



HAL
open science

Évaluation de l'impact du #MoisSansTabac au Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan

Priscilla Blanchard-Bounat

► **To cite this version:**

Priscilla Blanchard-Bounat. Évaluation de l'impact du #MoisSansTabac au Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02493472

HAL Id: dumas-02493472

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02493472>

Submitted on 27 Feb 2020

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

Année 2019

N°89

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

Présentée et soutenue publiquement

Par Mme BLANCHARD épouse BOUNAT Priscilla

Née le 03 novembre 1988 à Talence

Le 05 juillet 2019

Evaluation de l'impact du #MoisSansTabac
au Centre Pénitentiaire de Bordeaux-
Gradignan

Directrice de thèse

Dr Fabienne LE MONNIER

Rapporteur de thèse

Pr Philippe CASTERA

Jury

Madame la Professeure Geneviève CHENE

Présidente

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Madame la Professeure Chantal RAHERISSON-SEMJEN

Monsieur le Docteur Gildas LE-PORT

Madame la Docteure Fabienne LE MONNIER

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

Année 2019

N°89

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

Présentée et soutenue publiquement

Par Mme BLANCHARD épouse BOUNAT Priscilla

Née le 03 novembre 1988 à Talence

Le 05 juillet 2019

**Evaluation de l'impact du #MoisSansTabac
au Centre Pénitentiaire de Bordeaux-
Gradignan**

Directrice de thèse

Dr Fabienne LE MONNIER

Rapporteur de thèse

Pr Philippe CASTERA

Jury

Madame la Professeure Geneviève CHENE

Présidente

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Madame la Professeure Chantal RAHERISSON-SEMJEN

Monsieur le Docteur Gildas LE-PORT

Madame la Docteure Fabienne LE MONNIER

« Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. »

Serment médical

Remerciements

A la Présidente du jury

Madame la Professeure Geneviève CHENE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Cheffe du pôle de santé publique du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Directrice de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED),
université de Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et d'évaluer ce travail. Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Professeur associé de Médecine Générale

Médecin Généraliste

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être mon rapporteur de thèse et de juger ce travail. Je vous remercie pour les corrections que vous y avez apporté. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Madame la Professeure Chantal RAHERISSON-SEMJEN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Médecin Spécialiste en pneumologie

Responsable d'unité de la consultation de tabacologie du Centre Hospitalier Universitaire
de Bordeaux

Je vous suis reconnaissante de me faire l'honneur de participer à ce jury. Je vous prie d'accepter l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Gildas LE-PORT

Praticien Hospitalier

Médecin Généraliste

Médecin de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Cadillac

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse et d'apporter votre expertise de la prise en charge des personnes détenues pour juger ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance.

À ma directrice de thèse

Madame la Docteure Fabienne LE MONNIER

Praticien Hospitalier

Médecin Généraliste

Ancienne médecin responsable de l'Unité Sanitaire du Centre Pénitentiaire de Bordeaux Gradignan

Je te remercie très sincèrement de m'avoir fait confiance pour ce travail et de m'avoir accompagnée dans la rédaction. Ton aide et ton soutien m'ont été précieux. Je te remercie aussi (et surtout) de m'avoir transmis avec passion le goût pour la médecine en milieu carcéral, en m'accueillant au cours de mon internat au sein de l'Unité Sanitaire, qui est maintenant mon nouveau lieu de travail au sein duquel mon épanouissement professionnel ne fait que commencer. Je te souhaite de trouver autant de passion dans ton nouvel exercice.

A Emma et Romane, vous m'avez offert le cadeau le plus précieux en ce monde en me faisant devenir maman. L'achèvement de cette thèse signe une plus grande disponibilité de ma part et la possibilité de multiplier les moments de bonheur, petits et grands, partagés en famille. Je vous souhaite de garder l'innocence qui caractérise l'enfance pendant de nombreuses années. Je vous aime du plus profond de mon cœur.

A mon papa, parti alors que je n'étais encore qu'une toute petite fille, et qui a créé en moi une envie insatiable de tout vivre intensément. Malgré mon esprit cartésien, je me plais à croire que tu es fier de moi où que tu sois.

A tous mes proches disparus et qui me manquent cruellement en ce jour symbolique.

A maman et Stéph. Merci pour votre soutien indéfectible depuis mon enfance et votre aide précieuse depuis que je suis devenue « une grande ». Je suis fière d'être votre fille.

A Laëti. Merci d'avoir toujours été une grande sœur bienveillante, même quand moi j'étais une petite sœur embêtante. Merci d'avoir su me guider pour que je devienne la femme que je suis aujourd'hui. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta nouvelle vie.

A Emy, que la vie te soit douce mon amour de nièce.

A Ery. Tu seras à jamais un membre de notre famille à part entière. Je te souhaite d'être heureux.

A Cécilia et sa petite famille. Malgré l'éloignement géographique, nous pensons fréquemment à vous et c'est toujours un plaisir de partager des moments en famille avec vous.

A Marie-Christine et Emmanuel. Merci de votre soutien et de votre présence depuis aussi longtemps que je puisse me souvenir.

A toute cette grande famille qui m'a vue grandir, oncles, tantes, cousins et cousines et à mon filleul Valentin.

A Marion, ton amitié est indispensable à mon équilibre. J'ai hâte de t'avoir de nouveau à mes côtés à ton retour en métropole ! Quand je regarde le chemin que nous avons parcouru, je suis heureuse de savoir qu'on a atteint nos objectifs respectifs et j'espère que nos routes ne se sépareront pas de sitôt.

A Cécile, quelle joie d'avoir croisé ton chemin dans cette route difficile qu'a été l'internat ! Merci de ton soutien et de la motivation que tu m'as apportée au cours de ce travail de thèse. Merci d'avoir su apaiser mes angoisses parfois envahissantes face à l'ampleur de la tâche. Tu es une amie et un médecin merveilleux.

A mes amis dispersés aux quatre coins de la France mais pour qui mon affection reste immense : Alexandra, Benjamin, Benoît, Cécile, Claire, Emilie et Pierre

A la famille Bourgoïn. Merci de votre présence bien au-delà de simples relations professionnelles.

A mes co-internes, nombreux dans ce long parcours, avec lesquels j'ai noué des relations solides, et particulièrement à Béa, Caroline, Estelle, Marion, Morgane, Pauline, Servane et Racha.

A Santé Navale. Bien que mon chemin professionnel soit maintenant éloigné du Service de Santé des Armées, cette décennie passée à la Boîte puis à Robert Picqué restera gravée dans ma mémoire tant les amitiés nouées et les rencontres professionnelles ont été belles. A tous les membres de la promotion 2007, avec une pensée particulière pour Marc.

Aux médecins qui m'ont formée dans ce long parcours. J'ai eu la chance d'être entourée de médecins que j'admire et qui ont toujours su être bienveillants :

- Au Dr Armel Reffet, qui m'a portée dans mes premiers pas hésitants d'interne. Merci d'avoir été si disponible médicalement et humainement lors de ce premier semestre mais aussi par la suite.
- Au Dr David Lamban, sans qui le semestre aux urgences aurait été nettement plus difficile à vivre. Merci d'avoir su m'insuffler ta rigueur professionnelle indispensable dans ce métier.
- Aux Drs Alexandre Duvignaud et Hervé Dutronc pour l'accueil au sein du service des maladies infectieuses du CHU de Bordeaux.
- Au Dr Patrick Godon. Malgré les conditions difficiles lors de mon stage, vous avez réussi à me rendre la cardiologie accessible et je vous en remercie. Votre sagesse d'âme a été inspirante. Merci à Lionel et Xavier, qui ont également contribué grandement à la démystification de cette discipline.
- Au Dr Isabelle Spindler-Fosse dont l'exercice a permis de rassurer la nouvelle civile que j'étais devenue au début de ce semestre chez le praticien.
- Aux Drs Annamaud Roussel et Pierre Brun qui ont permis une découverte en douceur du monde carcéral et des spécificités des prises en charge médicales en son sein. Je suis heureuse de pouvoir désormais travailler à vos côtés au quotidien.
- Au Dr Ophélie Berger. Tu as été une rencontre marquante de cet internat ! La découverte du monde de la PMI n'a fait que conforter mon envie de me tourner vers une carrière médico-sociale et un exercice pluriprofessionnel. Merci d'avoir à cœur de transmettre la passion de ton métier et merci de ta bienveillance, essentielle au quotidien pour faire face aux situations médico-sociales difficiles rencontrées au cours de ce semestre.
- Aux Drs William Durieux, Vincent Feuga et Shérazade Kinouani, mais également à tous les médecins de la Maison de Santé de Targon. Je ne pouvais pas mieux finir mon internat qu'à vos côtés. Merci de vous être adaptés à mon parcours inhabituel et de m'avoir accordée votre confiance. Merci également de m'avoir insufflé la réflexivité autour de ma pratique et d'avoir su me donner la confiance nécessaire pour faire face au post-internat le plus sereinement possible.

A tous les personnels des services/cabinets qui m'ont accueillie pendant mon internat : IDE, aide-soignant.e.s, ASH, secrétaires, dentistes, pharmaciennes, sage-femme, kinésithérapeutes, surveillants. Parce que la prise en charge de nos patients n'est optimale que si nous travaillons main dans la main et que chaque maillon de la

chaîne du soin est indispensable. Soyez tous assurés du respect que je porte à chacun de vous.

Aux médecins qui m'ont fait confiance pour cette année de remplacements, en particulier à Castres-Gironde et à Salles.

A Rodolphe. Tu es un mari et un père merveilleux. Merci d'avoir su me soutenir et de m'avoir aidée à gérer mes angoisses dans ces longues années d'étude. Je vous souhaite une route ensemble longue et parsemée d'instant de bonheur.

Table des matières

Tables des matières	10
Table des illustrations	12
Table des annexes	13
Lexique des abréviations	14
Introduction	15
Contextualisation	16
1. Le système carcéral français	16
1.1. Les différents types d'établissements pénitentiaires	16
1.2. Les différents régimes de détention	17
1.3. La population carcérale	18
1.3.1. Démographie	18
1.3.2. Caractéristiques socio-médicales	19
1.4. L'accès aux soins	20
1.4.1. Réglementation	20
1.4.2. Les différents niveaux de prise en charge	21
1.5. Le Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan	22
1.5.1. Données générales	22
1.5.2. Organisation de la prise en charge sanitaire	22
2. Tabagisme et détention	24
2.1. Réglementation	24
2.2. Quelques données de la littérature	25
2.3. Les données actuelles au Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan	26
3. Le #MoisSansTabac	26
3.1. Une inspiration anglo-saxonne : « Stoptober »	26
3.2. Une action de Santé Publique	27
3.2.1. Historique	27
3.2.2. Identité visuelle	28
3.2.3. Organisation du #MoisSansTabac	30
3.2.4. Les outils de la campagne	30

3.2.5. Impact de l'action en population générale.....	31
3.3. Le #MoisSansTabac au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.....	32
Etude.....	33
1. Question de recherche : objectifs de l'étude et hypothèses.....	33
2. Matériels et Méthodes.....	34
2.1. Type de l'étude.....	34
2.2. Sélection de la population.....	34
2.2.1. Critères d'inclusion.....	34
2.2.2. Critères de non-inclusion.....	34
2.2.3. Critères d'exclusion secondaire.....	35
2.3. Les accords préliminaires à la réalisation de l'étude.....	35
2.4. Modalités des entretiens.....	35
2.5. Recueil des données et analyses statistiques.....	36
3. Résultats.....	36
3.1. Caractéristiques de la population.....	36
3.2. Critère principal.....	37
3.3. Critères secondaires.....	38
4. Discussion.....	41
4.1. Atouts et limites de l'étude.....	41
4.1.1. Atouts de l'étude.....	41
4.1.2. Limites de l'étude.....	42
4.2. Discussion des résultats.....	43
4.2.1. Données socio-démographiques et carcérales de l'échantillon.....	43
4.2.2. Evolution de la consommation.....	44
4.2.3. Impact de l'action.....	45
4.2.4. Axes d'amélioration.....	46
4.2.5. Tabagisme et représentations.....	46
4.3. Propositions pour la pratique et perspectives.....	47
4.3.1. Propositions pour la pratique.....	47
4.3.2. Perspectives.....	49
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	52
Annexes.....	57

Table des illustrations

Image n°1 : Logo de la campagne #MoisSansTabac.....	28
Image n°2 : Affiche de la campagne du #MoisSansTabac : En novembre, on arrête ensemble.....	29
Image n°3 : Affiche de la campagne du #MoisSansTabac : Ici, on soutient tous ceux qui ont décidé d'arrêter de fumer.....	29
Image n°4 : Affiche explicative du kit d'aide à l'arrêt du tabac.....	31
Tableau n°1 : Nombre de cigarettes consommées avant le #MoisSansTabac.....	37
Tableau n°2 : profil des participants ayant diminué leur consommation à la fin du #MoisSansTabac.....	37
Tableau n°3 : Evolution de la consommation quotidienne de cigarettes chez les participants ayant diminué leur consommation à la fin de #MoisSansTabac.....	38

Table des annexes

Annexe n°1 : Répartition par âge des personnes écrouées au 1 ^{er} janvier 2018.....	57
Annexe n°2 : Questionnaire thèse « Impact du #MoisSansTabac au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan ».....	58
Annexe n°3 : Caractéristiques démographiques et carcérales des participants.....	60
Annexe n°4 : diagramme de la répartition des participants ayant diminué leur consommation à la fin du MST en fonction du nombre de cigarettes consommées quotidiennement avant le début de l'action.....	61
Annexe n°5 : les représentations du tabac selon les participants.....	62
Annexe n°6 : Domaines d'impact de l'action du #MoisSansTabac chez les participants ayant déclaré un impact positif de l'action.....	65

Lexique des abréviations

CD : Centre de Détention

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CP : Centre Pénitentiaire

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSL : Centre de Semi-Liberté

CSP : Code de Santé Publique

DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire

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

EPSNF : Etablissement Public de Santé National de Fresnes

INVS : Institut de Veille Sanitaire

MA : Maison d'Arrêt

MC : Maison Centrale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR2S : Observatoire Régional de la Santé et du Social

PNLT : Plan National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

TSN : Traitements Substitutifs Nicotiniques

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

USDSP : Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Psychiatriques

USDSS : Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Somatiques

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

Introduction

Si le nombre de fumeurs quotidiens a diminué en France d'un million de personnes entre 2016 et 2017, soit une baisse de 2,5 points [1], le tabagisme n'en reste pas moins un enjeu majeur de santé publique que l'OMS qualifie d'épidémie et qui tue chaque année dans le monde plus de 7 millions de personnes [2] dont 73 000 en France [3]. A terme, l'OMS considère qu'un fumeur sur deux va mourir à cause du tabac. Il s'agit donc là d'une cause évitable de mortalité pour laquelle il est essentiel de maintenir des politiques de santé publique ayant pour objectif la réduction de cette consommation.

Le tabagisme, au sein des populations en situation de précarité, est une problématique majeure [38]. En effet, la prévalence du tabagisme y est plus importante qu'en population générale, l'âge de début du tabagisme y est plus précoce, la dépendance y est plus forte et les succès des tentatives de sevrage y sont moins élevés [6].

La population carcérale est une population majoritairement précarisée, avec des parcours de vie et socio-professionnels défavorisés. La prévalence du tabagisme au sein de cette population est conséquente, estimée jusqu'à 80% selon les études [20]. Au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, en mai 2016, elle est de 69,8% [22]. Cette prévalence est nettement plus élevée qu'en population générale, où elle est estimée à 31,9% en France en 2016 [1]. La prévention du tabagisme en population carcérale représente donc un objectif de santé publique important à mettre en œuvre.

Depuis la fin des années 90, la politique française de lutte contre le tabagisme s'est renforcée par des mesures intégrées dans différents plans gouvernementaux (Programmes Nationaux de Réduction du Tabagisme, plans cancers). Cette politique de santé publique s'est adaptée aux évolutions de la société, dans laquelle la place de la communication digitale ne cesse de croître et les stratégies marketing se modifient. Ces dernières ont été à l'origine d'une campagne innovante de lutte contre le tabagisme, inspirée d'une campagne anglosaxonne, baptisée #MoisSansTabac. Instaurée en France en novembre 2016 et intégrée au Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 [27], elle s'appuie sur le principe du défi collectif : tenter à plusieurs un sevrage tabagique durant trente jours au mois de Novembre.

A la demande de Santé Publique France, cette campagne a été transposée au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, qui a été un établissement pilote pour proposer le #MoisSansTabac à l'ensemble des personnes y évoluant (détenus, administration pénitentiaire, intervenants extérieurs, soignants...).

Ce travail de thèse a pour but de dresser un premier bilan de l'impact de cette nouvelle action en milieu carcéral.

Contextualisation

Le Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan est un établissement pénitentiaire dont la direction dépend de l'Administration Pénitentiaire, sous l'égide du Ministère de Justice, et où sont incarcérées une partie des personnes placées sous-main de justice et donc privées de liberté : ce sont les personnes détenues.

Le CP de Bordeaux-Gradignan accueille des personnes détenues, condamnées ou prévenues, selon différentes modalités spécifiques en fonction des quartiers de détention.

1. Le système carcéral français

1.1. Les différents types d'établissements pénitentiaires

Les établissements pénitentiaires français, au nombre de 185 [5] se partagent en deux grandes catégories [4] :

- Les maisons d'arrêt (MA), qui accueillent les prévenus, les condamnés dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur ou égal à deux ans et les condamnés en attente d'affectation en établissement pour peines. Les maisons d'arrêts sont au nombre de 82 en France.
- Les établissements pour peines, qui sont au nombre de 96. Parmi les établissements pour peines, qui accueillent les autres condamnés, on trouve :
 - ❖ Les maisons centrales (MC), au nombre de 6, qui accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques. Le régime de détention de ces prisons est essentiellement axé sur la sécurité.
 - ❖ Les centres de détention (CD), au nombre de 25, qui accueillent les personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale. Les CD ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des personnes détenues.
 - ❖ Les centres de semi-liberté (CSL), au nombre de 10, qui reçoivent des personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. La personne condamnée détenue peut s'absenter de

l'établissement durant la journée pour exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation, bénéficier d'un traitement médical (comme par exemple une hémodialyse) ou s'investir dans tout autre projet de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidives.

- ❖ Les établissements pénitentiaires pour mineurs, au nombre de 6.
- Les centres pénitentiaires, au nombre de 50 sont des établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers différents (quartiers MA, CD, MC).

1.2. Les différents régimes de détention

Il existe deux régimes de détention distincts :

- **Le régime de la détention provisoire** [7], qui concerne les détenus prévenus, à savoir les détenus en attente de jugement, constituant ainsi une exception à la présomption d'innocence. En effet, une personne poursuivie en matière pénale peut être placée en détention avant son procès :
 - ❖ Lors d'une information judiciaire, si la personne est mise en examen pour une infraction punie de plus de 3 ans de prison. Elle peut être ordonnée uniquement si la mise en place d'un contrôle judiciaire ou le port d'un bracelet électronique sont insuffisants pour conserver les preuves ou les indices matériels, empêcher une pression sur les témoins ou les victimes ou leur famille, empêcher une concertation frauduleuse entre la personne mise en examen et ses coauteurs ou complices, garantir le maintien de la personne mise en examen à la disposition de la justice, mettre fin à l'infraction ou prévenir son renouvellement ou enfin pour mettre fin au trouble exceptionnel et persistant à l'ordre public généré par l'affaire.
 - ❖ Lors d'un procès en comparution immédiate, si le tribunal ne peut pas siéger le jour même de la fin de la garde à vue et que le contrôle judiciaire ou le port d'un bracelet électronique sont insuffisants pour garantir la présence de la personne à son procès ou pour les motifs cités précédemment.
 - ❖ Lors d'une procédure de comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité, lorsque la personne demande un délai avant d'accepter la sanction proposée par le procureur. Cette sanction doit être de 2 mois fermes d'emprisonnement minimum.

La durée maximale de la détention provisoire ordonnée lors d'une information judiciaire est variable en fonction du type d'infraction commise :

- ❖ Pour un délit, la durée totale ne peut pas excéder 4 mois, si la personne n'a pas eu de condamnation antérieure pour crime ni de peine de prison supérieure à 1 an et que la mise en examen a été effectuée pour une infraction punie d'une peine de prison inférieure ou égale à 5 ans. Dans les autres cas, la détention provisoire peut être prolongée tous les 4 mois et la durée totale de la détention provisoire peut alors aller jusqu'à 1 an. Toutefois, la durée maximale est portée à 2 ans, si un fait constitutif de l'infraction a été commis hors de France ou s'il s'agit de certains délits graves punis de 10 ans de prison (trafic de stupéfiants, terrorisme, association de malfaiteurs, proxénétisme, extorsion de fonds, délit en bande organisée). Dans ces 2 cas, la chambre de l'instruction de la Cour d'appel peut prolonger, à titre exceptionnel, la détention de 4 mois. La détention peut alors durer 2 ans et 4 mois.
- ❖ Pour un crime, la durée initiale du placement en détention provisoire ne peut pas excéder 1 an. La détention peut être prolongée par périodes successives de 6 mois maximum chacune. La durée totale de la détention est limitée à 2 ans, lorsque la personne mise en examen risque une peine inférieure ou égale à 20 ans ; 4 ans, pour certains crimes graves : multiples meurtres ou viols, trafic de stupéfiants, terrorisme, proxénétisme, extorsion de fonds, crime commis en bande organisée... ; 3 ans, dans les autres cas. Les durées maximales de détention sont augmentées d'un an lorsque l'un des faits constitutifs de l'infraction a été commis hors de France ; par exemple, si des armes ont été achetées à l'étranger.
- **Le régime de détention des condamnés**, qui concerne les détenus ayant déjà été jugés et condamnés à une peine de prison ferme ayant acquis un caractère définitif, c'est à dire à la fin de leur délai d'appel.

1.3. La population carcérale

1.3.1. Démographie

Depuis le début des années 2000, la population carcérale ne cesse de croître, passant de moins de 50 000 personnes détenues à plus de 70 000 actuellement.

Au 1^{er} mai 2018 [8], 82 663 personnes étaient écrouées en France. Parmi elles, 70 663 (soit 85,4 %) étaient des personnes écrouées détenues et 12 030 (soit 14,6 %) étaient des personnes écrouées non hébergées qui ont bénéficié d'un aménagement de peine (placement extérieur ou surveillance électronique).

La capacité opérationnelle des établissements pénitentiaires français était de 59 813 places, ce qui représente une densité carcérale de 117 %, la densité carcérale étant définie comme étant le taux d'occupation des cellules. Cette densité carcérale est disparate sur le territoire mais surtout entre les différents types d'établissements. En effet, si la densité carcérale dans les établissements pour peine était inférieure à 100%, celle des Maisons d'Arrêt ou des quartiers Maison d'Arrêt atteignait 142,2 %.

Au sein de cette population carcérale, 20 939 (29,7 %) personnes étaient prévenues et 49694 (70,3 %) étaient condamnées.

Parmi les personnes détenues, 2496 étaient des femmes, soit 3,5% et 859 étaient des mineurs, soit 1,2%.

Au 1^{er} Janvier 2018, 43,3% des personnes écrouées avaient moins de 30 ans et seulement 3,8% avaient plus de 60 ans (Annexe n°1).

Ces chiffres montrent que la population carcérale est essentiellement jeune et masculine, la distinguant fortement de la population générale.

1.3.2. Caractéristiques socio-médicales

Outre ses caractéristiques démographiques, la population carcérale se distingue de la population générale par une sur-représentation des personnes en situation de précarité.

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » [9]

Une étude de la DREES de 2003 [20] s'est intéressée aux caractéristiques socio-médicales des détenus entrants.

- Sur le plan du logement, au moment de l'incarcération, près d'une personne sur cinq déclare ne pas avoir de logement stable. 6% des incarcérés étaient sans abri et 10,7% avaient des conditions de logement précaires.
- Sur le plan de la couverture sociale, 13,6% n'en possédait aucune, 17,3% bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle et 0,8% de l'Aide Médicale d'Etat.
- Sur le plan médical global, l'état de santé général était jugé comme bon à leur arrivée en prison pour 80% des détenus. A l'inverse, 1,7% des entrants étaient considérés en mauvais état général. 52,7% d'entre eux ont besoin de soins

dentaires, représentant ainsi la première problématique de santé des détenus arrivants.

- Sur le plan psychiatrique, 9,1% des entrants déclaraient avoir eu un suivi ou une hospitalisation en psychiatrie au cours des douze derniers mois précédant l’incarcération. Près d’un entrant en prison sur cinq (19 %), était dirigé vers une consultation de psychiatrie, d’alcoolologie et/ou de toxicomanie.
- Sur le plan addictologique, 77,8% des entrants se déclaraient fumeurs quotidiens, 30,9% avaient une consommation excessive d’alcool et 33,3% des détenus avaient une consommation prolongée et régulière de drogues illicites (le cannabis étant en tête de liste) au cours des douze derniers mois précédant l’incarcération.

Ces caractéristiques médico-sociales ont été retrouvées à plus petite échelle dans l’étude de l’OR2S de Picardie [21] qui a décrit l’état de santé et les caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013.

Concernant le niveau scolaire déclaré à l’entrée de la détention, en 2015-2016, 49% des détenus étaient sans diplôme [31] contre 24% au sein de la population générale [32]. Seulement 9,1% des entrants étaient titulaires d’un baccalauréat (ou équivalent) ou plus [31], contre 46% en population générale.

Depuis 1995, la situation d’une personne détenue au regard de l’illettrisme est évaluée au moyen du bilan lecture LPP (lecture et population pénale) pratiqué par les enseignants. On parle d’illettrisme pour des personnes qui, après avoir été scolarisées en France, n’ont pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l’écriture, du calcul, des compétences de base, pour être autonomes dans les situations simples de la vie courante [39]. En 2015-2016, 20,2% des détenus testés rencontrés par les enseignants échouaient à ce test et se trouvaient donc soit en situation d’illettrisme, soit en difficulté de lecture [31].

Les données socio-médicales de la population carcérale démontrent qu’elle présente de nombreuses vulnérabilités et qu’à ce titre il s’agit d’une population précaire.

1.4. L’accès aux soins

1.4.1. Réglementation

Dans le souci d’améliorer les conditions de détention, la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale [10] et son décret d’application du 8 décembre 1998 [11] ont confié au service public hospitalier la prise en charge sanitaire en milieu carcéral.

En application de l’article L. 1110-1 du Code de la santé publique (CSP), « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et

réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

La prise en charge de la santé des personnes détenues est intégrée au système de santé de droit commun. [12] Les personnes détenues bénéficient de toutes les dispositions en faveur des droits des patients. La mise en œuvre de ces droits peut néanmoins être freinée par les contraintes pénitentiaires et judiciaires.

La prise en charge des personnes placées sous-main de justice est actuellement encadrée par un guide méthodologique dont la dernière édition, parue en 2017 [13], axe cette prise en charge autour de la prévention et du dépistage dans de nombreuses thématiques : santé sexuelle, addictologie, maladies infectieuses, dépistages systématiques proposés en population générale (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus), vaccination ou encore santé bucco-dentaire.

1.4.2. Les différents niveaux de prise en charge

Depuis 2012, les ex-unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sont appelées « unités sanitaires en milieu pénitentiaire » (USMP).

L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, organisés en trois niveaux [13] :

- Le niveau 1 regroupe des soins ambulatoires au sein de l'USMP
- Le niveau 2 regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour en psychiatrie et chambres sécurisées). Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement tandis que les soins psychiatriques sont réalisés au sein des USMP dans le cas de l'hospitalisation de jour en psychiatrie ;
- Le niveau 3 regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Les soins de niveau 3 sont réalisés au sein des établissements de santé (chambres sécurisées au sein des établissements de santé, Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionale [UHSI] et établissement public de santé national de Fresnes [EPSNF], Unités Hospitalières Spécialement Aménagées [UHSA], unités pour malades difficiles [UMD]).

1.5. Le Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan

1.5.1. Données générales

Mis en service en 1967, le Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan est le seul établissement pénitentiaire de la Gironde. Il comprend :

- 2 quartiers maison d'arrêt pour hommes majeurs répartis sur deux bâtiments [14] [15]
- 1 quartier maison d'arrêt pour femmes
- 1 quartier mineur
- 1 centre pour peines aménagées, comprenant un quartier de semi-liberté.

La capacité théorique du Centre Pénitentiaire est de 407 places au total [14]. La répartition des détenus au sein de ces quartiers dépend de leur statut pénal ainsi que de la catégorie et de la durée de la condamnation.

Au 1^{er} mai 2018 [8], la capacité opérationnelle du quartier Maison d'Arrêt du CP de Bordeaux Gradignan était de 350 places pour 615 personnes détenues, soit une densité carcérale de 175,7 %.

1.5.2. Organisation de la prise en charge sanitaire

Le centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan dispose de deux Unités Sanitaires :

- Une Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Somatiques (USDSS), rattachée au centre hospitalier universitaire de Bordeaux ; elle dispense l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités, dont les consultations dentaires. Ce dispositif assure les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée en établissement pénitentiaire, la permanence et la continuité des soins. Il coordonne les actions de prévention au sein du Centre Pénitentiaire ;
- Une Unité Sanitaire à Dispositif de Soins Psychiatriques (USDSP), rattachée au centre hospitalier Charles Perrens de Bordeaux, dont la mission est de prendre en charge les personnes présentant des troubles psychiatriques. Le dispositif de soins psychiatriques assure l'ensemble des activités de consultation, d'entretiens et d'activités thérapeutique de groupe.

Tout détenu entrant au sein du Centre Pénitentiaire et venant de l'état de liberté bénéficie d'une consultation médicale dans les plus brefs délais, sauf s'il refuse cette consultation. Celle-ci permet la continuité des soins pour les détenus le nécessitant d'une part et permet la prise en charge des addictions et le dépistage d'affections évolutives d'autre part en proposant notamment un bilan sanguin et une radiographie pulmonaire.

La prise en charge des addictions repose notamment sur un dépistage systématique du tabagisme à l'arrivée en détention et la proposition d'une prise charge le cas échéant. En effet, la question du tabac est évoquée auprès de chaque personne détenue lors de sa « consultation entrant ». La délivrance des traitements substitutifs nicotiques (TSN) est systématiquement proposée à tout détenu fumeur. Cette délivrance, soumise à prescription médicale, est placée sous la responsabilité du pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur, comme celle de tout médicament ou produit pharmaceutique. Elle est réalisée par le personnel infirmier lors des distributions quotidiennes ou hebdomadaires des piluliers.

Au sein de l'USDSS, les personnes détenues peuvent bénéficier d'un accès à différents professionnels médico-sociaux, travaillant de manière coordonnée, afin d'assurer une prise en charge pluriprofessionnelle efficiente. Ils peuvent ainsi avoir accès à :

- Des consultations de médecine générale
- Des consultations de chirurgie dentaire
- Des consultations médicales spécialisées dans différents domaines : ophtalmologie, hépato-gastro-entérologie, gynécologie, dermatologie
- Des consultations et des soins infirmiers
- Des actes de kinésithérapie
- Des consultations de diététique
- La réalisation de radiographies
- Une prise en charge par une assistante sociale, dès lors que son champ d'intervention couvre une activité médico-sociale et non pas uniquement sociale, ce champ relevant du domaine de compétence des SPIP [16]

Ces différentes consultations sont soumises à la formulation de demandes écrites par les personnes détenues à l'aide de bons de soins. Elles peuvent également être déclenchées par la demande du personnel médical de l'USDSS.

Les personnes détenues nécessitant des soins non dispensés au sein de l'USDSS peuvent bénéficier de consultations spécialisées au sein du CHU de Bordeaux dont l'organisation peut s'avérer complexe. En effet, elle nécessite la coordination des services hospitaliers et de l'Administration Pénitentiaire, qui doit organiser une extraction de la personne détenue.

En cas de nécessité d'hospitalisation pour la réalisation :

- De soins somatiques programmés dont la durée est supérieure à 48 heures, les personnes détenues sont prises en charge au sein de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) présente sur le site de Pellegrin. Concernant les urgences, les détenus sont pris en charge dans les services d'urgence du CHU de Bordeaux.

- De soins psychiatriques, les personnes détenues sont prises en charge au sein de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Cadillac, rattachée au Centre Hospitalier Charles Perrens.

2. Tabagisme et détention

2.1. Réglementation

En 2007, l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics est mise en application en France selon les dispositions du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 [17]. Des dispositions spécifiques au milieu carcéral ont été énoncées, les cellules étant considérées comme des « domiciles contraints ». Ces dispositions sont décrites dans la circulaire de la Direction de l'Administration Pénitentiaire du 25 janvier 2007 [18].

L'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif doit donc figurer dans le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire et la personne détenue doit être informée de la réglementation et des conséquences éventuelles du non-respect de l'interdiction de fumer, tant sur le plan des sanctions pénales encourues que sur le plan des sanctions disciplinaires.

Cette circulaire précise que « des mesures de protection doivent [...] être prises pour protéger 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. Pour les personnes détenues, l'usage du tabac est toléré dans les cellules occupées exclusivement par des personnes détenues majeures se déclarant « fumeur » : – la personne détenue fumeuse doit être incitée à aérer fréquemment sa cellule. Lorsque la personne détenue fume, la porte de la cellule doit rester fermée, y compris en établissement pour peine ; – de façon générale, une cellule, après occupation, doit faire l'objet d'une aération. »

L'installation d'espaces non couverts réservés aux fumeurs dans des établissements destinés à l'accueil, la formation ou l'hébergement de mineurs est prohibée. Ainsi et quelle que soit la situation d'hébergement, tout mineur détenu doit impérativement être affecté dans une cellule non-fumeur. Afin de faciliter le respect de cette interdiction, la vente de tabac en cantine est interdite à toute personne écrouée dans un établissement spécialisé pour mineurs ou hébergée dans le quartier mineurs d'un établissement pénitentiaire. Il conviendra de modifier en ce sens le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire, lequel doit également prévoir l'interdiction pour un mineur de détenir du tabac.

La 7^{ème} édition du guide du détenu arrivant éditée en juin 2016 [19] résume toutes ces dispositions. Il est donc :

- Toléré de fumer des cigarettes en cellule fumeur et dans les cours de promenade (sauf pour les mineurs)

- Interdit de fumer dans les couloirs et locaux à usage collectif
- Interdit de fumer pour les détenus mineurs
- Possible de demander au chef d'établissement d'être dans une cellule non-fumeur

2.2. Quelques données de la littérature

Le tabagisme en milieu carcéral a fait l'objet de plusieurs publications, en France comme à l'international, tant dans le cadre de l'évaluation du profil de l'état de santé des personnes détenues que dans le cadre de l'évaluation du sevrage au cours de l'incarcération.

- Prévalence du tabagisme en détention

En 2003, une étude de la DREES [20] s'est intéressée à l'état de santé des arrivants en détention en France. La prévalence du tabagisme quotidien était évaluée à 77,8 %. Cette prévalence était plus élevée qu'en population générale, quel que soit la classe d'âge ou le sexe. La consommation moyenne quotidienne déclarée était de 19 cigarettes.

Depuis 2011, l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) de Picardie développe un recueil d'informations à l'occasion de la consultation médicale arrivant déployé dans les unités sanitaires des établissements pénitentiaires de son territoire. En 2013, 85 % des arrivants déclaraient fumer du tabac. [21]

En 2013, une méta-analyse de l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) [33] a montré une prévalence du tabagisme plus élevée en milieu carcéral qu'en population générale, en France comme à l'étranger, allant de 67 % à 85% selon les études.

- Le sevrage tabagique en détention

Une étude prospective réalisée au sein de la prison de la Santé en 2007-2008 [34] a montré qu'une réduction tabagique était possible en milieu carcéral, malgré des conditions de vie qui ne paraissent pas y être favorable. En effet, trente pour cent des participants avaient déclaré avoir diminué d'au moins 50 % leur consommation de cigarette jusqu'à leur sortie de prison.

Une thèse de médecine générale réalisée en 2014 [35] s'est intéressée à la thématique du sevrage tabagique au sein du Centre de Détention de Muret et a retrouvé cette possibilité de réduction de la consommation avec 12% des participants sevrés au bout d'un an.

2.3. Les données actuelles au Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan

La consommation tabagique au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan a fait l'objet de deux thèses complémentaires de médecine générale soutenues en 2017 et 2018. La première a dressé un état des lieux et une caractérisation de cette consommation [22], alors que la seconde a évalué l'impact du milieu carcéral sur la consommation. [23]

La première étude a permis de montrer une prévalence de fumeurs en détention au Centre Pénitentiaire (69,8%) largement supérieure à celle de la population générale (26,9 % en 2017) [1], avec d'importantes quantités de tabac consommées quotidiennement. De plus, elle a permis d'établir un lien statistiquement significatif entre les statuts socio-professionnels les plus précaires, la consommation concomitante de drogues ou d'alcool et l'importance de la consommation de tabac. A propos du sevrage, 63,7 % des détenus ont déjà fait une tentative d'arrêt du tabac et un tiers souhaiterait arrêter de fumer en détention. La motivation principale des détenus souhaitant arrêter de fumer serait la santé (57,1%).

La seconde étude a permis d'évaluer les facteurs associés à la pratique tabagique et ceux favorisant ou non l'engagement au sevrage au sein du CP. Les résultats montrent :

- Une diminution de la consommation tabagique au cours de la détention chez 87 % des détenus ainsi qu'une modification de la forme de tabac fumé, principalement à cause de la contrainte financière.
- Une pratique tabagique plutôt solitaire et qui se déroule principalement en cellule.
- Une consommation à des fins anxiolytiques pour 80% des détenus et occupationnelles pour 46% d'entre eux.
- Que le tabac représente une monnaie d'échange et est un motif de conflit entre détenus pour 76% des interrogés et avec l'Administration Pénitentiaire pour 23% d'entre eux.
- Que les moyens illégaux pour obtenir du tabac sont prépondérants.
- Peu d'engagement dans un sevrage de la part des détenus, bien que 60% envisagent d'arrêter de fumer.

3. Le #MoisSansTabac

3.1. Une inspiration anglo-saxonne : « Stoptober »

En 2012, les services de santé anglais (Public Health England) ont mis en place une campagne originale de lutte contre le tabagisme, conçue autour des techniques de marketing social, pour déclencher un déclic pour arrêter de fumer. Baptisée « Stoptober », contraction des mots anglais « Stop » et « October », cette campagne valorise la tentative

d'arrêt du tabac en s'appuyant sur les valeurs de défi collectif en proposant à tous les anglais fumeurs d'arrêter de fumer en même temps, au mois d'octobre.

Pour ce faire, de nombreuses actions de communications sont déployées dans tous les médias et notamment sur Internet, où une chaîne YouTube diffuse des vidéos de stars anglaises racontant de façon humoristique leur implication dans ce challenge. De plus, sur les réseaux sociaux, les participants affichent leur situation vis-à-vis du tabac, les actions qui les aident au jour le jour et la manière de surmonter les difficultés rencontrées. Le dispositif est également déployé sur le terrain avec l'organisation d'évènements de proximité et est relayée par les différents acteurs du service de santé (centres d'arrêts du tabac « Stop Smoking Services », médecins généralistes, pharmaciens et collectivités).

La première édition de « Stoptober » a permis de générer 350 000 tentatives d'arrêt supplémentaires [24] ce qui représente une augmentation de 50 % par rapport aux autres mois de l'année.

3.2. Une action de Santé Publique

3.2.1. Historique

Lancé en 2014, le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) 2014-2019 [25], intégré au Plan Cancer 2014-2019, s'articule autour de trois axes principaux :

- Axe 1 : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac
- Axe 2 : aider les fumeurs à s'arrêter
- Axe 3 : agir sur l'économie du tabac

La campagne du #MoisSansTabac témoigne d'une volonté de s'inscrire dans cette politique de santé publique en soutenant l'objectif de l'axe 2 du PNRT. Sa première édition a été menée en France au mois de novembre 2016. L'objectif de cette action est d'inciter les fumeurs à arrêter leur consommation de tabac, en misant sur l'élan collectif, pendant 30 jours au mois de novembre, cette durée correspondant à la durée après laquelle les symptômes de sevrage sont considérablement réduits, multipliant ainsi par cinq les chances de succès définitif de sevrage [26].

Cette première édition, organisée sous l'égide de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé en poste à l'époque par Santé Publique France, en partenariat avec l'Assurance Maladie, a rencontré un vif succès avec près de 180 000 inscrits et 620 000 kits d'aide à l'arrêt du tabac distribués. L'édition 2017 de la campagne a quant à elle mobilisé 10 000 partenaires locaux et 1,2 millions de visiteurs uniques se sont rendus sur le site internet tabac-info-service.fr [27]. Le succès du #MoisSansTabac s'est confirmé lors de l'édition 2018 qui a compté plus de 241 691 personnes inscrites, soit une progression de 54% par rapport à 2017 [44].

Le Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) 2018-2022 s'inscrit dans la continuité du PNRT et préconise de poursuivre et d'amplifier le #MoisSansTabac. [27]

3.2.2. Identité visuelle

Le #MoisSansTabac, tout comme « Stoptober », s'inspire des stratégies marketing social pour augmenter son impact sur la population. Pour ce faire, la campagne s'appuie sur une identité visuelle et des slogans percutants.



Image n°1 : Logo de la campagne #MoisSansTabac



Image n°2 : Affiche de la campagne du #MoisSansTabac : En novembre, on arrête ensemble.



Image n°3 : Affiche de la campagne du #MoisSansTabac : Ici, on soutient tous ceux qui ont décidé d'arrêter de fumer.

3.2.3. Organisation du #MoisSansTabac

#MoisSansTabac est organisé dès le mois de septembre avec une promotion du dispositif auprès des professionnels de santé.

Pour la population générale, le #MoisSansTabac est organisé en deux phases successives [28] :

- Le mois d'octobre, consacré à la sensibilisation des fumeurs. Santé publique France déploie un important dispositif d'information multicanal pour inciter les fumeurs à participer au défi et à se préparer. Les éventuels participants sont orientés vers de nombreux outils pour leur permettre de trouver la méthode de préparation la plus adaptée : site internet, application, ligne téléphonique, kit, professionnels de santé...
- Le mois de novembre permet d'accompagner les fumeurs dans leur démarche d'arrêt du tabac. En parallèle de la campagne de communication nationale, un dispositif de soutien est mis en place dans chaque département à travers des manifestations individuelles ou collectives. L'objectif est de soutenir les participants, leur prodiguer conseils et encouragements et les accompagner jusqu'au succès.

L'architecture de ce dispositif repose donc sur une campagne de communication à l'échelle nationale complétée par des actions de proximité menées par des ambassadeurs au niveau local, permettant ainsi un impact élargi de la population. En Nouvelle Aquitaine, l'ambassadeur de #MoisSansTabac est l'association AGIR 33 Aquitaine [42] dont les missions sont centrées sur le repérage et la prise en charge des addictions en soins primaires.

L'inscription au #MoisSansTabac se fait sur le site tabac-info-service.fr ou en composant le 3989, ligne téléphonique dont le service est gratuit.

3.2.4. Les outils de la campagne

De nombreux outils [29] sont à la disposition des participants permettant ainsi d'atteindre le plus grand nombre.

- Le site Tabac Info Service : il bénéficie d'une page d'accueil entièrement dédiée au #MoisSansTabac et est une source d'information sur le tabac, ses méfaits et les solutions pour arrêter. Il permet de s'inscrire à un e-coaching qui délivre des conseils personnalisés et des messages de soutien par courriel.
- Le 3989 : il s'agit d'une ligne téléphonique qui permet aux participants d'avoir un accompagnement par un tabacologue, du lundi au samedi, de 8h à 20h.
- L'application Tabac Info Service : disponible sur smartphones et tablettes, cette application a de nombreuses fonctionnalités, permettant par exemple de

transformer les proches des participants en supporters, de contacter un tabacologue, de personnaliser le coaching, de suivre en direct les bénéfices médicaux et économiques de l'arrêt du tabac...

- La communauté Facebook : l'élan collectif étant au cœur du dispositif, une page Facebook nationale a été créée afin que les participants puissent échanger autour de leur expérience. Des pages et des groupes Facebook locaux ont également été créés, notamment en Nouvelle Aquitaine [43].
- Le kit d'aide à l'arrêt du tabac : chaque participant peut commander un kit ou s'en procurer un chez les partenaires de l'opération, gratuitement. En 2018, il comportait un livret d'information « Je me prépare », un agenda « 30 jours pour arrêter de fumer », une « carte anti-stress » qui livre 7 exercices de relaxation, une roue « je calcule mes économies » et un sticker « je retrouve la forme, pas les formes » qui délivre des conseils en matière d'alimentation.



Image n°4 : Affiche explicative du kit d'aide à l'arrêt du tabac

3.2.5. Impact de l'action en population générale

Le #MoisSansTabac est une action de santé publique nouvelle. A ce titre, il existe actuellement peu de données concernant l'impact de l'action en population générale. Néanmoins, des premiers éléments ont été publiés par Santé Publique France [30] après

analyse des données du Baromètre santé 2017 qui est une enquête téléphonique aléatoire. La principale variable d'intérêt était de quantifier les tentatives d'arrêt d'au moins 24 heures ou un arrêt du tabac au cours du dernier trimestre 2016.

Les principaux résultats de cette étude ont montré que :

- Près d'un fumeur quotidien sur six (15,9%) soit deux millions de personnes ont fait une tentative d'arrêt au cours du dernier trimestre 2016.
- 18,4 % d'entre eux, soit 380 000 personnes, ont déclaré que cette tentative était en lien avec le #MoisSansTabac.
- Les tentatives d'arrêt en lien avec le #MoisSansTabac font plus recours à une aide pour arrêter de fumer que les tentatives sans lien avec le dispositif (67% vs 43%).

Ces résultats suggèrent donc que le dispositif est efficace pour déclencher des tentatives d'arrêt du tabac.

3.3. Le #MoisSansTabac au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan

L'action du #MoisSansTabac est menée au sein du Centre Pénitentiaire depuis novembre 2016, tout comme en population générale mais ne peut pas s'appuyer sur les mêmes outils. En effet, les outils tels que le site internet Tabac Info Service, la ligne téléphonique 3989, l'application mobile Tabac Info Service ou encore la communauté Facebook ne sont pas utilisables en milieu carcéral, l'accès à internet ou à un téléphone portable y étant restreint.

De la même manière qu'en population générale, le #MoisSansTabac au sein du CP repose sur le concept du défi collectif. L'USDSS s'est appuyée sur un affichage des supports visuels de la campagne pour informer les détenus de l'action et des différents ateliers proposés. Ces derniers étaient représentés par :

- Des ateliers « déclic » avec la mise à disposition des kits d'aide à l'arrêt du tabac
- Des ateliers d'hypnose médicale
- Des groupes de parole

La participation des détenus à cette action était volontaire.

Ces différents ateliers ont été animés par les médecins et infirmiers de l'USDSS.

Etude

1. Question de recherche : objectifs de l'étude et hypothèses

Le #MoisSansTabac est une action de santé publique nouvelle en France depuis novembre 2016, en population générale comme en milieu carcéral. La pertinence de cette action repose sur des données essentiellement anglo-saxonnes de réussite d'une action similaire plus ancienne : "Stoptober". Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données d'évaluation de l'impact et de la satisfaction de cette action en milieu carcéral.

Notre question de recherche est :

Les actions proposées dans le cadre du #MoisSansTabac apportent-elles un bénéfice aux détenus qui y participent ?

Bien qu'il n'y ait pas encore eu d'analyse statistique concernant le #MoisSansTabac au CP de Bordeaux-Gradignan, les retours informels des détenus y ayant participé étaient positifs. L'hypothèse que nous retenons est alors que cette action a eu un impact bénéfique sur les détenus. Afin de mesurer le changement de comportement tabagique associé à la participation aux actions du #MoisSansTabac au CP de Gradignan, nous avons procédé à l'évaluation de plusieurs critères.

L'objectif principal de cette enquête était de recueillir l'évolution de la consommation tabagique des participants à l'action. Pour ce faire, nous avons recueilli au cours des entretiens, de manière rétrospective, le nombre de cigarettes consommées avant le #MoisSansTabac, à la fin du #MoisSansTabac et au jour de l'entretien.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Recueillir la satisfaction des participants à travers le vécu de l'action : est-elle bénéfique, sans effet ou néfaste pour eux ?
- Recueillir les changements associés à l'action : santé, budget, relations interpersonnelles, autres...
- Recueillir les modifications de consommation des patients non sevrés
- Recueillir les représentations des participants autour du tabac après l'action
- Recueillir les axes d'amélioration proposés par les participants

2. Matériels et Méthodes

2.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une enquête d'opinion et de pratiques par entretiens semi-dirigés.

Nous avons réalisé une étude alliant l'aspect quantitatif d'une part et qualitatif d'autre part, avec des questions fermées quant à la quantité de tabac consommée mais également des questions semi-ouvertes quant à l'impact global de l'action sur les détenus et ouvertes quant aux axes d'amélioration de l'action. Cette étude allie donc à la fois une approche quantitative et une approche qualitative, impliquant ainsi de réaliser des entretiens en relation duelle, l'approche qualitative nécessitant une interaction orale entre l'évaluateur et les participants.

Cette approche mixte a été choisie car le sujet du sevrage tabagique ne peut se limiter à la seule évaluation numérique de la réduction de la consommation. En effet, les facteurs psycho-sociaux et les représentations des candidats au sevrage tabagique sont indispensables à recueillir pour dépeindre un tableau global de l'influence possible de l'action. Ceci est d'autant plus vrai que nous ne disposons d'aucune donnée concernant le #MoisSansTabac en milieu carcéral.

2.2. Sélection de la population

Fin avril 2018, nous avons procédé à un screening des détenus ayant participé à au moins une des actions du #MoisSansTabac (action déclic, groupes de parole, hypnose) pendant le mois de novembre 2017.

2.2.1. Critères d'inclusion

- Être un détenu homme ou femme majeur au jour de l'entretien
- Avoir participé à l'action de #MoisSansTabac
- Accepter de participer à l'enquête
- Être francophone, anglophone ou hispanophone afin de pouvoir communiquer avec l'évaluateur

2.2.2. Critères de non-inclusion

- Être fumeur exclusif de cannabis
- Toute cause susceptible d'empêcher l'interaction avec l'évaluateur.

2.2.3. Critères d'exclusion secondaires

- Être non-fumeur au début de l'action du #MoisSansTabac

2.3. Les accords préliminaires à la réalisation de l'étude

La réalisation de cette étude a d'abord été soumise à l'accord de l'Administration Pénitentiaire représentée par la Direction du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan et la Direction Interrégionale du Service Pénitentiaire de Bordeaux.

Elle a également été soumise à l'accord du responsable d'unité de l'USDSS au moment de l'étude, le Dr Le Monnier.

Cette enquête a été initiée après avoir constaté de façon informelle la satisfaction des détenus lors de l'action du #MoisSansTabac. Nous avons donc voulu recueillir de manière formelle cette satisfaction au travers de l'évolution de leur consommation tabagique mais également sur les bénéfices obtenus par ces derniers grâce à cette action. Devant une enquête pensée comme une enquête de satisfaction, le caractère non interventionnel et rétrospectif, l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été sollicité. Néanmoins, il s'agit là d'une interprétation erronée de la nouvelle réglementation en vigueur (Loi Jardé), les données n'ayant pas été recueillies au sein d'un dossier médical mais lors d'entretiens. Cette mauvaise interprétation de la législation a été constatée au cours de la rédaction de ce travail, après la réalisation des entretiens. Cette erreur a entraîné l'impossibilité d'une déclaration à la CNIL, cette dernière étant conditionnée par l'avis du CPP lorsqu'il est nécessaire. Néanmoins, les démarches réglementaires sont actuellement en cours auprès de ces organismes.

Les données ont été recueillies par l'évaluateur dans le respect de la personne humaine. Aucune donnée nominative ou carcérale permettant d'identifier les détenus n'a été collectée. La réalisation de ces entretiens n'a pas modifié la prise en charge des participants.

2.4. Modalités des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 14 mai 2018 et le 13 juin 2018, au sein des lieux de consultation de l'USDSS dans les différents quartiers du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan : Bâtiment A, Bâtiment B ou Quartier Femmes.

Ils se sont déroulés pendant les heures habituelles de consultation afin de ne pas interférer avec la vie carcérale des détenus.

Les détenus concernés ont été informés de cette enquête par un courrier distribué en cellule par les infirmiers de l'USDSS afin de les prévenir de notre intervention pour la

réalisation des entretiens. Aucun refus préalable au début des entretiens n'a été émis. Était considéré comme refus l'absence de présentation du détenu à l'USDSS pour l'entretien ou la verbalisation de l'opposition lors de la demande de consentement verbal en début d'entretien.

2.5. Recueil des données et analyses statistiques

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens individuels, à l'aide d'un questionnaire type (Annexe n°2) comportant à la fois des questions fermées et des questions semi-ouvertes. L'entretien était mené par l'évaluateur qui retranscrivait les données en temps réel sur chaque trame de questionnaire vierge.

Les données retranscrites étaient rendues anonymes par l'utilisation d'un numéro de participant.

Devant l'impossibilité d'enregistrement des entretiens pour les retranscrire en Verbatim, l'évaluateur a choisi de n'explorer en question ouverte que les représentations des participants autour du tabac et les axes d'amélioration de l'action suggérés afin d'avoir une quantité moindre de données qualitatives à retranscrire au sein de l'entretien et ainsi minimiser la perte d'information. Concernant les données qualitatives, le contenu de chaque entretien a d'abord été analysé afin de regrouper les propos en catégories thématiques. La fréquence d'apparition de chaque thématique a ensuite été déterminée (Annexe n°5)

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population

23 détenus ayant participé à l'action du #MoisSansTabac en novembre 2017 étaient toujours incarcérés au début de l'enquête. 1 détenu n'a pas été inclus car il avait moins de 18 ans au jour de l'enquête.

16 détenus ont accepté de participer à l'enquête, soit un taux de participation de 72,7 %. 5 détenus ne se sont pas présentés à l'USDSS lors de leur convocation. 1 détenu a refusé de participer au début de l'entretien. Le taux de refus était donc de 27,3%.

1 détenu a été exclu après les entretiens. Mineur lors de l'action, il a participé à des ateliers organisés au quartier mineur dans le cadre d'un atelier de sensibilisation mais était non-fumeur.

15 questionnaires ont donc été inclus dans cette enquête. Parmi les enquêtés, 73,3 % (11 détenus) étaient des hommes et 26,7 % (4 détenus) étaient des femmes. L'âge moyen des enquêtés était de 38,9 ans ($\sigma = 10,2$ ans) (Annexe n°3)

Concernant leur statut carcéral, 46,7 % des enquêtés étaient condamnés (7 détenus) et 53,3 % étaient prévenus (8 détenus). La durée moyenne d'incarcération était de 17,7 mois ($\sigma = 12,1$ mois).

3.2. Critère principal

La principale variable d'intérêt de cette enquête était la quantité de tabac consommée.

Le jour de l'entretien, 73,3 % des participants (n=11) déclaraient fumer plus de 10 cigarettes par jour avant l'action du #MoisSansTabac et 26,7% (n=4) fumaient plus de 20 cigarettes par jour.

Tableau n°1 : Nombre de cigarettes consommées avant le #MoisSansTabac

Nombre de cigarettes par jour	1 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	> 20
Nombre de participants	1 (6,7%)	3 (20%)	5 (33,3%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)

A la fin du #MoisSansTabac, 6 participants (40 %) avaient diminué leur consommation. Aucun sevrage complet n'a été déclaré.

Tableau n°2 : profil des participants ayant diminué leur consommation à la fin de #MoisSansTabac

	Consommation quotidienne de cigarettes antérieure à MST	Age	Sexe	Statut carcéral	Durée d'incarcération
Participant n°1	16 à 20	56 ans	Homme	Prévenu	9 mois
Participant n°3	> 20	33 ans	Homme	Condamné	48 mois
Participant n°7	11 à 15	41 ans	Homme	Condamné	14 mois
Participant n°11	6 à 10	28 ans	Homme	Condamné	30 mois
Participant n°16	> 20	42 ans	Homme	Prévenu	10 mois
Participant n°22	16 à 20	35 ans	Homme	Condamné	3 mois

Chez les participants ayant diminué leur consommation de tabac à la fin de l'opération, 5 (83,3%) fumaient plus de 10 cigarettes avant le #MoisSansTabac (Annexe n°4). Tous étaient des hommes. Leur moyenne d'âge était de 39,2 ans ($\sigma = 8,9$ ans) et leur durée

moyenne d'incarcération était de 19 mois ($\sigma = 15,4$ mois). 4 participants (66,7%) étaient des détenus condamnés.

Pour 1/3 d'entre eux (n=2), cette diminution n'a été que transitoire et la consommation déclarée lors de l'entretien était identique à la consommation antérieure à l'action.

Pour 1/3 d'entre eux (n=2), cette diminution a été suivie d'une augmentation de la consommation mais sans atteindre le niveau de consommation antérieur à l'action.

Pour 1/3 d'entre eux (n=2), cette diminution a été accentuée après l'action et pour l'un des participants le sevrage complet a été obtenu et le participant concerné estime qu'il sera pérenne.

Tableau n°3 : Evolution de la consommation quotidienne de cigarettes chez les participants ayant diminué leur consommation à la fin de #MoisSansTabac

	Consommation antérieure à MST	Consommation à la fin de MST	Consommation le jour de l'entretien
Participant n°1	16 à 20	6 à 10	11 à 15
Participant n°3	> 20	11 à 15	0
Participant n°7	11 à 15	6 à 10	1 à 5
Participant n°11	6 à 10	1 à 5	6 à 10
Participant n°16	> 20	11 à 15	16 à 20
Participant n°22	16 à 20	11 à 15	16 à 20

Au jour de l'entretien, 53,3% des participants (n=8) déclaraient avoir une consommation inférieure à celle antérieure au #MoisSansTabac. 2 sevrages complets étaient effectifs.

3.3. Critères secondaires

- Impact ressenti par les participants

Le premier objectif secondaire de cette enquête était de rechercher la satisfaction des détenus, qu'ils aient ou non diminué leur consommation, en leur demandant s'ils estimaient ou non que l'action avait été bénéfique sur eux.

66,7% (n=10) des participants estiment qu'elle a eu un impact bénéfique sur eux. 33,3% (n=5) estiment que l'action a été sans impact sur eux. Aucun participant n'a déclaré un impact néfaste de l'action.

Parmi les participants qui ont déclaré un impact positif de l'action sur eux :

- ❖ 60% (n=6) ont évoqué un impact autour des thématiques de la santé physique :

Participant n°7 : « on tousse moins » « j'ai pu courir une demi-heure sans être essoufflé »

Participant n°22 : « je respirais mieux »

- ❖ 40% (n=4) ont évoqué un impact autour des thématiques de la santé mentale :

Participant n°18 : « ça permet de relâcher un peu, d'être plus au calme intérieurement »

Participant n°16 : « Je me trouve beaucoup plus patient »

Participant n°21 : « ça fait du bien sur le mental »

- ❖ 50 % (n=5) ont évoqué un impact sur leur budget :

Participant n°16 : « ça le divise par deux »

- ❖ 20% (n=2) ont évoqué un impact sur les relations interpersonnelles :

Participant n°1 : « ça entraîne un mieux vivre dans la cellule »

Participant n°16 : « ça diminue le fait de se faire taxer »

- Modifications de la consommation chez les patients non sevrés

Le deuxième objectif secondaire de cette étude était de déterminer les modifications des caractéristiques de la consommation tabagique chez les participants non sevrés au jour de l'entretien (n = 13).

- ❖ 1 seul participant a déclaré avoir modifié la forme du tabac consommé, passant de cigarettes manufacturées à des cigarettes roulées
- ❖ 15,4% (n=2) ont déclaré avoir modifié leurs lieux de consommation en arrêtant de fumer en promenade
- ❖ 1 seul participant a déclaré avoir modifié l'heure de la première cigarette en la repoussant
- ❖ 1 seul participant a déclaré avoir modifié son mode d'accès au tabac, n'utilisant désormais plus que celui de la cantine et non plus les moyens illégaux

- Les axes d'amélioration

Le troisième objectif secondaire de cette enquête était d'interroger les participants sur les axes d'amélioration de l'action. 66,7 % (n=10) des participants ont exprimé des axes d'amélioration.

Parmi les participants qui ont proposé des axes d'amélioration :

- ❖ 40 % (n=4) ont exprimé le désir d'un nombre d'actions plus important et prolongées dans le temps

Participant n°17 : « Que ce soit tous les mardis par exemple, pas juste une fois en passant »

Participant n°1 : « Plus de réunions, une par mois »

Participant n°21 : « répéter les actions au fur et à mesure de l'année »

Participant n°19 : « au lieu de faire ça une fois, faire ça de manière plus régulière »

❖ 20% (n=2) ont évoqué le suivi post action :

Participant n°1 : « il faudrait avoir un suivi médical »

❖ La participante n°5 a évoqué la question de la mixité, les ateliers d'hypnose n'ayant pu être organisés au quartier femme. Elle a vécu cela comme une « injustice » et déclare s'être « sentie lésée ».

❖ Un participant a trouvé la communication autour de l'action insuffisante et a proposé comme axe d'amélioration « d'avoir plus de renseignements » et « plus d'affichage ».

- Tabagisme et représentations

Le dernier objectif secondaire de cette enquête consistait en un recueil des représentations des participants au #MoisSansTabac autour de leur consommation tabagique (Annexe n°5).

❖ La fonction principale évoquée de la consommation de tabac par les participants (11/15 ; 73,3%) est l'effet anxiolytique :

Participant n°1 : « ça aide à décompresser »

Participant n°10 : « ça me calme les nerfs »

Participant n°16 : « c'est un moment de décompression »

❖ La cigarette est également souvent évoquée comme étant une habitude, un automatisme (5/15 ; 33,3%) :

Participant n°3 : « c'est un geste, un tic, une habitude »

Participant n°6 : « c'est une habitude, il n'y a pas de plaisir »

Participant n°19 : « je me rends compte qu'il n'y a pas beaucoup de clopes que je fume avec plaisir, 2 ou 3 par jour, les autres, c'est par automatisme »

❖ Pour un peu plus d'un quart des participants (4/15 ; 26,7%), la consommation de tabac est évoquée comme étant une addiction :

Participant n°6 : « C'est une addiction, je suis devenu esclave »

Participant n°10 : « pour moi, c'est une mauvaise addiction »

❖ Enfin, seulement 20 % des participants (3/15) évoquent la notion de plaisir :

Participant n°1 : « c'est un plaisir, quand on ne fume pas trop »

Participant n°19 : « ça me fait du bien »

- Nouveau sevrage

Dans le but d'évaluer l'impact global de l'action sur les détenus, nous avons demandé aux participants non sevrés au jour de l'entretien (n=13) s'ils envisageaient une nouvelle tentative de sevrage. 92,3 % (n=12) y étaient favorables. Néanmoins, malgré une question initialement fermée, la moitié d'entre eux ont exprimé spontanément la difficulté voire l'impossibilité d'un sevrage au sein du CP :

Participant n°6 : « ici, je ne sais pas si c'est le lieu, c'est compliqué »

Participant n°9 : « ici, c'est pas possible »

Participant n°19 : « oui, dès que tout ça sera fini »

Participant n°16 : « oui mais pas ici »

Participant n°11 : « oui, un jour, mais pas tant que je serai en prison. En prison c'est trop difficile »

Participant n°20 : « oui, mais je ne pense pas y arriver ici »

4. Discussion

4.1. Atouts et limites de l'étude

4.1.1. Atouts de l'étude

L'atout principal de cette étude tient à son originalité. En effet, le #MoisSansTabac étant une action nouvelle, aucune donnée concernant son impact en milieu carcéral n'est actuellement disponible et il s'agit donc du premier travail explorant cette thématique. Les données exploratoires de ce travail permettront de servir de base à des recherches plus approfondies, soit au sein du CP, soit à plus grande échelle.

Le second atout de cette étude tient à son approche. En effet, une approche quantitative seule semblait inappropriée, la taille de la population étudiée étant trop petite pour effectuer des analyses statistiques poussées. Une approche exclusivement qualitative n'était quant à elle pas envisageable, devant l'impossibilité d'enregistrer les entretiens. En effet, l'utilisation d'appareils d'enregistrement en milieu carcéral est proscrite et impose des démarches d'autorisation complexes auprès de l'Administration Pénitentiaire nécessitant des délais incompatibles avec la réalisation d'un travail de thèse.

Néanmoins, le nombre limité de questions ouvertes a permis à l'évaluateur de retranscrire le plus fidèlement possible les propos des participants.

Cette approche double a permis de dépeindre un tableau plus complet que celui qu'aurait permis une approche exclusivement qualitative ou exclusivement quantitative.

4.1.2. Limites et biais de l'étude

Les limites de cette étude sont multiples et doivent être discutées.

- Les limites de la méthode
Cette étude est mono-centrique et réalise donc une évaluation locale de l'impact du #MoisSansTabac au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. Les données pour cette population ne peuvent pas être extrapolées à l'ensemble de la population carcérale et notamment à la population des établissements pour peines, composée exclusivement de détenus condamnés, parfois à de longues peines, ce qui n'est pas le cas au sein du CP de Bordeaux-Gradignan.
- La taille de l'échantillon
Seulement 15 participants ont pu être inclus dans cette étude. Au sein de cette population, seulement 6 ont déclaré avoir réduit leur consommation à la fin du #MoisSansTabac, ce qui représente un nombre trop faible pour effectuer des analyses statistiques pertinentes. C'est pourquoi, les résultats exprimés se limitent à des analyses mono-variées.
- Biais de recueil
Il existe au sein de cette étude un biais de recueil se situant à plusieurs niveaux. Tout d'abord, le premier biais de recueil réside dans le défaut d'enregistrement des entretiens. La retranscription des propos des participants a donc été effectuée par l'évaluateur, au fur et à mesure des entretiens. Cette retranscription, bien qu'ayant été la plus fidèle possible, a pu être soumise à l'interprétation de l'évaluateur d'une part et a parfois entrecoupé certains entretiens, le temps que l'évaluateur puisse retranscrire les propos des enquêtés, ce qui a pu gêner la fluidité de l'échange.
D'autre part, il existe probablement un biais de recueil en lien avec la situation carcérale. En effet, bien qu'il fût précisé aux enquêtés qu'aucune donnée nominative n'était collectée et que l'enquêteur n'avait pas de lien avec l'administration pénitentiaire, certains détenus étaient réticents à aborder des thèmes répréhensibles tels que les moyens d'accès illégaux au tabac ou encore la consommation de cannabis.

Enfin, le dernier biais de recueil tient à la difficulté d'élaboration de certains enquêtés. En effet, plusieurs entretiens ont été réalisés très rapidement avec des détenus ne répondant pas ou peu aux questions ouvertes.

- Biais de mémorisation

L'étude menée a été effectuée plusieurs mois après la fin de l'action. A ce titre, l'évaluation précise du nombre de cigarettes consommées quotidiennement a pu être faussée par un défaut de mémorisation de cette information par les participants.

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Données socio-démographiques et carcérales de l'échantillon

La moyenne d'âge des participants à l'étude est de 38,9 ans ($\sigma = 10,2$ ans), supérieure à la moyenne d'âge nationale des détenus en France qui est de 34,6 ans [37].

La représentation des femmes dans la population de l'étude (26,7%) est plus importante que dans la population nationale (3,5%). Le nombre d'ateliers du #MoisSansTabac proposés aux femmes n'a pas été proportionnel au nombre de femmes présentes au sein du CP de Bordeaux-Gradignan. Ainsi, les femmes avaient proportionnellement plus accès aux ateliers que les hommes, expliquant leur représentation plus importante au sein de notre étude qu'au sein de la population carcérale nationale.

Les détenus prévenus étaient majoritaires dans notre population d'étude (53,3%), ce qui ne correspond pas aux données nationales de la population carcérale au sein de laquelle les prévenus ne représentaient que 29,6% au 1^{er} mai 2018 [8]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que le quartier principal du CP de Bordeaux-Gradignan est le quartier « Maison d'Arrêt » dont une des fonctions premières est d'accueillir les prévenus alors que les données nationales incluent également les établissements pour peines, n'accueillant que des condamnés. Les données concernant la répartition entre prévenus et condamnés au sein des seules maisons d'arrêt n'est pas disponible. La répartition prévenus/condamnés en 2009 au sein du CP de Bordeaux-Gradignan [41] était de 44,8% de prévenus pour 55,2% de condamnés, plus proche de notre population d'étude sans pour autant être similaire. Cependant, il s'agit de chiffres trop anciens pour les comparer à notre population et il aurait été préférable de disposer de données actuelles, la démographie carcérale au sein d'une Maison d'Arrêt étant en perpétuelle évolution, en lien avec des mouvements d'entrée et de sortie quotidiens.

4.2.2. Evolution de la consommation

A la fin du #MoisSansTabac, aucun des enquêtés n'avait atteint l'objectif d'un sevrage total. Cependant, l'action a permis d'enclencher une réduction de la consommation chez 40% des participants (n=6).

Il n'existe pas de données en population générale concernant l'évolution de la consommation de tabac avant et après le #MoisSansTabac.

Néanmoins, les premiers éléments publiés par Santé Publique France suggèrent que le #MoisSansTabac a été générateur de tentatives de sevrage tabagique en novembre 2016, tout comme il a été générateur de tentatives de sevrage au sein du CP de Bordeaux-Gradignan.

Notre étude a retrouvé une majoration de la réduction de la consommation des participants entre la fin du #MoisSansTabac et le jour de l'entretien, plusieurs mois après l'action. Le travail de thèse du Dr Sadoux [23] mettait en lumière des modifications de la consommation tabagique avec une diminution du nombre de cigarettes consommées en détention estimée à 11,8 cigarettes par jour et par détenu en moyenne. Cette réduction correspond à une diminution par rapport à la consommation avant l'entrée en détention mais l'étude du Dr Sadoux ne décrit pas si elle est intervenue dès l'entrée en détention ou au cours de celle-ci. Dans cette étude, le facteur principal à l'origine de cette diminution est financier, en lien avec une restriction des ressources qui peut intervenir dès l'arrivée en détention, à cause de la perte d'emploi et des frais de justice qu'engendrent l'incarcération. Il est donc possible que l'entrée en détention ait eu un impact sur la réduction de la consommation des participants à cette étude. Néanmoins, cette réduction a pu également intervenir en cours de détention. Dans notre étude, la majoration de la réduction de la consommation entre la fin du #MoisSansTabac et le jour de l'entretien intervient en cours de détention et il ne peut pas y avoir d'impact de l'entrée en détention, la durée moyenne d'incarcération de notre population étant de 17,7 mois avec une durée minimale de 3 mois. Il ne nous est donc pas possible de comparer les réductions de consommation de ces deux études mais devant l'impossibilité d'exclure une réduction de la consommation au cours de la détention dans l'étude du Dr Sadoux, nous ne pouvons pas imputer la majoration de la réduction de consommation des participants à notre étude entre la fin du #MoisSansTabac et le jour de l'entretien à cette seule action.

L'impact potentiel de cette action pour expliquer cette majoration sera développé dans la suite de cette discussion.

4.2.3. Impact de l'action

- Un vécu positif

Le vécu de l'action par les participants a été majoritairement bénéfique et aucun n'a déclaré un effet néfaste. Les thématiques principales du bénéfice perçu étaient autour de la santé d'une part, qu'elle soit physique ou psychique et autour du budget d'autre part.

Les différentes thématiques de bénéfice évoquées par les participants sont retrouvées dans les outils de la campagne du #MoisSansTabac présents au sein du kit d'aide à l'arrêt du tabac avec la « carte anti-stress », la roue « je calcule mes économies » et le sticker « je retrouve la forme, pas les formes ». Ceci montre que les préoccupations et motivations autour du sevrage tabagique sont communes entre la population carcérale et la population générale.

Il est à noter que tous les participants qui ont évoqué les thématiques autour de la santé mentale l'ont fait dans la catégorie « autres » du questionnaire, qui était une question ouverte. Cela montre que les participants, lorsqu'on leur évoque la thématique de la santé, n'ont pris en compte que l'aspect somatique.

- Un sevrage désiré mais difficile à mettre en œuvre

La volonté d'un nouveau sevrage a été exprimée par la quasi-totalité des participants alors qu'elle n'était exprimée que chez 60% des participants lors de l'étude de l'impact du milieu carcéral sur la consommation tabagique [23]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les participants au #MoisSansTabac étaient volontaires et avaient donc déjà enclenché un processus de changement, entrant ainsi dans le cycle décrit par Prochaska et Di Clemente [36] au stade de contemplation. L'action du #MoisSansTabac a pu participer au maintien des participants à ce stade du cycle, évitant ainsi un retour au stade de pré-contemplation. En effet, la stratégie motivationnelle à adopter chez un patient au stade de pré-contemplation afin de le faire passer au stade de contemplation consiste à faire naître le doute, ce que les ateliers du #MoisSansTabac ont pu renforcer en délivrant des messages de prévention et des informations concernant les effets nocifs du tabac.

Dans l'étude du Dr Sadoux, l'impossibilité de la réalisation du sevrage tabagique en cours d'incarcération a été retrouvée chez 63% des détenus, pouvant s'expliquer par des facteurs environnementaux (enfermement, promiscuité), sociaux (modifications des relations sociales, isolement) et psychiques (stress, anxiété). Cette forte proportion de détenus estimant qu'un tel sevrage en milieu carcéral est impossible peut expliquer la verbalisation spontanée des participants de cette impossibilité lors de la réalisation de nos entretiens, alors même que cette donnée n'était pas recherchée.

L'évocation de cette impossibilité de sevrage tabagique au sein du milieu carcéral malgré la volonté d'un tel sevrage témoigne l'ambivalence décrite chez les patients précaires entre l'envie d'arrêter et la mise en œuvre [6].

Néanmoins, la diminution de la consommation de tabac est possible, comme l'a démontré l'étude réalisée au sein de la maison d'arrêt de Paris-La Santé [34]. Il en est de même pour le sevrage en détention, effectif pour 12% des participants dans l'étude réalisée au centre de détention de Muret [35] en 2014.

- Un impact moindre sur les caractéristiques de consommation

L'impact de l'action quant aux modifications des caractéristiques de consommation semble moindre, que ce soit sur la forme de tabac consommée, les lieux de consommation, l'heure de la première cigarette ou les moyens d'accès au tabac. Cela peut s'expliquer par le fait que les conditions carcérales, avec un enfermement 22 heures par jour et un rythme de vie imposé sont peu propices à ce type de changement.

4.2.4. Axes d'amélioration

L'axe principal d'amélioration évoqué par les participants repose sur une multiplication du nombre d'actions menées lors du #MoisSansTabac. Cela peut s'expliquer par un manque de moyens humains, l'action étant organisée en plus de la mission de soins habituelle, sans modification de l'effectif des personnels présents au sein de l'USDSS.

Au cours de cette action, certains ateliers ont dû être annulés à cause de contraintes organisationnelles.

4.2.5. Tabagisme et représentations

La fonction principale du tabac est représentée par un usage anxiolytique chez 73,3% des participants (n=11). Dans l'étude du Dr Sadoux [23], la fonction principale du tabac est identique et évoquée par 80% des enquêtés.

De la même manière, la consommation évoquée comme une habitude est retrouvée dans des proportions similaires entre les deux études avec 33,3% dans notre étude (n=5) contre 43% dans l'étude du Dr Sadoux.

Un quart des participants (26,7%, ; n=4) évoquent leur consommation comme étant une addiction, ce qui n'est pas le cas dans l'étude du Dr Sadoux. Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Chez les participants aux #MoisSansTabac se trouvant au stade de pré-contemplation dans le cycle de Prochaska et Di Clemente, l'action a pu

constituer un déclic en délivrant des informations autour du tabac suffisantes pour faire naître le doute et ainsi leur faire prendre conscience des problèmes liés à leur consommation, notamment au fait qu'il s'agisse d'une addiction. Chez les participants au #MoisSansTabac déjà au stade de contemplation au début de l'action, il s'agit de fumeurs s'inscrivant dans une démarche de sevrage. A ce titre ils ont réfléchi à leur consommation et l'ont donc intellectualisée comme une addiction.

Cette intellectualisation est susceptible de susciter une ambivalence chez les participants, utile pour créer un levier dans le processus du changement, l'ambivalence représentant le stade de contemplation d'après Prochaska et Di Clemente.

Au stade de contemplation, la personne envisage un changement de comportement, mais elle hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les « pour » et les « contre » d'un changement avec ceux de son comportement actuel.

Il est possible que cette ambivalence ait été à l'origine d'un changement à plus long terme chez les participants. En effet, au jour de l'entretien, 53,3% des participants (n=8) déclaraient fumer moins qu'avant l'action et deux participants déclaraient même un sevrage complet. Cela témoigne d'une majoration de la réduction de consommation tabagique entre la fin de l'action et le jour de l'entretien : les participants n'étaient en effet que 40% (n=6) à déclarer avoir réduit leur consommation à la fin du #MoisSansTabac.

4.3. Propositions pour la pratique et perspectives

4.3.1. Propositions pour la pratique

- Une action à poursuivre et à valoriser

Devant un environnement carcéral qui peut sembler incompatible avec une prise de conscience concernant la consommation tabagique et avec des tentatives de sevrage, nous aurions pu nous attendre à un accueil moins favorable du #MoisSansTabac au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. Cet événement a eu un impact positif en permettant d'engendrer des tentatives de sevrage et des sevrages. Il semble donc pertinent de poursuivre cette action de santé publique en milieu carcéral. En effet, dans cette population où la consommation tabagique est prépondérante, toute action visant à la limiter doit être encouragée.

Par ailleurs, le #MoisSansTabac doit être valorisé auprès des intervenants au sein de la détention (personnels des unités de soins, administration pénitentiaire, personnels de l'éducation nationale...). En effet, cette action s'appuyant sur le principe du défi collectif, en les informant de son impact positif et du fait qu'un sevrage tabagique est possible, même en milieu carcéral, nous pouvons les

encourager à soutenir les participants lors des prochaines éditions du #MoisSansTabac.

- Un suivi à renforcer

Cette action n'en étant qu'à ses débuts, des axes d'amélioration pour les prochaines éditions peuvent être proposés, à partir des retours des participants. L'axe d'amélioration à favoriser est celui du suivi des participants. A ce titre, il peut être envisagé de multiplier le nombre d'actions proposées pendant la campagne. Néanmoins, il existe des contraintes d'organisation de la vie carcérale d'une part et de disponibilité des professionnels de santé d'autre part, engagés prioritairement dans des missions de soins aux personnes détenues, qui peuvent représenter un frein à cette majoration du nombre d'actions.

Au-delà du #MoisSansTabac, une majoration du suivi tout au long de l'année a été évoquée par les participants. Afin d'améliorer l'accès à une prise en charge adaptée, nous pouvons envisager un développement des plages de consultation dédiées à la prise en charge tabacologique au sein du CP. En effet, actuellement, les consultations médicales de tabacologie sont effectuées sur une seule demi-journée par semaine, par un médecin de l'USDSS. Il existe une liste d'attente pour accéder à cette consultation.

- De nouveaux ateliers à envisager

En dehors des axes d'amélioration évoqués par les participants, nous pouvons également nous appuyer sur leurs représentations autour du tabagisme pour proposer de nouveaux ateliers. En effet, la fonction principale du tabac en détention repose sur l'effet anxiolytique procuré par la cigarette. Nous pouvons donc nous interroger sur la présentation d'autres techniques en plus de l'hypnose : la sophrologie, la méditation ou la relaxation, dont l'objectif principal serait de réduire le stress et l'anxiété des participants.

Devant l'expérience évoquée par une participante, nous proposons également de pouvoir assurer à tous les détenus, sans distinction de sexe, une participation à tous les ateliers du #MoisSansTabac. La mixité, bien qu'étant tolérée en milieu carcéral, nécessite des mouvements de détenus assurés par un personnel pénitentiaire. Cette contrainte carcérale est un frein important à cet axe d'amélioration, les personnels pénitentiaires étant régulièrement en sous-effectif et ne pouvant alors pas effectuer les mouvements de détenus nécessaires pour permettre l'accès des ateliers aux femmes.

- Place de l'entretien motivationnel

La conscientisation de la consommation tabagique comme une addiction étant susceptible de créer une ambivalence chez les participants, il pourrait être pertinent de repérer les personnes concernées afin de pouvoir leur proposer

l'accès à une consultation individuelle dédiée permettant de réaliser de l'entretien motivationnel et ainsi de majorer les chances de succès de leur sevrage. En effet, au stade de contemplation, l'attitude du professionnel de santé est décisive. Elle permet de développer la motivation de la personne, en s'appuyant notamment sur les divergences entre son comportement et ses valeurs (enfants, travail, famille, études, santé mentale...). Elle consiste également à évaluer les risques et les avantages de la consommation, à reconnaître l'ambivalence et à évoquer les raisons de changer.

L'utilisation de l'entretien motivationnel et de tous les autres outils disponibles comme les thérapies cognitivo-comportementales pourrait être réalisée au sein de consultations avec des tabacologues et il semble pertinent de favoriser l'accès à ces consultations spécialisées.

- **Des outils à développer**

Devant la thématique du bénéfice budgétaire évoquée par les participants à l'action, le développement d'une roue « je calcule mes économies » spécifique au milieu carcéral pourrait être envisagé.

De même, le développement d'accès à d'autres techniques de sevrage telle que la cigarette électronique peut être envisagé, les personnes détenues n'ayant actuellement un accès facile qu'aux seuls TSN conventionnels (patches, pastilles et inhaleurs). En effet, bien que l'efficacité de la cigarette électronique ne soit pas clairement établie par les études, son usage pourrait favoriser à moyen terme les tentatives d'arrêt et la diminution de la consommation de tabac, notamment chez les vapoteurs quotidiens. De plus, l'utilisation même prolongée et intense de cigarette électronique est de très loin moins nocive pour la santé que la consommation prolongée de tabac fumé [40]. L'accès à cet outil est possible en détention par le biais de la cantine mais reste compliqué à cause de difficultés d'approvisionnement et du coût financier qu'il représente. Un accès gratuit pourrait donc favoriser une réduction du tabagisme, en répondant à cette thématique du bénéfice budgétaire évoquée par les participants.

4.3.2. Perspectives

Cette enquête, pensée comme une enquête de satisfaction, n'a interrogé que les participants du #MoisSansTabac au sein du CP de Bordeaux-Gradignan et a permis de dresser un premier état des lieux positif de cette action, vécue comme bénéfique pour 2/3 des participants et ayant permis d'enclencher un processus de sevrage tabagique pour certains. Cependant, la méthodologie même de cette étude n'a pas permis de réaliser des statistiques pertinentes concernant l'impact de l'action auprès des détenus.

Dans cet objectif, nous pouvons envisager lors des éditions futures de réaliser deux études de plus grande ampleur :

- La première, prospective, avec un suivi des participants volontaires avant l'action, à la fin du #MoisSansTabac puis à distance.
- La seconde, étendue à toute la population carcérale, évaluant l'évolution de la consommation de tabac entre fin octobre, avant l'action, et début décembre, après l'action, qu'ils aient ou non participé au #MoisSansTabac. Cette étude pourrait permettre de rechercher un lien statistique entre l'action et la réduction de la consommation tabagique quotidienne des détenus.

Conclusion

La promotion de la santé au sein de la population carcérale est essentielle, affirmée par la nouvelle édition du guide méthodologique de prise en charge des personnes placées sous main de justice.

Le tabagisme est une des problématiques principales en matière de santé au sein du monde carcéral où sa prévalence est nettement supérieure à celle de la population générale. La réalisation d'actions de prévention spécifiques centrées sur le tabac y est donc indispensable afin de sensibiliser sa population aux méfaits du tabagisme et de promouvoir le sevrage, ce d'autant qu'une grande majorité de la population carcérale y semble favorable et réceptive.

L'action du #MoisSansTabac, instaurée au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan depuis novembre 2016 s'inscrit dans cette volonté. Notre étude a permis de faire émerger l'apport d'un bénéfice personnel chez les participants grâce à cette action, dans divers domaines tels que la santé physique, la santé mentale ou encore le budget.

Une part importante des participants au #MoisSansTabac avaient réduit leur consommation de cigarettes à la fin de l'action. Chez certains, cette réduction s'est même pérennisée voire accentuée. Il semblerait également que cette action ait permis d'enclencher un processus de changement à plus long terme, plus de la moitié des participants déclarant une baisse de leur consommation au jour de l'entretien, ce qui est plus important qu'à la fin du #MoisSansTabac.

Le #MoisSansTabac étant une action de santé publique nouvelle, son organisation au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan est perfectible à de nombreux égards. Cette étude a permis de dégager plusieurs axes d'amélioration qu'il conviendra de prendre en compte dans l'organisation des éditions futures. Ces axes ont pu être évoqués par les participants eux-mêmes (multiplication du nombre d'ateliers et d'actions en tabacologie) ou émaner de la réflexion autour de l'analyse des représentations des participants (développement de nouveaux ateliers ayant pour but la réduction de l'anxiété) ainsi qu'autour des thématiques de bénéfice évoquées par les participants (utilisation de nouveaux outils tels qu'une roue de calcul des économies).

Ce travail de thèse représente une première évaluation de l'impact de cette action en milieu carcéral et a permis de montrer que la réalisation d'actions de promotion de la santé en son sein y est pertinente et doit être poursuivie. Des études plus approfondies prospectives pourront être réalisées afin d'affirmer statistiquement l'impact de cette action sur la population carcérale et ainsi permettre d'avoir des éléments pour pérenniser cette action de promotion de la santé.

Bibliographie

[1] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, et al. La consommation de tabac en France en 2017 : premiers résultats issus du Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;14-15:265-73.

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf

[2] Organisation Mondiale de la Santé. Tabagisme. [En ligne]. Mars 2018 [consulté le 25 févr 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

[3] Bonaldi C et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *BEH*, 2016, 30-31: 528-40

[4] Ministère de la Justice. Les structures pénitentiaires. [En ligne]. Mars 2018 [consulté le 25 févr 2019]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>

[5] DAP, Direction de l'Administration Pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2018. [En ligne]. 2018 [consulté le 26 févr 2019]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2018_FINALE_.pdf

[6] Cahier prévention. Tabac et précarité. Comment et pourquoi parler du tabac à nos patients précarisés. Les aides mémoires de la Société Scientifique de Médecine Générale. 2011. [En ligne]. 2011. [consulté le 30 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.maisonmedicale.org/Tabac-et-precarite-2011.html>

[7] Service-Public.fr. Détention provisoire. [En ligne]. Octobre 2018. [consulté le 10 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1042>

[8] Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistique mensuelle des personnes écrouées détenues en France. Situation au 1^{er} mai 2018. [En ligne]. 2018. [consulté le 10 mars 2019]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_mai_2018.pdf

[9] J.WRESINSKI. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel, 1987, p 14

[10] Legifrance. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. [En ligne]. Janvier 2018. [Consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>

[11] Legifrance. Décret no 98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires. [En ligne]. [Consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000574067&categorieLien=id>

[12] Legifrance. LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, article 46. [En ligne]. Mars 2019. [Consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171>

[13] Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé. Prise en charge des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique. [En ligne]. 2017. [Consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_-_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf

[14] Ministère de la Justice. Centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan [En ligne]. Novembre 2013 [Consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/etablisements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-bordeaux-10122/centre-penitentiaire-de-bordeaux-gradignan-10683.html>

[15] Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport de visite maison d'arrêt de Gradignan [En ligne]. Janvier 2009 [Consulté le 11 mars 2019]. Disponible : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2010/07/Rapport-de-visite-de-la-MA-de-Gradignan1.pdf>

[16] Ministère de la Justice. Insertion et probation : un accompagnement personnalisé. [En ligne]. Juillet 2013. [Consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur :

<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html>

[17] Légifrance. 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. [En ligne]. [Consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818309&categorieLien=id>

[18] Bulletin Officiel du 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]. Février 2007. [Consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/boj_20070001_0000_0012.pdf

[19] Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire. Je suis en détention, guide du détenu arrivant, 7^{ème} édition. [En ligne]. Juin 2016. [Consulté le 11 mars 2019]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_je_suis_en_detention_V7_FINAL_opt.pdf

[20] DREES, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation des Statistiques. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et Résultats. Mars 2005 ;(386)

[21] Fauchille É, Thienpont C, Sannier O, Faure R, Trugeon A. Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(18-19):344-9

[22] Voltaire A. Etat des lieux et caractérisation de la consommation tabagique à la maison d'arrêt de Gradignan. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.

[23] Sadoux G. Etat des lieux et impact du milieu carcéral sur la consommation tabagique au sein du centre pénitentiaire de Gradignan. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.

[24] Brown J, Kotz D, Michie S, Stapleton J, Walmsley M, West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? Drug and alcohol dependence. 2014;135:52-58.

[25] Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019. [En ligne]. [Consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>

[26] West R, Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. *European Respiratory Review*. 2008;17(110):199–204.

[27] Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action des Comptes Publics. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022. [En ligne]. [Consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

[28] Santé publique France. Appel à candidature « Soutien au déploiement de Mois sans tabac ». Cahier des charges. [En ligne]. Mars 2018. [Consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Appel-a-candidatures-Soutien-au-deploiement-de-Mois-sans-tabac>

[29] Santé Publique France. Mois sans tabac. En novembre, participez à Mois sans tabac ! [En ligne]. [Consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1805>

[30] Chazalon S, Cardenas M, Drouin C, Bello PY. Focus. Le Programme national de réduction du tabagisme : retour sur trois années d'une stratégie d'ensemble pour réduire l'impact du tabac en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;(14-15):296-8.

[31] Ministère de la Justice, Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur et la Recherche. Données clés de l'enseignement en milieu pénitentiaire. Année 2015-2016. [En ligne]. Janvier 2017. [Consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Donnees_cles_de_l_enseignement_en_milieu_penitentiaire_2015_2016.pdf

[32] Observatoire des inégalités. Education. [En ligne]. Mai 2016. [Consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.inegalites.fr/niveau-de-diplome-de-la-population>

[33] Institut de veille sanitaire G-BE, Verdot C, Develay AE. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. *BEH*. 2013 nov ; (35-36) : 434-40

[34] Harcouët L, Balanger S, Meunier N, Mourgues A, Grabar S, Haouili B, et al. La réduction tabagique à la maison d'arrêt de Paris–La Santé. *La Revue de médecine interne*. 2008;29(5):357–363.

[35] Rostaing E. Sevrage tabagique en milieu carcéral : Expérience de l'unité Sanitaire du centre de détention de Muret. Thèse de médecine, Université Versailles-Saint-Quentin-En-Yvelines ; 2014.

[36] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1983;51(3):390.

[37] Direction de l'Administration Pénitentiaire. Les chiffres clés de l'Administration Pénitentiaire au 1^{er} Janvier 2015 [En ligne]. [Consulté le 23 mars 2019]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2015_FINALE_SFP.pdf

[38] Moulin J-J, Labbe E, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Précarité et facteurs de risque: le score EPICES. *Revue francophone de psycho-oncologie*. 2006;5(2):115-121.

[39] ANLCI. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. Les définitions. [En ligne]. [Consulté le 30 mars 2019]. Disponible sur : <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/De-quoi-parle-t-on/Les-definitions>

[40] Kinouani S, Lajzerowicz N, Peurois M, Castéra P, Vanderkam P, Auriacombe M. La cigarette électronique : répondre aux questions des patients et aux doutes des médecins [e-cigarette : answering patients' questions and doctors' doubts]. *exercer*. 2017;138:457-69.

[41] Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport de visite Maison d'Arrêt de Gradignan (Gironde) 13,14,15 janvier 2009. [En ligne]. Janvier 2009. [Consulté le 13 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2010/07/Rapport-de-visite-de-la-MA-de-Gradignan1.pdf>

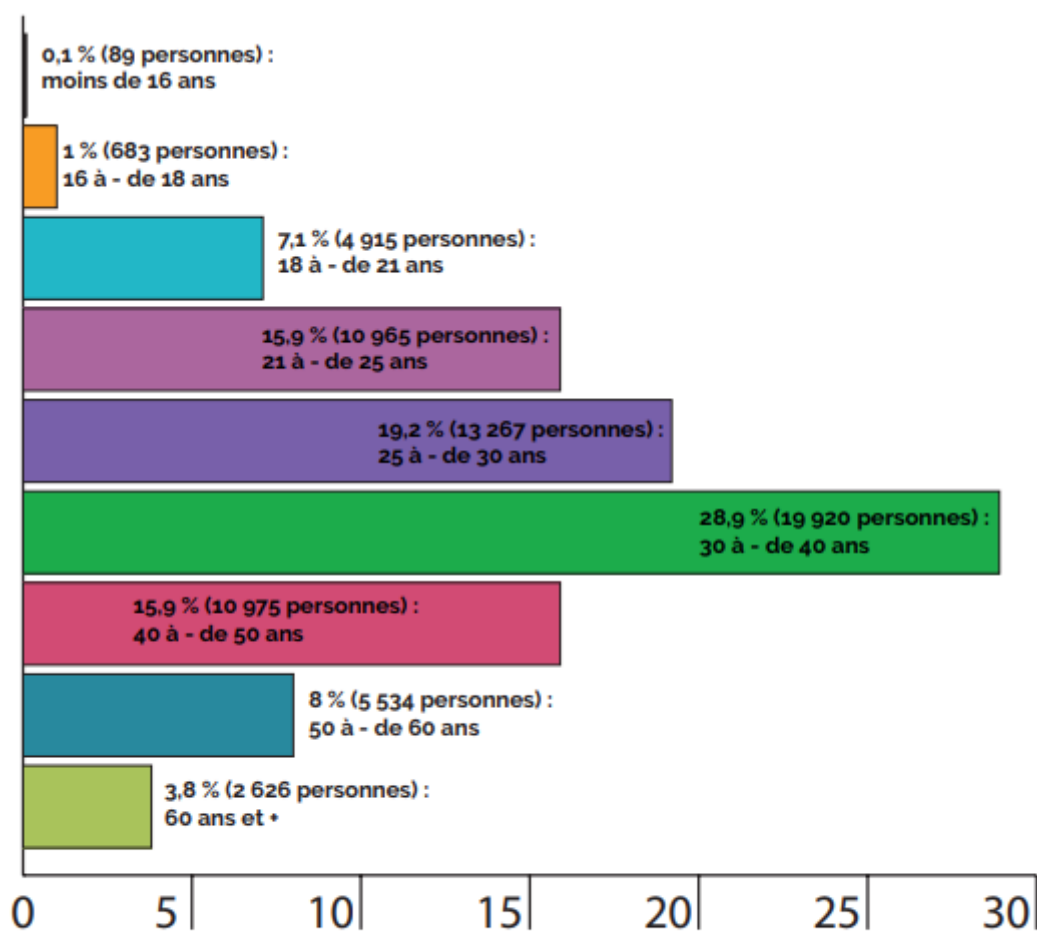
[42] Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Moi(s) sans tabac 2018 : une mobilisation record ! [En ligne]. Décembre 2018. [Consulté le 15 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/mois-sans-tabac-2018-une-mobilisation-record>

[43] Facebook. Mois sans tabac Nouvelle-Aquitaine. [En ligne]. [Consulté le 15 mai 2019]. Disponible sur : https://www.facebook.com/pg/moissanstabacna/posts/?ref=page_internal

[44] Santé Publique France. Record de participation pour la 3^{ème} édition de #MoisSansTabac. [En ligne]. Novembre 2018. [Consulté le 15 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Record-de-participation-pour-la-3eme-edition-de-MoisSansTabac>

Annexes

Annexe n°1 : Répartition par âge des personnes écrouées au 1^{er} janvier 2018



Annexe n°2: Questionnaire thèse « Impact du #MoisSansTabac au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan »

Date de l'entretien :

Opérateur :

Conditions carcérales

Statut carcéral :

- prévenu
- condamné

Durée d'incarcération déjà effectuée :

Quantité de tabac consommée

Quelle était votre consommation quotidienne de cigarettes avant le #MoisSansTabac ?

- 0
- 1 à 5
- 6 à 10
- 11 à 20
- > 20

Quelle était votre consommation quotidienne de cigarettes à la fin du #MoisSansTabac ?

- 0
- 1 à 5
- 6 à 10
- 11 à 20
- > 20

Quelle est votre consommation quotidienne actuelle de cigarettes ?

- 0
- 1 à 5
- 6 à 10
- 11 à 20
- > 20

Patients sevrés

Si vous avez arrêté de fumer, pensez-vous que ce sevrage sera pérenne, notamment lors de votre sortie d'incarcération ?

Patients non sevrés totalement

Si vous continuez à fumer, vos habitudes de consommation et d'accès au tabac ont-elles changées ?

- forme de tabac consommée
- lieu de consommation
- Heure de la première cigarette
- moyen d'accès au tabac: légal ou illégal

Si vous continuez à fumer, envisagez-vous un nouveau sevrage ?

Représentations du tabac

Actuellement, que représente le tabac pour vous, que vous ayez, ou non, arrêté votre consommation ?

Impact de l'action et satisfaction

Concernant l'action du #MoisSansTabac au sein du Centre Pénitentiaire, vous diriez plutôt qu'elle a été :

- bénéfique pour vous
- sans effet pour vous
- néfaste pour vous

Si elle a eu un impact bénéfique ou négatif sur vous, dans quels domaines ?

- Santé
- budget
- relations avec les détenus
- relations avec l'Administration Pénitentiaire
- relations avec la famille ou les proches
- autres :

Quel que soit votre ressenti concernant le #MoisSansTabac, comment pensez-vous qu'il puisse être amélioré ?

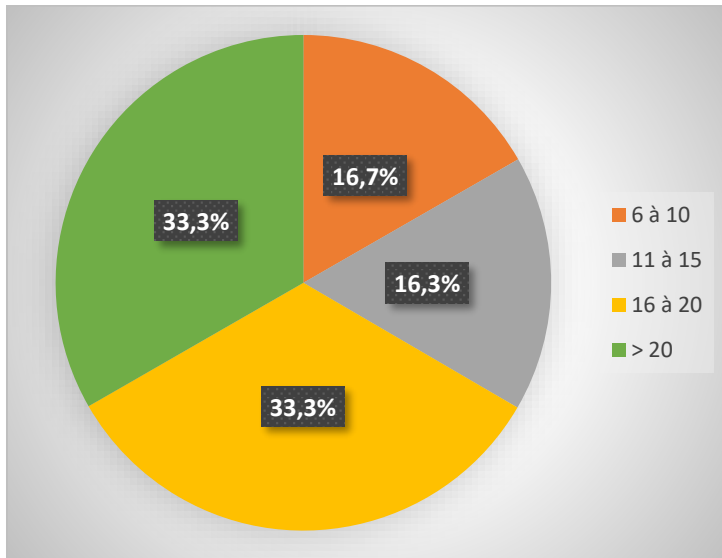
Avez-vous des questions concernant cet entretien ?

Annexe n°3 : Caractéristiques démographiques et carcérales des participants

	Age	Sexe	Situation carcérale	Durée d'incarcération effectuée
Participant n°1	56	H	Prévenu	9 mois
Participant n°2				
Participant n°3	33	H	Condamné	48 mois
Participant n°4				
Participant n°5	45	F	Prévenu	17 mois
Participant n°6	31	H	Condamné	42 mois
Participant n°7	41	H	Condamné	14 mois
Participant n°8				
Participant n°9	29	F	Prévenu	10 mois
Participant n°10	22	F	Condamné	11 mois
Participant n°11	28	H	Condamné	30 mois
Participant n°12				
Participant n°13				
Participant n°14				
Participant n°15				
Participant n°16	42	H	Prévenu	10 mois
Participant n°17	36	H	Condamné	17 mois
Participant n°18	54	H	Prévenu	15 mois
Participant n°19	34	F	Prévenu	12 mois
Participant n°20	41	H	Condamné	14 mois
Participant n°21	57	H	Prévenu	13 mois
Participant n°22	35	H	Condamné	3 mois
Participant n°23				
Moyenne	38,9 ans			17,7 mois
Ecart-type	10,2			12,13

	Détenus ayant refusé l'enquête
	Détenu non inclus
	Détenu exclu

Annexe n°4 : diagramme de la répartition des participants ayant diminué leur consommation à la fin du MST en fonction du nombre de cigarettes consommées quotidiennement avant le début de l'action.



Annexe n°5 : les représentations du tabac selon les participants

Participant n°1

- « Ça aide à décompresser »
- « C'est un plaisir, quand on ne fume pas trop »
- « En prison, c'est un luxe »

Participant n°3

- « C'est un peu faire comme tout le monde »
- « C'est un geste, un tic, une habitude »

Participant n°6

- « C'est une habitude, il n'y a pas de plaisir »
- « C'est une addiction, je suis devenu esclave »

Participant n°7

- « Ça pue, c'est une infection »
- « Ça sert à rien la cigarette »
- « Ça joue sur les nerfs »

Participant n°9

- « Ça me détend, ça me calme »

Participant n°10

- « Pour moi c'est une mauvaise addiction »
- « Ça me calme les nerfs »

Participant n°11

- « C'est comme une sorte d'anti-stress »
- « C'est devenu une habitude »
- « C'est une addiction »

Participant n°16

« C'est un moment de décompression »

« Je ne suis pas obligé non plus, ce n'est pas une addiction, avant oui »

Participant n°17

« Ça calme » « Ça déstresse »

Participant n°18

« C'est un déstressant »

« Je me suis remis à fumer il y a quelques temps parce que ça me détend »

Participant n°19

« Ça me fait du bien »

« Je me rends compte qu'il n'y a pas beaucoup de clopes que je fume avec plaisir, 2 ou 3 par jour, les autres c'est par automatisme »

Participant n°20

« Une amie fidèle qui va te calmer »

Participant n°21

« C'est une détente »

« Une part de plaisir »

« Ça peut calmer aussi »

« Ça peut canaliser certaines choses dans sa tête »

« Il faut qu'il y ait du plaisir [...] fumer juste ce dont on a besoin »

« Les jeunes ont une façon de fumer qui ne m'intéresse pas »

Participant n°22

« Un passe-temps »

« Un déstressant »

« Quelque chose pour réfléchir »

« Un relaxant »

« Un besoin »

Thématique évoquée	Participants concernés
Usage anxiolytique	n°1, n°7, n°9, n°10, n°11, n°16, n°17, n°18, n°20, n°21, n°22
Habitude	n°3, n°5, n°6, n°11, n°19
Plaisir	n°1, n°19, n°21
Addiction	n°6, n°10, n°11, n°22

Annexe n°6: Domaines d'impact de l'action du #MoisSansTabac chez les participants ayant déclaré un impact positif de l'action

Domaines d'impact	Participants concernés
Santé	n°1, n°3, n°7, n°11, n°16, n°22
Budget	n°1, n°3, n°5, n°16, n°22
Relations détenus	n°16
Relations Administration Pénitentiaire	Aucun
Relations famille	Aucun
Autres : santé mentale	n°16, n°18, n°20, n°21

Serment médical

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 leurs 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 sont 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.

Résumé

Introduction : Le tabagisme, première cause de mortalité évitable dans le monde, a une prévalence en prison bien plus importante qu'en population générale. Les actions de santé publique telles que le #MoisSansTabac y sont mises en place afin de promouvoir une réduction de la consommation tabagique. L'objectif principal de cette étude est de décrire l'impact de cette action au sein du Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan.

Matériel et Méthode : 15 détenus ayant participé au #MoisSansTabac en novembre 2017 ont été interrogés en entretien individuel, à distance de l'action. Cet entretien permettait de recueillir des données à la fois quantitatives concernant la consommation tabagique mais également qualitatives concernant les représentations des participants autour du tabac.

Résultats : Parmi les participants interrogés, 6 d'entre eux (40%) avaient réduit leur consommation de tabac à la fin du #MoisSansTabac. Aucun d'entre eux n'était sevré complètement. Au jour de l'entretien, 8 d'entre eux (53,3%) avaient réduit leur consommation de tabac et deux sevrages complets étaient déclarés. Le vécu de l'impact était bénéfique chez 10 des participants (66,7%) autour des thématiques suivantes : santé physique, santé mentale et budget. Les représentations des participants autour du tabagisme s'axaient principalement autour de l'usage anxiolytique du tabac (n= 11, 73,3%). L'axe principal d'amélioration de l'action évoqué par les participants est celui d'un suivi plus important au cours de l'action mais également toute l'année.

Conclusion : L'action du #MoisSansTabac est bénéfique chez les détenus y ayant participé, tant en matière de réduction de la consommation de tabac que dans le ressenti individuel de l'action. Cette nouvelle campagne de santé publique doit être maintenue en milieu carcéral et améliorée lors des éditions futures grâce aux retours des participants.

Discipline : **Médecine générale**

Mots-clés : **Tabac - Addiction – Sevrage tabagique – Détention - #MoisSansTabac**

Adresse de l'U.F.R. : Université de Bordeaux - UFR des Sciences Médicales
146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex
