

La prévention du tabagisme en milieu précaire :

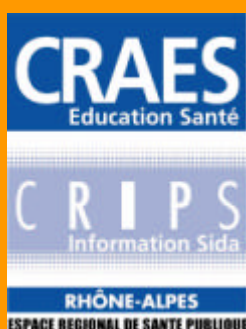
Quelle légitimité en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ?

Enquête diagnostique réalisée en Rhône-Alpes

Juillet 2005

Programme régional :

« Prévention du tabagisme auprès des personnes en situation de précarité »



CRAES-GRIPS

Collège Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé
Centre Régional d'Information et de Prévention Sida
9 quai Jean Moulin 69001 Lyon

Téléphone 04 72 00 55 70

Fax 04 72 00 07 53

E-mail contact@craes-crips.org

Site Internet www.craes-crips.org

En partenariat avec la Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale



INTRODUCTION

Le tabagisme fait partie actuellement des enjeux majeurs de santé publique en France, puisqu'il est la première cause de mortalité évitable¹ (66 000 décès/ an) et la première cause de cancer.

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 (Plan de lutte contre le tabagisme en 1999 et 2003, Plan triennal de lutte contre les drogues et de prévention de la dépendance de la MILDT² en 1999, et 2002, Plan Cancer de 2003).

Parallèlement, du fait notamment de l'évolution de la société salariale, la précarité affecte aujourd'hui un grand nombre de personnes, y compris certaines en situation d'emploi. A titre indicatif, selon l'INSEE, en France en 2000, environ 10% des ménages (soit environ 5 millions de personnes) ont un niveau de revenus inférieur à la demi-médiane (3 199 francs soit environ 487 euros) des revenus de l'ensemble de la population.

L'association du tabagisme et de ce contexte induit une surreprésentation des fumeurs en milieu « précaire », démontrée grâce à diverses études reconnues. En effet, la consommation de tabac varie selon le niveau social, et elle est nettement plus élevée chez les personnes en situation de précarité pour qui les répercussions financières et sanitaires du tabagisme sont particulièrement lourdes.

Le tabagisme en milieu « précaire » est une problématique révélatrice des inégalités sociales de santé et d'accès à la prévention, rapprochant alors directement les liens établis entre santé-inégalités et santé-précarité.

Récemment, une considération nouvelle de cette population particulièrement à risque s'est manifestée dans plusieurs dispositifs. Notamment la conférence de consensus de 1998 sur l'arrêt du tabac évoque la question des « fumeurs en situation sociale particulière », et la journée mondiale sans tabac 2004 a été consacrée au thème « tabac et précarité ». C'est dans ce cadre que le CRAES-CRIPS a engagé un programme régional sur cette dimension.

Ainsi, cette étude, inscrit dans la première phase de ce programme, propose un diagnostic qualitatif régional mené dans les Centres d'hébergement et de Réinsertion sociale (CHRS) visant à identifier les facteurs de risques (environnementaux, individuels) relatifs au tabagisme de cette population dans l'objectif de développer, si besoin, une prévention adaptée.

¹ Dossier de presse, Journée Mondiale sans tabac du 31 Mai 2005.

² Tous les sigles sont déclinés dans le lexique

I. PROBLEMATIQUE

I.1 LE TABAGISME DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE : UNE QUESTION DE SANTE ET DE SANTE PUBLIQUE.

Il est difficile de s'accorder, du fait de la complexité et de l'ambiguïté entre les concepts, sur une définition commune des populations en situation de précarité tantôt qualifiées d'« exclues », tantôt de « précaires », parfois de « pauvres » ou encore de « désaffiliées »³. D'un point de vue général, les personnes en situation de précarité sont victimes de « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant [...] d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux »⁴. Elles peuvent cumuler ainsi plusieurs situations objectives de privation, une rupture des liens sociaux et un rapport social symbolique « négatif »⁵. Les modalités et les degrés de combinaison de ces dimensions étant multiples, cette situation rassemble une population hétérogène, des parcours individuels singuliers et de multiples réalités.

Cependant, le lien existant entre les problèmes socio-économiques et les états de santé « dégradés » est réel et démontré : une interdépendance où la santé peut alors être la conséquence comme la cause des inégalités sociales constatées. L'Inserm, dans un de ses ouvrages collectifs consacrés aux inégalités sociales de santé, démontre précisément la causalité entre la santé et le social en questionnant « la manière dont les inégalités produites par les sociétés s'expriment dans les corps, dont le social se transcrit dans le biologique »⁶.

La surreprésentation des fumeurs au sein des populations en situation de précarité est un fait qui témoigne de la vulnérabilité des états de santé de ces personnes qui peuvent être, dans la plupart des cas, fortement altérés ou délaissés du fait des priorités quotidiennes de « survie ».

Beaucoup d'études ont observé le gradient social du tabagisme dépendant des facteurs environnementaux ou individuels.

Dans les catégories sociales en précarité, les personnes, quel que soit l'âge et le sexe, ont plus de probabilité de devenir fumeuses, sont plus nombreuses à fumer, et quand elles fument, elles fument plus qu'en population générale. Aussi, présentent-elles une dépendance plus importante⁷ (test

³ Castel R., *les métamorphoses de la question sociale : chronique du salariat*, Paris : Fayard, 1995, 490 p.

⁴ Wresinski M.J., *Grande pauvreté et précarité économique et sociale : séance des 10 et 11 février 1987* / Conseil économique et social français, 104 p.

⁵ Moradell M., *Prendre soin de soi malgré la précarité : un souci à partager, Etat des lieux de l'exclusion*, dans Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE) Rhône-Alpes (coll.), *Dossier annuel 2002*, oct. 2002, 144 p.

⁶ Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (sous dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Recherches, Paris : La Découverte, oct. 2000, 436p.

⁷ INPES, Ligue Contre le Cancer, OFT, Assurance Maladie, *Données sur le tabagisme des personnes en situation de précarité*, www.tabac-info.net, consulté le 21/06/05

de Fagerström). Cinq enquêtes reconnues, dont une américaine, mettent en valeur des données significatives du problème de santé publique du tabagisme « en milieu précaire » :

- L'enquête Precalog du CREDES en 1999-2000 (aujourd'hui, l'IRDES): 27,5% de la population « précaire » présente une forte tabagie et seulement 43,5% sont non fumeurs (contre 8,4% de forte tabagie et 74,2% de non fumeurs en population générale).

- Le Baromètre Santé 2000 du CFES (aujourd'hui, l'INPES) expose les corrélations existantes entre les principales caractéristiques sociodémographiques et la prévalence du tabagisme : Ainsi, les célibataires de sexe masculin, habitant une ville de moyenne ou grande taille, ayant un niveau d'étude bas ou peu élevé, étant ouvrier, employé ou artisan, sinon au chômage ou gagnant moins de 915 euros /mois sont les personnes les plus concernées par le tabagisme.

- Une enquête de l'INSERM réalisée en 1999 a donné lieu à une analyse multivariée de l'usage du tabac et de son degré de consommation selon l'hypothèse qu'ils sont dépendants de facteurs individuels et environnementaux⁸: les personnes dont le niveau d'éducation est faible fument en moyenne 22% de cigarettes en plus par jour que celles au niveau d'éducation élevé. De même, les chômeurs fument en moyenne 8% de cigarettes en plus par jour que les personnes actives à plein temps.

- « L'enquête permanente sur les conditions de vie »⁹ de l'INSEE de 2000 confirme cette prévalence du tabagisme liée aux conditions de vie en particulier pour les hommes : 52% des chômeurs fument contre 38% des hommes exerçant une profession, et 32% des femmes au chômage fument contre 28% de celles exerçant une profession.

- Une étude réalisée aux Etats-Unis¹⁰ sur l'incidence des cancers selon l'origine ethnique et le statut socioéconomique démontre que chez les résidents des régions « pauvres », le taux de mortalité par cancer est supérieur de 13% pour les hommes et de 3% chez les femmes comparés aux régions plus « développées ».

Les problèmes de santé liés au tabagisme sont nombreux et fréquents. Les conséquences qui lui sont associées ne sont pas toujours envisagées par les populations « précaires » souvent empreintes d'un déni ou d'une vision de la vie à court terme. En effet, l'usage du tabac peut relever, ici, d'un mécanisme de réponse au stress de la vie quotidienne, à la peur et l'anxiété générées par des conditions de vie difficiles. Il représente parfois un des seuls plaisirs possibles. Pourtant, dans ce contexte, les risques cardio-vasculaires, et de cancer y sont accentués : le risque relatif d'incidence du

⁸ Chaix B., Guilbert P., Chauvin P., *A multilevel analysis of tobacco use and tobacco consumption levels in France : are there any combination risk groups ?*, European Journal of Public Health, vol.14 n°2, juin 2004, p.186-190.

⁹ Aliaga C., *Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation*, INSEE Première, n°808, oct.2001

¹⁰ Ward E., Jemal A, Cokkinides V., et.al., *Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status*, CA Cancer J. Clin, vol.54 n°2, mars 2004, p.78-93.

cancer du poumon est 2,4 fois plus élevé chez les personnes appartenant à la catégorie professionnelle « exécution », que chez les cadres¹¹.

De plus, l'imputation budgétaire relative au coût du tabac représente, pour les personnes dont les ressources financières sont faibles, un risque pour les autres besoins et nécessités de la vie quotidienne.

L'ensemble de ces éléments constitue véritablement un enjeu de santé publique. Cependant, la consommation de tabac ou d'alcool peut autant participer à détruire une vie qu'à l'aider à tenir debout. Le principe du « respect des équilibres individuels et sociaux » promu par la charte d'Ottawa apparaît, ici, comme essentiel. En effet, « ils peuvent être menacés par la promotion de telle ou telle habitude de vie jugée, par nous, plus favorable à la santé. »¹².

Ainsi, réfléchir et développer un programme de promotion de la santé avec des personnes en situation d'« exclusion » conduit toujours à travailler en partenariat avec ceux qui, professionnellement, sont en relation de façon durable avec elles, dans les lieux d'hébergement et d'insertion, et dans les associations. Comme nous allons le démontrer, les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale paraissent être un terrain pertinent pour comprendre et agir sur ce problème de santé publique.

I.2 LES CHRS : UN CADRE POTENTIELLEMENT ADAPTE POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROGRAMME DE PREVENTION

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) sont des établissements sociaux financés par l'aide sociale qui, depuis la Loi de Lutte contre les Exclusions de 1998, sont inscrits dans une politique de coordination territoriale dont l'objectif premier est d'« aider les personnes à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale »¹³.

Les CHRS proposent d'accueillir, à la demande, les personnes « dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale [...] et qui ont besoin d'un soutien matériel, psychologique et, le cas échéant, d'une action éducative temporaire »¹⁴. Le public concerné est celui qui ne peut plus assumer seul ses responsabilités familiales et sociales, et donc, est défini comme « précaire » (Wresinski).

¹¹ Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (sous dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Recherches, Paris : La Découverte, oct. 2000, 436p.

¹² Granier A., *Santé et dignité : fondement d'une approche éthique et méthodologique*, La Santé de l'Homme, n°348, juill.- Août 2000.

¹³ Lallemand D., *Guide des CHRS, références et évolutions*, Paris : ASH, Mai 2000.

¹⁴ Lallemand D., *Guide des CHRS, références et évolutions*, Paris : ASH, Mai 2000.

Ce secteur de l'hébergement et de la réinsertion dans lequel les CHRS occupent une place essentielle proposait, en 2001, 6 000 places en Rhône-Alpes (dont 2 300 en CHRS, tandis qu'en 1999, cette offre s'élevait à 59 000 places sur l'ensemble de la France)¹⁵.

Les CHRS organisent la vie collective selon un « règlement de fonctionnement », où l'usager et le professionnel partagent un contrat¹⁶. Un conseil d'établissement permet, par ailleurs, d'impliquer l'usager et sa famille dans la vie de la structure.

Leur mission première concerne l'accompagnement social vers l'accès au logement autonome, et un retour au droit commun, en proposant sur une durée qui n'est plus aujourd'hui limitée dans le temps, un hébergement provisoire initialement collectif mais dont les formes se sont diversifiées et intègrent aujourd'hui des appartements éclatés, des sous-locations, parfois avec un « bail glissant » (du nom de la structure à celui de l'occupant). Cet accueil vise également, pour les personnes en situation de précarité, une adaptation à la vie active, une insertion sociale et professionnelle. Depuis les années 1980, les CHRS ont élargi leurs champs d'intervention pour considérer, au delà de l'hébergement et du logement, tous les aspects de la vie quotidienne. Ainsi en 1990, les CHRS proposent d'intervenir toujours sur le logement, sur l'emploi mais aussi sur la formation et la santé.

En ce qui concerne ce dernier point, il est basé, en partie, sur le constat que « ce qui tue prématurément les personnes vivant dans la précarité, ce sont les pathologies ordinaires aggravées par le manque ou le retard de soins et l'absence de prévention »¹⁷. Ainsi, dans 4 départements de la région Rhône-Alpes, 32% des CHRS déclarent, en 2004, mener des actions en santé, et 91% déclarent travailler en collaboration avec des structures de soins¹⁸. La promotion de la santé a donc une place essentielle parmi les autres dimensions (formation, emploi) considérées en vue d'une (ré)insertion sociale.

Par ailleurs, l'aggravation et l'intrication de certaines pathologies (troubles psychiatriques, alcoolisme, toxicomanie, tabagisme, hygiène) ont motivé une réflexion autour du paradoxe possible entre deux tendances : la défense d'une prise en charge thérapeutique immédiate ou de proximité en CHRS et l'accompagnement vers un retour au système de santé du droit commun . C'est ainsi que ces dernières années, diverses expériences ouvrant le champ vers des possibilités « socio-sanitaires » nouvelles autour de la (ré)appropriation de soi et de l' autonomie des personnes se sont réalisées : partenariats, réseaux de santé de proximité, actions de promotion de la santé, dépistage, lieux d'écoute psychologique.

Les CHRS sont hétérogènes, à l'image des populations accueillies, puisqu'ils forment une mosaïque de lieux, de prestations diversifiées en fonction du profil du public visé. On retrouve alors des

¹⁵ DRASS, *Les personnes hébergées en logement temporaire en Rhône-Alpes*, Mai 2001.

¹⁶ Voir Annexe 1

¹⁷ Lallemand D., *Guide des CHRS. références et évolutions*, FNARS et ASH, Mai 2000.

CHRS polyvalents ou spécialisés (« mères et enfants », « hommes isolés », « couples sans enfants ») avec pour chacun des priorités et des projets spécifiques¹⁹.

I.3 PROBLEMATIQUE

Lors d'une rencontre avec plusieurs représentants des CHRS à l'occasion de la Commission Santé de la FNARS Rhône-Alpes (avril 2005), nous avons proposé de nous intéresser, dans le cadre du programme mené par le CRAES-CRIPS, à la question du tabagisme des populations accueillies. Les réactions des professionnels présents nous ont alors révélé l'intérêt porté à cette problématique dans le quotidien et la satisfaction liée à la reconnaissance d'un sujet souvent considéré comme non prioritaire mais qui pourtant, influence considérablement l'organisation, les relations et l'implication sanitaire des personnes et des structures. Nous partons donc du constat que le tabagisme est un problème de santé publique particulièrement prégnant chez les populations précarisées. Et nous posons l'hypothèse que les professionnels du social, en lien étroit avec cette population, seraient des consommateurs importants de tabac, du fait notamment de la nature et du contexte de leur travail. Ceci affecterait donc, globalement les structures qui les accueillent. Les actions de prévention du tabagisme doivent ainsi s'orienter vers une prise en compte de tous les acteurs, les « usagers » et les professionnels.

Ainsi, dans le souci de promouvoir l'équité et l'égalité dans l'accès à la prévention, et à la santé, on peut se demander quelle est la légitimité d'une prévention du tabagisme auprès d'un public déjà atteint par des problématiques lourdes tant sur le plan social que psychologique ? Existe-t-il un besoin des personnes précarisées et des structures d'accueil, en terme de prévention du tabagisme? Qu'en pensent les personnes concernées ? Les CHRS peuvent-ils réellement être un lieu ressource pour mettre en œuvre une prévention ? Comment les professionnels des structures d'accueil et d'hébergement social peuvent-ils, éventuellement, être acteurs d'un accès à la prévention du tabagisme ?

Si l'on s'appuie sur la théorie des comportements interpersonnels²⁰, où le comportement résulte à la fois de la force de l'habitude, de l'intention de l'emprunter, mais aussi de la présence de conditions qui facilitent son adoption :

- ✓ Dans quelles mesures peut-on agir ou pas sur les facteurs facilitants (structurels, environnementaux, ressources matérielles, personnelles, représentations et contextes de vie) dans l'objectif de recréer des conditions favorables à la prévention en milieu « précaire », et notamment celle du tabagisme?

¹⁸ DRASS, *Centres d'hébergement et de réinsertion sociale(CHRS). Activité des structures. profils et trajectoires des bénéficiaires dans quatre départements rhônalpins*, Mars 2004.

¹⁹ Voir répartition territoriale des CHRS en Annexe 2

²⁰ Triandis Harry C., *Interpersonal behavior*, Monterey, Calif., Brooks/Cole Pub. Co, 1977, 329 p.

- ✓ Quelles sont les contraintes, les contradictions ou les ressources et les possibilités qui s'inscrivent dans ce but ?
- ✓ Quelles prédispositions relatives au contexte et aux personnes (compétences psychosociales) peut-on défendre ou développer afin que les personnes puissent adopter, lorsqu'ils le souhaitent, un comportement favorable pour leur santé ?

Il ne s'agit pas en effet de lutter contre le tabagisme chez les populations en situation de précarité, mais de lutter contre les inégalités de santé en utilisant la question du tabagisme, dans sa dimension globale.

II. METHODOLOGIE : LE DIAGNOSTIC PARTAGE EN EDUCATION POUR LA SANTE

Afin de pouvoir apporter les éléments de compréhension nécessaires aux problématiques posées dans ce travail, « il convient d'acquérir une connaissance suffisamment fine des problèmes de ladite communauté ». Le diagnostic communautaire paraît donc être le moyen le plus adéquat pour « analyser les problèmes inhérents à une situation », mais aussi pour « repérer les potentialités de changement sur lesquelles il sera possible de s'appuyer pour générer un processus de développement »²¹. C'est par sa capacité à initier des processus de participation et de collaboration que le diagnostic communautaire entretient des liens étroits avec la recherche-action, celle-ci étant définie comme « une modalité de recherche fondamentale qui rend l'acteur chercheur et qui amène l'action vers des considérations de recherche »²². Les personnes concernées connaissent, en effet, mieux leur réalité.

Cette enquête diagnostique s'inscrit dans le cadre d'un programme régional en Rhône-Alpes, intitulé « Prévention régionale du tabagisme auprès des populations en situation de précarité » mené par le CRAES-CRIPS et soutenu par la DRASS, suite à la journée mondiale « Sans Tabac » de l'OMS de 2004 consacrée au thème « Tabagisme et pauvreté ». Ce projet est une étude-action qui a pour objectif général de « repérer les spécificités d'intervention auprès des populations en situation de précarité en matière de prévention du tabagisme, et de proposer régionalement des dispositifs d'accompagnement adapté à ce public ».

Etant donné que les CHRS s'organisent toujours, pour une grande partie, en hébergement collectif, qu'ils contiennent une population « captive » du fait que les durées de séjours y sont plutôt longues (entre 6 et 24 mois), ce dispositif paraît être le cadre le plus pertinent en ce qui concerne la

²¹ Asbl "Santé, Communauté, Participation", 3 "Le diagnostic communautaire", P. Trefois, Bruxelles, BEL., 2000.

faisabilité d'une enquête sur la prévention du tabagisme en milieu précaire et la possibilité éventuelle de développer, dans le temps, une intervention au plus près de ce public.

II.1 LES OBJECTIFS DU DIAGNOSTIC

Le principal objectif de ce diagnostic partagé est de produire ensemble suffisamment de connaissances pour adapter, si besoin, des éventuelles propositions d'intervention en vue de réduire les inégalités d'accès à la prévention du tabagisme des personnes en situation de précarité. Il s'agit ainsi de laisser le choix au fumeur, de lui donner les moyens d'adopter, selon lui, un comportement favorable à sa santé.

Les objectifs spécifiques de cette recherche commune sont donc :

- D'identifier les besoins, les attentes, les usages et les représentations du tabagisme des résidents des CHRS.
- De recueillir et d'analyser les représentations, les usages, les attitudes et les pratiques relatifs au tabagisme, des professionnels des CHRS.
- De recueillir et analyser les éléments du contexte et de la politique interne au CHRS liés au tabac : possibilités, ressources (personnel, matériel), « habiletés », freins, obstacles, contraintes

II.2 POPULATION DE L'ETUDE

Au regard des objectifs fixés et de la faisabilité (moyens, limites du programme et participation des acteurs), nous avons opté pour une démarche qualitative menée auprès de 8 structures volontaires représentées à la commission santé de la FNARS, réparties sur les 8 départements (Ain, Haute-Savoie, Savoie, Isère, Drôme, Ardèche, Loire, Rhône) de la région Rhône-Alpes afin de respecter la représentativité des différents milieux de vie territoriaux. Dans chaque CHRS, trois entretiens ont été systématiquement réalisés avec une personne résidente et deux professionnels parmi ces trois fonctions : directeur, travailleur social et/ou professionnel de santé.

II.3 CHOIX D'UNE METHODE QUALITATIVE ET RECUEIL DE DONNEES

Le choix d'une démarche qualitative se justifie par l'objectif même de l'étude : « L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs »²³. Cette méthode est de plus en parfaite adéquation avec l'éthique de l'enquête, propre à l'éducation pour la santé, permettant à la personne interrogée, professionnelle ou usager du CHRS, « une transformation de son expérience cognitive »²⁴ pouvant mener vers une réflexion sur soi, son environnement, ses besoins et ses

²² Asbl "Santé, Communauté, Participation", 3 "Le diagnostic communautaire", P. Trefois, Bruxelles, BEL., 2000.

²³ Blanchet A., Gotman A., L'enquête et ses méthodes : l'entretien, coll.128, Nathan, sept.2003, 125 p.

²⁴ Blanchet A., Gotman A., L'enquête et ses méthodes : l'entretien, coll.128, Nathan, sept.2003, 125 p.

ressources. « Des approches -nouvelles en France- qui s'attachent à envisager la santé du point de vue des attitudes et des comportements nous semblent prometteuses pour rechercher des causes et/ou des déterminants propres à être pris en compte dans une perspective de santé publique et d'action publique. »²⁵.

Ainsi, afin de comprendre comment les personnes se positionnent par rapport à cette question du tabagisme en lien avec leur environnement, leurs pratiques et leurs personnalités, et pouvoir alors proposer et adapter un processus de prévention du tabagisme dans le respect de l'individu, les grilles d'entretiens ont été construites différemment selon la population ciblée : personnes en situation de précarité²⁶ ou professionnels des CHRS²⁷.

En effet, pour la réalisation d'un diagnostic qualitatif pertinent, il apparaît nécessaire de considérer la personne en situation de précarité dans son environnement, son contexte. C'est pourquoi, les professionnels jouent un rôle essentiel de partenaires dans le cadre de programmes de promotion de la santé, puisqu'ils ont une connaissance réelle et pratique de leurs publics et intègrent, de fait, l'environnement immédiat des personnes hébergées dans les CHRS. Nous avons donc choisi de nous entretenir avec chacun de ces acteurs (professionnels et usagers), dont les points de vue vont pouvoir être confrontés et permettre alors une meilleure compréhension globale, des comportements et du contexte relatifs au tabagisme dans les CHRS.

Les thématiques abordées sont principalement : le contexte de vie des personnes hébergées dans les centres, la santé (problématiques, place accordée, actions en santé), le tabac (pratiques, représentations), la prévention du tabagisme (avis sur les campagnes nationales de prévention, pertinence de mener un programme de prévention dans le contexte du CHRS et propositions). Parallèlement, pour chacun des deux publics, l'entretien comporte une rubrique plus spécifique sur leurs caractéristiques personnelles et/ou professionnelles.

Ces entretiens ont été menés selon le principe de la libre adhésion des personnes. L'enquête a d'abord été proposée à l'ensemble des CHRS de la région sous forme écrite, et par un appel téléphonique nous avons ensuite pris rendez-vous avec les structures et les professionnels volontaires. Les personnes en situation de précarité ont été sollicitées par leurs encadrants, pour la plupart en « réunion de vie collective ». Nous avons également privilégié une visibilité par rapport à la démarche. A chaque début d'entretien, après nous être présentés, les objectifs de l'enquête ont clairement été explicités, avec une adaptation des formules et du vocabulaire utilisés selon le public, afin de rendre accessible notre demande. Enfin, nous avons garanti à tous, le respect de l'anonymat dans la restitution des résultats.

Cette phase de recueil des données s'est effectuée pendant les mois de mai et juin 2005. En tout, 24 entretiens ont été réalisés : 16 avec les professionnels et 8 avec les personnes en situation de

²⁵ HCSP, *La santé en France*, 2002, p 215.

²⁶ Voir annexe 3

précarité. Les entretiens avec les personnes en situation de précarité ont duré de 20 minutes à 1h. Et ceux avec les professionnels, de 45 minutes à 1h10.

III. RESULTATS

III.1 POPULATION DE L'ETUDE

⇒ **Les CHRS :**

- 2 CHRS « hommes isolés »
- 2 CHRS « femmes-enfants »
- 3 CHRS « tout public » dont un sauf hommes seuls
- 1 CHRS « tout public en situation de précarité et atteint de maladies chroniques ou toxicomane »

⇒ **Les usagers des CHRS:** 5 fumeurs / 3 non fumeurs

- 5 femmes (2 originaires d'Afrique Noire, 1 du Maghreb, 1 de Russie, 1 française)
- 3 hommes (1 du Maghreb, 2 français)

⇒ **Les professionnels des CHRS:** 10 fumeurs / 6 non fumeurs

- 3 directeurs (3 hommes)
- 7 travailleurs sociaux (4 femmes, 3 hommes)
- 4 infirmier(e)s (3 femmes, 1 homme)
- 2 autres professionnels : 1 maîtresse de maison, 1 secrétaire (2 femmes)

On remarque, pour chacune des populations, une majorité de fumeurs.

III.2 LA SANTE

⇒ **Problématiques :**

- Les problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et d'addiction sont cités 8 fois par les professionnels, et apparaissent dans chacun des CHRS comme la principale problématique surtout pour ceux accueillant des hommes isolés.
- Les problèmes psychiques ou psychiatriques sont cités 5 fois par les professionnels interrogés.
- Rupture de soins ou de traitements, les problèmes alimentaires et problèmes d'hygiène sont cités 3 fois, notamment chez les femmes, par rapport à leur grossesse.

⇒ **Place de la santé dans le processus de réinsertion :**

- Intégration dans l'équipe d'un(e) infirmier(e) et/ou d'un médecin pour la majorité à temps partiel (cités 6 fois par les professionnels interrogés),
- Permanences de soins (cités 2 fois par les professionnels interrogés),

²⁷ Voir Annexe 4

- Intervention d'un psychiatre (cités 2 fois par les professionnels interrogés),
- Intervention d'un psychologue (cités 2 fois par les professionnels interrogés).

Cette dimension fait donc partie du *suivi global* (Mme N.) et sert de *support à la réinsertion* (Mme D.).

Cet accompagnement vers la santé peut comprendre :

- une remise à jour des droits,
- un travail sur les *différentes dimensions de la dépendance* (M.F.) ou sur l'environnement du produit (M.M),
- Un accompagnement pour *repandre du soin, un engagement dans le soin* (M.B.),
- Une *revalorisation par l'hygiène de façon informelle* (Mme D.),
- Le suivi des enfants.

⇒ **Promotion de la santé et actions de prévention :**

Les structures sont plutôt engagées dans ce type de démarche :

- Tous les CHRS interrogés, à l'exception d'un, mènent des actions ponctuelles de prévention et d'éducation pour la santé de façon collective et la plupart font appel à des intervenants extérieurs selon des thèmes correspondant aux demandes ou selon les observations faites par les professionnels.
- Dans 4 CHRS, les infirmier(e)s prennent également en charge des actions de prévention dont 2 disent *improviser les séances* (Mme P.), *faire avec les moyens du bord* (Mme O.).
- 2 professionnels proposent une mise à disposition d'informations (affiches, dépliants).
- 2 professionnels mentionnent une prévention informelle et/ou individuelle.
- Les principaux partenaires cités sont : les hôpitaux et la médecine libérale (cités 6 fois par les professionnels interrogés), les Associations D'Education pour la Santé (3 fois), Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (2 fois), Centre Médico-Psychologique (2 fois), Agence Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, GISME (centre d'addictologie), Centre d'Hygiène Alimentaire, Centre Départemental d'Hygiène Sociale, Protection Maternelle et Infantile, Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

III.3 DISPOSITION DES CHRS PAR RAPPORT A L'APPLICATION DE LA LOI EVIN

Dans l'ensemble des structures interrogées, des mesures relatives au tabac et à sa place dans la collectivité ont été progressivement mises en place de façon récente, soit à l'initiative des résidents (2 fois) ou selon celle des professionnels (6 fois) :

- Une salle « fumeur » (4 fois),
- Interdiction totale de fumer dans les locaux, sans aménagement adapté pour les fumeurs. (3 fois),
- Une salle « non fumeur » (2 fois).

Pour tous, les studios et les chambres restent privés, à l'exception d'un où il est interdit de fumer dans les chambres, mais également pour les professionnels, dans l'ensemble du centre.

III.4 LES PROFESSIONNELS

⇒ **Représentations du tabac :**

- Le tabagisme est plus souvent associé à des aspects positifs par les fumeurs que par les non fumeurs,
- Le tabagisme présente des aspects positifs (cités 12 fois : le *plaisir*, 9 fois et la *convivialité*, 3 fois),
- Le tabagisme est dangereux (cités 15 fois : la *dépendance*, 6 fois ; la *maladie*, 5 fois ; la *mort*, 4 fois).

⇒ **Position vis-à-vis des résident(e)s concernant le tabac :**

- trouvent difficile d'en parler (7 professionnels interrogés),
- abordent le sujet en fonction des demandes (4 professionnels interrogés),
- abordent le sujet de façon formelle: dans l'entretien d'entrée (2 professionnels interrogés) ou en module santé (1 professionnel interrogé),
- disent avoir un devoir d'exemplarité (2 professionnels interrogés).

⇒ **Avis et opinions sur la prévention du tabagisme :**

- Inadaptation de cette prévention (citée 14 fois par les professionnels interrogés),
- Constat des conséquences négatives liées à l'augmentation du prix des cigarettes (cité 9 fois par les professionnels interrogés),
- Reconnaissance d'une certaine efficacité de cette prévention mise en œuvre (citée 5 fois par les professionnels interrogés),
- Nécessité d'un meilleur accès aux substituts nicotiques : gratuité (citée 4 fois par les professionnels interrogés),
- Incohérence et/ou inefficacité de la politique de prévention (citée 4 fois par les professionnels interrogés).

⇒ **Pertinence d'une action de prévention du tabagisme en « milieu précaire » :**

- Pertinence de renforcer cette prévention auprès du public en situation de précarité (citée 9 fois par les professionnels interrogés),
- Constat de quelques demandes relatives au tabac issues des résidents (cité 8 fois par les professionnels interrogés),
- Mise en lien du problème du tabagisme avec leurs problèmes financiers (citée 7 fois par les professionnels interrogés),

- Evocation d'une information suffisante pour les usagers (citée 5 fois par les professionnels interrogés),
- Evocation d'une information insuffisante pour les usagers (citée 2 fois par les professionnels interrogés),
- Le moment est adéquat pour que les usagers aient accès à cette prévention « renforcée» (citée 4 fois par les professionnels interrogés),
- Nécessité d'un respect des non fumeurs (citée 2 fois par les professionnels interrogés).

⇒ **Proposition d'actions :**

- Echange, débats, groupes de paroles (cités 7 fois par les professionnels interrogés),
- Réponses concrètes, innovantes et cohérentes, alternatives, compensations (sophrologie, sport, montagne, bien-être, nature) (citées 7 fois par les professionnels interrogés),
- Nécessité d'un consensus professionnels (citée 3 fois par les professionnels interrogés)
- Tabac : support possible dans une démarche de respect de l'environnement humain et naturel (citée 1 fois par les professionnels interrogés),
- Intégration du tabac dans la dimension globale de la dépendance (citée 1 fois par les professionnels interrogés).

III.5 LES USAGERS DES CHRS

⇒ **Le tabac :**

La consommation :

- Fumeurs (5 usagers des CHRS)
- Tentatives d'arrêts antérieures (citées 4 fois par les usagers interrogés),
- Désir de sevrage au moment de l'enquête (citée 3 fois par les usagers interrogés).

Les représentations :

- La notion de plaisir est présente seulement chez les fumeurs,
- Le tabagisme présente des aspects positifs (cités 2 fois par les usagers interrogés),
- Le tabagisme est associé à des notions négatives (citées 14 fois par les usagers interrogés).

⇒ **La prévention**

Perception des campagnes de prévention du tabagisme :

- Constat d'un impact inefficace des campagnes de prévention (citée 8 fois par les usagers interrogés),
- Reconnaissance d'une certaine efficacité des campagnes de prévention (citée 3 fois par les usagers interrogés).

Propositions :

La prévention du tabagisme en milieu précaire :
Quelle légitimité en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ?

- Durcir les lois (cité 7 fois par les usagers interrogés),
- Favoriser l'exemplarité des professionnels, des adultes et cibler les enfants (cité 4 fois par les usagers interrogés),
- Inverser la tendance (cité 2 fois par les usagers interrogés) : baisser le prix et promouvoir les bienfaits de l'arrêt du tabac.

IV. DISCUSSION

IV.1 LIMITES DE LA METHODE

L'enquête réalisée a été soumise aux limites propres de la méthodologie qualitative puisque l'entretien est une rencontre : « s'entretenir avec quelqu'un est, d'avantage encore que questionner, une expérience, un événement singulier, que l'on peut maîtriser, coder, standardiser, mais qui comporte toujours un certain nombre d'inconnues inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement d'information »²⁸.

De plus les conditions d'entretiens n'ont pas toujours été optimum même si dans la majorité des cas, la rencontre s'est faite dans un lieu calme et isolé, certains entretiens ont été interrompus par le téléphone, ou l'entrée d'une personne dans la pièce. De plus, malgré une certaine maîtrise de l'enquête qualitative, nous avons pu au cours des entretiens manquer certaines relances, oublier de recueillir, par exemple, systématiquement l'âge des professionnels. A l'inverse, la prévision des relances a pu avoir une influence sur le déroulement de l'entretien .

Cependant, les grilles d'entretien, les définitions des variables ont été construites de manière à donner les éléments de réponses aux objectifs précisés dans le cadre de ce diagnostic qualitatif sur le tabagisme des personnes en situation de précarité. Ces outils ont été validés par l'équipe du CRAES-CRIPS compétente en méthodologie d'enquête, de programme et proche des thématiques de la précarité.

De plus, tous les entretiens ont été réalisés par moi-même ; ainsi, si j'ai pu avoir involontairement une quelconque influence, elle a été la même pour tous. Aussi, les entretiens ont été retranscrits et analysés dans le plus grand respect des témoignages. Parallèlement, l'enjeu pour les CHRS de pouvoir intégrer, à partir de l'enquête, un programme de prévention du tabagisme au sein de leur structure a pu être saisi par l'interviewé sensibilisé à l'intérêt du programme.

De plus, il s'agit de déclarations singulières mettant en lumière la perception et le ressenti de la personne indispensable pour la compréhension d'un phénomène et pour l'objectif poursuivi d'un programme de prévention adapté. Cependant, les informations alors transmises ne sont pas forcément certaines, mais relèvent de l'interprétation qu'en a faite l'individu.

²⁸ Blanchet A., Gotman A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, coll.128, Nathan, sept.2003, 125 p.

D'autre part, d'autres biais sont à considérer dans la compréhension des résultats. Les CHRS participants à l'enquête ont été sensibilisés lors de notre rencontre à la commission santé de la FNARS et sont donc déjà particulièrement investis par les questions de santé. De même, les personnes en situation de précarité ont été sollicitées par les professionnels, elles ne constituent donc pas un échantillon représentatif. Les autres CHRS sensibilisés par voie écrite n'ont pas été nombreux à se manifester pour participer au programme, et du fait des délais impartis et des impératifs des structures, nous n'avons pas pu rencontrer, pour ce diagnostic, les 5 CHRS également intéressés. Aussi, les personnes interrogées se sont portées volontaires, ce qui indique qu'elles sont déjà dans une dynamique de curiosité et d'intérêt pour le sujet.

Enfin, l'enquête est relative et invite à la prudence sur les conclusions possibles. En effet, en santé publique, une enquête qualitative se suffit rarement à elle-seule. Une enquête quantitative et des observations de terrain peuvent permettre de compléter, sur d'autres dimensions, ces premiers éléments, et permettre ainsi une réelle validité de l'enquête. Ainsi, les données qualitatives recueillies visent à explorer une question, des possibilités et à ouvrir des perspectives de recherche et de travail. L'enjeu et l'intérêt de ce travail s'articule autour de la compréhension des comportements, des représentations et du contexte tel qu'il est perçu par les acteurs, et permet ainsi, d'impliquer les acteurs dans cette démarche ascendante acceptant de considérer en premier lieu les besoins et les attentes des personnes concernées.

IV.2 INTERPRETATIONS ET DISCUSSIONS DES RESULTATS

La santé et sa promotion : un investissement au bénéfice de l'usager.

Les problématiques de santé les plus souvent mises en avant par les professionnels sont celles de la dépendance, associées à une souffrance mentale et psychique caractéristiques des populations précarisées ou exclues. C'est pourquoi, étant donné l'ampleur du constat, la nécessité d'intégrer la dimension santé dans le processus de réinsertion est apparue essentielle pour la majeure partie des CHRS interrogés disposant alors de personnel compétent en santé et de partenariats fixes dans ce champ. Parallèlement, la promotion de la santé est également une dimension inscrite dans le dispositif de prise en charge collective des personnes en situation de précarité, puisque la quasi totalité des CHRS révèlent mener des actions ponctuelles de prévention selon une palette de thématiques diversifiées. Cependant, on peut remarquer que la plupart des interventions sont réalisées par des partenaires spécialisés extérieurs. En effet, en dehors de l'intérêt porté par les professionnels et du besoin manifeste de ce type d'actions pour le public accueilli, les compétences en éducation pour la santé et en prévention des professionnels de santé exerçant dans les CHRS sont, pour la plupart, limitées. Ce qui les amènent davantage à proposer une prévention individuelle ou informelle, et régulièrement à improviser des temps de discussion et d'échange avec les usagers autour de la santé.

Les moyens accordés dévoilent néanmoins, en fonction des besoins et des demandes, une place consacrée à la santé souvent aussi importante que celle de l'emploi et du logement. Comme ces dernières, l'objectif poursuivi dans ce domaine est un accompagnement pour un retour vers le soin autonome, et le droit commun.

Ceci confirme une étude réalisée sur les CHRS parue en 2004 démontrant la manière dont s'est construit le concept d'insertion par la santé, à la fois dans le champs de l'insertion et dans celui plus réduit des CHRS : « En restant optimiste, on peut espérer que cette perspective de décroisement entre le secteur social et sanitaire est en train de prendre corps aujourd'hui et que nous sommes aux prémices d'un grand changement dans les pratiques instituées »²⁹

Le CHRS : un contexte de vie paradoxal mais plutôt pertinent pour la mise en œuvre d'une prévention du tabagisme.

Le CHRS est considéré par les populations accueillies comme étant un lieu d'urgence temporaire, synonyme d'« échec personnel », mais également comme un endroit où ils vont pouvoir faire une pause, se sentir en sécurité, prendre le temps de se reconstruire et d'acquérir une autonomie, une indépendance pour pouvoir se réinsérer dans la vie sociale et le droit commun. Ainsi, l'histoire de vie des personnes étant souvent douloureuse, la cohabitation collective représente à la fois une difficulté par rapport aux obligations, à l'intimité, mais aussi un soutien, un support d'échanges. Cependant, à travers les discours, le passage en CHRS correspond à un moment de vie difficile dont ils espèrent se sortir le plus rapidement possible, sans pourtant avoir, du fait de leur vécu, ni l'énergie nécessaire, ni de projection dans l'avenir.

Le tabagisme dans le contexte collectif est considéré généralement, par les personnes elles mêmes, comme étant important. Mais, pour certains, leurs propres préoccupations les rendent peu attentifs à la problématique du tabagisme, relevant selon eux, d'une gestion individuelle. Si le tabagisme peut présenter des difficultés sur le plan collectif, c'est par rapport aux enfants, au respect des non fumeurs.

A l'inverse, du point de vue des professionnels, la proposition d'une prévention collective du tabagisme plus adaptée au public accueilli en CHRS apparaît clairement comme une démarche légitime et nécessaire.

Ainsi, un décalage apparaît entre les discours des personnes en situation de précarité et celui des professionnels de la réinsertion, semblant envisager différemment l'approche d'une prévention du tabagisme. Le tabagisme n'est-il pas un comportement à risque lié à la fois à une dépendance individuelle et à l'influence d'un environnement social ? Dans quelle mesure la consommation du tabac est-elle (ou pas) influencée par le groupe de pairs ? Les témoignages recueillis ici ne suffisent pas à déterminer la pertinence d'une prévention individuelle par rapport (ou en complément) à une démarche collective .

²⁹ Pelège P., *Hébergement et réinsertion sociale : les CHRS. dispositif. usagers. intervenants*, Paris : Dunod, 2004, p.42-43

Le CHRS apparaît, par ailleurs, comme un terrain pertinent pour la mise en œuvre de programmes de prévention, étant donné qu'il est un lieu et un moment conçu pour donner le temps aux personnes de se reconstruire et de bénéficier d'un certain nombre de prestations intégrées dans ce processus de réinsertion, promouvant alors un retour vers le bien-être, et l'équilibre individuel. La prise en charge étant globale, une place importante est consacrée pour la réappropriation de soi, de ses capacités tant sociales que psychiques. L'accès à la prévention, aux soins, aux moyens de pouvoir maîtriser son corps et ses émotions s'inscrit parfaitement dans cette dynamique.

Le tabagisme : un comportement et des représentations partagés soulevant des problématiques diverses.

Les personnes en situation de précarité, comme les professionnels interrogés sont majoritairement fumeurs. Cependant, parmi les usagers des CHRS, quasiment tous ont déjà tenté d'arrêter de fumer et plus de la moitié désire, aujourd'hui, se sevrer de cette dépendance. C'est donc, qu'il y a un intérêt partagé par les fumeurs concernant les possibilités d'arrêter. Néanmoins, les personnes concernées reconnaissent rencontrer des freins, et des contraintes à l'arrêt du tabagisme indépendants de leur volonté, mais inscrites dans leurs corps et leur psychique (la dépendance, le contexte de vie). Ainsi, nous pouvons faire le constat indirectement auprès des usagers, de l'émergence d'une demande par rapport au tabagisme.

Egalement, autant les professionnels que les usagers, quelques soient leurs caractéristiques, ont plus fréquemment une perception négative du tabagisme. Malgré l'association par certains (plus souvent fumeurs) du tabac avec des notions positives de plaisir et de convivialité, le tabac représente, plus fréquemment, autant pour les fumeurs que pour les non fumeurs un produit nocif, addictif dont les conséquences pour la santé sont graves.

Les deux populations ont pourtant une vision objective du tabac comme produit dangereux pour la santé sans avoir réellement d'influence sur leur propre comportement tabagique. La dépendance explique ce décalage. Connaître ne suffit pas à changer de comportements.

Ceci confirme l'analyse du CFES, dans le rapport de synthèse des études qualitatives de 1993 sur le tabac, concernant les représentations des jeunes liées à la cigarette. En effet, « la cigarette cristallise une forte ambivalence, les représentations premières semblant toujours susceptibles de se transformer en leur contraire. »³⁰.

Parallèlement, les témoignages des personnes en situation de précarité laissent entrevoir une connaissance globale des risques liés au tabac sur la santé, sans que celle-ci soit pourtant précise. D'autre part, certains problèmes inhérents au tabagisme comme la communication ou le budget sont également à considérer dans une approche globale de cette problématique puisqu'ils sont aussi évoqués comme pesant pour les personnes.

³⁰ CFES, *L'image de la cigarette et du fumeur auprès des jeunes. Rapport de synthèse*, Vanves : CFES, étude n°93 031, sept. 1993, p.23.

Investissement de la problématique du tabagisme par les professionnels des CHRS

On remarque alors que tous les CHRS, sans distinction particulière selon le type de public accueilli, se sont investis récemment, sous la pression des campagnes de prévention, par rapport à cette question du tabagisme, en proposant une application de la loi Evin adaptée (détournée, pour certains) correspondant aux positions prises par les professionnels ou les usagers et illustrant différemment la tolérance et le respect adoptés par rapport à chacun des 2 groupes : fumeurs et non fumeurs.

Par ailleurs, les positions des professionnels concernant le problème de santé publique du tabagisme par rapport aux personnes précarisées se regroupent selon plusieurs tendances. La majorité des fumeurs et non fumeurs, font preuve d'une grande tolérance, d'une compréhension et souvent même d'une gêne à aborder ce sujet étant donné les difficultés rencontrées par ces populations qui leur semblent tellement conséquentes que le tabac n'apparaît pas dans ce contexte comme une priorité. Parallèlement, tandis que certains prennent des précautions pour aborder ce sujet en le mettant en lien avec l'impact qu'il peut avoir sur les enfants, ou sur le budget, d'autres non fumeurs n'osent pas toujours manifester auprès des fumeurs, leur désagrément face au tabac. La notion d'exemplarité des professionnels par rapport aux personnes accueillies paraît pourtant un préalable pour pouvoir être cohérent et pertinent dans les recommandations et les conseils donnés aux fumeurs.

Globalement, le tabagisme peut être abordé, comme c'est le cas pour 3 CHRS, soit de façon formelle lors de l'entretien d'entrée dans l'établissement ou à l'occasion de modules santé, sinon il est abordé à la demande des personnes.

Dans les discours, le tabagisme apparaît le plus souvent inscrit et considéré en lien avec le contexte, la personne ou d'autres dimensions telles que la parentalité, la souffrance, le budget. Ou à l'inverse il peut être dénué de toute considération, et se distinguer des priorités intégrées dans le processus de reconstruction de la personne en situation de précarité.

Une perception de la prévention du tabagisme partagée par les acteurs

La prévention du tabagisme apparaît pour la plupart des professionnels, autant fumeurs que non fumeurs, comme peu pertinente étant donné son inadaptation et son manque de cohérence par rapport au système dans lequel elle s'inscrit et le public auquel elle s'adresse. L'augmentation du prix souvent mal perçue a encore amplifié selon certains, les inégalités sociales et fait valoir des conséquences plutôt négatives quant à son impact sur la santé des fumeurs, sur leur budget mais aussi sur le développement d'un marché parallèle du tabac. Cette prévention générale mise en œuvre n'a pas, d'après les témoignages, une connaissance suffisante des diverses populations et des mécanismes de dépendances puisqu'elle n'a pas provoqué, ici, de changement de comportements chez les personnes, mais elle a le plus souvent engendré des réactions de colère, d'incompréhension face à la culpabilisation, l'inefficacité et parfois l'injustice de certaines mesures. Pour les personnes

interrogées, cette démarche de prévention aurait du, à l'inverse favoriser la mise à disposition réelle de moyens, tels que les substituts nicotiniques.

Néanmoins, elle reste pour quelques uns, un support pertinent de communication et d'échanges.

Globalement, les personnes interrogées sont plutôt insatisfaites de l'apport des campagnes de prévention, et ne se sentent pas concernés. Le thème de l'augmentation du prix est fréquemment revenu et a été le plus souvent ressenti comme une difficulté voire une injustice. De plus, l'insistance de ces campagnes a provoqué chez certains une indignation et une réaction critique incitant les personnes à la non adhésion aux recommandations transmises et la persistance de comportements réfractaires.

Décalage entre les propositions innovantes des professionnels et les attentes imprécises des usagers

La proposition d'une prévention du tabagisme plus adaptée au public accueilli en CHRS apparaît clairement comme une démarche légitime et nécessaire pour la plupart des professionnels interrogés. En effet, la surconsommation et les demandes relatives au tabac constatées chez ce public en justifient tout à fait l'idée. D'autant plus, comme les professionnels ont pu le souligné, le tabac a bien sûr des conséquences importantes sur la santé, mais aussi, dans ce contexte, un impact considérable sur les faibles budgets des personnes en situation de précarité. Les professionnels considèrent généralement que le tabac ne peut pas être, dans ce contexte, abordé isolément. La plupart ont proposé d'intégrer le tabac dans une démarche globale celle de la dépendance, du bien-être ou en lien avec des notions plus larges comme la parentalité, la gestion budgétaire, l'environnement, le respect d'autrui.

Les propositions énoncées s'articulent autour de programmes complets, de réponses concrètes en lien avec des moyens, des outils innovants et cohérents avec les mal-être, et les états psychiques constatés dans cette population. La nécessité de proposer des alternatives ou des compensations au tabagisme apparaît alors nettement comme la solution adéquate et pertinente pour atteindre la population précarisée et suggérer, chez elle, des modifications de comportements qui soient plus favorables à la santé en général. La sophrologie, le sport, l'art thérapie, la relaxation, les activités en lien avec la nature, l'environnement, et le soin de soi sont des moyens évoqués comme pouvant correspondre à ces alternatives.

Ainsi, ces propositions s'inscrivent tout à fait dans le cadre d'interventions en promotion de la santé grâce à l'éducation pour la santé qui se propose de « mieux écouter et informer les personnes et les groupes, et, à partir de leurs besoins, de leurs connaissances, de leurs savoir-faire, les aider à mieux gérer leur santé, à faire des choix favorables à celle-ci et à les maintenir, grâce à des démarches éducatives, participatives, positives »³¹. Les valeurs essentielles sont celles également partagées par les acteurs du champ social, puisque le partage des savoirs, l'accompagnement vers l'autonomie, le respect des personnes, le développement des connaissances et des habiletés et enfin,

l'accompagnement vers la santé sont des principes communs et transversaux à la promotion de la santé et à la réinsertion sociale.

Les propositions énoncées par les personnes en situation de précarité n'ont de perspectives que dans le renforcement des mesures législatives concernant le tabac.

IV.3 PROPOSITIONS D' ACTIONS ET RECOMMANDATIONS

Grâce à cette démarche ascendante mise en œuvre par la participation de tous les types d'acteurs (professionnels et personnes en situation de précarité) dans ce diagnostic, nous avons pu explorer le phénomène du tabagisme dans un contexte particulier permettant une réflexion pertinente sur les pistes éventuelles de recherche complémentaire et de travail.

En effet, au regard des éléments fournis par les personnes interrogées, la pertinence d'une prévention du tabagisme cohérente et adaptée aux personnes en difficultés, dans le cadre des structures d'hébergement paraît démontrée. Cependant, cette démarche doit, pour répondre aux demandes et aux besoins, intégrer plusieurs dimensions complémentaires en vue d'agir à la fois sur les causes du tabagisme, les ressources et les habiletés des personnes concernées.

Comme l'a démontré Triandis, de très nombreux comportements se manifestent sans pour autant découler d'une volonté consciente. Il est donc nécessaire, selon lui, de proposer d'autres méthodologies pour diminuer les automatismes de l'habitude. Le changement de l'habitude dépend de l'habileté du sujet à diversifier ses comportements. L'objectif de prévention sera d'aider le sujet à diversifier ses comportements, de lui donner une fluidité pour changer ses comportements et passer de l'un à l'autre³².

C'est dans cette perspective que s'inscrivent les propositions faites par les professionnels interrogés.

Un programme de prévention du tabagisme doit donc, pour s'adapter au public en situation de précarité, considérer le tabac en lien avec les autres dimensions de la vie des personnes ciblées. Le corps, le « soin de soi », la parentalité pour les femmes, l'angoisse, le mal-être, les capacités et les facultés individuelles sont des dimensions intéressantes à prendre en compte dans cette perspective. Ces supports vont pouvoir servir de base pour des actions innovantes et alternatives agissant sur les causes et l'environnement des personnes en situation de précarité mettant en œuvre l'activité physique, la nature, le bien-être, les émotions grâce à des outils comme le sport, les activités de plein-air, la musicothérapie, la sophrologie, etc....

Par ailleurs, en complémentarité avec ces actions concrètes, du fait d'une connaissance peu précise concernant les effets du tabac sur la santé, une continuité et un approfondissement d'une

³¹ Bouchet C., *Eclairage sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé*, oct 2000, 36 p.

³² Triandis Harry C., *Interpersonal behavior*, Monterey, Calif., Brooks/Cole Pub. Co, 1977, 329 p.

information sur le tabagisme peut s'avérer pertinente dans le cadre d'un programme complet, avec également, vu l'importance accordée à l'expression de soi et l'échange entre les personnes, la mise en place de groupes de parole afin de libérer la parole autour de cette dépendance, permettre une prise de conscience par rapport à ce comportement et développer une dynamique de soutien mutuel.

D'autre part, étant donné, que les actions de promotion de la santé déjà mises en œuvre en CHRS sont dans la plupart des cas réalisées par des intervenants extérieurs, les professionnels de la santé des CHRS n'ayant pas toujours les compétences nécessaires pour assurer des actions collectives de promotion de la santé, il nous paraît indispensable, conformément à la philosophie de l'éducation pour la santé, que les professionnels de terrain s'approprient ces dimensions de prévention et que soit favorisée ainsi une co-animation entre les personnes relais dans les CHRS et les partenaires extérieurs. De plus, un accompagnement méthodologique pour investir les professionnels dans cette démarche paraît pertinent afin qu'ils trouvent dans leur équipe un consensus par rapport à cette problématique du tabagisme.

Parallèlement, dans les centres d'examen de santé, les substituts nicotiniques sont à disposition gratuite pour les personnes en situation de précarité depuis 2001. Or, les CHRS interrogés ne semblent pas avoir accès à ce dispositif. Ainsi, il serait également favorable dans l'optique d'un programme de prévention du tabagisme adapté aux personnes précarisées et donc aux faibles budgets, de développer cet accès et de rendre disponible ce type d'outils et de moyens d'aide à l'arrêt du tabagisme.

Ainsi, une démarche expérimentale à partir de l'existant peut être envisagée selon les moyens, outils, compétences, partenariats, activités déjà proposés. Il apparaît également pertinent de compléter et d'harmoniser l'ensemble de ces éléments dans un programme cohérent et complet sur le long terme, axé sur le bien-être des personnes afin d'agir davantage sur les causes du tabagisme, et sur des propositions de compensation concrètes.

CONCLUSION

Ce diagnostic a favorisé l'émergence d'un besoin en terme de prévention du tabagisme. Les CHRS et leurs professionnels se sentent acteurs d'un accès à la prévention, et ont validé la nécessité d'un programme adapté. Les témoignages recueillis convergent vers une conception globale de la santé impliquant divers facteurs : individuels et environnementaux. Les CHRS et les populations en situation de précarité bénéficient de ressources et de possibilités qui n'attendent qu'à être valorisées. Un programme complet et transversale, où le tabagisme sert de support pour pouvoir agir sur ses causes et encourager le bien-être des personnes et des structures, permettrait d'apporter une réponse aux attentes et aux demandes des personnes interrogées. Ainsi, il s'agit bien de développer des conditions favorables au sevrage tabagique, et à la santé.

Cette enquête a démontré l'utilité de considérer la parole des acteurs (représentations, compréhension et connaissances, pratiques, contexte) qui reste indispensable pour la recherche de dispositifs adaptés.

De plus, cette étude a permis de valoriser l'intérêt du secteur social, de la réinsertion pour la santé et la prévention. Aussi, la possibilité de saisir cette dynamique pour développer une éducation pour la santé au plus près des personnes en situation de précarité est une des conclusions essentielles.

En effet, les démarches entreprises dans ce sens par les professionnels des CHRS ne demandent qu'à se développer d'autant plus que certaines limites rencontrées par ces derniers peuvent être réduites par un accompagnement des structures spécialisées en promotion de la santé.

Néanmoins, cette enquête reste partielle. Des investigations complémentaires doivent être entreprises pour confirmer ces premières conclusions. Ce diagnostic ouvre des possibilités concernant une vraie dynamique du « soin de soi » et d'accès à des prestations diversifiées de bien-être via la dimension de la prévention du tabagisme. Les personnes en situation de précarité doivent, en effet, pouvoir bénéficier d'une attention particulière et de moyens réels pour tenter de réduire les inégalités sociales et de santé dont elles sont l'objet.

Finalement, ce travail aura permis de valoriser et de légitimer une thématique sous-estimée en contexte de précarité. La précarité ne doit pourtant pas exclure les personnes d'un accès à des propositions, comme dans le cadre d'une prévention du tabagisme souvent jugée comme non prioritaire étant donné la multiplicité des difficultés rencontrées par cette population.

LEXIQUE

ALT : Allocation Logement Temporaire

CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CRAES-CRIPS : Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé- Centre Régional d'Information et de Prévention Sida

CREDES : Centre de recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

FNARS : Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

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

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies

Articles :

AFP, Le tabac ruine et frappe les plus pauvres, selon l'OMS, le Monde, publié le 31 mai 2004.

Aïach P., Des facteurs sociaux et psychologiques à l'origine des inégalités sociales de santé, Mut'echo, mars 2003.

Aliaga C., Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation, INSEE Première, n°808, oct.2001.

Arènes J., Repères sur la santé des plus démunis, La Santé de l'Homme, n°327, janv.-fév.,1997, p16-17

Binsfeld-Houlné C., Laurent-Becq A., Recueillir la parole des personnes hébergées en CHRS, La Santé de l'Homme, n°348, juill.- août 2000.

Blanchard S., Les patchs et les gommes antitabac pourraient être bientôt pour les plus démunis, Le Monde, publié le 29 mai 2004.

Brixl O., Les grandes tendances in Santé et précarité, ADSP n°12, sept. 95.

Chaix B., Guilbert P., Chauvin P., A multilevel analysis of tobacco use and tobacco consumption levels in France : are there any combination risk groups ?, European Journal of Public Health, vol.14, n°2, juin 2004, p.186-190.

Chiffe J., Le cadre méthodologique, la précarité et ses « représentations », La Santé de l'Homme, n°348, juill.-août 2000, p.22-23.

Collet. M, Menahem G., Paris V., Précarités, risque et santé. Enquête menée auprès des consultants des centres de soins gratuits, Questions d'économie de la santé n° 63. Série "Analyses", janv. 2003, 6 p.

DRASS Rhône-Alpes, Les personnes hébergées en logement temporaire en Rhône-Alpes, La lettre de la DRASS n°2001-0007, mai 2001, 6 p.

DRASS Rhône-Alpes, Centres d'hébergement et de réinsertion sociale(CHRS), Activité des structures, profils et trajectoires des bénéficiaires dans quatre départements rhônalpins, La lettre de la DRASS n°2004-02 ; mars 2004, 6 p.

Granier A., Santé et dignité : fondement d'une approche éthique et méthodologique, La Santé de l'Homme, n°348, juill.-août 2000, p. 24-26.

Helardot V., Exclusion, pauvreté, précarité, approche socio-historique de l'intégration sociale, La Santé de l'Homme, n°348, juill.-août 2000.

Kuntz C., Spyckerelle Y., Giordanella JP., Baudier F., Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique proposée à des populations en situation de précarité dans les centres d'examens de santé, BEH, n°22-23, 2001.

Nicole-Drancourt C., Précarité et santé, la face cachée d'une corrélation, ADSP n° 12, sept. 1995, p.34-35.

Noblet P., Herzog V., Mallet V., La santé: se loger, se nourrir, se soigner, ADSP, n°12, sept. 1995, p.14-18.

ORS Rhône-Alpes, L'accès aux soins en Rhône-Alpes, La santé observée en Rhône-Alpes, Lyon : ORS, 2001.

ORS Rhône-Alpes, Le tabac et ses conséquences sur la santé en Rhône-Alpes, La santé observée en Rhône-Alpes, Lyon : ORS, 1998.

Strohl H., Santé-précarité, notice d'utilisation, ADSP, n°12, sept.1995, p.30-31.

Ward E., Jemal A, Cokkinides V., et.al., Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status, CA Cancer J. Clin, , vol.54 n°2,mars 2004, p.78-93.

Ouvrages /Rapports :

Asbl « Santé, communauté, participation », 3 « Le diagnostic communautaire », Bruxelles : Asbl, 2000, 34 p.

Blanchet A., Gotman A., L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris : Nathan, sept.2003, 125 p, coll.128.

Buhrig M., Conduites addictives et accompagnement social, Etat des lieux de l'exclusion, Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE) Rhône-Alpes, Dossier annuel 2002, oct.2002, 144 p.

Castel R., Les métamorphoses de la question sociale : chronique du salariat, Paris : Fayard, 1995, 490 p.

CFES, L'image de la cigarette et du fumeur auprès des jeunes. Rapport de synthèse, Vanves : CFES, étude n°93 031, sept. 1993, 126 p.

CRAES-CRIPS, Des « acteurs bénéficiaires » aux « acteurs professionnels ». Eclairage sur les orientations du PRAPS 2000-2003 à partir de l'expression de groupes de personnes en situation précaire ou exclues, Lyon : CRAES-CRIPS, sept. 2001, 23 p.

Danzon F., Féminin santé, Vanves : CFES, coll. La santé en action, 1998, 434 p.

Duval E., Faire de chacun un acteur de santé, Etat des lieux de l'exclusion, Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE) Rhône-Alpes, Dossier annuel 2002, oct. 2002, 144 p.

Filee D-L., Halbardier V., Andrien M., Prévention du cancer et pauvreté, Liège : CERES, n°9 ; 1996, 114 p.

Granier A., ATD Quart-Monde, La connaissance des pauvres, ed. Travailler le social, s.d., 449-464 p.

INPES, Journée mondiale sans tabac 31 mai 2005, Saint-Denis : INPES, mai 2005, 18 p.

Lallemant D., Guide des CHRS, références et évolutions, Paris : ASH, mai 2000, 171 p.

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., et. al., Les inégalités sociales de santé, Recherches, Paris : La Découverte, oct. 2000, 436p.

MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, Paris : La documentation Française, 2004, 125 p., coll. Rapports officiels.

Ministère Santé et Protection sociale, Tabac et Précarité : De nouvelles mesures d'aide à l'arrêt du tabac, en particulier pour les personnes en situation de précarité, 27 juin 2004, 11p.

Montagne C., Tabac et précarité : tabagisme et aide sociale au CCAS de Saint Chamond, état des lieux et perspective, Mémoire DIU Tabacologie, sept.2000, 21 p.

Moradell M., Prendre soin de soi malgré la précarité : un souci à partager, Etat des lieux de l'exclusion, Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE) Rhône-Alpes, Dossier annuel 2002, oct. 2002, 144 p.

Pelège P., Hébergement et réinsertion sociale : les CHRS, dispositif, usagers, intervenants, Paris : Dunod, 2004, 277 p.

Penet M-P., Pratiques et vécu de la CMU, Etat des lieux de l'exclusion, Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE) Rhône-Alpes, Dossier annuel 2002, oct. 2002, 144 p.

Poirier C., Tabagisme et population précaire : une approche spécifique ?, Mémoire DIU Tabacologie, Université Clermont-Ferrand, 2002/2003, 32p.

Profession Banlieue, Santé, Précarité, Dépendance, Saint-Denis : Profession Banlieue, mars 1999, 72 p., coll. Les cahiers de profession banlieue.

Richard D., Senan J-L., Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances, Paris : Larousse, 1999.

Riez D., Prévention du tabagisme, femmes et milieux précarisés : recherche-action et création d'outils dans le cadre d'un projet d'accompagnement autour de la santé et du bien-être, sept. 2001, 101 p.

Triandis Hry C., Interpersonal behavior, Monterey: Brooks/Cole Pub. Co, 1977, 329 p.

Wresinski M.J., Grande pauvreté et précarité économique et sociale : séance des 10 et 11 février 1987, Paris : Conseil économique et social français, 104 p.

Sites Internet :

INPES, Ligue Contre le Cancer, OFT, Assurance Maladie, Données sur le tabagisme des personnes en situation de précarité : www.tabac-info.net, consulté le 21/06/05.

OFDT, Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac, nov. 2004 : www.ofdt.fr/ofdt/fr/ta_pres.htm, consulté le 12/07/05.

OMS, Tabac et pauvreté : un cercle vicieux, 2004 : www.who.int/mediacentre/news/statements/2004/statement2/fr/, consulté le 12/07/05.

Conférence de consensus de 1998 sur l'arrêt du tabagisme : www.anaes.fr/ANAES/Publications.nsf/nID/LILF-3ZGJYJ?OpenDocument&Bac..., consulté le 20/04/05.

Le tabagisme des personnes en situation de précarité constitue un réel enjeu de santé publique, du fait de sa prévalence dans ce contexte, de ses répercussions propres sur la santé, mais aussi du fait qu'il illustre les inégalités sociales de santé et d'accès à la prévention.

Suite à la journée mondiale sans tabac de 2004 consacrée au thème « tabac et précarité », le CRAES-CRIPS s'est engagé à mener un programme régional sur cette dimension.

Dans ce cadre, l'objet de ce travail est donc de réaliser un diagnostic qualitatif mettant en scène les représentations, les pratiques et les ressources des personnes en situation de précarité et des professionnels qui les accompagnent. Pour cela, les Centres d'Hébergement et de réinsertion Sociale sont apparus comme un terrain pertinent pour impliquer les différentes populations dans ce travail et pour la mise en œuvre d'un programme de prévention du tabagisme.

L'analyse des entretiens réalisés montre qu'il y a une réelle pertinence à mener des programmes de prévention autour de ce type de dépendance, lors du passage des personnes en CHRS. Globalement, le tabac ne serait qu'un support pour développer des actions alternatives et compensatoires à la dépendance, en lien avec le bien-être global des populations en situation de précarité. Parallèlement, un programme adapté au contexte de la précarité doit cibler et impliquer à la fois les professionnels et les « usagers » des CHRS en leur offrant à chacun des possibilités d'évolution et de changement qui soient complémentaires et cohérentes.

Une coordination reliant des actions de formations pour les professionnels, une continuité de l'information pour les personnes précarisées, et des actions permettant à ces dernières de s'exprimer à travers la parole, le corps grâce à des outils diversifiés semblent pouvoir répondre aux attentes exprimées et ainsi, réduire la prévalence du tabagisme des personnes en situation de précarité.

Cette étude aura permis d'explorer ce problème de santé public souvent sous-estimé en dégagant des perspectives d'actions et en participant ainsi à la reconnaissance des déterminants sociaux de santé.

www.craes-crips.org