



# TABAGISME ET PRECARITE : L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC CHEZ LES FUMEURS EN SITUATION DE PRECARITE SOCIALE

**Docteur Jean PERRIOT**

Pneumologue - Addictologue  
Dispensaire Emile Roux - CLAT 63  
perriotjean@gmail.com



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique  
Clermont-Ferrand le 19 Mai 2022



# 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.

L'usage de tabac est tout à la fois un indicateur de précarité sociale et un facteur d'aggravation des inégalités sociales de santé.

La prévalence du tabagisme ne diminue pas autant au sein des populations de bas niveau socio-économique, qui sont moins sensibles au message de prévention du tabac que dans les couches sociales plus aisées.

Les professionnels de santé doivent s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac des fumeurs en situation de précarité sociale qui sont plus exposés aux conséquences morbides induites par le tabagisme.

## PLAN DE L'EXPOSE

Notions de pauvreté et de précarité.

Tabagisme et précarité sociale.

Sevrage tabagique des « fumeurs précarisés ».

Quelques exemples d'interventions auprès de ces publics.



# NOTION DE PAUVRETE ET DE PRECARITE

## 1 - RELATION ENTRE PRECARITE ET VULNERABILITE <sup>1</sup>

### **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) <sup>1</sup>

**Bivulnérabilité** <sup>2</sup> : Exclusion = perte de citoyenneté <sup>3</sup>

Syndrome de « Grande Exclusion » <sup>4</sup>

Inégalité sociale de santé & cohésion sociale <sup>5</sup>

1 Wresinski J. *JORF*, 1987.

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

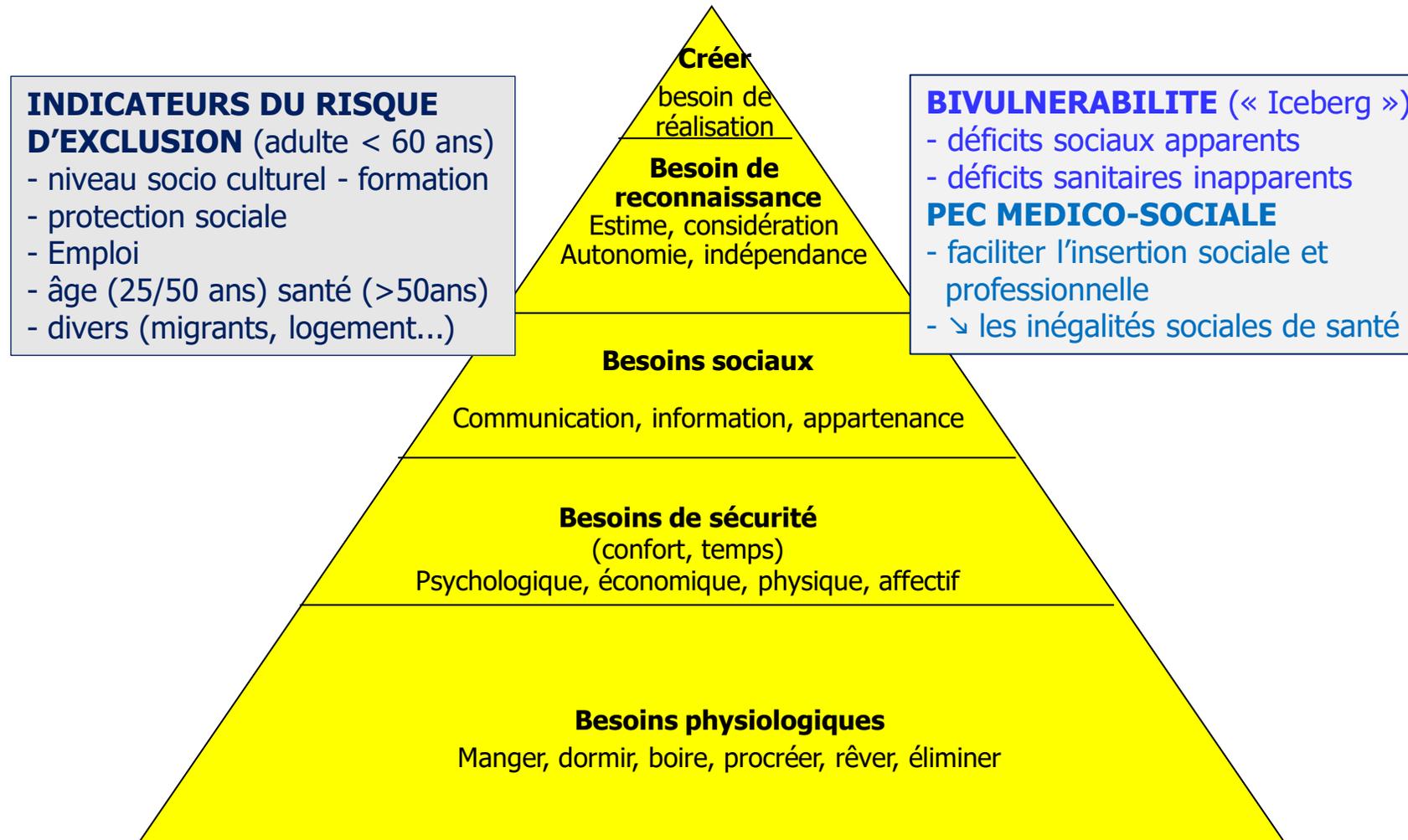
3 Lenoir R. *Les exclus*. Le Seuil, 1974.

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

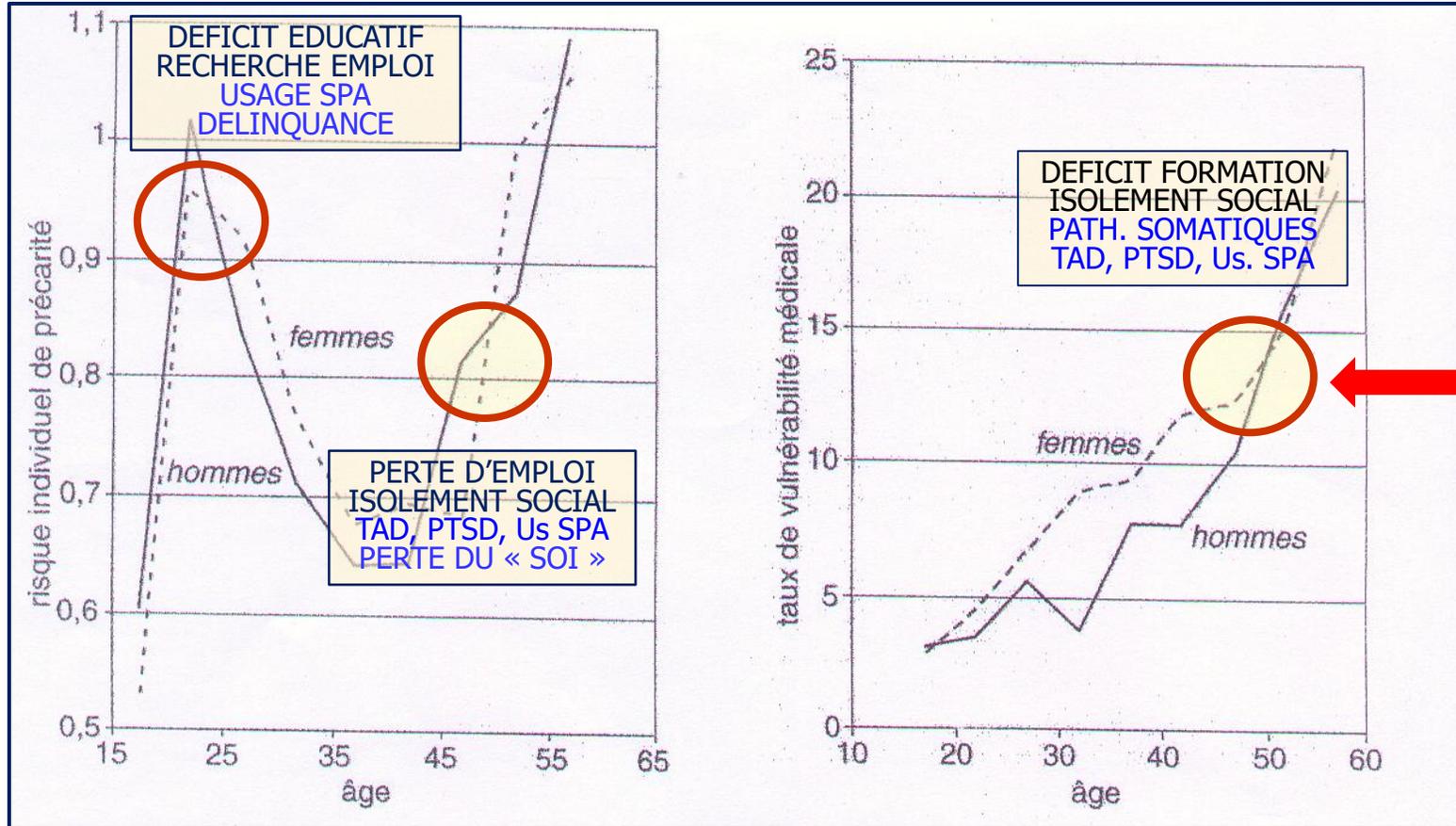
5 Hirsch M. *BEH* 2007 ; 2-3 : 9-10;



# 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  
R. D'EXCLUSION  
SOCIALE**

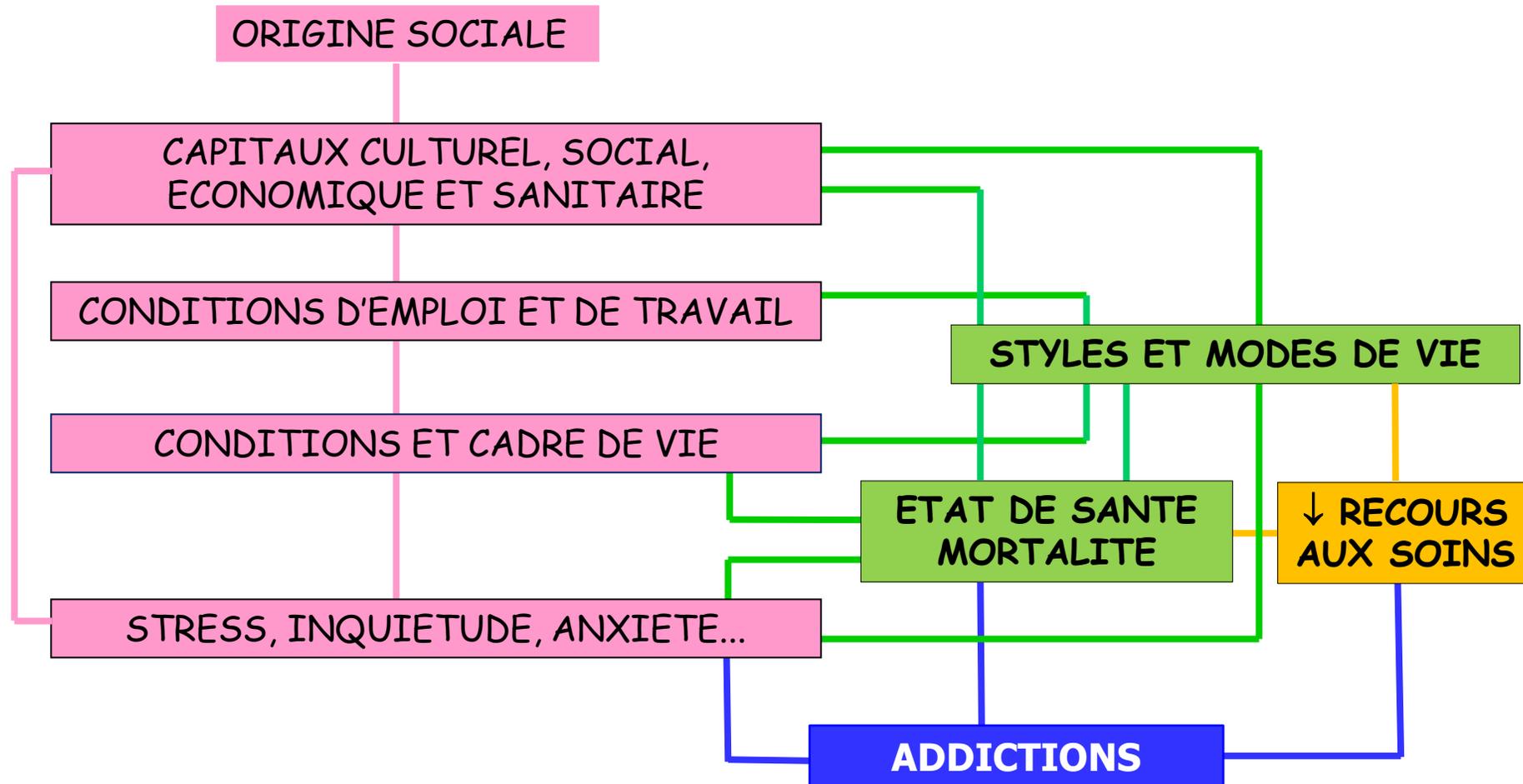
## Obésité, tabagisme et dépistage des cancers par catégorie sociale et par sexe (âge > 18 ans)

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

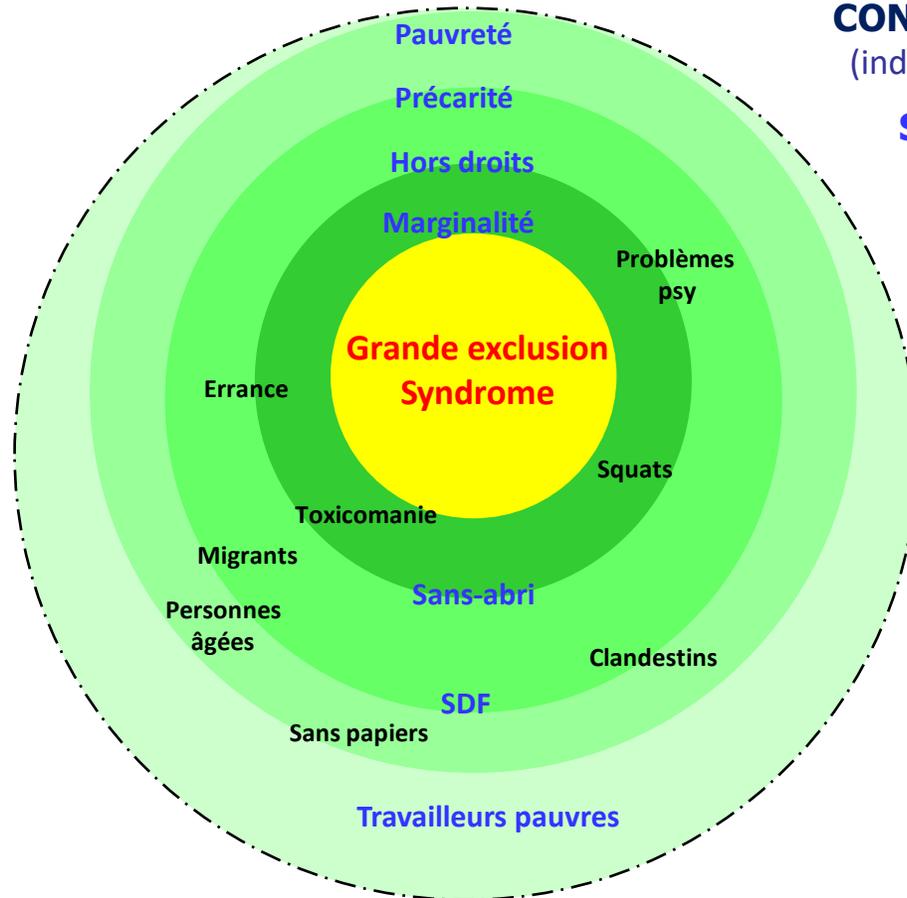
	Hommes			Femmes				
	Obésité RR* [IC 95%]	Fumeur quotidien RR [IC 95%]	Pas de dépistage du cancer colorectal depuis 2 ans (50-74 ans) RR [IC 95%]	Obésité RR [IC 95%]	Fumeur quotidien RR [IC 95%]	Dépistage du cancer colorectal de moins de 2 ans (50-74 ans) RR [IC 95%]	Pas de mammographie depuis 2 ans (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%.

# Production et reproduction des inégalités sociales de santé et de mortalité



## 2 - 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 ?)  
Gonzalez A, et al. *Sleep Health* 2020;(4):489-94.
- **REPRÉSENTATION DES LIENS SOCIAUX**  
Satisfaction des besoins immédiats (pour soi)

### . DISTORSION DES PERCEPTIONS ACCRUE PAR LES COMORBIDITÉS ASSOCIÉES

### REPERAGE DES VULNERABILITES ET PRISE EN CHARGE avant basculement dans le SGE

*Seniors : repérage de la fragilité et vulnérabilité et PEC avant basculement dans handicap et dépendance.*

### 3 - PAUVRETE - PRECARITE : QUELLE DISTINCTION ?

#### PAUVRETÉ (pauvreté économique)

40% de la population mondiale a des revenus < 2 US \$ /J (*Tt anti-TB : 1 US \$ /J : 6,5 millions de nouveaux cas de TB en 2020 [www.who.int](http://www.who.int)*) soit 2,8 milliards de **personnes** vivent avec moins de 2 dollars par jour; 450 millions d'enfants souffrent de dénutrition et 900 millions d'adultes sont analphabètes (2/3 sont des femmes).

#### PRÉCARITÉ (Insécurité dans le présent et incertitude face au futur)

- Terme utilisé dans les pays "développés"
- Sujets à faible niveau socio-économique (NSE)
- Faible position dans la hiérarchie sociale :
  - . Faible niveau d'éducation (meilleur indicateur).
  - . Faible position sur le marché du travail
  - . Faibles revenus (20-40% des plus pauvres)
  - . Seuil de pauvreté (en France: revenus < à 60% du revenu median)

En France, 11 millions de personnes ; le **seuil de pauvreté** est fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. Il correspond à un revenu disponible de 1 102 € par mois pour une personne vivant seule et de 2 314 € pour un couple avec deux enfants âgés de moins de 14 ans (11 novembre 2021).

<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>

# TABAGISME ET PRECARITE

## 1 - ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

### TABAGISME ET ARRÊT DU TABAC SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

#### 1 - Etude prospective, menée depuis 1958 (UK) sur tabagisme et statut socio-économique <sup>1</sup> :

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

#### 2 - prévalence du tabagisme entre 2014 et 2019 aux USA rapportée au statut social <sup>2</sup> :

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

« *Poor more likely to smoke and less likely to quit* »

### INDICATEURS DE PRECARITE (70 études analysées) <sup>2</sup>

Niveau d'éducation, de revenus, profession, être propriétaire, statut socio-économique parental.

#### 1 - Risque de fumer selon le NSE

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

- Analyse multivariée : le critère « éducation » est majeur

#### 2 - Score EPICES <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dobson R, et al. *BMJ* 2004 ; 328 : 914.

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

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

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

**Les 11 questions du score Epices** >30,14 : précarité; > 60 : grande précarité

N°	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	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
	<b>Constante</b>	<b>75,14</b>	

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

## USAGE DE SPA, ETAT MENTAL ET STATUT SANS ABRI (SA)

Mental Health and Substance Use Among Homeless Adolescents in the US.

Liu M, et al. *JAMA* May 10, 2022;327(18):1820-2.

USA : 2016,2017

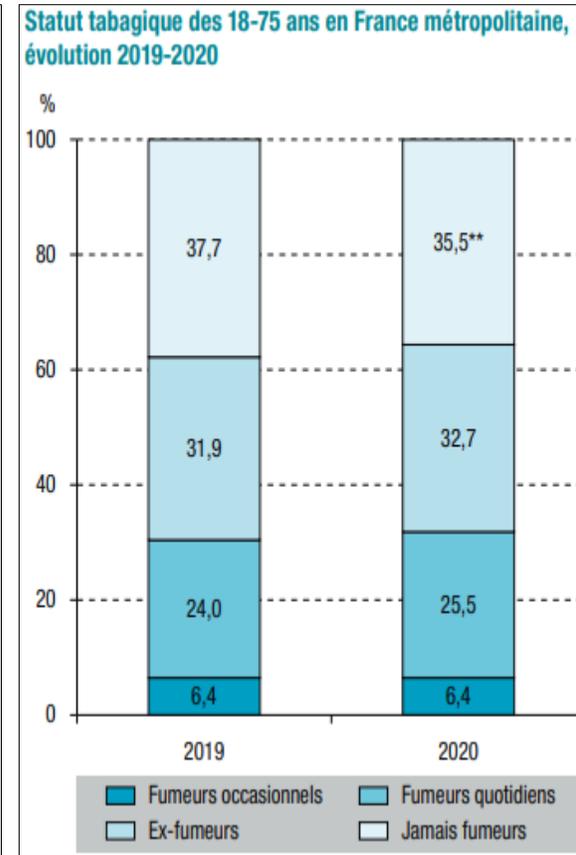
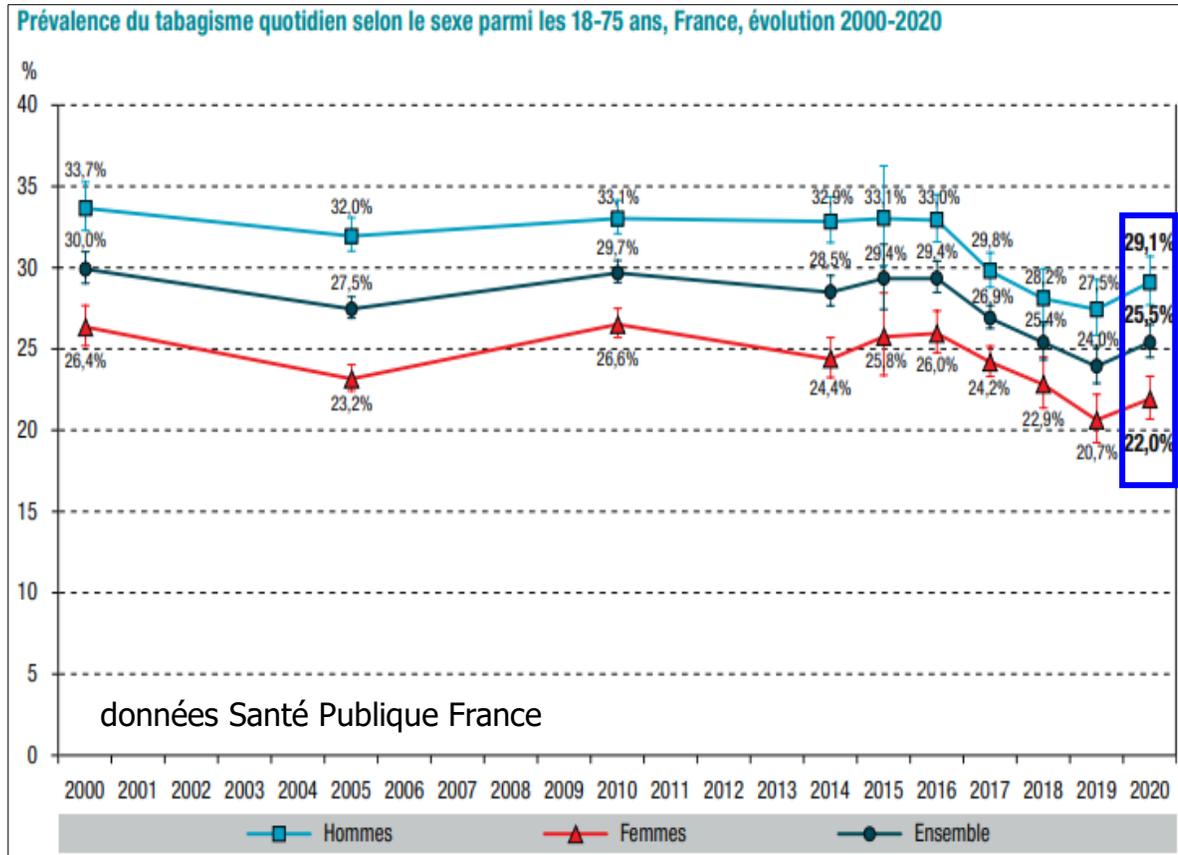
Characteristics	Homeless adolescents (N=4523)	Nonhomeless adolescents (N=105 864)
Age, y		
≤12	247 (2.8)	320 (0.2)
13	83 (0.9)	294 (0.3)
14	509 (11.1)	17 758 (14.9)
15	1010 (21.1)	28 816 (24.7)
16	1056 (26.4)	26 771 (25.6)
17	969 (21.6)	23 144 (23.7)
≥18	612 (16.1)	8507 (10.6)
Sex		
Female	1675 (37.7)	53 925 (50.0)
Male	2567 (62.3)	51 221 (50.0)
Race and ethnicity		
African American	706 (20.2)	12 633 (12.6)
American Indian	143 (1.5)	1893 (1.3)
Asian	168 (2.2)	4854 (6.1)
Hispanic	1151 (38.1)	17 304 (25.0)
Native Hawaiian	253 (1.9)	1873 (0.6)
White	1403 (32.4)	58 413 (49.9)
Multiple race	271 (3.5)	6268 (4.4)
Sexual orientation		
Heterosexual	2497 (70.7)	81 255 (84.4)
Gay or lesbian	398 (7.6)	2445 (2.5)
Bisexual	487 (11.1)	8650 (8.9)
Not sure	484 (10.7)	4074 (4.2)

Outcomes <sup>a</sup>	Weighted estimates, % (95% CI)		Adjusted risk ratio (95% CI) <sup>b</sup>
	Homeless adolescents	Nonhomeless adolescents	
<b>Mental health</b>			
Persistent sadness or hopelessness <sup>c,d</sup>	53.0 (44.9-61.0)	37.2 (35.6-38.8)	1.41 (1.26-1.57) <sup>e</sup>
Seriously considered suicide <sup>d</sup>	44.4 (32.6-56.8)	19.2 (17.2-21.4)	2.15 (1.88-2.45) <sup>e</sup>
Planned suicide <sup>d</sup>	41.8 (29.9-54.6)	16.1 (14.0-18.3)	2.34 (2.01-2.71) <sup>e</sup>
Attempted suicide <sup>f</sup>	28.0 (24.2-32.2)	8.0 (7.4-8.7)	2.70 (2.14-3.40) <sup>e</sup>
<b>Substance use</b>			
<b>Current<sup>g</sup></b>			
Alcohol	37.0 (30.0-44.7)	24.1 (23.0-25.2)	1.46 (1.21-1.76) <sup>e</sup>
Cigarette	28.7 (25.6-32.0)	5.3 (4.9-5.8)	4.64 (4.12-5.24) <sup>e</sup>
e-Cigarette	45.2 (40.2-50.4)	22.6 (21.1-24.2)	1.93(1.68-2.21) <sup>e</sup>
Marijuana	31.6 (23.6-40.9)	18.4 (17.2-19.7)	1.60 (1.20-2.12) <sup>h</sup>
Binge drinking <sup>i</sup>	21.4 (16.9-26.7)	10.3 (9.6-11.1)	2.04 (1.74-2.40) <sup>e</sup>
<b>Lifetime<sup>j</sup></b>			
Cocaine	32.2 (28.7-36.0)	2.9 (2.6-3.2)	8.17 (6.94-9.62) <sup>e</sup>
Methamphetamine	36.0 (27.2-45.8)	3.0 (1.6-5.5)	7.05 (3.86-12.85) <sup>e</sup>
Heroin	28.0 (24.8-31.5)	1.3 (1.1-1.5)	13.14 (10.16-17.00) <sup>e</sup>
Ecstasy	32.9 (27.7-38.4)	3.6 (2.6-4.9)	5.81 (3.89-8.66) <sup>e</sup>
Injection drug	28.1 (22.8-34.1)	2.4 (1.4-4.2)	6.65 (3.49-12.69) <sup>e</sup>
Prescription opioid misuse	31.3 (24.7-38.8)	12.9 (11.8-14.1)	2.18 (1.65-2.87) <sup>e</sup>

## Prévalence du tabagisme selon la situation professionnelle (France 2000- 2007)

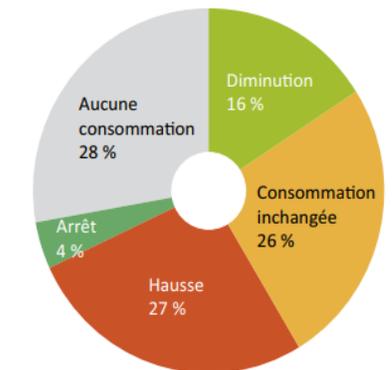
	<b>2000</b> %	2003 %	2005 %	2006 %	<b>2007</b> %
<b>Cadres</b>	<b>36</b>	27	27	26	<b>28</b> ↓ <b>22%</b>
<b>Travailleurs manuels</b>	<b>45</b>	44	37	40	<b>40</b> ↓ <b>11%</b>
<b>Chômeurs</b>	<b>44</b>	40	48	47	<b>44</b> <b>idem</b>

# Prévalence du tabagisme en France (2019 - 2020)



**2020 : augmentation de la prévalence de l'usage de tabac et de cannabis du fait de la COVID (OFDT/SPF)**

Figure 2. Évolution des usages de cannabis durant le confinement parmi les usagers actuels



2020 vs. 2019 cannabis: + 27%

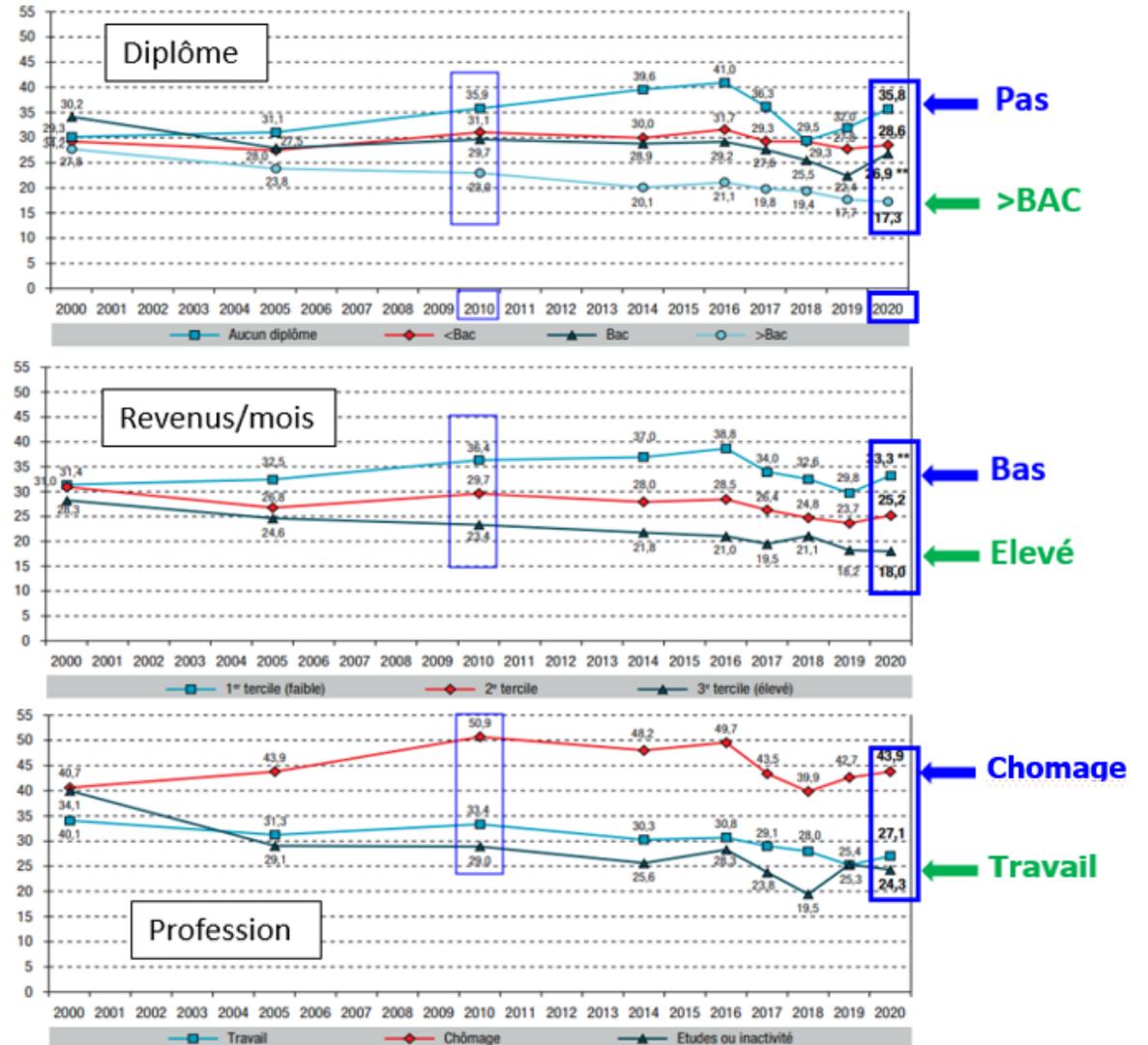
## EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC DANS LES POPULATIONS SOCIALEMENT DEFAVORISEES.

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.

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



## 2 - TABAGISME ET PRECARITE : CONSEQUENCES

### CONSEQUENCES SANITAIRES

**Recul de l'espérance de vie aux USA** (tabac et obésité)<sup>1</sup>

#### **Inégalités sociales de santé**

- ↗ Morbi-mortalité chez les personnes à NSE faible <sup>2,3</sup>
- ↗ Tabac : facteur principal de cette inégalité

**Augmentation de la morbi-mortalité en cas de NSE faible** <sup>4</sup>

- 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) <sup>5,6</sup>

### IMPACT DE L'AUGMENTATION DU PRIX DU TABAC ?

Baisse du tabagisme dans les milieux défavorisés (France 2018-19) et difficulté de l'arrêt du tabac <sup>7</sup>

Prévalence stable chez chômeurs et travailleurs manuels, diminution chez employés (France 2000-08) <sup>8,9</sup>

**L'augmentation du coût majorerait l'envie d'arrêter, pas le taux de succès du sevrage** <sup>10</sup>

<sup>1</sup> CDC and prévention. National Vital Statistic reports 2010.

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

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

<sup>4</sup> O'Flaherty M, et al. *BMJ* 2009; 339 : b20613.

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

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

<sup>7</sup> Merson F, et al. *Rev Mal Respir* 2014; 31 : 44-52.

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

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

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

### 3 - TABAGISME ET PRECARITE : MODE DE CONSOMMATION ?

#### ENTREE DANS LE TABAGISME - CONTEXTE DE « *HARD-CORE SMOKERS* »<sup>1-4</sup>

- **début précoce avec consommation élevée et forte dépendance au tabac 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.**
- **20% du budget en moyenne** est consacré à l'achat du tabac.

#### ETUDE QUALITATIVE (31 fumeurs pauvres (H/F) en centres d'hébergement).<sup>5,6</sup>

- **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.) arrêter de fumer est vécu comme perte de plaisir immédiat et privation supplémentaire
- **L'initiation tabagique est souvent familiale puis relayée par les pairs**, le tabagisme est un « objet d'échange facteur de lien social ».
- **Difficulté à se défaire d'une pratique socialisante** qui maintient une sociabilité résiduelle
- **La cigarette, dernier plaisir d'une vie ancrée dans le présent** qui relativise le risque à fumer.

<sup>1</sup> RM Rouquet. Congrès National SFT, Paris 2010

<sup>2</sup> Merson F, et al. *Rev Mal Respir* 2014 ; 31 : 916-36

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

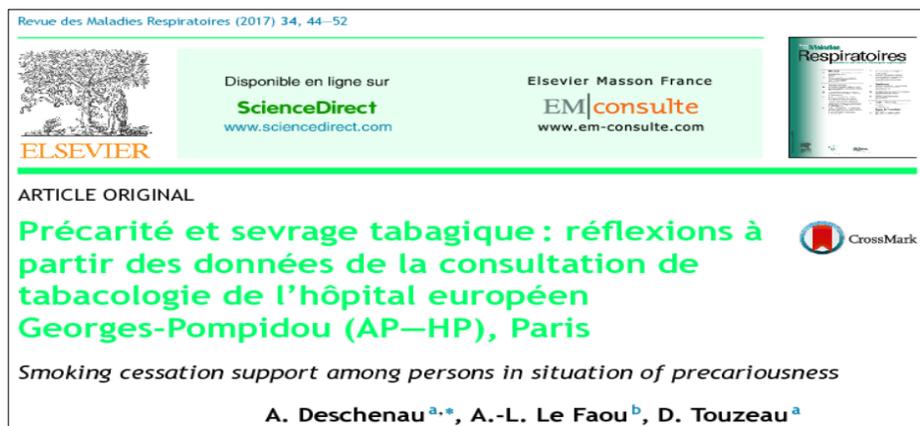
<sup>4</sup> Hausteil KO. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006 ; 13 : 312-8.

<sup>5</sup> Constance J. *Ethnologie française* 2010 ; 3 : 533-40.

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

# PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

## 1 - ARRÊT DU TABAC PLUS DIFFICILE ?



## 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'ARRÊT DU TABAC

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.

# 1 - PRATIQUE DE L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

## ABORDER LA QUESTION DU TABAC

Le médecin se croit incapable d'aider et **le fumeur est souvent désireux d'arrêter**

La rencontre devient improbable et la relation médecin-patient difficile

### Place de l'arrêt du tabac

- Objectif important ... engager le dialogue **RPIB...Conseiller l'arrêt et proposer une aide**
- Proposer à cette aide à un « **moment clef** » (grossesse, contraception, infections, BPCO...)

## 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 expliquer** les échecs passés (sous dosage en TNS, motivation ?) et la tentative future.

## AIDE A L'ARRÊT

- **Modalité d'aide à l'arrêt standard (bilan initial : PEC individualisée, rassurer et s'investir)**
- **Moyens d'aide** (remboursement de TNS / varénicline, réduction avant arrêt complet ? TCC et TNS)
- **Prises en charge collectives** (centre d'hébergement accord des personnes, soutien de l'entourage)

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

Perriot J, et al. CPLF Lille, 2017.

Peiffer G. Enseignement DIU Tabacologie.

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** (Zimbardo, 1999)

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

### FUMEURS PRECAIRES

- **Plus orientés** vers les dimensions « Présent Fataliste », « Passé Négatif »
- **Moins orientés** vers le Passé Positif, Présent Hédoniste, Futur

### INDÉPENDAMMENT DE LA PRÉCARITÉ

- **Passé Négatif** : motivations financières, TAD
- **Présent Fataliste** : mésusage d'alcool, moins concernés par leur santé, TAD
- **Futur** : Arrêt à M3 + élevé, motivation plus forte, raisons d'arrêt - financières

# 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)

### Agir conjointement à différents niveaux :

**Améliorer le niveau socio-éducatif** (famille, école, travail)

**Accroître les intentions d'arrêt** (RPIB, conseil)

**Faciliter arrêt et maintien dans l'abstinence**

. Prises en charge personnalisées (TCC+pharmacothérapies)

. Accès aux pharmacothérapies et aux soins

**Implication de tous les professionnels de santé**

Développer la politique globale de lutte contre le tabagisme

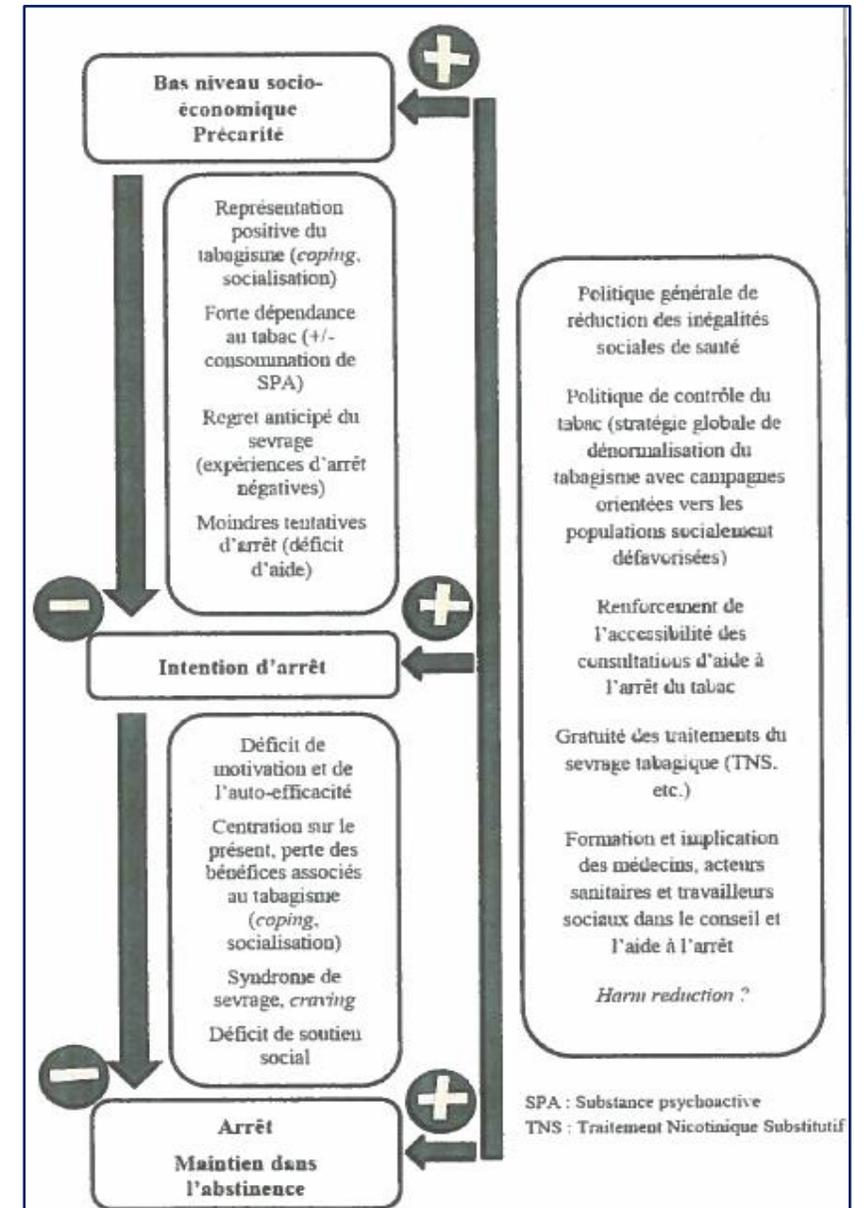
**Adapter les messages de prévention aux fumeurs en situation de précarité sociale.**

**Programme ciblés d'aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs en situation de précarité sociale**

Faciliter l'expérience d'arrêt ou de réduction de consommation

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

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



# CONCLUSION

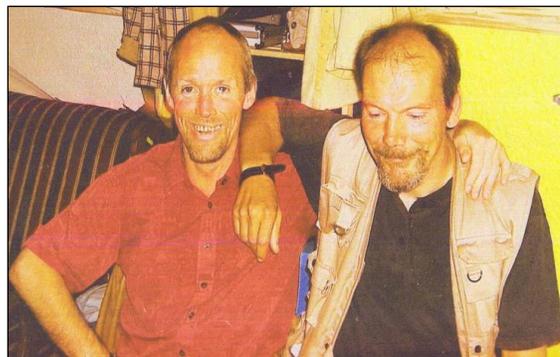
**Le tabagisme aggrave la pauvreté. La pauvreté aggrave le tabagisme. La pauvreté rend l'arrêt du tabac plus difficile et plus indispensable.**

**Travailler AVEC les personnes et non POUR elles.**

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

- **Assurer une prise en charge globale médico-psycho-sociale** (prise en compte des besoins de la personne, Pharmacothérapies, ETP). **Investissement des professionnels dans l'accompagnement.**

**Élaboration personnalisée d'un projet de sevrage ou de programmes spécifiques** (intégrant les personnes : projets de santé communautaires). **Inventer des modalités de prévention du tabac adaptées à ce public**



Remerciements à :

RM. ROUQUET	Toulouse
G. PEIFFER	Metz
F. MERSON	Clermont-Fd
P. LEMAIRE	Clermont-Fd
I. Mc LEOD	Sidney (Aus)

# EXEMPLES D'INTERVENTIONS

**Introduction.** Les patients en situation de précarité sociale sont nombreux à fumer et présentent souvent une forte dépendance tabagique. Ils désirent autant que les autres fumeurs à arrêter le tabac et peuvent bénéficier d'une prise en charge médicale identique. Les praticiens ressentent des difficultés pour aborder avec eux la question du sevrage tabagique. L'impact de la précarité sociale sur la pratique de l'intervention de RPIB et le point de vue des fumeurs en difficultés sociales sur l'offre d'aide à l'arrêt ont été étudiés.

**Matériel et méthode.** Etude observationnelle transversale réalisée entre le 30/04/2017 et le 30/06/2017 par questionnaire auto-administré aux consultants de 22 cabinets de médecine générale à Clermont-Ferrand (France) : 100 patients en situation de précarité (P) : score EPICES > 30,17 et 140 non précaires (NP) : score < 30,17, ont été comparées. Analyse statistique; Chi2; seuil de significativité fixé à 5%.

**Résultats.** Le statut tabagique et le souhait d'arrêter de fumer des patients étaient plus souvent recherchés chez les NP (87,1% vs 83,1%; p=0,44 et 52,6% vs 41,5% ; p=0,12 respectivement). Il était plus aisé aux patients NP (vs P) de parler de leur usage de tabac, y compris en cas de difficultés financières (3,3±1,2 vs 2,8±1,3; p=0,01), familiales (3,1±1,1 vs 2,6±1,2; p=0,003) ou de travail (3,2±1,1 vs 2,7±1,2; p<0,001).

**Conclusion.** Les patients en situation de précarité sont moins souvent interrogés sur leur souhait d'arrêter de fumer. La pratique du RPIB permet aux omnipraticiens de proposer systématiquement, une aide à l'arrêt aux « fumeurs précaires ».

E Toque, et al. 12<sup>ème</sup> Congrès de la SFT. Montpellier, 2018

## Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) pour l'arrêt du tabac en cabinet de médecine générale chez les fumeurs en situation de précarité sociale



LE DÉPARTEMENT

E.Toque<sup>1</sup>, C.Laporte<sup>2</sup>, J.Perron<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Omnipraticien en Médecine Générale, IRAAT, Clermont-Ferrand (France)  
<sup>2</sup>Laboratoire de Médecine Générale, Université Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand (France)  
<sup>3</sup>Dispensaire Emile Roux, centre de Tabacologie, IRAAT, Clermont-Ferrand (France)




**Introduction**

Les patients en situation de précarité sociale sont nombreux à fumer. Ils présentent souvent une forte dépendance tabagique mais aspirent tout autant que les autres fumeurs à arrêter le tabac. Ils peuvent bénéficier d'une prise en charge des médicaments d'aide à l'arrêt. Les praticiens ressentent des difficultés pour aborder avec eux la question du sevrage tabagique. Cette étude a évalué l'impact de la précarité sociale sur la pratique de l'intervention de RPIB et exploré le point de vue des fumeurs en difficultés sociales sur l'offre de sevrage tabagique.

**Matériel et méthode**

Etude observationnelle transversale réalisée entre le 30/04/2017 et le 30/06/2017 par questionnaire auto-administré mis à disposition des consultants de 22 cabinets de médecine générale volontaires pour participer à l'étude sur l'agglomération de Clermont-Ferrand. Les réponses de 100 patients en situation de précarité (P) définis par un score EPICES > 30,17 et 140 non précaires (NP) avec un même score < 30,17, ont été comparées. Analyse statistique avec test du Chi2, seuil de significativité fixé à 5%.

Les populations de fumeurs et leurs consommations	Patients		p.valeur
	précaires (P)	non précaires (NP)	
n=100	n=140		
Age (années) moyen +/- ET	40,0 +/- 10,8	40,8 +/- 10,8	0,24
Genre féminin n (%)	57 (57)	90 (64,3)	0,25
Revenu mensuel n (%)			
< 2000 €	44 (59 (44,4))	107 (125 (11,8))	<0,001
> 2000 €	8 (9 (8,1))	86 (118 (42,8))	<0,001
Consommateurs quotidiens n (%)	84 (84)	120 (84,3)	0,90
Fumeurs de cig. manufacturées n (%)	80 (80,2)	106 (79,1)	0,888
Fumeurs de cig. roulées n (%)	40 (40,1)	84 (60,4)	0,008
Fumeurs de narguilé n (%)	3 (3)	7 (5)	0,3
Nombre de cig fumées / jour (médiane)	12 (9-20)	10 (9-18)	0,02
Utilisateurs de e-cigarette n (%)	26 (26)	18 (12,9)	0,02
Age de début du tabagisme moy. +/- ET	16,8 +/- 4,3	16,5 +/- 4,3	0,07
Motivation à l'arrêt (0-10) moy. +/- ET	5,2 +/- 2,9	5,3 +/- 2,4	0,87

Rencontre avec le généraliste, offre d'aide et perception du fumeur	Patients		p.valeur
	précaires (P)	non précaires (NP)	
n=100	n=140		
Rencontre avec prof. santé / conseil n (%)	83 (83)	118 (84,3)	0,89
Médecin généraliste (MG)	70 (70,2)	99 (70,5)	0,94
Médecin spécialiste	13 (13,0)	19 (13,6)	0,79
Médecin du travail	11 (11,0)	15 (10,7)	0,90
Infirmier	3 (3,0)	4 (2,9)	0,3
Pharmacien	10 (10,0)	17 (12,1)	0,18
Pharmacien	12 (12,0)	21 (15,0)	0,49
Attaque du MG (motivation à l'arrêt > 7/10)			
Identification du tabagisme	27 (27)	29 (20,7)	0,07
Recherche du GSI d'arrêter	10 (10)	10 (7,1)	0,3
Conseil ou aide à l'arrêt	9 (9)	12 (8,6)	0,44
Orientation vers tabacologie	6 (6)	1 (0,7)	0,08

**Résultats**

Le statut tabagique et le souhait d'arrêter de fumer des patients (à motivation d'arrêt du tabac égale) étaient plus souvent recherchés chez les NP (87,1% vs 83,1%; p=0,44 et 52,6% vs 41,5% ; p=0,12 respectivement). Il était plus aisé aux patients NP (vs P) de parler de leur consommation de tabac, y compris en cas de difficultés financières (3,3±1,2 vs 2,8±1,3; p=0,01), familiales (3,1±1,1 vs 2,6±1,2; p=0,003) ou de travail (3,2±1,1 vs 2,7±1,2; p<0,001)

**Conclusion**

Les patients en situation de précarité sont moins souvent interrogés sur leur volonté d'arrêter de fumer. La pratique du RPIB permet aux omnipraticiens de proposer, de façon plus systématique, l'aide à l'arrêt aux « fumeurs précaires ».

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec cette communication.



# DISTORSION DE LA PERCEPTION DU TEMPS CHEZ LES FUMEURS EN SITUATION DE PRECARITE ET PRONOSTIC DU SEVRAGE TABAGIQUE

F MERSON, J PERRIOT, P LEMAIRE, Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand, frederic.merson@cg63.fr.

## OBJECTIF

Evaluer l'impact de la précarité sociale et de la distorsion de la perception du temps induite par celle-ci sur la consommation tabagique et la prise en charge du sevrage.

## MATERIEL ET METHODE

Etude prospective sur 192 consultants (SR=1,3) pour sevrage tabagique du Dispensaire Emile Roux (Clermont-Fd, 63) inclus entre le 01/03/09 et le 30/06/10. Après bilan de la situation clinique et évaluation initiale: données socioéconomiques, revenus, EPICES, consommation tabagique (c/j, PA), coconsommation de SPA, motif d'arrêt et motivation (Richmond), stade décisionnel de l'arrêt (Prochaska), habitudes tabagiques (Horn), pronostic de l'arrêt (Demaria), état anxio-dépressif (HAD). La prise en charge associée : pharmacothérapie, TCC et suivi avec vérification de l'arrêt à J30 et J90 (clinique, COE <10ppm). La perception du temps à J0 est évaluée par le test ZTPI permettant de définir différentes catégories (passé positif, négatif, présent hédoniste, fataliste, futur). Analyse statistique, logiciel SAS version 8, test khi2, significativité 5%.

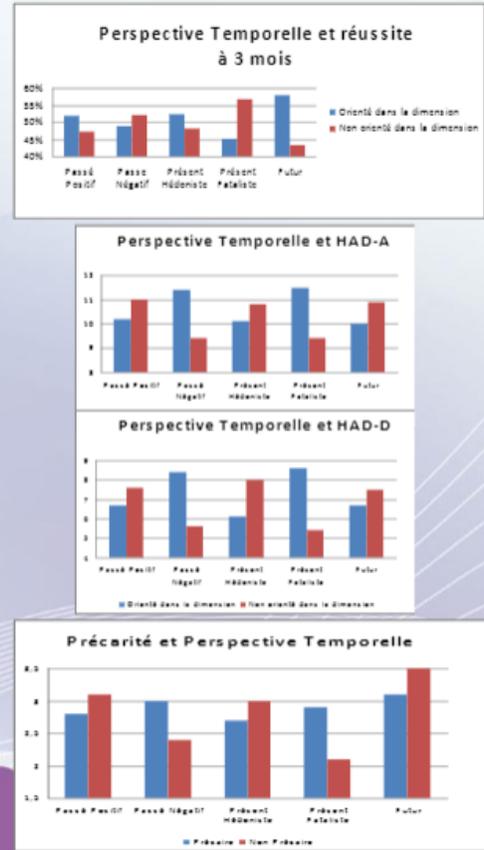
## RESULTATS

La proportion de personnes en situation de précarité (P) était de 38% (EPICES  $\geq 40$ ) avec niveau de ressources faible et absence d'emploi fréquent. Ces fumeurs sont plus dépendants que les non précaires (NP): FTNDm: P=8,4 vs NP=7,1. Leur principal motif d'arrêt est financier (P=50,0% vs NP=9,5%), ils sont moins souvent abstinents au 3<sup>ème</sup> mois (P=41,9% vs NP=56,0%). Les troubles anxieux sont plus fréquents (P=58% vs NP=17%), les troubles dépressifs également (P=58% vs NP=32%). La perspective temporelle des patients est différente entre précaire (perception fataliste du présent et négative du passé) et non précaire (perception du temps orientée vers le futur). Cette distorsion est corrélée au score FTND, aux coaddictions aux SPA, à la motivation à l'arrêt et au taux d'arrêt à J90 dans le sens où l'orientation vers le futur semble protectrice et l'orientation vers le passé négatif ou le présent fataliste sont de plus mauvais pronostic.

## CONCLUSION

La précarité entraîne une orientation vers les registres du passé négatif et du présent fataliste de la perspective temporelle et illustre le processus de vulnérabilisation. En effet, l'orientation dans ces dimensions est significativement liée aux troubles psychologiques et peut participer à expliquer comment les situations prennent leur signification subjective. La précarité agit comme un filtre de perception de la réalité. Le vécu de la précarité et les conséquences induites ou associées dont la perception de la perspective temporelle peuvent donc renseigner sur des voies d'optimisation du sevrage tabagique des fumeurs.

Variables	Ensemble de la population N=192	Précaires (EPICES $\geq 40$ ) N=74	Non Précaires (EPICES < 40) N=117	Significativité
Sexe				
Hommes	N=100 (52%)	N=48	N=52	NS
Femmes	N=92 (48%)	N=26	N=66	
Age	45,4 ans	45,0	45,6	NS
CSP				
Actif	106 (55%)	30	76	
Sans activité	24 (13%)	17	7	
Invalide	21 (11%)	20	1	
Retraité	10 (5%)	5	5	
Étudiant	4 (2%)	1	3	
Revenus				
<12 000	66 (35%)	54	12	p<0.0001
12 000 à 20 000	78 (41%)	38	40	
20 000 à 100 000	42 (22%)	1	41	
>100 000	4 (2%)	0	4	
Tabagisme				
Première Cigarette	15,6 ans	15,5	15,7	NS
Tabagisme Régulier	17,6 ans	16,9	18,4	p=0.04
Nombre de cigarettes par jour	15,8	16,8	15,1	p<0.0008
FTND	7,5	8,4	7,1	p<0.0001
Motif d'arrêt				
Financier	20,5%	41,5%	12,3%	p<0.008
Psychologique	19,5%	12,3%	24,1%	p=0.04
Problème de santé	19,2%	50,0%	9,5%	p<0.0001
Autre	6,8%	6,8%	6,8%	NS
Proche	11,6%	10,4%	12,5%	NS
Fin dépendance	48,4%	42,3%	51,7%	NS
Conseil médical	3,7%	6,4%	1,7%	NS
Considérations				
Alcool	10,0%	16,4%	14,7%	p=0.02
Cannabis	8,4%	9,5%	7,8%	NS
Marijuana				
Élimination	6,7	7,1	6,4	p<0.008
Piquet	7,7	8,4	7,4	p<0.008
Préparation	10,1	10,5	10	NS
Arrivée	10,1	10,6	10,1	NS
Requin	8,4	8	8,6	p=0.02
Respiration	7,5	8,3	7,1	p<0.0001
Stade décisionnel				
Non motivation	28 (15%)	18	10	p<0.001
Évaluation	108 (56%)	31	76	
Préparation	30 (16%)	8	22	
Action	4 (2%)	0	4	
Échec à 3 mois	50,5%	41,9%	56,5%	p<0.05
Arrêt à 3 mois	0,9%	0,9%	0,9%	NS
Traitement				
Changement	76	33	43	
FTND T0	40	27	13	
FTND T1	4	1	3	
FTND T0+T1	59	30	29	
DMG	11,7	10,1	12,7	p<0.0001
HAD				
HAD-D	10,4	11,1	9,8	p<0.0001
HAD-O	7	8,8	5,4	p<0.0001
HAD				
HAD-D	N=62 (32%)	N=43 (58%)	N=19 (17%)	
HAD-O	N=79 (41%)	N=43 (58%)	N=37 (32%)	
Richmond	7,7	7,1	7,9	p=0.01
EPICES	23,4	57,3	16,8	p<0.0001
Précaires (EPICES $\geq 40$ )	N=74 (38%)			
FTND				
Passé positif	3	2,6	3,3	p=0.02
Présent hédoniste	1,9	1,7	2	p=0.02
Passé négatif	2,7	0	2,4	p<0.0001
Présent fataliste	2,4	1,1	3,3	p<0.0001
Futur	2,3	2,1	2,5	p<0.0001



## RESULTATS DU SEVRAGE TABAGIQUE EN COLLECTIVITES DE PERSONNES PRECAIRES Synthèse d'expériences menées au sein de trois centres d'accueil à Clermont-Ferrand (F-63)

J. PERRIOT<sup>1</sup>, P. LEMAIRE<sup>1</sup>, L. POMARES<sup>2</sup>, JL. MERLE<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Dispensaire Emile ROUX - jean.perriot@cg63.fr,

### INTRODUCTION

La précarité socio-économique est un élément défavorable à l'arrêt du tabac pour les fumeurs les plus dépendants, les substituts nicotiniques ne sont toujours pas remboursés par la sécurité sociale [1-2].

L'objectif de ce travail est de rendre compte des résultats de sessions d'aide à l'arrêt du tabagisme organisées dans des centres d'hébergement pour personnes en situation de précarité socio-économique à Clermont-Ferrand comparativement à celles organisée en établissement de santé et en milieu de travail.

### MATERIEL ET METHODE

Ces sessions d'aide à l'arrêt ont été conduites dans des centres d'hébergement à la demande des résidents et ont concerné 35 personnes (SR : 10,6 ; maghrébins : 74% ; sans emploi : 68,8% ; âge moyen : 59 ans ; consommations moyennes, quotidienne : 19,3 c/j et cumulée : 34,5 PA ; âge moyen du début du tabagisme : 21,5 ans ; FTND moyen : 4,8 (22% : indice  $\geq 7$ ) ; mésusage d'alcool ou de cannabis : 25,7% ; troubles anxio-dépressifs : 35,7% ; forte motivation dans 42,8% des cas).

Le déroulement de l'intervention comprenait : réunion d'information et inscription des candidats (évaluation initiale avec FTND, HAD, Richmond, CAGE, mesure de COE), puis aide à l'arrêt du tabac (4 séances de 2 heures, 4 jours de suite) avec conseils pragmatiques d'aide, écoute et expression du vécu, apport de TNS buccaux *ad libitum* (associés à TNS transdermique 21mg durant 3 semaines en cas de FTND  $\geq 7$  ou 14mg en cas de FTND entre 4 et 6). Les patients étaient revus à J7, J30, J90, J180, J360 (validation de l'arrêt par mesure du COE < 7 ppm). Le soutien incluait les éducateurs des centres. Les fumeurs en difficulté dans le sevrage étaient orientés vers un centre de tabacologie (Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand-France) ; une interprète a participé aux rencontres. Les résultats obtenus sont comparés à ceux de sessions d'aide réalisés en milieu professionnel et en établissement de santé.

### RESULTATS ET DISCUSSION

Le taux d'arrêt à 6 mois est triple de celui obtenu dans les centres d'examen de santé en 1999-2000 (54.4% vs 17.4%)[3], il diminue ensuite (38.8% à 12 mois). Ces résultats sont analogues à ceux obtenus en milieu professionnel et dans un centre anticancéreux (Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand).

En dépit d'une population étudiée restreinte et d'une possible surestimation du taux d'arrêt (problème linguistique, mais mesure du COE), les résultats des trois centres pris en compte sont concordants (taux d'arrêt à 6 mois : (54,4%, 51,3% et 66,6%), l'abstinence à 12 mois demeure honorables.

**Les fumeurs en situation de précarité peuvent être aidés à arrêter de fumer dans les**

conditions suivantes :

- Répondre à une demande exprimée par les fumeurs et mobiliser les acteurs médico-sociaux des centres d'accueil autour du projet (éducateurs sociaux, permanents associatifs).
- Assurer une prise en charge structurée, étalée dans le temps (12 mois) et partenariale.
- Offrir un TNS gratuit (durée minimale de 6 semaines), associée à une thérapie (dynamique) de groupe.
- Une prise en charge en consultation est proposée aux fumeurs en difficulté lors de l'arrêt (forte dépendance tabagique, codépendance, troubles anxio-dépressifs).

De telles actions méritent donc d'être développées en direction de ces publics fumeurs pour lesquels l'achat du tabac est coûteux et le tabagisme les expose à des conséquences morbides.

### CONCLUSION

Ce travail souligne qu'il est possible de développer des actions d'aide à l'arrêt du tabac pertinentes dans les centres d'hébergement pour personnes en situation de précarité socio-économique, sous réserve qu'elles soient structurées, répondent à une demande des fumeurs. Le taux d'abstinence obtenu est analogue à celui obtenu lors d'interventions de sevrage tabagique dans des collectivités destinées à des fumeurs ne présentant pas de précarité sociale.

	ENTREPRISE CARSAT	CENTRES D'HEBERGEMENT	CENTRE JEAN PERRIN
POPULATION	44	35	40
SEX RATIO	0.60	10.6	0.26
AGE	40.4 (22-77)	59.5 (22- 81)	38.8 (21-57)
CIG/JOUR	20 (10-40)	19.3 (5-40)	18 (5-40)
PAQUETS-ANNEES	21.6 (12-98)	34.5 (5-75)	17.3 (4-40)
CO-DEPENDANCE (%)	12.6	25.7	0
TENTATIVES D'ARRET (%)	81.3	90	89.7
NOMBRE DE TENTATIVES	2,9 (0-10 <sup>1</sup> )	2 (0-10 <sup>1</sup> )	2,8 (0-30 <sup>1</sup> )
ARRET MAXIMAL (mois)	9.5 (0-29)	7.2 (1-48)	16.7 (0-170)
FTND	7 (3-9)	4.8 (2-8)	5.4 (2-10)
FTND > 7 (%)	61	22	25.6
DEMARIÀ-GRIMALDI (DMG)	11.8 (4-16)	8 (3-13)	12 (8-17)
DMG > 6 (%)	21	15	0
RICHMOND	7.2 (3-10)	8 (4-10)	7.5 (3-10)
RICHMOND < 6 (%)	8	8	7.6
COE JO (ppm)	33 (2-126)	27 (5-44)	28 (1-65)
ANXIETE-DEPRESSION (%)	30	35.7	37
TNS (TD+FO) posologie JO(mg)	28 (10-50)	15 (10-30)	23.8 (7-42)
ARRET J7 (%)	81	97	85.2
ARRET J30 (%)	75	82.8	86.2
ARRET J180 (%)	51.3	54.4	66.6
ARRET J360 (%)	31.4	38.8	40.1

### REFERENCE

[1] Le Faou AL. Tabac et population défavorisée. *Le Courrier des Addictions* 2002; (4):10-14.

[2] Perriot J, Llorca PM, Boussiron D, Schwan R. *Tabacologie et sevrage tabagique*. Paris: John Libbey Eurotext, 2003.

[3] Kuntz, Spycykerelle Y, Giordanella JP, Baudier F. Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiniques dans l'aide à l'arrêt du tabagisme proposée à des populations en situation de précarité dans les centres d'examen de santé. *BEH* 2001; 22-23:107-9

# Tabagisme et sevrage tabagique de bénéficiaires du RSA comparativement à la population des consultants d'un centre d'aide à l'arrêt du tabac (2013-2018).

J. Perriot<sup>\*1</sup>, P. Lemaire<sup>1</sup>, F. Marchandise<sup>1</sup>, J.L. Merle<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Dispensaire Emile Roux, CLAT 63, centre de Tabacologie, Clermont-Ferrand (France)  
<sup>\*</sup> Auteur correspondant : perriotjean@gmail.com

## Objectif

Au sein des populations en situation de précarité sociale, le tabagisme est fréquent et cause d'une importante morbi-mortalité. Le Dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand (France), centre de tabacologie, assure également des bilans de santé ayant pour finalité de lever les obstacles sanitaires à l'insertion sociale d'allocataires du RSA. L'étude présentée a comparé le tabagisme et les résultats du sevrage tabagique de ces personnes à la population de la consultation d'aide à l'arrêt du tabac de ce service.

## Matériel et méthode

100 allocataires du RSA (fumeurs, SR=1,5), ont été comparés à 758 consultants (SR=0,6) pour demande d'aide à l'arrêt du tabac dans la période du 01/01/2013 au 31/12/2018. Les consommations de tabac journalières et cumulées, la dépendance au tabac, les niveaux de précarité sociale (EPICES), les différentes pathologies (cardiovasculaires, broncho-pulmonaires, obésité, troubles anxiodépressifs (HAD), mésusage de substances psychoactives), la motivation à l'arrêt du tabac et le résultat de la tentative d'arrêt sur le 6<sup>ème</sup> mois ont été comparés. L'analyse statistique a été réalisée au moyen du logiciel SPSS (Chi2, p<005).

## Résultats

Comparativement à la population générale des consultants en centre de tabacologie, les allocataires du RSA présentent plus fréquemment un niveau de précarité élevé, un mésusage de substances psychoactives, de l'obésité morbide, de la BPCO (p<0,05). En revanche, les consultants en tabacologie sont plus souvent du genre féminin et présentent des consommations de tabac, des cardiopathies, une motivation à l'arrêt plus marquée (p<0,05). Dans les deux groupes, le score de dépendance (FTCD) est identique et si les allocataires du RSA tentent moins souvent l'arrêt du tabac, bénéficiant de la même prise en charge que les autres fumeurs, leur taux de réussite à 6 mois est identique.

## Conclusion

Le tabagisme est répandu dans les populations précarisées, il creuse les inégalités sociales de santé. La détection et l'aide à l'arrêt du tabac chez les fumeurs pauvres doivent être systématiques autant que la lutte contre le tabagisme doit être généralisée.

Période [2013-2018]	Bilan insertion RSA fumeurs	Nouveaux consultants en tabacologie	p-value
	(n=100/120)	(n=758)	
RSA/min.sociaux (n,%)	100 (100%)	203 (26,7%)	< 0,001
Age <sub>m</sub>	35 (25-45)	45 (35-65)	< 0,05
Sex-ratio	1,5	0,6	< 0,001
EPICES > 60 (%)	20	5	< 0,001
Score FTCD <sub>m</sub>	6,9	6,9	NS
Consommation (cig/j) <sub>m</sub>	15 (10-20)	20 (10-50)	< 0,001
Consommation (PA) <sub>m</sub>	10 (10-30)	30,4 (20-50)	< 0,001
BPCO ≥ Gold 1 (%)	36,2	28,5	< 0,05
Cardiopathies (%)	18,5	25,1	< 0,05
Obésité-IMC > 30 (%)	10,3	3,1	< 0,05
Mésusage alcool (%)	38,1	25,1	< 0,001
Mésusage cannabis (%)	18,4	12,1	< 0,05
Substitution opiacé (%)	10,2	3	< 0,05
HADA+D > 22	30,4	28,5	NS
Sevrage tabac antérieur (%)	10,1	8,5	< 0,001
Richmond ≥ 8 (%)	25,1	35,2	< 0,05
Tentative d'arrêt (%)	10	85 (25%réduction)	< 0,001
Arrêt à M6 /45 (%)	38	41	NS

25<sup>ème</sup> e-CPLF - 2021

J. Perriot déclare avoir eu des collaborations pour participation à des congrès symposium sur invitation ou études cliniques avec GSK, Pfizer, Pierre Fabre Health Care, Novartis Santé Familiale, Chiesi, Teva, Mundipharma, Boehringer, AstraZeneca, Celgene, Biogen et déclare n'avoir aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac ou de la e-cigarette. Les co-auteurs déclarant ne pas avoir de lien d'intérêt.

PUY-DE-DÔME  
LE DÉPARTEMENT

# POUR EN SAVOIR PLUS

- 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.
- 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.