

MODIFICATION DE LA PERSPECTIVE TEMPORELLE PAR LA PRÉCARITÉ : quels effets sur le sevrage tabagique ?

F. MERSON (1), C. GUILLON (2), P. ARVERS (3), M. UNDERNER (4), J. PERRIOT (1)

RESUME : Le tabagisme représente un problème de santé publique majeur car il est source d'une lourde morbi-mortalité. Près de la moitié des décès dans la classe sociale la moins favorisée seraient causés par le tabac. Les personnes en situation de précarité sont vulnérables psychologiquement et physiquement. L'instabilité de leur situation augmente leurs difficultés à investir un sevrage tabagique, et certaines orientations temporelles représentent des facteurs péjoratifs de son pronostic. Dans les populations précaires, les conséquences du tabagisme sont mal perçues à moins qu'il n'y ait déni des risques. Les motivations sont essentiellement financières, la perspective du sevrage est vécue comme une privation de plaisir. Indépendamment de l'identification des facteurs de précarité, la prise en compte de la perspective temporelle apporte des informations nécessaires à une prise en charge adaptée.

MOTS-CLÉS : *Précarité - Perspective temporelle - Sevrage Tabagique - Tabagisme - Dépendance à la nicotine*

VARIATIONS OF TIME PERSPECTIVE BY SOCIAL DEPRIVATION,
WHAT EFFECTS ON SMOKING CESSATION ?

SUMMARY : Smoking represents a major public health problem because of its high morbidity and mortality rates. Nearly half of the deaths in the lower class are caused by smoking. The socially deprived are physically and psychologically vulnerable. The instability of their situation increases the difficulty to invest in smoking cessation and certain time orientations linked to this social deprivation represent negative factors in the prognosis. Socially deprived populations do not understand the consequences of smoking unless they are in denial of the risks. The motivation to stop is essentially financial. The perception of smoking cessation is taken as a deprivation of pleasure. Independently of the social deprivation factors, taking into account the time perspective conveys necessary information of appropriate care.

KEYWORDS : *Social deprivation - Time perspective - Smoking cessation - Smoking - Nicotine dependence*

INTRODUCTION

La précarité se caractérise par un ensemble de situations marquées par la perte des sécurités qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales. Elle accroît la prévalence des problèmes et des inégalités de santé. Elle modifie la perception des individus dans le temps et leur projection dans le futur. Elle influence, de ce fait, les comportements de prise de risque, ou les attitudes préventives. Les notions d'instabilité et d'incertitude sont au centre des définitions de la précarité. Les individus confrontés à cette situation ne peuvent construire une image stable d'eux-mêmes ou une représentation cohérente du monde. Il en résulte une perception insécurisante du futur induisant des stratégies caractérisées par le rétrécissement des horizons temporels futurs.

TABAGISME, PRÉCARITÉ ET PERSPECTIVE TEMPORELLE

Un rapport du Craes-Crips de 2005 (1) s'est intéressé à la prévention du tabagisme en milieu précaire. Il montre la surreprésentation des fumeurs au sein de cette population et souligne la vulnérabilité de leur état de santé, altéré par leurs priorités quotidiennes de survie. Quel que soit l'âge ou le sexe, les populations en situation de précarité ont un risque supérieur de devenir fumeuses, sont plus nombreuses à fumer et quand elles usent du tabac, consomment plus que la population générale avec des niveaux de dépendance plus importants.

Les enquêtes sur les conditions de vie de l'INSEE de 2000, 2005 et 2010 confirment que le tabagisme est corrélé aux conditions de vie, en particulier pour les hommes. Les personnes dont le niveau d'éducation est faible fument en moyenne 22% de cigarettes par jour de plus que celles de niveau d'éducation élevé. Le tabagisme est plus élevé parmi les chômeurs (2), chez les personnes dont le niveau de formation est le plus faible ou dont les conditions de logement sont mauvaises.

Les comportements et leur signification, qu'il s'agisse de pratiques à risque, de la consommation de substances psychoactives ou de l'adoption de comportements préventifs sont corrélés

(1) Dispensaire Emile Roux, Centre d'Aide à l'Arrêt du Tabagisme (IRAAT), Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT), 63100 Clermont-Ferrand, France.

(2) Institut Rhône Alpes Auvergne de Tabacologie (IRAAT), Hôpital de la Croix Rousse, 69004 Lyon, France.

(3) Centre d'Aide à l'Arrêt du Tabagisme, Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes (IRAAT) – 69003 Lyon, France.

(4) Unité de Tabacologie, Service de Pneumologie, CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France.

à l'orientation temporelle des individus. Celle-ci participe à l'élaboration de la signification de l'acte de consommer et une représentation différente du produit (3). Ainsi, une orientation vers le futur a un rôle protecteur, vis-à-vis des pratiques sexuelles à risque, des prises de risque au volant, sur la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues (4-5).

L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique.

POPULATION ET MÉTHODE

Le recrutement de la population (192 dossiers) a eu lieu au dispensaire Emile Roux (Clermont-Ferrand, France) entre le 1^{er} mars 2009 et le 30 juin 2010. L'ensemble des nouveaux consultants pour sevrage tabagique était concerné. Tous avaient donné leur accord pour participer à l'étude et rempli les différents questionnaires d'évaluation. Initialement, 200 patients avaient été inclus, 8 seront perdus de vue. L'exhaustivité est donc de 96%.

CONSULTATION INITIALE

Après inclusion (consultation initiale) les patients sont suivis trois mois (évaluation finale). Lors de la première consultation, les sujets sont invités à remplir un dossier de tabacologie permettant de recueillir le niveau de dépendance nicotinique, l'âge de la première cigarette, l'âge de tabagisme régulier, la consommation journalière et la présence de coaddictions. La motivation et l'estimation des chances de réussite sont évaluées grâce aux tests de Richmond et de Demaria-Grimaldi. Les motifs d'arrêt sont recensés. La recherche de troubles anxiodépresseurs est systématique au moyen d'échelles spécifiques : Hospital Anxiety Depression (HAD) et Beck Depression Inventory (BDI). Le niveau de précarité est évalué grâce au score Epices (6), aux revenus annuels des patients et leur catégorie socioprofessionnelle. Le rapport au temps est évalué par le Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI) (7) selon cinq dimensions :

- La dimension «Passé Positif» qui dénote une attitude positive et nostalgique à l'égard du passé.
- La dimension «Passé Négatif» correspond à une vision négative du passé et à la rumination des expériences douloureuses.
- La dimension «Présent Fataliste» caractérise une orientation vers le présent dans une attitude fataliste et résignée.

- La dimension «Présent Hédoniste» reflète une orientation vers le présent dans une attitude de prise de risque.

- La dimension «Futur» indique une orientation vers l'avenir et une attitude de planification et de réalisation des buts.

Des travaux sur de grandes populations ont montré la validité de l'échelle ZTPI dans l'étude du rôle de la perspective temporelle appliquée aux problématiques de santé (7).

EVALUATION DE LA PRÉCARITÉ

Le niveau de précarité a été évalué au moyen d'un indicateur élaboré par le CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examen de santé) : le score Epices (6, 8), composé de 11 questions dichotomiques, permet de définir un score s'échelonnant de 0 «niveau minimum», à 100 «niveau maximum». Cet indicateur est un outil d'identification des populations à risque médico-social en dehors d'une référence aux critères socio-administratifs habituels tels que les minima sociaux, revenus ou le statut socio-professionnel. Il prend en compte le soutien social, l'accès à la culture, aux loisirs, les difficultés financières du quotidien (chauffer, éclairer son logement, etc.). Ainsi, plus le score est important, plus les problèmes sanitaires associés à la précarité augmentent (obésité, diabète, tabagisme...).

EVALUATION DE LA RÉUSSITE

La réussite de la démarche de sevrage ou de réduction a été évaluée par l'interrogatoire (carnet de suivi) et la mesure répétée du taux de monoxyde de carbone expiré (COE) à T0, T+1mois et T+3mois. Dans les démarches de réduction, une diminution de 50% de la consommation associée à une diminution du taux de COE de 10 ppm, a été considérée comme un succès. En cas d'arrêts, l'affirmation d'une abstinence continue depuis le début de la tentative et un taux de COE inférieur à 7 ppm ont été retenus comme critères de réussite (9).

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS version 8 en utilisant le test du Khi2 ainsi que des régressions multiples. Le taux de significativité retenu est de 5%.

RÉSULTATS

PRÉCARITÉ

La proportion de personnes en situation de précarité était de 45% (Epices ≥ 30 , 17) (tableaux

TABLEAU I. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION (N=192)

Variables	Précaires (Epices ≥ 30,17) N=88	Non Précaires (Epices < 30,17) N=104	p
Sexe		0,37	
Hommes	61,3%	53,8%	
Femmes	38,7%	46,2%	
Age	45,6 ans	47,0 ans	0,38
Catégorie socioprofessionnelle			< 0,0001
Actif	32,9%	76,0%	
Sans activité	22,8%	4,8%	
Invalide	34,2%	1,0%	
Retraité	8,0%	14,5%	
Etudiant	1,1%	3,7%	
Revenus (€/an)			< 0,0001
<12.000	64,8%	8,6%	
12.000 à 30.000	31,8%	49,1%	
30.000 à 100.000	3,4%	38,5%	
>100.000	0%	3,8%	

TABLEAU II. FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRÉCARITÉ, ANALYSE UNIVARIÉE

Variables	Précaires (Epices ≥ 30,17) N=88	Non Précaires (Epices < 30,17) N=104	p
Tabagisme			
Tabagisme régulier (ans)	16,9	18,1	0,02
Cigarettes par jour	29,0	23,0	0,001
Test de Fagerström	8,3	7,0	< 0,0001
Motif arrêt			
Maladie diagnostiquée	39,1%	23,3%	0,02
Trop cher	46,0%	7,8%	< 0,0001
Coaddictions			
Alcool	28,4%	12,7%	0,007
Cannabis	10,2%	6,9%	0,41
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			
Anxiété (HAD-A)	12,0	9,1	< 0,0001
Dépression (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			
Arrêt	68,2%	89,4%	0,0002
Réduction	29,5%	9,6%	0,0004
Traitement			
Varénicline	29,5%	48,1%	0,009
Bupropion	0,0%	1,0%	0,92
TNS TD	6,8%	1,9%	0,03
TNS FO	32,9%	10,6%	< 0,0001
TNS TD+FO	26,1%	34,6%	0,21
Antidépresseurs (IRS)	54,8%	40,6%	0,04

Note : TNS : Traitement Nicotinique Substitutif; TD : Transdermique ; FO : Formes Orales : gommes 2mg ou pastilles 1,5mg

I et II). Les fumeurs précaires (P) ont des niveaux de ressources plus faibles (<12 000 €/an) et sont plus souvent inactifs que les non précaires

(NP). Leur dépendance nicotinique est supérieure (Moyennes au test de Fagerström : P=8,3 vs NP=7,0), ils ont un tabagisme régulier plus

TABLEAU III. EFFETS DES DIMENSIONS DE LA PERSPECTIVE TEMPORELLE SUR LES VARIABLES LIÉES AU SEVRAGE TABAGIQUE

	Age	Sexe	PP	PN	PH	PF	F	R ²
Motifs d'arrêt								
Trop cher	0,00	-0,08	-0,05	0,01	-0,04	0,13**	-0,05	0,14**
Se faire du bien	0,00	-0,07*	0,00	0,04#	0,01	-0,05*	0,01	0,28*
Co-addiction à l'alcool	0,00	-0,20**	-0,05	-0,01	0,01	0,09*	0,01	0,11**
Tabagisme								
Fagerström	-0,01	-1,00***	0,10	0,34*	-0,35**	0,31*	-0,03	0,20***
Richmond	-0,02	0,14	0,10	0,01	-0,06	-0,25	0,65***	0,12**
Demaria-Grimaldi	0,03#	-0,18	0,09	-0,02	0,26	-1,14***	0,85**	0,22***
Troubles anxiodépressifs								
Anxiété (HAD-A)	-0,03	-0,38	0,08	0,82*	0,01	0,88*	-0,63	0,13**
Dépression (HAD-D)	0,00	0,56	0,16	0,83**	-0,55*	1,53***	-0,36	0,26***
Précarité								
Epices	-0,21	-3,61	-2,23	-2,45	-2,25	7,34***	-4,77*	0,23***

#p<0,07 ; * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001

PP : Passé Positif ; PN : Passé Négatif ; PH : Présent Hédoniste ; PF : Présent Fataliste ; F : Futur

précoce et fument davantage. Leurs motifs d'arrêt relèvent plus souvent de motivations financières ($p<0,0001$) ou d'une nécessité médicale ($p=0,02$). Enfin, leurs résultats au test de motivation de Richmond sont inférieurs ($p<0,0001$) et ils présentent plus de troubles anxiodépressifs ($p<0,0001$). Les précaires ont une perception plus négative du passé et une conception fataliste du présent ($p<0,0001$). Les non précaires sont plus orientés vers le futur ($p=0,0002$). Malgré une prise en charge similaire, le taux de réussite de la démarche de sevrage chez les fumeurs précaires est inférieur ($P=39,8\%$ vs $NP=59,2\%$).

PERSPECTIVE TEMPORELLE

Des régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe montrent l'influence des dimensions de la perspective temporelle (tableau III). Les analyses statistiques réalisées confirment l'impact de ces dimensions sur le processus de sevrage. Elles soulignent l'importance du lien entre la perspective temporelle et la dépression, facteur péjoratif de la réussite du sevrage tabagique (10) et rejoignent les résultats de la littérature où la dépendance des hommes serait supérieure à celle des femmes (11). L'ensemble des modèles présentés dans ce tableau sont significatifs et montrent l'importance de certaines dimensions temporelles sur les variables liées au sevrage tabagique :

Passé Négatif : l'orientation vers le passé négatif est de mauvais pronostic. La dépendance est plus importante et les motivations sont financières alliées au contexte social précaire. Ces résultats se rapprochent de ceux de la littérature où la dimension «Passé Négatif» est fortement liée aux troubles anxiodépressifs.

Présent Fataliste : cette dimension semble également de mauvais pronostic. Les sujets sont

plus dépendants, présentent plus de coaddictions à l'alcool, sont moins motivés, moins concernés par leur santé et présentent plus de troubles anxiodépressifs.

Futur : l'orientation dans cette dimension paraît avoir un effet protecteur. Les sujets orientés vers le futur ont une plus grande motivation et une plus grande réussite à 3 mois ($M_{futur_élevé} = 57,9\%$ vs $M_{futur_faible} = 43,2\%$). Les fumeurs qui arrêtent pour des raisons financières sont significativement moins orientés vers le futur et s'impliqueraient moins dans la tentative d'arrêt. Chez ces sujets, les troubles anxiodépressifs sont plus fréquents.

La perspective temporelle apporte des informations complémentaires à la précarité (tableau IV) pour expliquer la dépendance à la nicotine et la présence de troubles anxieux ou dépressifs. Pour ces trois scores, la prise en compte de la dimension «Passé Négatif» augmente significativement la variance expliquée par le modèle initial. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte la situation de précarité des sujets qui nous apporte des informations utiles à la prise en charge de ces patients. La part de variance expliquée ajoutée dans le second modèle permet de dire que la connaissance de l'orientation temporelle des sujets fournit des informations supplémentaires en termes de paramètres péjoratifs ou mélioratifs de leur sevrage.

DISCUSSION

PRÉCARITÉ

Comportements tabagiques, difficulté du sevrage et précarité sont en étroite relation. Les fumeurs précaires ont une dépendance plus forte, semblent moins disposés à arrêter de

TABLEAU IV. VARIANCE AJOUTÉE PAR LA PERSPECTIVE TEMPORELLE SUR LES SCORES DE DÉPENDANCE À LA NICOTINE, D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION

Score de dépendance (Fagerström)			
	β		β
Age	0,00	Age	-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
Age	-0,01	Age	-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
Age	0,02	Age	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			

fumer et décident de le faire principalement pour des raisons financières. Leur plus faible taux de réussite à 3 mois reflète l'ensemble de ces difficultés, qu'elles soient d'ordres motivationnel ou psychologique amplifiées par la fréquence supérieure de troubles anxiodépressifs.

Ces différences entre groupes sociaux favorisés et défavorisés ont un impact important (12). Près de la moitié des décès dans la classe sociale la moins favorisée seraient causés par le tabac (13). Les conséquences du tabagisme sont mal perçues par les populations précaires, associées à un déni des risques induits (14) avec une consommation de cigarettes plus élevée (2, 15). Cet usage du tabac pourrait relever d'un mécanisme de réponse au stress lié aux conditions de vie difficiles auxquelles contraint la précarité.

La perception de l'arrêt par les fumeurs précaires pourrait être vécue comme une nouvelle privation de plaisir liée aux contraintes financières. Plus de la moitié des fumeurs précaires de la population d'étude ont des scores de dépression élevés à l'échelle HAD, facteurs péjoratifs de la réussite du sevrage, et requièrent un traitement antidépresseur. L'absence d'orientation vers le futur de la démarche d'arrêt pourrait être

la conséquence d'une sémiologie dépressive. Ainsi, le besoin de fumer, la consommation de tabac et les conséquences de la privation de son usage pourraient moduler, particulièrement chez ce dernier, la décision d'arrêter de fumer.

Le tabagisme, chez le précaire, représente un des rares plaisirs accessibles malgré les conséquences sanitaires et budgétaires induites. Une consommation addictogène est autant nocive à un individu qu'elle peut présenter un support pour lui. Le tabac serait une ressource pour compenser un environnement social précaire : la cigarette trompe l'ennui, la solitude, l'inaction, la faim expliquant que les normes sociales autour du tabagisme sont d'autant plus favorables que les groupes sociaux sont défavorisés (16).

C'est au sein des groupes les plus défavorisés que la prévalence de fumeurs incoercibles «hard-core smokers» est la plus importante. Ces fumeurs, dans le déni des risques, sont totalement réticents au sevrage tabagique, n'ont aucune intention d'arrêter et sont satisfaits de leur état. Ils constituent un groupe de fumeurs dont le sevrage tabagique est difficile (15) et nécessitent une prise en charge spécifique. Les problèmes de polyaddictions, troubles anxiodépressifs, faibles niveaux de formation et niveaux élevés de précarité sociale sont fréquents.

PERSPECTIVE TEMPORELLE

Les dimensions «Passé Négatif» et «Présent Fataliste» sont les plus liées aux troubles anxiodépressifs. C'est dans ces dimensions que les personnes en situation de précarité sont les plus orientées. La précarité conduirait l'individu à se focaliser sur ses difficultés actuelles ou passées. Elle agirait sur la perception du temps, modifiant ainsi la perception des situations sociales et leur signification.

La projection du fumeur dans le futur semble être un facteur positif pour l'arrêt limitant l'instabilité et l'incertitude. Les individus précaires seraient plus orientés vers la gestion des risques immédiats, sans prise en compte des conséquences à terme de leur consommation. La maîtrise du futur dans un contexte de précarité passe par une valorisation de la prise de risque afin de donner un sentiment de contrôle en contexte d'incertitude.

Sans prendre en compte les dimensions pharmacologiques susceptibles d'intervenir avec les zones cérébrales impliquées dans la perception du temps et les tâches de planification, des interventions cognitives ont été mises en place dans le but d'augmenter la perspective temporelle future. Ainsi, Hall et Fong (17) ont expérimenté

une intervention dans laquelle ils demandaient à des sujets de créer une liste de coûts et bénéfices immédiats d'un comportement (une activité physique régulière) afin de les mettre en balance avec les coûts et bénéfices à long terme. Les sujets devaient également définir des buts généraux à l'échelle de leur vie dans le domaine des comportements de santé et pour chaque semaine, des objectifs et buts intermédiaires. Ces auteurs ont ainsi montré que la perspective temporelle à long terme pouvait être augmentée par cette intervention, ce qui améliorerait les comportements de santé testés. Une telle méthode d'intervention se rapproche d'outils utilisés dans les thérapies cognitives et comportementales tels que la balance décisionnelle, couramment utilisée en tabacologie.

SEVRAGE TABAGIQUE

La réussite d'un sevrage requiert des capacités de préparation et des ressources cognitives spécifiques (18). Un faible sentiment d'efficacité personnelle diminuera les chances de réussite (19). Un candidat au sevrage tabagique, non précaire, est orienté dans une démarche ouverte sur le futur qui peut s'exprimer en termes de risques évités ou de libération. Au contraire, le précaire ne peut arrêter de fumer que s'il décide de se tourner vers l'avenir malgré une condition qui l'oblige à vivre dans une urgence permanente.

L'arrêt du tabac du sujet précaire paraît vécu comme la privation d'un plaisir dans une vie de contraintes. Les motivations sont matérielles et les difficultés plus grandes lors du sevrage. L'orientation vers le futur permet de développer des motivations personnelles de meilleur pronostic (20). Un sevrage tabagique structuré doit inclure une projection dans le futur. Une phase de réduction de consommation, aidée par un traitement de substitution nicotinique est souvent proposée aux patients en situation de précarité et permet d'améliorer les motivations personnelles pour l'arrêt ainsi que d'en permettre une expérience. Cette piste de recherche est intéressante car elle apporte des propositions d'action pour le sevrage tabagique, de mieux comprendre le rôle de la perspective temporelle sur les rapports aux produits addictogènes et sur le développement de motivations intrinsèques.

LIMITES DE L'ÉTUDE

L'évaluation du résultat de la tentative d'arrêt a été faite, pour des raisons pratiques, après trois mois de suivi. La moitié des échecs du sevrage se produit dans le premier mois de la tentative (9), néanmoins une évaluation de la réussite à

six mois ou plus est préférable. Afin de pallier les limites d'une population réduite et d'une étude monocentrique, une recherche de plus grande ampleur est en cours. Elle permettra de vérifier et compléter les résultats de ce travail.

CONCLUSION

L'augmentation du prix du tabac déclenche chez un nombre important de fumeurs en situation de précarité le souhait d'arrêter de fumer. La compréhension des processus induits par la précarisation est un des préalables à l'adaptation de la conduite de l'aide à l'arrêt du tabagisme de ces fumeurs. La prise en compte de l'orientation temporelle, modifiée par un contexte social instable, vient compléter une approche centrée uniquement sur la précarité. Si toute prise en charge du sevrage tabagique se doit d'identifier une précarité sociale, elle doit aussi évaluer son impact sur d'autres variables psychosociales telles que la perspective temporelle, susceptibles d'influencer le pronostic de la tentative d'arrêt. Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra proposer un accompagnement correspondant aux besoins du fumeur.

BIBLIOGRAPHIE

1. La prévention du tabagisme en milieu précaire : quelle légitimité en centre d'hébergement et de réinsertion sociale ? *Craes-Crips*, 2005.
2. Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F.— Cigarettes and social differentiation in France : is tobacco use increasingly concentrated among the Poor ? *Addiction*, 2009, **104**, 1718-1728.
3. Apostolidis T, Fieulaine N, Soulé F.— Future time perspective as predictor of cannabis use : exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addict Behav*, 2006, **31**, 2339-2343.
4. Keough KA, Zimbardo PG, Boyd JN.— Who's smoking, drinking and using drugs ? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic Appl Soc Psych*, 1999, **21**, 149-164.
5. Mahon NE, Yarcheski TJ, Yarcheski A.— Future time perspective and positive health practices among young adolescents : a further extension. *Perceptual and Motor Skills*, 2000, **90**, 775-780.
6. Bihan H, Laurent S, Sass C, et al.— Association among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications. The Epices score. *Diabetes Care*, 2005, **11**, 2680-2685.
7. Zimbardo PG, Boyd JN.— Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *J Pers Soc Psychol*, 1999, **77**, 1271-1288.
8. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, et al. — Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *BEH*, 2006, **14**, 93-96.

9. Perriot J.— La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir*, 2006, **23**, 3S85-3S105.
10. Lagrue G, Touzeau D.— Dépendance tabagique : troubles anxieux et dépressifs. *Le courrier des Addictions*, 2010, **1**, 8-12.
11. Beck F, Guignard R, Richard JB, et al.— Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre Santé, France. *BEH*, 2010, **20-21**, 230-233.
12. Lorant V, Nguyen LH, Prignot J.— Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en Communauté française de Belgique ? *Education Santé*, 2008, 231.
13. Jha P, Peto R, Zatonski W, et al.— Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking : indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland and North America. *Lancet*, 2006, **368**, 367-370.
14. Peretti-Watel P, Halfen S, Grémy I.— Risk denial about smoking hazards and readiness to quit among French smokers : an exploratory study. *Addict Behav*, 2007, **32**, 377-383.
15. Perriot J.— L'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs «irréductibles». *Le Courrier des Addictions*, 2010, **12**, 1-3.
16. Paul CL, Ross S, Bryant J, et al.— The social context of smoking : a qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. *BMC Public Health*, 2010, **10**, 211.
17. Hall PA, Fong GT.— The effect of a brief time perception intervention for increasing physical activity among young adults. *Psychology and Health*, 2003, **1**, 685-706.
18. Vangeli E, West R.— Transition towards a 'non-smoker' identity following smoking cessation : an interpretative phenomenological analysis. *Health Psychol*, 2011, 16.
19. Woodby LL, Windsor RA, Snyder SW, et al.— Predictors of smoking cessation during pregnancy. *Addiction*, 1999, **94**, 283-292.
20. Adams J.— The role of time perspective in smoking cessation amongst older English adults. *Health Psychol*, 2009, **28**, 529-534.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. F. Merson, Dispensaire Emile Roux 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France.
Email : frederic.merson@cg63.fr