TABAGISME ET PRECARITE

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

jean.perriot@cg63.fr

DIU Tabacologie Clermont-Ferrand - 2014

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) [2]

Bivulnérabilité

Exclusion = perte de citoyenneté [3]

Syndrome de « Grande Exclusion » [4]

CONCEPTS DE SANTE : PUBLIQUE - COMMUNAUTAIRE

(1) Brücker G., et al. *Santé Publique*, 1999.
(2) Wresinski J. *JORF*, 1987.
(3) Lenoir R. Les exclus. *Le Seuil*, 1974.
(4) Emmanuelli X. *Presse Med* ,2009 ; 38.

INDICATEURS DU RISQUE D'EXCLUSION (adulte < 60 ans)

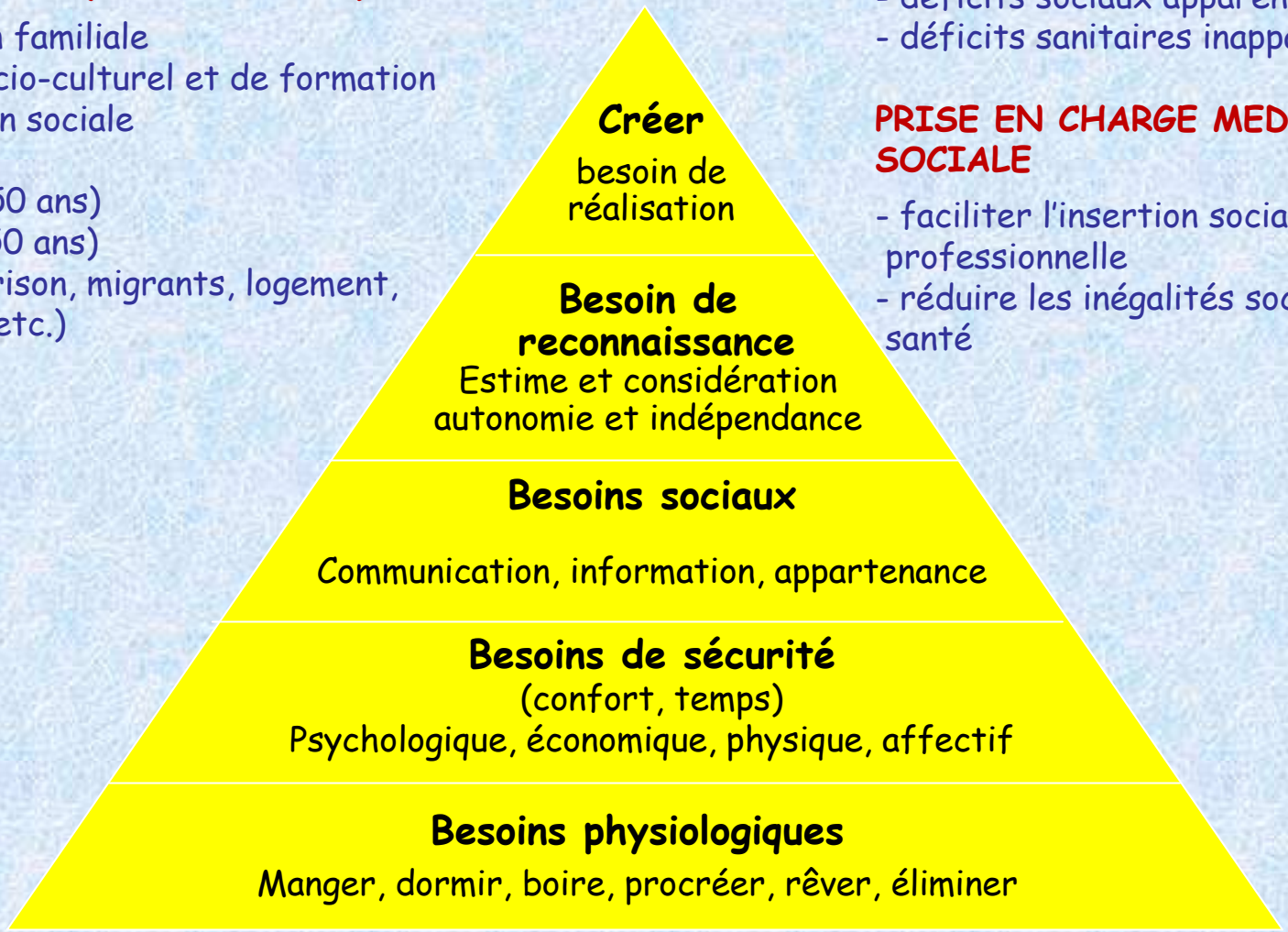
- situation familiale
- niveau socio-culturel et de formation
- protection sociale
- emploi
- âge (25/50 ans)
- santé (> 50 ans)
- divers (prison, migrants, logement, handicap, etc.)

BIVULNERABILITE = « ICEBERG »

- déficits sociaux apparents
- déficits sanitaires inapparents

PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

- faciliter l'insertion sociale et professionnelle
- réduire les inégalités sociales de santé



PYRAMIDE DE MASLOW : SATISFACTION PROGRESSIVE DES BESOINS DE L'INDIVIDU (ETAGE PAR ETAGE, DE LA BASE VERS LE SOMMET)

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

Environnement social

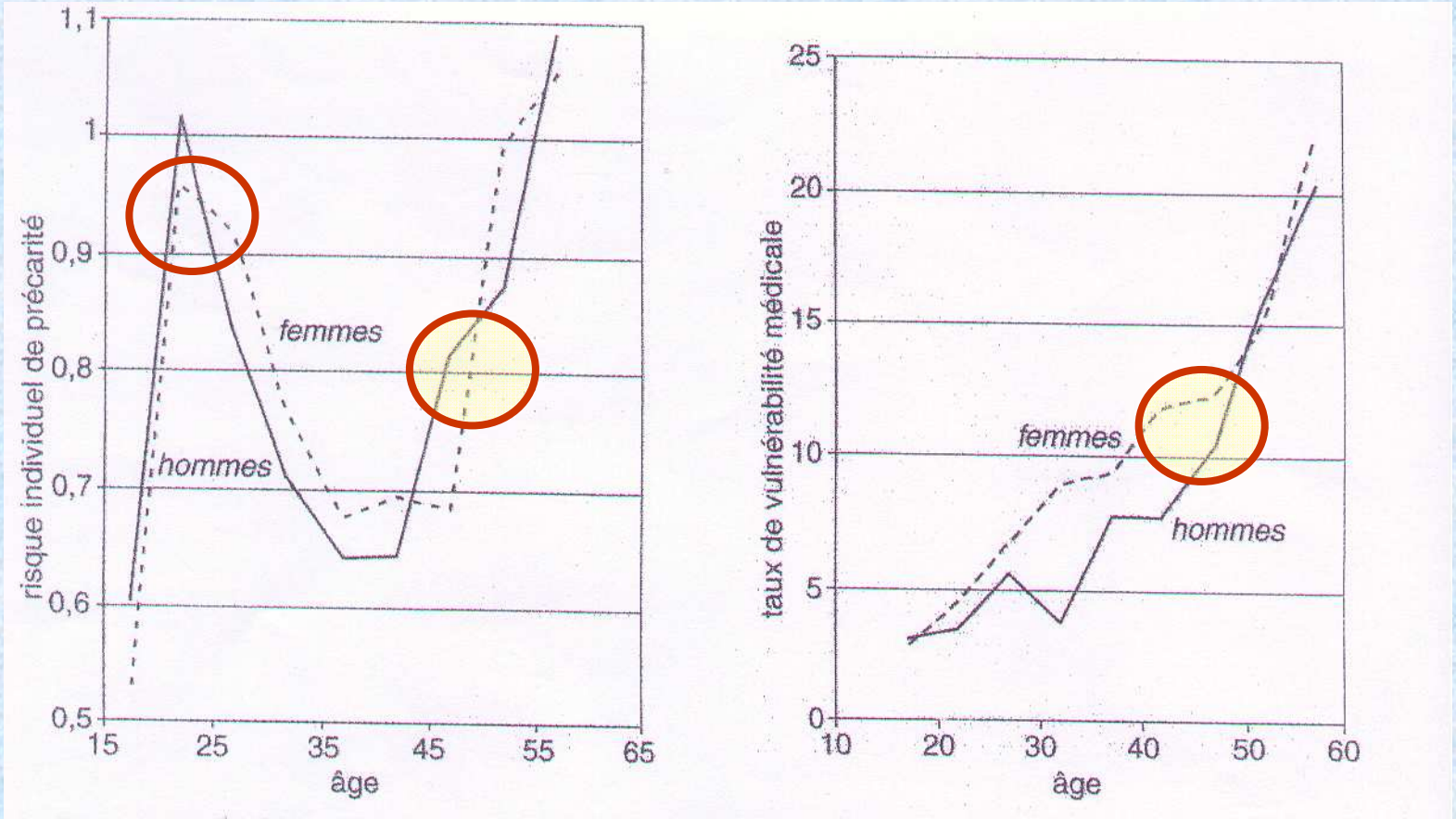
Insertion sociale

Paramètres de référence personnelle

Enracinement

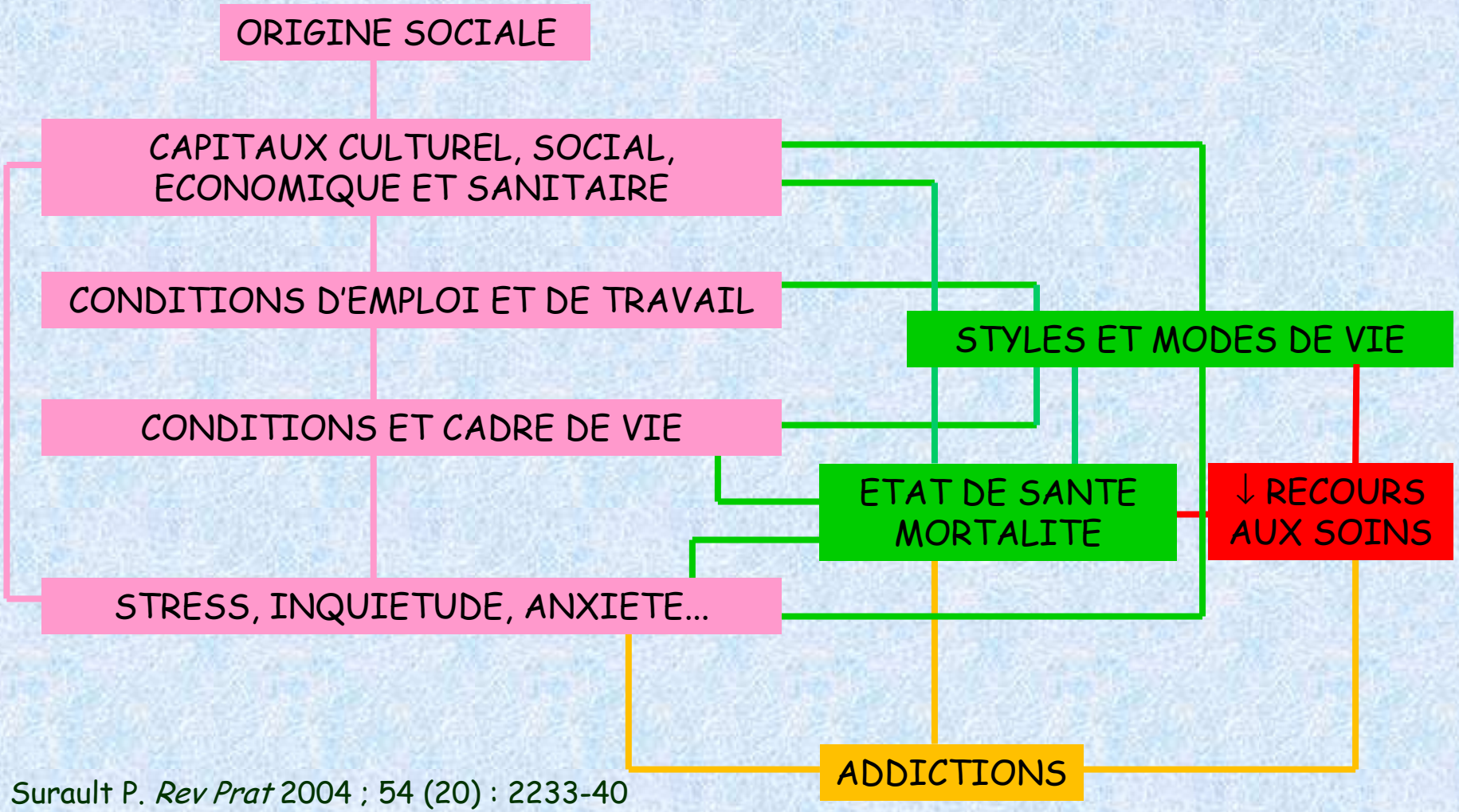
L'essentiel des facteurs qui constituent une personnalité sont inapparents alors qu 'ils régissent son fonctionnement. Comme dans un iceberg, c 'est dans la partie cachée que réside le centre de gravité.

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



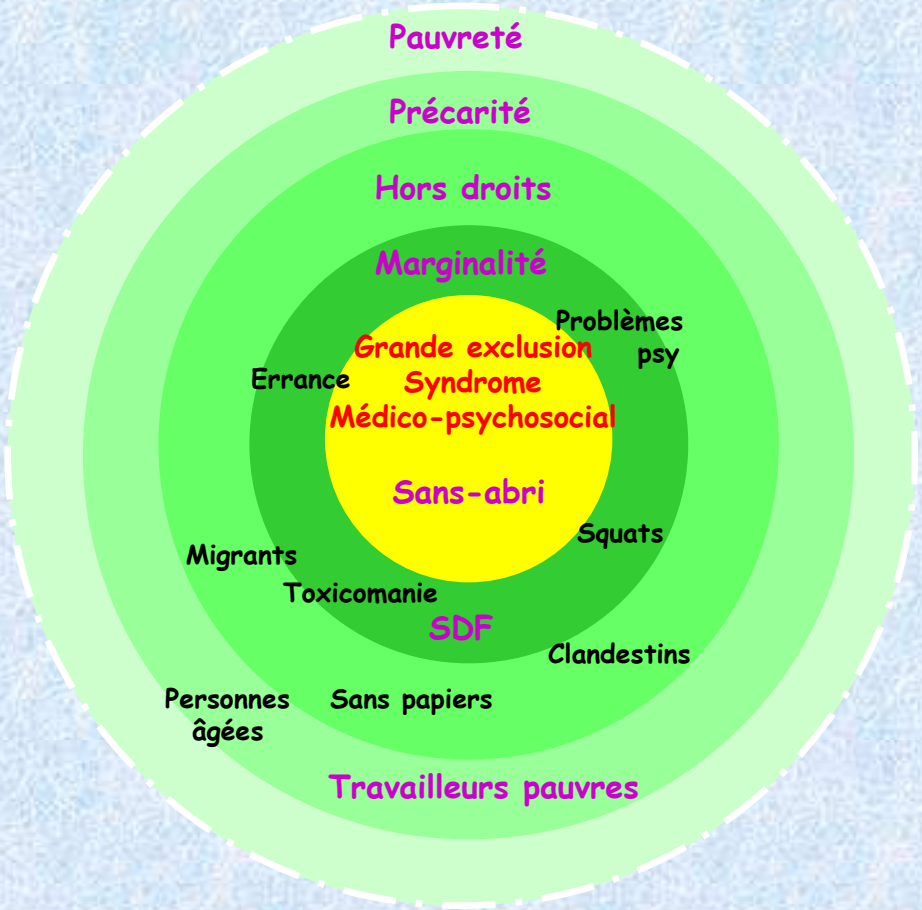
Source : enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux 1991-1992.

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



CONCEPT MEDICO-PSYCHO-SOCIAL D'INSTALLATION +/- RAPIDE
(individu - environnement – réponse/besoins : SDF → SA → SGE)

SYNDROME DE GRANDE EXCLUSION (SGE) = PERTE DES FONCTIONS SYMBOLIQUES SOUTENANT LA PERSONNALITE

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

DISTORSION DES PERCEPTIONS ACCRUE PAR LES COMORBIDITES ANCIENNES OU ACQUISES

Emmanuelli X. *Presse Med* 2009 ; 38

Qu'est-ce que la précarité ?

Pays en développement ? = pauvreté

- 9/10 de la population.
- < 2 dollars /j

Précarité : différent de la pauvreté (**notion d'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)

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

Etude prospective, menée depuis 1958 (UK) sur tabagisme et statut socio-économique de 10500 personnes.

A 23 ans : 40% des H et 38% des F fument

30% si haut NSE,

47% si bas NSE

Entre 23 -33 ans : taux d'arrêt :

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

Dobson R, et al. *BMJ* 2004

Indicateurs de pauvreté

- Sur 70 études analysées [1] :
  - niveau d'éducation (++)
  - revenus
  - métier
  - être propriétaire (valeur > aux revenus)
  - statut socio-économique parental
- Le risque de fumer selon le NSE
  - OR bas NSE / Haut NSE, selon éducation, revenus et métier = 2.14, 2.09, 2.26
  - en analyse multivariée, le critère : « éducation » semble majeur

[1] Schaap M, Public Health, 2007

Qui sont les précaires ?

- **Sans couverture mutuelle**
- **Personnes isolées vivant en foyer**
- **Minorités ethniques**
- **Grands précaires :**
  - Sans couverture sociale (CMU, AME)
  - Sans aide sociale (RMI, allocations)
  - Demandeurs d'asile
  - Populations étrangères "sans papier"

Grands précaires : SDF en foyers d'hébergement

- **Sans oublier**

• Retraités

• Demandeurs d'emploi

•Inactifs : 16-25 ans en insertion professionnelle, chômeurs, rSa, étudiants

- **Mise à jour en 1998**

•Personnes en contrat emploi solidarité

•SDF

- **Mise à jour en 2000**

•Bénéficiaires de la CMU

Constats dans les pays riches (1)

- **Le tabagisme tend à diminuer grâce aux luttes anti-tabac sauf chez les précaires :**
  - Aux USA[1] :
    Diminution de plus de 50% entre 1960 et 2009 (prévalence de 20,6%, objectif : 12%, non atteint car groupes à bas NSE n'ont pas bénéficié des campagnes de prévention et des programmes d'aide au sevrage)
  - En France, de 2000 à 2005, taux de fumeurs est passé de 29% à 26% (objectif était à 22%)[2]
  - En Europe, forte prévalence du tabagisme chez les personnes à faible NSE[3]

[1] Fernander A, et al, *Am J Health Promotion*, 2011
[2] Baromètre santé, 2005,
[3] Jefferis BM, et al. *J Public Health*, 2004, Cavelaars, *BMJ*, 2000, Giskes, *Epidemiol Commun Health* 2005, Federico M, et al. *Prev Med* 2004, Huisman M, et al. *Tob Control* 2005, Sharma M, et al, *BMC Public Health* 2010, 10:755

Prévalence du tabagisme selon la situation professionnelle en 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)

Constats dans les pays riches (2)

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

- **Inégalités socio-économiques (++)**
- ↗ Morbi-mortalité chez les personnes à NSE faible[2]
- **Tabac** : facteur principal de cette inégalité

[1] CDC and prévention. National Vital Statistic reports 2010
[2] Menvielle G. Rev Epidemio et Sante Publique 2007, Cancer Causes Control 2005, Mackenbach JP, Lancet 1997, *Eur J Cancer* 2004, Rosvall, *BMC Public Health* 2006

Tabagisme et NSE

- **Augmentation de la morbi-mortalité en cas de NSE faible**
  - Au RU : mortalité / cancer poumon x 4 chez travailleurs manuels non qualifiés
  - H à bas NSE ont plus grand risque de décès/BPCO
  - La mortalité par coronaropathie est élevée en Ecosse chez les adultes jeunes : NSE est bas. O'Flaherty M et al, *BMJ*, 2009
  - 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%

Particularités du tabagisme des précaires[1] ?

- Début précoce
- Rapide et forte dépendance
- Maintien à l'âge adulte
- Niveaux de consommation élevés
- Rapport à la cigarette différent ?
- Méconnaissance des risques et/ou non impact des messages sanitaires
    - Excusent le tabagisme passif
    - Pas de limitation sur tabagisme à la maison
- Sevrage plus difficile
- Hard Core Smokers[2]

[1] RM Rouquet. Congrés National SFT, Paris 2010
[2] Perriot J, et al. *Rev Mal Respir*, 2012

La cigarette du pauvre.(1)

- Les pauvres consacrent 20% de leurs revenus au tabac[1]
- Pourquoi sont-ils moins enclins à arrêter de fumer ? [2]
- Entretiens de 40 min à 1h30 avec 31 fumeurs pauvres
  - 13 femmes, 18 hommes, âgés de 16 à 60 ans
  - Pauvreté : recevoir une aide matérielle de la collectivité
  - Rencontrés dans maison des chômeurs, 2 foyers d'hébergement d'urgence .

[1] Haustein KO. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006
[2] Constance J. Ethnologie française, 2010,3,533-40,

La cigarette du pauvre.(2)

1. Les pauvres ne sont pas ou 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 = privation et accablement supplémentaire.
3. L'initiation tabagique est souvent familiale puis relayée par les pairs. La tabagisme devient un « objet d'échange facteur de lien social »
4. Difficulté de se défaire d'une pratique socialisante qui permet le maintien de règles d'échange et une sociabilité résiduelle
5. La cigarette, dernier plaisir d'une **vie ancrée dans le présent** qui relativise le risque à fumer

Précarité et Perspective Temporelle (PT), impact et sevrage tabagique : Etude 1

- **Etude prospective mars 2009 à juin 2010**

- 200 patients, nouveaux consultants – Dispensaire Emile Roux – Clermont-Ferrand pour sevrage tabagique

- **Recueil de données :**

  - Socio-économiques (Age, Sexe, Revenus, Précarité…)
  - Tabagisme (âges 1ère cig, TR, conso, coaddictions, Richmond, Demaria-Grimaldi, motivations…)
  - Troubles anxiodépressifs (HAD, BDI)
  - Perspective temporelle

- **Evaluation finale à 3 mois**

Mesure de la précarité sociale

- **Score EPICES** : 11 questions dichotomiques seuil précarité : 30,17 (BEH n° 14, 2006)

- Permet l'identification de populations fragilisées socialement ou médicalement hors des critères socio-administratifs habituels

- Lié aux indicateurs de qualité de vie, à l'accès aux soins et à la santé

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.

Mesure de la PT : échelle ZTPI (Zimbardo Time Perspective Inventory)

- **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

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*

Variables	Précaires (Epices ≥ 30,17) n = 88	Non précaires (Epices < 30,17) n = 104	p
Sexe (n)			NS
Hommes	54	56	
Femmes	34	48	
Âge (ans)	45,6	47,0	NS
Catégorie socioprofessionnelle (n)			< 0,0001
Actif	29	77	
Sans activité	20	4	
Invalide	30	1	
Retraité	7	13	
Étudiant	1	3	
Revenus annuels (n)			< 0,0001
< 12 000 €	57	9	
12 000 à 30 000 €	28	50	
30 000 à 100 000 €	3	40	
> 100 000 €	0	4	
Tabagisme			
Tabagisme régulier (ans)	16,9	18,1	0,02
Cig/jour	29,0	23,0	0,001
Test de Fagerström	8,3	7,0	< 0,0001
Motif d'arrêt (%)			
Maladie diagnostiquée	39,1	23,3	0,02
Trop cher	46,0	7,8	< 0,0001
Cooddictions (%)			
Alcool	28,4	12,7	0,007
Cannabis	10,2	6,9	NS
Réussite à 3 mois (%)	39,8	59,6	0,006
Richmond	7,4	7,9	< 0,0001
Demaria-Grimaldi	10,6	12,7	< 0,0001
HAD			
HAD-A	12,0	9,1	< 0,0001
HAD-D	8,5	5,6	< 0,0001
Epices	53,7	14,5	< 0,0001
ZTPI			
Passé positif	2,8	3,1	0,02
Présent hédoniste	2,7	3,1	0,01
Passé négatif	3,0	2,4	< 0,0001
Présent fataliste	2,8	2,2	< 0,0001
Futur	3,1	3,5	0,0002
Procédure (n)			
Arrêt	60	93	0,0002
Réduction	26	10	0,0004
Traitement (n)			
Varénicline	26	50	0,009
Bupropion	0	1	NS
TNS TD	6	2	0,03
TNS FO	29	11	< 0,0001
TNS TD + FO	23	36	NS
Inhaleur	0	1	NS
Antidépresseurs (IRS) (%)	54,8	40,6	0,04

FO : formes orales : gommes 2 mg ou pastilles 1,5 mg ; TD : transdermique ; TNS : traitement nicotinique substitutif.

45 % fumeurs précaires (EPICES ≥ 30 ,17)
Fumeurs précaires (vs non précaires) :

- FTND supérieur (p<0,0001)
- HAD A-D supérieur (p<0,0001)
- Taux de réussite inférieur (p<0,006)
- Motivation inférieure : Richmond (p<0,0001)
- Motif d'arrêt = coût du tabagisme (p<0,0001)

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

Résultats (2) : Perspective Temporelle

- **Précaires** :
  - Plus orientés vers les dimensions Présent Fataliste, Passé Négatif
  - Moins orientés vers les dimensions Passé Positif, Présent Hédoniste, Futur

- **Indépendamment de la précarité**
  - **Passé Négatif** : motivations financières, TAD
  - **Présent Fataliste** : Coaddictions alcool, moins motivés, moins concernés par leur santé, TAD
  - **Futur** : Réussite à 3 mois supérieure, motivation plus forte et raisons d'arrêt moins financières

Merson F, Perriot J, Perception du temps et précarité sociale, impact sur le sevrage tabagique. *Santé Publique*, 2011, 23(5) : 359-70

Score de dépendance (Fagerström)			
	β		β
Âge	0,00	Âge	– 0,01
Sexe	– 0,71**	Sexe	– 0,81***
Précarité	0,04***	Précarité	0,03***
		Présent Hédoniste	– 0,25*
		Passé Négatif	0,25*
F(3,188) = 22,7***	$R^2 = 0,27$	F(5,186) = 16,4***	$R^2 = 0,31$
			$\Delta R^2 = 0,04$**
Score d'anxiété (HAD-A)			
	β		β
Âge	– 0,01	Âge	-0,02
Sexe	– 0,25	Sexe	-0,20
Précarité	0,07***	Précarité	0,05***
		Passé Négatif	0,94***
F(3,190) = 9,4***	$R^2 = 0,13$	F(4,188) = 9,7***	$R^2 = 0,17$
			$\Delta R^2 = 0,04$**
Score de dépression (HAD-D)			
	β		β
Âge	0,02	Âge	0,00
Sexe	0,54	Sexe	0,83
Précarité	0,08***	Précarité	0,05***
		Passé Négatif	0,84**
		Présent Fataliste	1,16***
F(3,190) = 13,6***	$R^2 = 0,18$	F(5,183) = 15,3***	$R^2 = 0,30$
			$\Delta R^2 = 0,12$***

Note : R^2 est la variance expliquée pour chaque étape, ΔR^2 est la variation de R^2 après avoir pris en compte la perspective temporelle.
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Discussion : Précarité, PT et Sevrage

- **Tabagisme** : dépendance plus forte, moins motivés, arrêt : raisons financières, difficultés augmentées par TAD
- **Précarité : Filtre de perception**, centration sur les difficultés actuelles ou passées, gestion des risques immédiats, futur absent
- **Arrêt vécu comme une privation de plaisir** liée aux contraintes financières
- **Sevrage tabagique du précaire** perçu comme une privation dans une vie de contraintes
- **Une orientation vers le futur permet seule** de développer des motivations personnelles
- **Le sevrage tabagique doit inclure cette projection** (phase de réduction de consommation)… temps nécessaire à cette intention (motivation, confiance en soi, traitement des TAD et sociaux…)

Précarité et sevrage tabagique : Etude 2

- **Etude prospective non contrôlée de janvier à juin 2007 :**
  - 90 patients (minima sociaux, score EPICES ≥ 40), SR = 0,6
  - Accord pour arrêt complet ou réduction (50 %) aidée par TNS FO
  - TNS TD ou FO gratuits (financement MILDT 63)

- **Protocole de prise en charge structuré :**
  - Bilan initial et suivi (J7, 30, 90, 180 et téléphonique)
  - Dossier INPES, score EPICES, Richmond, FTND, HAD, DETA, CAST, COE, VEMS/VEM6

J Perriot, R Bottelin, MA Bouffard, V Picard, P Lemaire, C Brugière, I McLeod, S Doumbouya, N Plazenet, P Desenne. Sevrage tabagique et Précarité : résultats d'une action partenariale développée à Clermont-Ferrand. Poster, congrès de la SFT, Paris 2008.

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

(53 dossiers exploitables / 90 : Arrêt = 41 / 60, Réduction = 12/30)

	PROTOCOLE ARRET	PROTOCOLE REDUCTION	TOTAL N =54
FTND (moyen)	6,8	7,2	**6,9%**
ALCOOL (Abus, dépendance)	29,3%	33,3%	**30,1%**
CANNABIS	7,3%	25%	**11,3%**
SUIVI PSYCHIATRIQUE	29,2%	25%	**28,3%**
HAD SCORE A ≥12	31,7%	41,7%	**33,9%**
HAD SCORE D ≥ 8	29,3%	12,5%	**24,5%**
VEMS / VEM 6 ≤ 0,7	24,3%	20%	**23,1%**

COMPARAISON PATIENTS REUSSITE OU ECHECS DU SEVRAGE TABAGIQUE A J 180

	REUSSITES (12 F – 7 H)	ECHECS (12 F – 17 H)
SEX RATIO	0,6	0,8
AGE (moyen)	40,4	41,1
EPICES	52,3	57,9
CIG/JOUR	19,6	27,2
PAQ-ANNEES	22,4	27,3
NB TENT.ARRETS	1,8	1
RICHMOND < 6	25,3%	28,2%
RICHMOND 10	41,2%	21,8%
FTND	6,3	7,1
COE INITIAL	23	28
HAD A ≥ 12	26,3%	38,2%
HAD D ≥ 8	10,5%	29,4%
SUIVI PSYCHIATRIQUE	31,7%	26,4%
CO ADD (Alcool ± Cannabis)	5,2%	50%
VEMS/VEMS 6 ≤ 0,7	25%	24%
SN POSO INITIALE	28 mg	28,8 mg
		p<0,05

COMPARAISON PATIENTS REUSSITE OU ECHECS A J 180

RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE

	Protocole Arrêt	Protocole réduction
Arrêt à J7	70,7%	0%
Arrêt à J30	68,2%	0%
Arrêt à J90	63,2%	8,30%
Arrêt à J180	35,8%	8,30%

EVALUATION DE L'AIDE APPORTEE

	ECHECS		REUSSITE	
	Aide globale	SN	Aide globale	SN
Aucune ou faible	11,8%	14,7%	0%	5,5%
Importante ou capitale	76,4%	58,8%	100%	94,5%

PERCEPTIONS NOUVELLES DES PATIENTS EN CAS D'ECHEC

	Protocole Arrêt	Protocole réduction
↗ désir d'arrêt	86%	92%
↗ Capacité d'arrêt	85%	57%
Tentative d'arrêt - 6 mois	67%	84%

Augmentation des prix du tabac ?

- Études controversées :
  - Quelques études montrent une baisse du tabagisme dans les milieux défavorisés [1] mais d'autres l'inverse [2]
- Les études les plus récentes montrent[3]:
  - Une aggravation du gradient socio-économique
  - Un impact financier beaucoup plus lourd pour les plus pauvres
  - En France, en 2000, 2003,2005 et 2007[4], la prévalence du tabagisme des chômeurs a été respectivement de 44%, 40%, 48 et 44%.
  - L'augmentation du stress financier majore l'envie d'arrêter mais diminue l'essai ou le succès du sevrage [5]

[1]Townsend P, et al. *BMJ* 1994
[2]Kotz D, et al. Tob Control 2009, Barbeau *Am J Public Health* 2004
[3] Franks P, et al. *Am J Public Health* 2007,
[4] Peretti-Watel P, et al. *Addiction* 2009
[5]Siahpush M, et al. *Addiction* 2009; *Tob Control* 2007

Augmentation des prix du tabac ?

Les augmentations successives, en France entre 2000 et 2008[1] ont provoqué :

- Baisse du tabagisme des cadres et employés
- Stabilité chez les travailleurs manuels
- Augmentation chez les « sans emploi » :

Mais diminution globale du tabagisme dans la population française (augmentation des prix relativement moins efficace chez les fumeurs à bas NSE)

[1] Peretti-Watel P, Constance J, *Int J Environ Res Public Health*, 2009

Propositions de prise en charge.

Médecins Généralistes Belges : cahier prévention: tabac et précarité

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
- À proposer à un moment clef de la vie (Grossesse, décès d'un proche, infections respiratoires, demande de contraception)
- Conseil clair et précis ; approche positive et personnalisée

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 et représentations erronées

- Informer, expliquer certains échecs (sous dosage …)

Accompagner dans le sevrage

Facteurs péjoratifs

- Plus forte dépendance
- Moindre utilisation des aides (pb coût et manque d'infos)
- Environnement familial peu soutenant, tabac = lien social
- Faible estime de soi

Solutions d'aide?

- Substituts à dose optimale
- Informer des aides possibles, tabac info service …
- Associer environnement familial (enfants), sevrage en groupe
- Valoriser les expériences passées, intérêt de la réduction valoriser tout arrêt, tout changement. Se recentrer sur la personne, sur ses efforts

Accompagner dans le sevrage

Facteurs péjoratifs

- Faible capacité de gestion du stress et peu de sources de plaisir
- Autres addictions

Solutions d'aide?

- Stratégies de gestion du stress, exercices de respiration, réfléchir à des alternatives : petits gestes
- Combler l'ennui et le vide
- +++, proposer d'agir sur les autres addictions, utiliser et valoriser des arrêts antérieurs d'autres produits

SEVRAGE TABAGIQUE ET PRECARITE SOCIALE

Faible niveau de revenu, insécurité dans le présent, incertitude face à l'avenir

CONSTATS EN FRANCE

Baromètre Santé 2005-2010[1]

Fumeurs quotidiens 15 à 75 ans
2005 : 27,3% 2010 : 29,1%
Fumeurs quotidiens chômeurs
2005 : 44% 2010 : 50,8%

Tabagisme et situation professionnelle[2]

	2000	**2007**
Cadres	36%	28%
Trav. Manuels	40%	45%
Chômeurs	**44%**	**44%**

Cour des comptes : 12-2012[3]

« La lutte contre le tabagisme relativement moins efficace parmi les populations précaires »

FUMEURS PRECAIRES (vs non précaires)

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

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

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

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

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

Troubles anxiodépressifs, co-consommations SPA
Lagrue 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

DEFICIT D'AIDE ET D'ACCES AUX SOINS

Merson F, Perriot J, Underner M, Fieulaine . Rev Mal Respir 2014 (sous presse)

[1] **Beck F**, et al. INPES, 2010
[2] **Peretti-Watel P**. *Addiction* 2009;104:1718-28

Conclusions

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, prendre le temps

Adapter les outils (ex: journalier de la cigarette)

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

Remboursement des substituts nicotiniques

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