



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale



Smoking cessation and social deprivation

F. Merson^{a,*}, 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 GRePS, 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

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 ou 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.

KEYWORDS

Social inequalities;
Smoking cessation;

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).

Health care access;
Smoking;
Nicotine dependence

smoking in the lowest socioeconomic population. Tobacco control needs a better understanding of the determinants of smoking in this population, which are also factors in the failure of cessation attempts. Based on international literature, this review specifies the educational and socioeconomic factors involved in tobacco smoking and in the result of an attempt to quit. Its aim is to propose ways to improve the management of smoking cessation in a socially deprived population.

© 2014 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Un fumeur sur deux qui poursuit sa consommation durant toute sa vie décède d'une maladie en rapport avec son tabagisme. Chaque année, le tabac est responsable de la mort de plus de 70 000 personnes en France [1]. Les hommes sont les plus touchés même si l'écart avec les femmes tend à se réduire. L'étude de Doll et Hill [2] a été la première à souligner la nocivité du tabac ; c'est la première cause de mort évitable, il est impliqué dans de nombreuses maladies.

La consommation quotidienne moyenne de tabac est impliquée dans la genèse des conséquences somatiques induites. La durée du tabagisme en année est principalement en cause dans le risque de cancer. Quand la consommation quotidienne triple, le risque de cancer bronchique s'accroît dans la même proportion mais un triplement de la durée va multiplier par 100 le risque de développer un cancer [3]. L'arrêt du tabac demeure donc la meilleure façon de réduire la mortalité [4] et la morbidité [5] dues à sa consommation. Plus le temps d'arrêt du tabagisme est long, plus les comportements préventifs associés sont nombreux, dont la diminution de la consommation d'alcool [6].

La consommation du tabac est particulièrement élevée dans les populations dont le niveau socioéconomique est le plus bas. Celles-ci ont fréquemment des comportements de prise de risque avec des difficultés marquées à les modifier [7]. Le but de cette revue générale est d'exposer les liens entre tabagisme et précarité, de préciser les déterminants des tentatives et de la réussite de l'arrêt, enfin d'identifier à titre de synthèse des voies d'optimisation du sevrage chez les fumeurs socialement défavorisés.

Méthodes

Une recherche sur Medline a été réalisée sur la période 1990–2013 avec les limites « Title/Abstract ». Les langues retenues étaient l'anglais et le français. Les mots clés étaient les suivants :

- d'une part, *smoking cessation interventions* ou *smoking cessation medications* ou *nicotine dependence* ou *tobacco use* ;
- combiné, d'autre part, à *social inequalities* ou *social deprivation* ou *social class* ou *health care access* ou *socioeconomic status*.

L'extraction des données a permis d'identifier 220 références dont 195 ont été retenues sur la base d'une grille de recueil (réalisée par FM) après la lecture des abstracts par deux lecteurs (FM et JP). Une recherche

complémentaire selon une méthodologie analogue a été conduite sur Pascal. La sélection finale des données reposant sur une double lecture des articles en entier (FM et JP) a permis de retenir 133 publications. Elles s'intéressent spécifiquement à l'impact du statut socioéconomique sur le tabagisme, sur l'arrêt de la consommation de tabac et fournissent des pistes d'interprétation de ces relations. Seize références complémentaires ont été ajoutées afin d'apporter des précisions utiles.

Données générales

Pauvreté, précarité

Un individu est considéré comme pauvre lorsque l'insuffisance de ses ressources l'exclut du mode de vie matériel et culturel dominant en induisant une précarité de son statut social [8]. La mesure du niveau de pauvreté monétaire est relative (France, Europe) ou absolue (Canada, États-Unis). En France, le seuil de pauvreté pour un célibataire est équivalent à 60 % du revenu médian et correspond à deux fois le revenu de solidarité active pour une personne seule [7,9].

Les notions d'instabilité et d'incertitude sont essentielles à la définition de la précarité pour la distinguer de la pauvreté. Les personnes en situation de précarité vivent dans une insécurité permanente qui les empêche d'anticiper et de planifier leur existence [10]. Aux difficultés qu'elles éprouvent pour investir le présent et se projeter vers le futur s'ajoute une faible disposition à adopter des comportements de santé protecteurs, ce qui accroît leur vulnérabilité médicale avant de renforcer le déficit de santé d'origine sociale dont elles pâtissent [11]. Un score individuel, le score EPICES (évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'exams de santé) a été élaboré dans le but de permettre la mesure des relations entre la précarité sociale et les données de santé [12].

Tabagisme et précarité

Dans les pays en développement

Le tabagisme est responsable de 6 millions de morts chaque année dont celles de 600 000 fumeurs passifs. Il sera à l'origine de 8 millions de décès en 2030 si la politique de contrôle du tabac ne se renforce pas d'ici là. En effet, 80 % des décès touchent les pays émergents et 70 % du tabac vendu les concerne. En Chine, où se consomme 30 % du tabac mondial, on compte chaque année 1,2 millions de morts induites par le tabagisme et les experts redoutent

le triplement du nombre de décès d'ici 2030 [13]. Si le tabagisme est impliqué dans de nombreuses maladies en tant que cause principale, facteurs de risque ou cause aggravante [14], dans les pays émergents, il est facteur d'augmentation de la fréquence et de la sévérité de la tuberculose [15,16], d'aggravation des infections dues au virus de l'immunodéficience humaine et participe à la rapide hausse de l'incidence des cancers. Dans ces pays très pauvres, le coût exorbitant du tabac contribue à aggraver la pauvreté et la malnutrition [17].

Dans les pays développés

Un allongement de l'espérance de vie est noté dans les pays développés mais l'évolution de cet indicateur de santé est disparate selon les pays. On peut opposer le Japon, les pays d'Europe de l'Ouest ou d'Amérique du Nord qui connaissent un important vieillissement populationnel comme une diminution régulière de la consommation de tabac et d'alcool, à ceux d'Europe de l'Est dont les indicateurs de santé sont médiocres et dans lesquels les prévalences du tabagisme et de l'alcoolisation sont très élevées [7]. Dans les pays « riches », il existe une surmortalité entre 45 et 65 ans au sein du groupe des personnes de bas niveau socioéconomique ; le tabac est le facteur de risque principal de cancers, de maladies cardiovasculaires et respiratoires [18]. Si l'inégalité de mortalité est également influencée par de multiples facteurs dont le sexe, l'ethnie, l'alimentation ou le lieu de vie [19,20], elle l'est autant par la consommation d'alcool ou le niveau d'éducation qui sont des déterminants du tabagisme [21,22].

En France

Au sein des pays développés confrontés à la crise, la France fait le constat que dans le même temps où l'espérance de vie de sa population augmente, les inégalités sociales face à la santé s'aggravent. Elles sont particulièrement marquées pour les populations vulnérables chez lesquelles les prévalences des cancers bronchiques, des cardiopathies ischémiques et des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont élevées, non moins que celle du tabagisme [18]. Les résultats du Baromètre Santé 2010 [23] comparativement à 2005, montrent que sur l'ensemble de la population des 15–75 ans, le taux de fumeurs quotidiens a augmenté, passant de 27,3 % à 29,1 %. La part des hommes parmi les fumeurs reste plus importante (37,4 %) que celle des femmes (30,2 %). Pour ces dernières, l'augmentation est significative, alors qu'elle ne l'est pas pour les hommes. Le statut socioéconomique retentit sur la consommation et la prévalence du tabagisme. Entre 2005 et 2010, celle des chômeurs présente une hausse supérieure à celle des actifs, passant de 44 % à 50,8 %. Des écarts de prévalence ont été notés en fonction du niveau d'études ; la prévalence du tabagisme quotidien a diminué parmi les individus de niveau supérieur au baccalauréat, mais a augmenté chez ceux qui n'ont aucun diplôme. Ce constat doit être rapproché du gradient éducatif observé pour l'initiation et le sevrage ; il atteint son maximum dans le groupe des jeunes fumeurs.

Politique de lutte contre le tabagisme

Contrôle du tabac en France

Les lois Veil, Evin et l'adoption de la Directive 2003/33/CE par le Parlement et le Conseil de l'Union européenne [24] sont à l'origine d'une intensification de la lutte contre le tabagisme en France, dont l'interdiction du parraînage et de la publicité sur le tabac. L'ensemble des mesures de lutte a contribué à dénormaliser l'usage du produit [25]. La Convention cadre pour la lutte antitabac [26], ratifiée par la France en 2004, comporte des mesures de réduction de la demande et de l'offre de tabac. Elle prévoit l'augmentation du prix du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics (décret du 16 novembre 2006 [27]), l'apposition d'avertissements sanitaires illustrés sur les produits du tabac, la mise à disposition de services d'aide à l'arrêt et le soutien des activités de recherche sur le sevrage tabagique [25].

Augmentation du prix du tabac et conséquences sur les comportements

Beaucoup d'études montrent que des hausses importantes et répétées du prix du tabac dans un temps assez court induisent une diminution de la prévalence du tabagisme [23]. Les augmentations successives qui ont eu lieu en France ont permis d'observer une diminution de la consommation de tabac [28]. Indépendamment des fumeurs qui sont à cette occasion devenus abstinents, 45 % ont essayé d'arrêter de fumer ou diminué leur consommation ; cependant 31 % n'ont fait que réduire le coût de leur tabagisme (achat de tabac à rouler, achat transfrontalier, etc.) et 25 % n'ont rien changé à leurs habitudes [29]. Deux catégories de fumeurs résistent à des augmentations limitées des prix ; d'une part, les fumeurs à hauts revenus ; d'autre part, les fumeurs, souvent jeunes, sans emploi ou à bas revenus qui usent de stratégies de réduction des coûts ou de la consommation plutôt que d'arrêter, un tel profil évoquant une forte dépendance au tabac [29]. Franks et al. [30] considèrent que le choix par les fumeurs les plus pauvres de la réduction de consommation conduirait à l'aggravation de leur situation économique, ce qui incite à penser qu'il faut accroître les moyens d'aide à l'arrêt mis à disposition des populations précaires. L'augmentation du prix du tabac est efficace, complémentaire avec les autres mesures de lutte contre le tabagisme qui conduisent à la dénormalisation de l'usage du tabac et augmentent le taux d'arrêt à court terme [31]. En revanche, elle n'est pas à elle seule suffisante pour transformer le comportement vis-à-vis du tabac, en particulier dans le groupe des fumeurs en situation de précarité ; ainsi, en 2009, 15 % des couples de fumeurs consacraient 20 % de leurs revenus à l'achat du tabac [32].

Communication et information sur le tabac et l'arrêt

Une revue de la littérature [33] porte un jugement mitigé sur l'efficacité de ces campagnes dans plusieurs pays. Les campagnes qui s'adressent à la population générale paraissent peu efficaces sur les populations à faible niveau socio-économique. Celles qui ont le meilleur impact dans les

populations défavorisées s'intègrent dans de vastes programmes de contrôle du tabac, incluent une mobilisation communautaire et un accès facilité au traitement nicotique substitutif (TNS).

Pictogrammes

L'utilisation de pictogrammes favorise la transmission de messages de santé, la sensibilisation aux risques du tabagisme [34] ; elle facilite la visibilité [35,36] et la compréhension du message [37,38]. L'impact de ce type d'outil de communication, qui a été étudié à plusieurs reprises, selon différentes méthodologies [39], dans différents pays [37,39,40], notamment dans les pays participant au projet *International Tobacco Control* [34,37,39–42] est jugé positif. Pour Gallopel-Morvan et al. [43], les messages utilisés ne devraient pas être uniquement centrés sur les risques du tabac. Le sentiment des personnes d'être incapables d'y échapper (efficacité personnelle inférieure à la menace) peut induire la mise en place de stratégies de réduction de la dissonance et du sentiment de peur. Les messages valorisant l'auto-efficacité pourraient s'avérer tout autant pertinents ; les travaux menés par Moorman et van den Putte [44] soulignent l'importance de toujours adapter les messages aux populations visées.

- La définition de la précarité implique, à côté du faible niveau socioéconomique, l'instabilité dans le présent et l'insécurité face à l'avenir.
- La prévalence moyenne du tabagisme est plus élevée chez les personnes de bas niveau socioéconomique comparativement à celle de la population générale.
- Chez ces personnes, le tabac est le principal facteur de risque de cancer bronchique, de BPCO et de cardiopathies ischémiques.
- Les mesures habituelles de lutte contre le tabagisme (augmentation des prix, campagnes d'information) paraissent relativement moins efficaces chez les fumeurs défavorisés socialement.

Sevrage tabagique

Circonstances et vécu de l'arrêt

Un contexte défavorable

Les facteurs socioéconomiques et éducationnels sont des déterminants du tabagisme [45–49] qui conditionnent également les tentatives d'arrêt [50–52]. Les fumeurs pauvres envisagent fréquemment le sevrage tabagique pour des raisons financières ou du fait de raisons médicales qui les obligent à interrompre leur consommation [53–56]. Une tentative d'arrêt antérieure est souvent vécue comme une expérience négative ; l'absence de soutien effectif de l'entourage amical ou familial lors des tentatives précédentes représente un obstacle supplémentaire à la réussite [55,57,58].

Les motivations financières induiraient un regret plus important de la prise de décision d'arrêt avec nostalgie du

tabagisme passé [59]. S'il existe bien une intention d'arrêt, dans les faits cela se traduit par un nombre de tentatives inférieur avec un taux d'échec supérieur [60]. Lorsque des raisons externes sont à l'origine de la décision d'arrêt, la transition vers une identité d'ex-fumeur est plus difficile [61]. Le sevrage peut être ressenti par le fumeur précaire comme une contrainte supplémentaire dans une vie marquée de privations [62–64].

Intention d'arrêt

L'intention comportementale est un indicateur couramment utilisé permettant de prédire l'adoption d'un comportement désiré. Elle dépend à la fois de l'attitude personnelle d'un individu et des normes sociales attenantes à ce comportement. Le Tableau 1 présente une revue des principales études tirées d'une recherche sur Medline qui se sont intéressées au lien existant entre le statut socioéconomique et l'intention d'arrêt du tabac. Ces études, transversales ou longitudinales, portent sur des échantillons conséquents et représentatifs de populations de fumeurs dans différents pays. La diversité des indicateurs socioéconomiques utilisés démontre la difficulté de ces mesures. Les indicateurs les plus employés sont principalement centrés sur le niveau d'éducation ou les revenus. L'absence d'emploi, la catégorie socioprofessionnelle, des index composites basés sur la qualité du logement [65] ou l'environnement [66] ont également été utilisés. Quels que soient les indicateurs pris en compte, les études ont mis en évidence un effet du statut socioéconomique sur l'intention comportementale d'arrêt du tabac [51,62,65,67]. Les fumeurs qui ont de faibles niveaux d'éducation [51,65,67] ou de bas revenus [51,62,67] présentent des intentions comportementales peu élevées. Des constats similaires sont faits en cas d'absence d'emploi [62] ou lorsque les index mesurent un bas statut socioéconomique [65]. Bien que ces effets soient retrouvés à de nombreuses reprises, ils ne sont cependant pas systématiquement répliqués [50,53,66,68].

Le Tableau 1 résume les études portant sur les effets du statut socioéconomique sur l'intention d'arrêter de fumer.

Expérience passée

Les comportements passés représentent de bons indicateurs des comportements futurs. Les tentatives d'arrêt antérieures prédisent d'autant mieux les intentions de sevrage qu'elles ont été longues [49,51,69–71] ; ce constat s'applique également à l'observation des traitements d'aide [72]. Dans les populations précaires ou de bas statut socioéconomique, lorsqu'il existe une tentative d'arrêt passée, la perception associée est souvent négative. Ces fumeurs se remémorent un soutien de qualité insuffisante et considèrent cet essai comme une mauvaise expérience [55,57,58]. La perception des risques encourus et les bénéfices associés au sevrage interviennent également dans les intentions d'arrêt et varient selon le sexe [68,69,73]. Les personnes de haut niveau d'éducation sont moins centrées sur les effets négatifs du sevrage — une possible prise de poids, le syndrome de manque ou le stress — contrairement aux personnes de faible niveau. Pour ces publics, les conséquences négatives semblent plus saillantes [68].

Tableau 1 Effet du statut socioéconomique sur l'intention d'arrêter le tabagisme.

Auteur Pays – Année	Type d'étude Effectif	Critères statut socioéconomique	Résultats
Droomers et al. [68] Hollande 1997	Étude transversale <i>n</i> = 602 Fumeurs issus d'un échantillon représentatif de la population	Niveau d'éducation (4 catégories basées sur le nombre d'années d'études)	Intention d'arrêter Très faible : 1,0 – Bas : 0,73 – Haut : 0,57 – Très haut : 0,61
Dotinga et al. [66] Hollande 1999	Étude transversale <i>n</i> = 2009 Tirage aléatoire de sujets hollandais âgés 20 à 46 ans, vivant autour de Rotterdam	Voisinage Manque matériel (O/N) Problèmes financiers (O/N) Statut et type d'emploi	Les différentes variables socioéconomiques ne sont pas liées à l'intention comportementale
Siahpush et al. [67] Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Australie 2001	Étude descriptive <i>n</i> = 8205 Échantillon représentatif de la population	Niveau d'éducation (3 catégories basées sur le plus haut niveau atteint) Revenus (3 catégories organisant la population en terciles)	Absence d'intention d'arrêter <i>Éducation</i> Bas : 1,40* – Moyen : 1,20* – Haut : 1,0 <i>Revenus</i> Bas : 1,23* – Moyen : 1,07 – Haut : 1,0
Reid et al. [51] Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Australie 2002–2007	Cohorte longitudinale <i>n</i> = 16 458 Échantillon représentatif de la population	Niveau d'éducation (3 catégories : collège et inférieur ; lycée/Bac ; > Bac) Revenus (3 catégories : ≤ \$30 000/£15 000 ; \$30 000–59 000/£15 000–30 000 ; \$60 000+ > £30 000)	Intention d'arrêter un jour <i>Éducation</i> Bas : 1,0 – Moyen : 1,32* – Haut : 1,36* <i>Revenus</i> Bas : 1,0 – Moyen : 1,18* – Haut : 1,26* Intention d'arrêter à 6 mois <i>Éducation</i> Bas : 1,0 – Moyen : 1,21* – Haut : 1,38* <i>Revenus</i> Bas : 1,0 – Moyen : 1,05 – Haut : 1,17*
Fagan et al. [62] États-Unis 2003	Étude transversale <i>n</i> = 7912 Jeunes fumeurs entre 18 et 30 ans en population générale	Statut emploi (avec/sans travail) Revenus (3 catégories : < \$25 000 ; \$25 000–\$49 999 ; ≥ \$50 000)	Intention arrêt à 6 mois <i>Statut emploi</i> En emploi : 1,0 – Sans emploi : 1,49* – Actif : 0,80 <i>Revenus</i> < \$25 000 : 0,87 – \$25 000–\$49 000 : 0,76* – ≥ \$50 000 : 1,00
Aubin et al. [53] France 2006–2008	Cohorte longitudinale <i>n</i> = 6032 Échantillon représentatif de la population	Statut emploi (O/N)	L'intention d'arrêter le tabagisme n'est pas liée aux variables sociodémographiques

Tableau 1 (Suite)

Auteur Pays – Année	Type d'étude Effectif	Critères statut socioéconomique	Résultats
Djikanovic et al. [65] Serbie 2006	Étude transversale $n = 5905$ Échantillon représentatif de la population	Index de richesse : qualité de logement, équipement mobilier (quintiles) Niveau d'éducation (3 catégories basées sur le niveau maximal atteint)	Intention d'arrêt <i>Index de richesse</i> 5 ^e quintile (+ riches) : 1,0–4 ^e : 1,02–3 ^e : 1,16–2 ^e : 1,22 – 1 ^{er} : 0,72* <i>Éducation</i> >12 ans d'études : 1,0 – 9–12 ans : 0,85 – ≤ 8 ans : 0,62*
Kotz et West [50] Angleterre 2006–2008	Étude transversale $n = 6950$ Échantillon représentatif de la population	Grade social défini par la classification nationale de statistiques socioéconomiques	Arrêt du tabagisme Pas de gradient social dans les intentions d'arrêt Les fumeurs de bas statut socioéconomique sont plus à même d'utiliser un traitement de substitution. Ils utilisent autant les centres d'aide à l'arrêt du tabagisme. Plus le statut socioéconomique est bas, moins ils ont de chances de réussir leur sevrage : AB : 1,0 – C1 : 0,79 – C2 : 0,67* – D : 0,68* – E : 0,50*

* : < 0,05 ; ** : < 0,01 ; *** : < 0,001. O/N : oui/non.

Niveau de dépendance

Le niveau de dépendance à la nicotine est prédictif des tentatives d'arrêt et de succès dans la tentative de sevrage. Quand la dépendance à la nicotine augmente, les intentions d'arrêt diminuent [67,69]. Un même constat est fait avec l'intensité du *craving* [74]. Les fumeurs, appartenant aux populations de bas niveaux socioéconomiques, présentent des niveaux de dépendance nicotinique et psycho-comportementale élevés [67] ; ceci pourrait être la conséquence d'un niveau de stress élevé dans leur vie quotidienne en relation avec les désavantages sociaux subis [75]. Les fumeurs attribuent généralement au tabagisme un effet anxiolytique [76]. Cette interprétation rejoue celle proposée par La Rosa [77] ou Lagrue [78]. Pour ces auteurs, les difficultés quotidiennes ainsi que les ruptures biographiques peuvent peser sur le développement de la dépendance au tabac. La dépendance au tabac est un déterminant majeur de l'arrêt du tabagisme, les intentions étant elles-mêmes négativement corrélées au niveau de dépendance [67].

- Les motivations à l'arrêt sont socialement différencier. Elles diminuent lorsque le niveau socioéconomique s'abaisse (revenu, emploi, niveau d'éducation).

- Les fumeurs en situation de précarité sociale sont plus fortement dépendants. Ils ont moins souvent l'intention d'arrêter leur consommation. Lors de leur tentative, ils éprouvent un syndrome de sevrage plus marqué avec *craving* de forte intensité.
- Ils portent souvent un jugement négatif sur les expériences d'arrêt antérieures dont ils gardent en souvenir un soutien de qualité insuffisante.

Arrêt du tabagisme

De nombreux travaux se sont intéressés aux facteurs favorisant les tentatives d'arrêt ou la réussite d'un sevrage. Le Tableau 2 présente une revue d'études identifiées sur Medline, portant sur le lien entre le statut socioéconomique, les comportements d'arrêt et la réussite du sevrage. Les études présentées concernent des populations très diverses : fumeurs représentatifs de la population générale ou ayant essayé récemment d'arrêter de fumer, jeunes entre 18 et 30 ans ou fumeurs internautes. Les indicateurs habituellement utilisés (niveau d'éducation, revenus, catégorie socioprofessionnelle, exercice ou non d'un emploi, etc.) et le recours à des index composés ont permis de mesurer le statut socioéconomique de ces populations. Certaines études ont pris en compte le

Tableau 2 Effet du statut socioéconomique sur les comportements d'arrêt du tabac et la réussite du sevrage.

Auteur Pays – Année	Type d'étude Effectif	Critères statut socioéconomique	Résultats
Lillard et al. [79] États-Unis 1995–1998 ; 2000	Cohorte longitudinale NCS (n = 31 425) + étude transversale NHIS (n = 8291) Échantillons représentatifs de la population	Statut emploi Revenus du foyer Niveau d'éducation (4 catégories basées sur le plus haut niveau atteint) Assurance médicale (4 catégories : assurance privée ; Medicaid ; plusieurs assurances ; aucune)	Tentatives d'arrêt Revenus ménage, statut emploi : NS <i>Éducation</i> Bac : 1,0 – < Bac NCS 1,04 NHIS 1,03 – Niveau universitaire : NCS 1,24*** NHIS 1,33*** – Diplôme universitaire : NCS 1,16*** NHIS 1,33*** <i>Assurance médicale</i> Assurance privée : 1,0 – Medicaid NCS 1,11* NHIS 1,10 – Plusieurs assurances NCS 0,91 NHIS 1,19** – Pas d'assurance NCS 0,83*** NHIS 0,85*** <i>Réussite</i> <i>Statut emploi</i> En emploi NCS 1,00 NHIS 0,84* <i>Revenus</i> Pas d'effet <i>Éducation</i> Bac : 1,0 – < Bac 0,89 NHIS 1,15 – Niveau universitaire : NCS 1,15*** NHIS 1,23** – Diplôme universitaire : NCS 1,34*** NHIS 1,67*** <i>Assurance médicale</i> Assurance privée : 1,0 – Medicaid NCS 0,92 NHIS 0,72** – Plusieurs assurances 0,77 NHIS 0,88 – Pas d'assurance NCS 0,88** NHIS 0,70*** Les fumeurs avec un bas niveau d'éducation sont plus à même de participer à un programme d'arrêt du tabagisme (OR = 1,20*) ou d'utiliser un traitement de substitution (OR = 1,22*) Le type de couverture médicale conditionne la méthode d'arrêt. Meilleure est la couverture médicale, plus grande est la probabilité d'utiliser une aide à l'arrêt
Biener et al. [86] États-Unis 2001–2006	Cohorte longitudinale n = 2635 Fumeurs, jeunes (18–30 ans) et ex-fumeurs récents	Niveau d'éducation (2 catégories : niveau universitaire O/N) Revenus (2 catégories : ≤ \$50 000 ; > \$50 000)	Tentative d'arrêt <i>Éducation</i> Inférieur à université : 1,00 – Niveau universitaire : 0,858 <i>Revenus</i> < \$50 000 : 1,00 – ≥ \$50 000 : 1,26 Tentative de plus de 3 mois <i>Éducation</i> Inférieur à université : 1,00 – Niveau universitaire : 1,45* <i>Revenus</i> < \$50 000 : 1,00 – ≥ \$50 000 1,16

Tableau 2 (Suite)

Auteur Pays – Année	Type d'étude Effectif	Critères statut socioéconomique	Résultats
Hiscock et al. [80] Royaume-Uni 2001–2003 ; 2007	Cohortes longitudinales <i>n</i> = 2397 Fumeurs souhaitant arrêter de fumer Suivi en groupe ou face à face, traitement de substitution fourni	Score position socioéconomique calculé à partir du logement, emploi...	Tentatives d'arrêt et réussite <i>Statut socioéconomique</i> Angleterre 0–1 : 1,0 – 5 : 2,5* Glasgow 0–1 : 1,0 – 5 : 9,1*
Marti [87] Suisse 2001–2007	Études transversales <i>n</i> = 19 622 Fumeurs avec tentative d'arrêt récente	Niveau d'éducation (3 catégories : basique ; secondaire ; supérieur) Revenus (3 catégories : 0–≤ CHF 4000 ; CHF 4001–8000 ; > CHF 8000)	Réussite arrêt <i>Éducation</i> Hommes : Obligatoire : 1,0 – Secondaire : 1,13 – Supérieur : 1,39* Femmes : Obligatoire : 1,0 – Secondaire : 1,40** – Supérieur : 1,78*** <i>Revenus</i> Hommes : < 400 CHF : 1,0 – 4000–8000 CHF : 1,13 > 8000 CHF : 1,65*** Femmes : < 4000 CHF : 1,0 – 4000–8000 CHF : 1,27** > 8000 CHF : 1,47***
Nagelhout et al. [81] Hollande 2001–2008	Études transversales <i>n</i> = 144 733 Fumeurs répondant régulièrement à des enquêtes en ligne	Niveau d'éducation (3 catégories basées sur le niveau maximum atteint) Revenus (3 catégories organisées en terciles)	Tentatives d'arrêt <i>Femmes (2008)</i> <i>Éducation</i> Bas : 0,56* – Moyen : 0,73* – Haut : 1,0 <i>Revenus</i> Bas : 0,56* – Moyen : 0,78* – Haut : 1,0 Augmentation des inégalités entre 2001 et 2008 <i>Hommes (2008)</i> <i>Éducation</i> Bas : 0,84* – Moyen : 0,83* – Haut : 1,0 <i>Revenus</i> Bas : 0,76* – Moyen : 1,05 – Haut : 1,0 Pas d'augmentation des inégalités entre 2001 et 2008
Hyland et al. [69] Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Australie 2002–2003	Cohorte longitudinale <i>n</i> = 6682 Fumeurs en population générale	Éducation (3 catégories : < Lycée ; Niveau Lycée ; Supérieur) Revenus (3 catégories) : < \$30 000 ; \$30 000–\$59 999 ; (£30 000–£44 999) ; ≥ \$60 000 (£45 000)	Tentative d'arrêt <i>Éducation</i> Pas d'effet <i>Revenus</i> Bas : 1,0 – Moyen : 0,88 – Haut : 0,86 – Pas de réponse : 0,77*

Tableau 2 (Suite)

Auteur Pays – Année	Type d'étude Effectif	Critères statut socioéconomique	Résultats
Reid et al. [51] Canada, États-Unis, Royaume-Uni, Australie 2002–2007	Cohorte longitudinale <i>n</i> = 16 458 Échantillon représentatif de la population	Niveau d'éducation (3 catégories : collège et inférieur ; lycée/Bac ; > Bac) Revenus (3 catégories : $\leq \$30\,000/\text{£}15\,000$; $\$30\,000\text{--}59\,000/\text{£}15\,000\text{--}30\,000$; $\$60\,000+/\text{>} \text{£}30\,000$)	Tentative d'arrêt <i>Éducation</i> Bas : 1,0 – Moyen : 1,06 – Haut : 1,19* Pas d'effet du revenu Durée de l'arrêt <i>Éducation</i> 1 mois : NS 6 mois : Bas : 1,0 – Moyen : 0,99 – Haut : 1,30 12 mois : NS <i>Revenus</i> 1 mois : Bas : 1,0 – Moyen : 1,07 – Haut : 1,30* 6 mois : NS 12 mois : NS
Fagan et al. [62] États-Unis 2003	Étude transversale <i>n</i> = 7912 Jeunes fumeurs entre 18 et 30 ans en population générale	Statut emploi (avec/sans travail) Revenus (3 catégories : $< \$25\,000$; $\$25\,000\text{--}49\,999$; $\geq \$50\,000$)	Tentatives d'arrêt <i>Statut emploi</i> En emploi : 1,00 – Chômage : 1,01 – Inactif : 0,82*
Legleye et al. [82] France 2004–2005	Études transversales <i>n</i> = 25 239 Échantillon représentatif de la population	Niveau d'éducation (5 catégories : sans diplôme ; Collège ; Lycée ; Bac + 1 + 2 ; > Bac + 2)	Arrêt avant 40 ans (Nés entre 1946–1965) Hommes $\geq \text{Bac} + 3$: 1,0 – Bac + 1, +2 : 1,05 – Lycée : 1,01 – Collège : 0,85 – Sans diplôme : 0,73* Femmes $\geq \text{Bac} + 3$: 1,0 – Bac + 1, +2 : 0,94 – Lycée : 0,76* – Collège : 0,66* – Sans diplôme : 0,56* (Nés entre 1939–1945) Hommes $\geq \text{Bac} + 3$: 1,0 – Bac + 1, +2 : 1,27 – Lycée : 1,83* – Collège : 1,21 – Sans diplôme : 0,85 Femmes $\geq \text{Bac} + 3$: 1,0 – Bac + 1, +2 : 1,01 – Lycée : 1,18 – Collège : 0,76 – Sans diplôme : 0,55* (Nés entre 1966–1987) Hommes $\geq \text{Bac} + 3$: 1,0 – Bac + 1, +2 : 0,88 – Lycée : 0,90 – Collège : 0,69* – Sans diplôme : 0,58* Femmes $\geq \text{Bac} + 3$: 1,0 – Bac + 1, +2 : 0,87 – Lycée : 0,70* – Collège : 0,50* – Sans diplôme : 0,43*

Tableau 2 (Suite)

Auteur Pays – Année	Type d'étude Effectif	Critères statut socioéconomique	Résultats
Zhou et al. [149] États-Unis, Royaume-Uni, France, Canada, Espagne 2004–2005	Cohorte longitudinale <i>n</i> = 2431 Fumeurs utilisant Internet	Niveau d'éducation (> Lycée ou 14 ans d'études en fonction des pays) Revenus du ménage (basé sur le revenu médian du pays) Statut emploi (O/N)	Tentatives d'arrêt Haut vs bas niveau d'éducation : 0,94 Revenus du foyer : 1,04 En emploi vs autre : 1,10 Rechutes Haut vs bas niveau d'éducation : 0,94 Revenus du foyer : 1,04 En emploi vs autre : 0,82 Abstinence à 6 mois Utilisation d'un traitement de substitution : 3,0* en phase 1 ; 2,1 en phase 2
Bricard et Jusot [83] France 2006	Étude transversale <i>n</i> = 473 Échantillon représentatif de la population française	Profession du père (CSP) Niveau d'étude et profession des parents Précariété dans l'enfance Niveau d'études (3 catégories), profession, revenus	Arrêt du tabagisme <i>Profession du père</i> Ouvrier : 1,0 – Agriculteur : 1,52** – Artisan/commerçant : 1,35* – Cadre dirigeant et prof. : 1,53*** – Employé : 1,25 <i>Niveau d'études du père</i> Non scolarisé ou primaire : 1,0 – 1 ^{er} ou 2 ^e : 1,28** – Études sup. : 1,34** <i>Profession de la mère</i> Ouvrière : 1,0 – Agricultrice : 1,42* – Artisan/commerçante : 1,44* – Cadre dirigeant et prof. : 1,32 – Employée : 1,28* – Inactive : 1,02 <i>Niveau d'études de la mère</i> Non scolarisée ou primaire : 1,0 – Premier cycle ou second cycle : 1,36*** – Études sup. : 1,16 <i>Épisode de précarité</i> Aucun épisode de précarité : 1,0 – Précarité pendant l'enfance : 0,77 <i>Niveau d'études de l'enquêté</i> Primaire : 1,0 1 ^{er} cycle ou 2 ^e cycle : 1,35* – Études sup. : 2,51*** <i>Profession de l'enquêté</i> Ouvrier : 1,0 – Agriculteur : 0,85 – Artisan/commerçant : 1,60** – Cadre dirigeant et prof. intermédiaire : 2,03*** – Employé : 1,31* – Inactif : 0,56 <i>Revenu de l'enquêté</i> 1 ^{er} quintile : 1,0 – 2 ^e quintile : 1,52** – 3 ^e quintile : 1,75*** – 4 ^e quintile : 2,13*** – 5 ^e quintile : 2,78***

Tableau 2 (Suite)

Auteur Pays – Année	Type d'étude Effectif	Critères statut socioéconomique	Résultats
Djikanovic et al. [65] Serbie 2006	Étude transversale <i>n</i> = 5905 Échantillon représentatif de la population	Index de richesse : qualité de logement, équipement mobilier (quintiles) Niveau d'éducation (3 catégories basées sur le niveau maximum atteint)	Arrêt du tabagisme <i>Index de richesse</i> 5 ^e quintile (+ riches) : 1,0–4 ^e quintile : 1,06–3 ^e quintile : 0,97–2 ^e quintile : 0,88 – 1 ^{er} quintile : 0,69 [*] Éducation > 12 ans d'études : 1,0 – 9–12 ans : 0,78 [*] – ≤ 8 ans : 0,54 [*]
Kotz et West [50] Angleterre 2006–2008	Étude transversale <i>n</i> = 6950 Échantillon représentatif de la population	Grade social défini par la classification nationale de statistiques socioéconomiques	Arrêt du tabagisme Les fumeurs de bas statut socioéconomique sont plus à même d'utiliser un traitement de substitution. Ils utilisent autant les centres d'aide à l'arrêt du tabagisme. Plus le statut socioéconomique est bas, moins les fumeurs ont de chances de réussir leur sevrage : cadres : 1,0 – Employés : 0,79 – Ouvriers qualifiés : 0,67 [*] – Ouvriers : 0,68 [*] – Sans emploi : 0,50 [*]
Merson et Perriot [10] France 2009	Étude longitudinale <i>n</i> = 200 Fumeurs en consultation de sevrage tabagique Prise en charge selon les recommandations Traitements de substitution aux frais des patients	Score de précarité EPICES [12]	Réussite à 3 mois Précaires : 39,8% – Non précaires : 59,6%**
Srivastava et al. [84] Inde 2009–2010	Étude transversale <i>n</i> = 61 664 Échantillon représentatif de la population	Niveau d'éducation (4 catégories basées sur le niveau maximum atteint) Possessions matérielles (5 catégories) Statut emploi (O/N)	Tentatives d'arrêt <i>Niveau d'études</i> Pas d'éducation : 1,00 – Primaire : 1,14 [*] – Secondaire : 1,45 [*] – Sup. : 1,77 [*] <i>Statut emploi</i> Sans emploi : 1,00 – Avec emploi : 1,05 <i>Niveau de patrimoine</i> Très faible : 0,82 [*] – Faible : 0,88 – Moyen : 0,90 – Élevé : 0,87 – Très élevé : 1,00 Réussite de l'arrêt Pas d'effet niveau d'éducation ou statut emploi <i>Niveau de patrimoine</i> Très faible : 0,72 [*] – Faible : 0,73 [*] – Moyen : 0,76 [*] – Élevé : 0,82 – Très élevé : 1,00

Tableau 2 (Suite)

Auteur Pays – Année	Type d'étude Effectif	Critères statut socioéconomique	Résultats
Businelle et al. [85] États-Unis 2010	Cohorte longitudinale <i>n</i> = 424 Fumeurs tout-venant motivés à l'arrêt Prise en charge selon les recommandations (substitution, TCC), traitement de substitution fourni Compensation financière à chaque session (30\$)	Éducation (nombre d'années), revenus (2 catégories, seuil à \$20 000), assurance (O/N), statut emploi (O/N), qualité du voisinage	Sevrage tabagique à 4 semaines 1 chemin : Statut socioéconomique → Soutien social → Affects négatifs/Stress → Auto-efficacité → Arrêt à 1 mois

* : < 0,05 ; ** : < 0,01 ; *** : < 0,001. Bac : baccalauréat ; CHF : francs suisses ; NCS : National Consumer Study ; NHIS : National Health Interview Survey ; NS : non significatif ; O/N : oui/non ; OR : odds ratio ; Prof. : profession ; Sup. : supérieur.

niveau de couverture assurantielle ou les niveaux socioéconomiques des parents. Les comportements ainsi que le maintien de l'arrêt sont généralement liés au statut socioéconomique quel que soit l'indicateur utilisé. Toutes ces études montrent qu'un niveau d'éducation élevé accroît les tentatives d'arrêt du tabagisme [51,65,69,79–85] et la durée d'arrêt de la tentative [79,86,87]. Ces résultats sont globalement similaires pour les niveaux de revenus ou le statut socioéconomique mesuré par des index composites [12,50,51,62,65,69,79,80,83–87]. Plus le niveau socioéconomique est élevé, plus les tentatives d'arrêt sont nombreuses et plus la durée de l'arrêt du tabagisme est longue.

Les travaux de Reid et al. [51] portaient sur les intentions d'arrêt et les comportements d'arrêt du tabagisme en fonction du statut socioéconomique. Pour ces auteurs, le moindre nombre de tentatives d'arrêt dans les populations défavorisées n'est pas uniquement dû aux intentions d'arrêt mais aux facteurs qui les conditionnent : accès difficile à une prise en charge, représentation négative de l'efficacité de cette aide [88,89], forte dépendance ou présence de co-addictions à des substances psychoactives [69].

Le rapport de la Cour des comptes sur les politiques de lutte contre le tabagisme de décembre 2013 [90], entre autres préconisations, soulignait la nécessité de renforcer l'aide à l'arrêt du tabac dans les populations en situation de précarité par des mesures ciblées.

Le Tableau 2 rassemble les études décrivant les effets du statut socioéconomique sur les comportements d'arrêt du tabac et la réussite du sevrage.

Auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité a été identifié à plusieurs reprises dans le passage d'une intention de réaliser un comportement (ex. : arrêter de fumer) à sa concrétisation. Il a un impact positif sur l'arrêt et permet à la fois un meilleur contrôle perçu et une moindre réaction aux signaux de l'environnement ou aux affects [91], ce qui conditionne la probabilité d'être abstinents 6 mois après l'arrêt [92].

Le *craving* rend le sevrage plus difficile car il diminue l'auto-efficacité [74] ; il peut être amélioré par des techniques appartenant aux thérapies cognitives et comportementales [92,93], par exemple : le renforcement des succès, l'identification des « situations problèmes », l'établissement de stratégies pour gérer les difficultés, etc. L'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle en début de sevrage serait prédictif de la réussite contrairement au niveau précédent l'arrêt [92]. Un trop fort sentiment d'auto-efficacité pourrait être péjoratif au succès soit parce qu'il incite la personne à tenter d'atteindre des objectifs irréalistes [74], soit parce qu'il induit une surestimation du sentiment de contrôle face au syndrome de sevrage ou en situation de *craving* [94]. Le niveau d'auto-efficacité semble être moins élevé dans les populations défavorisées, ce qui expliquerait en partie le nombre moins important de succès des tentatives de sevrage [85].

- Le sentiment d'auto-efficacité semble conditionner le passage de l'intention au comportement.
- Ce sentiment est globalement peu élevé chez les personnes en situation de précarité sociale mais diffère beaucoup entre les individus.
- Lorsque la dépendance à la nicotine et l'intensité du *craving* sont fortes, les intentions d'arrêt diminuent.
- Le développement du sentiment d'auto-efficacité permet d'augmenter les tentatives d'arrêt et d'améliorer le contrôle du *craving* lors du sevrage.

Réussite du sevrage tabagique

Les paramètres liés à l'arrêt du tabagisme varient en fonction du statut socioéconomique, qu'il s'agisse de la consommation, de la dépendance, de la perception des risques ou des motivations à l'arrêt. Ces différences semblent perdurer lors du sevrage tabagique. Les personnes de bas statut socioéconomique présentent des taux de réussite plus faibles [10,69,95].

Plusieurs explications complémentaires sont possibles. Les fumeurs pauvres ont une dépendance au tabac élevée, leurs motivations à l'arrêt concernent des problématiques financières ou sont liées à la découverte d'une maladie. Ces motivations sont associées à de plus faibles taux de réussite du sevrage [31].

Accès aux traitements et aux soins

La perception des traitements est moins bonne (impression d'efficacité relative, de dangers potentiels) dans les populations en situation de précarité. L'accès aux traitements leur est plus difficile (non remboursement). Ils participent moins aux programmes de sevrage, et ne croient guère aux bénéfices du traitement médicamenteux. Lorsqu'ils souhaitent l'utiliser, l'accès à ce traitement est limité et ils sont moins observants [49,51,72,78,80,89]. Dans une revue de la littérature, Le Faou [96] souligne l'intérêt d'un accès facilité aux traitements d'aide à l'arrêt du tabagisme, notamment par le « délistage » des TNS. West et al. [97] ont pour leur part souligné qu'en l'absence d'aide par les médicaments du sevrage tabagique, les fumeurs à bas revenus fortement dépendants à la nicotine sont incapables de s'affranchir de leur addiction au tabac et inévitablement confrontés à la maladie.

Échec du sevrage et reprise

La moitié des échecs se produit dans le premier mois de la tentative d'arrêt [98]. Le déficit de motivation, la difficulté à se priver du plaisir pris à fumer, l'existence d'un syndrome de sevrage marqué avec *craving* intense en sont les causes principales [18]; l'existence de troubles anxiodépressifs, d'un état de stress, l'appartenance à un milieu de forte prévalence du tabagisme favorisent la reprise [85,98–101]. Aubin et al. [53] distinguent des motifs de rechutes variables selon la durée de l'arrêt; toutefois, le *craving* est le meilleur prédicteur de l'échec à court et long terme [102].

Environnement et cadre de vie

Dans les populations défavorisées, les normes pro-tabac sont plus saillantes et le soutien social davantage restreint, ce qui constitue un environnement défavorable à la réussite de l'arrêt [86,103]. Lagrue [78] souligne que la prévalence des troubles anxiodépressifs chez les personnes en situation de précarité sociale est élevée; l'anticipation ou la prise en charge précoce de ces troubles se révélant être une condition de la réussite du sevrage.

La qualité de l'environnement du fumeur représente également un facteur déterminant des chances de sortie du tabagisme [85,104,105]. Plus cet environnement est dégradé, moins les intentions ou tentatives d'arrêt du tabagisme seront nombreuses. Ce cadre de vie dans lequel se déroule son existence conditionne tout à la fois l'accès aux soins et aux traitements, le statut tabagique de l'entourage que les normes sociales.

Comprendre les différences dans les tentatives d'arrêt et les intentions comportementales passe par une approche explicative des insertions sociales et l'impact qu'elles ont sur les individus; en la matière, Businelle et al. [85] ou

Pisinger et al. [55] ont proposé plusieurs mécanismes explicatifs. L'environnement où vit le fumeur, le soutien social, les affects négatifs, le stress ou les capacités d'autorégulation émotionnelle sont autant de facteurs qui assurent la relation entre le statut socioéconomique et les tentatives de sevrage. Les affects négatifs, comme les troubles anxiodepressifs [78], semblent cristalliser les difficultés des conditions de vie et entraîner un moindre désir d'arrêt. Les co-addictions sont plus fréquentes dans les populations précaires, compliquant la prise en charge et limitant la probabilité d'une tentative d'arrêt [106–110] et les chances de réussite [22,98,99].

Dans les populations précaires, le tabagisme a une fonction socialisante [56,111] qui pèse négativement sur les tentatives d'arrêt [59]; c'est aussi un outil identitaire [112,113] pouvant expliquer un attachement inconscient, à défaut d'être un regret d'arrêter. Le rôle des normes sociales, qui sont plus souvent favorables au tabac dans les populations en difficulté [63,114] a également été mis en évidence [66,68,70,86]. Plusieurs études ont montré que ces populations sont moins touchées par les campagnes de communication contre le tabagisme qui peuvent renforcer la différenciation socioéconomique des normes sociales [33,115].

- Les fumeurs de bas statut socioéconomique échouent plus souvent dans leurs tentatives d'arrêt du tabagisme comparativement aux autres fumeurs.
- De mauvaises conditions de vie sont des facteurs défavorables à la réussite de l'arrêt. Plus les conditions environnementales sont dégradées, moins les tentatives d'arrêt sont fréquentes et les aides offertes nombreuses.

Propositions d'optimisation

État des lieux

Les fumeurs des catégories sociales les plus défavorisées qui tentent d'arrêter le tabac sont souvent fortement dépendants. Leur tabagisme peut être un moyen d'adaptation dans un contexte de vie prégnant, l'arrêt représente souvent une privation supplémentaire dans un quotidien marqué de contraintes et de frustration. La capacité d'envisager le futur est significativement liée à une plus forte probabilité d'arrêter de fumer [116]. En revanche, une personne en situation de précarité est plongée dans l'ici et maintenant de sa condition qui induit une « myopie temporelle ». Les comportements hédoniques priment alors sur les risques à long terme du tabagisme. En se concentrant sur le présent pour trouver une solution à ses difficultés d'existence ou pour assouvir ses désirs, il perd la capacité d'abstraction indispensable à la projection vers le futur, au contrôle de soi, à la modification des comportements de santé [117]. La fréquence élevée des troubles anxiodepressifs, associée à l'intensité du syndrome de manque et du *craving* lors des tentatives d'arrêts, par ailleurs moins nombreuses et

Tableau 3 Impact de la prise en charge des médicaments d'aide à l'arrêt.

Auteur – Pays – Année	Type d'étude – Population	Type d'aide	Résultat
Hughes et al. [120] États-Unis (1991)	Randomisée Fumeurs tout-venant en médecine de ville <i>n</i> = 70	Prise en charge financière des traitements de substitution (complète vs partielle)	Plus la prise en charge financière augmente, plus l'accès au traitement de substitution est simplifié (RR = 1,58 [1,07 ; 2,34]), plus les tentatives d'arrêt sont nombreuses. Augmentation de l'abstinence à 6 mois pour la prise en charge totale (19% vs 8%)
Jaén et al. [121] États-Unis (1997)	Non randomisée Fumeurs avec intention d'arrêt sans couverture médicale <i>n</i> = 298	6 semaines de timbres, pas d'information sur la posologie	10% de sevrage à 6 mois (supérieur aux arrêts spontanés)
Solomon et al. [122] États-Unis (2000)	Randomisée Femmes défavorisées <i>n</i> = 214	Timbres gratuits + rappels téléphoniques Posologie dégressive basée sur la consommation journalière	42 % de sevrage à 3 mois dans le groupe Timbres + rappels vs 28 % dans le groupe Timbres seuls Pas de différence significative à 6 mois
Wadland et al. [123] États-Unis (2000)	Randomisée Fumeurs à bas revenus protégés par Medicaid <i>n</i> = 233	Soins courants + 6 sessions de conseils téléphoniques	21 % de sevrage à 3 mois dans le groupe avec conseils téléphoniques vs 8,1 % sans conseil
Kuntz et al. [124] France (2001)	Randomisée Fumeurs consultant pour un examen de santé périodique en centre d'exams de santé bénéficiaires de minima sociaux <i>n</i> = 4182	Substituts nicotiniques (patches, gommes) aux fumeurs motivés à l'arrêt, pas d'information sur la posologie Durée de prise en charge maximale : 3 mois	29,9 % d'arrêt à 6 mois dans le groupe avec prise en charge vs 10,3 % sans prise en charge
Schauffler et al. [125] États-Unis (2001)	Randomisée Fumeurs bénéficiant de programme d'arrêt en entreprise <i>n</i> = 1204	Kit d'aide à l'arrêt (vidéo et argumentaire) + 4 achats de traitements de substitution valable un an	Avec prise en charge financière, meilleur taux d'arrêt à 12 mois (RR = 1,6 [1,1 ; 2,4]) et plus de tentatives d'arrêt (RR = 2,3 [1,6 ; 3,2]) Plus d'utilisation des traitements de substitution (RR = 1,78 [1,36 ; 2,33])
Kaper et al. [126] Hollande (2006)	Randomisée Population générale <i>n</i> = 1266	Remboursement et conseils Durée : jusqu'à 6 mois	Taux de réussite supérieur à 6 mois dans le groupe avec remboursement et soutien RR = 4,01 [1,65 ; 9,75] Accès et utilisation facilitées par le remboursement (Substitution : RR = 3,85 [1,58 ; 9,38] ; Bupropion : RR = 4,51 [1,88 ; 10,86])

Tableau 3 (Suite)

Auteur – Pays – Année	Type d'étude – Population	Type d'aide	Résultat
Salize et al. [127] Royaume-Uni (2007)	Randomisée Fumeurs recrutés en médecine de ville <i>n</i> = 577	Gratuité des traitements (jusqu'à 130 euros)	Taux de réussite supérieur à 12 mois lorsqu'il y a prise en charge financière et formation des médecins Plus d'utilisation des traitements d'aide à l'arrêt (substitution nicotinique : RR = 4,35 [1,60 ; 11,83] ; Bupropion : RR = 6,86 [1,67 ; 28,13])
Joyce et al. [128] États-Unis (2008)	Randomisée Fumeurs âgés participant à un programme d'arrêt <i>n</i> = 7354	Soutien téléphonique + prise en charge financière des traitements d'aide à l'arrêt	Meilleurs taux d'arrêt à 12 mois dans le groupe Soutien téléphonique + Prise en charge financière (19,3 % vs 10,2 % sans prise en charge) Plus d'utilisation des traitements d'aide à l'arrêt (substitution nicotinique : RR = 1,66 [1,53 ; 1,79] ; Bupropion : RR = 1,89 [1,70 ; 2,10])
Okuyemi et al. [129] États-Unis (2001–03)	Randomisée Fumeurs pauvres recrutés selon leur lieu d'habitation <i>n</i> = 173	Entretien motivationnel + traitement nicotinique de substitution (gommes à 4 mg pendant 8 semaines)	À 6 mois, utilisation du traitement substitutif mais pas de diminution de la consommation de tabac. Pas de différence avec le groupe témoin dans les tentatives d'arrêt (7,6 %)

bénéficiant d'un soutien insuffisant, constitue une difficulté additionnelle.

Politique de santé publique

Le tabagisme participe à la pérennisation des inégalités sociales de santé. L'amélioration de la situation actuelle repose sur une stratégie globale associant aux mesures politiques générales des propositions de prises en charge individuelles personnalisées. Plusieurs pistes d'action peuvent être identifiées. Le renforcement du cadre législatif actuel dans le sens d'une dénormalisation du tabac [31] demeure indispensable. L'adoption d'un paquet de cigarettes neutre réduit la désinformation sur la dangerosité du tabac et influence les intentions comportementales [118]. Il serait nécessaire, indépendamment des messages présentant les risques du tabagisme apposés sur les paquets, d'en formuler d'autres centrés sur les gains induits par l'arrêt du tabac [119].

Accès aux traitements et aux soins

L'accès aux soins et aux traitements représente des leviers d'action importants. Les campagnes de communication autour de l'arrêt doivent être développées et

optimisées. Il est plus facile aux fumeurs d'identifier un lieu de vente de tabac qu'un centre d'aide au sevrage tabagique. Leur meilleure identification relève d'un travail de communication multicanal à effectuer au long cours.

L'accès aux traitements représente un frein majeur au sevrage tabagique dans les populations les plus défavorisées. L'efficacité de la gratuité de ces traitements a été mise en évidence depuis de nombreuses années [95, 96]. Elle est d'autant plus marquée quand ils sont associés à une prise en charge renforcée [120–128]. L'étude menée par Okuyemi et al. [129] n'a cependant pas permis de constater de différence du taux d'arrêt entre les groupes dont l'intervention bénéficiait ou non de l'apport du TNS. La prise en charge intégrale des médicaments du sevrage tabagique qui présentent le meilleur ratio coût/efficacité en matière de prévention des maladies cardiovasculaires devrait donc être mise en place [130]. Une telle mesure trouve sa place parmi les recommandations de la Convention cadre pour la lutte antitabac proposée par l'Organisation mondiale de la santé [26].

Le Tableau 3 présente un ensemble d'études montrant l'impact positif de la prise en charge financière des médicaments d'aide à l'arrêt du tabagisme et l'importance d'un soutien renforcé.

Tableau 4 Facteurs péjoratifs à l'arrêt du tabagisme et propositions d'interventions.

Facteurs péjoratifs	Propositions d'interventions
Moindre impact des actions de prévention	Renforcement du cadre législatif dans le sens de la dénормalisation sociale du tabac Adaptation des messages de communication aux différents groupes sociaux
Environnement favorable au tabac (normes, soutien social, qualité de l'environnement) Accès aux traitements, au sevrage Moindres propositions d'arrêt de la part des professionnels de santé	Associer l'environnement familial aux tentatives d'arrêt. Sevrage en groupe Identification facilitée des lieux d'arrêt par une communication multicanale Prise en charge financière à 100 % des traitements de substitution (maladies avec ALD, femmes enceintes, personnes avec minima sociaux) Tous les praticiens de santé doivent interroger les patients sur leur statut tabagique et les conseiller sur les moyens d'arrêter
Perception négative des tentatives passées Dépendance forte avec <i>craving</i> élevé	Valoriser les expériences passées Adapter les traitements de substitution, accompagner les patients par une approche comportementale
Prévalence des troubles anxiodepressifs	Identifier et prendre en charge systématiquement un trouble anxiodepressif en amont et lors de la tentative de sevrage
Représentation positive du tabagisme Seul plaisir restant Socialisation Coping Regret anticipé Peur des effets secondaires	Adopter une attitude empathique centrée sur le vécu du patient, entretien motivationnel Apprentissage de stratégies de gestion du stress et alternatives à l'usage de tabac
Vécu centré sur le présent Moindre estime de soi/auto-efficacité Stratégies de neutralisation des risques	Adapter les discours à la temporalité du fumeur Possibilité de sevrage en groupe pour utiliser sa dynamique, renforcer le sentiment de soutien et l'auto-efficacité. Développement de motivations intrinsèques par les pairs Stratégie de réduction de risques
Co-addictions Représentation négative de l'aide et des traitements Motivations d'arrêt (financières, urgence médicale)	Assurer la prise en charge des addictions associées Accompagnement renforcé avec des rendez-vous rapprochés dans le temps Utilisation de l'entretien motivationnel et des outils issus des thérapies cognitives et comportementales. Adaptation des outils
Observance	Explication des traitements, démonstrations, éducation thérapeutique du patient
Problématiques sociales, économiques et médico-psychologiques associées	Résolution pragmatique (prise en charge globale et travail médico-social partenarial)

Le sevrage tabagique des femmes enceintes précaires

La consommation de tabac des femmes enceintes peut affecter le déroulement de la grossesse, le développement fœtal et avoir des conséquences néfastes sur l'enfant [131]. Le lien entre précarité sociale, tabagisme pendant la grossesse et retard de croissance *in utero* est connu [132] ; les mauvaises conditions socioéconomiques constituant des freins à la réussite du sevrage chez les femmes enceintes

[133]. Différentes études ont tenté d'identifier les déterminants de l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes précaires. Deux d'entre elles, réalisées aux États-Unis [134,135], incluaient un soutien comportemental d'aide à l'arrêt proposé au sein de l'établissement assurant le suivi obstétrical des femmes. Ma et al. [134] ont constaté que les femmes abstinents au 6^e mois du post-partum étaient plus âgées, avaient plus souvent un conjoint non-fumeur et une assurance maladie que celles qui fumaient ; le soutien proposé a permis de réduire le taux de rechute au 6^e mois

comparativement à l'arrêt spontané. Cluss et al. [135] ont noté que les femmes afro-américaines, plus âgées ou avec un niveau de dépendance nicotinique peu élevé étaient plus souvent en arrêt au 9^e mois du post-partum. Dans ces deux études, l'abstinence était validée par la mesure de la cotinine dans les urines.

La revue Cochrane qui a évalué les méthodes d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse [136] a souligné l'importance d'une prise en charge systématique des femmes fumeuses dans toutes les maternités tant leurs difficultés étaient fréquentes ; la consommation de tabac pendant la grossesse paraît désigner les femmes en situation de précarité socioéconomique ou présentant une pathologie mentale [136]. Les prises en charge cognitivo-comportementales sont recommandées en première intention ; elles sont efficaces dans le sevrage tabagique chez la femme à faibles revenus ($RR = 1,68$; IC 95 % : 1,21–2,33) [137] ; en cas d'échec, le TNS sera utilisé [131]. Si l'efficacité des substituts nicotiniques a été mise en doute dans l'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse [138], de récentes études soulignent que l'optimisation de cette thérapeutique requiert une stricte observance du traitement [139] et/ou la combinaison des substituts transdermiques avec des formes à délivrance nicotinique plus rapide [140]. L'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte doit donner lieu à une prise en charge renforcée débutant dès le début de la grossesse avec l'identification d'une situation de précarité sociale. À cette fin et pour optimiser le suivi obstétrical, l'utilisation du score EPICES a été proposée [141].

Prise en charge individuelle

Les politiques publiques et les pratiques de terrain doivent s'accorder autour d'un discours commun et adapté aux différents groupes sociaux. Les praticiens, quel que soit leur statut tabagique [142] et leur domaine d'intervention, doivent interroger chaque patient sur son statut tabagique et conseiller chaque fumeur sur les moyens d'aide à l'arrêt offerts [4,143]. Certaines croyances peuvent influencer la mise en place de ce conseil minimal tout comme la prise en charge du sevrage. Le contexte de vie difficile de patients défavorisés justifie souvent son tabagisme aux yeux du praticien qui réduit d'autant aide et conseil d'arrêt [144].

Le fumeur pauvre a-t-il un tabagisme incoercible (*hardcore smoker* [145]) avec déni des risques et absence d'intention d'arrêt ou sa motivation à arrêter de fumer associée à une forte dépendance se heurte-t-elle à un déficit de prise en charge ? Pour Augustson et al. [146], la prévalence des *hardcore smokers* est supérieure parmi les populations défavorisées.

La temporalité des coûts et bénéfices perçus peut différer entre un praticien et son patient. Ces patients vivent dans l'urgence du quotidien, attachés à un désir de sécurité immédiat. Le rôle des praticiens s'inscrit dans la recherche de bien-être à court et long terme pour leurs patients. Ils anticipent des problématiques futures et mettent en place des stratégies thérapeutiques qui paraissent être en inadéquation avec celles des patients. La difficulté repose sur la négociation entre les objectifs médicaux et ceux du patient permettant la personnalisation de la prise en charge. Cette négociation joue un rôle majeur sur l'alliance

thérapeutique et la motivation du patient. Le contexte global du tabagisme devra être pris en compte et permettra la définition d'objectifs d'arrêt adaptés. Dans certains cas, les stratégies de sevrage des personnes en situation de grande précarité reposent sur une réduction initiale de la consommation aidée par une substitution nicotinique ainsi que sur l'utilisation d'outils issus des thérapies cognitives et comportementales. Il reste à définir quelle place pourrait tenir la stratégie de réduction des risques au moyen d'autres modes d'administration de la nicotine que la cigarette [147,148].

Le Tableau 4 présente les facteurs péjoratifs à l'arrêt du tabagisme et propose un ensemble de solutions dans le but d'améliorer les prises en charge.

- Les intentions comportementales, les tentatives d'arrêt du tabagisme ou leur réussite sont marquées par un gradient social.
- Des pistes d'action globales (politiques, législatives et de facilitation d'accès aux traitements) ou personnelles (prises en charge pluridisciplinaires renforcées) existent.

Conclusion

Le tabagisme est la première cause de mortalité prématu-
rée évitable dans le monde ; il est chaque année à l'origine de 70 000 décès en France. Depuis 2003, la lutte contre le tabagisme s'est intensifiée dans notre pays qui a ratifié la Convention cadre pour la lutte antitabac. Elle appelle à développer une politique de lutte globale contre le tabac. En dépit d'une significative diminution de la prévalence du tabagisme en France, il demeure élevé dans certains groupes, en particulier les populations socialement défavorisées. Les conséquences de la consommation de tabac sont d'autant plus marquées que les fumeurs ont un bas niveau socioéconomique. Ils sont alors, le plus souvent, fortement dépendants et livrés à eux-mêmes lors des tentatives d'arrêt. Indépendamment de la poursuite des mesures visant à dénормaliser l'image du tabac, il convient de développer des projets de prévention et d'aide à l'arrêt spécifiquement destinés aux fumeurs socialement défavorisés. En la matière, le remboursement ou la gratuité des médicaments d'aide à l'arrêt (TNS) est efficient, il doit être appliqué, tout autant que doit se renforcer l'accompagnement offert par les spécialistes en tabacologie. L'élaboration de projets personnalisés de sevrage s'inscrivant dans la temporalité des personnes ne peut se désintéresser des autres substances psychoactives consommées ni de l'intégration sociale ; ils doivent s'adresser aux grands exclus.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

POINTS ESSENTIELS

- Le tabagisme agrave la pauvreté. La pauvreté agrave le tabagisme et sa nocivité.
- La prévalence moyenne du tabagisme est supérieure chez les personnes de bas niveau socioéconomique augmentant les risques de cancers bronchiques, de BPCO et de cardiopathies ischémiques.
- Ces fumeurs sont plus fortement dépendants et présentent moins d'intention d'arrêter le tabagisme. Les expériences d'arrêt antérieures sont perçues de manière négative.
- Lors d'une tentative, le syndrome de sevrage est souvent plus marqué avec un *craving* intense. Le taux d'arrêt est inférieur à celui de la population générale de fumeurs.
- Les mesures de prévention habituelles sont valides mais relativement moins efficaces chez les fumeurs socialement défavorisés.
- De mauvaises conditions de vie représentent autant de facteurs péjoratifs à la réussite de l'arrêt, car la cigarette paraît être un moyen d'y faire face dans un environnement difficile.
- Des pistes d'action globales (politiques, législatives et de facilitation d'accès aux traitements) ou personnelles (prise en charge pluridisciplinaires renforcées) existent.
- Le conseil d'arrêt doit être systématiquement donné et une prise en charge de sevrage proposée.
- Ces prises en charge doivent prendre en compte les spécificités des personnes en situation de précarité sociale.
- Un accès facilité et une mise à disposition gratuite ou un remboursement des médicaments d'aide à l'arrêt (TNS) paraissent indispensables.

Références

- [1] Hill C. Épidémiologie du tabagisme. Rev Prat 2012;62:325–9.
- [2] Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. Brit Med J 1950;2:739–48.
- [3] Peto R. Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. IARC Sci Publ 1986;74:23.
- [4] Rouquet RM. Le tabac : données épidémiologiques récentes et bases du sevrage tabagique. Rev Mal Respir 2009;1:275–9.
- [5] Afssaps. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Alcool Addictol 2003;25:35–44S.
- [6] Sangthong R, Wichaidit W, McNeil E, et al. Health behaviors among short- and long-term ex-smokers: results from the Thai National Health Examination Survey IV, 2009. Prev Med 2012;55:56–60.
- [7] Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. Traité de santé publique. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2007.
- [8] Valtriani P. Un concept de pauvreté disjonctif. Econ Appl 1993;XLVI:151–4.
- [9] Insee. Pauvreté monétaire. Insee; 2012 [Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers_web/dev_durable/taux_pauvrete-monetaire.htm].
- [10] Merson F, Perriot J. Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique. Sante Publique 2011;23:359–70.
- [11] Jusot F, Khlat M. The role of time and risk preferences in smoking inequalities: a population-based study. Addict Behav 2013;38:2167–73.
- [12] Sass C, Moulin JJ, Guéguel R, et al. Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH 2006;14:95–6.
- [13] Eriksen M, Mackay J, Ross H. The tobacco atlas. 4th Ed. Brighton, UK: American Cancer Society; 2012 [Disponible sur : <http://tobaccoatlas.org/>].
- [14] U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010.
- [15] Underner M, Perriot J, Peiffer G, et al. Tabac et tuberculose maladie. Rev Mal Respir 2012;29:978–93.
- [16] Underner M, Perriot J, Trosini-Dessert V, et al. Tabagisme et infection tuberculeuse latente. Rev Mal Respir 2012;29:1007–16.
- [17] Brücker G. Émergence et conséquences du tabagisme dans les pays en développement. Rev Prat 2012;62:330–2.
- [18] Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales et santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. BEH 2007;2–7:10–4.
- [19] Minino A, Murphy S. Death in the United States, 2010. NCHS Data Brief 2012;99:1–8.
- [20] Gallo V, Mackenbach JP, Ezzati M, et al. Social inequalities and mortality in europe: results from a large multi-national cohort. PLoS ONE 2012;7:e39013.
- [21] Schaap M, van Agt H, Kunst A. Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in European countries: looking beyond educational level. Nicotine Tob Res 2008;10:359–69.
- [22] Inserm. Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. Expertise collective. Paris: Inserm; 2004.
- [23] Beck F, Guignard R, Richard JB, et al. Premiers résultats du baromètre santé 2010. Évolutions récentes du tabagisme en France. INPES; 2010.
- [24] Directive 2003/33/CE. Sect. Journal officiel de l'Union européenne p. L152/16.
- [25] Le Faou AL, Baha M. Tabagisme en France : état des connaissances pour une prise en charge efficace par les médecins. Presse Med 2012;41:1279–85.
- [26] Organisation mondiale de la santé. Convention cadre pour la lutte antitabac; 2003 [Disponible sur : http://www.who.int/fctc/text_download/fr/].
- [27] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386, 2006.
- [28] Peretti-Watel P, Wilquin JL, Beck F. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consummé. INPES; 2008.
- [29] Peretti-Watel P, L'Haridon O, Séror V. Time preferences, socioeconomic status and smokers' behaviours, attitudes and risk awareness. Eur J Public Health 2013;23:783–8.
- [30] Franks P, Jerant AF, Leigh JP, et al. Cigarette prices, smoking, and the poor: implications of recent trends. Am J Public Health 2007;97:1873–7.
- [31] Baha M, Le Faou AL. Smokers' reasons for quitting in an anti-smoking social context. Public Health 2010;124: 225–31.
- [32] Peretti-Watel P, Constance J, Séror V, et al. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use

- increasingly concentrated among the poor? *Addiction* 2009;104:1718–28.
- [33] Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, et al. Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Soc Sci Med* 2008;67:1343–55.
- [34] Hammond D, Fong GT, Borland R, et al. Text and graphic warnings on cigarette packages: findings from the International Tobacco Control Four Country Study. *Am J Prev Med* 2007;32:202–9.
- [35] Hoek J, Gendall P. Pictorial health warnings: a review of research evidence. New Zealand: Ministry of Health; 2005.
- [36] O'Hegarty M, Pederson LL, Nelson DE, et al. Reactions of young adult smokers to warning labels on cigarette packages. *Am J Prev Med* 2006;30:467–73.
- [37] Hammond D, Fong GT, McNeill A, et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15:19–25.
- [38] Thrasher JF, Hammond D, Fong GT, et al. Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: a comparison between Mexico and Canada. *Salud Publica Mexico* 2007;49:233.
- [39] Hammond D. Health warning messages on tobacco products: a review. *Tob Control* 2011;20:327–37.
- [40] Hammond D, Fong GT, McDonald PW, et al. Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *Am J Public Health* 2004;94:1442–5.
- [41] Borland R, Yong HH, Wilson N, et al. How reactions to cigarette packet health warnings influence quitting: findings from the ITC Four Country survey. *Addiction* 2009;104:669–75.
- [42] Li J, Grigg M. New Zealand: new graphic warnings encourage registrations with the quitline. *Tob Control* 2009;18:72.
- [43] Gallopel-Morvan K, Gabriel P, Le Gall-Ely M, et al. The use of visual warnings in social marketing: the case of tobacco. *J Bus Res* 2011;64:7–11.
- [44] Moorman M, van den Putte B. The influence of message framing, intention to quit smoking, and nicotine dependence on the persuasiveness of smoking cessation messages. *Addict Behav* 2008;33:1267–75.
- [45] Dobson R. Poor more likely to smoke and less likely to quit. *Brit Med J* 2004;328:914–20.
- [46] Jefferis BJ, Power C, Graham H, et al. Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow-up in a British birth cohort. *J Public Health* 2004;26:13–8.
- [47] Giskes K, Kunst AE, Benach J, et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:395–401.
- [48] Cavelaars A. Educational differences in smoking: international comparison. *Brit Med J* 2000;320:1102–7.
- [49] Hiscock R, Bauld L, Amos A, et al. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci* 2012;1248:107–23.
- [50] Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tob Control* 2009;18:43–6.
- [51] Reid JL, Hammond D, Boudreau C, et al. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res* 2010;12:S20–33.
- [52] Schaap MM, Kunst AE. Monitoring of socioeconomic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies. *Public Health* 2009;123:103–9.
- [53] Aubin HJ, Peiffer G, Stoebner-Delbarre A, et al. The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC Public Health* 2010;10:100.
- [54] Merson F, Perriot J. Impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique. *Presse Med* 2012;41:e43–51.
- [55] Pisinger C, Aadahl M, Toft U, et al. Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status. *Prev Med* 2011;52:48–52.
- [56] Rosenthal L, Carroll-Scott A, Earnshaw VA, et al. Targeting cessation: understanding barriers and motivations to quitting among urban adult daily tobacco smokers. *Addict Behav* 2013;38:1639–42.
- [57] Reime B, Ratner PA, Seidenstücker S, et al. Motives for smoking cessation are associated with stage of readiness to quit smoking and sociodemographics among German industrial employees. *Am J Health Promot* 2006;20:259–66.
- [58] Sorensen G, Emmons K, Stoddard AM, et al. Do social influences contribute to occupational differences in quitting smoking and attitudes toward quitting? *Am J Health Promot* 2002;16:135–41.
- [59] Fong GT, Hammond D, Laux FL, et al. The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res* 2004;6:S341–51.
- [60] Siahpush M, Yong HH, Borland R, et al. Smokers with financial stress are more likely to want to quit but less likely to try or succeed: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction* 2009;104:1382–90.
- [61] Vangeli E, West R. Transition towards a 'non-smoker' identity following smoking cessation: An interpretative phenomenological analysis. *Brit J Health Psych* 2012;17:171–84.
- [62] Fagan P, Augustson E, Backinger CL, et al. Quit attempts and intention to quit cigarette smoking among young adults in the United States. *Am J Public Health* 2007;97:1412.
- [63] Paul C, Ross S, Bryant J, et al. The social context of smoking: a qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. *BMC Public Health* 2010;10:211.
- [64] Stead M, MacAskill S, MacKintosh AM, et al. "It's as if you're locked in": qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health Place* 2001;7:333–43.
- [65] Djikanovic B, Vukovic D, Djikanovic S. Inequalities in intentions to quit smoking in Serbia: data from 2006 National Health Survey. *Public Health* 2013;127:521–9.
- [66] Dotinga A, Schrijvers CTM, Voorham AJJ, et al. Correlates of stages of change of smoking among inhabitants of deprived neighbourhoods. *Eur J Public Health* 2005;15:152–9.
- [67] Siahpush M, McNeill A, Borland R, et al. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15:71–5.
- [68] Droomers M, Schrijvers CTM, Mackenbach JP. Educational differences in the intention to stop smoking. *Eur J Public Health* 2004;14:194–8.
- [69] Hyland A, Borland R, Li Q, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15:83–94.
- [70] Lazuras L, Chatzipolychroni E, Rodafinos A, et al. Social cognitive predictors of smoking cessation intentions among smoker employees: the roles of anticipated regret and social norms. *Addict Behav* 2012;37:339–41.
- [71] West R, McEwen A, Bolling K, et al. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction* 2001;96:891–902.

- [72] Van Der Rijt GAJ, Westerik H. Social and cognitive factors contributing to the intention to undergo a smoking cessation treatment. *Addict Behav* 2004;29:191–8.
- [73] McKee SA, O’Malley SS, Salovey P, et al. Perceived risks and benefits of smoking cessation: gender-specific predictors of motivation and treatment outcome. *Addict Behav* 2005;30:423–35.
- [74] Nordgren LF, Van Der Pligt J, Van Harreveld F. The instability of health cognitions: visceral states influence self-efficacy and related health beliefs. *Health Psychol* 2008;27:722.
- [75] Marsh A, McKay S. Poor smokers. Policy Studies Institute; 1994.
- [76] Parrott AC. Does cigarette smoking cause stress? *Am Psychol* 1999;54:817.
- [77] La Rosa E, Consoli SM, Le Clésiau H, et al. Souffrance psychosociale et antécédents biographiques traumatisques des fumeurs : enquête auprès de consultants d’un centre de prévention sanitaire et sociale. *Presse Med* 2004;33:919–26.
- [78] Lagrue G, Cormier S, Mautrait C. Troubles de l’humeur et dépendance tabagique. *Encephale* 2004;30:500–1.
- [79] Lillard DR, Plassmann V, Kenkel D, et al. Who kicks the habit and how they do it: socioeconomic differences across methods of quitting smoking in the USA. *Soc Sci Med* 2007;64:2504–19.
- [80] Hiscock R, Judge K, Bauld L. Social inequalities in quitting smoking: what factors mediate the relationship between socioeconomic position and smoking cessation? *J Public Health* 2011;33:39–47.
- [81] Nagelhout GE, de Korte-de Boer D, Kunst AE, et al. Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. *BMC Public Health* 2012;12:303.
- [82] Legleye S, Khlat M, Beck F, et al. Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns: a cohort and gender analysis in France. *Drug Alcohol Depend* 2011;117:233–41.
- [83] Bricard D, Jusot F. Milieu d’origine, situation sociale et parcours tabagique en France. *Health Econ* 2012;21:129–50.
- [84] Srivastava S, Malhotra S, Harries AD, et al. Correlates of tobacco quit attempts and cessation in the adult population of India: secondary analysis of the Global Adult Tobacco Survey, 2009–2010. *BMC Public Health* 2013;13:263.
- [85] Businelle MS, Kendzor DE, Reitzel LR, et al. Mechanisms linking socioeconomic status to smoking cessation: a structural equation modeling approach. *Health Psychol* 2010;29:262.
- [86] Biener L, Hamilton WL, Siegel M, et al. Individual, social-normative, and policy predictors of smoking cessation: a multilevel longitudinal analysis. *Am J Public Health* 2010;100:547.
- [87] Marti J. Successful smoking cessation and duration of abstinence. An analysis of socioeconomic determinants. *Int J Environ Res Public Health* 2010;7:2789–99.
- [88] Hammond D, McDonald PW, Fong GT, et al. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction* 2004;99:1042–8.
- [89] Roddy E, Antoniak M, Britton J, et al. Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers. A qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2006;6:147.
- [90] Rapport d’évaluation. Les politiques de lutte contre le tabagisme. Cour des comptes; 2012 [Disponible sur : <http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme>].
- [91] Martinez E, Tatum KL, Glass M, et al. Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addict Behav* 2010;35:175–8.
- [92] Schnoll RA, Martinez E, Tatum KL, et al. Increased self-efficacy to quit and perceived control over withdrawal symptoms predict smoking cessation following nicotine dependence treatment. *Addict Behav* 2011;36:144–7.
- [93] Cupertino AP, Berg CJ, Gajewski B, et al. Change in self-efficacy, autonomous and controlled motivation predicting smoking. *J Health Psychol* 2011;17:640–52.
- [94] Sayette MA, Loewenstein G, Griffin KM, et al. Exploring the cold-to-hot empathy gap in smokers. *Psychol Sci* 2008;19:926.
- [95] Le Faou AL. Tabac et populations défavorisées. *Courrier Addict* 2002;4:10–4.
- [96] Le Faou AL. Délistage et gratuité des traitements de substitution nicotinique : quelles conséquences ? *Courrier Addict* 2003;5:60–4.
- [97] West R, McNeil A, Britton J, et al. Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction* 2010;105:1867–9.
- [98] Perriot J. La conduite de l’aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir* 2006;23:85–105.
- [99] Lagrue G. Arrêter de fumer ? Paris: Odile Jacob; 2006.
- [100] Turrell G, Hewitt BA, Miller SA. The influence of neighbourhood disadvantage on smoking cessation and its contribution to inequalities in smoking status. *Drug Alcohol Rev* 2012;31:645–52.
- [101] Hughes JR. Craving among long-abstinent smokers: an Internet survey. *Nicotine Tob Res* 2010;12:459–62.
- [102] Javitz HS, Lerman C, Swan GE. Comparative dynamics of four smoking withdrawal symptom scales. *Addiction* 2012;107:1501–11.
- [103] Manchón Walsh P, Carrillo P, Flores G, et al. Effects of partner smoking status and gender on long-term abstinence rates of patients receiving smoking cessation treatment. *Addict Behav* 2007;32:128–36.
- [104] Karasek D, Ahern J, Galea S. Social norms, collective efficacy, and smoking cessation in urban neighborhoods. *Am Public Health* 2012;102:343–51.
- [105] Halonen JI, Kivimäki M, Kouvonen A, et al. Proximity to a tobacco store and smoking cessation: a cohort study. *Tob Control* 2014;23:146–51.
- [106] Augustson EM, Wanke KL, Rogers S, et al. Predictors of sustained smoking cessation: a prospective analysis of chronic smokers from the alpha-tocopherol, Beta-carotene cancer prevention study. *Am J Public Health* 2008;98:549–55.
- [107] Dawson DA. Drinking as a risk factor for sustained smoking. *Drug Alcohol Depen* 2000;59:235–49.
- [108] Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, et al. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* 1997;6:57–62.
- [109] Kahler CW, Borland R, Hyland A, et al. Alcohol consumption and quitting smoking in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug Alcohol Depend* 2009;100:214–20.
- [110] Osler M, Prescott E, Godtfredsen N, et al. Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study. *Prev Med* 1999;29:57–62.
- [111] Peretti-Watel P, Constance J. Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? *Deviance Soc* 2009;33:205–19.
- [112] Lorant V, Nguyen LH, Prignot J, et al. Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en Communauté française de Belgique. *Educ Sante* 2008;231:354–63.
- [113] Molimard R. Tabac, chômage et précarité. *Courrier Addict* 2008;10:22–4.
- [114] Kerr S, Woods C, Knussen C, et al. Breaking the habit: a qualitative exploration of barriers and facilitators to smoking cessation in people with enduring mental health problems. *BMC Public Health* 2013;13:221.
- [115] Schiaffino A, Fernandez E, Kunst A, et al. Time trends and educational differences in the incidence of quitting smoking in Spain (1965–2000). *Prev Med* 2007;45:226–32.

- [116] Brown H, Adams J. The role of time preference in smoking cessation: a longitudinal analysis of data from the Household Income and Labour Dynamics of Australia survey, 2001–2008. *Addiction* 2013;108:186–92.
- [117] Chiou WB, Wu WH, Chang MH. Think abstractly, smoke less: a brief construal-level intervention can promote self-control, leading to reduced cigarette consumption among current smokers. *Addiction* 2013;108:985–92.
- [118] Gallopin-Morvan K. Le paquet de cigarettes neutre ou standardisé : quelle efficacité pour lutter contre le tabagisme ? *BEH* 2013;20–21:227–9.
- [119] Gallopin-Morvan K. Les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes : quelle efficacité dans la lutte contre le tabagisme ? *BEH* 2008;21-2:401–4.
- [120] Hughes JR, Wadland WC, Fenwick JW, et al. Effect of cost on the self-administration and efficacy of nicotine gum: a preliminary study. *Prev Med* 1991;20:486–96.
- [121] Jaén CR, Cummings KM, Shah D, et al. Patterns of use of a free nicotine patch program for Medicaid and uninsured patients. *J Natl Med Assoc* 1997;89:325–8.
- [122] Solomon LJ, Scharoun GM, Flynn BS, et al. Free nicotine patches plus proactive telephone peer support to help low-income women stop smoking. *Prev Med* 2000;31:68–74.
- [123] Wadland WC, Soffelmayr B, Ives K. Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care. *J Fam Pract* 2001;50:138–44.
- [124] Kuntz C, Spykerelle Y, Giordanella J, et al. Évaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotinique dans le sevrage tabagique proposée à des populations en situation de précarité dans les centres d'examens de santé. *BEH* 2001;22–23:107–9.
- [125] Schaufler HH, McMenamin S, Olson K, et al. Variations in treatment benefits influence smoking cessation: results of a randomised controlled trial. *Tob Control* 2001;10:175–80.
- [126] Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. A randomized controlled trial to assess the effects of reimbursing the costs of smoking cessation therapy on sustained abstinence. *Addiction* 2006;101:1656–61.
- [127] Salize HJ, Merkel S, Reinhard I, et al. Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation: more value for money. *Arch Intern Med* 2009;169:230–5 [discussion 235–6].
- [128] Joyce GF, Niaura R, Maglione M, et al. The effectiveness of covering smoking cessation services for medicare beneficiaries. *Health Serv Res* 2008;43:2106–23.
- [129] Okuyemi KS, James AS, Mayo MS, et al. Pathways to health: a cluster randomized trial of nicotine gum and motivational interviewing for smoking cessation in low-income housing. *Health Educ Behav* 2007;34:43–54.
- [130] Chevrel K, Cadier B, Durand-Zaleski I, et al. Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie. *BEH* 2013;20-21:230–3.
- [131] Conférence de consensus – « Grossesse et tabac », 7 et 8 octobre 2004 Lille. *J Gynecol Obstet Reprod* 2005;34:1–480.
- [132] Kramer MS, Séguin L, Lydon J, et al. Socioeconomic disparities in pregnancy outcomes: why do the poor fare so poorly. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:194–210.
- [133] Grangé G, Borgne A, Ouazana A, et al. Tabagisme des femmes enceintes: description d'un groupe exposé. *Lett Pneumol* 2008;11:76–9.
- [134] Ma Y, Goins KV, Pbert L, et al. Predictors of smoking cessation in pregnancy and maintenance post-partum in low-income women. *Matern Child Health J* 2005;9:393–404.
- [135] Cluss PA, Levine MD, Landsittel D. The Pittsberg STOP program: disseminating an evidence-informed information for low-income pregnant smokers. *Am J Health Promot* 2011;25:S75–81.
- [136] Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3:CD001055.
- [137] Bryant J, Bonevski B, Paul C, et al. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged group. *Addiction* 2011;106:1568–85.
- [138] Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmaceutical interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD010078.
- [139] Koren G. Nicotine replacement therapy in pregnancy – The end of the road? *Ther Drug Monit* 2012;34:487–8.
- [140] Brose LS, McEwen A, West R. Association between nicotine replacement therapy use in pregnancy and smoking cessation. *Drug Alcohol Depend* 2013;132:660–4.
- [141] Convers M, Langeron A, Sass C, et al. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. *Gynecol Obstet Fertil* 2012;40:208–12.
- [142] Underner M, Ingrand P, Allouch A, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir* 2006;23:426–9.
- [143] Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practice in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. *Addiction* 1999;94:125–32.
- [144] Szklo AS, Thrasher JF, Perez C, et al. Understanding the relationship between socioeconomic status, smoking cessation services provided by the health system and smoking cessation behavior in Brazil. *Cad Saude Publica* 2013;29:485–95.
- [145] Perriot J, Underner M, Peiffer G, et al. Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles ». *Rev Mal Respir* 2012;29:448–61.
- [146] Augustson EM, Marcus SE. Use of the current population survey to characterize subpopulations of continued smokers: a national perspective on the “hardcore” smoker phenomenon. *Nicotine Tob Res* 2004;6:621–9.
- [147] Martinet Y, Bohadana A, Wirth N, et al. La réduction de risque en tabacologie. *Rev Mal Respir* 2006;23:S109–18.
- [148] Mc Neil A, Munajo MR. Reducing harm from tobacco use. *J Psychopharmacol* 2013;27:13–8.
- [149] Zhou X, Nonnemacher J, Sherrill B, et al. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addict Behav* 2009;34:365–73.