TABAGISME ET AIDE A L'ARRÊT DU TABAC DES FUMEURS EN SITUATION DE PRECARITE SOCIALE

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

perriotjean@gmail.com

DIU Tabacologie
Clermont-Ferrand – Juin 2020

INTRODUCTION

Le tabagisme est la première cause évitable de mortalité prématurée. La consommation de tabac est particulièrement élevée dans les populations dont le niveau socio-économique est bas.

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

La prévalence du tabagisme ne diminue pas autant au sein des populations de bas niveau socio-économique que dans les couches sociales plus aisées.

L'arrêt du tabac est plus difficile pour les fumeurs en situation de précarité sociale, c'est pourquoi les professionnels de santé doivent s'impliquer dans le soutien de leurs tentatives d'arrêt du tabac.

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]

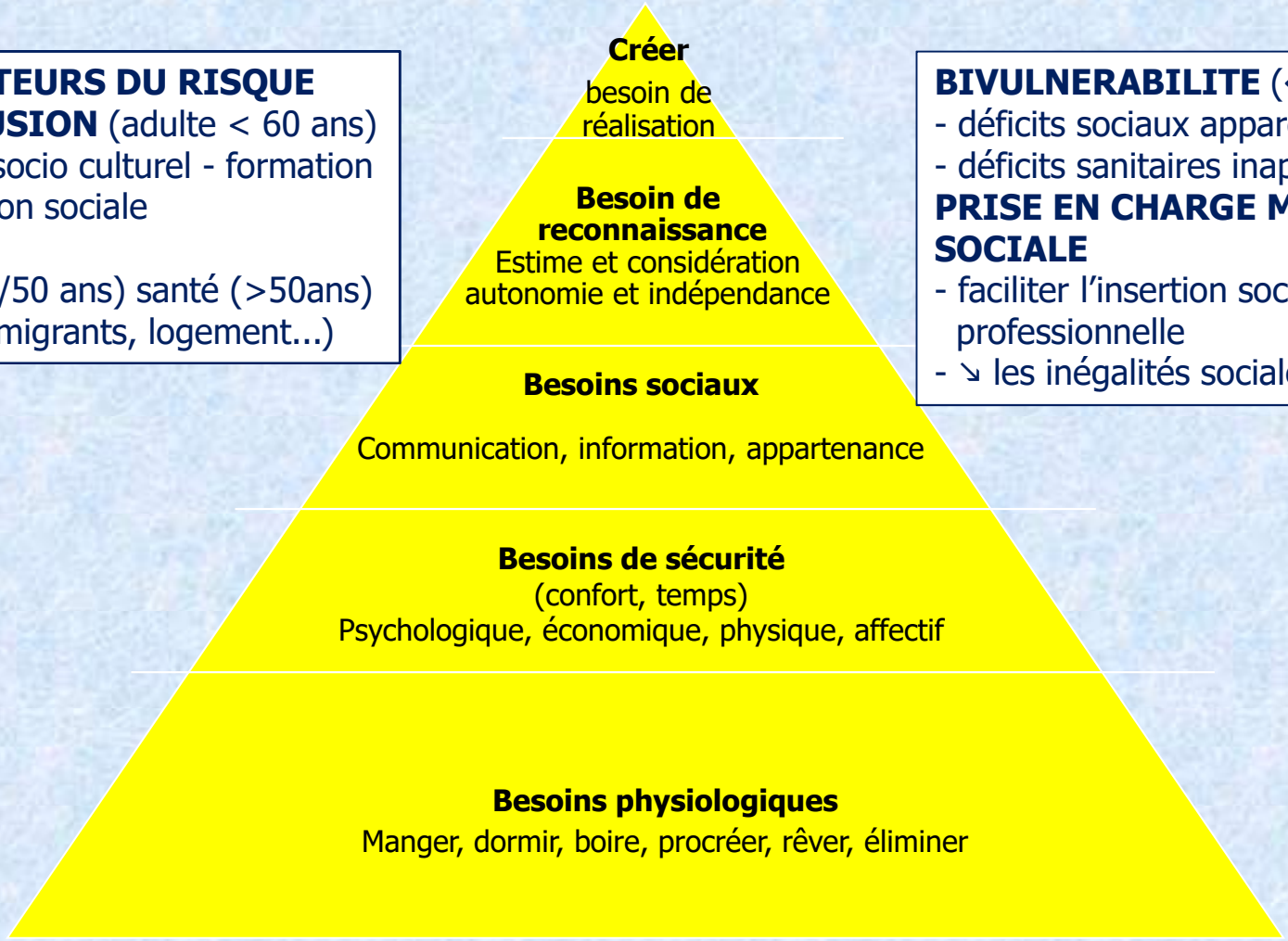
Syndrome de « Grande Exclusion » [4]

Inégalité sociale de santé & cohésion sociale [5]

1 Wresinski J. *JORF,* 1987.
2 Brücker G., et al. *Santé Publique*, 1999.
3 Lenoir R. Les exclus. *Le Seuil*, 1974.
4 Emmanuelli X. *Presse Med* 2009 ; 38 : 1557-9.
5 Hirsch M. *BEH* 2007 ; 2-3 : 9-10

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

INDICATEURS DU RISQUE D'EXCLUSION (adulte < 60 ans)
- niveau socio culturel - formation
- protection sociale
- Emploi
- âge (25/50 ans) santé (>50ans)
- divers (migrants, logement...)



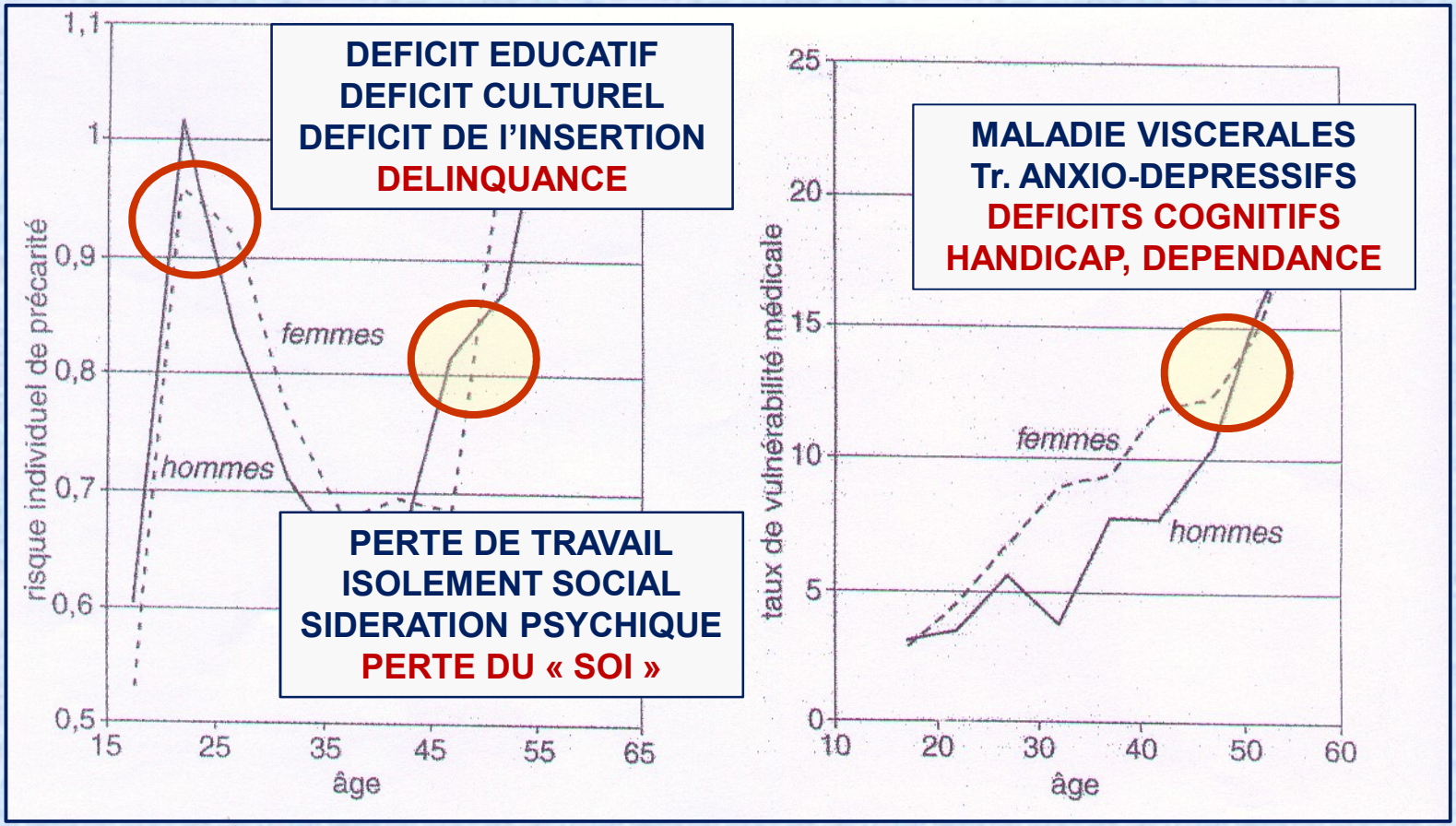
BIVULNERABILITE (« ICEBERG »)
- déficits sociaux apparents
- déficits sanitaires inapparents

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* »

Perriot J, Martin F. Puy de Dôme et rSa, Colloque CNFPT Nancy 2011

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



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

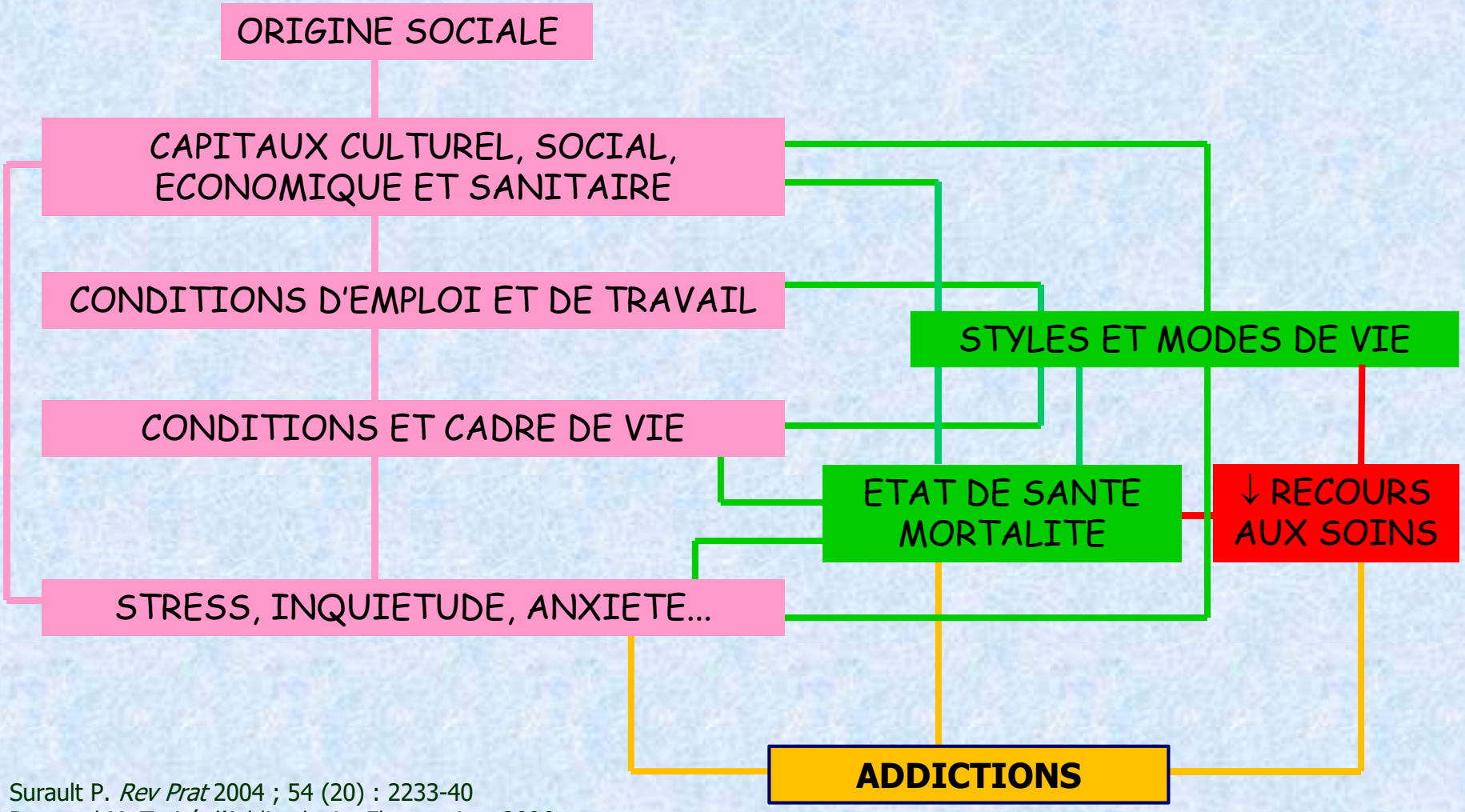
OBESITE, TABAGISME ET DEPISTAGE DES CANCERS PAR CATEGORIE SOCIALE ET PAR SEXE (âge > 18 ans)

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

	Hommes			Femmes			
	Obésité RR * [IC 95%]	Fumeur quotidien RR [IC 95%]	Pas de dépistage du cancer colorectal depuis 2 ans (50-74 ans) RR [IC95%]	Obésité RR [IC 95%]	Fumeur quotidien RR [IC 95%]	Dépistage du cancer colorectal de moins de 2 ans (50-74 ans) RR [IC 95%]	ma d (F
Cadre	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	
Profession intermédiaire	1,2 [1,0-1,5]	1,1 [1,0-1,3]	1,0 [1,0-1,1]	**1,3** [1,0-1,8]	1,0 [0,8-1,2]	1,1 [0,8-1,4]	
Artisan(e), commerçant(e)	**1,8** [1,4-2,3]	**1,2** [1,0-1,5]	**1,1** [1,0-1,1]	**2,1** [1,5-3,0]	**1,5** [1,1-1,9]	1,2 [0,9-1,7]	
Employé(e)	**1,7** [1,4-2,2]	**1,3** [1,1-1,5]	**1,1** [1,0-1,2]	**2,2** [1,7-2,8]	**1,3** [1,1-1,5]	1,1 [0,8-1,3]	
Agriculteur(trice)	**2,2** [1,6-2,9]	0,8 [0,5-1,1]	**1,1** [1,0-1,2]	**2,9** [2,0-4,0]	**0,5** [0,2-0,9]	0,8 [0,5-1,2]	
Ouvrier(ère)	**2,1** [1,7-2,5]	**1,6** [1,4-1,8]	**1,1** [1,0-1,1]	**2,8** [2,1-3,6]	**1,5** [1,2-1,8]	1,1 [0,8-1,4]	

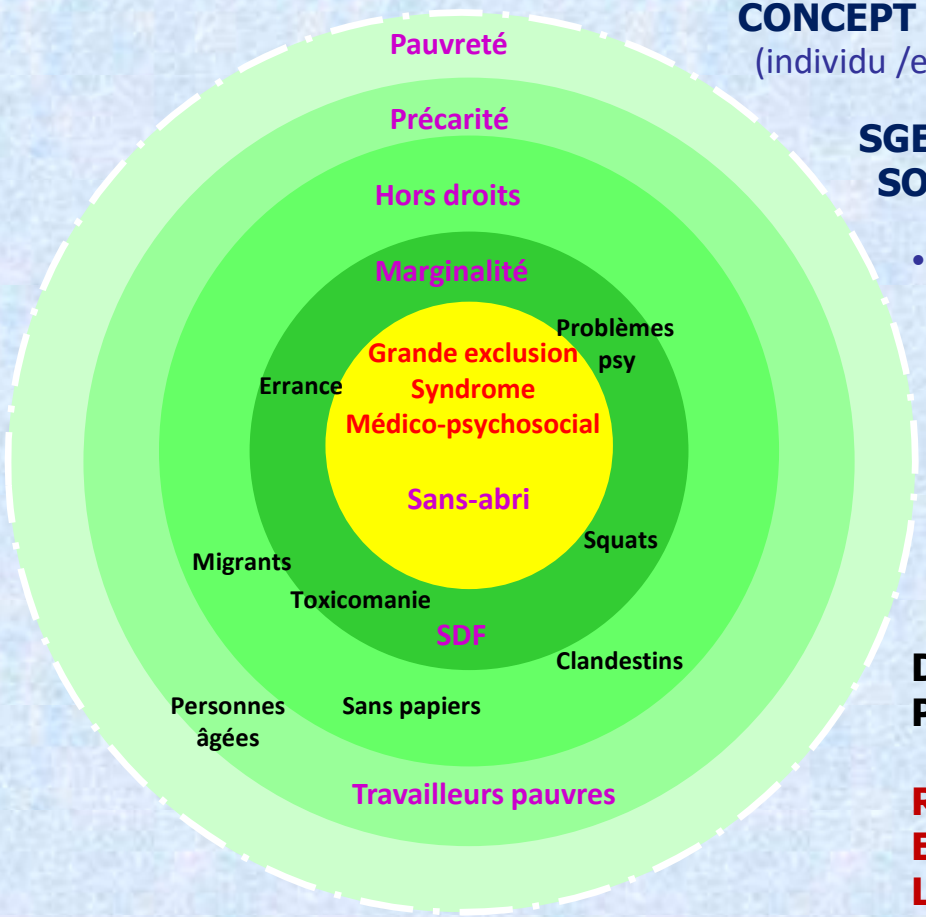
Source : Inégalités sociales de santé. *BEH,* 2011 ; 8-9

PRODUCTION ET REPRODUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET DE MORTALITE



Surault P. *Rev Prat* 2004 ; 54 (20) : 2233-40
Reynaud M. Traité d'Addictologie. Flammarion, 2006

SYNDROME DE GRANDE EXCLUSION (SGE)



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

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 ASSOCIEES

REPERAGE DES VULNERABILITES (ET PRISE EN CHARGE) AVANT LE BASCULEMENT DANS LE SGE

Seniors : repérage de la fragilité et vulnérabilité avant le basculement dans le handicap et/ou la dépendance

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

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

TABAGISME ET PRECARITE : QUELS INDICATEURS ?

SUR 70 ÉTUDES ANALYSÉES [1]

- Niveau d'éducation (++)
- Revenus
- Métier (exercer/type)
- Etre 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 : QUELLES CONSEQUENCES ?

Recul de l'espérance de vie aux USA[1] :
attribué **au tabac** et à l'obésité touchant particulièrement les plus pauvres

Inégalités sociales de santé

↗ **Morbi-mortalité** chez les personnes à NSE faible[2,3]

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

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

Mortalité par cancer poumon x 4 travailleurs manuels non qualifiés
Prévalence et décès/BPCO (excès de risque chez les H à bas NSE)
Mortalité par coronaropathie élevée (Ecosse adultes jeunes à bas NSE)

Taux de sevrage inférieur quand NSE bas [5,6]

[1] CDC and prévention. National Vital Statistic reports 2010
[2] Menvielle G, et al. *Rev Epidemiol Sante Pub* 2007 ; 55 : 97-105
[3] Mackenbach JP, et al. *Lancet* 1997 ; 349 : 1297-8
[4] O'Flaherty M et al. *BMJ* 2009 ; 339 : b2613
[5] Merson F, et al. *Rev Mal Respir* 2014; 31 : 44-52
[6] Perriot J, et al. CPLF, Lille 2017

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 aisé (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 NSE[3-8]

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

[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

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

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

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 lien avec ↗ du prix :

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

TABAGISME ET PRECARITE : CARACTÉRISTIQUES DE LA CONSOMMATION ? (1)

Début précoce du tabagisme[1,2]

- Rapide et forte dépendance au tabac
- Niveaux de consommation élevés
- Pas de limitation du tabagisme à la maison

Rapport à la cigarette différent [1,2]

- - Méconnaissance des risques
- - Tabagisme passif peu pris en compte
- - Faible impact de la prévention (messages sanitaires et réglementation)
-

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

[1] RM Rouquet. Congrés 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

TABAGISME ET PRECARITE : CARACTÉRISTIQUES DE LA CONSOMMATION ? (2)

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

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

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

[1] Haustein KO. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006 ; 13 : 312-8
[2] Constance J. *Ethnologie française*, 2010 ; 3 : 533-40,
[3] Merson F, et al. Presse Med 2011; 41:e43-51
[4] Merson F, et al. CSFT Lille 2017

SEVRAGE TABAGIQUE DU « FUMEUR PRECAIRE »

« Fumeur en situation de précarité sociale »

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

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,*,b], J. Perriot [a], M. Underner [c], G. Peiffer [d], N. Fieulaine [b]

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

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 fumeu suit sa consommation de tabac toute sa vie décédera d'une maladie en lie France, il est chaque année responsable de plus de 70 000 décès. Le bénéfic se manifeste par une diminution de la mortalité ou de la morbidité induite tion. Les données récentes relèvent une augmentation de la prévalence d catégories socioéconomiques les plus défavorisées. L'amélioration de la l gisme passe par une meilleure compréhension des déterminants du tabag populations. Ils sont aussi facteurs d'échecs du sevrage lors de la tentative générale précise les différents facteurs socioéconomiques et éducationne consommation de tabac ou le résultat de la tentative d'arrêt, en se basar la littérature internationale. Son objectif est de proposer des voies d'opt en charge de l'aide à l'arrêt du tabagisme des publics socialement défavo

© 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

FUMEURS PRECAIRES (vs non précaires)

Intentions comportementales d'arrêts inférieures
Reid JL, etal. *Nicotine Tob Res* 2010;12:S20-S33

Niveau de dépendance nicotinique supérieur
Siapush M, etal. *Tob Control* 2006;15:iii71-iii75

Intensité du craving plus élevé
Nordgren LF, etal. *Health Psychol* 2008;27:722

Faible sentiment d'auto efficacité
Businelle MS, etal. *Health Psychol* 2010;29:262

Décision d'arrêt fragile, troubles de la temporalité
Merson F, etal. *Santé Publique* 2011;23:359-70

Troubles anxiodépressifs, co-consommations SPA
Lagrue G, etal. *L'Encéphale* 2004;30:500-1

Expériences passées d'arrêts plus mauvaises
Hiscock R, etal. *Ann NY Acad Sci* 2012;1248:107-2

IL FAUT AIDER L'ARRÊT DU TABAC

Merson F, etal. *RevMed Liège* 2015 ; 70 : 44-8
Deschenau A, et al. *Rev Mal Respir* 2017 ; 34 : 44-52
Toque E, et al. CSFT Montpellier, 2019

PRISE EN CHARGE PRATIQUE

OSER ABORDER LA QUESTION DU TABAC

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

Quelques pistes :

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

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

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

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

MÉCONNAISSANCES ET FAUSSES REPRESENTATIONS

- **Informer et expliquer** certains échecs (sous dosage en TNS)
- Moyens d'aide (**remboursement des TNS**, réduction préparant l'arrêt complet avec entretien motivationnel et TNS, **accompagner l'arrêt**)

Merson F, et al. *Rev Med Liege* 2015 ; 70:44-8
Perriot J,et al. CPLF Lille,2017
Toque E, et al. CSFT Montpellier, 2019

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.

Evaluez 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 »)

	Ne me correspond pas du tout				*Me correspond tout à fait*
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 entrainé 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*

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

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.

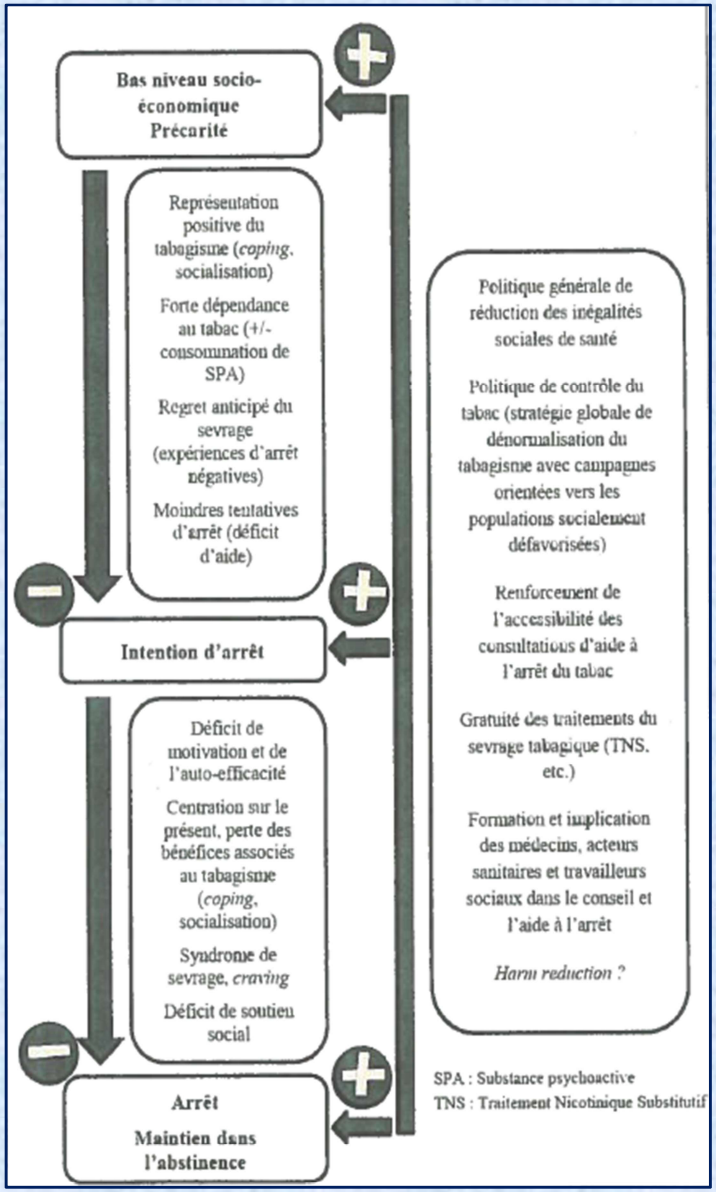
Agir conjointement à différents niveaux :

Élever le niveau socio-économique (formation)
Accroître les intentions d'arrêt (RPIB)
Faciliter arrêt et maintien dans l'abstinence
. Prises en charge personnalisées (partenariats)
. Faciliter l'accès aux pharmacothérapies (rembourser)
Impliquer les professionnels de santé

Poursuivre et développer la politique globale de lutte contre le tabagisme.

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

Quelle place pour les stratégies de réduction des risques ? faciliter l'expérience de la tentative d'arrêt ou de réduction de consommation (TNS)



CONCLUSION

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

Travailler AVEC les personnes et non POUR elles.

Dialoguer, adapter son langage et s'adapter aux situations, travailler au rythme des personnes.

Utiliser des outils adaptés (RPIB, etc.).

Élaboration personnalisée d'un projet de sevrage ou de programmes spécifiques (intégrant les personnes elles mêmes : projets de santé communautaires).

Inventer des modalités de prévention du tabac avec des outils adaptés à ce public

Remerciements a : RM ROUQUET - Toulouse
G PEIFFER - Metz
F MERSON - Clermont-Fd