

TABAGISME ET SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS EN SITUATION DE PRECARITE SOCIALE

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

jean.perriot@puy-de-dome.fr



**DIU Tabacologie
Clermont-Ferrand – Mai 2019**

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.

C'est un facteur d'aggravation des inégalités sociales de santé. En dépit de la politique de lutte contre le tabagisme développée dans beaucoup de pays développés (USA, France).

La prévalence du tabagisme s'est accrue entre 2005 et 2010 au sein des populations de bas niveau socio-économique alors qu'elle avait tendance à diminuer dans les couches sociales plus aisées.

L'arrêt du tabac est plus difficile pour les fumeurs en situation de précarité sociale; toutefois les professionnels de santé doivent s'impliquer dans le sevrage tabagique de cette population de fumeur (RPIB, remboursement des médicaments d'aide à l'arrêt).

PLAN DE L'EXPOSE

Rappel sur les notions de pauvreté et de précarité

Tabagisme et précarité sociale

Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale

NOTION DE PRECARITE : RAPPELS

RELATION ENTRE PRECARITE ET VULNERABILITE ⁽¹⁾

Vulnérabilité médicale

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

Précarité sociale

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

Bivulnérabilité ⁽²⁾

Exclusion = perte de citoyenneté ⁽³⁾

Syndrome de « Grande Exclusion » ⁽⁴⁾

(1) Wresinski J. *JORF*, 1987.

(2) Brückner G., et al. *Santé Publique*, 1999.

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

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

PYRAMIDE DE MASLOW : SATISFACTION PROGRESSIVE DES BESOINS DE L'INDIVIDU

INDICATEURS DU RISQUE

D'EXCLUSION (adulte < 60 ans)

- situation familiale- niveau socio
- culturel et de formation
- protection sociale
- Emploi
- âge (25/50 ans)
- santé (> 50 ans)
- divers (migrants, logement...)



BIVULNERABILITE (« ICEBERG »)

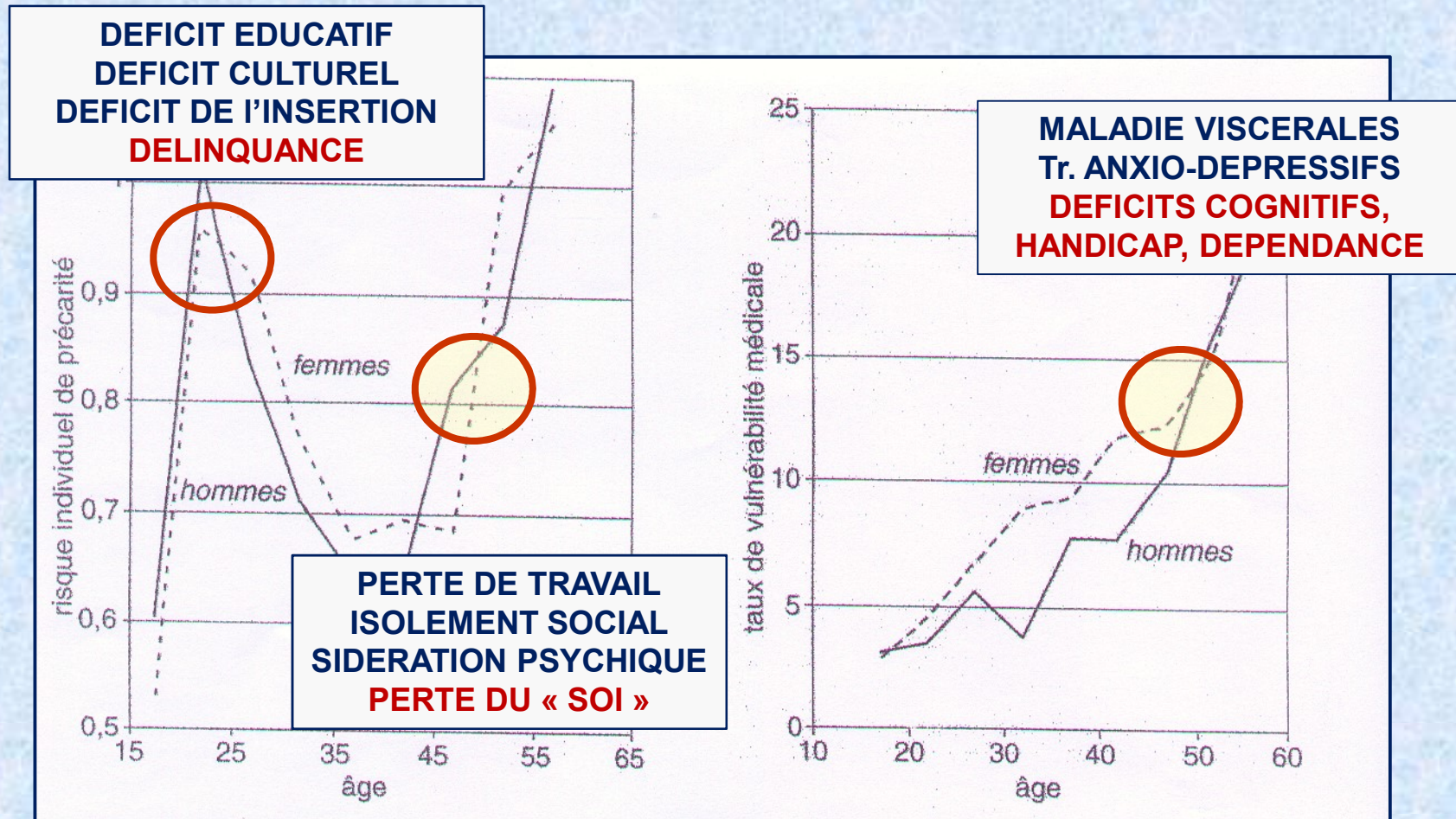
- déficits sociaux apparents
- déficits sanitaires inapparents

PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

- faciliter l'insertion sociale et Professionnelle
- ↘ les inégalités sociales de santé

Les besoins de l'individu sont satisfaits « *step by step* »

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



Source : enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux 1991-1992.

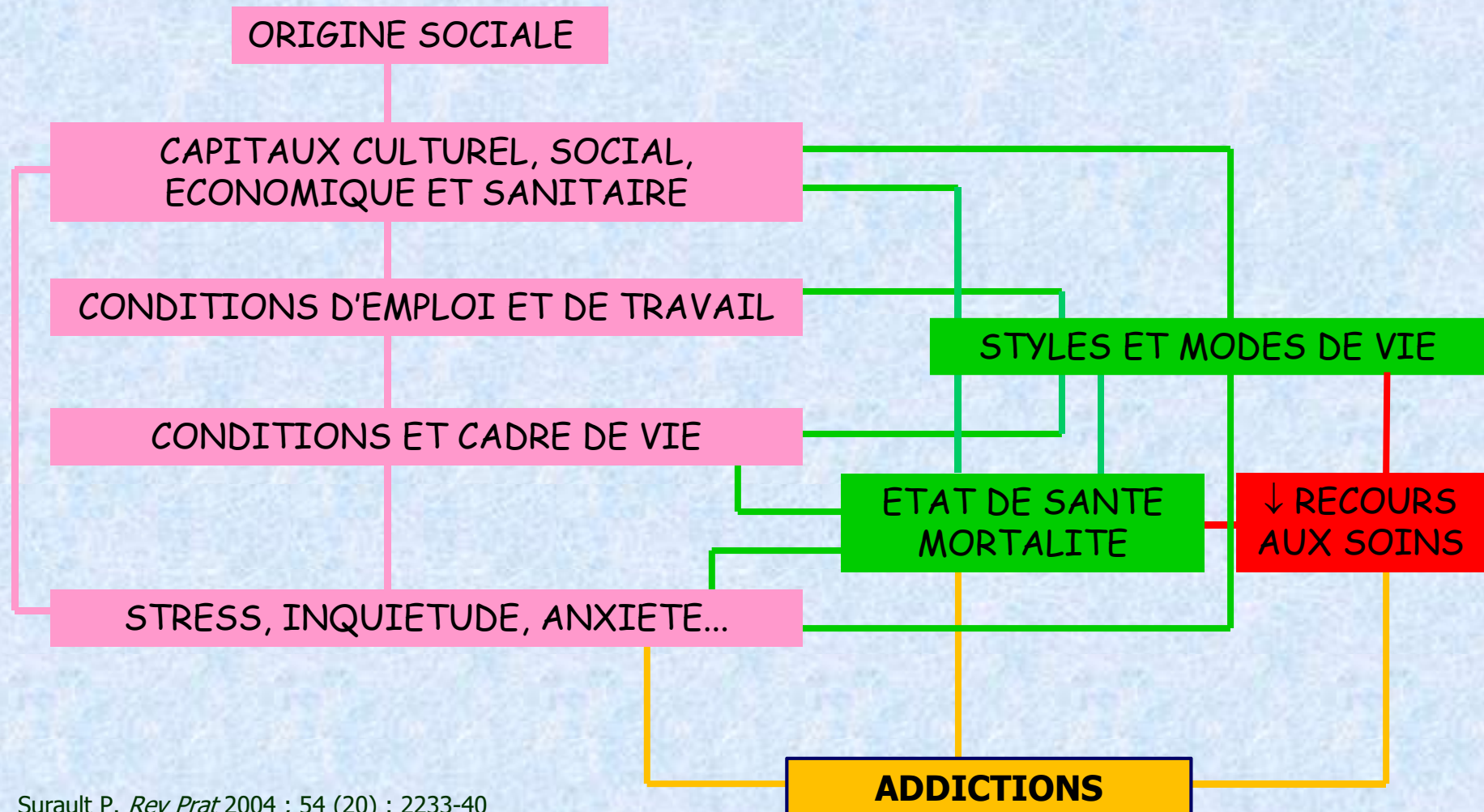
OBESITE, TABAGISME ET DEPISTAGE DES CANCERS PAR CATEGORIE SOCIALE ET PAR SEXE (âge > 18 ans)

Tableau 5 Obésité, tabagisme quotidien et dépistages par catégorie sociale et par sexe. Enquête Handicap and screening by social group and gender. 2008 Disability and Health Survey, France

	Hommes					
	Obésité RR * [IC 95%]	Fumeur quotidien RR [IC 95%]	Pas de dépistage du cancer colorectal depuis 2 ans (50-74 ans) RR [IC95%]	Obésité RR [IC 95%]	Fumeur quotidien RR [IC 95%]	col de
Cadre	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]	
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]	
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]	

Source : Inégalités sociales de santé. BEH, 2011 ; 8-9

PRODUCTION ET REPRODUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET DE MORTALITE



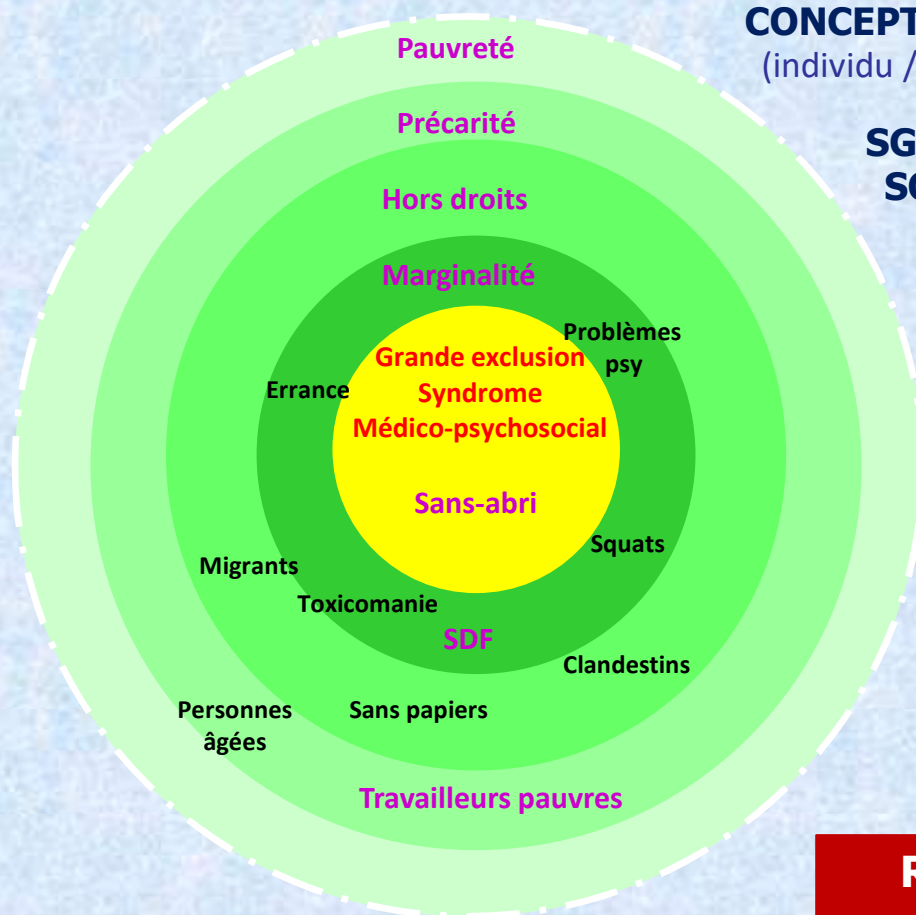
SYNDROME DE GRANDE EXCLUSION (SGE)

CONCEPT MÉDICOPSYCHOSOCIAL (instal +/-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)¹¹
- **REPRÉSENTATION DU TEMPS**
Temps seulement quantitatif (quand manger ?)
- **REPRÉSENTATION DE L'ESPACE**
Fonction utilitaire (où dormir ?) ⁰²
- **REPRÉSENTATION DES LIENS SOCIAUX**
Satisfaction des besoins immédiats (pour soi)

DISTORSION DES PERCEPTIONS ACCRUE PAR LES COMORBIDITÉS ASSOCIÉES



**REPÉRAGE & INTERVENTION AVANT
BASCULEMENT DANS LE SGE**

**SENIOR : DEPISTER & PREVENIR UNE
VULNERABILITE A LA DEPENDANCE**

PAUVRETE – PRECARITE : QUELLE DISTINCTION ?

PAUVRETÉ (pays en développement - pauvreté économique)

9/10 de la population.

< 2 dollars /j

PRÉCARITÉ (pays développés - pauvreté et instabilité)

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
- Faible position dans marché du travail
- Faibles revenus (20-40% des plus pauvres)
- Seuil de pauvreté (en France: revenus < à 50% du revenu médian : 855€ ou <60% : 1026€ en 2018: 8,8 millions de personnes)

TABAGISME ET PRECARITE

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

Etude prospective, menée depuis 1958 (UK) sur tabagisme et statut socio-économique de 10 500 personnes ¹ :

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

- 30% si haut NSE
- 47% si bas NSE

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

- haut NSE = 4%/an
- bas NSE = 2,9%/an

TABAGISME ET PRECARITE : QUELS INDICATEURS ?

SUR 70 ÉTUDES ANALYSÉES ¹

- Niveau d'éducation (++)
- Revenus
- Métier (exercer/type)
- Être propriétaire (valeur > aux revenus)
- Statut socio-économique parental

RISQUE DE FUMER SELON LE NSE

- OR bas NSE vs Ht NSE :
- éducation (OR=2,14), revenus (OR=2,09), métier (OR = 2.26)
- en analyse multivariée, le critère « éducation » est majeur

¹ Schaap M, et al. *BMC Public Health* 2009 ; 123 : 103-9

TABAGISME ET PRECARITE : EVOLUTION ?

LE TABAGISME DIMINUE SAUF CHEZ LES PRÉCAIRES :

Aux USA diminution 50% entre 1960 et 2009 (prévalence 20,6%, objectif 12%, groupes à bas NSE déficit prévention /aide au sevrage) ¹

En France, en 2010 (entre 15 et 75 ans) le taux de fumeurs était de 23,5% dans le tercile des plus aisés et de 35,2% dans celui des moins aisés (en 2000 respectivement les taux étaient de 28,3% et 31,2%) ²

En Europe et en France notamment, forte prévalence du tabagisme chez les personnes à faible NSE³⁻⁸

¹ Fernandez A, et al, *Am J Health Promotion*, 2011

² Beck F, et al. Baromètre santé, INPES, 2010

³ Jefferis BM, et al. *J Public Health* 2004 ; 26 : 13-8.

⁴ Cavelaars AE *BMJ* 2000 ; 320 : 1102-7.

⁵ Giskes K, et al. *Epidemiol Community Health* 2005;59:395-401.

⁶ Federico M, et al. *Prev Med* 2004 ; 39 : 919-26.

⁷ Huisman M, et al. *Tob Control* 2005 ; 14 : 106-13.

⁸ Sharma M, et al. *BMC ; Public Health* 2010, 10:755

2018: diminution de la prévalence du Tabagisme dans toutes les catégories sociales - données INPES

PREVALENCE DU TABAGISME SELON LA SITUATION PROFESSIONNELLE (FRANCE)

	2000 %	2003 %	2005 %	2006 %	2007 %
Cadres	36	27	27	26	28 ↘ 22%
Travailleurs manuels	45	44	37	40	40 ↘ 11%
Chômeurs	44	40	48	47	44 idem

LE TABAGISME DU « PAUVRE » (1)

SPÉCIFICITÉS DE LA CONSOMMATION

Début précoce du tabagisme^{1,2}

- Rapide et forte dépendance au tabac
- Maintien à l'âge adulte
- Niveaux de consommation élevés

Rapport à la cigarette différent^{1,2}

- Méconnaissance des risques.
- Faible impact des messages sanitaires
- Tabagisme passif peu pris en compte
- Pas de limitation sur tabagisme à la maison

Sevrage plus difficile : « *Hard-Core smokers* » ?³

¹ RM Rouquet. Congrès National SFT, Paris 2010

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

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

LE TABAGISME DU « PAUVRE » (2)

Recul de l'espérance de vie aux USA¹ :

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

Inégalités sociales de santé

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

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

¹ CDC and prévention. National Vital Statistic reports 2010

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

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

LE TABAGISME DU « PAUVRE » (3)

Augmentation de la morbi-mortalité en cas de NSE faible

Mortalité par cancer poumon x 4 chez travailleurs
manuels non qualifiés (UK)

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

Mortalité par coronaropathie élevée en Ecosse chez les adultes jeunes
: NSE est bas.

1/3 des différences de mortalité liées aux inégalités sociales

Taux de sevrage :

Quand haut niveau social : 25% en 1973 et 50% en 1996

NSE faible : inchangé à 10%

Perriot J, et al. CSFT Montpellier, 2005

Perriot J, et al. CSFT Paris, 2008

Perriot J, et al. CSFT Brest, 2009

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

Perriot J, et al. CPLF Lille 2017

IMPACT DE L'AUGMENTATION DU PRIX DU TABAC ?

Résultats controversés :

Des études montrent une baisse du tabagisme dans les milieux défavorisés mais d'autres l'inverse

Les études les plus récentes montrent :

Une aggravation du gradient socio-économique

En France, en 2000, 2003, 2005 et 2007 ¹, la prévalence du tabagisme des chômeurs a été de 44%, 40%, 48 et 44%.

L'augmentation du coût majore l'envie d'arrêter mais pas le taux de succès du sevrage ²

Les augmentations des prix du tabac (2000/2008) se sont accompagnées d'une ↘ de consommation chez les cadres et employés avec stabilité chez les travailleurs manuels et d'une ↗ chez les sans emplois ³

¹ Peretti-Watel P, et al. *Addiction* 2009 ; 104 : 1718-28

² Siahpush M, et al. *Addiction* 2009 ; 104 : 1382-90

³ Peretti-Watel P, et al. *Int J Environ Res Public Health* 2009 ; 6 : 608-21

LE TABAGISME DU « PAUVRE » (4)

Les pauvres consacrent 20% de leurs revenus au tabac¹

Ils sont peu enclins à arrêter de fumer ? ²

Entretiens de 40 min à 1h30 avec 31 fumeurs pauvres (H/F) rencontrés dans foyers ou centres d'hébergement...résultats :

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

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

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

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

Merson F, et al. CSFT Lille 2017

SEVRAGE TABAGIQUE DU « FUMEUR PRECAIRE »

« Fumeur en situation de précarité sociale »



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 élevée

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

Laguerre 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

STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

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

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

PRISE EN CHARGE PRATIQUE

OSER ABORDER LA QUESTION DU TABAC

Médecin se pense incapable d'aider et le patient de le faire
Mais ils sont désireux d'arrêter et demandeurs d'aide
Donc : rencontre improbable, relation médecin-patient difficile

Quelques pistes :

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

OBJECTIFS RÉALISTES, PAS TROP ÉLOIGNÉS DANS LE TEMPS

- Effets positifs à court terme, mini défis, mesure du CO

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

MÉCONNAISSANCE DES MOYENS D'AIDE FAUSSES REPRESENTATIONS

- Informer, expliquer certains échecs (sous dosage en TNS)
- Prise en charge habituelle (forfait 150 € / CMUc et remboursement des médicaments d'aide à l'arrêt)

Les 11 questions du score Epices

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
Constante	75,14	

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

PERSPECTIVE TEMPORELLE

(Zimbardo Time Perspective Inventory: ZTPI)

Rapport que les individus entretiennent avec leur passé, présent et futur : 5 dimensions (Zimbardo & Boyd, 1999)

Passé Positif : Attitude positive et nostalgique à l'égard du passé

Passé Négatif : Vision négative du passé et rumination des expériences douloureuses

Présent fataliste : Attitude fataliste et résignée (face à un destin qui détermine le cours des événements)

Présent Hédoniste : Attitude de prise de risque (pour mettre de l'excitation dans la vie)

Futur : Attitude de planification et réalisation des buts

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

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

TABAGISME ET PERSPECTIVE TEMPORELLE

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 : mesusage d'alcool, moins motivés et concernés par leur santé, TAD plus fréquents

Futur : Réussite à M3 supérieure, motivation plus forte et raisons d'arrêt moins financières

Merson F, Perriot J, Impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique, *Presse Med* (2011), 41(2) e43-51.

Merson F, Perriot J, Underner M. Le sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale : état des lieux et propositions d'optimisation. *Rev Med Liege* 2015 ; 70(1):44-48.

Agir conjointement à trois niveaux :

Élever le niveau socio-économique (formation)

Accroître les intentions d'arrêt (conseil d'arrêt)

Faciliter arrêt et maintien dans l'abstinence

. **Prise en charge personnalisée** (partenariats)

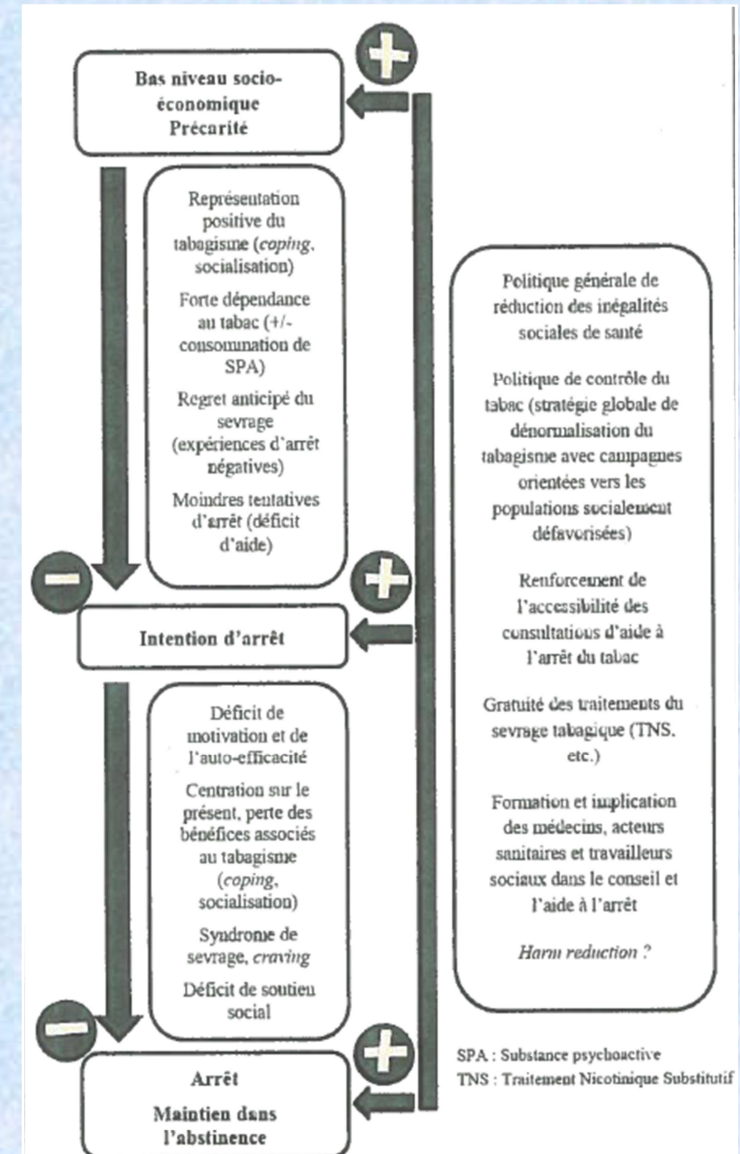
. **Rembourser des médicaments du sevrage**

Politique globale de lutte contre le tabagisme

A poursuivre et développer

Stratégie de réduction des risques ?

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



CONCLUSION

Le tabagisme aggrave la pauvreté. La pauvreté aggrave le tabagisme et sa nocivité

Travailler au rythme des personnes

Travailler AVEC elles et non POUR elles

Dialoguer, adapter son langage et s'adapter aux situations

Utiliser des outils (ex: journalier de la cigarette, RPIB, etc.)

Élaboration personnalisée d'un projet de sevrage ou de campagnes spécifiques

Remboursement des substituts nicotiniques

Utiliser des appuis et soutiens adaptés

REMERCIEMENTS A RM ROUQUET - Toulouse
G PEIFFER – Metz
F MERSON – Clermont-Fd