

PRÉCARITÉ SOCIALE ET SANTE : APPROCHES THEORIQUE ET PRATIQUE

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux - CLAT63
Clermont-Ferrand (France)
jean.perriot@puy-de-dome.fr



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

INTRODUCTION

« LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EST UNE FIN EN SOI AU CŒUR DE LA POLITIQUE DE COHÉSION SOCIALE ¹»

COMMENT METTRE EN ŒUVRE ET ÉVALUER LA PRISE EN CHARGE SOCIALE ET SANITAIRE ?

« On n'a pas encore découvert ce langage qui pourrait exprimer d'un seul coup ce que l'on perçoit en un clin d'œil »

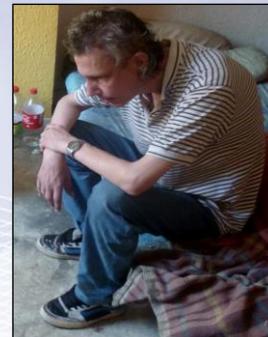
Nathalie Sarraute, *Le planétarium*, 1959

PLAN DE L'EXPOSÉ

DOUBLE VULNERABILITÉ

ILLUSTRATION

CONCLUSION



1 M. Hirsch. *BEH* 2007 : 2-3 :9-10

NOTION DE PRECARITE : RAPPELS

RELATION ENTRE PRECARITE ET VULNERABILITE ¹

Vulnérabilité médicale

Elle procède de l'ensemble des facteurs s'opposant à l'état de bien être complet (physique, psychique et social) qui définit la santé (OMS).

Précarité sociale

Absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux (Wresinski) ¹

Bivulnérabilité ² Exclusion = perte de citoyenneté ³

Syndrome de « Grande Exclusion » ⁴

Inégalité sociale de santé & cohésion sociale ⁵

1 Wresinski J. *JORF*, 1987.

2 Brücker G., et al. *Santé Publique*, 1999.

3 Lenoir R. Les exclus. *Le Seuil*, 1974.

4 Emmanuelli X. *Presse Med* 2009 ; 38 : 1557-9.

5 Hirsch M. *BEH* 2007 ; 2-3 : 9-10

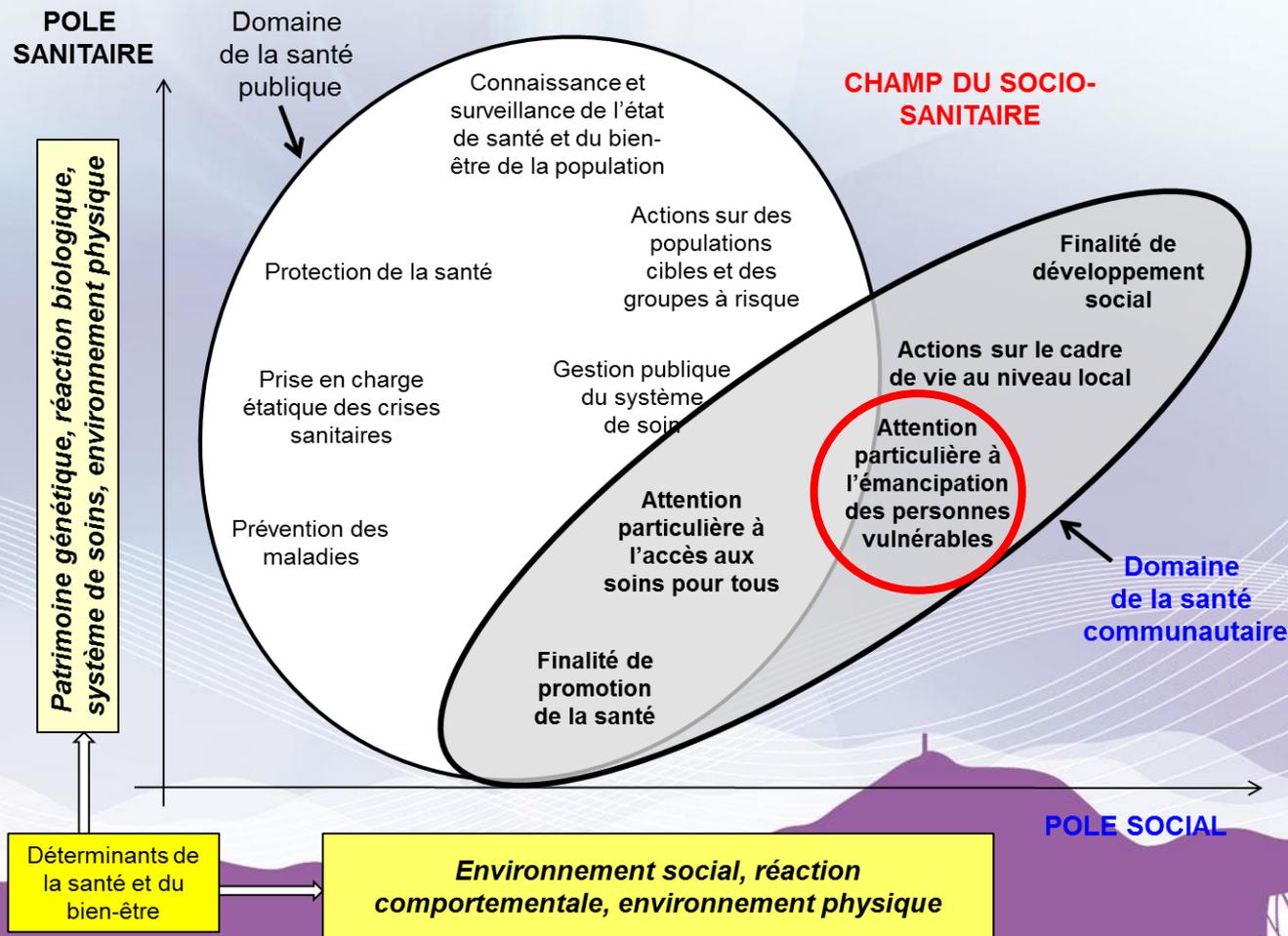
SANTÉ PUBLIQUE (1)

Mise en œuvre des mesures permettant d'accroître pour chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé.

SANTÉ COMMUNAUTAIRE (2)

Approche participative avec priorité à la promotion de la santé. Implication de tous les acteurs à l'identification et résolution des pbs de santé, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes.

LES DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE (3)



(1) Bourdillon F, et al. *Traité de Santé Publique*. Flammarion, 2007.

(2) SEPSAC, 2009

(3) Jourdan D, et al. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé Publique*, 2012 ; 24(2)

INDICATEURS DU RISQUE D'EXCLUSION (adulte < 60 ans)

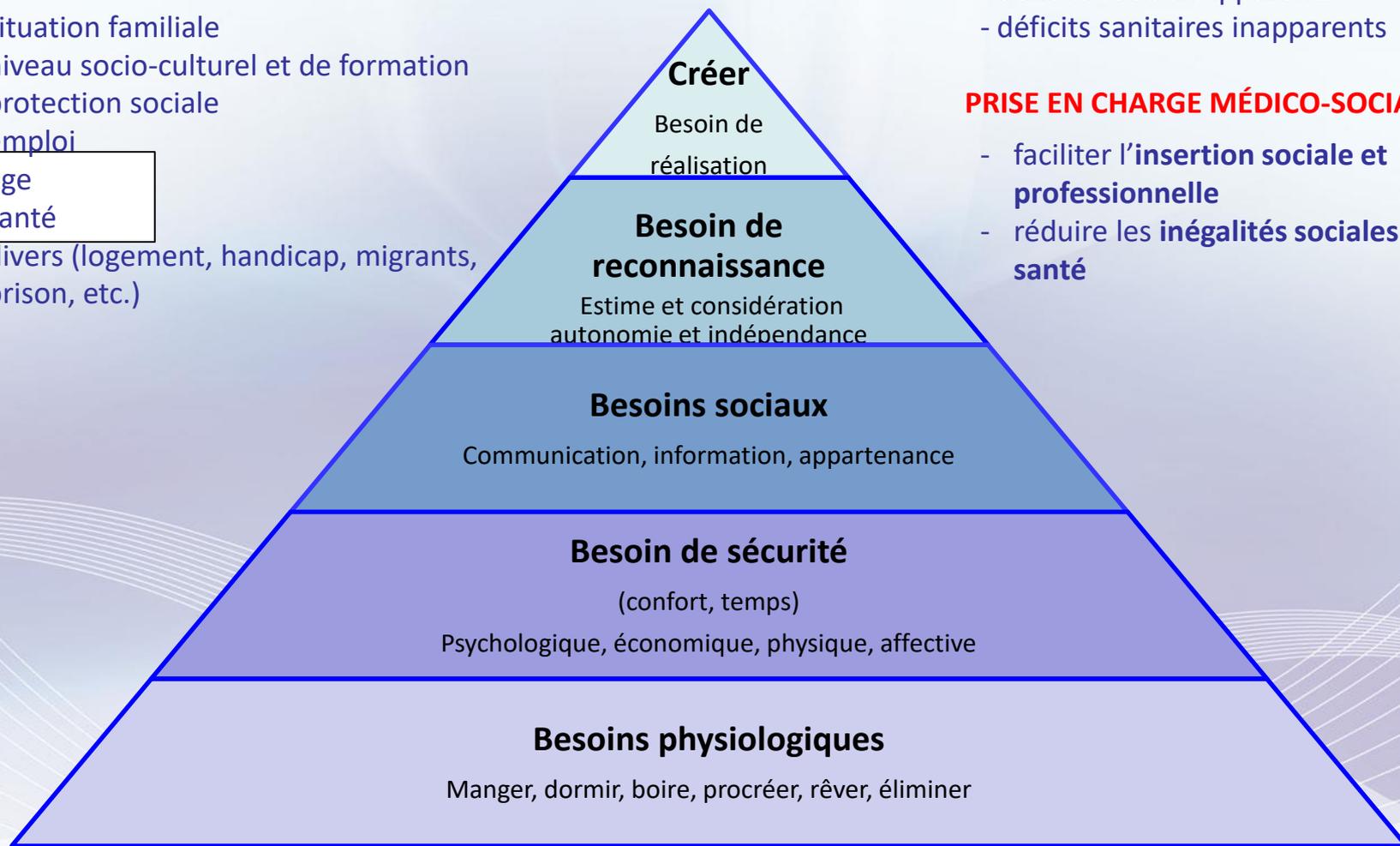
- situation familiale
- niveau socio-culturel et de formation
- protection sociale
- emploi
- âge
- santé
- divers (logement, handicap, migrants, prison, etc.)

BIVULNÉRABILITÉ = « ICEBERG »

- déficits sociaux apparents
- déficits sanitaires inapparents

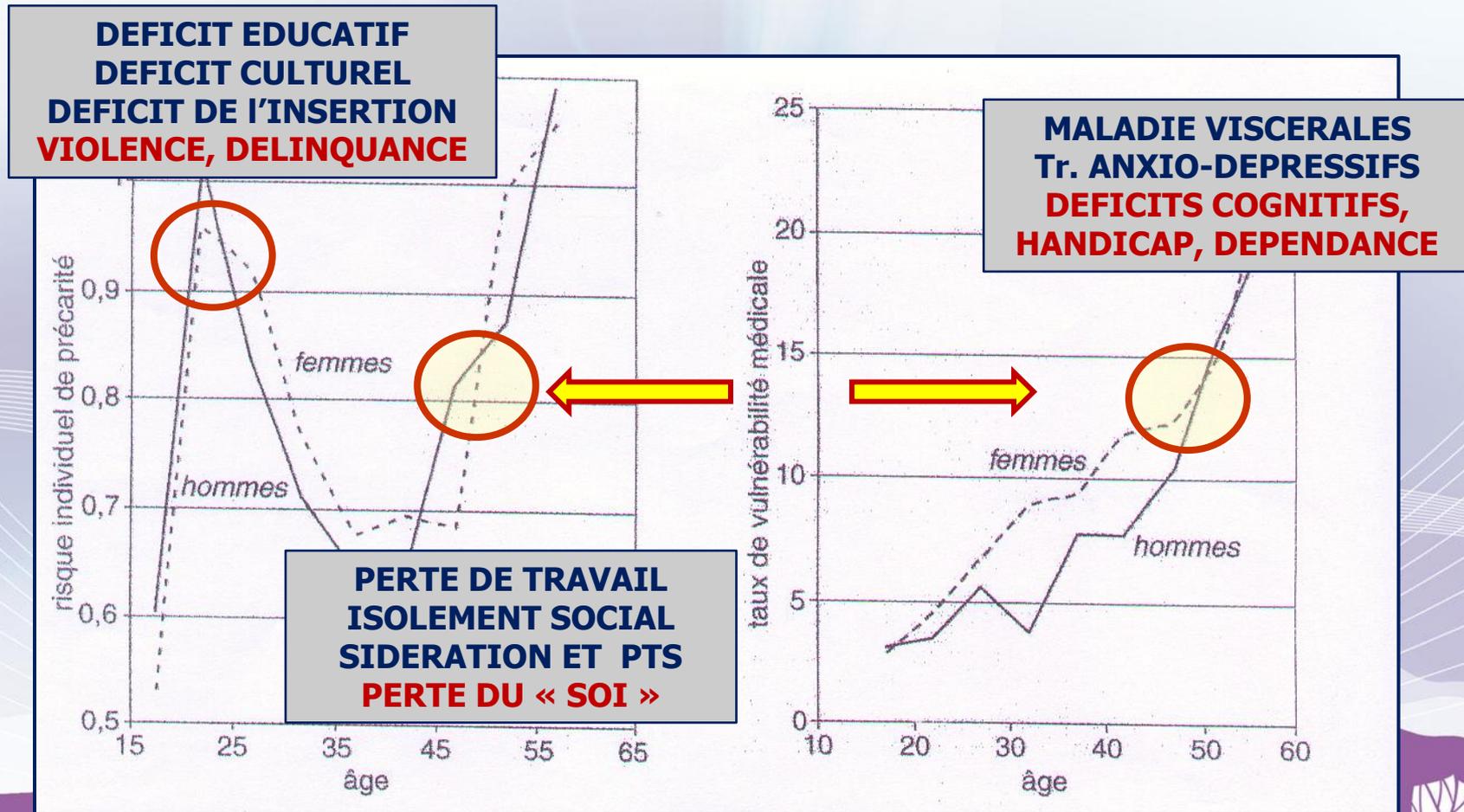
PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

- faciliter l'insertion sociale et professionnelle
- réduire les inégalités sociales de santé



PYRAMIDE DE MASLOW : SATISFACTION PROGRESSIVE DES BESOINS DE L'INDIVIDU (ÉTAGE PAR ÉTAGE, DE LA BASE VERS LE SOMMET)

PRECARITE SOCIALE ET VULNERABILITE MEDICALE, SELON L'AGE ET LE SEXE



BIVULNÉRABILITÉ DANS LES FAITS

PRÉCARITÉ SOCIALE

CHÔMAGE

9,4 % de la population active ⁽¹⁾

TRAVAILLEURS PAUVRES

7,8.10⁶ < 876 €/mois ⁽²⁾

LOGEMENT

SA (80.10³), SDF (300.10³), LI (400.10³), ML (30.10³)

VULNÉRABILITÉ MEDICALE

SYSTEME DE SANTÉ PERFORMANT (espérance de vie 2007 : H = 77,5 et F = 84,4 ans) ⁽³⁾

MAUVAIS INDICATEURS

mortalité évitable avant 60 ans
disparités territoriales

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ S'ACCROISSENT

- **représentation** ⁽⁴⁾

de la mauvaise santé (sous poids, SPA sauf tabac/alcool)

de la bonne santé (vivre en couple, avoir : emploi et logement)

- **dans les faits**

indicateurs (obésité, tabagisme, dépistages)

mortalité avant 60 ans

rappel : TM incidence - pop gen 8,2/100 000 (SDF 240) ⁽⁵⁾

tabagisme - précarité : - 12 % de survie ⁽⁶⁾

(1) INSEE 2010

(2) ONPES 2009-2010

(3) INPES 2009

(4) Degorre A, *et al.* INSEE 2009

(5) Valin N, *et al.* *Rev Mal Respir* 2012 ; 29

(6) Lorant V, *et al.* *Educ Santé* 2008 ; 231

PRÉVALENCE & RISQUE DE DÉCLARER SA SANTÉ ALTÉRÉE PAR CATÉGORIE SOCIALE ET PAR SEXE (ÂGE > 18 ANS)

Tableau 2 Prévalence et risques de déclarer sa santé altérée par catégorie sociale et par sexe chez les personnes de 18 ans et plus. Enquête Handicap-Santé 2008, France | *Table 2 Prevalence and risks of reporting impaired health by social group and sex in people aged 18 and over. 2008 Disability and Health Survey, France*

Catégorie sociale	Hommes			Femmes		
	Répartition %	Santé altérée %	RR* [IC 95%]	Répartition %	Santé altérée %	RR* [IC 95%]
Cadre	17	17	1,0 [ref]	8	16	1,0 [ref]
Profession intermédiaire	19	24	1,7 [1,5-2,0]	18	22	1,7 [1,4-2,0]
Artisan(e), commerçant(e)	8	31	1,9 [1,6-2,3]	4	46	2,6 [2,0-3,3]
Employé(e)	11	26	2,3 [1,9-2,8]	38	33	2,6 [2,2-3,1]
Agriculteur(trice)	4	45	2,7 [2,2-3,4]	3	55	2,8 [2,1-3,6]
Ouvrier(ère)	32	34	3,3 [2,8-3,7]	9	51	4,2 [3,5-5,1]
Autre	9	22	5,4 [4,4-6,6]	20	34	4,4 [3,6-5,2]

Lecture : Parmi les agriculteurs ou anciens agriculteurs, qui représentent 4% de la population des 18 ans ou plus, 45% des hommes jugent leur santé altérée. Par rapport à un homme cadre de même âge, un agriculteur a 2,7 fois plus de risques de juger sa santé altérée.

* Risques relatifs ajustés sur l'âge.

En gras : significatif à 5%.

DER : Score AQS



JY-DE-DÔME
CONSEIL GENERAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

OBÉSITÉ, TABAGISME ET DÉPISTAGE PAR CATÉGORIE SOCIALE ET PAR SEXE (ÂGE > 18 ANS)

Tableau 5. Obésité, tabagisme quotidien et dépistages par catégorie sociale et par sexe. Enquête Handicap-Santé 2008, France / Table 5. Obesity, daily smoking and screening by social group and gender. 2008 Disability and Health Survey, France

	Hommes			Femmes				
	Obésité RR* [IC 95%]	Fumeur quotidien RR [IC 95%]	Pas de dépistage du cancer colorectal depuis 2 ans (50-74 ans) RR [IC 95%]	Obésité RR [IC 95%]	Fumeur quotidien RR [IC 95%]	Dépistage du cancer colorectal de moins de 2 ans (50-74 ans) RR [IC 95%]	Pas de mammographie depuis 2 ans (50-74 ans) RR [IC 95%]	Pas de frottis depuis 3 ans (25-65 ans) RR [IC 95%]
Cadre	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]
Profession intermédiaire	1,2 [1,0-1,5]	1,1 [1,0-1,3]	1,0 [1,0-1,1]	1,3 [1,0-1,8]	1,0 [0,8-1,2]	1,1 [0,8-1,4]	1,1 [0,8-1,4]	1,0 [0,8-1,3]
Artisan(e), commerçant(e)	1,8 [1,4-2,3]	1,2 [1,0-1,5]	1,1 [1,0-1,1]	2,1 [1,5-3,0]	1,5 [1,1-1,9]	1,2 [0,9-1,7]	1,3 [0,9-1,8]	0,9 [0,6-1,3]
Employé(e)	1,7 [1,4-2,2]	1,3 [1,1-1,5]	1,1 [1,0-1,2]	2,2 [1,7-2,8]	1,3 [1,1-1,5]	1,1 [0,8-1,3]	1,6 [1,3-2,0]	1,5 [1,3-1,9]
Agriculteur(trice)	2,2 [1,6-2,9]	0,8 [0,5-1,1]	1,1 [1,0-1,2]	2,9 [2,0-4,0]	0,5 [0,2-0,9]	0,8 [0,5-1,2]	1,8 [1,2-2,4]	2,2 [1,5-3,0]
Ouvrier(ère)	2,1 [1,7-2,5]	1,6 [1,4-1,8]	1,1 [1,0-1,1]	2,8 [2,1-3,6]	1,5 [1,2-1,8]	1,1 [0,8-1,4]	1,6 [1,2-2,1]	2,1 [1,7-2,6]
Autre	1,6 [1,2-2,2]	1,1 [0,9-1,3]	1,1 [1,0-1,2]	3,2 [2,5-4,1]	1,2 [1,0-1,4]	0,9 [0,6-1,2]	2,1 [1,6-2,7]	2,6 [2,2-3,1]

Lecture : à âge égal, les hommes ouvriers ont 2,1 fois plus de risques que les cadres de déclarer un IMC supérieur à 30 (obésité). Les ouvrières ont, pour leur part, 2,8 fois plus de risques de déclarer être obèses que les femmes cadres.

* Risques relatifs ajustés sur l'âge.

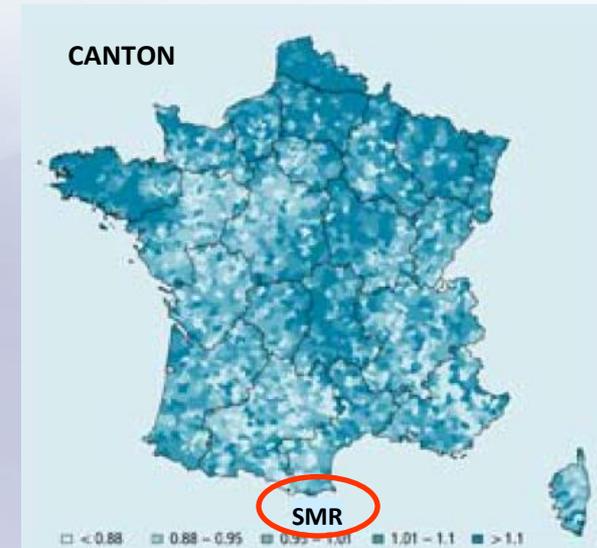
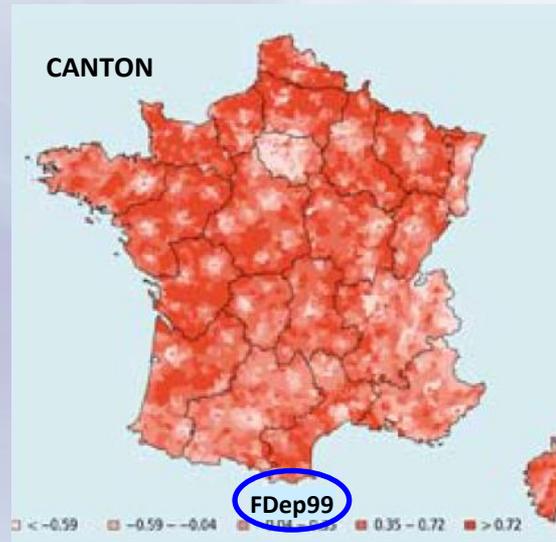
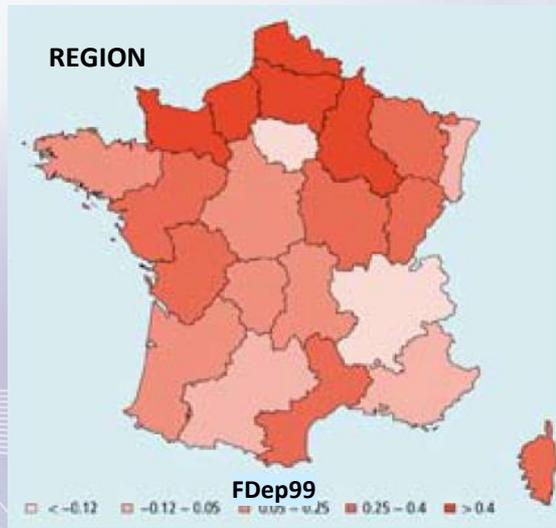
En gras : significatif à 5%.



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

INÉGALITÉS DE LA MORTALITÉ PAR CAUSE DE DÉCÈS À L'AIDE D'UN INDICE DE DÉSAVANTAGE SOCIAL- (FDEP99)



FDep99 = première composante d'une analyse en composante principale à l'échelle des communes des variables : revenu médian, pourcentage d'ouvriers, pourcentage de bacheliers et taux de chômage.

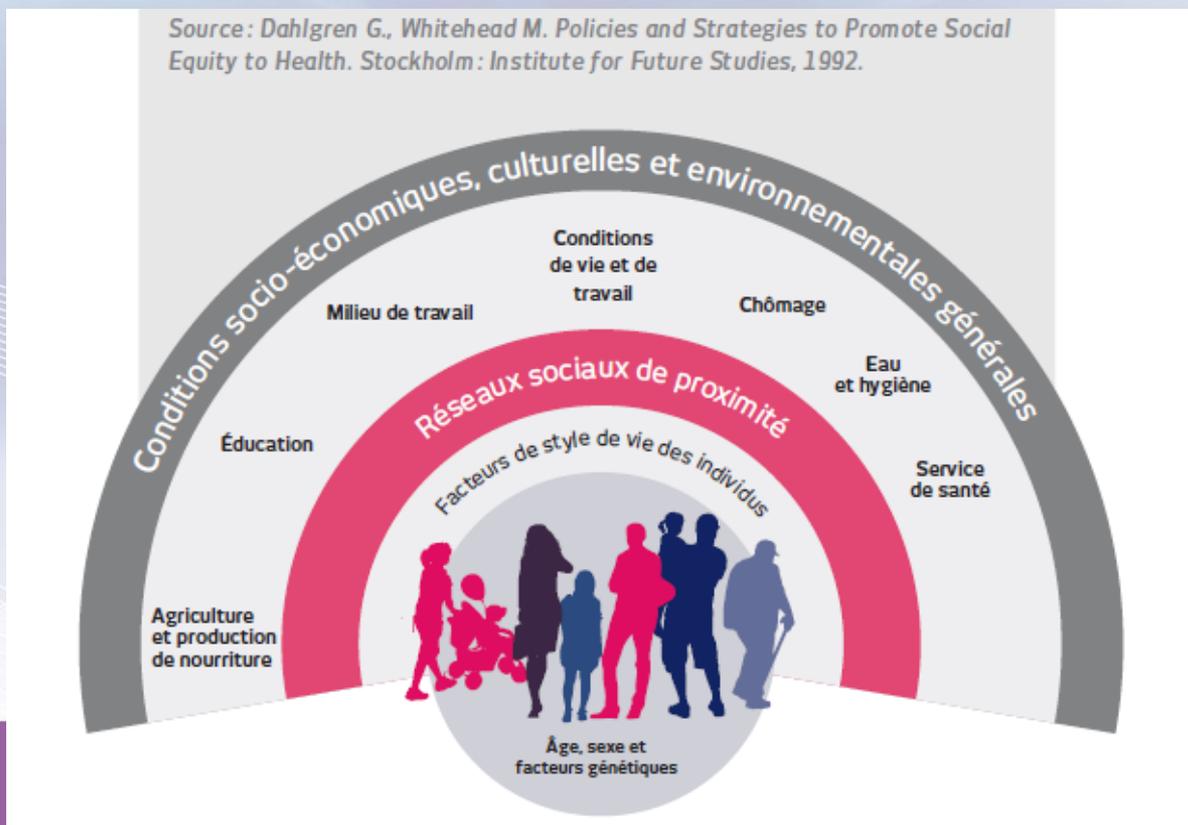
SMR : ratio de mortalité standardisé sur la période 1997-2001.

FDep99 : Revenu médian par ménage
% bachelier pop après 15 ans
% ouvrier dans pop active
taux de chômage

SMR : Différentiel entre mortalité attendue dans l'unité spatiale et celle observée pendant la durée de l'étude

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

« La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel. [...] Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé. »



PRODUCTION ET REPRODUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET DE MORTALITÉ

ORIGINE SOCIALE

CAPITAUX CULTUREL, SOCIAL,
ECONOMIQUE ET SANITAIRE

CONDITIONS D'EMPLOI ET DE TRAVAIL

CONDITIONS ET CADRE DE VIE

STRESS, INQUIETUDE, ANXIETE...PERTE DE
CONFIANCE, PERTE DE SENS

DEFICIT EDUCATIF ET CULTUREL
DEFICIT DE D'APPARTENANCE
DEFICIT DE CITOYENNETE
VIOLENCE ET DELINQUENCE

STYLES ET MODES DE VIE

ETAT DE SANTE
MORTALITE

↓ RECOURS
AUX SOINS

ADDICTIONS (Tabac, etc.)
MALADIES RESPIRATOIRES
IST, NUTRITION, MAL. METAB.

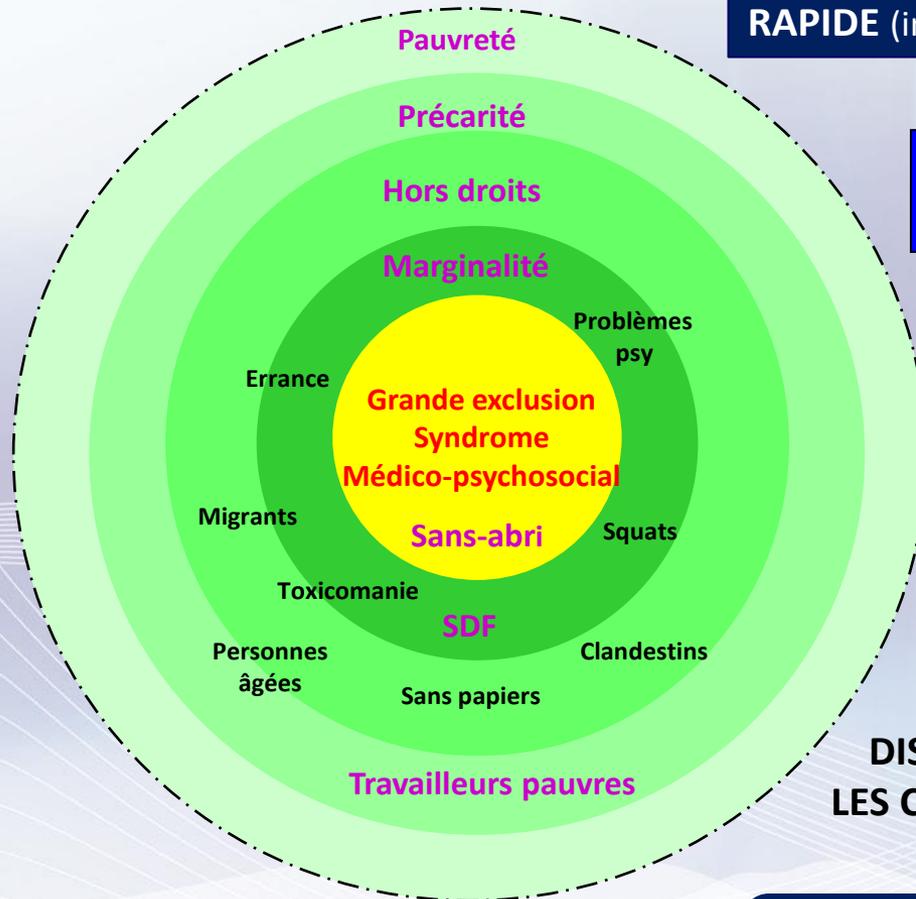
LES 11 QUESTIONS DU SCORE EPICES (suffisant ?)

Questions	Oui	Non
1 – Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2 – Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3 – Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4 – Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5 – Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6 – Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7 – Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8 – Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9 – Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10 – En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11 – En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.	75,14	

>30,17 seuil de la précarité >60 grande précarité

SYNDROME DE GRANDE EXCLUSION (SGE)

CONCEPT MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL D'INSTALLATION +/-
RAPIDE (individu/environnement/réponse : SDF → SA → SGE)



SGE = PERTE DES FONCTIONS SYMBOLIQUES
SOUTENANT LA PERSONNALITÉ

- **REPRÉSENTATION DU CORPS**
Symptôme ou fonction (perte de l'image)
- **REPRÉSENTATION DU TEMPS**
Temps seulement quantitatif (quand manger ?)
- **REPRÉSENTATION DE L'ESPACE**
Fonction utilitaire (où dormir ?)
- **REPRÉSENTATION DES LIENS SOCIAUX**
Satisfaction des besoins immédiats (pour soi)

DISTORSION DES PERCEPTIONS ACCRUE PAR
LES COMORBIDITÉS ANCIENNES OU ACQUISES

REPÉRAGE ET INTERVENTION EN AMONT DU SEUIL DE
BASCULEMENT VERS LE SGE

RÉPONDRE MIEUX AUX BESOINS DE LA PERSONNE PRÉCAIRE

Urgence des problématiques
sanitaires et sociales

Temporalité institutionnelle et des
bénéficiaires sont différentes

Prendre en compte ce conflit des
temporalités pour optimiser
l'accompagnement

Un temps utile (investissement des
bénéficiaires dans un projet de vie nouveau)

Des outils facilitateurs (bilans médico-
psychologiques, contractualisation rSa, etc.)

Une réponse globale aux besoins exprimés
par l'utilisateur

De la prise en compte de la santé dans
le travail social

Retour d'expérience concernant la mise en
place de bilans médico-psychologiques à
l'attention des bénéficiaires du rSa

Frédéric MERSON
Psychologue Social

Jean PERRIOT
Chef de Service

Service des Interventions Sanitaires
Dispensaire Emile Roux
11 rue Vaucanson
63100 Clermont-Ferrand



Mieux comprendre les mécanismes de la précarité

Adaptation de l'individu aux situations sociales

Précarité : instabilité et incertitude

Réduction du futur = adaptation à la forme de vie imposée (instabilité et insécurité durable; empêchant l'individu de se construire : maladie chronique)

Distinction entre pauvreté et précarité



**Merson & Perriot, *Santé Publique* 2011,
Presse Med. 2012**



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

ILLUSTRATIONS

**I - BILANS DE SANTÉ DES PERSONNES TRAVAILLANT EN CHANTIERS
D'INSERTION (2005-2013)**

**II - BILANS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES DES PERSONNES ALLOCATAIRES
DU RSA ADRESSÉES PAR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX (2011-2013)**

**III - PATHOLOGIES SOMATIQUES DES MIGRANTS EN SITUATION DE
PRECARITE SOCIALE**

**IV - TABAGISME ET PRECARITE SOCIALE: EXPERIENCE DU DISPENSAIRE
EMILE ROUX (CLERMONT-FERRAND)**

BILANS MEDICAUX DES PERSONNES EN CHANTIERS D'INSERTION - ACI

Exemple – I

BILANS MÉDICAUX DES PERSONNES EN ACTIVITÉS D'INSERTION (2005-2013)

N = 650

SR = 2,8

AGE_m = 39 ans

EPICES_m = 50,23

**ANTÉCÉDENTS SOCIO-FAMILIAUX
FRÉQUENTS : 23 %**

**BAS NIVEAU DE
FORMATION INFÉRIEUR
AU BAC : 86 %**

**SITUATION FAMILIALE
AVEC SOLITUDE
FRÉQUENTE : 64 %**

	POP	POP GEN
Tr. Anxio-dépressifs	32,7 %	27 %
Asthme-Allergie	28 %	25 %
BPCO	17,5 %	8 %
HTA	11,9 %	17 %
Dyslipidémie	16,4 %	12 %
Obésité	28,7 %	12,4 %
Tabagisme	69,7 %	32 %
Autres Addictions	54,8 %	20 %
Tuberculose (cas/100 000)	65	8,2
« Déficit » auditif	26,3 %	
« Déficit » visuel	45,1 %	

AUTRES CONSTATS

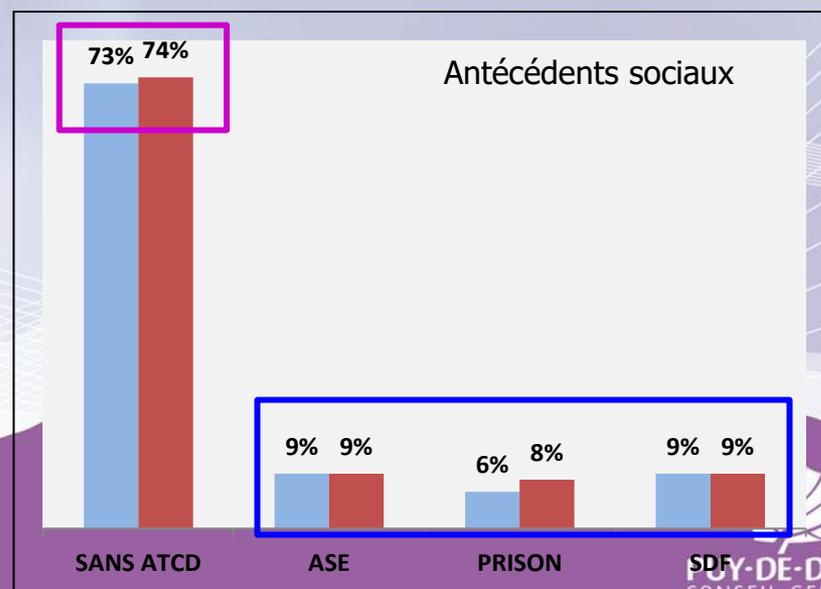
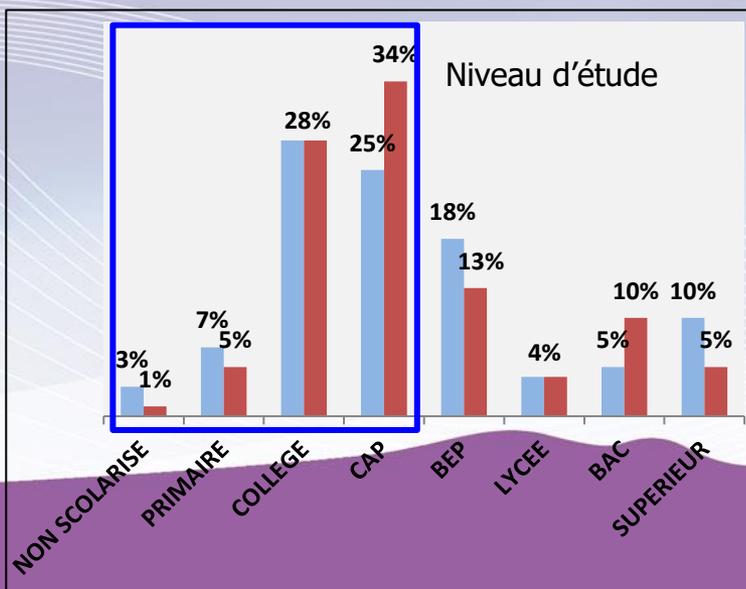
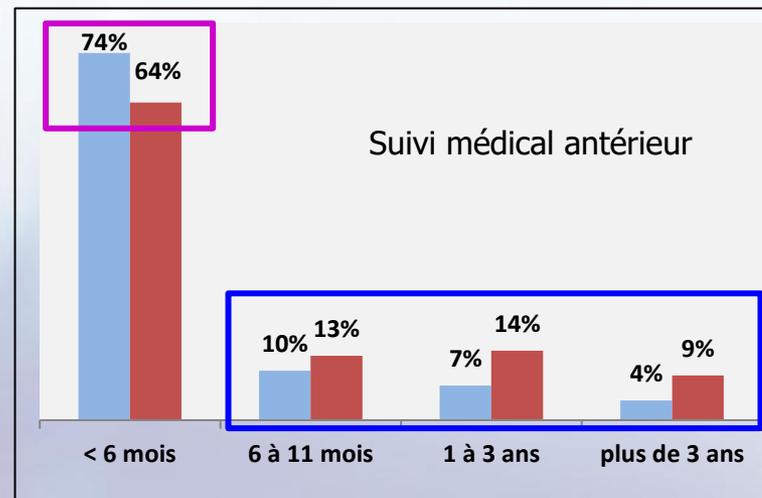
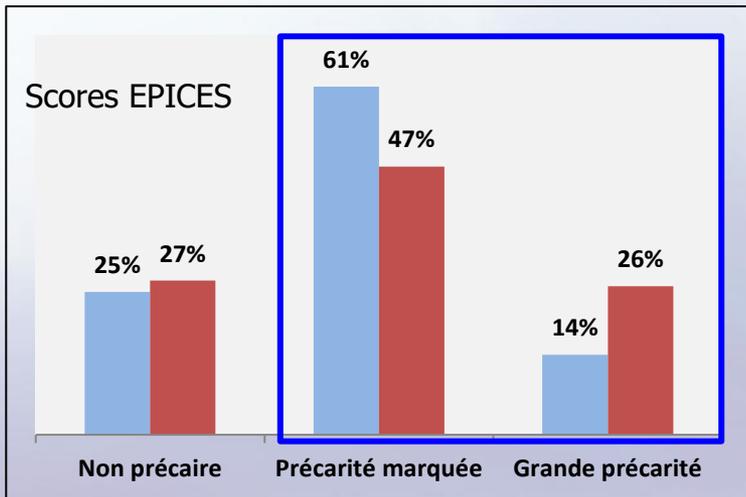
Absence de suivi médical régulier 24 %

Mise à jour des vaccinations (bilan) 50 %

Accord pour retour du bilan vers MG 65 %

Prise en charge des Pbs découverts 40 %

2012 2013

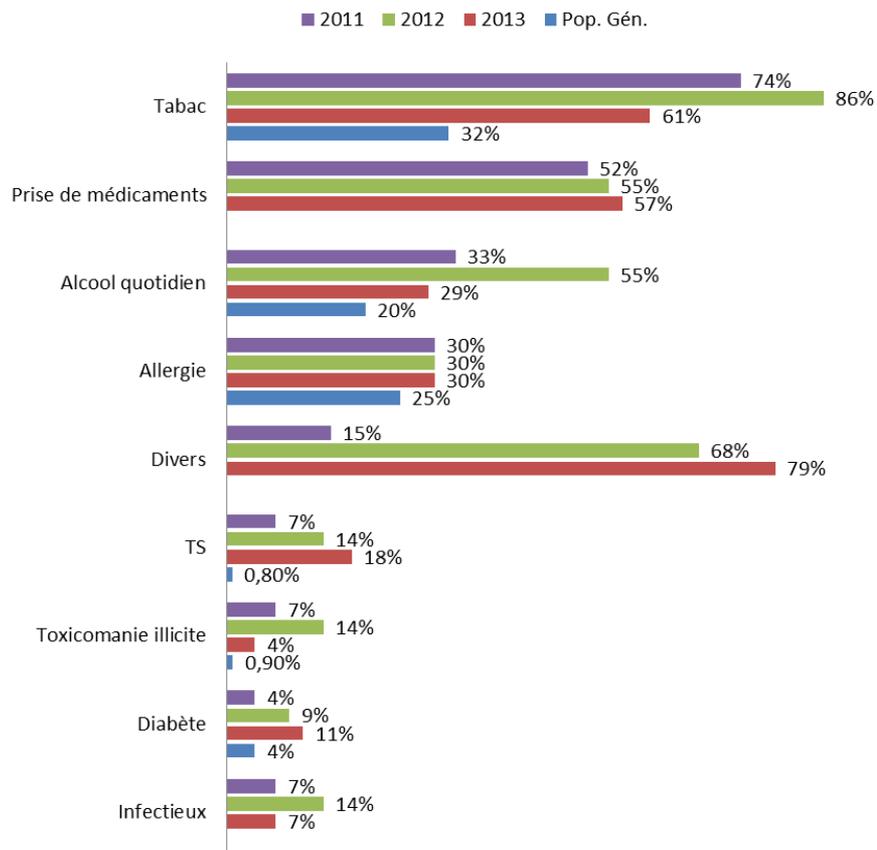


BILANS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES ALLOCATAIRES DU rSa (2011-2013)

Exemple – II

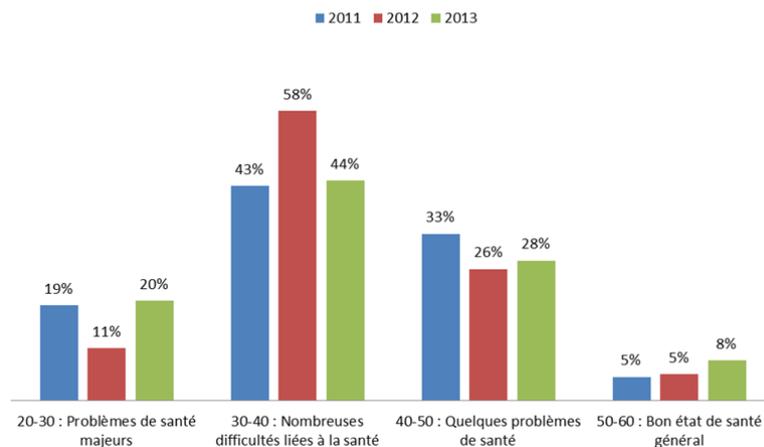
UN ÉTAT DE SANTÉ INITIAL DÉGRADÉ

Antécédents médicaux



De nombreux problèmes médicaux fragilisent une situation sociale instable facilitant l'exclusion.

Auto-questionnaire de santé



Un état de santé préoccupant

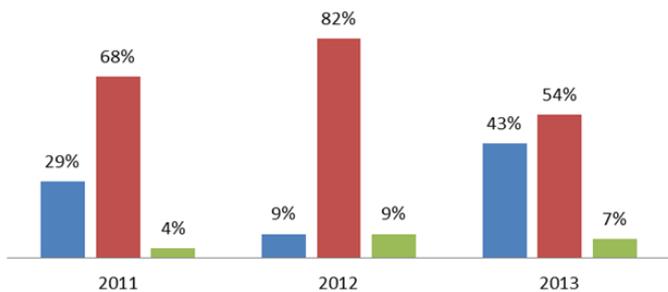
Seuls **6%** déclarent n'avoir aucun problème de santé, **50%** rencontrent de grandes difficultés du fait de leur santé (évaluée par le score AQS).



CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Statut tabagique

■ Non fumeur ■ Fumeur ■ Ex fumeur



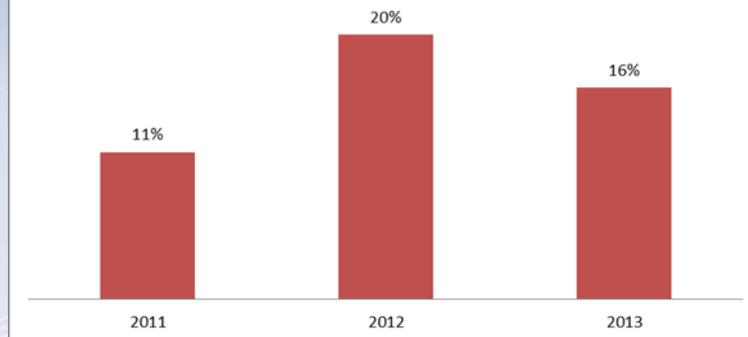
Une importante consommation de tabac

61% des personnes orientées fument (74% ont fumé) avec des niveaux de consommation élevés et présentent une forte dépendance (FTND ≥ 7 = 51%)

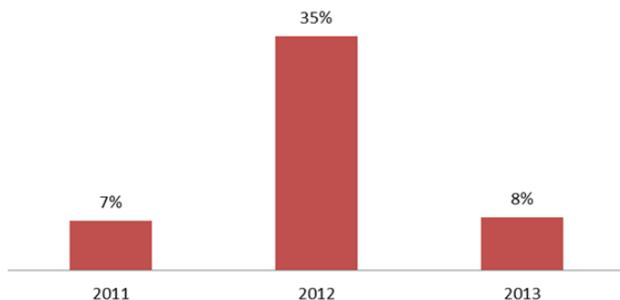
Un mésusage d'alcool fréquent

18% déclarent un mésusage (abus ou dépendance)

Abus/Dépendance - Alcool



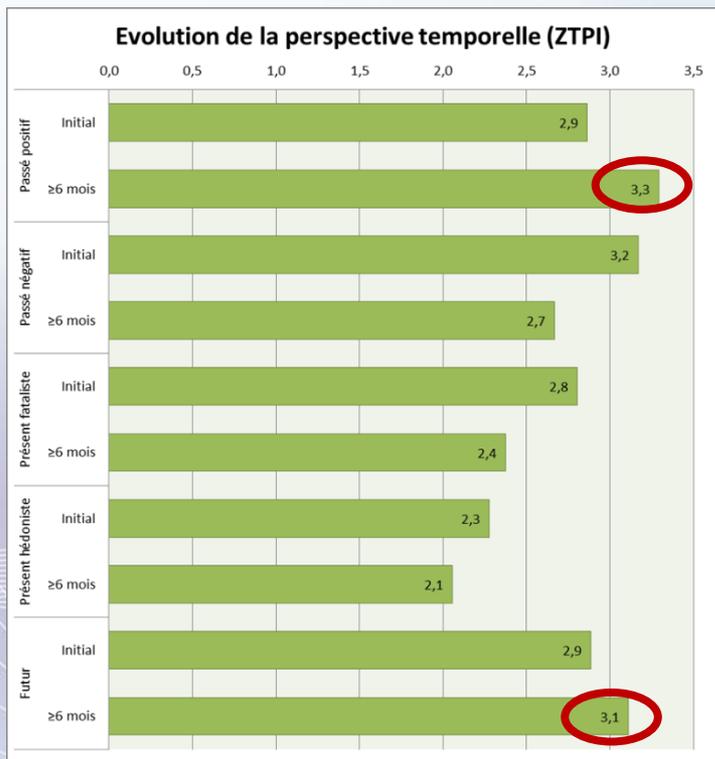
Abus/dépendance - Cannabis



Une fréquente consommation de cannabis

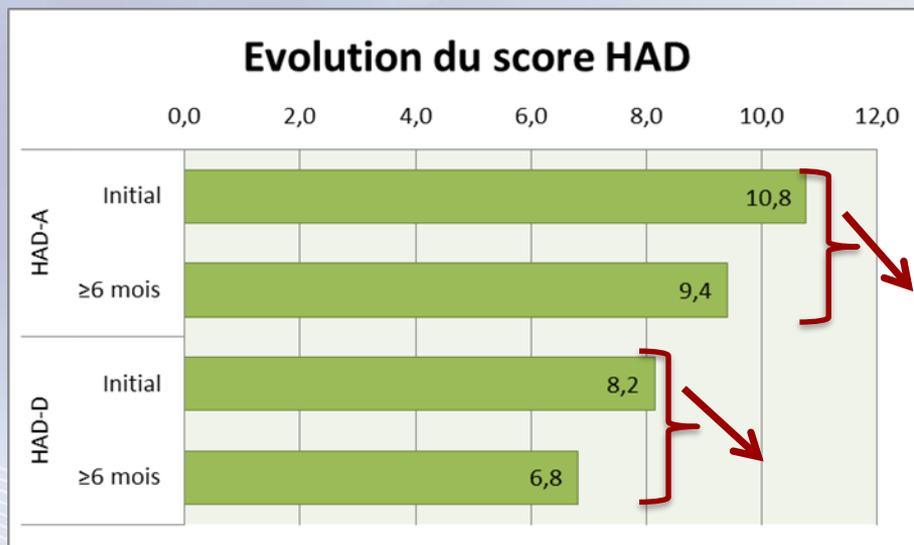
18% présentent une consommation répétée de cannabis.

PERCEPTION DU TEMPS APRES 6 MOIS



Une évolution de la perception du temps

Le présent est moins empreint de fatalisme. Le passé est remémoré de façon plus positive, la dimension future ré-apparaît.

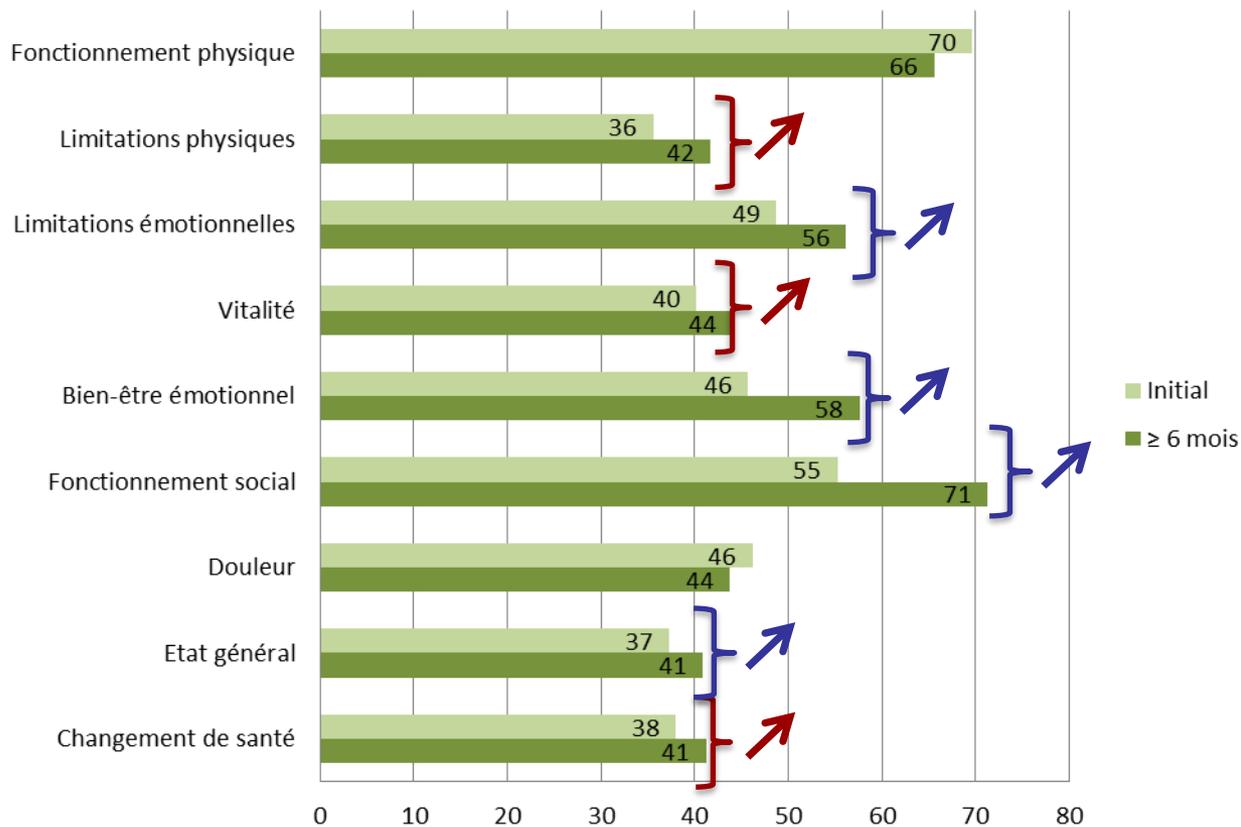


Une diminution des troubles anxiodépressifs

Les scores de détection des troubles anxiodépressifs diminuent indiquant un mieux-être psychologique.

UNE AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE

Evolution de la qualité de vie



Amélioration de la qualité de vie

Presque toutes les dimensions qui la définissent s'améliorent 6 mois après le bilan initial (bien-être psychologique, limitations physiques, fonctionnement social, vitalité, état de santé général subjectif).

PATHOLOGIES SOMATIQUES DES PERSONNES MIGRANTES EN SITUATION DE PRECARITE SOCIALE

Exemple – III

QUELQUES DEFINITIONS

Migrant

Personne ayant vécu à l'étranger, résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.

Immigré

Personne née étrangère dans un pays étranger, résidant désormais en France, terme utilisé pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

Etranger

Personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

Exilé

Personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, (migrations forcées).

Demande d'asile

personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

Réfugié

Personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire par l'OFPRA ou la Commission des recours des réfugiés.

Sans-papiers ou clandestin

Etranger en séjour irrégulier, termes destinés à souligner le caractère légitime (« sans papiers ») ou illégitime (« clandestin ») de la présence de la personne.



SITUATIONS EXTREMES & INVENTAIRE PATHOLOGIQUE

LA PATHOLOGIE DES SANS-ABRIS: ASPECTS PATHOLOGIQUES

- ❶ Alcoolisme et toxicomanies
- ❷ Troubles mentaux
- ❸ Malnutrition et dénutrition
- ❹ Exposition aux agressions physiques (climatiques, etc.)
- ❺ Absence d'hygiène
- ❻ Manque de sommeil
- ❼ Retard à la médicalisation
- ❶ Tuberculose
- ❷ Affections des membres inférieurs
- ❸ IST et infection par le VIH
- ❹ Infections par le VHB et VHC
- ❺ Parasitoses et lésions cutanées
- ❻ Syndrome de sevrage alcoolique
- ❼ Troubles psychologiques (TAD, PTS, Tr psycho-somatiques...)

DES DIFFICULTES DE FOND (maladie = homme malade)

- ❶ Perte d'affection et de protection par rupture avec la communauté d'origine
- ❷ Perte d'identité sociale et familiale (« terre – mère patrie »).
- ❸ Perte de repère culturels (« transfert d'origine dans la langue de l'autre »)
- ❹ Responsabilité et culpabilité (« ceux qu'on lasse et ceux qu'on laisse »)
- ❺ Absence prolongée des droits politiques
- ❻ Vieillesse et solitude
- ❼ Complexité de l'accès aux soins.

**Rapport de la HALDE 2007 :
Discriminations sur le handicap et l'état de santé.
Couverture sociale et accès aux soins déficitaires**



DES POPULATIONS A RISQUES

① FEMMES ENCEINTES

- **déficits de suivi**

(nb de visites, date 1^{ère} cs, mortalité prénatale, enfant hypotrophique)

- **conditions d'accouchement**

(« sportives », césariennes fréquentes, Maladies exotiques : drépanocytose, paludisme, bilharziose... Inf. VHB, VHC VIH)

- **aspects socio-culturels** (isolement, violences, relations dans couple)

- **grossesses subies** (déficit de contraception, et retard à l'IVG)

② ENFANTS ET ADOLESCENTS

- **infections**

(voies aériennes, gastro-entérites, vaccinations)

- **accidents domestiques**

- **échecs scolaires**

- **toxicomanies, délinquance**



③ ADULTES JEUNES

- **pathologie professionnelle**
emplois de base, avec risques d'accidents du travail
- **psychopathologie d'adaptation**, suicides, « épuisements »
« pas de droit à la faute... corps ultime ressource à la précarité »
- **toxicomanies** (alcoolismes induits = 95 % des cas)
- **IST et infections à VIH**

④ ADULTES PLUS (TRES) AGES

- **cancers professionnels** (fréquence, surmortalité)
- **tuberculose** (contagion au sein d'une communauté)
- **cancers, maladies cardiovasculaires ou respiratoires**
- **maladies métaboliques** (diabète)



DES PATHOLOGIES EXOTIQUES FREQUENTES

PARASITAIRES

- ① HELMINTHIASES (vers intestinaux... hydatidose... filariose)
- ② PROTOZOOSSES (paludisme... amibiase... leishmaniose)
- ③ MYCOSES (dermatophyties... mycetome... histoplasmosse)

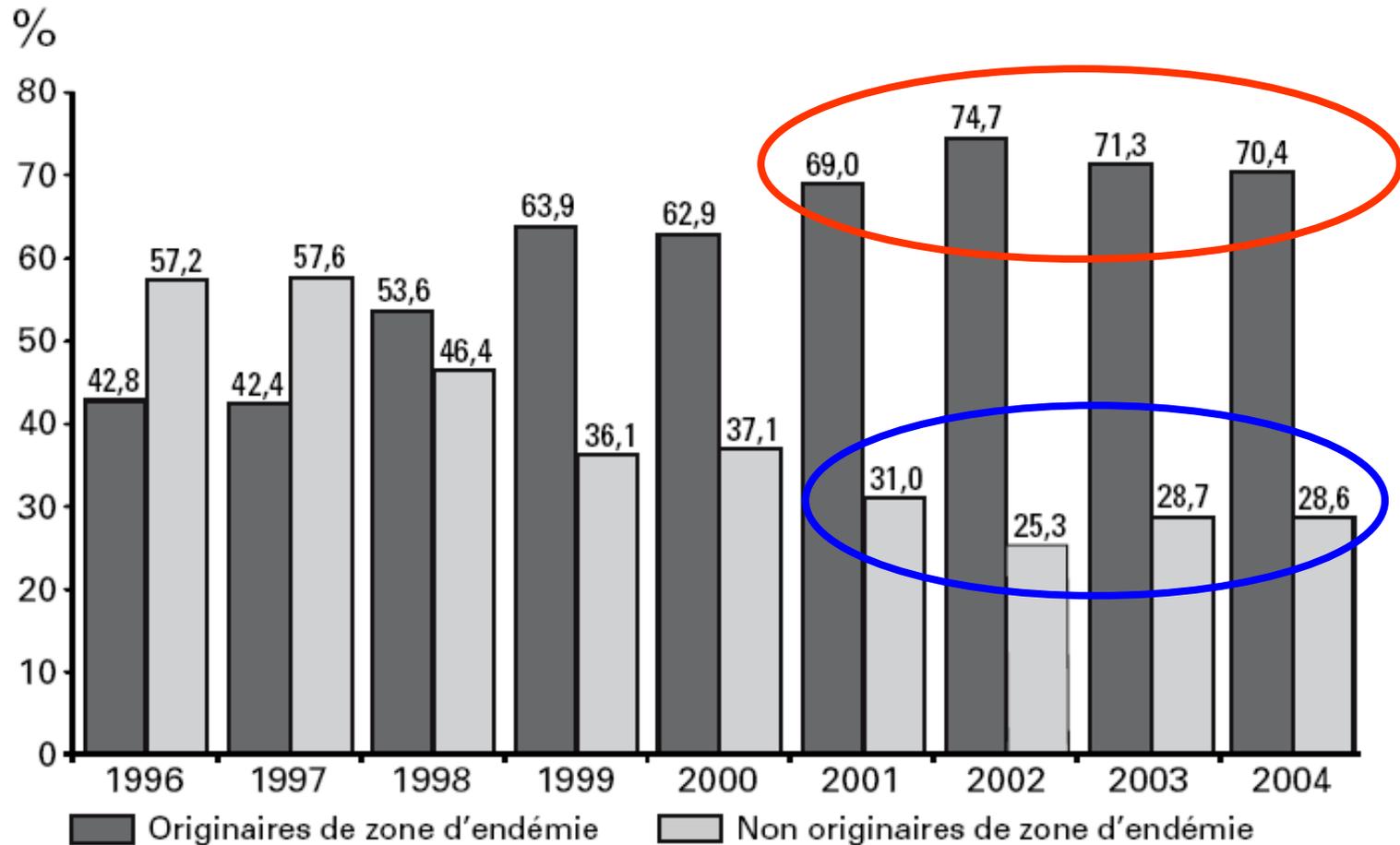
NON PARASITAIRES

- ① LEPRE
- ② TREPONEMATOSES
- ③ HEMOGLOBINOPATHIES (drépanocytose...).

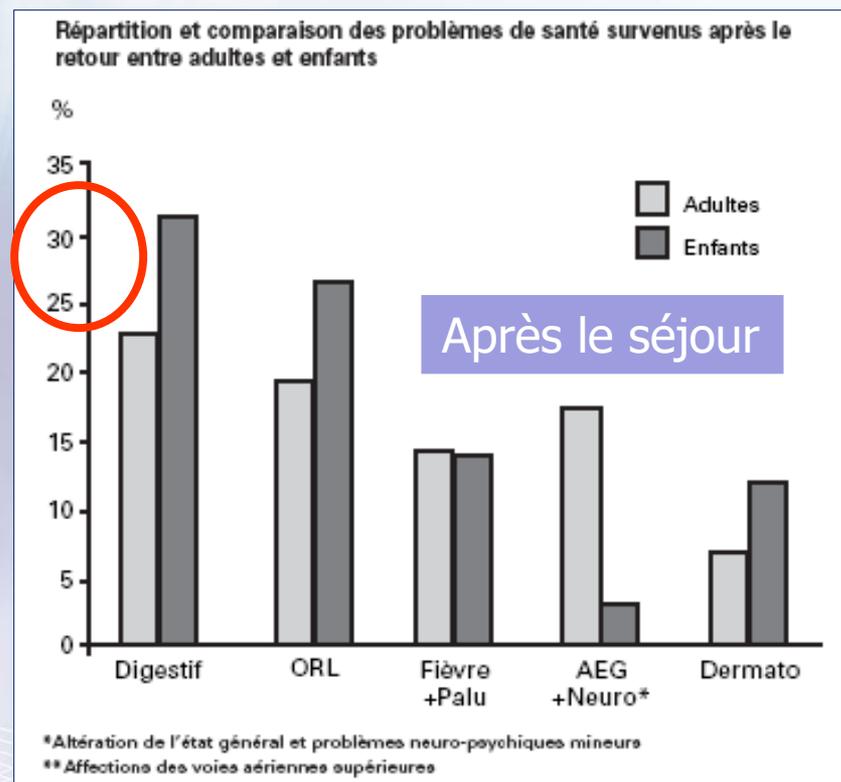
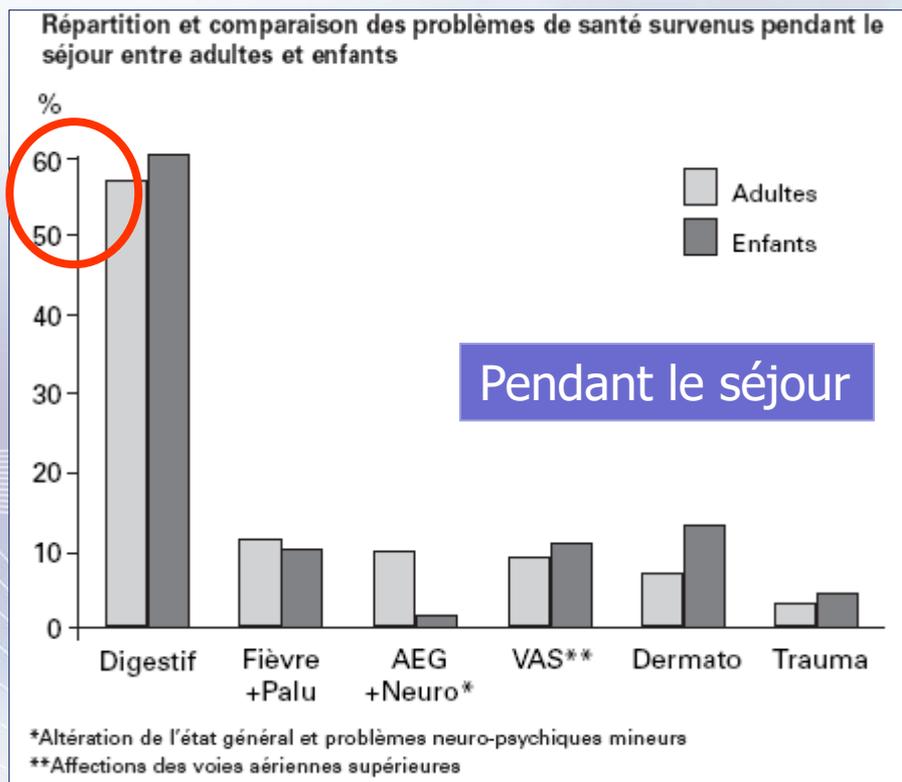


PALUDISME ET PERSONNES IMPALUDEES EN FRANCE

Évolution de l'origine des sujets impaludés (en %), France métropolitaine, 1996-2004



PROBLEME DE SANTE PENDANT ET APRES LE SEJOUR

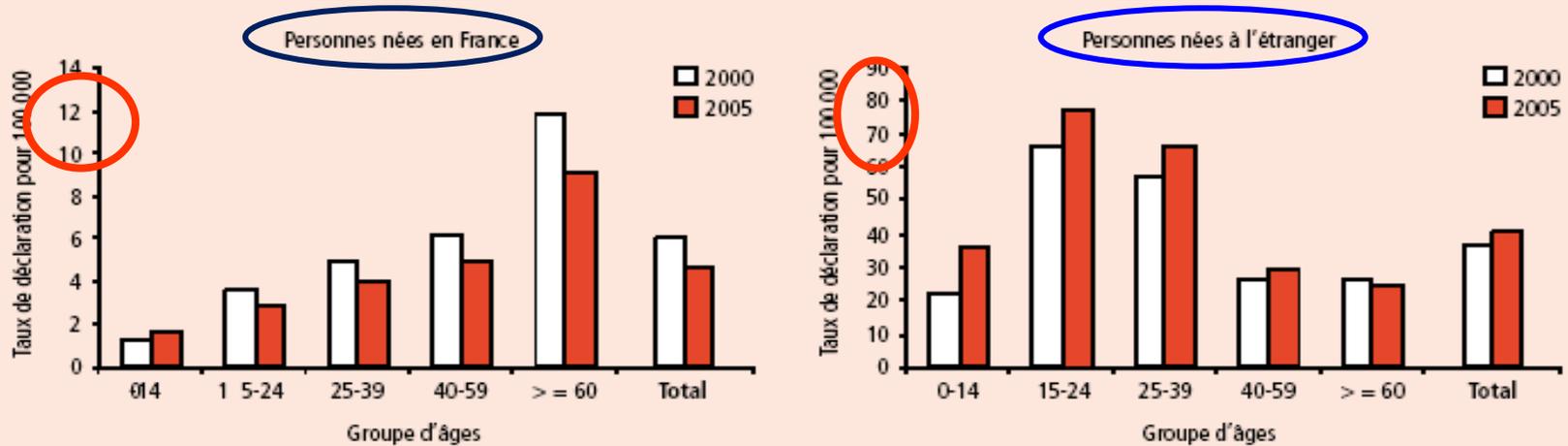


PATHOLOGIES ET MIGRANTS (vs POP GEN France)

PATHOLOGIE	MONDE	FRANCE	
		Population générale	migrants
Maladies cardiovasculaires (sauf diabète)	107 (OMS 2005)	167 (OMS 2005)	19 toutes régions (ANAEM 2005)
Hépatite B chronique	58 (OMS 2005)	7 (InVS 2006)	24 à 90 (InVS 2006 – Comede 2005)
Diabète	35 (OMS 2005)	33 (OMS 2005)	12 toutes régions (ANAEM 2005)
Hépatite C chronique	31 (OMS 2005)	8 (InVS 2006)	14 à 102 (InVS 2006 – Comede 2005)
Infection VIH SIDA	7 (Onusida 2005)	2 (Onusida 2006)	14 à 37 (Comede 2005)
Tuberculose	2,4 (OMS 2005)	0,1 (InVS 2005)	0,3 à 13 (InVS 2005 – Comede 2005)

TUBERCULOSE MALADIE

Figure 2 Taux de déclaration de tuberculose par groupe d'âges et lieu de naissance, France métropolitaine, 2000 et 2005
 Figure 2 Tuberculosis notification rate by age group and place of birth, Metropolitan France, 2000 and 2005

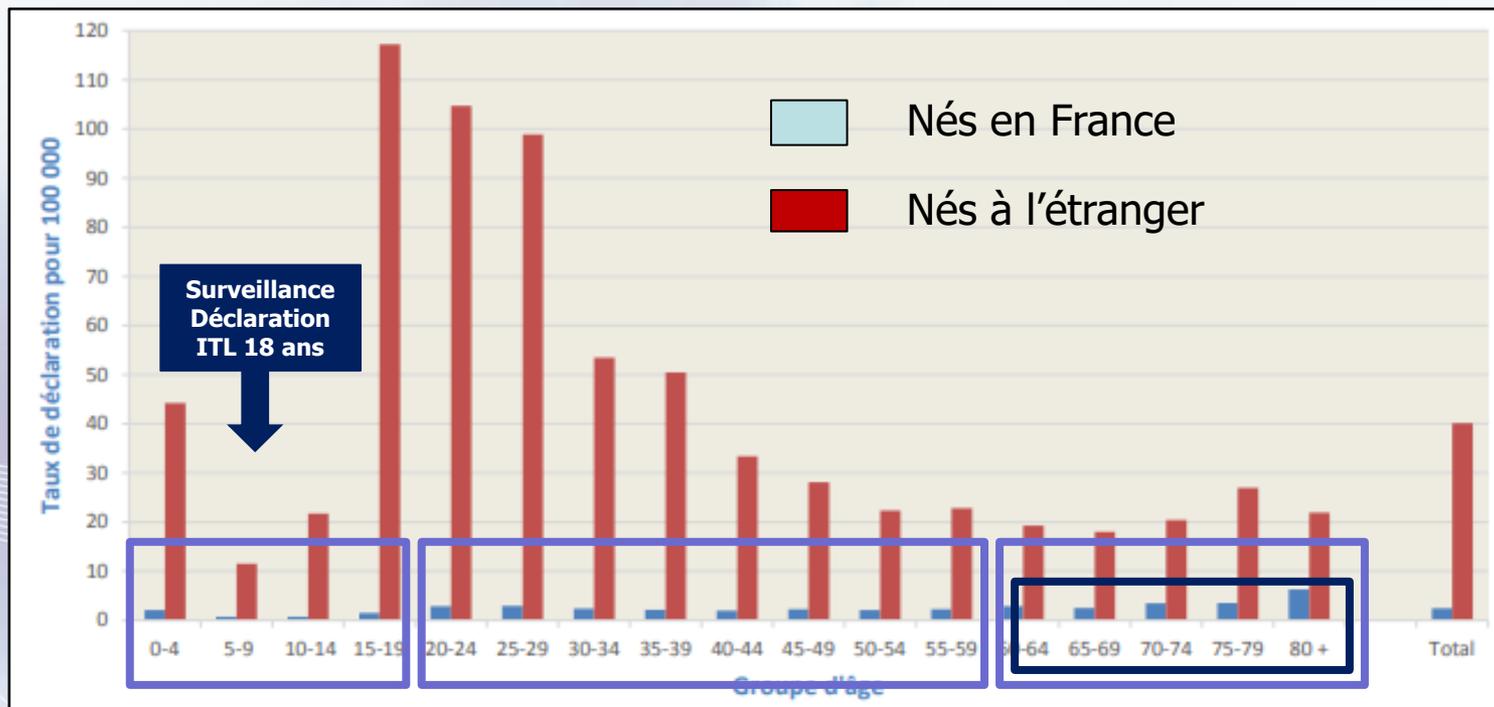


Incidence < 10/100 000 dans tous les groupes d'âges (sauf H/F >75ans) .
 Entre 2000 et 2005 ↘ incidence dans tous les groupes d'âge.

Incidence > 20/100 000 dans tous les groupes d'âges. Avec maximum pour :
 H 20 - 24 ans : 122, 3/100 000

Entre 2000 et 2005 ↗ incidence dans tous les groupes d'âges
 Plus l'ancienneté d'arrivée en France
 ↗ plus l'incidence ↘
 < 2 ans : 27% des cas renseignés
 2 - 4 ans : 24%
 5 - 9 ans : 14%

TUBERCULOSE : CAS DECLARES PAR AGE (Cas/100 000)



Personnes nées à l'étranger:

Incidence > 20 cas/100 000

Risque particulier de TM MDR/XDR (2018:82 cas) chez migrants originaires d'Europe de l'est.

Personnes nées en France :

Incidence < 10 cas/100 000

(SDF: 170/100 000; vigilance pour personnes immunodéprimés (VIH et personnes âgées).

TUBERCULOSE CHEZ LES MIGRANTS (DIFFICULTES)

- ❶ **SEVERITE FREQUENTE DU CAS INDEX**
 - **retard au diagnostic** (accès aux soins et demande de soin)
 - **terrain immunodéprimés** (VIH, malnutrition, comorbidités : VHC/B,
- ❷ **RISQUE DE CONTAGION**
 - **nature du cas index** (sévère, BK+, BK résistant)
 - **sujets contacts fragiles** (précarité, enfant sans BCG, confinement)
- ❸ **DIFFICULTE AU DIAGNOSTIC**
 - **recours au soin tardif** (offre inadaptée, clandestins)
 - **investigations** (lieux d'hébergement +/- aléatoires)
- ❹ **DIFFICULTE AU TRAITEMENT**
 - **isolement des cas contagieux** (Refus d'hospitalisation et alternatives)
 - **Observance du traitement** (suivi de type « DOT »)
 - **Prise en charge médico-sociale globale** (logement, nutrition, SPA.

FOSSE « CULTUREL »

- La maladie, l'infection, la bactérie « c'est quoi ? »
- la maladie vs la carte de séjour « c'est rien ! »
- Je suis malade « à cause de qui ? »



TABAGISME ET PRECARITE SOCIALE: EXPERIENCE DU DISPENSAIRE EMILE ROUX

Exemple – IV

TABAGISME ET PRECARITE : QUELLES CONSEQUENCES ?

Recul de l'espérance de vie aux USA¹ :

attribué **au tabac** et à l'obésité touchant particulièrement les plus pauvres

Inégalités sociales de santé

➤ **Morbi-mortalité** chez les personnes à NSE faible^{2,3}

➤ **Tabac** : facteur principal de cette inégalité

Augmentation de la morbi-mortalité en cas de NSE faible ⁴

Mortalité par cancer poumon x 4 travailleurs manuels non qualifiés

Prévalence et décès/BPCO (excès de risque chez les H à bas NSE)

Mortalité par coronaropathie élevée (Ecosse adultes jeunes à bas NSE)

Taux de sevrage inférieur quand NSE bas ^{5,6}

¹ CDC and prévention. National Vital Statistic reports 2010

² Menvielle G, et al. *Rev Epidemiol Sante Pub* 2007 ; 55 : 97-105

³ Mackenbach JP, et al. *Lancet* 1997 ; 349 : 1297-8

⁴ O'Flaherty M et al. *BMJ* 2009 ; 339 : b2613

⁵ Merson F, et al. *Rev Mal Respir* 2014; 31 : 44-52

⁶ Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012;29:448-61



POURQUOI FUMER QUAND ON EST PAUVRE ?

Les pauvres consacrent 20% de leurs revenus au tabac ¹
Ils sont peu enclins à arrêter de fumer ? ²⁻⁴

Etude qualitative (entretiens avec 31 fumeurs pauvres (H/F)
rencontrés dans foyers ou centres d'hébergement)

- 1 Les pauvres sont peu exposés à la « dénormalisation » du tabac.
- 2 Ils n'envisagent l'arrêt qu'en parallèle à d'autres projets intégrateurs (travail, logement, enfants...), arrêter de fumer = vécu comme une perte de plaisir immédiat et privation supplémentaire
- 3 L'initiation tabagique est souvent familiale puis relayée par les pairs, le tabagisme est un « objet d'échange facteur de lien social »
- 4 Difficulté à se défaire d'une pratique socialisante qui permet le maintien une sociabilité résiduelle
- 5 La cigarette, dernier plaisir d'une vie ancrée dans le présent qui relativise le risque à fumer

TROUBLES DE LA TEMPORALITE : le tabac est un plaisir immédiat dans l'insécurité du présent et face à l'incertitude du futur

¹ Hausteijn KO. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006 ; 13 : 312-8

² Constance J. *Ethnologie française*, 2010 ; 3 : 533-40,

³ Merson F, et al. *Presse Med* 2011; 41:e43-51

⁴ Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012;29:448-61



ZTPI: Zimbardo Time Perspective Inventory. Évaluez par une note de 1 à 5 à quel point les phrases suivantes vous correspondent. (1 indique « Ne s'applique pas du tout à moi » et 5 signifie « S'applique tout à fait à moi »)

	<i>Ne me correspond pas du tout</i>			<i>Me correspond tout à fait</i>	
1. Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.	1	2	3	4	5
2. Penser à mon futur me rend triste.	1	2	3	4	5
3. Je pense souvent à ce que j'aurais dû faire autrement dans ma vie.	1	2	3	4	5
4. Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.	1	2	3	4	5
5. Quand je dois réaliser quelque chose, je me fixe des buts et j'envisage les moyens précis pour les atteindre.	1	2	3	4	5
6. Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.	1	2	3	4	5
7. Les souvenirs heureux des bons moments me viennent facilement à l'esprit.	1	2	3	4	5
8. J'ai souvent l'impression que je ne pourrai pas respecter mes engagements.	1	2	3	4	5
9. C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
10. Je n'ai plus aucun plaisir à faire des choses si je dois penser aux objectifs, aux conséquences et aux résultats.	1	2	3	4	5
11. Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens puisque de toute façon je ne peux rien y faire.	1	2	3	4	5
12. Je fais aboutir mes projets à temps en progressant étape par étape.	1	2	3	4	5
13. La nuit, je réfléchis souvent aux défis du lendemain.	1	2	3	4	5
14. Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
15. Je suis capable de résister aux tentations quand je sais qu'il y a du travail à faire.	1	2	3	4	5
16. Le futur contient beaucoup trop de décisions ennuyeuses auxquelles je n'ai pas envie de penser.	1	2	3	4	5
17. Je me trouve toujours entraîné par l'excitation du moment.	1	2	3	4	5
18. Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.	1	2	3	4	5
19. Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.	1	2	3	4	5
20. Je pense souvent que je n'ai pas le temps de faire tout ce que j'avais prévu dans la journée.	1	2	3	4	5
21. Habituellement, je ne sais pas si je vais être en mesure d'atteindre mes objectifs dans la vie.	1	2	3	4	5
22. Si j'ai une décision à prendre rapidement, j'ai souvent peur que cette décision soit mauvaise.	1	2	3	4	5
23. Je me sens stressé lorsque je ne peux terminer à temps ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5



TABAGISME ET PERSPECTIVE TEMPORELLE

Précaires

Plus orientés vers les dimensions Présent Fataliste, Passé Négatif
Moins orientés vers les dimensions Passé Positif, Présent Hédoniste, Futur

Indépendamment de la précarité

Passé Négatif :

motivations financières, TAD

Présent Fataliste :

Co-addictions alcool, moins motivés, moins concernés par leur santé, TAD

Futur :

Réussite à 3 mois supérieure, motivation plus forte, raisons d'arrêt moins financières

SEVRAGE TABAGIQUE DU « FUMEUR PRECARISE »

« Fumeur en situation de précarité sociale : arrêt du tabac plus difficile »

Revue des Maladies Respiratoires (2014) 31, 916–936

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EMconsulte
www.em-consulte.com

REVUE GÉNÉRALE
Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale 

Smoking cessation and social deprivation

F. Merson^{a,*,b}, J. Perriot^a, M. Underner^c,
G. Peiffer^d, N. Fieulaine^b

^a Dispensaire Emile-Roux, centre d'aide à l'arrêt du tabagisme, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 63), 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France
^b Laboratoire GREFS, Institut de psychologie, université de Lyon-2, 69676 Bron, France
^c Service de pneumologie, unité de tabacologie, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 86), CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France
^d Service de pneumologie, unité de tabacologie, CHR de Metz-Thionville, 57038 Metz, France

Reçu le 6 septembre 2013 ; accepté le 28 décembre 2013
Disponible sur Internet le 11 mars 2014

MOTS CLÉS
Inégalités sociales ;
Sevrage tabagique ;
Accès aux soins ;
Tabagisme ;
Dépendance
nicotinique

KEYWORDS
Social inequalities ;
Smoking cessation ;

Résumé Le tabagisme est un enjeu majeur de santé publique ; un fumeur sur deux qui poursuit sa consommation de tabac toute sa vie décèdera d'une maladie en lien avec cet usage. En France, il est chaque année responsable de plus de 70 000 décès. Le bénéfice de l'arrêt du tabac se manifeste par une diminution de la mortalité ou de la morbidité induites par sa consommation. Les données récentes relèvent une augmentation de la prévalence du tabagisme dans les catégories socioéconomiques les plus défavorisées. L'amélioration de la lutte contre le tabagisme passe par une meilleure compréhension des déterminants du tabagisme au sein de ces populations. Ils sont aussi facteurs d'échecs du sevrage lors de la tentative d'arrêt. Cette revue générale précise les différents facteurs socioéconomiques et éducationnels impliqués dans la consommation de tabac et le résultat de la tentative d'arrêt, en se basant sur les données de la littérature internationale. Son objectif est de proposer des voies d'optimisation de la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme des publics socialement défavorisés.
© 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Smoking is a major of public health policy issue; one in two lifelong smokers will die from a disease related to tobacco use. In France, smoking is responsible for more than 70,000 deaths every year. The benefits linked to stopping smoking include reduced mortality and morbidity related to the use of tobacco. Recent data show an increase in the prevalence of

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : frederic.merson@cg63.fr (F. Merson).

0761-8425/\$ – see front matter © 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.mr.2013.12.004

FUMEURS PRECAIRES (vs « non précaires »)

Intentions comportementales d'arrêts inférieures

Reid JL, et al. *Nicotine Tob Res* 2010 ; 12 : S20-S33

Niveau de dépendance nicotinique supérieur

Siapush M, et al. *Tob Control* 2006 ; 15 : iii71-iii75

Intensité du craving plus élevé

Nordgren LF, et al. *Health Psychol* 2008 ; 27 : 722

Faible sentiment d'auto efficacité

Businelle MS, et al. *Health Psychol* 2010 ; 29 : 262

Décision d'arrêt fragile, troubles de la temporalité

Merson F, et al. *Santé Publique* 2011 ; 23 : 359-70

Troubles anxiodépressifs, co-consommations SPA

Lagrange G, et al. *L'Encéphale* 2004 ; 30 : 500-1

Expériences passées d'arrêts plus mauvaises

Hiscock R, et al. *Ann NY Acad Sci* 2012;1248:107-2

AIDER L'ARRÊTER DU TABAC

Merson F, et al. *Rev Med Liège* 2015 ; 70 : 44-8

Deschenau A, et al. *Rev Mal Respir* 2017 ; 34 : 44-52

Toque E, et al. CSFT Montpellier, 2019

Le Faou AL. *Le courrier des addictions* 2006 ; 18 : 60-64

PRISE EN CHARGE PRATIQUE

ABORDER LA QUESTION DU TABAC

Le médecin se croit incapable d'aider, le fumeur est souvent désireux d'arrêter
La rencontre devient improbable et la relation médecin-patient difficile

Quelques pistes :

- Objectif important mais non prioritaire... engager le dialogue **RPIB**
- Proposer à l'aide à un moment clef de la vie (Grossesse, décès d'un proche, infections respiratoires, découverte de BPCO, demande de contraception)

FIXER DES OBJECTIFS RÉALISTES A MOYEN TERME (1 à 3 mois)

- Effets positifs à court terme, mini défis, mesure COE, perspective temporelle

AGIR SUR LA FAIBLE ESTIME DE SOI (« attitude motivationnelle »)

MÉCONNAISSANCES ET FAUSSES REPRESENTATIONS

- **Informé et expliqué** les échecs passés (sous dosage en TNS, motivation?)
- Modalités d'aide à l'arrêt standards (bilan initial exhaustif : PEC individualisée)
- **Moyens d'aide** (remboursement de TNS/varénicline, réduction avant l'arrêt complet avec entretien motivationnel et TNS, accompagner l'arrêt)
- Prises en charge collectives (accord des personnes, soutien de l'entourage)



CONCLUSION

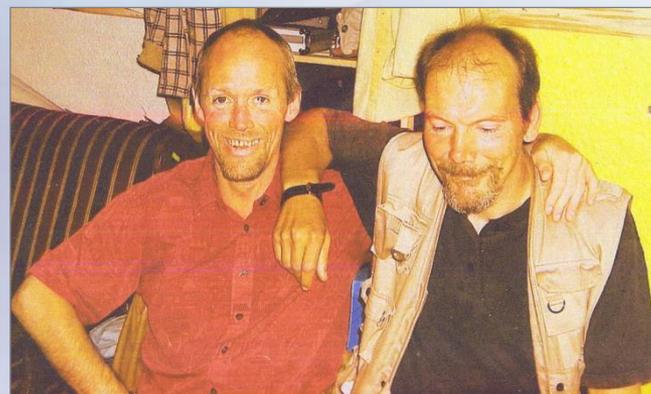
Partage de savoir, de pouvoir et de vouloir dans la prise en charge des personnes en situation de précarité sociale.

Ne pas travailler pour, mais avec les personnes bivulnérables autour de projets collaboratifs centrés sur ses besoins (liés social, santé et insertion).

Insertion de la personne dans son territoire de vie autour de projets lui permettant de se projeter dans un futur stable (moyen puis long terme).

«Nous vivons une crise macroéconomique, en partie due à des échecs microéconomiques.» JE Stiglitz. Rapport pour une réforme système monétaire et financier international, 2010





Remerciements à :

RM. Rouquet	Toulouse
G. Peiffer	Metz
F. Merson	Clermont-Fd
P. Lemaire	Clermont-Fd
I. McLeod	Clermont-Fd
Equipe du Dispensaire Emile Roux	
Solidarité Santé 63	



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

Variables	Précaires (Epices ≥ 30,17) n = 88	Non précaires (Epices < 30,17) n = 104	p
Sexe (n)			NS

	n = 88	n = 104	
Présent hédoniste	2,7	3,1	0,01
Passé négatif	3,0	2,4	< 0,0001
Présent fataliste	2,8	2,2	< 0,0001

Tabagisme

Tabagisme régulier (ans)	15,9	18,1	0,02
Réussite à 3 mois (%)	28,9	58,7	0,006
Richmond			< 0,0001
Demaria-Grimaldi	10,6	12,7	< 0,0001
HAD			
HAD-A	12,0	9,1	< 0,0001
HAD-D	8,5	5,6	< 0,0001
Epices	53,7	14,5	< 0,0001
Alcool	20,7	12,7	0,001
Cannabis	10,2	6,9	NS

45% de la population en situation de précarité (N=88)

Richmond	7,4	7,9	< 0,0001
Demaria-Grimaldi	10,6	12,7	< 0,0001
HAD			
HAD-A	12,0	9,1	< 0,0001
HAD-D	8,5	5,6	< 0,0001
Epices	53,7	14,5	< 0,0001
ZTPI			
Passé positif	2,8	3,1	0,02

Extrait de :

Merson F, Perriot J, Impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique, Presse Med (2011), doi: 10.1016/j.lpm.2011.07.018.