la santé des détenus.

BIBLIOGRAPHIES

1. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Tabagisme [En ligne]. [consulté le 16 janv 2015]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
2. Hubens V, Delpierre V, Van Der Schueren T. Tabac et précarité [En ligne]. 2011 [consulté le 27 avr 2015]. Disponible sur : <http://www.maisonmedicale.org/Tabac-et-precarite-2011.html>
3. Pasquereau A, Gautier A, Andler R et al. Tabac et E-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre Santé 2016. Bull Épidémiologique Hebd. 30 mai 2017;(12):214-22.
4. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 9 mai 2015;(25):824-28.
5. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 200 à 2013. Bull Épidémiologique Hebd. 6 oct 2016;(30-31):528-40.
6. Guignard R, Beck F, Wilquin J-L et al. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du baromètre santé 2014. Bull Epidémiologique Hebd. mai 2015;(17-18):281-8.
7. Lermenier-Jeannet A. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. mai 2014;(92):1-6.
8. INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les profils des fumeurs en France. Bull Epidémiologique Hebdo, mai 2011;(20-21):230-2.
9. Le Nézet O., Spilka S., Ngantcha M. et al. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. OFDT - Tend. mai 2015;(100):4.
10. Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386. 15 nov 2006.
11. Code de la santé publique - Article R3511-1. Legifrance [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912286&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

12. Delpierre V, Van Der Schueren. Tabagisme des patients précarisés: comment surmonter les obstacles? [En ligne]. Nice; 2012 [consulté le 27 avr 2015]. Disponible sur : http://www.congresmg.fr/presentations/jeudi/salle_risso7b/14-00-session-franco/vanderschueren-delpierre/index.html
13. Heremans P, Deccache A. Prévention, médecine générale et milieux défavorisés: état des lieux et perspectives [En ligne]. Bruxelles; 1997 [consulté le 27 avr 2015]. Disponible sur : <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/preventionmedgen.pdf>
14. Sass C., Moulin JJ., Guéguen R. et al. Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Épidémiologique Hebd. 2006;(14):93-6.
15. DAP, Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France [En ligne]. mai 2016 [consulté le 20 janv 2017]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_mai_2016.pdf
16. DAP, Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1 er janvier 2015 [En ligne]. 2015 [consulté le 10 févr 2017]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2015_FINALE_SFP.pdf
17. DREES, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation des statistiques. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes Résultats. mars 2005;(386).
18. Bryon I., Guyot JL. L'enseignement en milieu pénitentiaire - Rapport sur l'année 2013 [En ligne]. Pôle enseignement;2013;p. 10. [consulté le 27 avr 2015] Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Bilan_enseignement_2013.pdf
19. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Diplôme le plus élevé selon l'âge et le sexe en 2016 [En ligne]. 2016 [consulté le 4 juill 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416872#tableau-Donnes>
20. Ministère de la Justice. La formation et l'enseignement [En ligne]. 2017 [consulté le 13 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/la-formation-et-lenseignement-12000.html>
21. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. L'évolution de l'illettrisme en France [En ligne]. 2013 [consulté le 13 juin 2017]. Disponible: <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/Les-chiffres/Niveau-national>

22. Ministère de la Justice. Les chiffres-clés de la Justice 2016 [En ligne]. 2016 [consulté le 10 févr 2017]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_CC%202016.pdf
23. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Une photographie du marché du travail en 2016. INSEE Prem. mai 2017;(1648).
24. Tableaux de l'Économie Française. INSEE Réf [En ligne]. mars 2016 [consulté le 4 juill 2017]; Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906671?sommaire=1906743>
25. De Beaurepaire C. La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison. Revue du Mauss. La Découverte. 2012;(40):105.
26. Cassan F., Toulemon L., Kensey A. et al. L'histoire familiale des hommes détenus. Synthèse. 2002;(59):37-57.
27. Direction générale de la santé, InVS, Institut de Veille Sanitaire. Enquête Prevacar - Volet offre de soins - VIH, hépatites et traitements de substitution en milei carcéral [En ligne]. 2010 [consulté le 3 févr 2017]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_prevacar_-_volet_offre_de_soins_-_vih_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf
28. Ministère de la Justice. Les règles pénitentiaires européennes [En ligne]. [consulté le 16 avr 2015]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RPE2.pdf
29. Code de la santé publique - Article L711-3. Code de la santé publique.
30. Code de la sécurité sociale - Article L381-30. Code de la sécurité sociale.
31. Code de procédure pénale - Article R57-8-1. Code de la procédure pénale.
32. Ministère de la Justice, Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice [En ligne]. 2012 [consulté le 6 juill 2017]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique_Personnes_detenues_2012.pdf
33. Ministère de la Justice. Circulaire de la DAP du 25 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire [En ligne]. Sect. Bulletin officiel du ministère de la justice. [cité le 12 févr 2016]. Disponible sur : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20070001_0000_0012.pdf
34. DAP, Direction de l'administration pénitentiaire. Guide du détenu arrivant. 2015. p32.

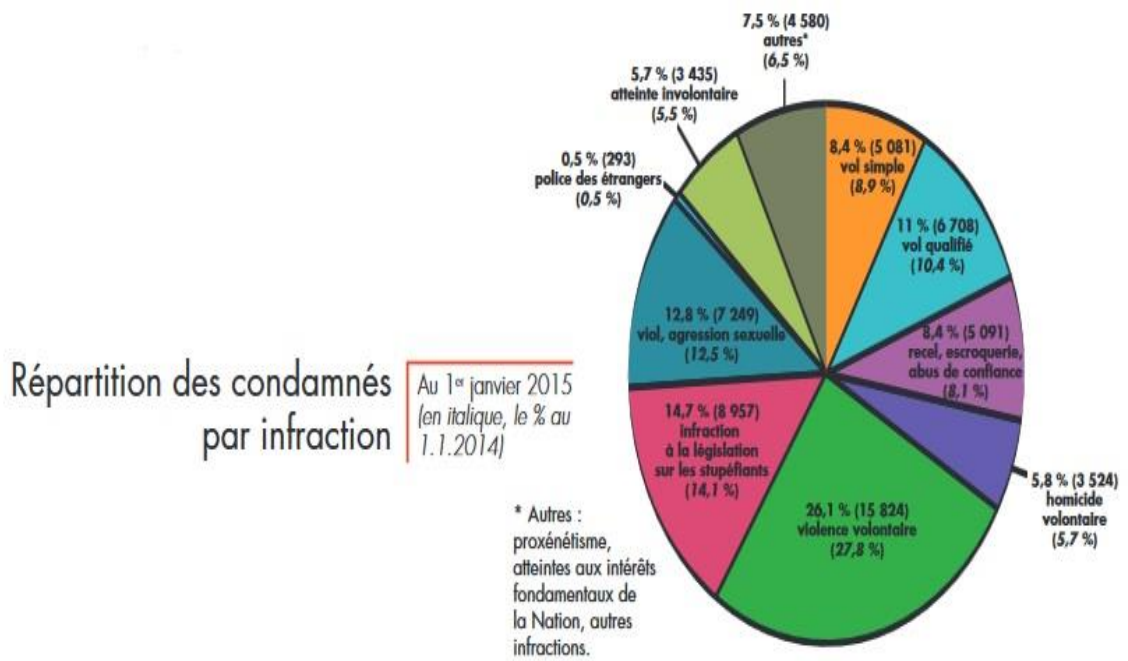
35. Ministère de la Justice. Circulaire relative à l'encellulement individuel des personnes détenues [En ligne]. 14 avr 2011. [consulté le 3 févr 2017]. Disponible sur : <http://www.oip.org/images/stories/textes/circ%2014%20avril%202011%20encellulement%20individuel.pdf>
36. La Grande-Bretagne va généraliser l'interdiction de fumer en prison. Le Monde [En ligne]. 1 oct 2015 [consulté le 1 avr 2016]; Disponible sur : http://www.lemonde.fr/europe/article/2015/10/01/le-gouvernement-britannique-veut-interdire-la-cigarette-dans-ses-prisons_4779267_3214.html
37. Brochu S., Chayer L., Lasnier B. et al. La restriction de l'usage du tabac en prison au Québec : effets sur le climat carcéral. *Criminologie*. 2010;43(2):127-51.
38. Ayotte J. L'interdiction de fumer en établissement de détention canadien. Le vécu des hommes incarcérés, en ligne]. Université de Montréal, Ecole de criminologie; 2012 [consulté le 17 avr 2015]. Disponible sur : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8792/Ayotte_Joelle_2012_memoire.pdf
39. Kauffman RM., Ferketich AK., Murray DM. et al. Tobacco Use by Male Prisoners Under an Indoor Smoking Ban. *Nicotine Tob Res*. juin 2011;13(6):449-56.
40. Godin-Blandeau E., Verdot C., Delevay AE. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger: une revue de la littérature. *Bull Epidémiologique Hebd*. 3 oct 2013;(35-36):434.
41. Verdat P. Habitudes toxicologiques et BPCO: évaluation prospective au sein de la population carcérale de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas - 139p. Thèse d'exercice : Pharmacie. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2014.
42. Harcouët L., Balanger S., Meunier N. et al. La réduction tabagique à la maison d'arrêt de Paris–La Santé. *Rev Médecine Interne*. mai 2008;29(5):357-63.
43. Rostaing E. Sevrage tabagique en milieu carcéral: Expérience de l'Unité Sanitaire du centre de détention de Muret - 153p. Thèse de doctorat : Médecine. France : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014.
44. Fédération Girondine de Lutte contre les Maladies Respiratoires. Tabac - Fumeur : définitions [En ligne]. 2014 [consulté le 4 nov 2016]. Disponible sur : <http://www.respir.com/doc/abonne/pathologie/tabac/TabacFumeurDefinition.asp>
45. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Niveaux de formation [En ligne]. [consulté le 4 nov 2016]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/niveaux-formation.htm>

46. tabac-info-service. Questionnaire de Fagerström [En ligne]. [consulté le 17 oct 2015]. Disponible sur : http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf
47. Underner M., Peiffer G. Petits fumeurs et fumeurs intermittents. Rev Mal Respir. déc 2010;27(10):1150-63.
48. HAS, Haute Autorité de Santé. Questionnaire standard de la phase test d'un document d'information patient [En ligne]. 2012 [consulté le 23 mars 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/info_patient_test_questionnaire.pdf
49. Maisonneuve H, Fournier JP. Construire une enquête et un questionnaire. E-Respect. oct 2012;(2):19.
50. Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace. Presse Médicale. juill 2012;41(7-8):375-85.
51. Philippe Rossard, Riuné-Lacabe S, Cousin P, Denis C, Auriacombe M. Consommation de substances et comportements à risque au cours de l'incarcération. Enquête dans une maison d'arrêt en France. Courr Addict. juin 2012;14(2):28-30.
52. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Le tabagisme aggrave la pauvreté des individus et des familles [En ligne]. [consulté le 16 juin 2015]. Disponible sur : http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/tobaccofacts_families/fr/
53. Guignard R., Beck F., Richard JB. et al. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Evolutions, 2015;(31):1-6.
54. Cutarella C. Tabacologie en milieu pénitentiaire [En ligne]. 2013 [consulté le 27 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.rsms.asso.fr/pages/10%20Diaporamas/130228aslpcutarella.pdf>
55. HAS, Haute Autorité de Santé. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [En ligne]. 2014 [consulté le 20 mai 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

56. Guignard R., Beck F., Richard J-B. et al. Le tabagisme en France. L'enquête Baromètre Santé 2010 [En ligne]. 2010 [consulté le 27 avr 2015]; Disponible sur : [http://espacecollaboratif.orion.education.fr/LotusQuickr/fodad-personnels-sante-sociaux-lille/PageLibraryC12576D3004E88BF.nsf/0/56F50EFB371D1B89C1257C7D0026DC7F/\\$file/Tabagisme%20en%20France%20Analyse%20Barom%C3%A8tre%202010.pdf](http://espacecollaboratif.orion.education.fr/LotusQuickr/fodad-personnels-sante-sociaux-lille/PageLibraryC12576D3004E88BF.nsf/0/56F50EFB371D1B89C1257C7D0026DC7F/$file/Tabagisme%20en%20France%20Analyse%20Barom%C3%A8tre%202010.pdf)
57. INPES, Institut National de la Prévention et d'Education pour la Santé. On a tous une bonne raison d'arrêter de fumer. [En ligne]. 2012 [consulté le 3 févr 2017]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/Beck_Francois/publication/262002316_Tobacco_smoking_in_France/links/0c960536367c8a7f73000000.pdf
58. Michel L et al. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. Bull Epidémiologique Hebdo. 2011;(39):409-12.
59. Enquête Coquelicot 2011 : Les nouveaux chiffres de la RDR drogue [En ligne]. [consulté le 30 mars 2016]. Disponible sur : <http://vih.org/20131129/enquete-coquelicot-2011-nouveaux-chiffres-rdr-drogue/57881>
60. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. Rev Prat. 2012;(62):325-9.
61. HAS, Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [En ligne]. 2013 [consulté le 30 mars 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire_scientifique-arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
62. Nabzar JS. De l'intention à l'action : Essai contrôlé randomisé évaluant l'application de l'implémentation des intentions au sevrage tabagique à la maison d'arrêt de Villeneuve-Lès-Maguelone. 146p. Thèse de doctorat : Médecine. France : Université de Montpellier ; 2016.
63. Bosa Y. L'impact du sevrage tabagique imposé par le Service de l'Unité Hospitalière Sécurisée interrégionale de Lyon - 71p. Thèse de doctorat : Médecine. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon1 ; 2011; 37.
64. Société canadienne du cancer. Interdiction complète du tabac dans les prisons québécoises. nov 2013 [consulté le 28 avr 2017]; (98). Disponible sur : <http://info-tabac.ca/interdiction-complete-du-tabac-dans-les-prisons-quebecoises/>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Répartition des condamnés par infraction au 1er janvier 2015



ANNEXE 2 : Bons de cantines

CP BORDEAUX GRADIGNAI		08/01/16	HORS MARCHE 2012
NOM :		Prénom :	
Ecroû :		Quartier :	Cellule :
TABAC - TIMBRES			
A déposer dans boîte aux lettres le mardi - Distribution le mercredi de la semaine suivante			
Les prix cantine sont donnés à titre indicatif			
n°	quantité	désignation article	prix
1		tabac à rouler Pal Mall	7,40
2		Marlboro	7,00
3		tabac à rouler Ajja	12,30
4		tabac à rouler Drum	7,70
5		tabac à rouler Gauloise	10,10
6		tabac à rouler Amsterdamer	7,50
7		tabac à rouler camel	7,40
8		J P S rouge	6,50
9		Gauloises brunes ordinaire	7,20
10		Gauloises blondes	6,50
11		Interval blond	9,85
13		Gitanes ordinaires	7,50
14		Gitanes filtre	7,50
15		Philip Moriss	6,90
16		Camel filtre	6,90
17		Winston 20	6,50
18		Winston bleue 20	6,50
19		Lucky Stricke 25	8,10
20		Chesterfield 25	8,10
21		Chesterfield bleue 25	8,10
24		Marlboro or	7,00
25		Winfield 20	6,50
26		Rothmanns rouge	6,50
27		L.M. 20	6,50
28		machine à cigarettes	9,76
33		Fortuna	6,50
34		10 cigarillos	3,30
35		Camel blue	6,90
36		20 Savanitos	6,80
40		timbre	0,70

Tout bon de commande non signé, incomplet ou illisible ne sera pas pris en compte

Date : / / Signature :

NE PAS PLIER

Quantité limitée à 15 paquets au total

CP BORDEAUX GRADIGNAN		01/04/15		
NOM :		Prénom :		
Ecrou :		Quartier :	Cellule :	
ACCESSOIRES TABAC (HORS MARCHÉ)				
A déposer dans boîte aux lettres le dimanche - Distribution le lundi (15 jours plus tard)				
n°	quantité	Qté maxi	désignation article	prix
1		1	Cigarette électronique + chargeur + mèche NON GARANTIE	31,20 €
2		2	Mèche de rechange x 2 (toutes les 3 semaines)	4,83 €
Liquide 10 ml 0 mg de nicotine				
3		2	Arôme TABAC FR-M Marlboro	4,91 €
4		2	Arôme TABAC FR-K Camel	4,91 €
5		2	Arôme TABAC USA MIX Philippe Morris	4,91 €
6		2	Arôme TABAC 1975 Tabac à rouler blond corsé	4,91 €
7		2	Arôme TABAC Latakia	4,91 €
8		2	Arôme Menthe polaire	4,91 €
9		2	Arôme Fruits rouges	4,91 €
liquide 10 ml 5/6 mg de nicotine = 5/6 cigarettes/jour				
10		2	Arôme TABAC FR-M Marlboro	4,91 €
11		2	Arôme TABAC FR-K Camel	4,91 €
12		2	Arôme TABAC USA MIX Philippe Morris	4,91 €
13		2	Arôme TABAC 1975 Tabac à rouler blond corsé	4,91 €
14		2	Arôme TABAC Latakia	4,91 €
15		2	Arôme Menthe polaire	4,91 €
16		2	Arôme Fruits rouges	4,91 €
liquide 10 ml 11 mg de nicotine = 10/15 cigarettes/jour				
17		2	Arôme TABAC FR-M Marlboro	4,91 €
18		2	Arôme TABAC FR-K Camel	4,91 €
19		2	Arôme TABAC USA MIX Philippe Morris	4,91 €
20		2	Arôme TABAC 1975 Tabac à rouler blond corsé	4,91 €
21		2	Arôme TABAC Latakia	4,91 €
22		2	Arôme Menthe polaire	4,91 €
23		2	Arôme Fruits rouges	4,91 €
Liquide 10 ml 16/19 mg de nicotine = 20/25 cigarettes/jour				
24		2	Arôme TABAC FR-M Marlboro	4,91 €
25		2	Arôme TABAC FR-K Camel	4,91 €
26		2	Arôme TABAC USA MIX Philippe Morris	4,91 €
27		2	Arôme TABAC 1975 Tabac à rouler blond corsé	4,91 €
28		2	Arôme TABAC Latakia	4,91 €
29		2	Arôme Menthe polaire	4,91 €
30		2	Arôme Fruits rouges	4,91 €

Une notice d'utilisation est fournie avec la cigarette électronique

Tout bon de commande non signé, incomplet ou illisible ne sera pas pris en compte

Date : / / Signature :

NE PAS PLIER

ANNEXE 3: Poster informatif

Dans le cadre de ma thèse de médecine, je réalise une étude sur le
« tabagisme en détention »

L'objectif est de mieux connaître les habitudes tabagiques et d'améliorer la
prise en charge des sevrages



Un questionnaire anonyme vous sera distribué

Le 26 Mai 2016 en cellule



Tout le monde peut participer : fumeurs et non-fumeurs

Vous aurez 10 jours pour déposer le questionnaire rempli dans les boîtes aux lettres de l'UCSA situées à chaque étage de l'établissement

Pour que les résultats soient valides, il me faut un maximum de réponses.

Merci de votre aide !

A. VOLLAIRE, médecin généraliste



ANNEXE 4 : Questionnaire (version homme)

Bonjour, je m'appelle Aurélie V., je suis médecin généraliste, ancienne interne de médecine à l'UCSA de Gradignan.

J'ai besoin de votre aide pour réaliser une thèse sur « la consommation de tabac en détention ». Ce travail a pour but d'améliorer les consultations de tabacologie au sein de la maison d'arrêt.

Tout le monde peut participer au questionnaire même les non-fumeurs. Cela ne vous prendra pas plus de 5 minutes.

Ce questionnaire est ANONYME. Vous ne devez pas inscrire votre nom, ni votre numéro d'écrou ou de cellule. Les informations recueillies sont confidentielles et protégées. Ce projet est **INDEPENDANT de l'administration pénitentiaire.**

Si vous avez des difficultés pour lire ou écrire le français, vous pouvez répondre avec l'aide d'un autre détenu.

Votre participation est importante : plus j'ai de retours, plus mon travail sera fiable et de qualité. Je vous demande de répondre avec autant de sincérité que possible.

Merci de déposer vos questionnaires remplis, dans **les boîtes aux lettres de l'UCSA** situées à chaque étage du bâtiment, ou dans le service d'UCSA avant le 5 Juin 2016.

Merci par avance pour votre aide.

QUESTIONNAIRE

1) Etes-vous ? :

- Non-fumeur
- Ex-fumeur (plus d'1 an sans tabac)
- Ex-fumeur (moins d'1 an sans tabac)
- Fumeur

2) Etes-vous :

- Un Homme
- Une Femme

3) Quel âge avez-vous ?

----- ans

4) Quel est votre niveau scolaire / jusqu'en quelle classe êtes-vous allé ? :

- Jamais scolarisé
- Primaire
- Collège
- Lycée, CAP, BEP
- Etude supérieure

5) Aviez-vous une profession à l'extérieur ?

- Oui
- Non

6) Avez-vous un domicile à l'extérieur ?

- Oui
- Non

7) Depuis quand êtes-vous incarcéré ?

- Moins d'1 mois
- Entre 1 mois et 5 mois
- Entre 5 mois et 2 ans
- Plus de 2 ans

8) Avez-vous déjà été incarcéré avant ?

- Oui
- Non

9) Quel est votre statut carcéral ?

- Prévenu, en attente de jugement
- Condamné, jugé

10) Avez-vous un suivi régulier par le SMPR en détention ?

- Oui
- Non

11) Un de vos codétenus fume-t-il dans la cellule ? :

- Oui
- Non
- Je n'ai pas de codétenu

12) Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement ?

- Oui
- Non

13) Consommez-vous du cannabis actuellement ?

- Oui
- Non

14) Consommez-vous d'autres drogues (Cocaïne, héroïne...) actuellement?

- Oui
- Non

15) Consommez-vous de l'alcool actuellement ?

- Oui
- Non

2^{ème} PARTIE : POUR EX-FUMEURS ET FUMEURS :

16) A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?

17) A quel âge avez-vous commencé à fumer tous les jours ?

18) Avez-vous arrêté de fumer en prison ?

- Oui, j'ai arrêté de fumer en prison
- Non, j'ai arrêté de fumer avant l'incarcération
- Non je fume toujours

3^{ème} PARTIE : POUR FUMEURS :

19) A quelle fréquence fumez-vous ?

- Régulièrement, tous les jours
- Occasionnellement, moins d'une fois par jour (**passez à la question 21**)

20) Quelle quantité fumez-vous par jour ?

- Moins de 5 cigarettes
- Entre 5 et 10 cigarettes
- Entre 11 et 20 cigarettes
- Entre 21 et 30 cigarettes
- 31 cigarettes ou plus

21) Quel type de tabac consommez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Tabac à rouler
- Cigarettes
- Cigarillos
- Cigarette électronique
- Autres

22) En prison comment accédez-vous au tabac ?

- Cantine
- Echange avec d'autres détenus
- Aux parloirs
- Autres :

23) Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?

- Oui
- Non

Si oui : avez-vous eu recours à une aide médicale (consultation avec médecin, patch, traitement ...) ?

- Oui
- Non

24) Vous semble-t-il possible de ne pas fumer en prison ?

- Oui
- Non

25) Souhaitez-vous arrêter de fumer en prison ?

- Oui
- Non

Si Oui : pourquoi (plusieurs réponses possibles) ?

- Pour protéger ma santé
- Pour retrouver une condition physique, pour la pratique du sport
- Pour mon bien être, ma qualité de vie
- Pour faire des économies
- Pour ne plus être dépendant
- Pour ma famille, mes enfants
- Autre :

26) A propos de votre consommation de tabac en prison :

- J'ai commencé en prison
- J'ai repris en prison
- J'ai augmenté ma consommation
- J'ai diminué ma consommation
- J'ai arrêté de fumer
- Ma consommation n'a pas changé

27) Savez-vous qu'une consultation de tabacologie est à votre disposition à la maison d'arrêt de Gradignan ?

- Oui
- Non

Merci de déposer vos questionnaires remplis, dans les boîtes aux lettres de l'UCSA situées à chaque étage du bâtiment, ou dans le service d'UCSA avant le 5 Juin 2016.

Je vous remercie pour votre participation.

Aurélie V.

ANNEXE 5 : Phase test

1. Compréhension

- Les informations au début du questionnaire vous paraissent-elles claires ?
 - Pas du tout
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui tout à fait

- Les questions vous paraissent-elles claires, compréhensibles ?
 - Pas du tout
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui tout à fait

- Comprenez-vous à quelle partie du questionnaire vous devez répondre ?
 - Pas du tout
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui tout à fait

2. Longueur

- La longueur du questionnaire vous paraît-elle convenable ? (trop long ?)
 - Pas du tout
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui tout à fait

3. Présentation

- La présentation vous donne-t-elle envie de lire et de répondre aux questions ?
 - Pas du tout
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui tout à fait

4. Anonymat

- Comprenez-vous le mot anonyme ?
 - Pas du tout
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui tout à fait

- Comprenez-vous que le questionnaire est anonyme ?
 - Pas du tout
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui tout à fait

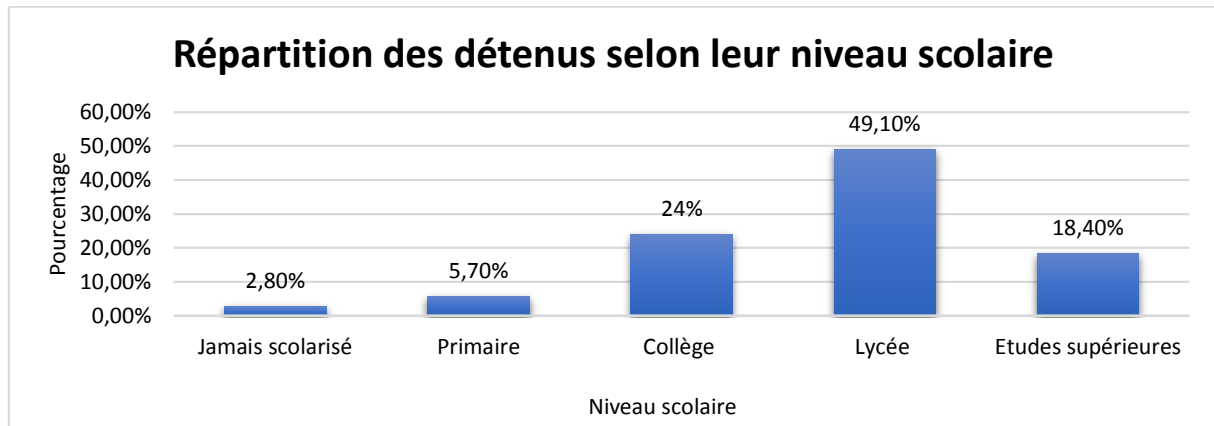
- Comprenez-vous que ce projet est indépendant de l'administration pénitentiaire ?
 - Pas du tout
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui tout à fait

- Accepteriez-vous de répondre à toutes les questions ? (indiscrétions / intimité ?)
 - Pas du tout
 - Plutôt non
 - Plutôt oui
 - Oui tout à fait

5. Commentaires libres

- Avez-vous des commentaires à ajouter pour améliorer le questionnaire ?

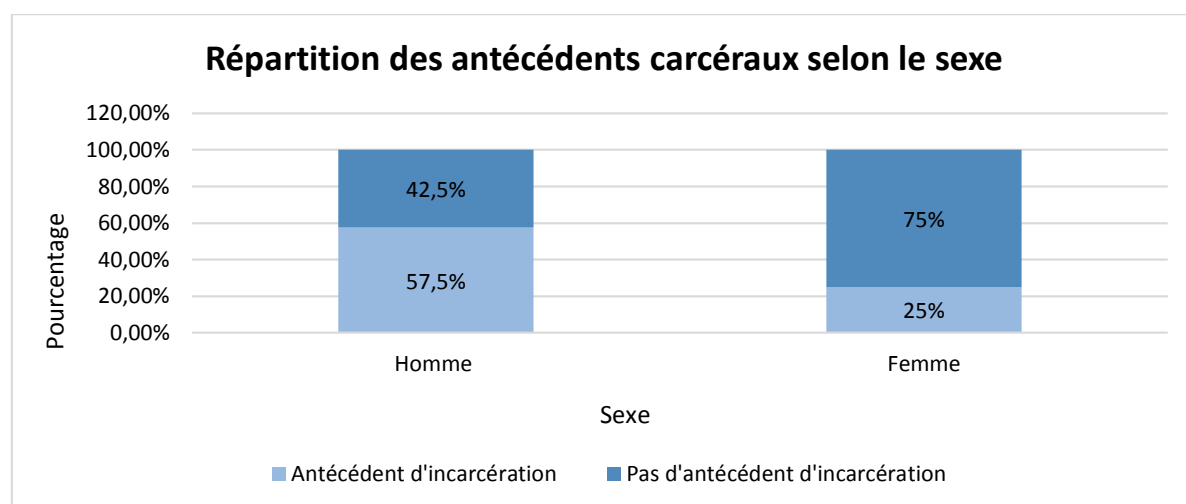
ANNEXE 6 : Répartition des détenus selon leur niveau scolaire



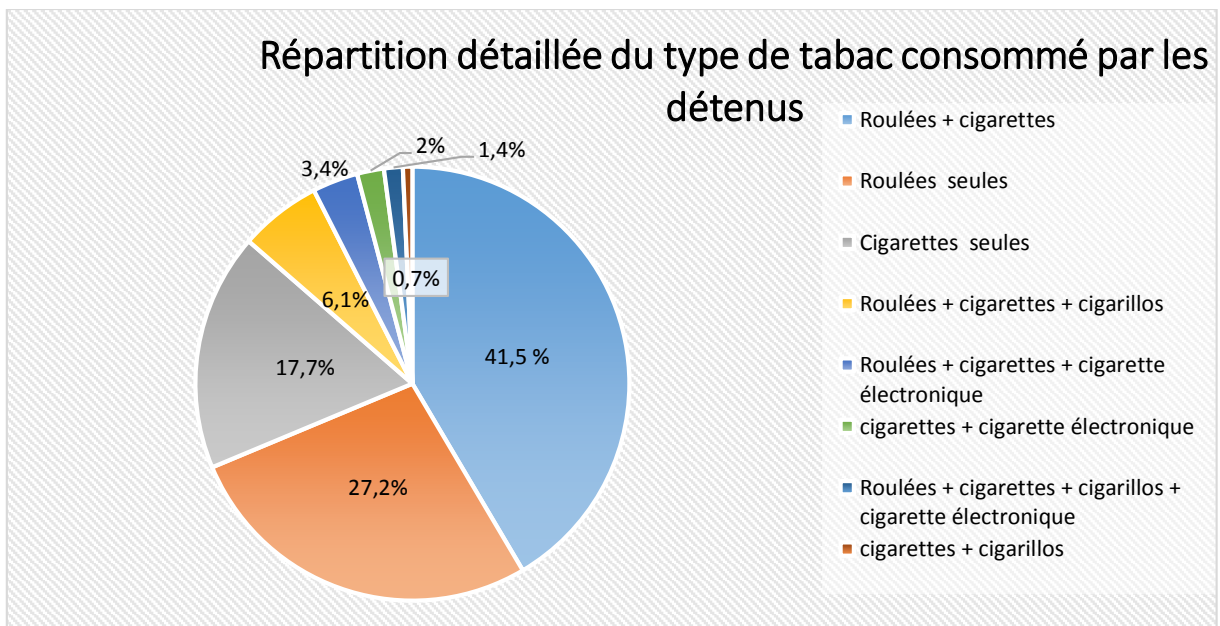
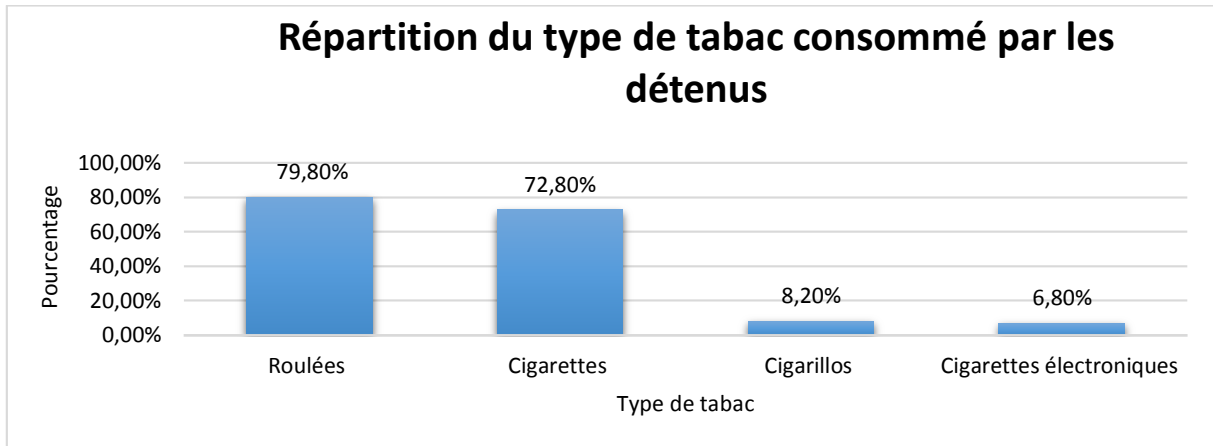
ANNEXE 7 : Différence significative des antécédents carcéraux selon le sexe

	Hommes	Femmes	p
Antécédent d'incarcération :	% (n)	% (n)	
Oui	57,5 (111)	25 (4)	0.01697 *
Non	42,5 (82)	75 (12)	

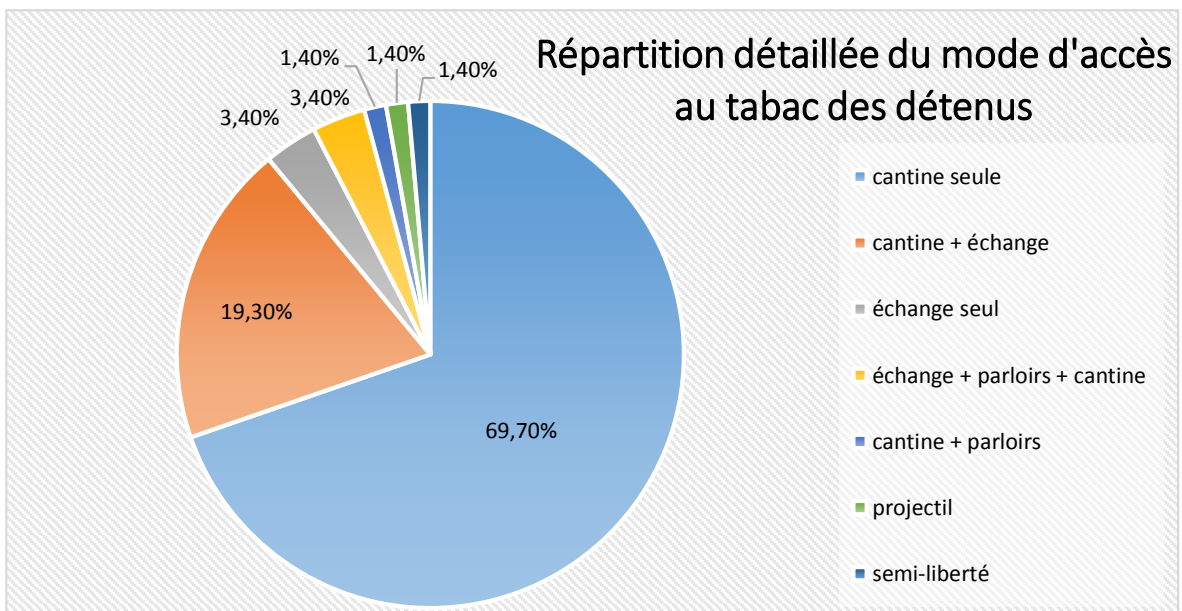
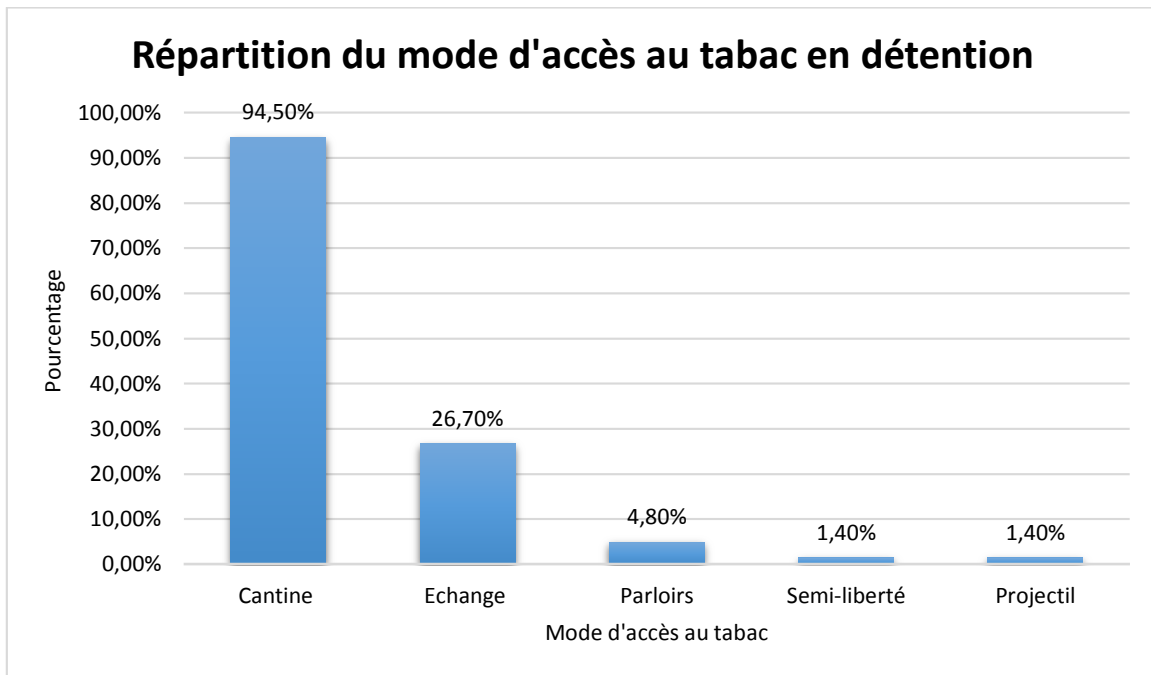
*selon le test de Fisher



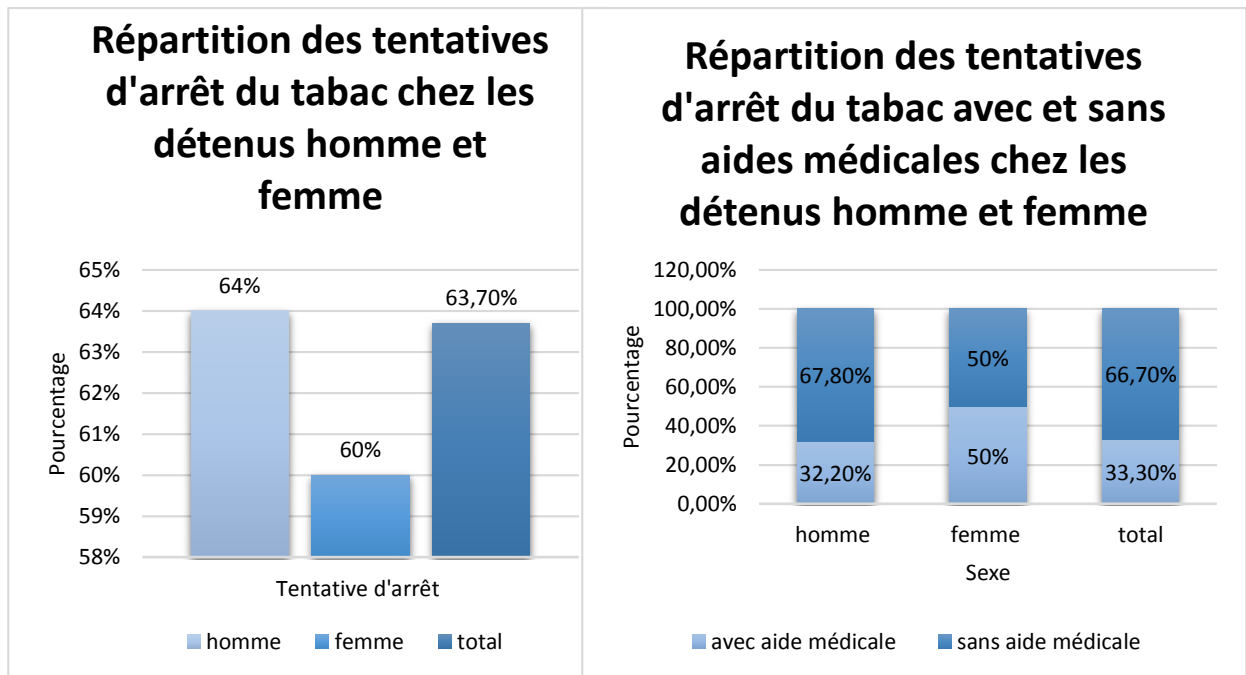
ANNEXE 8 : Répartition du type de tabac consommé par les détenus



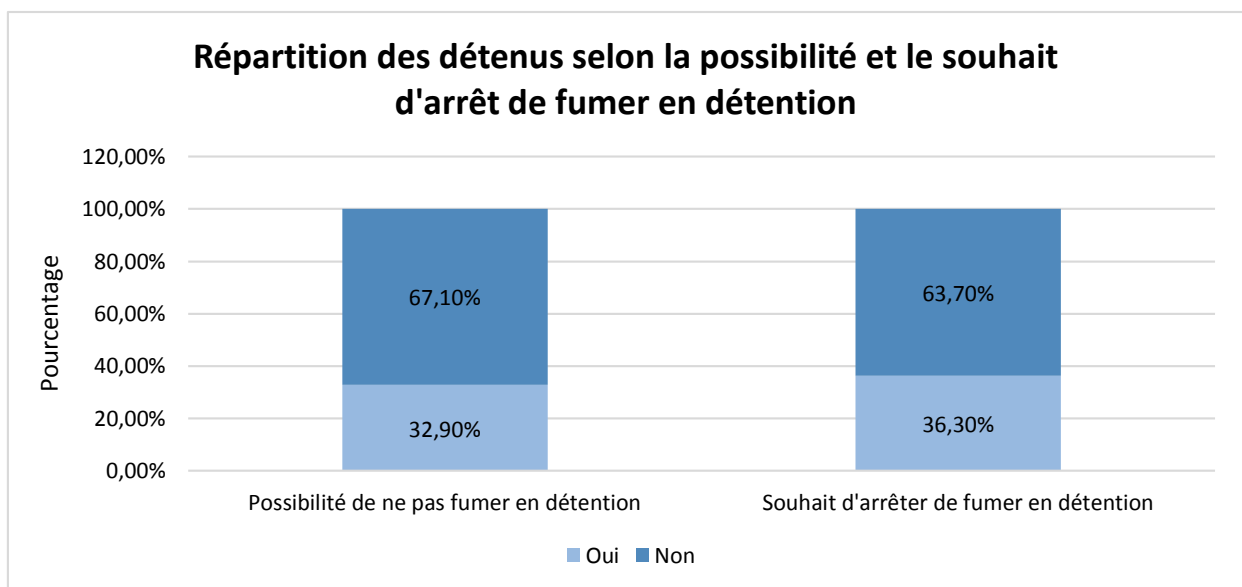
ANNEXE 9 : Répartition du mode d'accès au tabac en détention



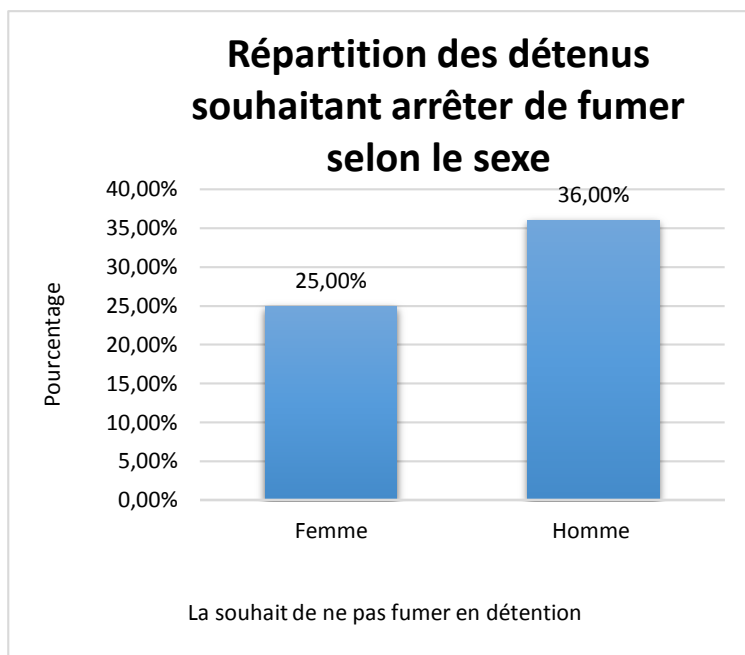
ANNEXE 10: Répartition des tentatives d'arrêt du tabac selon le sexe, et avec et sans aides médicales



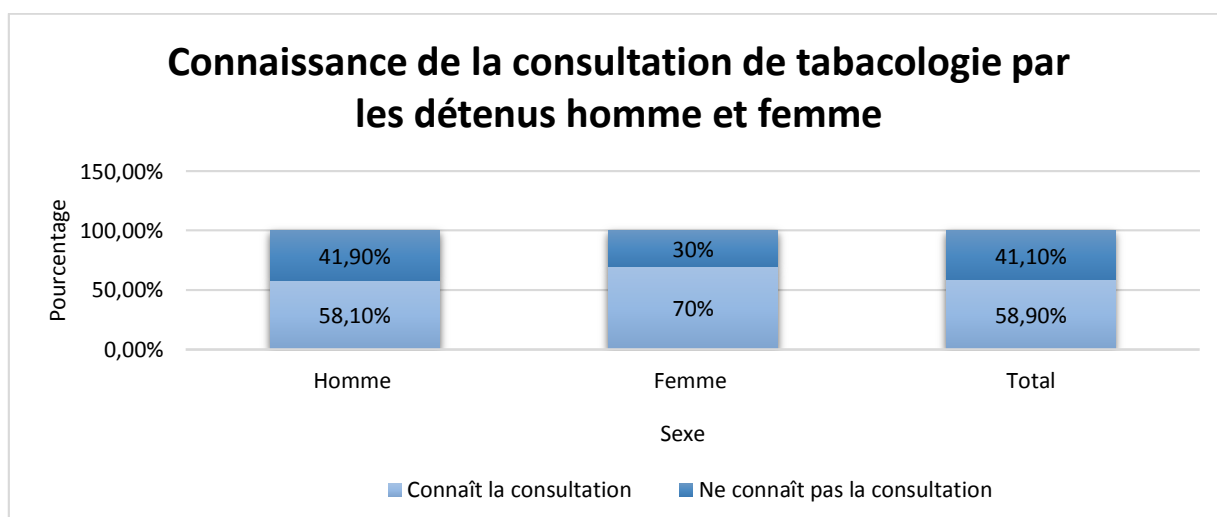
ANNEXE 11 : Répartition des détenus selon la possibilité et le souhait d'arrêt de fumer en détention :



ANNEXE 12 : Répartition des détenus souhaitant arrêter de fumer en détention selon le sexe

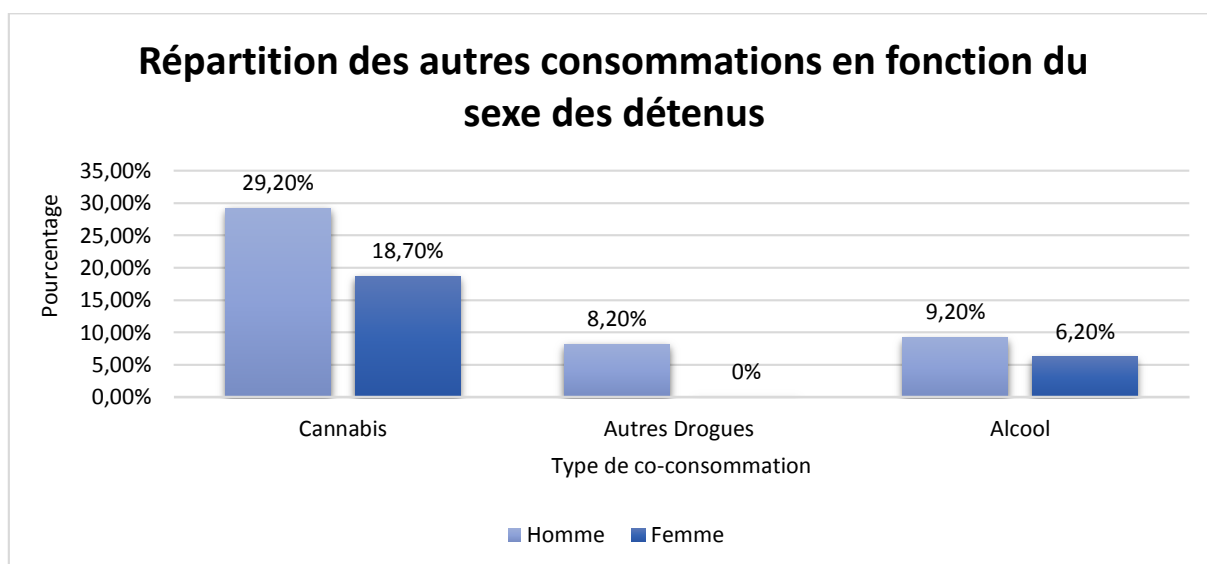


ANNEXE 13 : Répartition des détenus informés ou non de l'existence d'une consultation de tabacologie selon le sexe



ANNEXE 14 : Répartition des autres consommations en détention selon le sexe

	Hommes		Femmes		Total	
	%	n	%	n	%	n
Consommation cannabis	29,2	57	18,7	3	28,4	60
Consommation autres drogues	8,2	16	0	0	7,6	16
Consommation alcool	9,2	18	6,2	1	9	19



Annexe 15: Comparaison avec l'étude du DREES des répartitions des détenus selon la quantité de tabac consommé quotidiennement parmi l'ensemble des enquêtés

	Selon notre étude	Selon l'étude du DREES de 2003
	%	%
< 5 cigarettes / jour	3,8	7,4
De 6 à 20 cigarettes / jour	55,7	55,4
Plus de 20 cigarettes / jour	8	15
Non-fumeurs, anciens fumeurs, occasionnels	32,5	22,2

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

ABSTRACT

Introduction : Tobacco is the world first avoidable cause of death and is overrepresented in prison. The main goal of this study is to have an overview of consumption habits and describe smokers profile in the Bordeaux-Gradignan prison.

Tools and Method : 212 prisoners answered anonymously a self-report questionnaire that was distributed on the 26th of May 2016 to all the Bordeaux-Gradignan prison areas, except to the minors one.

Results : 69,8% of people that took part in the survey are smokers. The majority of smoking prisoners smoke between 11 and 20 cigarettes a day (43,2%), rolled or manufactured (86,4%), and mostly obtained through canteen (94,5%). The most insecure socio-professional status and the concurrent drug or alcohol consumption foster tabagism and consumed amounts ($p < 0,05$). During the imprisonment time, one third of smokers increased its tobacco consumption, one third didn't change it, and one third wether stopped it or decreased it. 63,7% of smokers already made a withdrawal attempt, mostly without medical help (66,7%). 36,3% of smokers wants to quit smoking in prison, mostly in order to protect their health (57,1%). Inmates who feel able to quit smoking in prison are mostly « low smokers » ($p = 0,001$) and those who started again smoking in prison.

Conclusion : There is a strong enrootment of tobacco in prison environment, fostered by underpriviledged socioprofessional situations and by related consumptions such as drugs and alcohol. However, some prisoners want to quit smoking and the imprisonment time can be used to protect one's health. The medical team must focus on these inmates and offer them a specific care.

RESUME

Introduction : Le tabagisme, première cause mondiale de mortalité évitable, est surreprésenté en prison. L'objectif principal de l'étude est de faire un état des lieux des habitudes de consommation du tabac et décrire le profil des fumeurs au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.

Matériel et Méthode : 212 détenus ont répondu anonymement à un auto-questionnaire distribué le 26 mai 2016 à tous les quartiers du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, excepté celui des mineurs.

Résultats : 69,8% des enquêtés sont fumeurs. La majorité des détenus fumeurs consomment entre 11 et 20 cigarettes par jour (43,2%), roulées et/ou manufacturées (86,4%), obtenues le plus souvent par cantine (94,5%). Les statuts socioprofessionnels les plus précaires et la consommation concomitante de drogues ou d'alcool favorisent le tabagisme et l'importance de la consommation ($p < 0,05$). Pendant l'incarcération, un tiers des fumeurs a augmenté sa consommation de tabac, un tiers ne l'a pas changée et un tiers l'a soit arrêtée soit diminuée. 63,7% des fumeurs ont déjà fait une tentative de sevrage, sans aides médicales pour la plupart (66,7%). 36,3% souhaitent arrêter de fumer en prison, surtout pour préserver leur santé (57,1%). Ce sont en majorité les « petits fumeurs » ($p = 0,001$) et les détenus qui ont recommencé à fumer en prison ($p = 0,002$) qui se sentent capables d'arrêter de fumer en prison.

Conclusion : Le tabac est fortement ancré dans le milieu carcéral, favorisé par la précarité des situations socioprofessionnelles et par les consommations associées telles que les drogues et l'alcool. Toutefois certains détenus souhaitent arrêter de fumer et le temps carcéral peut être mis à profit pour prendre soin de sa santé. L'équipe médicale doit porter une attention particulière à ces détenus et leur proposer une prise en charge spécifique.

DISCIPLINE DE MEDECINE GENERALE

MOTS CLES :

- 1. Tabac**
- 2. Détention**
- 3. Précarité**

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES. UNIVERSITE DE BORDEAUX

