



SEVRAGE TABAGIQUE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE SOCIALE.

Dr. Jean PERRIOT

Pneumologue, Addictologue

Institut Rhône - Alpes - Auvergne de Tabacologie

perriotjean@gmail.com



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
Clermont-Ferrand le 21 Mai 2026

Je déclare n'avoir aucun lien d'intérêt avec
l'industrie du tabac, de l'e-cig, de l'alcool,
des jeux ni l'industrie pharmaceutique.



INTRODUCTION

Le tabagisme est la première cause évitable de mortalité prématurée. La consommation de tabac est particulièrement élevée dans les populations dont le niveau socio-économique est bas. Cet usage est un indicateur de précarité sociale et un facteur d'aggravation des inégalités sociales de santé.

La prévalence du tabagisme demeure élevée dans les populations de bas niveau socio-économique, moins sensibles au message de prévention du tabac que les couches sociales plus aisées.

Les professionnels de santé doivent s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac de cette population de fumeurs des fumeurs plus exposée aux conséquences morbides de l'usage du tabac.

PLAN DE L'EXPOSE

Rappels sur pauvreté et de précarité.

Tabagisme et précarité sociale.

Sevrage tabagique des « fumeurs précarisés ».

Pour en savoir plus.

Exemples d'interventions auprès de ces publics.



RAPPELS : PAUVRETE ET PRECARITE

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

DOUBLE VULNÉRABILITÉ ²

Bivulnérabilité = 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;



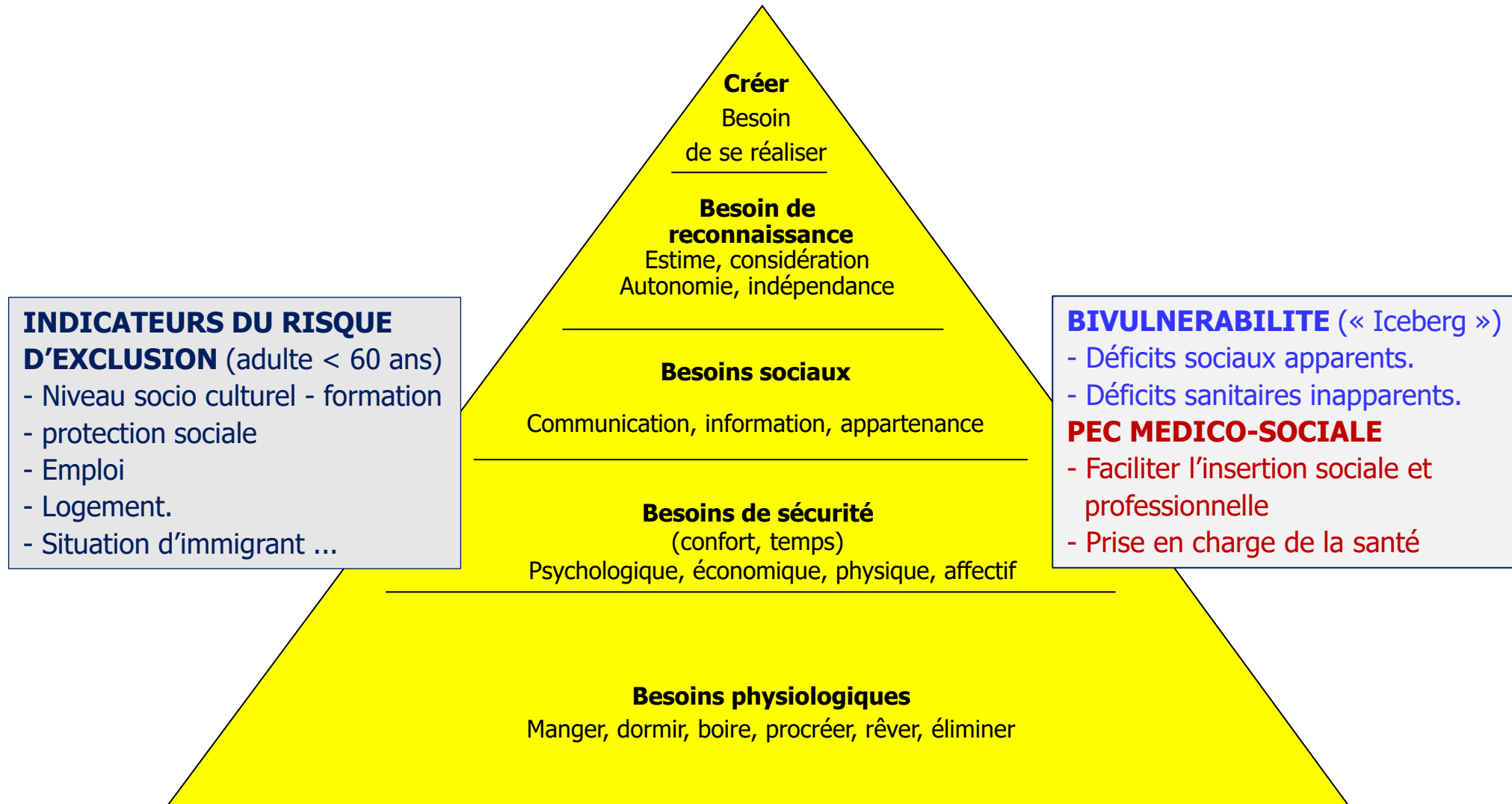
J'ai reconnu le bonheur au bruit qu'il a fait quand il a claqué la porte.



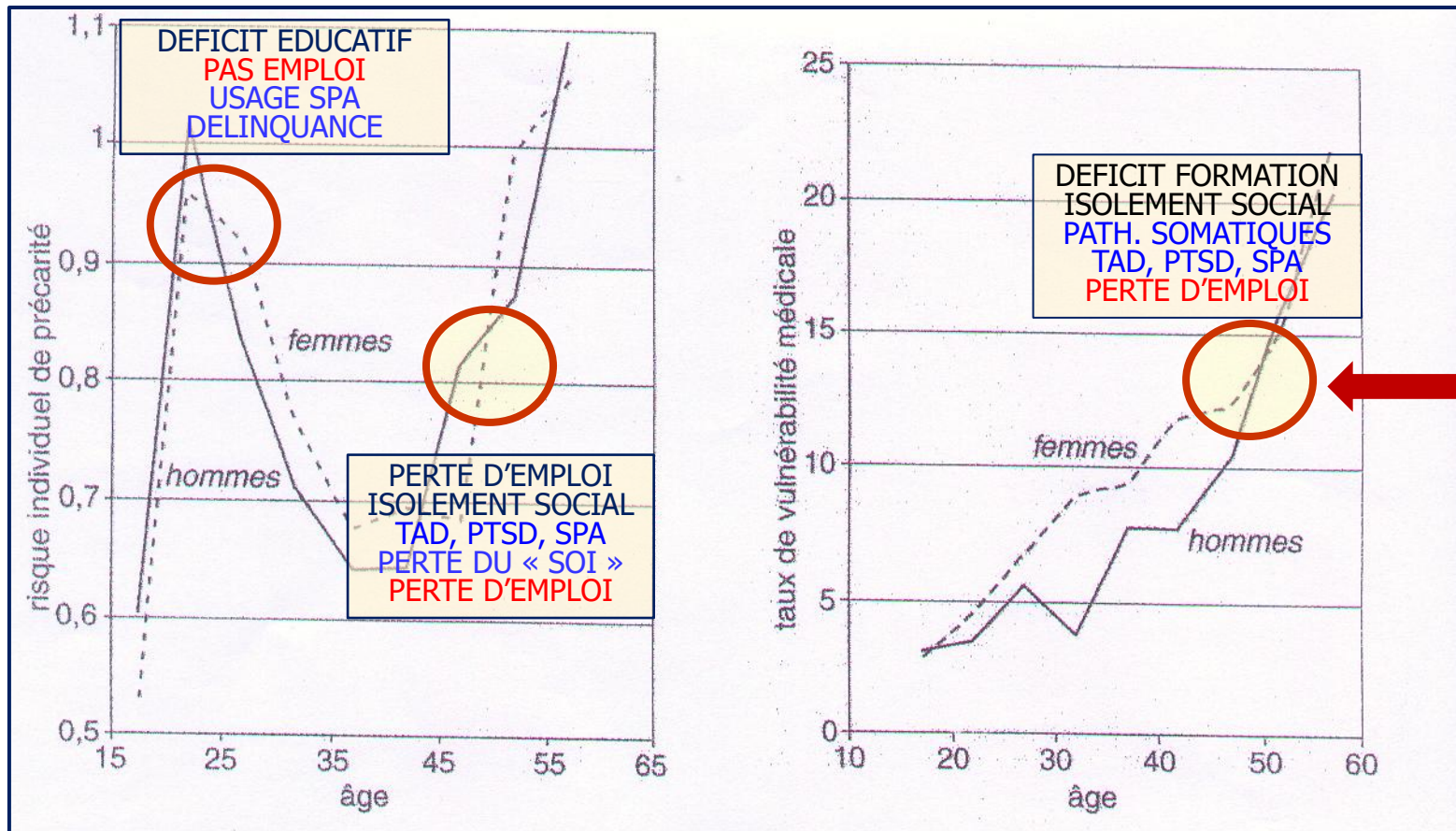
Claude Serre

Artiste, Dessinateur (1938 - 1998)

PYRAMIDE DE MASLOW : satisfaction progressive des besoins de l'individu (« *step by step* »)



PRÉCARITÉ SOCIALE ET VULNÉRABILITÉ MÉDICALE (selon l'âge et le sexe)



BIVULNERABILITE
(risque ++ d'exclusion sociale)

OBÉSITÉ, TABAGISME ET DÉPISTAGE DES CANCERS (par catégorie sociale, par sexe et 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]

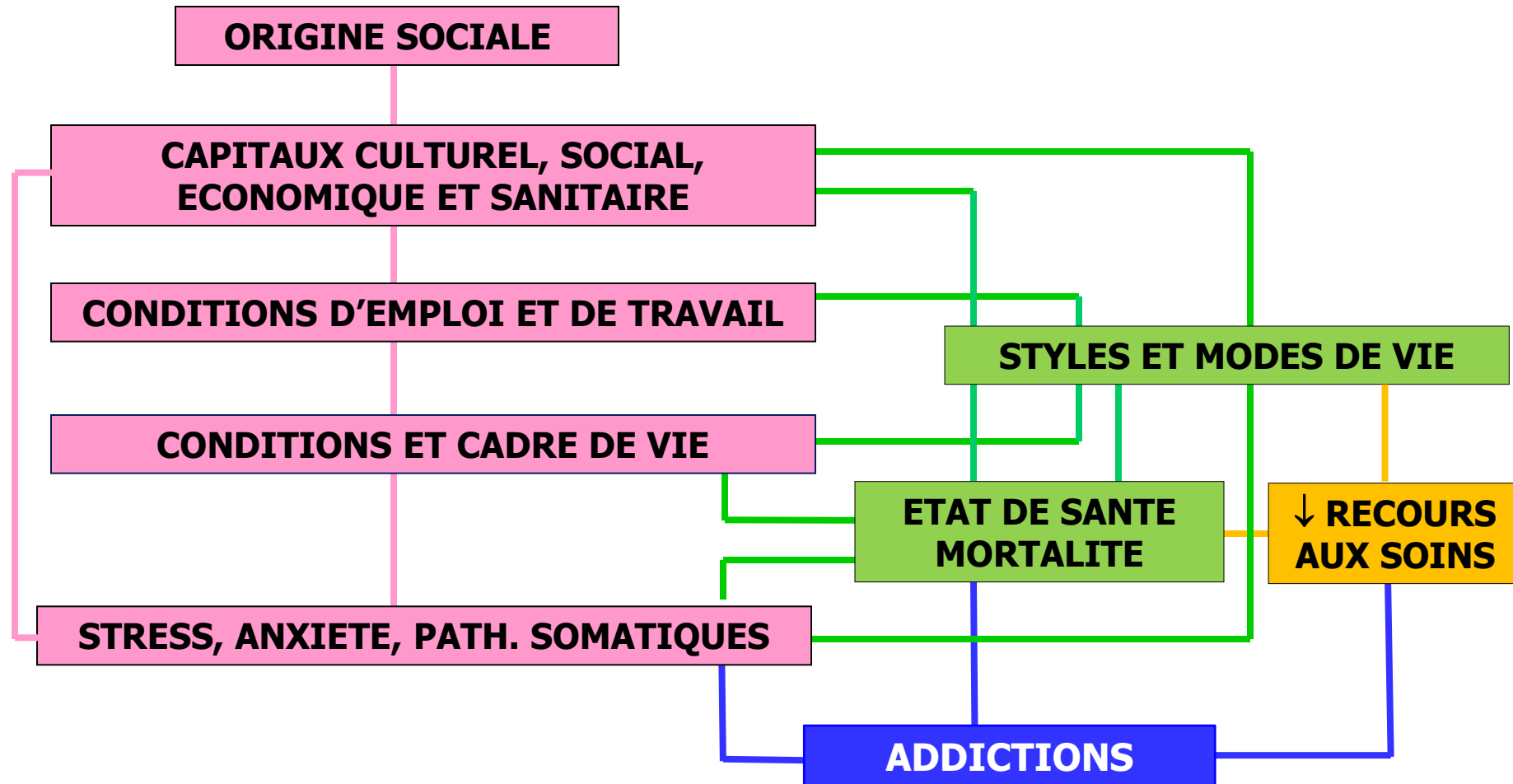
Lecture : à âge égal, les hommes ouvriers ont 2,1 fois plus de risques que les cadres de déclarer un IMC supérieur à 30 (obésité). Les ouvrières ont, pour leur part, 2,8 fois plus de risques de déclarer être obèses que les femmes cadres.

* Risques relatifs ajustés sur l'âge.

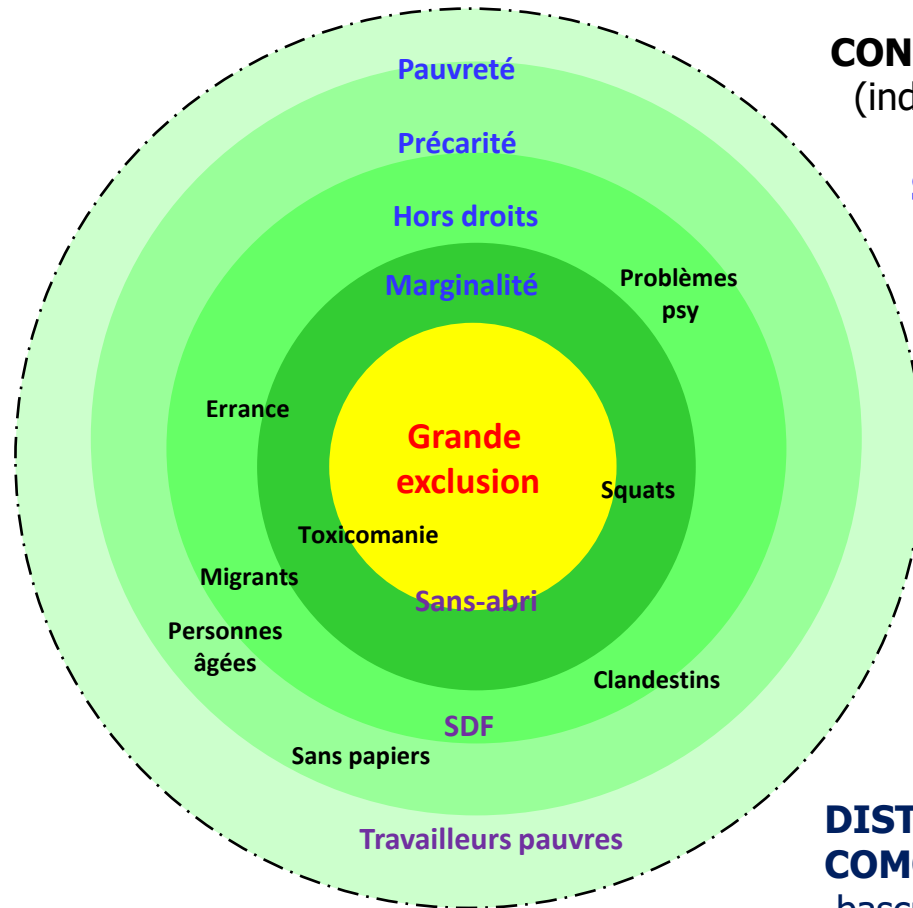
En gras : significatif à 5%.

↘ Actes de prévention
↗ Soins d'urgence

PRODUCTION ET REPRODUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET DE MORTALITÉ



SYNDROME DE GRANDE EXCLUSION (SGE)



CONCEPT MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL (installation +/- rapide)
(individu /environnement/besoins : SDF→SA→ SGE)

SGE: PERTE DE FONCTIONS SYMBOLIQUES SOUTENANT LA PERSONNALITÉ

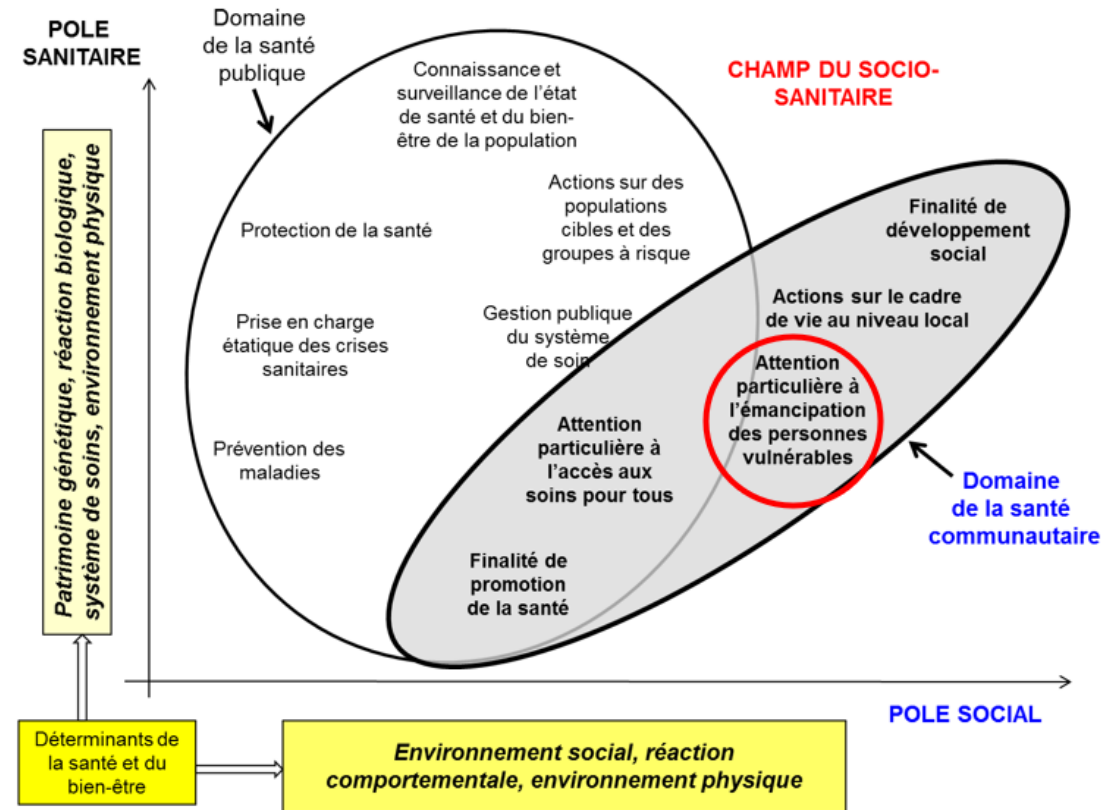
- **REPRÉSENTATION DU CORPS**
Symptôme ou fonction (perte de l'image de soi)
- **REPRÉSENTATION DU TEMPS**
Temps seulement quantitatif (quand manger ?)
- **REPRÉSENTATION DE L'ESPACE**
Fonction utilitaire (où dormir ?)
- **REPRÉSENTATION DES LIENS SOCIAUX**
Satisfaction des besoins immédiats (pour soi)

DISTORSION DES PERCEPTIONS ACCRUE PAR LES COMORBIDITÉS ASSOCIÉES (repérage et PEC avant basculement dans le SGE)

SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

SANTÉ PUBLIQUE (l'individu dans la population).
Mesures permettant d'accroître pour chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé.

SANTÉ COMMUNAUTAIRE (l'individu dans son environnement).
Approche participative et priorité à la promotion de la santé : Implication des acteurs (identification des besoins, mise en œuvre, évaluation des programmes).



PAUVRETE - PRECARITE : QUELLE DISTINCTION ?

PAUVRETÉ (économique)

2,8 milliards de personnes (40% de la population Mondiale) : revenus ≤ 2 US \$ /J (Tt anti-TB : 1 US \$ /J).
450 millions d'enfants souffrent de dénutrition, 900 millions d'adultes sont analphabètes (2/3 : femmes).

PRÉCARITÉ

Insécurité dans le présent et incertitude face au futur

Terme utilisé dans les pays à niveau socio-économique élevé.

- Sujets à faible niveau socio-économique (NSE)
- Faible position dans la hiérarchie sociale :
 - . Faible niveau d'éducation (++)).
 - . Faible position sur le marché du travail
 - . Faibles revenus (20-40% des plus pauvres)
 - . Seuil de pauvreté (France revenus $< 60\%$ revenu median)

En France, plus de 11 millions de personnes pauvres.

- . 1 300 € / mois personne seule (2400 € couple + 2 enfants)

<https://www.banquemondiale.org/fr/topic/poverty/overview#1>

<https://www.atd-quartmonde.org/faq/>

<https://www.un.org/fr/global-issues/ending-poverty>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>

Les 11 questions du score Epices >30,14 : précarité; > 60 : grande précarité				
N°	Questions	Score de base 75,14	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	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?		-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de 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	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?		-7,10	0
8	Êtes-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, il 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, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?		-7,10	0
	Constante		75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

TABAGISME ET PRECARITE SOCIALE

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

TABAGISME ET ARRÊT DU TABAC SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

Etude prospective, menée depuis 1958 (UK) sur tabagisme et statut socio-économique ¹ :

Tabagisme à 23 ans : 40% des Hommes et 38% des Femmes

. 30% si haut NSE et 47% si bas NSE

Taux d'arrêt du tabac annuel entre 23 - 33 ans (Hommes)

. Haut NSE = 4%/an et Bas NSE = 2,9%/an

Prévalence du tabagisme entre 2014 et 2019 (USA) rapportée au statut social ² :

Stabilité (désir d'arrêt, arrêt année précédente, arrêt maintenu) : **noirs, niveau d'éducation** (++)

INDICATEURS DE PRECARITE (70 études analysées) ²

Niveaux **d'éducation** et de revenus, profession, être propriétaire, statut socio-économique parental.

Risque de fumer selon le NSE

. OR (Bas NSE vs Haut NSE) : Education (OR=2,14), revenus (OR=2,09), métier (OR=2,26)

. Analyse multivariée : **le critère « éducation » est majeur**

Score EPICES ³

¹ Dobson R, et al. *BMJ* 2004 ; 328 : 914.

² Leventhal AM, et al. *J Natl cancer Inst* 2022;114:381-90.

³ Schaap M, et al. *BMC Public Health* 2009 ; 123 : 103-93.

⁴ Sass C, et al. *Santé Publique* 2006 ; 18 : 513-522.

EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC DANS LES POPULATIONS SOCIALEMENT DEFAVORISEES.

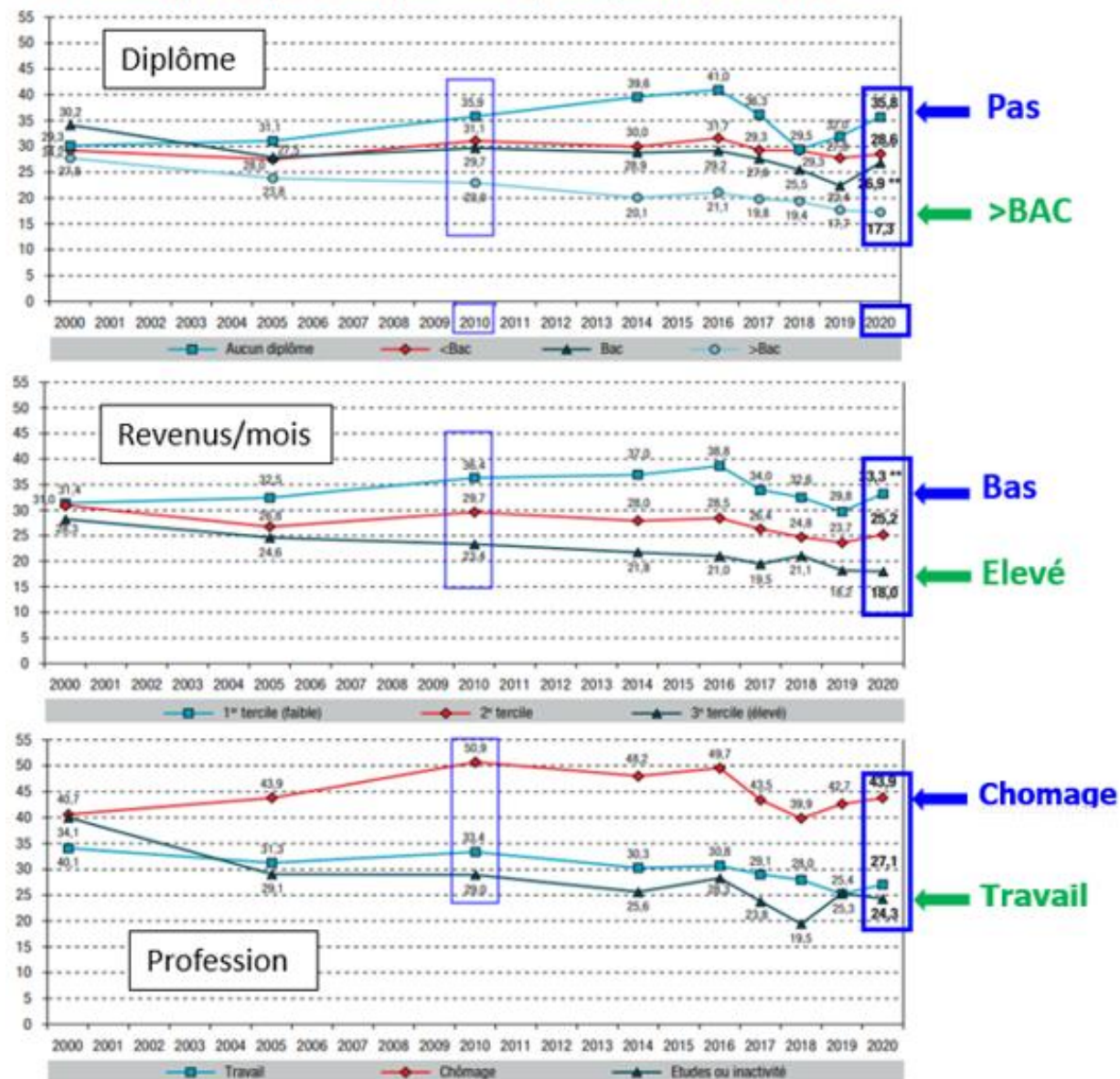
Entre 2019 et 2020, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté de 29,8% à 33,3% parmi le tiers de la population dont les revenus étaient les moins élevés.

Les inégalités sociales restent ainsi très marquées en 2020, avec 15 points d'écart entre les plus bas et les plus hauts revenus.

Dans un contexte de crise sanitaire, psychologique, économique et sociale inédite, un des enjeux est de réinstaller une tendance à la baisse, et de renforcer encore la lutte auprès des populations les plus vulnérables face au tabagisme, les inégalités sociales étant très marquées.

2024 : diminution du tabagisme y compris parmi les fumeurs en situation de précarité sociale

Prévalence du tabagisme quotidien selon le niveau de diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-64 ans) en France, évolution 2000-2020



TABAGISME ET PRECARITE : INSTALLATION ET CONSEQUENCES

ENTREE DANS LE TABAGISME - CONTEXTE DE « *HARD-CORE SMOKERS* »¹⁻⁴

- . Début précoce avec consommation élevée et forte dépendance au tabac.
- . Peu ou pas de limitation de l'usage à la maison.
- . Méconnaissance des risques du tabagisme (actif ou passif).
- . Faible impact des messages sanitaires et de la réglementation sur le tabagisme.
- . Cout du tabagisme élevé (20% du budget en moyenne est consacré à l'achat du tabac).

ETUDE QUALITATIVE (31 fumeurs pauvres (H/F) en centres d'hébergement).^{5,6}

- . Les pauvres sont peu exposés à la « dénormalisation » du tabac.
- . Ils n'envisagent l'arrêt qu'en parallèle à d'autres projets intégrateurs (travail, logement, etc.)
- . L'initiation tabagique est souvent familiale puis relayée par les pairs (facteur de lien social)
- . Difficulté à se défaire d'une pratique socialisante qui maintient une sociabilité résiduelle
- . La cigarette, plaisir dans une vie ancrée dans le présent qui relativise le risque à fumer.

¹ RM Rouquet. Congrès National SFT, Paris 2010

² Merson F. et al. *Rev Mal Respir* 2014 ; 31 : 916-36

³ Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 : 448-61

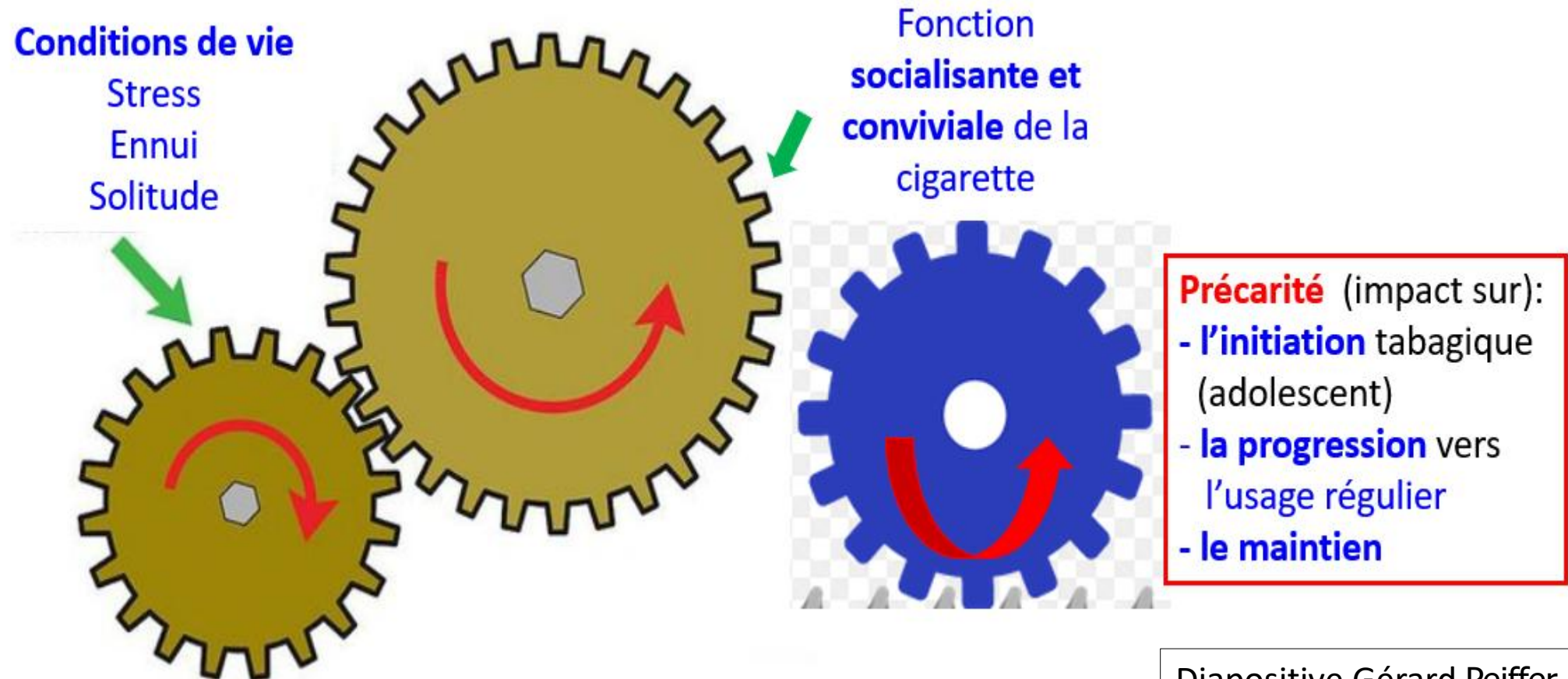
⁴ Hausteil KO. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006 ; 13 : 312-8.

⁵ Constance J. *Ethnologie française* 2010 ; 3 : 533-40.

⁶ Merson F, et al. *Presse Med* 2011; 41:e43-51

SYNTHESE : DETERMINISME ET ENTRETIEN DU TABAGISME

Des facteurs qui s'alimentent entre eux et forment des cercles vicieux...



CONSEQUENCES SANITAIRES

Recul de l'espérance de vie (USA : tabac et obésité)¹

Inégalités sociales de santé

- ↗ 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)

Arrêt du tabac difficile chez la femme enceinte précaire (prématurité) ^{5,6}

IMPACT DE L'AUGMENTATION DU PRIX DU TABAC ?

Baisse de la prévalence du tabagisme (France) mais difficulté de l'arrêt pour les fumeurs les plus précaires ⁷

Baisse plus faible chez chômeurs et travailleurs manuels (France 2000-08) ^{8,9}

L'augmentation du coût du tabac majore l'envie d'arrêter, PAS le taux de succès du sevrage ¹⁰

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 : b20613.

⁵ Dupré F, et al. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2014; 43:91-7.

⁶ McCall SJ, et al. *J Public Health (Oxf)*. 2020;42:534-541.

⁷ Merson F. et al. *Rev Mal Respir* 2014; 31 : 44-52.

⁸ Peretti-Watel P, et al. *Addiction* 2009 ; 104 : 1718-28.

⁹ Peretti-Watel P, et al. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6:608-21.

¹⁰ Siahpush M, et al. *Addiction* 2009 ; 104 : 1382-90.

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

QUELQUES CONSTATS ISSUS DE LA LITTÉRATURE ?



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

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

Expériences passées d'arrêts plus mauvaises

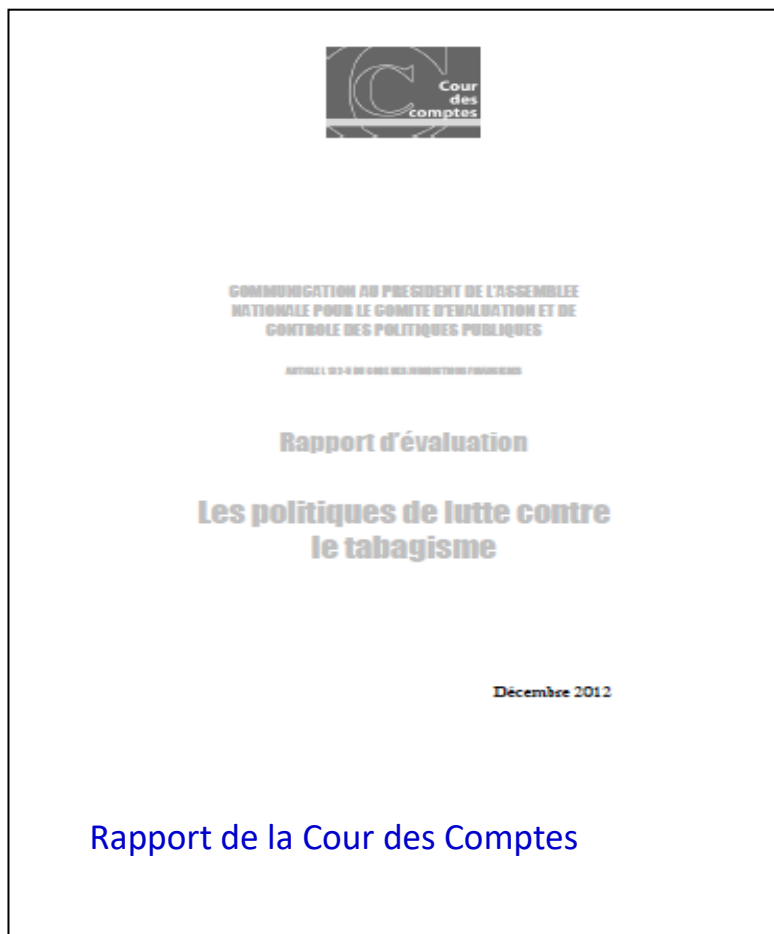
Hiscock R. et al. *Ann NY Acad Sci* 2012;1248:107-2

AIDER L'ARRÊT DU TABAC (sevrage possible)

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

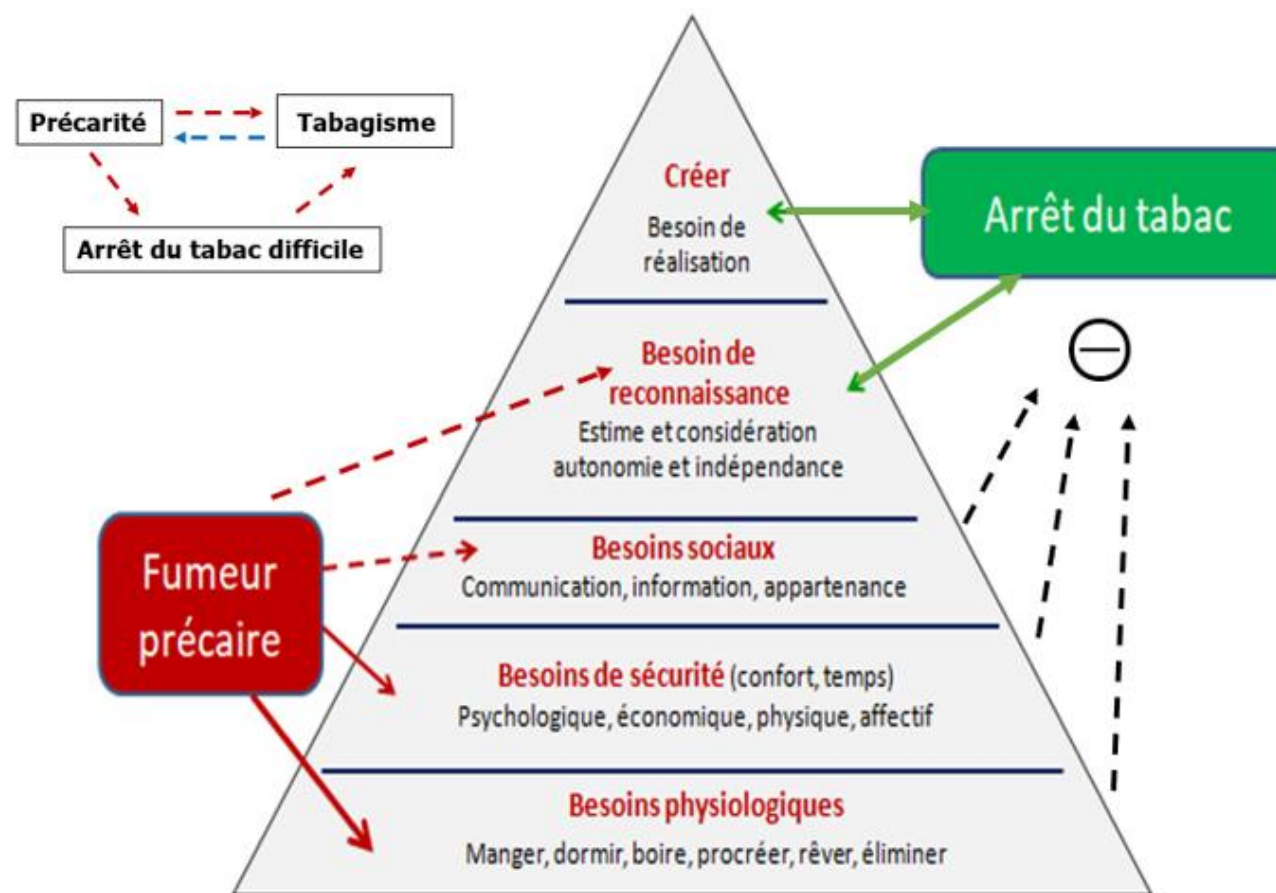
Deschenau A. et al. *Rev Mal Respir* 2017 ; 34 : 44-52.

Le Faou AL. *Le Courrier des Addictions* 2006 ;18 : 60-64.



Prévention et sevrage inadaptées.
Implication des soignants insuffisante.
Pandémie COVID et isolement.

« La lutte contre le tabagisme a été beaucoup moins efficace parmi les populations précaires .



Diapositive modifiée d'après G. PEIFFER

MOTIFS DE L'ARRÊT DU TABAC ?

- . Recherche d'un meilleur état de santé.
- . Cout du tabac.
- . Contrainte sociale (stigmatisation).
- . Se libérer d'une dépendance.

OBSTACLES A L'ARRÊT EFFECTIF ?

- . Perte de plaisir (dernier petit plaisir).
- . Peur de la souffrance liée au manque.
- . Perte d'un outil d'échange et/ou de relation
- . Re - Prise de contrôle sur soi.
- . Méconnaissance des moyens d'aide disponibles.
- . Absence de soutien médico-social.
- . Tentative d'arrêt antérieure avec échec.
- . Co - addiction (arrêt du tabac « plus tard »).
- . Refus d'une norme (non-fumeur).



Guignard S, et al. *Santé Publique* 2018; 30(1):45-60.
Merson F, et al. *Rev Med Liege* 2015 ; 70:44-8.

PRATIQUE DE L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

ABORDER LA QUESTION DU TABAC

Le médecin se croit incapable d'aider un fumeur qui est souvent désireux d'arrêter.

La rencontre devient improbable et la relation médecin-patient difficile.

- . Engager le dialogue réfléchir à la consommation de tabac, informer, conseiller l'arrêt (empathie)
- . Proposer l'aide à un « moment clef » (prescription, grossesse, contraception, infections, BPCO).

FIXER DES OBJECTIFS A COURT - MOYEN TERME (1 à 3 mois).

- . Effets positifs à court terme (mini défis « Mois sans tabac » soutien + COE).
- . Agir sur la faible estime de soi (« attitude motivationnelle »).
- . Expliquer, rassurer, motiver (fausses représentations, échecs passés).

MODALITES DE L'INTERVENTION

- . Modalité d'aide à l'arrêt standard (TNS avec délivrance immédiate).
- . PEC individuelle ou en groupe.
- . S'investir (partenariats médico-sociaux pour préparation et suivi).
- . Interventions communautaires (centre d'hébergement).

Quelle place pour la réduction des risques (e-cigarette) ?



Guignard S, et al. *Santé Publique* 2018; 30(1):45-60.
Merson F, et al. *Rev Med Liege* 2015 ; 70:44-8.
Toque E, et al. CSFT Montpellier, 2019.

TABAGISME, PRÉCARITÉ ET PERSPECTIVE TEMPORELLE

PERSPECTIVE TEMPORELLE (*Zimbardo Time Perspective Inventory* : ZTPI)

Rapport que les individus entretiennent avec leur passé, présent, futur

- **Passé Positif** : Attitude positive et nostalgique à l'égard du passé
- **Passé Négatif** : Vision négative du passé et ruminant d'expériences douloureuses
- **Présent fataliste** : Attitude fataliste et résignée (face au destin)
- **Présent Hédoniste** : Attitude de prise de risque (mettre de l'excitation dans la vie)
- **Futur** : Attitude de planification et mise en œuvre de projet

FUMEURS PRECAIRES

- Plus orientés « **Présent Fataliste** », « **Passé Négatif** »
- Moins orientés « **Passé Positif**, **Présent Hédoniste**, **Futur** »

Indépendamment de la précarité

- **Passé Négatif** : motivations financières, TAD
- **Présent Fataliste** : alcool, peu concernés par santé, TAD
- **Futur** : Arrêt à M3 + élevé, motivation plus forte, raisons d'arrêt moins financières... « faire naître l'envie »

Impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique

Frédéric Merson, Jean Perriot

Presse Med. 2012; 41: e43–e51

CLAT63, centre de tabacologie, dispensaire Émile-Roux, 63100 Clermont-Ferrand, France

ZIMBARDO TIME PERSPECTIVE INVENTORY (ZTPI)

Évaluez de 1 à 5 les phrases suivantes (1 « Ne s'applique pas du tout à moi » 5 « S'applique tout à fait à moi »)	<i>Ne me correspond pas du tout</i>			<i>Me correspond tout à fait</i>	
	1	2	3	4	5
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

LE SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ :

état des lieux et propositions d'optimisation

Rev Med Liege 2015 ; 70(1):44-48.

F. MERSON (1, 2, 3), J. PERRIOT (1, 2), M. UNDERNER (1, 4)

Différents niveaux d'action :

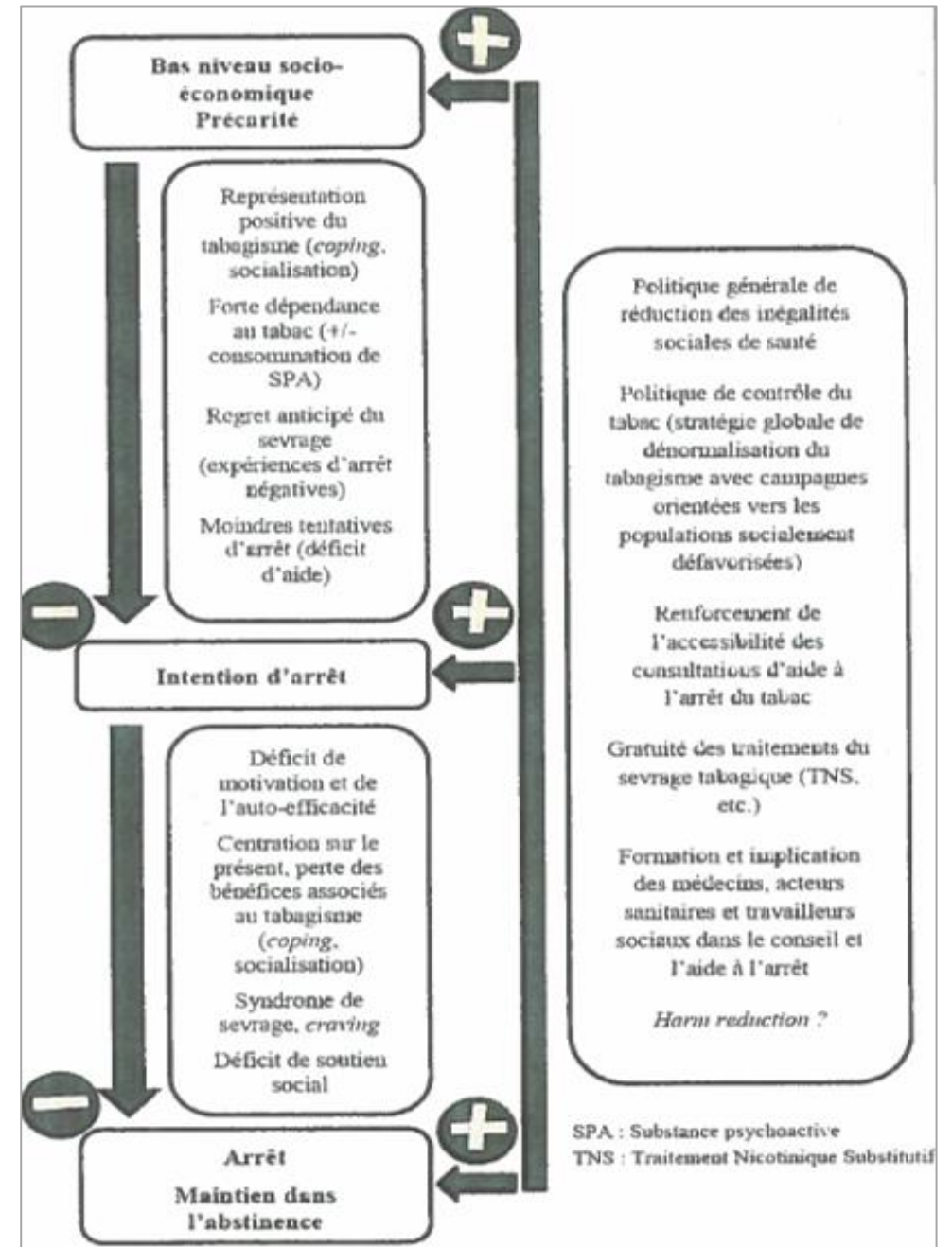
- . Améliorer le niveau socio-éducatif (famille, école, travail).
- . Accroître les intentions d'arrêt (RPIB, conseil, empathie ++).
- . Faciliter arrêt et maintien dans l'abstinence :
 - . Prises en charge personnalisées (TCC + pharmacothérapies).
 - . Accès aux pharmacothérapies et aux soins.
- . Implication de tous les professionnels du secteur médicosocial.

Développer la politique de lutte contre le tabagisme :

- . Adapter les messages de prévention aux fumeurs précarisés.
- . Programmes ciblés de sevrage tabagique.
- . Faciliter l'expérience d'arrêt et/ou « Harm-réduction ».

How health inequalities accumulate and combine to affect treatment value: A distributional cost- effectiveness analysis of smoking cessation interventions

Love-Koh J, et al. *Sos Sci Med* 2020;265:113339.



CONCLUSION

Le tabagisme aggrave la pauvreté. La pauvreté aggrave le tabagisme. La pauvreté rend l'arrêt du tabac plus difficile MAIS plus indispensable.

TRAVAILLER AVEC LES PERSONNES (non pour elles).

Dialoguer et s'adapter aux situations, travailler au rythme des personnes, outils adaptés (RPIB, etc.).

PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE.

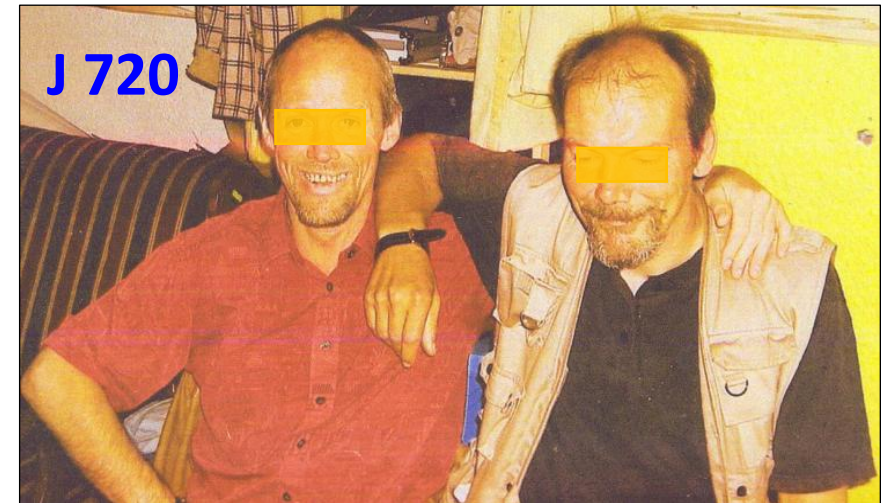
Projet de sevrage personnalisé et programmes spécifiques (projets de santé communautaires).

PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS

Projet de santé (santé communautaire).

Implication des professionnels.

Remerciement à G. Peiffer (Metz).



POUR EN SAVOIR PLUS

- Pasquereau A, Andler R, Guignard R, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du baromètre de santé publique France. *BEH* 2021;8:132-139.
- Martin JL, Barnes I, Green J, et al. Social influences on smoking cessation in mid-life/ Prospective cohort of UK women. *PLoS One* 2019;14:e022019.
- Emmanuelli X. Yes, there is a syndrome of the great exclusion. *Presse Med* 2009 ; 38 : 1557-9.
- Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, et al. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction* 2009 ; 104 : 1718-28.
- Merson F, Perriot J. Impact of social disadvantages and time perspective on smoking cessation. *Presse Med* 2011;41:e43-51.
- Merson F, Guillon C, Arvers P, et al. Variations of time perspective by social deprivation, what are the effects on smoking cessation? *Rev Med Liege* 2012;7:53-42.
- Deschenau A, Le Faou AL, Touzeau D. Smoking cessation support among persons in situation of precariousness. *Rev Mal Respir* 2017 ; 34 : 44-52.
- Merson F, Perriot J, Underner M, et al. Smoking cessation and social deprivation. *Rev Mal Respir* 2014;31:916-36.
- Merson F, Perriot J, Underner M. Smoking cessation and social deprivation: current state of knowledge and proposals for optimization. *Rev Med Liege* 2015;70:44-8.
- Merson F, Perriot J. Social deprivation and time perception, the impact on smoking cessation *Santé Publique*. 2011;23(5):359-70.
- Brose LS, McEwen A. Neighbourhood Deprivation and Outcomes of Stop Smoking Support - An Observational Study. *PloS One* 2016;11:e0148194.
- McCall SJ, Green DR, MacFarlane GJ, et al. Spontaneous very preterm birth in relation to social class, and smoking: a temporal-spatial analysis of routinely collected data in Aberdeen, Scotland (1985-2010). *J Public Health (Oxf)*. 2020;42:534-541.
- Love-Koh J, Pennington B, Owen L, et al. How health inequalities accumulate and combine to affect treatment value: A distributional cost-effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Soc Sci Med* 2020;25:113339.
- Le Faou AL, et al. Sevrage tabagique et personnes en situation de précarité : l'intérêt d'une prise en charge spécifique. *La Santé en action*. 2014;427:6-8.
- Perriot J, et al. Sevrage tabagique et précarité sociale : contribution des infirmiers à paraître. *Rev Infirm* 2026.