

ÉVALUATION DE LA DEUXIÈME PHASE DU PROJET TAPREOSI

Expérimentation d'un kit d'intervention sur
le tabac auprès de personnes résidentes
en Accueil-Hébergement-Insertion



Maxence
Henriques,
chargé d'études

Sous la supervision
de
Fabrice Guilbaud,
Unité Focus, Maître
de conférences

Avril 2021

Sommaire

1	Données introductives sur le tabac et le projet TAPREOSI	5
1.1	Le tabac : quelques données essentielles	5
1.2	Le projet interventionnel TAPREOSI	8
2	Etat des lieux sur le tabac dans les CHRS	13
2.1	Une consommation caractéristique des plus précaires	13
2.2	Les opinions sur le tabac	15
3	La mise en place de TAPREOSI et ses effets	20
3.1	Agir sur le tabac : Quelles difficultés ?	20
3.2	Les axes de travail du projet et leurs perceptions par les professionnels	21
3.3	Les effets positifs relevés	22
3.3.1	Le tabagisme est devenu un enjeu d'action.....	22
3.3.2	Des professionnels de l'hébergement sensibilisés à la lutte contre le tabagisme.....	22
3.3.3	Des actions mises en place grâce à TAPREOSI.....	24
4	Les pistes d'amélioration du projet.....	25
4.1	Aller vers un projet plus court, plus intense, mieux identifié	25
4.2	Imaginer des outils plus adaptés pour les résidents	26
4.3	Un accompagnement plus individualisé en réponse à la crise sanitaire.....	26
4.4	Dans le cadre d'une diffusion globale	27
5	L'évolution des résultats entre les deux phases	29
5.1	Le tabac comme sujet de discussion d'après les résidents	29
5.2	L'évolution des consommations parmi les résidents et les équipes.....	30
5.2.1	Une consommation déclarée inchangée chez les résidents	30
5.2.2	Des modifications d'usage chez les professionnels.....	31
5.3	Les évolutions des opinions sur la dangerosité du tabac.....	31
5.3.1	Parmi les hébergés : des opinions stables.....	31
5.3.2	Parmi les professionnels : des opinions qui changent positivement	31
	Bibliographie.....	35
	Table des figures et tableaux	37
	Annexes	39

1 Données introductives sur le tabac et le projet TAPREOSI

Le projet TAPREOSI qui visait à accompagner des personnes hébergées au sein de structures de réinsertion sociale – les CHRS (Centres d’hébergement et de réinsertion sociale) – sur la question de l’arrêt ou de la diminution de la consommation de tabac s’inscrit dans un contexte où des politiques publiques sont utilisées pour lutter contre le tabagisme.

1.1 Le tabac : quelques données essentielles

Dans la seconde moitié du XX^e siècle, le tabac a été construit comme un problème de santé publique appelant l’intervention de l’Etat et un cadre législatif de plus en plus restrictif. Les politiques publiques se sont structurées autour d’une stratégie globale de contrôle de l’offre et de la demande, en réponse à un objectif prioritaire de maîtrise des consommations. Dès la fin des années 1970, l’État français a ainsi mis en place des mesures de lutte contre le tabagisme : la loi du 9 juillet 1976, dite « loi Veil » réglementait la publicité des produits du tabac et instaurait la mention d’un message sanitaire sur les paquets, ainsi que le principe d’un usage restreint dans certains lieux publics. Ces dispositions ont été complétées et renforcées par la loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l’alcoolisme, dite « loi Évin », qui constitue la pierre angulaire de la politique de lutte contre le tabagisme en France.

Les politiques anti-tabac sont bien souvent difficiles à analyser puisqu’elles mobilisent différentes mesures et niveaux d’actions enchevêtrés qui interviennent simultanément (ce qui rend compliqué d’évaluer le poids respectif de chacune dans l’évolution des tendances épidémiologiques ou de variations des volumes de ventes). Les tendances de ces dernières décennies en attestent avec quatre principaux ensembles de mesures :

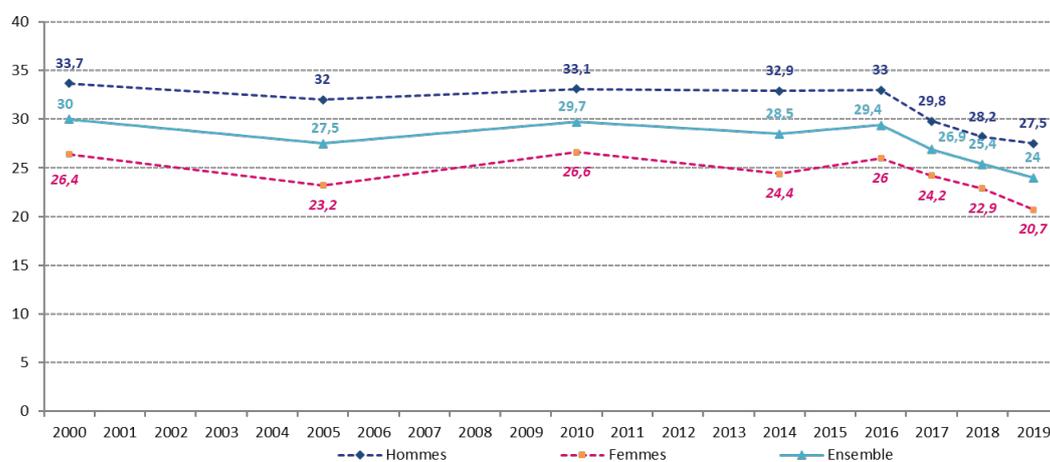
- L’interdiction de fumer dans les lieux publics : avec la loi de 1991 et, depuis 2007, l’interdiction de fumer dans tous les lieux fermés et couverts recevant du public qui s’est étendue en 2008 à l’ensemble des lieux de convivialité.
- Des mesures de protection ont également été étendues à l’ensemble des mineurs, en interdisant notamment la vente des produits du tabac aux moins de 16 ans en 2003 et aux moins de 18 ans en 2010.
- Les politiques ont également visé à réguler de manière croissante les règles de manufacture et de commerce, par un contrôle de la composition des produits, une interdiction de la publicité dont le corollaire est le renforcement des avertissements sanitaires en adoptant par exemple le paquet neutre en 2016¹. La loi Évin a également exclu le tabac de la liste des produits de consommation pris en compte dans le calcul de l’indice des prix, ce qui a permis une augmentation régulière de son prix. Depuis le 1^{er} mars 2020, le prix du paquet de la marque la plus vendue en France est ainsi passé de 9,30 € à la barrière symbolique des 10 € (Arrêté du 31 janvier 2020).

¹ La France est le premier pays européen et le deuxième mondial à avoir instauré le paquet neutre.

- S'agissant de la demande, les politiques publiques se sont orientées vers une médicalisation du tabagisme à travers la mise en avant de la dépendance nicotinique et l'apparition des traitements nicotinique de substitution et de leur remboursement de droit commun par les caisses primaires d'assurance maladie à partir de mars 2018.

Alors qu'entre 2000 et 2016, la prévalence du tabagisme est restée proche de 30 % dans la population adulte, une forte tendance à la baisse s'est engagée en 2017. Les résultats du Baromètre de Santé publique France 2019 viennent confirmer cette évolution : la prévalence du tabagisme quotidien est passée de 29,4 % en 2016 à 24 % en 2019. Malgré la diminution de la prévalence tabagique, la France reste l'un des pays européens où la consommation de tabac est parmi les plus élevées sur le continent.

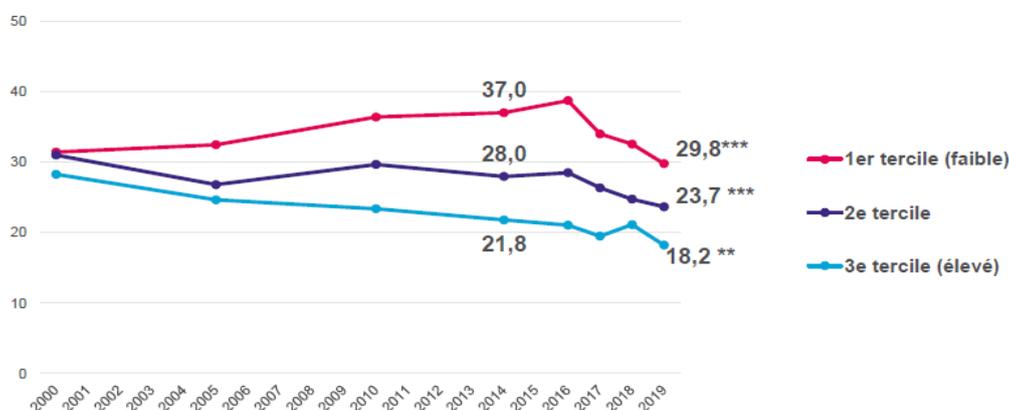
1. Évolution du tabagisme quotidien parmi la population française de 18-75 ans, selon le sexe



Source : Enquêtes Baromètre de Santé Publique France.

Bien que les inégalités sociales ne s'accroissent plus depuis 2016, elles restent très marquées en matière de tabagisme. On observe notamment un écart de 12 points sur la prévalence du tabagisme quotidien entre les plus bas et les plus hauts revenus sur l'année 2019 (30 % dans le 1^{er} tercile contre 18 % dans le 3^{ème}). Le tabac reste un marqueur social significatif des inégalités sociales en matière de santé.

2. Evolution du tabagisme quotidien selon le revenu parmi la population française de 18-75 ans

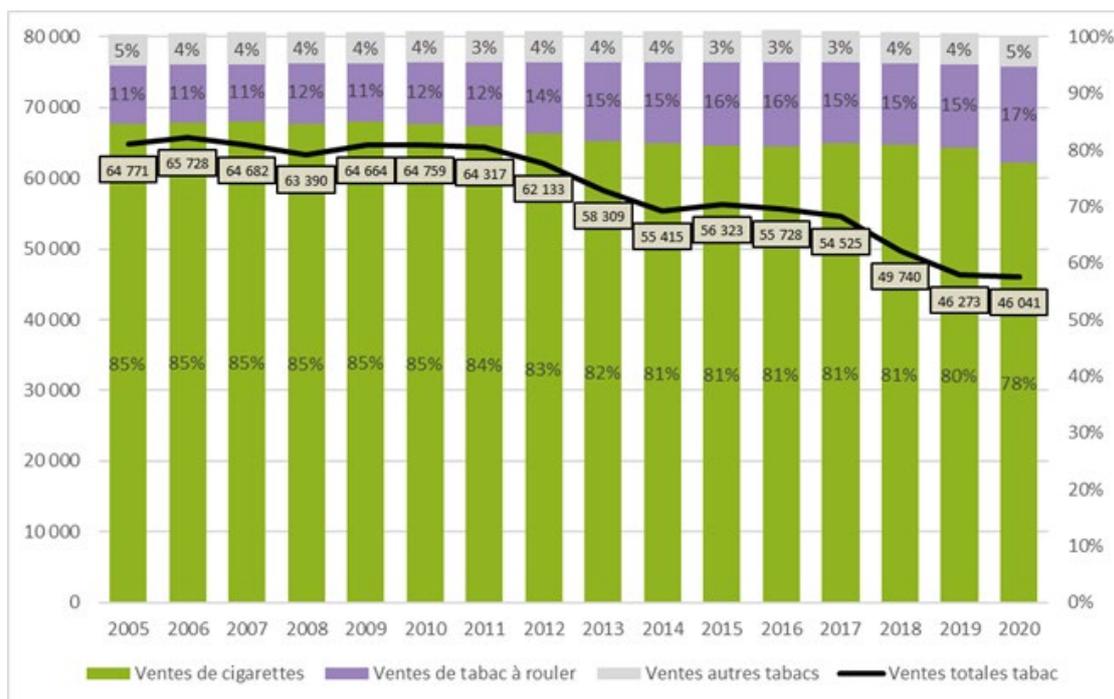


Source : Enquêtes Baromètre de Santé Publique France.

Les mesures de hausses des prix, qui constituent l'arme privilégiée de la lutte antitabac, sont préconisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour réduire la consommation. Efficaces, ces hausses de prix peuvent néanmoins fragiliser les budgets des populations les plus précaires² qui, de surcroît, fument davantage que les plus riches.

Outre les prévalences mesurées à travers des enquêtes menées en population générale, l'exploitation des données administratives portant sur les ventes de tabac permet également d'éclairer les tendances à la baisse de la consommation des produits du tabac.

3. Ventes totales de tabac (en tonnes) et répartition entre produits du tabac



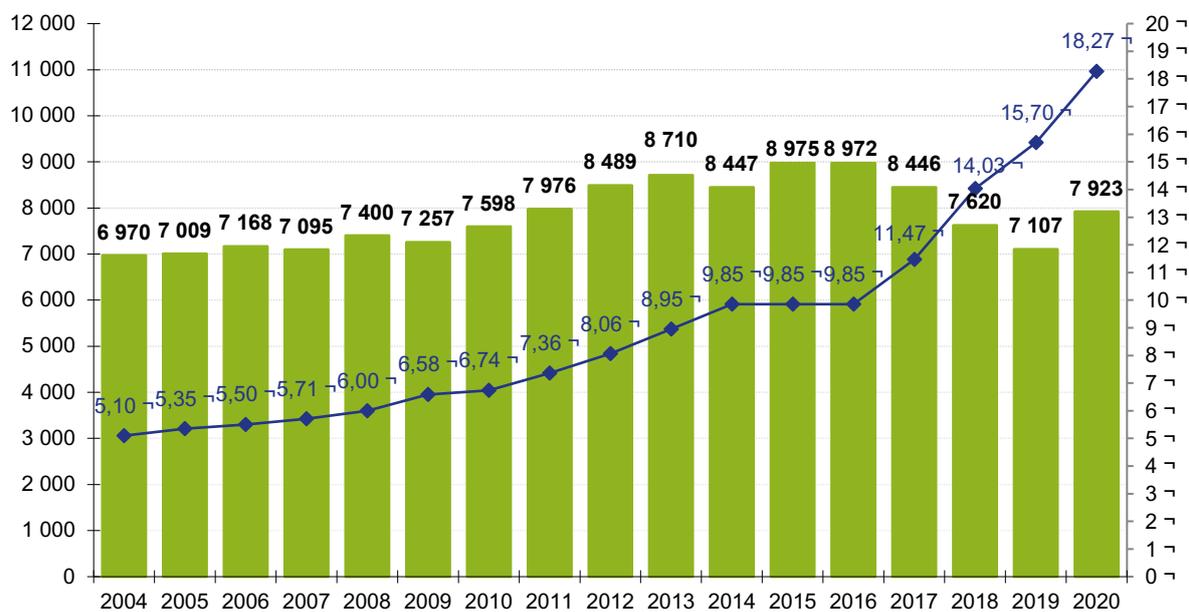
Source : DGDDI

Deux enseignements peuvent être tirés :

- La baisse générale des volumes de ventes avec une chute de près de 29% entre 2005 et 2020, passant de 64 771 tonnes de tabac vendues à 46 041.
- Des reports entre produits du tabac, avec une baisse importante des cigarettes – produit qui concentre l'essentiel de la baisse des volumes ces dernières années – partiellement compensée par une consommation d'autres produits du tabac, surtout les tabacs à rouler qui pèsent 17 % du volume total en 2020 contre 11 % en 2005. Ce phénomène de report explique l'augmentation (de près de 14%) de la vente de tabac à rouler entre 2005 et 2020 malgré des ventes globales en diminution.

² En 2005, la part du revenu consacré au tabac était de 31 % pour les personnes appartenant au premier décile de revenu contre 2 % pour les Français appartenant au dixième décile. Cf : Peretti-Watel P. (2012). *La cigarette du pauvre*. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

4. Ventes de tabac à rouler (en tonnes) et prix annuel moyen du paquet de tabac à rouler de la marque la plus vendue



Source : DGDDI

1.2 Le projet interventionnel TAPREOSI

Le projet TAPREOSI, financé par la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre du fonds de lutte contre le tabac, vise à réduire le tabagisme chez les personnes accueillies dans les dispositifs d'accueil hébergement insertion (AHI). Le projet a été fondé sur un constat : les personnes en situation de précarité économique et sociale ne bénéficient que très rarement d'un accompagnement sur la réduction et/ou l'arrêt de leur consommation de tabac. Ce projet a été mené conjointement par la Fédération addiction (FA) et la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS). C'est dans ce cadre que l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) a été sollicité comme partenaire pour l'évaluation du projet uniquement. TAPREOSI a été mis en place dans cinq Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et porté localement par autant de binômes constitués chacun d'un professionnel en CHRS et d'un professionnel du secteur de l'addictologie. Le projet a consisté à construire – via des réunions locales – et à mettre en place une méthodologie d'intervention sur le tabagisme. Cette méthodologie est détaillée au sein d'un livret retranscrivant les grands axes de l'intervention ainsi que les outils et ressources à mobiliser.

L'évaluation du projet s'est faite en deux phases : une première au cours de laquelle les résidents et les professionnels des CHRS participant au projet ont été sondés par voie de questionnaires ; une deuxième consécutive à la mise en place du kit d'intervention. L'objectif de ce fonctionnement en deux phases était d'étudier les évolutions et les éventuels impacts liés à la mise en place du projet.

L'enquête de la première phase s'est déroulée de novembre 2019 à janvier 2020 et un rapport écrit par Cristina Díaz-Gómez³ a été remis par l'OFDT aux deux fédérations responsables du projet en juillet 2020. La première évaluation a consisté en une enquête quantitative auprès des professionnels et des résidents des structures de CHRS afin de réaliser un état des lieux des caractéristiques sociodémographiques des répondants (professionnels et résidents), de leurs représentations et leurs usages de tabac ainsi que de leurs expériences visant la diminution ou l'arrêt du tabac. Pour la plupart des dimensions explorées, le questionnement est commun aux deux cibles de l'étude, toutefois, les deux questionnaires comportent quelques items spécifiques. S'agissant du volet de l'enquête à destination des professionnels, le questionnaire comprend des questions relatives à leur capacité à agir et à la perception de leur rôle pour accompagner les résidents qui souhaiteraient s'inscrire dans un projet de diminution et/ou de sevrage de tabac. Les professionnels ont été également interrogés sur les éventuels freins et propositions en vue de la mise en œuvre du projet d'accompagnement dans leur structure. Sur le versant de l'enquête visant les personnes à accompagner, il a semblé pertinent de recueillir des informations sur l'origine des ressources financières, la protection sociale et l'état de santé des répondants et d'explorer de façon plus approfondie les moyens utilisés par les anciens fumeurs pour renoncer au tabac. L'exploitation de cette première phase se fondait sur 42 répondants professionnels et 49 résidents répartis dans les cinq établissements.

Les résultats montraient la difficulté pour près de la moitié des professionnels d'évoquer avec les personnes hébergées, la possibilité d'arrêter de fumer et que les trois-quarts aimeraient renforcer leurs compétences sur l'addiction au tabac.

Concernant les résidents, on pouvait remarquer une part importante de fumeurs puisque plus de la moitié des interrogés fumaient du tabac. De plus, la consommation journalière était importante car elle était en moyenne de 16,7 cigarettes industrielles par jour et de 13,6 cigarettes roulées, alors qu'en population générale, les fumeurs quotidiens de 18-75 ans fument 13,4 cigarettes par jour⁴. Bien qu'étant un produit dangereux, le tabac était perçu par certains résidents comme synonyme de plaisir et de liberté.

En prenant en compte ces constatations et à la suite de réunions locales, un premier kit d'intervention a été élaboré. Son objectif était de permettre aux professionnels d'être plus à même d'accompagner les résidents fumeurs. Pour ces derniers, il s'agissait de faire évoluer leur perception du produit et leur consommation.

L'expérimentation a commencé en janvier 2020 et devait se terminer en juin 2020, le confinement de mars 2020 a repoussé sa date de fin. Par conséquent, la phase d'expérimentation s'est terminée en octobre 2020. Le contexte sanitaire a aussi entraîné la quasi impossibilité de mettre en place des actions collectives.

Avant de présenter les résultats de l'enquête menée en deuxième phase d'évaluation et compte-tenu des éléments énoncés relatifs à la crise sanitaire, voici un recensement des actions qui ont malgré tout pu être mises en œuvre dans les cinq établissements.

³ OFDT, *Tabac et public en accueil-hébergement-insertion expérimentation d'un kit d'intervention sur le tabac*, Cristina Díaz-Gómez, juillet 2020.

⁴ Pasquereau A., Andler R., Arwidson P., Guignard R., Nguyen-Thanh V. (2020) *Consommation de tabac parmi les adultes : Bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2020, n°. 14, p. 273-281, Santé Publique France.

5. Les actions mises en place pour accompagner les résidents sur le tabac entre janvier et octobre 2020

Structures d'hébergement	Actions mises en place dans le cadre de TAPREOSI	Actions en attente de mise en œuvre
CHRS - ASLD, Blois (41)	- Formation de l'équipe du CHRS par une infirmière du CAARUD diplômée d'un DU de tabacologie. - Un temps de collation avec les résidents.	- Des séances de sophrologie. - Des séances de cinéma. - Des formations de résidents avec présentation de données épidémiologiques et médicales sur les dangers du tabac.
Hôtel Social - AAHJ, Strasbourg (67)	- Le mois sans tabac a été mis en place en s'inspirant d'autres binômes de structures.	- Des actions en plein-air.
CHRS Oppelia les Buissonnets, Bures-sur-Yvette (91)	- Partenariat avec une entreprise de vapotage pour avoir des produits à prix coutant.	- Une session portant sur la santé et spécifiquement le bien-être en proposant plusieurs ateliers autour de la nourriture, la relaxation, le sommeil. - Des sessions orientées sur l'évaluation des consommations et sur le projet vapotage.
CHU- CHRS le Lien, Libourne (33)	- Des flyers ont été commandés sur Tabac Info Service afin d'avoir plus de visibilité auprès des résidents.	- L'invitation d'un tabacologue durant un atelier santé ou un atelier café. - Un cinéma-débat sur la cigarette.
CHRS - Association Revivre 53, Laval (53)	- Sensibilisation des professionnels du CHRS sur les méfaits du tabac par les professionnels du CSAPA.	- Un atelier budgétaire. - Un petit-déjeuner avec la participation de la structure d'addictologie.

Le contexte sanitaire a largement obéré la mise en place du kit d'intervention et notamment la tenue d'actions collectives qui sont au cœur du projet. Par conséquent, la possibilité de l'évaluation est elle aussi compromise par le déploiement très partiel du dispositif. Les actions de formation listées ont été menées avant le premier confinement, les actions en attente de mise en œuvre étaient initialement programmées au cours du reste de l'année 2020.

La deuxième phase d'évaluation du projet a néanmoins eu lieu d'octobre 2020 à mars 2021. Un second état des lieux a été réalisé avec en complément des questionnaires, un volet qualitatif composé de 19 entretiens menés auprès de professionnels référents du projet dans chaque structure d'une part, et de résidents en établissements d'hébergement d'autre part. Le but était d'obtenir des informations complémentaires aux données du questionnaire. Du fait de la crise sanitaire, les entretiens se sont déroulés par téléphone ou par visioconférence.

Concernant le volet quantitatif, le questionnaire a repris le même format que celui de la première phase afin de pouvoir réaliser des comparaisons de données. Certaines questions ont été ajoutées notamment sur la mise en place du projet et les effets du kit, d'autres ont été retirées dans un souci de simplification et de raccourcissement du temps de passation. Ils ont été administrés en ligne et au format papier auprès des référents du projet qui s'occupaient de la transmission auprès des résidents et des équipes.

6. Nombre de participants aux entretiens et questionnaires par structure lors de la seconde phase

Binômes de structures	Entretiens auprès de résidents	Entretiens auprès de professionnels	Questionnaires professionnels	Questionnaires résidents
CHRS -ASLD Blois / CAARUD VRS	0	2	0	4
Hôtel Social – AAHJ / CSAPA ALT	0	3 ⁵	2	0
CHRS Oppedia les Buissonnets / CAARUD Freessonne	1	2	4	2
CHU – CHRS le Lien / CSAPA – CEID	2	2	5	10
CHRS – Association Revivre 53 / CSAPA 53 Laval	5	2	4	10
Total	8	11	15	26

Lors de la première évaluation, 42 professionnels et 49 résidents avaient répondu à l'enquête par questionnaire.

Le nombre de personnes interrogées en deuxième phase par l'intermédiaire des questionnaires est faible, par conséquent les données qui en résultent seront présentées en effectifs bruts et non en pourcentages.

Cette seconde phase d'évaluation était très dépendante des référents locaux du projet qui devaient assurer la transmission des questionnaires et se faire les intermédiaires auprès des résidents pour que le chargé d'étude de l'OFDT puisse effectuer des entretiens. Concernant les questionnaires, ils ont été transmis en priorité aux fumeurs au sein des CHRS, ce qui représente un biais important, notamment lorsqu'on présente les chiffres sur la prévalence du tabagisme. Surtout, la comparaison des résultats des questionnaires entre les deux phases n'est pas envisageable puisque les résidents interrogés durant la deuxième phase ne sont pas ceux interrogés durant la première, cela s'explique par des échéances trop espacées en temps ainsi que par un turnover important chez les personnes hébergées et les équipes.

Ces éléments rendent l'analyse quantitative de ces données difficile bien qu'elles soient parfois mobilisables.

Il a donc été décidé de privilégier l'analyse des entretiens qualitatifs qui présentent moins de biais dans la mesure où ils consistent en des récits d'expérience qui incluent des éléments vécus de l'intervention TAPREOSI et des éléments plus larges sur les conditions de vie des personnes hébergées ainsi que sur leur consommation de tabac.

La mobilisation des établissements et des binômes a été inégale, tant et si bien que les entretiens auprès des résidents sont concentrés sur un établissement (5 sur 8) et qu'aucun résident, faute de contacts apportés au niveau local, n'a pu être interrogé en entretien dans deux des cinq établissements.

Par conséquent, au vu des limites évoquées et de la mise en place partielle du projet, les résultats de ce rapport sont à prendre avec précaution.

⁵ Une ancienne stagiaire de la structure d'hébergement a été interrogée, en plus des deux référents.

Synthèse 1

A la suite de la mise en place de politiques publiques en France, la prévalence du tabac est à la baisse dans toutes les classes d'âge et dans tous les milieux sociaux depuis 2017, néanmoins, les inégalités sociales restent très marquées puisque les personnes aux revenus les plus bas fument davantage que la population générale.

Le projet TAPREOSI vise à accompagner les personnes en situation de précarité sociale et économique sur le tabac, notamment celles accueillies dans les CHRS à travers à un travail partenarial original entre structures de l'hébergement social et structures de l'addictologie.

Pour faire suite aux réunions locales et à la première phase de l'évaluation, un kit d'intervention a été diffusé auprès des structures. L'intérêt de la deuxième phase de l'évaluation est d'en analyser ces impacts, en dépit d'un contexte sanitaire qui a largement obéré la mise en place du kit d'intervention et notamment la tenue d'actions collectives qui auraient dû se mettre en place au cours du second semestre 2020.

saut

2 Etat des lieux sur le tabac dans les CHRS

Dans cette partie, nous allons analyser les données recueillies lors de la phase 2. La consommation des personnes accueillies et leurs opinions relatives au tabac démontrent qu'il est nécessaire d'agir sur ces questions.

2.1 Une consommation caractéristique des plus précaires

Comme signalé en introduction, les personnes les plus pauvres ont une prévalence de consommation de tabac plus importante que la moyenne et quand elles sont fumeuses, leur consommation quotidienne est plus élevée.

Ces éléments se vérifient avec encore plus d'acuité auprès des résidents⁶ répondants lors de la deuxième phase. En effet, sur les 26 résidents interrogés, 22 sont fumeurs quotidiens, 1 ne fume plus (mais il l'utilise pour sa consommation de cannabis) et 3 n'ont jamais fumé.

Concernant la consommation journalière, elle est en moyenne de 18 cigarettes par jour pour les consommateurs de cigarettes industrielles et de 16 par jour pour les consommateurs de cigarettes roulées.

7. La consommation au réveil chez les résidents

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? (y compris cigarettes roulées ou tout autre produit du tabac)	Répondants
Dans les 5 premières minutes	11
Entre 6 et 30 minutes	5
Entre 31 et 60 minutes	5
Après 60 minutes	1
Vous ne fumez pas au réveil	1
Total	23

Pour ce qui est de leurs habitudes de consommation, près de la moitié des répondants fumeurs consomment du tabac dans les cinq premières minutes après leur réveil (21 sur 23 dans l'heure qui suit le réveil). Cela montre qu'en plus d'avoir une consommation importante, elle est aussi plus à risque. D'autres spécificités d'usage ont été étudiées lors de l'évaluation.

Les résidents fumeurs consomment en grande majorité des cigarettes roulées (20 sur 22), principalement pour des raisons de coût. Ainsi, quand on demande pourquoi il fume des roulées, un homme de 37 ans répond : « *c'est moins cher et ça dure plus longtemps.* »

⁶ Les données de la première phase de l'évaluation ont permis d'établir un profil sociodémographique des résidents qui sont majoritairement des hommes d'environ quarante ans (la médiane s'établit à 40 ans) aux revenus faibles et provenant majoritairement de prestations sociales.

La question du prix est d'ailleurs très présente dans le choix du type de tabac à rouler et explique parfois des phénomènes de report vers d'autres produits du tabac, par exemple l'orientation vers un tabac de premier prix qui n'est pas toujours destiné à être roulé en cigarettes : « *alors ça s'appelle Stanley*, [Demande à son voisin « c'est quoi c'est du tabac à pipe ? » son voisin répond « oui »] *c'est du tabac à pipe, ouais c'est du tabac à pipe, c'est 5€. C'est un paquet rouge, c'est encore une question de coût* » Résident de 45 ans.

En miroir, les difficultés financières des résidents expliquent les phénomènes de réciprocité des échanges de cigarettes entre fumeurs. Les professionnels remarquent que pour faire face à des difficultés d'approvisionnement, les résidents fumeurs s'organisent entre eux pour pouvoir se procurer du tabac lorsqu'ils n'en ont pas : « *ils se sont identifiés, ils savent qui fume et qui ne fume pas. Du coup j'entends, tout le temps « tu peux me filer une clope, je te la rendrai » c'est un peu comme ça que ça fonctionne aussi.* » Professionnelle de CHRS.

Après avoir constaté que la consommation chez les résidents est importante, on peut s'interroger sur les raisons qui expliquent cette situation. Les éléments collectés sont cohérents avec la littérature existante. L'ouvrage de Patrick Peretti-Watel *La cigarette du pauvre, Enquête auprès des fumeurs en situation précaire* nous donne des pistes explicatives de la consommation des personnes précaires :

- Dans un premier temps, la minimisation des risques chez ces personnes qui s'est retrouvée lors des entretiens, notamment chez les plus jeunes : « *Ouais ça peut être dangereux à certains moments. Pour l'instant, moi pour l'instant, je n'ai rien et s'il n'y a pas vraiment de choses qui me fait ouvrir les yeux comme quoi « ouais faut que j'arrête de fumer » tout ça pour l'instant...* » Résident âgé de 21 ans.
- C'est un public qui vit à court terme, ce que Patrick Peretti-Watel appelle la « myopie temporelle ». Le tabac n'apparaît pas comme une priorité pour les personnes qui doivent faire face à des difficultés sociales et économiques importantes, les questions de santé sont reléguées au second plan de leurs préoccupations. C'est aussi pour cette raison que les messages de prévention invitant les consommateurs à se soucier des conséquences sanitaires du tabac sur le long terme ne trouvent que peu d'échos chez les fumeurs en situation de précarité. Quand on demande à un résident âgé de 36 ans pourquoi il ne souhaiterait pas d'un accompagnement sur l'arrêt du tabac, il répond : « *parce que j'ai d'autres chats à fouetter comme on peut dire, je m'occupe d'autres choses donc voilà.* »
- Par ailleurs, le tabac permet selon les fumeurs interrogés, de lutter contre le stress, l'ennui⁷ et joue le rôle de calmant : « *dans un contexte où on s'ennuie et où on n'a pas grand chose à faire, on a tendance à fumer beaucoup plus que si on est occupé et qu'on peut aller à l'extérieur, notamment avec le COVID là ça limite aussi.* » Résident de 36 ans.

Consommation de tabac et activité professionnelle ou de formation sont liées et sont susceptibles d'expliquer des variations dans les usages de certaines personnes, par exemple, à l'occasion d'une perte d'emploi ou d'une fin de période de formation. C'est le cas de cette résidente de 49 ans qui explique pourquoi elle fume davantage au moment de l'entretien : « *j'étais en formation et je fumais moins. Je fumais quoi ? deux*

⁷ 74% des fumeurs ayant augmenté leur consommation durant le premier confinement de 2020, ont invoqué l'ennui et le manque d'activité. Source : *CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19*, Santé Publique France, Synthèse vague 2 (30 mars-1^{er} avril 2020).

cigarettes le matin à la pause, puis après, entre midi et deux, 2 ou 3, puis une à la pause aussi, et après le soir je fumais plus [davantage] car je n'avais rien d'autre à faire. Dès que la formation était finie j'ai recommencé à fumer plus. »

- L'ancrage des habitudes de consommation dans le quotidien est profond, cela se vérifie dans plusieurs entretiens : *« ça fait tellement longtemps, d'années, que je fume que c'est devenu une habitude. »* Résident de 37 ans.
La même personne hébergée fait aussi part d'une habitude ritualisée et associée à un autre produit, ce qui augmente la difficulté de s'en passer : *« le matin s'il n'y a pas la cigarette et le café, ça ne va pas quoi. »*
- La socialisation primaire au tabac et la fonction de l'entourage concourent à des niveaux élevés de consommation. Grandir dans un environnement avec des fumeurs va augmenter les chances de commencer à consommer. Quand on demande à un résident de 40 ans comment il a commencé à fumer : *« c'est un peu tout le monde, le fait de côtoyer d'autres gens qui fument, la famille qui fume. En fait c'est le fait de côtoyer, beaucoup de gens qui fument et on tombe dedans. »* Les résidents vivant au sein d'un entourage où les fumeurs sont surreprésentés vont donc être plus exposés. En plus de favoriser l'entrée dans la consommation, l'entourage peut aussi avoir un rôle néfaste pour l'arrêt puisqu'il est difficile d'arrêter individuellement. Cet effet de l'environnement proche se retrouve au-delà de la famille et de l'entrée dans la consommation et est identifié par certains comme la plus grosse barrière liée à l'arrêt : *« pour moi ce qui peut empêcher d'arrêter c'est l'entourage. L'entourage, les gens qui fument autour de nous, c'est trop de tentations, ouais. »* Résident de 45 ans.
- Dans le cas spécifique des CHRS, il faut aussi prendre en compte le genre des personnes hébergées pour comprendre cette consommation importante, puisque les hommes sont très majoritaires dans les effectifs (les hommes ont une prévalence tabagique supérieure aux femmes) : sur les 26 résidents interrogés par questionnaire 21 sont des hommes.

2.2 Les opinions sur le tabac

Les opinions sur le tabac sont un des aspects à travailler puisqu'elles sont indissociables de la consommation.

En comparant les données de la première et de la deuxième phase de l'évaluation du projet sur la dangerosité du tabac (recueillies auprès des résidents d'une part et des professionnels d'autre part), on remarque que le produit est perçu comme étant plus dangereux par les professionnels d'une phase à l'autre. Les uns et les autres évaluent des seuils de dangerosité éloignés : les résidents estiment qu'il devient dangereux de fumer à partir de 8 cigarettes par jour, contre 2 pour les professionnels.

La question de la dangerosité du tabac revient davantage chez les professionnels que chez les personnes hébergées quand on les questionne sur leur opinion sur le tabac.

En effet, sur 21 résidents répondants, 15 mettent en avant les aspects négatifs liés au tabac (produit dangereux, cher et qui rend dépendant), dont 2 qui pensent que consommer du tabac est nocif mais permet aussi de se détendre, quatre ont abordé les aspects positifs et deux la liberté individuelle. Tandis que parmi les 13 répondants professionnels, ils sont 11 à mettre en avant les aspects négatifs liés au tabac (produit dangereux et qui rend dépendant) ; un seul

professionnel met en avant le fait que le produit permet d'établir des sociabilités en plus d'être dangereux ; deux autres ont également abordé la question de la Réduction des risques et des dommages qui ne serait pas assez développée.

8. *Tableau reprenant les opinions des résidents sur le tabac*

A propos du tabac, quelle est votre opinion personnelle ?	
<p style="text-align: center;"><u>Dangereux pour la santé</u></p> <p>« Le tabac est un produit qui tue. Le tabac naturel est un meilleur produit que le tabac chimique. Toutes les entreprises qui s'enrichissent sur la vente du tabac doivent être fermées. » Résident de 46 ans.</p> <p>« C'est dangereux pour la santé car le tabac est à l'origine de nombreuses maladies (cancer bronchite...). » Résident de 31 ans.</p>	<p style="text-align: center;"><u>C'est couteux</u></p> <p>« Le tabac est dangereux pour la santé et revient très cher. » Résident de 48 ans.</p> <p>« Le tabac c'est vrai que c'est cher. » Résident de 21 ans.</p>
<p style="text-align: center;"><u>Plaisir, aspects positifs liés à la consommation</u></p> <p>« C'est un plaisir de fumer. » Résident de 41 ans</p> <p>« C'est dangereux mais je comprends aussi qu'on puisse en avoir besoin (détendre les nerfs, stress). » Résidente de 50 ans.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Liberté de fumer</u></p> <p>« Chacun fait comme il veut. » Résident de 34 ans.</p> <p>« La liberté de chacun doit être respectée. » Résident de 36 ans.</p>

9. Tableau reprenant les opinions des professionnels sur le tabac

A propos du tabac, quelle est votre opinion personnelle ?	
<u>Dangereux pour la santé et addictif</u>	<u>C'est couteux</u>
« Je trouve ça dangereux et emprisonnant pour la vie. » Professionnelle de CHRS. « C'est une drogue. » Professionnelle de CHRS.	« C'est mauvais pour la santé et le budget. » Professionnelle de CHRS. « Ni bon, ni saint, puanteur, absence pécuniaire. » Professionnelle de CHRS.
<u>Outil de socialisation</u>	<u>Il faut axer le travail sur la Réduction des Risques</u>
« C'est un outil de socialisation important, mais je sais qu'elle me fait du mal aussi en même temps.... C'est une vraie dépendance. » Professionnel de CHRS.	« Pas assez de réduction des risques, le focus sur l'arrêt n'est pas toujours la solution. » Professionnel de CHRS. « Il est important de sensibiliser davantage la RDR tabac et l'accompagnement car la demande d'arrêter de fumer est rarement formulée. » Professionnel de CHRS.

La minimisation par les personnes hébergées des dangers liés à la consommation de tabac a été vérifiée dans les entretiens à travers trois arguments :

- En mettant en avant le fait qu'on n'est pas un gros fumeur. Ainsi, pour un homme de 21 ans qui fume une dizaine de cigarettes roulées par jour : « *je ne me sens pas comme un gros consommateur, quand j'en vois qu'il y en a qui fument 2 paquets par jour...* »
- En recourant à des approximations ou des fausses informations sur les risques liés à l'apparition de certaines maladies comme le cancer : « *mais après moi j'ai une opinion aussi il y en a qui ne fument jamais de leur vie et qui meurent d'un cancer du poumon. Mais c'est vrai que ça accentue le fait de fumer. On ne va pas rentrer dans les débats.* » Résident de 36 ans.
- Si on est fumeur depuis très longtemps, l'arrêt n'entraînerait pas d'effets notables, une consommation ancrée dans le temps serait irréversible. Pour cet homme de 45 ans qui fume depuis l'âge de 15 ans et ne souhaite pas arrêter/diminuer : « *voilà je me dis j'ai fumé, j'ai fumé, maintenant c'est trop tard, une fois que c'est fait, c'est fait.* »

Les données obtenues à l'occasion de l'évaluation du projet TAPREOSI sont en adéquation avec les résultats de l'étude sur la perception des risques liées à la consommation de tabac mise en place dans le cadre du Baromètre Cancer 2015⁸.

⁸ Pasquereau A, Deutsch A, Richard JB, Guignard R, Andler R, Estaquio C. (2019) *Tabac et cancer. Perception des risques en 2015 et évolutions récentes*. Baromètre cancer 2015. Saint Maurice : Santé publique France, 18 p.

En effet, pour 34% des Français fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et longtemps, ce qui coïncide avec l'euphémisation et la minimisation des risques. De plus, les seuils de dangerosité sont des marqueurs des inégalités sociales, c'est parmi les personnes les plus défavorisées que le tabac est davantage perçu comme étant moins dangereux.

Outre l'opinion sur le tabac qui est un frein à l'arrêt, les résidents ont un manque de connaissances globales. En effet, la majeure partie des hébergés ne sait pas comment s'y prendre pour limiter leurs consommations, un accompagnement devrait leur permettre de répondre à leurs interrogations : *« je suis conscient que c'est quand même assez dangereux pour la santé, mais dans l'immédiat, je vois pas trop comment arrêter complètement, diminuer ça me paraît possible, mais arrêter ça va être difficile. »* (Résident de 47 ans) *« Oui ce serait bien mais bon, je sais pas comment arrêter. »* (Résidente de 49 ans).

Le rejet de l'aide médicale pour diminuer sa consommation n'est pas spécifique au public précaire puisque dans leur globalité, les fumeurs ont tendance à ne pas l'utiliser pour des raisons de coût, de manque de sensibilisation et de mise en avant de leur responsabilité personnelle.⁹

Les personnes hébergées semblent peu concernées par les traitements nicotiques de substitution (TNS). Quand on l'interroge sur les TNS, un résident âgé de 37 ans nous a fait part de son manque d'intérêt pour ces derniers : *« je connais un peu les produits car ma mère avait essayé mais sinon non ça ne m'a jamais trop intéressé non plus. »*

Ce désintérêt peut s'expliquer par un manque de connaissances qui a été remarqué dans les structures : *« moi je me suis rendu compte qu'il y avait une très mauvaise voire pas du tout de connaissance sur les TNS, dans l'esprit des gens c'est quelque chose de plus dangereux encore que la cigarette, la cigarette on va dire qu'ils connaissent donc ils restent un peu là-dessus. »* Professionnel de CHRS.

Les quelques personnes hébergées ayant essayé ces traitements ont connu des échecs liés à leur usage, ce qui renforce la nécessité d'agir sur cette aide : *« moi, les patchs ça n'a pas fonctionné, alors je sais que ça marche par rapport au poids aussi, le poids, la taille mais moi personnellement j'ai essayé deux sortes de patchs ça n'a pas fonctionné. J'ai même essayé les chewing-gums ça n'a pas fonctionné du tout. J'avais commencé avec la cigarette électronique ça avait bien fonctionné, sauf que ça m'avait engendré des douleurs à l'estomac, donc acidité tout ça donc j'ai arrêté. »* Résident de 40 ans.

Par ailleurs, c'est aussi le cas pour la cigarette électronique, les résidents l'ayant essayé sont peu nombreux et certains pensent qu'elle est aussi (voire plus) dangereuse que le tabac : *« je crois que c'est plus dangereux la cigarette électronique que le tabac, soi-disant, j'ai écouté. »* Résidente de 49 ans.

Néanmoins, le souhait d'arrêter ou de diminuer la consommation est bien présent chez les résidents. Cela se traduit par une adhésion majoritaire à la mise en place d'un accompagnement auquel les personnes interrogées souhaitent participer à travers des ateliers.

Certains ont même déjà diminué leur consommation, c'est le cas d'un résident de 37 ans qui est par exemple passé de quatre à cinq cigarettes par heure à deux. D'autres ont aussi essayé de diminuer/arrêter le tabac mais sans forcément de succès : sur 18 fumeurs répondants, 9 ont essayé de diminuer et 8 d'arrêter avant la phase 2 de l'évaluation du projet.

⁹ Smith AL, Carter SM, Chapman S (2015). *Why do smokers try to quit without medication or counselling? A qualitative study with ex-smokers.* BMJ Open.

Synthèse 2

Les opinions et la consommation de tabac chez les résidents montrent un besoin d'accompagnement. En effet, ils ont des perceptions des dangers de la consommation de tabac qui sont moins négatives que celles des professionnels, plusieurs éléments viennent confirmer une minimisation de la dangerosité liée au tabac, ce qui peut expliquer leur haut niveau de consommation.

Toutefois l'envie d'arrêter ou de diminuer sa consommation est bien présente chez ces derniers, il s'agit d'un souhait pour bon nombre d'entre eux et la majorité souhaite participer aux actions du projet TAPREOSI ou d'autres actions visant à l'arrêt du tabac.

3 La mise en place de TAPREOSI et ses effets

Malgré la mise en place du projet, la consommation de tabac chez les résidents reste élevée. Toutefois, il y a eu des retombées perceptibles dans les structures, alors même que les établissements d'hébergement font face à des difficultés pour agir sur le tabac. Cela s'explique par les axes de travail globaux qui permettent un bon accompagnement.

3.1 Agir sur le tabac : Quelles difficultés ?

Dans les structures d'hébergement, la lutte contre le tabac n'est pas toujours inscrite à l'agenda des activités ou tout simplement prise en compte pour plusieurs raisons :

- Les publics hébergés sont souvent poly-consommateurs (notamment d'alcool). Dans ces contextes, le tabac serait la drogue la moins nuisible pour la réinsertion sociale des résidents, qui est le premier objectif des établissements d'hébergement. Les professionnels vont donc davantage travailler sur l'alcool et les drogues illicites : *« franchement [ce n'est pas] la priorité on a des addictions qui handicapent plus le quotidien, donc c'est vraiment sur celle-là qu'on va axer. Voilà s'il y a un travail qui se fait une orientation vers la structure d'addictologie qui se fait, ça ne va pas être sur le tabagisme, ça va être sur des consommations plus handicapantes »* Un professionnel de CHRS.
- Pour certains professionnels, c'est le statut du tabac et de la cigarette dans la société française en général qui limitent la possibilité d'intervenir : *« en France, c'est tellement commun, c'est quelque chose de tellement admis, il y a tellement de monde qui fume. »* Professionnelle de CHRS.
- Agir sur le tabac apparaît également difficile du fait de la multiplication d'actions thématiques et séparées en direction de résidents qui ne sont pas toujours pensées en articulation les unes avec les autres : *« on essaye de dissocier les projets, mais on ne peut pas scinder la personne. On a des projets qui s'articulent et qui se complètent, il ne faut pas qu'ils soient scindés. Et après nous on expérimente sur ces dispositifs spécifiques, comment on peut faire pour que tout ça, ça s'articule et puis pour ne pas scinder la personne. »* Professionnel d'une structure d'addictologie.
- La crise sanitaire et ses incidences sur les modalités de la vie en général et du fonctionnement des établissements en particulier ont été une difficulté majeure car elle a entraîné une impossibilité de mettre en place des actions collectives, le kit n'a pas pu totalement être testé puisqu'il reposait notamment sur leur tenue. A l'heure actuelle, les structures sont dépendantes des évolutions liées à la pandémie : *« tant qu'il y a ce contexte sanitaire, on ne va pas pouvoir le mettre en place. »* Professionnelle de CHRS.

3.2 Les axes de travail du projet et leurs perceptions par les professionnels

Le projet TAPREOSI vise à travailler sur différents éléments pour arrêter ou diminuer la consommation et faire évoluer les perceptions sur le tabac :

- L'entourage ayant un rôle prépondérant dans la consommation, **mettre en place des ateliers collectifs** peut créer une dynamique de groupe : *« je pense que c'est intéressant de voir au niveau du groupe, car il y en a beaucoup qui fument et je pense que le niveau groupe ça permet de tous faire l'effort s'ils veulent aller vers une baisse de la consommation »* Professionnelle de CHRS.
- **La question du coût est susceptible d'être un levier important** à investir avec la mise en place d'ateliers budget. L'aspect financier à travers les entretiens et les questionnaires apparaît comme étant le point central pour diminuer ou arrêter et cela se ressent chez les professionnels : *« je n'ai jamais senti que c'était un argument le côté santé, mais le côté voilà argent tout simplement, car c'est une économie, parfois quand ils se rendent compte qu'ils ont fumé 10 000 cigarettes dans l'année ça leur fait quand même un peu tilt. »* Professionnel de CHRS.
- Même si ce professionnel ne pense pas que la prévention des dommages sur la santé est un argument suffisant auprès des personnes hébergées, c'est un levier sur lequel s'appuie TAPREOSI à travers **la mise en œuvre des ateliers santé** et c'est un véritable argument notamment chez certains résidents : *« ça reste un produit dangereux donc bien sûr faut se remettre en question par rapport à ça. »* Résident de 40 ans.
- **Les discussions informelles** sont mises en avant dans le kit d'intervention. Malgré le fait que certains résidents ne souhaitaient pas participer à des ateliers dédiés à la question du tabac, les entretiens indiquent qu'ils sont tous ouverts à l'échange sur le tabac, les discussions informelles permettent d'attirer l'attention des personnes ne participant pas à des actions collectives. De plus, quand on est dans l'impossibilité de mettre en œuvre des actions collectives, elles peuvent être une solution, qui plus largement pourrait être articulée avec une recherche de l'inscription de la prévention du tabagisme dans le quotidien de la vie résidentielle.
- L'intérêt de **mettre en place des activités pour lutter contre l'ennui et le stress** est régulièrement revenu dans les propos des résidents. Ces activités sont aussi un bon moyen de parler du tabac car le moment est plus propice à la discussion : *« en fait c'est via le fait qu'il y ait une randonnée, du coup on parle de la condition physique, du coup on parle des addictions, du coup on parle du tabac, car c'est ce qui est le plus direct et on peut parler d'autres choses mais c'est le moment d'en parler ; ici, dans la structure, les croiser au coin fumeur et leur parler du tabac... c'est pas du tout le moment. »* Professionnel de CHRS.
- **Apporter des connaissances aux professionnels de l'hébergement** qui sont rarement formés sur ces enjeux car le tabac n'est pas le cœur de leur métier : *« ça m'a permis effectivement d'avoir une meilleure connaissance, après clairement, je pense que c'est à chaque professionnel d'aller un peu chercher et de faire des formations un peu approfondies. »* Professionnelle de CHRS.

3.3 Les effets positifs relevés

3.3.1 Le tabagisme est devenu un enjeu d'action

Dans un premier temps, le projet a eu le mérite de faire parler du tabac dans les établissements : *« on est submergé par les questions et notamment sur les autres produits toxiques. On se focalise plus sur les produits illicites et l'alcool. Au final, le tabac était banalisé. »* Professionnel de CHRS.

La grande majorité des professionnels interrogés a abordé le sujet du tabac avec des résidents, on retrouve une nouvelle fois l'idée que le projet a eu la vertu d'inscrire la question du tabac parmi les préoccupations à avoir sur la santé des résidents et a permis la discussion dans les structures : 14 des 15 professionnels répondants au questionnaire ont parlé du tabac avec des résidents.

Le fait de lancer des discussions informelles permet aux hébergés de prendre conscience de leur consommation, c'est donc important de les mettre en avant : *« mais du coup il y avait vraiment cette idée où j'essayais de discuter avec eux de combien de fois ils fumaient par jour, est-ce qu'ils avaient déjà essayé d'arrêter ? Combien de temps ? Puis il y a une ou deux personnes elles m'ont dit « bah je vais essayer quand même d'arrêter un petit peu » »* Professionnelle de CHRS.

Les équipes ont pu en parler assez librement, bien que cela nécessite de le faire avec tact : *« globalement ils ne se braquent pas car on n'aborde pas ça comme une injonction, on est plutôt là dans de la sensibilisation et de la prise de conscience. »* Professionnelle de CHRS.

3.3.2 Des professionnels de l'hébergement sensibilisés à la lutte contre le tabagisme

Les professionnels étant en première ligne auprès de ce public précaire, le kit d'intervention s'adresse à eux. En effet, il est vu comme un outil à leur disposition contenant des possibles actions à mettre en place par les équipes.

Ainsi, les professionnels de CHRS ont pu être sensibilisés sur les enjeux liés au tabac : *« ça a eu le mérite de nous sensibiliser un peu nous les référents sociaux, les éducateurs, les intervenants, ça nous a un peu permis de nous sensibiliser sur cette approche car on était pris sur autres choses au sein de nos structures et on s'en est rendu compte, vraiment. »* Professionnel de CHRS.

De plus, pour deux des cinq binômes de structures, les professionnels de l'hébergement ont été formés par ceux de l'addictologie. Ce transfert de connaissances est en soi très intéressant et devrait être valorisé à l'avenir car ses effets peuvent être de long terme : *« les retours que j'en ai eu c'était quelque chose de plutôt agréable, dans l'échange et qui ont permis d'avoir des connaissances peut-être un peu plus poussées, scientifiques, alors scientifiques ce n'est pas vraiment le terme, un peu plus élaborées que ce que nous on peut connaître sur le tabac et les substances que contiennent une cigarette. »* Professionnelle de CHRS.

Cette connaissance, plus importante et mieux assise sur des savoirs éprouvés, a sûrement accru la légitimité et notamment les possibilités d'entamer des conversations informelles avec les résidents : *« Je pense qu'ils s'en servent. Je pense qu'il y a plus de sensibilisation, je ne sais pas si c'est lié à l'intervention des professionnels du CSAPA vers le CHRS ou si c'est simplement lié à TAPREOSI, parce qu'on en parle davantage que ce qu'on en parlait précédemment »* Professionnelle de CHRS.

Le projet a véritablement amélioré les relations entre les structures d'addictologie et d'hébergement. Tous les professionnels interrogés ont relevé que le travail partenarial était très intéressant et permettait un véritable échange sur les manières de faire : « *Et ça nous a permis de connaître les collègues de ALT [ALT est la structure d'addictologie], un peu mieux aussi ça c'était sympa, même si ça reste à développer, voilà.* » Professionnel de CHRS.

Après la phase 2 du projet, les équipes des structures d'hébergement se sentent donc plus à l'aise avec l'idée d'évoquer avec des fumeurs hébergés la possibilité d'arrêter de fumer ou de diminuer leur consommation. L'analyse des résultats de la question suivante confirme ce qui est recueilli dans les entretiens.

10. Comparaison sur la possibilité pour les professionnels d'évoquer avec les fumeurs hébergés la possibilité d'arrêter de fumer ou de diminuer leurs consommations

Evoquer avec des fumeurs hébergés dans votre structure la possibilité d'arrêter de fumer ou de diminuer leurs consommations vous paraît...	Phase 1	Phase 2
Très facile	6	9
Plutôt Facile	19	4
Plutôt Difficile	9	1
Difficile	5	1
Non renseigné	3	0
Total	42	15

Les effectifs sont faibles et déséquilibrés entre les deux phases. Une majorité exprime une aisance à aborder la question du tabagisme avec les hébergés dans les deux phases mais la proportion en phase 2 est plus importante (13 sur 15 en deuxième phase contre 25 sur 42 en première) et la modalité « très facile » est devenue majoritaire à elle seule.

11. Comparaison sur le sentiment d'être en capacité d'accompagner les fumeurs hébergés

Avez-vous le sentiment d'être en capacité de les accompagner dans des bonnes conditions pour que leur projet d'arrêt puisse aboutir ?	Phase 1	Phase 2
Oui	15	7
Non	20	8
Non renseigné	7	0
Total	42	15

Ils sont aussi près de la moitié à se sentir en capacité de les accompagner durant la deuxième phase (7 sur 15), on peut constater des avis moins indécis sur la question, très probablement parce que les professionnels se sentent mieux informés qu'en première phase.

3.3.3 Des actions mises en place grâce à TAPREOSI

En conséquence du contexte sanitaire, peu d'actions collectives ont pu être mises en place (cf. tableau p. 9), néanmoins certaines ont eu lieu avant le confinement de mars 2020 et quelques autres moins dépendantes des restrictions sanitaires.

Pour l'Hôtel Social – AAHJ, TAPREOSI fut l'opportunité de se saisir du *Mois Sans Tabac* qui sera décliné chaque année, si la situation le permet : « *point positif c'était que ça a permis beaucoup d'interactions au sein de la structure avec les personnes hébergées donc ça c'était chouette. Autant au début ça nous a permis de nous inscrire sur le Mois Sans Tabac de manière pérenne, ça s'est ritualisé dans l'année.* » Professionnel de CHRS.

Avoir fait du tabac un enjeu au sein des établissements d'hébergement a permis aux structures de s'approprier différemment le sujet. Le CHRS Oppelia les Buissonnets a par exemple conclu un partenariat avec une société de vapotage dans le but d'obtenir des produits à prix coutant : « *Le projet TAPREOSI c'est une rencontre avec un magasin qui s'appelle XXX, un magasin de vapotage qui s'est hyper investi du coup car lui aussi avait une responsabilité sociale dans l'accompagnement des personnes qui veulent arrêter de fumer.* » Professionnelle de CHRS.

Il y a aussi eu la formation de professionnels de l'hébergement par des équipes de l'addictologie qui a concerné deux des cinq binômes : le CHRS - Association Revivre 53 en partenariat avec le CSAPA 53 Laval et le CHRS - ASLD Blois avec le CAARUD VRS.

Le CHRS - ASLD de Blois est le seul établissement à avoir effectué un atelier collectif TAPREOSI à destination des résidents, en l'occurrence un temps de collation. Ce moment d'échanges a été investi par les résidents présents¹⁰, des idées ont été proposées par ces derniers : « *Un temps de collation, un moment d'échange, pas que sur le tabac, le but est aussi d'investir les résidents. La sophrologie va être mise en place grâce au café car l'idée y a été émise à ce moment. Et troisième idée, il fallait dire les dangers du tabac donc donner les bonnes informations.* » Professionnel de l'addictologie. Même si l'atelier a ouvert certaines portes et fût intéressant, il est difficile d'en tirer des conclusions car les professionnels n'attendent que d'essayer réellement le kit d'intervention et de le mettre en place. Quand un professionnel de l'hébergement exprime ce qu'il pense du projet et des ateliers proposés, il répond comme toutes les professionnels interrogés que « *l'idée c'est de le tester.* »

Synthèse 3

Malgré des difficultés à agir sur le tabac dans les établissements d'accueil, en travaillant sur divers aspects, la mise en place du projet TAPREOSI a eu des retombées positives chez les professionnels et sur leur légitimité à agir.

Le projet a surtout permis d'inscrire le tabac parmi les discussions dans les établissements d'accueil alors que ce n'était pas forcément un sujet de préoccupation.

De plus, la logique partenariale entre les structures est très intéressante, en perdurant elle permettra de mieux accompagner les résidents et d'améliorer les connaissances des équipes. Toutefois, il est difficile d'évaluer l'impact des actions mises en place car la crise sanitaire a largement obéré le déroulement du projet.

¹⁰ Six résidents étaient présents, pour cette structure qui en accueille une vingtaine.

4 Les pistes d'amélioration du projet

L'évaluation a mis en évidence les retombées positives du projet, toutefois les entretiens avec les résidents et les professionnels montrent que certains points pourraient être améliorés.

4.1 Aller vers un projet plus court, plus intense, mieux identifié

La question de la temporalité est le premier axe d'amélioration pour les professionnels. En effet, le projet a une durée de 2 ans¹¹, ce qui semble trop long au regard du turnover important chez les personnes hébergées, ces derniers restent en effet rarement plus d'un an dans les établissements (les résidents qui ont répondu aux questionnaires sont présents dans la structure depuis environ 6 mois en moyenne.)

Réduire la durée du projet et le rendre plus intense est une première piste d'ajustement : « *Donc quelque chose de plus intense, de plus direct aussi, si on était allé plus vite à l'essentiel, moi je trouve qu'on a perdu beaucoup de temps* » Professionnel de CHRS.

La temporalité de deux ans, jugée comme trop longue par plusieurs professionnels, s'est ressentie dans l'évaluation, au sens où les équipes semblent s'être partiellement dessaisies du sujet, cette relative démobilisation s'explique aussi sans doute par l'épuisement professionnel lié à la crise. Lors de prises de contact avec les établissements, certains ont clairement annoncé que la durée du projet avait entraîné un essoufflement et ne permettait pas de correctement impliquer les équipes ainsi que les résidents.

12. Comparaison entre le nombre de répondants aux questionnaires

	Phase 1	Phase 2
Nombre de résidents ayant répondu au questionnaire	49	26
Nombre de professionnels ayant répondu au questionnaire	42	15

La comparaison des effectifs de répondants aux questionnaires entre la phase 1 et la phase 2 atteste d'un moindre intérêt pour le projet qui a été renforcé par la crise sanitaire du fait des limites qu'elle a imposées aux actions collectives. « *Depuis le premier confinement ils ont dû arrêter la dimension collective, et les résidents se sont recroquevillés dans leurs chambres. Puis entre les deux vagues ils ont réouvert des espaces collectifs. Toutefois on n'est pas dans des conditions habituelles, et même lors du self [cantine] on a dû réduire le nombre de personnes. Mais, il faut de la régularité sur ces questions.* » Professionnel de l'addictologie.

Réduire la durée du projet permettrait de mieux l'ajuster à la temporalité des séjours d'accueil, mais impliquerait un programme plus intense et régulier.

L'identification du projet par les résidents était inexistante ou vague en deuxième phase (beaucoup de résidents n'ont pas connaissance de TAPREOSI), principalement parce que la crise sanitaire n'a pas permis la régularité attendue des actions. Ajouter des affichages dans les CHRS permettrait de renforcer l'identification du projet.

¹¹ L'expérimentation du kit d'intervention a été prolongée de 4 mois, augmentant la durée du projet

4.2 Imaginer des outils plus adaptés pour les résidents

Les professionnels s'attendaient à un kit qui s'adresse aussi aux résidents avec des éléments pratiques et peut-être moins un document de transmission de connaissances aux seuls professionnels.

Ainsi ce qui émerge, c'est de conserver un kit à destination des équipes tout en ajoutant des outils qui pourront directement être utilisés par les personnes hébergées : *« ça peut prêter à confusion le terme kit car on attend tous des petites mallettes avec des traitements de substitution, peut-être une vapote et puis un ou deux outils de communication. Après l'idée du kit elle est pas du tout là, elle est vraiment de mettre en place un peu un dispositif, des choses qui marchent, des pistes pour pouvoir avoir vraiment des interventions qui peuvent être mises en place autour du tabac dans les structures d'hébergement »* Professionnel d'une structure d'addictologie.

L'idée de transmettre des jeux/activités ludiques a par exemple été évoquée : *« Moi je sais que quand j'ai rencontré la Ligue contre le cancer et là-bas effectivement il y a des choses plus ludiques, des anti-stress rigolos pour voilà s'occuper les doigts, le temps de pas fumer une clope, par exemple ça, ça aurait pu être une idée. »* Professionnelle d'une structure d'addictologie.

Si la durée du projet était revue, il apparaît nécessaire de concevoir des outils plus opérationnels afin de gagner du temps en limitant la phase d'appropriation.

Le renforcement de la réduction des risques et des dommages (RDRD) dans le projet est revenu fréquemment : *« c'est vrai que nous on a un peu critiqué dans les étapes du guide que ce soit une approche RDR qui ne soit pas assez développée et qui soit trop arrêt du tabac, ça on le pense vraiment quoi. Il ne faut pas opposer l'un et l'autre d'ailleurs mais c'est évident que les stratégies sont différentes en fonction des gens où ils en sont et qu'il faut avoir une ouverture par rapport à tout ça et puis aussi l'enseignement que nous on a eu. »* Professionnel de l'addictologie.

Toutefois, les derniers ajustements du kit d'intervention qui ont eu lieu après cet entretien, intègre mieux une approche de RDRD.

4.3 Un accompagnement plus individualisé en réponse à la crise sanitaire

Pour faire face à la crise sanitaire, un accompagnement encore plus individualisé peut être une solution quand les actions collectives ne sont pas possibles. Le CHRS Ompelia les Buissonnets va mettre en place ce nouveau format : *« Donc là actuellement on a 3 résidentes qui sont fumeuses on va passer d'un accompagnement collectif à un accompagnement individuel parce que la situation sanitaire ne s'arrange pas. »* Professionnelle de CHRS.

Toutefois passer à un accompagnement individualisé centré sur le tabac est compliqué à mettre en place car plus couteux en temps : *« exclusivement sur le tabac, non, ça voilà non, franchement la priorité on a des addictions qui handicapent plus le quotidien, donc c'est vraiment sur celles-là qu'on va axer, voilà s'il y a un travail qui se fait une orientation vers l'addictologie qui se fait, ça ne va pas être que sur le tabagisme, ça va être sur des consommations plus handicapantes, nous ce qu'on fait au sein de la structure c'est de l'orientation-diagnostic, l'idée est de les stabiliser dans d'autres structures. »* Professionnel de CHRS.

D'autres préoccupations sont prioritaires pour les professionnels (réinsertion sociale, prévention des drogues illicites ...) mais l'accompagnement sur le tabac peut faire partie d'un accompagnement plus global centré sur les risques et les dommages de l'usage de substances psychoactives.

4.4 Dans le cadre d'une diffusion globale

Le projet TAPREOSI a été assez partiellement mis en place par cinq binômes de structures dans cinq CHRS. Toutefois dans l'hypothèse d'un déploiement plus large et systématisé, plusieurs actions faciliteraient la démarche.

Dans un premier temps, une meilleure accessibilité des outils du projet peut passer par la création d'une banque de données et d'outils en ligne. Ainsi, les structures pourraient **se saisir du projet de manière autonome, graduelle et adaptée à la capacité de travail des équipes** : celles qui voudraient avoir des informations sur le tabac sans s'impliquer plus profondément dans le projet pourrait y effectuer leurs recherches. Cela renforcerait aussi l'aspect ludique : *« je verrais bien un site internet, qu'il y ait quelque chose qui reste de TAPREOSI, où tu vas cliquer pour retrouver des outils qui seraient expliqués par exemple, un mode d'emploi pour tel atelier, ouais qui reste quelque chose. »* Professionnel d'une structure d'addictologie.

Dans un second temps, **un partenariat systématique et renforcé entre les structures d'addictologie et d'hébergement semble nécessaire**. Dans le cadre des structures participantes, elles travaillaient déjà ensemble avant le projet mais il pourrait y avoir des difficultés lorsqu'elles ne se connaissent pas. Pour anticiper et parer ce problème, la tenue d'un premier temps d'échanges entre professionnels serait bienvenu : *« Pour des structures qui se connaissent pas du tout, ça peut être bien d'avoir un temps de rencontre en amont, peut-être de bien noter dans le guide, et d'avoir des temps de sensibilisation avant, donc je me dis que pour des structures qui ne se connaissent pas avoir un temps de sensibilisation voir de formation pour se connaître entre professionnels, être sur un discours cohérent et commun sur la présentation, sur la posture professionnelle. »* Professionnelle d'une structure d'addictologie.

Enfin, **intégrer une dimension territoriale et adapter le projet TAPREOSI au contexte local** semble nécessaire. Il apparaît que les CHRS peuvent avoir des problématiques différentes. Par exemple dans la région Grand-Est, qui est frontalière avec l'Allemagne, la question du budget va moins revenir. Les résidents achètent du tabac Outre-Rhin où le prix du paquet de cigarettes est beaucoup plus faible : *« Bah nous là on peut plus trop y aller mais on est frontalier avec l'Allemagne, du coup le paquet il coûte 4 €, ça change vraiment le rapport avec l'argent. »* Professionnelle de CHRS.¹²

De plus, chaque structure travaille avec des logiques d'hébergement différentes. Par exemple, le CHRS Oppedia les Buissonnets héberge principalement des femmes victimes de violences ce qui a des conséquences sur la consommation de tabac car elles ont tendance à moins fumer que les hommes : *« Nous on est un CHRS qui accueille principalement les femmes victimes de violences et clairement la problématique de l'alcool et du tabac ne sont pas des problématiques qui sont surreprésentées dans notre établissement. Donc là si je vous dis 3 sur 35 [de personnes fumeuses] vous voyez bien que ce n'est pas un pourcentage très important. »* Professionnelle de CHRS.

¹² En avril 2020, le prix du paquet de cigarettes industrielles le plus vendu en Allemagne était de 7 € contre 10 € en France. Source : numbeo.com

Synthèse 4

TAPREOSI est améliorable et notamment sur la question de la temporalité et de l'intensité du projet ; de l'identification auprès des résidents ; de l'opérationnalité du kit d'intervention.

En outre, si le projet devait être implémenté et diffusé, il nécessiterait de s'adapter aux territoires, aux logiques partenariales et de le doter d'un ensemble de ressources facilement accessibles.

5 L'évolution des résultats entre les deux phases

Dans cette dernière partie, nous allons plus spécifiquement mettre en regard les données obtenues par voie de questionnaire entre les deux phases afin de mieux étudier les incidences de la mise en œuvre du kit d'intervention déjà mises en exergue dans les chapitres 3 et 4. Cependant, il convient de rappeler que la « comparaison » est très difficile pour des raisons déjà évoquées dans les chapitres 1 et 2 (turnover des résidents, faible nombre d'enquêtés, actions restreintes du fait de la crise sanitaire).

5.1 Le tabac comme sujet de discussion d'après les résidents

13. La prise en compte du tabac dans les discussions en CHRS

Un professionnel de votre CHRS a-t-il abordé avec vous la question du tabac au cours des douze derniers mois ?	Phase 1	Phase 2
Oui	14	11
Non	12	12
Total	26	23

Sur l'évocation du tabac par les professionnels auprès des résidents, aucune évolution n'est notable, la stabilité peut s'expliquer par un essoufflement du projet dans certaines structures.

Si on entre dans le détail pour la deuxième phase, c'est principalement à l'occasion d'un entretien sur leur situation sociale que les professionnels ont évoqué le tabac avec des résidents : sept résidents fumeurs répondant au questionnaire ont eu un entretien lors duquel ils ont parlé de tabac¹³.

Les entretiens de situation ont généralement lieu de façon hebdomadaire dans les structures, ils permettent aux professionnels de faire le point avec les résidents et ne sont pas centrés sur le tabac et leur santé, même si ces aspects peuvent être abordés. Pour trois résidents le tabagisme a été abordé par un professionnel lors de discussions informelles, pour trois autres lors d'un atelier TAPREOSI et pour une personne lors d'une réunion.

Parmi les trois résidents ayant participé à un atelier, deux sont hébergés au CHRS - ASLD Blois qui a effectivement mis en place une action collective. Ces deux personnes ont une plus grande conscience du danger lié à la consommation de tabac. Pour elles, il devient dangereux de fumer à partir de 1 et 5 cigarettes par jour (contre 8 cigarettes par jour en moyenne pour l'ensemble des résidents). Cela pourrait s'expliquer par leur présence à un atelier collectif, toutefois, au vu du faible nombre de répondants, cette donnée est à prendre avec la plus grande précaution.

¹³ Sur les sept résidents fumeurs qui déclarent avoir parlé du tabac lors d'un entretien, cinq sont hébergés dans le même CHRS.

5.2 L'évolution des consommations parmi les résidents et les équipes

5.2.1 Une consommation déclarée inchangée chez les résidents

D'après un professionnel de CHRS, TAPREOSI a créé une dynamique qui aurait permis de réduire la consommation chez certains résidents. « *De mon côté, il y a un changement régulier des résidents et il y a aussi un changement d'une infirmière qui était impliquée sur le projet et qui a lancé des projets d'accompagnement. Pour autant, certains résidents ont réussi à réduire fortement leur consommation.* » Professionnel de CHRS.

14. Nombre de résidents fumeurs dans les établissements d'hébergement

	Phase 1	Phase 2
Fumeurs quotidiens	23	22
Fumeurs occasionnels	5	0
Anciens fumeurs	7	1
Résidents n'ayant jamais fumé	14	3
Nombre de répondants	49	26

Le nombre de fumeurs quotidiens est largement surreprésenté lors de la deuxième phase, (22 sur 26, alors qu'ils étaient 23 sur 49 lors de la première). Ces résultats s'expliquent par la passation des questionnaires qui ont été en priorité déployés vers les résidents fumeurs par les équipes lors de la deuxième phase d'évaluation en dépit d'une consigne générale de passation auprès d'une population plus élargie.

15. Consommation moyenne des résidents fumeurs dans les établissements d'hébergement

	Phase 1	Phase 2
Nombre de cigarettes industrielles moyennes fumées par jour	17	18
Nombre de cigarettes roulées moyennes fumées par jour	14	16

Concernant la consommation journalière, les niveaux sont quasiment identiques entre les phases : les résidents fumeurs consommaient 17 cigarettes industrielles par jour et 14 cigarettes roulées contre 18 et 16 durant la deuxième évaluation.

Si on s'intéresse à la consommation des deux résidents qui ont participé à un atelier TAPREOSI, on remarque que leur consommation est plus faible que l'ensemble des personnes hébergées, puisque l'un fume 15 cigarettes industrielles et l'autre consomme 5 cigarettes roulées.

L'un des deux participants affirme que sa présence aux ateliers TAPREOSI lui a permis d'avoir des connaissances sur le tabac. De plus, ce même résident âgé de 41 ans a essayé de diminuer sa consommation au cours de la dernière année (soit durant la phase d'expérimentation du projet TAPREOSI)

Mais pour faire un lien entre participation aux ateliers et effets sur la consommation et la perception du tabac, il faudrait étendre les actions collectives à l'ensemble des structures puis réaliser une évaluation afin d'avoir plus de données.

5.2.2 Des modifications d'usage chez les professionnels

16. Nombre de professionnels fumeurs dans les établissements d'hébergement

	Phase 1	Phase 2
Fumeurs quotidiens	16	4
Fumeurs occasionnels	1	2
Anciens fumeurs	8	4
Professionnels n'ayant jamais fumé	17	5
Nombre total de répondants	42	15

La proportion de fumeurs quotidiens lors de la deuxième phase (4 sur 15) est légèrement plus faible que lors de la première (16 sur 42).

Pour un des professionnels, le projet bien qu'étant à destination des résidents a pu avoir des effets sur la consommation des équipes et notamment l'utilisation de la cigarette électronique : *« il a eu un travail à faire aussi au niveau de l'équipe c'était sympa, du coup on a une équipe avec des gens qui fument un peu moins, ça vapote un peu plus, je ne sais pas s'il y a un lien, mais la conjoncture faisant, il y a un eu un petit mieux. »* Professionnel de CHRS.

5.3 Les évolutions des opinions sur la dangerosité du tabac

5.3.1 Parmi les hébergés : des opinions stables

Pour étudier une éventuelle évolution des opinions des résidents, on peut s'intéresser à la perception de la dangerosité du produit et plus précisément au seuil journalier de cigarettes à partir duquel il devient dangereux de fumer selon eux. En phase 1, pour les résidents, il est à 9 cigarettes par jour, en phase 2, le seuil est presque identique avec 8,3 cigarettes par jour.

5.3.2 Parmi les professionnels : des opinions qui changent positivement

Durant l'évaluation de la première phase, les professionnels estimaient en moyenne qu'il était dangereux pour la santé de fumer du tabac à partir de 5,2 cigarettes par jour, alors qu'ils estiment ce seuil à 2,5 cigarettes par jour lors de la seconde phase. Cette évolution est importante et est imputable à la sensibilisation des équipes sur le tabac. Des effets sur le long terme en ce qui concernent la capacité d'accompagnement des résidents par les professionnels sont possibles.

Synthèse 5

La comparaison des données entre les deux phases met en évidence une évolution notable qui est celle de la dangerosité perçue par les professionnels concernant le tabac.

Pour ce qui est de la prise en compte du produit dans les CHRS, des évolutions des opinions et des consommations des résidents, il est difficile d'identifier des différences. Cela s'explique par la nature du projet TAPREOSI qui est d'abord conçu comme un projet à destination des professionnels chargés de mettre en place des actions à destination des résidents. Les équipes ont eu peu de temps (et de la formation pour certains) pour se l'approprier partiellement, mais une appropriation suffisante pour identifier des effets positifs chez une partie des professionnels.

Synthèse générale

Le projet TAPREOSI vise à fournir un accompagnement aux personnes accueillies dans les dispositifs Accueil-Hébergement-Insertion à travers à une logique partenariale entre cinq binômes de structures du secteur de l'hébergement et de l'addictologie.

TAPREOSI répond à un besoin important pour plusieurs raisons ; tout d'abord parce que les résidents accueillis fument davantage qu'en population générale et qu'ils ont des perceptions du tabac moins négatives. Ils ont aussi tendance à minimiser les risques liés à la consommation, ce qui explique en partie leur surconsommation.

De plus, il est difficile pour les structures du secteur de l'hébergement d'agir sur ces questions car les résidents sont souvent poly-consommateurs et parce que le tabac est le produit qui handicaperait le moins la réinsertion sociale. En outre, c'est un produit largement admis dans la société et la multiplication des actions thématiques au sein des établissements d'accueil rajoutent des difficultés supplémentaires.

La crise sanitaire a bouleversé la mise en place du projet, puisqu'il n'a été que partiellement mis en place suite à l'impossibilité de réaliser des actions collectives.

Néanmoins, et malgré ces nombreuses difficultés, des retombées positives sont perceptibles ; sur la consommation et les perceptions du tabac chez les professionnels ainsi que sur leur légitimité à agir ; il a surtout permis d'inscrire le tabac dans les discussions informelles voire des cadres plus institutionnels (entretien, atelier) au sein des structures d'hébergement ; la logique partenariale et originale a clairement eu des effets positifs et est plébiscitée par les équipes, elle a permis d'échanger sur des manières de faire tout en développant les connaissances des professionnels de l'hébergement sur le tabac.

Toutefois, le projet TAPREOSI est améliorable sur la question de la temporalité et de l'intensité de son déploiement ainsi que sur l'opérationnalité du kit d'intervention.

Les opinions et les consommations des résidents n'ont pas évolué significativement (ni à la hausse, ni à la baisse) et ce malgré le contexte sanitaire, les confinements et l'isolement social accru), cela peut aussi s'expliquer par la nature du kit d'intervention. Effectivement, c'est un projet à destination des professionnels qui vont ensuite mettre en place des actions auprès des résidents. Les équipes ont eu un peu de temps (et de la formation pour certains) pour se l'approprier partiellement mais suffisamment pour que cela entraîne des effets positifs chez certains. Au contraire, les personnes hébergées n'ont pas pu se l'approprier suffisamment parce que le déploiement du projet a été lourdement obéré par un contexte sanitaire qui a empêché la tenue des ateliers et des actions collectives de sensibilisation.

Si le projet devait être implémenté plus largement, il serait souhaitable d'approfondir les logiques partenariales entre les structures d'addictologie et d'hébergement et de doter le projet d'un ensemble de ressources électroniques facilement accessibles.

Bibliographie

CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19, Santé Publique France, Synthèse vague 2 (30 mars-1^{er} avril 2020).

OFDT, *Tabac et public en accueil-hébergement-insertion expérimentation d'un kit d'intervention sur le tabac*, Cristina Díaz-Gómez, juillet 2020.

Pasquereau A, Deutsch A, Richard JB, Guignard R, Andler R, Estaquio C. (2019) *Tabac et cancer. Perception des risques en 2015 et évolutions récentes. Baromètre cancer 2015*. Saint Maurice : Santé publique France, 18 p.

Pasquereau A., Andler R., Arwidson P., Guignard R., Nguyen-Thanh V. (2020) *Consommation de tabac parmi les adultes : Bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2020, n°. 14, p. 273-281, Santé Publique France.

Peretti-Watel P. (2012). *La cigarette du pauvre*. Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique.

Smith AL, Carter SM, Chapman S (2015). *Why do smokers try to quit without medication or counselling ? A qualitative study with ex-smokers*. BMJ Open.

Table des figures et tableaux

1. Évolution du tabagisme quotidien parmi la population française de 18-75 ans, selon le sexe	6
2. <i>Evolution du tabagisme quotidien selon le revenu parmi la population française de 18-75 ans</i>	6
3. Ventes totales de tabac (en tonnes) et répartition entre produits du tabac	7
4. Ventes de tabac à rouler (en tonnes) et prix annuel moyen du paquet de tabac à rouler de la marque la plus vendue.....	8
5. Les actions mises en place pour accompagner les résidents sur le tabac entre janvier et octobre 2020	10
6. Nombre de participants aux entretiens et questionnaires par structure lors de la seconde phase	11
7. La consommation au réveil chez les résidents	13
8. Tableau reprenant les opinions des résidents sur le tabac	16
9. Tableau reprenant les opinions des professionnels sur le tabac	17
10. Comparaison sur la possibilité pour les professionnels d'évoquer avec les fumeurs hébergés la possibilité d'arrêter de fumer ou de diminuer leurs consommations	23
11. Comparaison sur le sentiment d'être en capacité d'accompagner les fumeurs hébergés...	23
12. Comparaison entre le nombre de répondants aux questionnaires	25
13. La prise en compte du tabac dans les discussions en CHRS.....	29
14. Nombre de résidents fumeurs dans les établissements d'hébergement.....	30
15. Consommation moyenne des résidents fumeurs dans les établissements d'hébergement .	30
16. Nombre de professionnels fumeurs dans les établissements d'hébergement.....	31

Annexes

Annexe 1. Synthèse de l'évaluation de la première phase

Note de Synthèse



TABAC ET PUBLIC EN ACCUEIL-HÉBERGEMENT-INSERTION Expérimentation d'un kit d'intervention sur le tabac. Juillet 2020.

Note de Synthèse du volet 1

Le projet TAPREOSI a pour objectif réduire le tabagisme chez les personnes en difficulté avec le tabac accueillies dans le dispositif d'accueil-hébergement-insertion (AHI). En associant professionnels et personnes hébergées, le projet TAPREOSI propose l'élaboration d'un kit d'intervention et son expérimentation par cinq binômes de structures de l'AHI et de l'addictologie. Le projet est mené conjointement par la Fédération Addiction et la Fédération des acteurs de la solidarité, en partenariat avec l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) qui est chargé de la conduite de l'évaluation externe du projet.

Le dispositif d'évaluation comporte la réalisation d'un état des lieux à partir d'une enquête quantitative auprès des professionnels et des résidents des structures d'AHI. Un second volet d'enquête est prévu à la fin de l'expérimentation. La présente note vise à restituer les résultats du premier volet.

A/ Professionnels

- 42 répondants au total répartis dans les 5 sites (9 à 10 par site, sauf Libourne 5) dont 26 H et 16 F d'une moyenne d'âge de 41 ans. 39 sont salariés et 3 sont stagiaires. *Attention, tous n'ont pas répondu à l'ensemble des questions, on précise donc le nombre de répondants lorsqu'il est inférieur aux 42.*
- Parmi les salariés, 22 sont travailleurs sociaux (surtout des éducateurs, 18), 6 occupent des postes de direction/coordination, 4 sont surveillants de nuit, 7 autres (psychologue, aide-soignante, administration) ; 25 ont plus d'un an d'ancienneté (dont 18 + de 3 ans), 14 moins d'un an.
- Une majorité (25) estime facile d'évoquer la question de l'arrêt ou de la réduction avec les fumeurs hébergés, mais plus du tiers de l'effectif estime le contraire (14).
- 3 répondants sur 4 (29) souhaiteraient renforcer leurs compétences pour mieux accompagner les résidents dans leur projet d'arrêter de fumer.
- Sur 37 répondants, une nette majorité (30) est en désaccord avec le fait que les résidents seraient plus motivés pour arrêter de fumer si aucun membre du personnel ne fumait.
- Parmi les 42, 17 n'ont jamais fumé, 17 sont fumeurs et 8 sont anciens fumeurs. 12 des 17 fumeurs déclarent avoir envie d'arrêter de fumer mais 10 seraient peu convaincus de réussir. Parmi les 8 « anciens fumeurs », 3 sont vapoteurs de produit nicotinique.
- Sur 38 répondants, 27 sont en désaccord (contre 11) avec l'opinion selon laquelle être fumeur aide à évoquer la possibilité de l'arrêt ou de la réduction avec les résidents fumeurs.
- Pour 1 répondant sur 2, c'est l'usage quotidien du tabac qui est dangereux (comme ce qui est estimé à partir d'un échantillon de la population générale, enquête Eropp 2018). Le seuil de dangerosité perçue se situe à 5 cigarettes par jour pour les 42 répondants (contre 10 en population générale)

Note de Synthèse



B/ Résidents

- 49 répondants au total (Bures sur Yvette, 15 ; Strasbourg, 12 ; Libourne, 11 ; Blois, 8 ; Laval, 3) dont 25 H et 24 F, d'un âge moyen de 39 ans. *Attention, tous n'ont pas répondu à l'ensemble des questions, on précise donc le nombre de répondants lorsqu'il est inférieur aux 49.*
- 20 sont résidents depuis moins de 6 mois, 16 depuis 6 mois à 1 an, 12 depuis plus d'un an.
- 1 sur 2 a un niveau scolaire bas (de la sixième au CAP/BEP) ; 1 sur 4 a connu l'enseignement supérieur.
- La grande majorité n'a pas de revenu d'emploi (42 sur 48) ; leurs revenus proviennent du RSA (22), de l'allocation chômage (7), de l'allocation adulte handicapé (4) ou de la CAF (4), 5 sont sans revenu.
- Près de 3 répondants sur 4 sont affiliés à l'assurance maladie (35/48) et bénéficient donc d'une couverture de base ; 3 bénéficient de l'Aide Médicale d'Etat et 4 déclarent ne pas avoir de couverture santé. Seulement 11 résidents bénéficient également d'un régime complémentaire de santé.
- Ils jugent leur état de santé « ni bon ni mauvais » (21) ou « bon » (21) ; 5 l'évalue « mauvais »
- Une large majorité (4 sur 5) a vu un médecin dans les 6 derniers mois (37/49)
- Parmi les 49, une majorité (28) sont fumeurs (23 fumeurs quotidiens sur 49), 14 n'ont jamais fumé et 7 sont anciens fumeurs. Sur 24 fumeurs répondants à la question, 12 déclarent avoir envie d'arrêter de fumer ; mais s'ils décidaient d'arrêter, 14 des 26 répondants ne seraient pas convaincus de réussir.
- Une nette majorité (près de 2 sur 3) juge que c'est l'usage quotidien du tabac qui est dangereux (31/48). Le seuil de dangerosité perçue se situe à 9 cigarettes par jour (proche du 10 en population générale). Le tabac à rouler est le produit tabagique le plus consommé (20 sur 28)
- Pour 1 résident sur 2, le tabac est plus addictif que l'alcool ou le cannabis.
- 1 fumeur sur 2 a abordé sa consommation de tabac avec un médecin ou un professionnel de santé.
- 18 fumeurs sur 28 ont déjà essayé d'arrêter de fumer.

Annexe 2. Questionnaire à destination des personnes accompagnées (deuxième phase)

1

Questionnaire à destination des personnes accompagnées

1) Vous êtes :

- Un homme
 Une femme

2) Quelle est votre année de naissance ?
.....

3) Dans quel établissement êtes-vous hébergé ?

- Blois : CHRS- ASLD
 Strasbourg : Hôtel Social – Association d'accueil et d'hébergement pour les jeunes
 Bures-Sur-Yvette : CHRS Oppedia – Les Buissonnets
 Libourne : CHU-CHRS – Le Lien
 Laval : CHRS – Association Revivre 53

4) Depuis combien de temps y êtes-vous hébergé ?

- Moins de 6 mois
 Entre 6 mois et moins d'1 an
 Entre 1 an et moins de 2 ans
 Plus de 2 ans

Partie 1 : L'accompagnement

5) Un professionnel de votre CHRS a-t-il abordé avec vous la question du tabac au cours des douze derniers mois ?

- Oui
 Non

6) Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- Lors d'un entretien sur ma situation
 Lors de discussions informelles
 Grâce à des ateliers sur le tabac et le tabagisme TAPREOSI
 Autre, à préciser :

Partie 2 : L'opinion sur le tabac

7) Selon vous, à partir de combien de cigarettes devient-il dangereux pour la santé de fumer du tabac ?

- A partir du moment où l'on fume tous les jours
 A partir d'un certain nombre de cigarettes en une seule occasion
 Dès qu'on en fume de temps en temps
 Dès qu'on essaye

2

Ce n'est jamais dangereux pour la santé

Autre, à préciser :

8) Et plus précisément, à partir de combien de cigarettes par jour ?
.....

9) Que pensez-vous de l'opinion suivante : « On peut arriver à ce que plus personne ne fume de tabac » ?

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas du tout d'accord

10) A propos du tabac quelle est votre opinion personnelle ?
.....
.....
.....

Partie 3 : La consommation

11) Actuellement, fumez-vous du tabac (cigarettes, tabac à rouler, cigarillos, cigares, pipe, narguilé ...) ?

- Oui, je fume quotidiennement au moins 1 de ces produits
 Oui, je fume occasionnellement
 Non, je ne fume plus
 Non, je n'ai jamais fumé

12) Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne ? Veuillez répondre à la question en remplissant la case de votre choix : par jour, par semaine ou par mois. Une seule case est à remplir.

Ma consommation moyenne par JOUR est de ...
Ma consommation moyenne par SEMAINE est de ...
Ma consommation moyenne par MOIS est de ...

13) Combien de cigarettes roulées fumez-vous en moyenne ?

Ma consommation moyenne par JOUR est de ...
Ma consommation moyenne par SEMAINE est de ...
Ma consommation moyenne par MOIS est de ...

14) Combien de cigarillos ou cigares fumez-vous en moyenne ?

Ma consommation moyenne par JOUR est de ...
Ma consommation moyenne par SEMAINE est de ...

Ma consommation moyenne par MOIS est de ...

15) Combien de chichas ou pipes fumez-vous en moyenne ?

Ma consommation moyenne par JOUR est de ...
Ma consommation moyenne par SEMAINE est de ...
Ma consommation moyenne par MOIS est de ...

16) Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? (y compris cigarettes roulées ou tout autre produit du tabac : cigare, cigarillo, pipe, narguilé...)

- Dans les 5 premières minutes
- Entre 6 et 30 minutes
- Entre 31 et 60 minutes
- Après 60 minutes
- Vous ne fumez pas au réveil

Partie 4 : Les ateliers

17) Avez-vous pris part à des ateliers dans le cadre du projet TAPREOSI ? (Si non, passer à la question 26)

- Oui
- Non

18) Si oui, à combien d'ateliers différents avez-vous pris part ?

- 1 atelier
- 2 ateliers différents
- Plus de 2 ateliers différents

19) Quels étaient les thèmes des ateliers auxquels vous avez pris part ?

.....

20) Les ateliers vous ont-ils permis de découvrir des aides pour arrêter de fumer (suivi par un professionnel, Substitut du tabac ...) ?

- Oui
- Non

21) Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....
.....

22) Les ateliers vous ont-ils permis de réduire certains freins liés à l'arrêt du tabac ? (prise de poids, gestion du stress ...)

- Oui
- Non

23) Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

24) Pour quelle(s) raison(s) avez-vous participé aux ateliers ?

.....
.....
.....

25) Que vous ont-ils apporté ?

.....
.....
.....

26) Avez-vous déjà essayé de diminuer votre consommation de tabac avant février 2020 ?

- Oui
- Non

27) Avez-vous essayé de diminuer votre consommation de tabac après février 2020 ?

- Oui
- Non

28) Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer avant février 2020 ?

- Oui
- Non

29) Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer après février 2020 ?

- Oui
- Non

Annexe 3. Questionnaire à destination des professionnels (deuxième phase)

Questionnaire à destination des professionnels

1) Vous êtes :

- Un homme
 Une femme

2) Quelle est votre année de naissance ?

.....

3) Quel poste occupez-vous ?

- Directeur/coordonateur/chef de service
 Secrétariat et personnel administratif
 Personnel logistique (entretien...)
 Médecin
 Infirmier
 Psychologue
 Educateur
 animateur
 Assistant social
 Personne relai issue de la communauté/médiateur santé pair
 Stagiaire
 Autre

4) Dans quel établissement travaillez-vous ?

- Blois : CHRS- ASLD
 Strasbourg : Hôtel Social – Association d'accueil et d'hébergement pour les jeunes
 Bures-Sur-Yvette : CHRS Oppelia – Les Buissonnets
 Libourne : CHU-CHRS – Le Lien
 Laval : CHRS – Association Revivre 53

5) Depuis combien de temps êtes-vous employé dans cet établissement ?

- Moins de 3 mois
 Entre 3 mois et moins de 6 mois
 Entre 6 mois et moins d'1 an
 Entre 1 an et moins de 3 ans
 Plus de 3 ans

Partie 1 : La perception du tabac

6) Actuellement, fumez-vous du tabac (cigarettes, tabac à rouler, cigarillos, cigares, pipe, narguilé ...) ?

- Oui, je fume quotidiennement au moins 1 de ces produits
 Oui, je fume occasionnellement
 Non, je ne fume plus
 Non, je n'ai jamais fumé

7) Selon vous, à partir de combien de cigarettes devient-il dangereux pour la santé de fumer du tabac ?

- A partir du moment où l'on fume tous les jours
 Dès qu'on essaye
 Dès qu'on fume de temps en temps
 A partir d'un certain nombre de cigarettes en une seule occasion
 Ce n'est jamais dangereux pour la santé
 Autre

8) Et plus précisément, à partir de combien de cigarettes par jour ?

.....

9) A propos du tabac, quelle est votre opinion personnelle ?

.....
.....
.....
.....

Partie 2 : La capacité à agir et les attentes

10) Evoquer avec des fumeurs hébergés dans votre structure la possibilité d'arrêter de fumer ou de diminuer leurs consommations vous paraît...

- Très facile
 Plutôt Facile
 Plutôt Difficile
 Difficile

11) Avez-vous le sentiment d'être en capacité de les accompagner dans des bonnes conditions pour que leur projet d'arrêt puisse aboutir ?

- Oui
 Non

12) Quelles raisons vous conduisent à affirmer cela ?

.....
.....
.....
.....

13) Quels sont les freins éventuels liés à l'accompagnement des personnes hébergées sur la question du tabagisme ?

.....
.....
.....
.....

14) Avez-vous eu l'occasion d'aborder la question du tabagisme avec les personnes hébergées en dehors des ateliers ?

- Oui
- Non

Partie 3 : Les ateliers

15) Avez-vous mis en place des ateliers dans le cadre du projet TAPREOSI ? (Si non, passer à la question 19)

- Oui
- Non

16) Si oui, lesquels ? (Indiquer les intitulés)

.....
.....
.....
.....

17) Avez-vous eu suffisamment d'outils pour mettre en place les actions (formations, ressources « outils », moyens financiers ...)

- Oui
- Non

18) Si non, de quels outils supplémentaires auriez-vous aimé disposer ?

.....
.....
.....
.....

Partie 4 : Les résultats du projet

19) Selon vous, le projet TAPREOSI mis en place permet-il de mieux accompagner les personnes hébergées sur la question de la réduction du tabagisme ?

- Oui
- Non

20) Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

21) Le kit permet-il de mieux appréhender la question du tabac avec les personnes accompagnées ?

- Oui
- Non

22) Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

23) Quels effets avez-vous constaté sur la consommation / opinion du tabac des personnes accompagnées ?

.....
.....
.....
.....

24) Quels autres effets avez-vous constaté (effets inattendus...) ?

.....
.....
.....
.....

25) Avez-vous des suggestions afin d'améliorer le kit d'intervention ?

.....
.....
.....
.....

