

# TABAGISME ET PRECARITE

Docteur Jean Perriot

Dispensaire Emile Roux - Clermont-Ferrand

[jean.perriot@cg63.fr](mailto:jean.perriot@cg63.fr)

DIU Clermont-Ferrand - 2013

## 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)

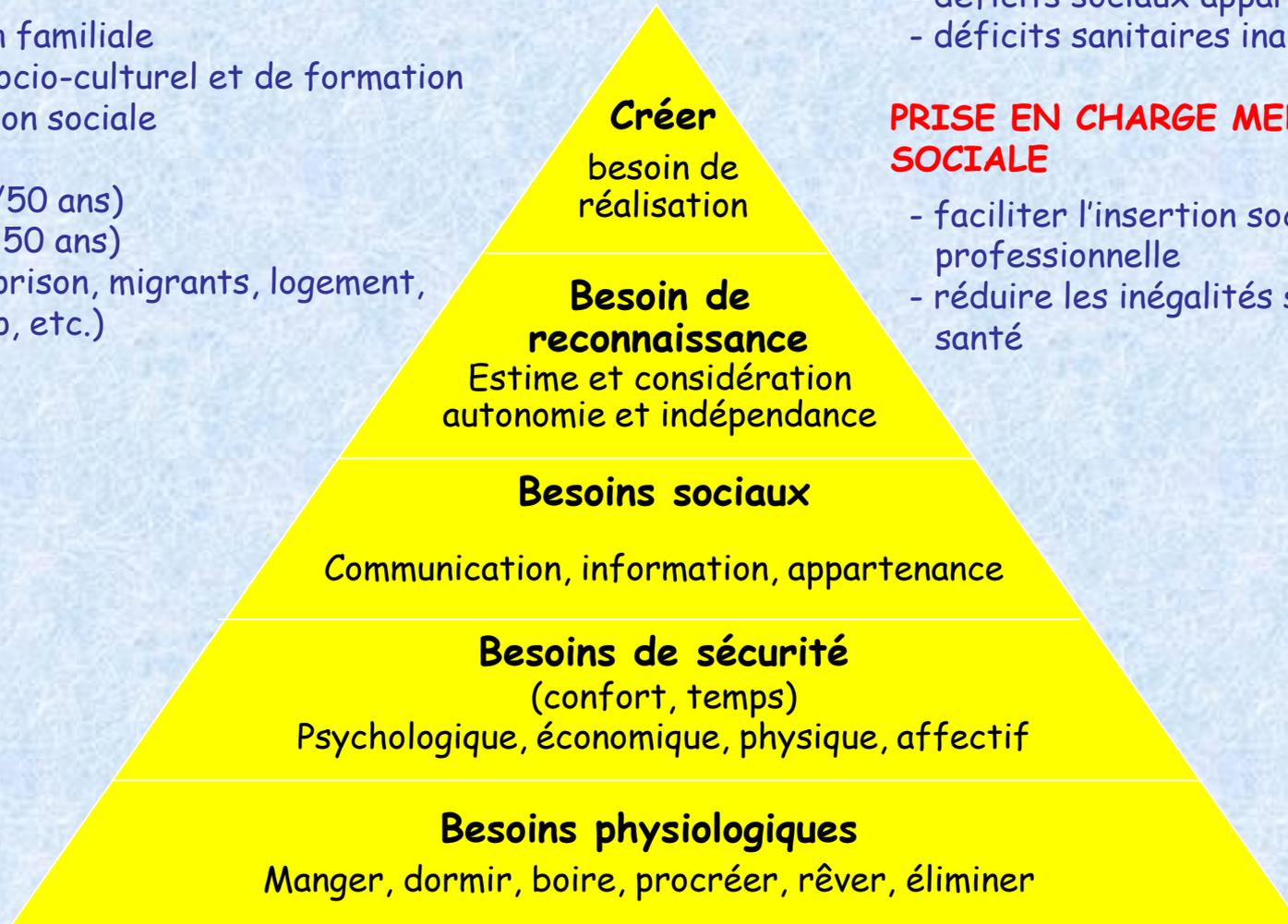
- situation familiale
- niveau socio-culturel et de formation
- protection sociale
- emploi
- âge (25/50 ans)
- santé (> 50 ans)
- divers (prison, migrants, logement, handicap, etc.)

## 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)**

**Environnement social**

**Insertion sociale**

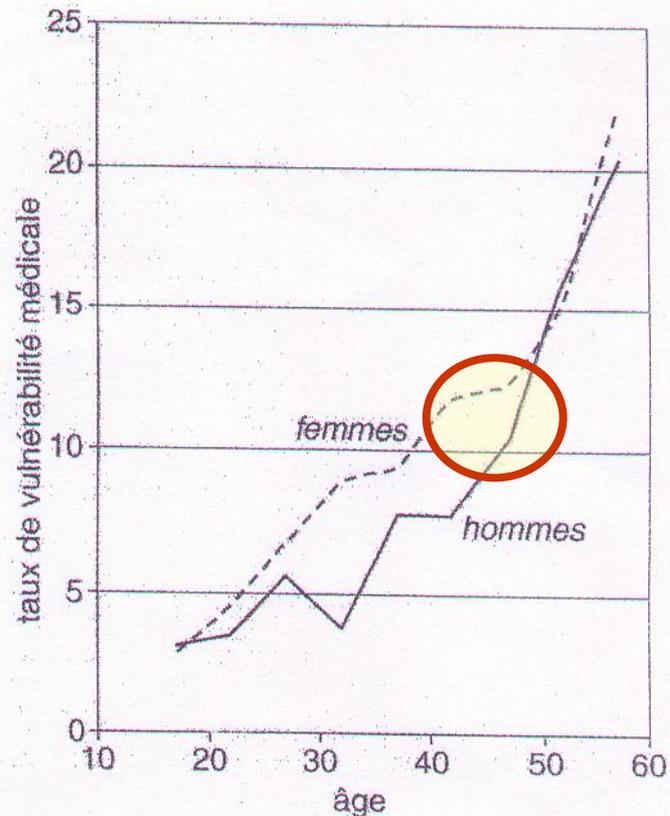
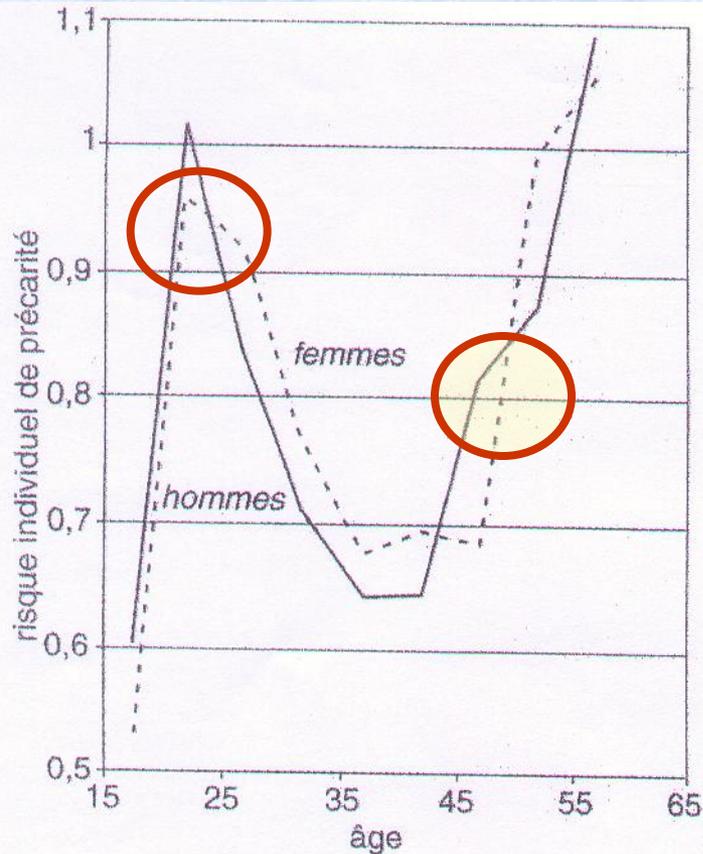
**Paramètres  
de référence personnelle**

**Enracinement**



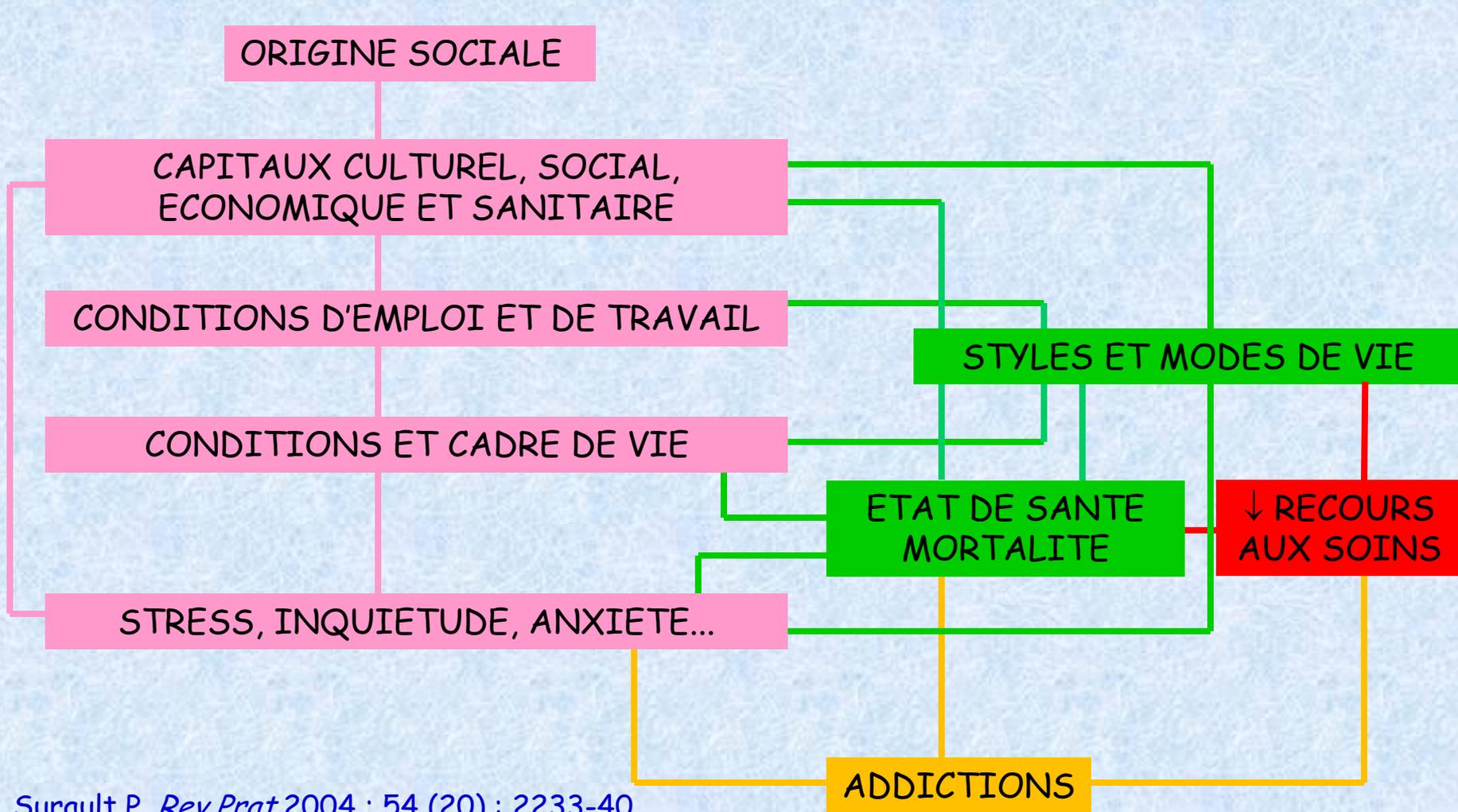
*L'essentiel des facteurs qui constituent une personnalité sont inapparents alors qu'ils régissent son fonctionnement. Comme dans un iceberg, c'est dans la partie cachée que réside le centre de gravité.*

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



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

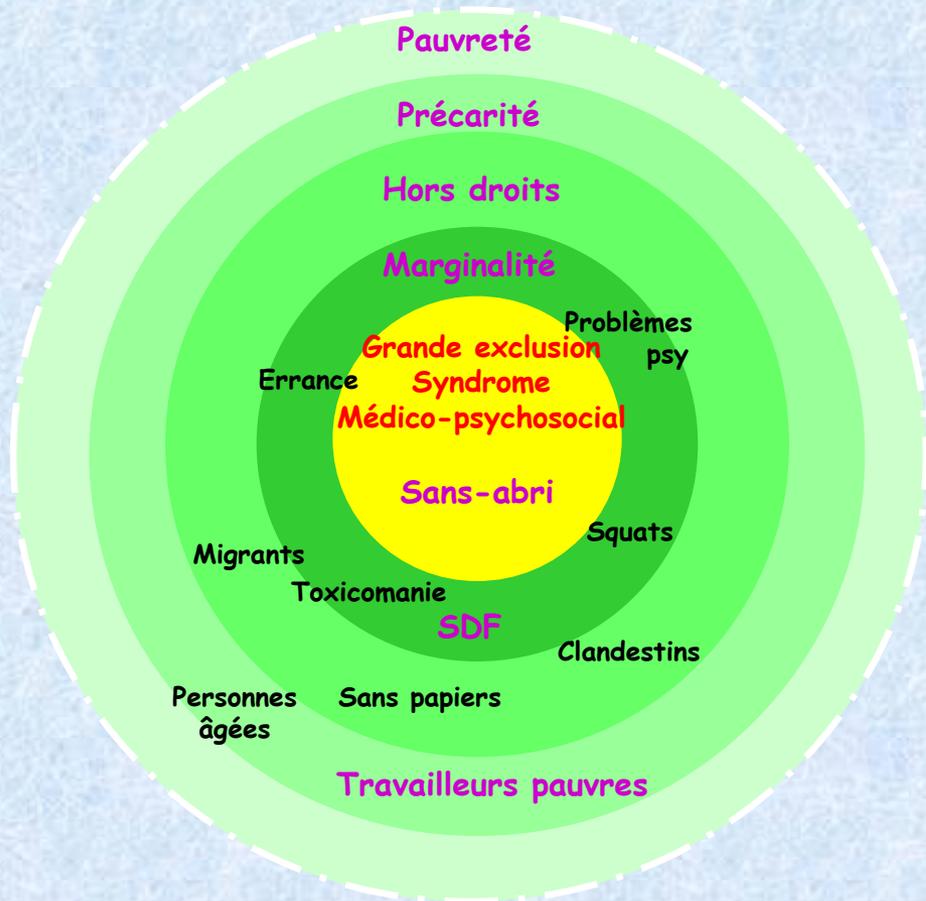
# PRODUCTION ET REPRODUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET DE MORTALITE



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**  
Symtôme 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**

# Qu'est-ce que la précarité ?

Pays en développement ? = **pauvreté**

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

**Précarité** : différent de la pauvreté

- **Instabilité** du présent **et incertitude** du 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 Fe 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%

# Indicateurs de pauvreté<sup>1</sup>

- Sur 70 études analysées :
  - **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

<sup>1</sup> Schaap, 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<sup>1</sup> :  
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%)<sup>2</sup>
  - En Europe, forte prévalence du tabagisme chez les personnes à faible NSE<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Fernander A, et al, *Am J Health Promotion*, 2011

<sup>2</sup> Baromètre santé, 2005,

<sup>3</sup> Jefferis, *J Public Health*, 2004, Cavelaars, *BMJ*, 2000, Giskes, *Epidemiol Commun Health* 2005, Federico, *Prev Med* 2004, Huisman, *Tob Control* 2005, Sharma et al, *BMC Public Health* 2010, 10:755

# Prévalence du tabagisme selon la situation professionnelle en France.

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

(Peretti-Watel et al, *Addiction*, 2009)

# Constats dans les pays riches (2)

- Recul de l'espérance de vie aux USA<sup>1</sup> :
  - attribué au tabac et à l'obésité touchant particulièrement les plus pauvres
- Inégalités socio-économiques (++)
  - ↗ Morbi-mortalité chez les personnes à NSE faible<sup>2</sup>
  - **Tabac** : facteur principal de cette inégalité

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

<sup>2</sup> Menvielle, Rev Epidemio et Sante Publique 2007, Cancer Causes Control 2005, Mackenbach, 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<sup>1</sup> ?

- 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<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Perriot J, et al. *Rev Mal Respir*, 2012

# La cigarette du pauvre.(1)

- Les pauvres consacrent 20% de leurs revenus au tabac<sup>1</sup>
- Pourquoi sont-ils moins enclins à arrêter de fumer ?<sup>2</sup>
- Entretiens de 40min 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 .

<sup>1</sup> Haustein, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006

<sup>2</sup> Constance, *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 »

# La cigarette du pauvre.(3)

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 1<sup>ère</sup> 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
<b>Constante</b>	<b>75,14</b>	

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

# 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 ruminations 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 s'applique pas  
du tout à moi

S'applique  
tout à fait à moi

Les images, les odeurs et les sons familiers de mon enfance me rappellent souvent des souvenirs merveilleux.	1	2	3	4	5
Prendre des risques empêche ma vie de devenir ennuyeuse.	1	2	3	4	5
Le fait de penser à mon passé me donne du plaisir.	1	2	3	4	5
Il m'est difficile d'oublier les images désagréables de ma jeunesse.	1	2	3	4	5
Mon parcours dans la vie est contrôlé par des forces que je ne peux pas influencer.	1	2	3	4	5
Je pense aux mauvaises choses qui me sont arrivées dans le passé.	1	2	3	4	5
J'aime bien les histoires qui racontent comment les choses étaient au bon vieux temps.	1	2	3	4	5
Je fais aboutir mes projets à temps, en progressant étape par étape.	1	2	3	4	5
Je pense aux bonnes choses que j'ai ratées dans ma vie.	1	2	3	4	5
Le passé comporte trop de souvenirs déplaisants auxquels je préfère ne pas penser.	1	2	3	4	5
Je fais des listes de choses à faire.	1	2	3	4	5
Avant de se donner du bon temps le soir, mieux vaut penser à ce qu'il y a à faire pour le lendemain.	1	2	3	4	5
Les expériences douloureuses du passé me reviennent en permanence à l'esprit.	1	2	3	4	5
Avant de prendre une décision, je pèse le pour et le contre.	1	2	3	4	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
Je prends des risques pour mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
Le destin détermine beaucoup de choses dans ma vie.	1	2	3	4	5
Les souvenirs heureux des bons moments me viennent facilement à l'esprit.	1	2	3	4	5
Puisque ce qui doit arriver arrivera, peu importe vraiment ce que je fais.	1	2	3	4	5
Tout compte fait, il y a beaucoup plus de bonnes choses à se souvenir dans mon passé que de mauvaises.	1	2	3	4	5
C'est important de mettre de l'excitation dans ma vie.	1	2	3	4	5
Se préoccuper de l'avenir n'a aucun sens puisque de toute façon je ne peux rien y faire.	1	2	3	4	5
Je crois que la journée d'une personne doit être planifiée à l'avance chaque matin.	1	2	3	4	5
J'ai la nostalgie de mon enfance.	1	2	3	4	5
J'aime bien les traditions, et les coutumes familiales qui sont régulièrement répétées.	1	2	3	4	5

Variables	Précaires (Epices ≥ 30,17) n = 88	Non précaires (Epices < 30,17) n = 104	p
<b>Sexe (n)</b>			NS
Hommes	54	56	
Femmes	34	48	
<b>Âge (ans)</b>	45,6	47,0	NS
<b>Catégorie socioprofessionnelle (n)</b>			< 0,0001
Actif	29	77	
Sans activité	20	4	
Invalide	30	1	
Retraité	7	13	
Étudiant	1	3	
<b>Revenus annuels (n)</b>			< 0,0001
< 12 000 €	57	9	
12 000 à 30 000 €	28	50	
30 000 à 100 000 €	3	40	
> 100 000 €	0	4	
<b>Tabagisme</b>			
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
<b>Motif d'arrêt (%)</b>			
Maladie diagnostiquée	39,1	23,3	0,02
Trop cher	46,0	7,8	< 0,0001
<b>Coaddictions (%)</b>			
Alcool	28,4	12,7	0,007
Cannabis	10,2	6,9	NS
<b>Réussite à 3 mois (%)</b>	39,8	59,6	0,006
<b>Richmond</b>	7,4	7,9	< 0,0001
<b>Demaria-Grimaldi</b>	10,6	12,7	< 0,0001
<b>HAD</b>			
HAD-A	12,0	9,1	< 0,0001
HAD-D	8,5	5,6	< 0,0001
<b>Epices</b>	53,7	14,5	< 0,0001
<b>ZTPI</b>			
Passé positif	2,8	3,1	0,02

	n = 88	n = 104	
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
<b>Procédure (n)</b>			
Arrêt	60	93	0,0002
Réduction	26	10	0,0004
<b>Traitement (n)</b>			
Varécline	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)			
	$\beta$		$\beta$
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 <sup>2</sup> = 0,27	F(5,186) = 16,4***	R <sup>2</sup> = 0,31 $\Delta$ R <sup>2</sup> = 0,04**
Score d'anxiété (HAD-A)			
	$\beta$		$\beta$
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 <sup>2</sup> = 0,13	F(4,188) = 9,7***	R <sup>2</sup> = 0,17 $\Delta$ R <sup>2</sup> = 0,04**
Score de dépression (HAD-D)			
	$\beta$		$\beta$
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 <sup>2</sup> = 0,18	F(5,183) = 15,3***	R <sup>2</sup> = 0,30 $\Delta$ R <sup>2</sup> = 0,12***

Note : R<sup>2</sup> est la variance expliquée pour chaque étape,  $\Delta$ R<sup>2</sup> est la variation de R<sup>2</sup> 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  $\geq 40$ ), 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 $\geq$ 12	31,7%	41,7%	33,9%
HAD SCORE D $\geq$ 8	29,3%	12,5%	24,5%
VEMS / VEM 6 $\leq$ 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 DU SEVRAGE TABAGIQUE 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 <sup>1</sup> mais d'autres l'inverse <sup>2</sup>
- Les études les plus récentes montrent<sup>3</sup>:
  - Une aggravation du gradient socio-économique
  - Un impact financier beaucoup plus lourd pour les plus pauvres
  - En France, en 2000, 2003, 2005 et 2007<sup>4</sup>, 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 <sup>5</sup>

<sup>1</sup>Townsend, BMJ 1994; Farelly, South Econ J 2001, Hersch, *J Risk Uncertain* 2000

<sup>2</sup>Kotz, *Tob Control* 2009, Barbeau *Am J Public Health* 2004

<sup>3</sup> Franks, *Am J Public Health* 2007,

<sup>4</sup> Peretti-Watel *Addiction* 2009

<sup>5</sup>(Siahpush, *Addiction* 2009; *Tob Control* 2007)

# Augmentation des prix du tabac ?

- Les augmentations successives, en France entre 2000 et 2008 <sup>1</sup> ont provoqué :
  - Baisse du tabagisme des cadres et employés
  - Stabilité chez les travailleurs manuels
  - Augmentation chez les « sans emploi » :

# Propositions de prise en charge.(1)

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, ferme et précis ; approche positive et personnalisée

# Propositions de prise en charge (2)

- 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 (échecs précédents)
  - « attitude motivationnelle »
- Méconnaissance des moyens d'aide, à priori, 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

# 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

Clermont Fd

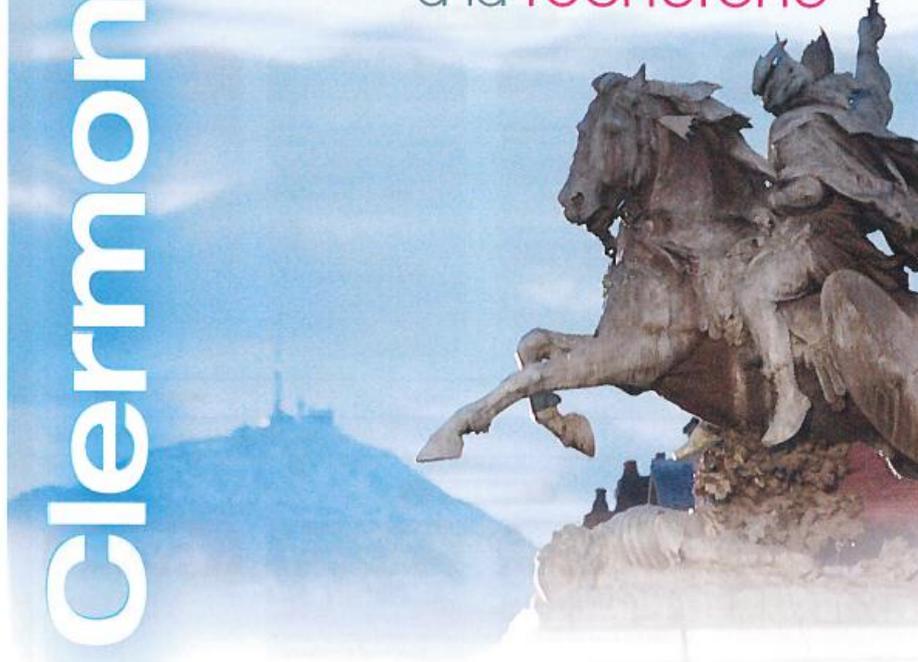
7<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL  
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE TABACOLOGIE

24 & 25 OCTOBRE  
2013

POLYDÔME

PLACE DU 1<sup>er</sup> MAI - 63050 CLERMONT FERRAND

De la **Clinique**  
à la **recherche**



PROGRAMME

PubliClin



IRAAT  
INSTITUT REGIONAL APRES TABACIQUE  
ET S-BACCULOSE

[www.csft2013.fr](http://www.csft2013.fr)

CONSEIL REGIONAL

