

LE SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ : état des lieux et propositions d'optimisation

F. MERSON (1, 2, 3), J. PERRIOT (1, 2), M. UNDERNER (1, 4)

RÉSUMÉ : Le tabagisme est un enjeu majeur de santé publique; un fumeur sur deux qui poursuit sa consommation de tabac toute sa vie décèdera d'une maladie en lien avec cet usage. Les données récentes révèlent une augmentation de la prévalence du tabagisme dans les catégories socio-économiques les plus défavorisées. Il induit une morbi-mortalité plus élevée dans ce groupe d'individus que dans la population générale; en revanche, l'arrêt du tabac s'accompagne d'un égal bénéfice en termes de réduction des maladies et des décès pour tous les publics. L'amélioration de la lutte contre le tabagisme passe par une meilleure compréhension des déterminants du tabagisme et de l'arrêt au sein de ces populations. Cet article a pour objectif de réaliser un état des connaissances sur les liens existant entre le statut socio-économique et le sevrage tabagique. Les résultats concernant les intentions, comportements d'arrêt du tabagisme et son maintien dans le temps sont présentés. Des pistes d'amélioration de la prise en charge des fumeurs en situation de précarité sociale sont également proposées.

MOTS-CLÉS : *Inégalités sociales - Sevrage tabagique - Accès aux soins - Tabagisme - Précarité*

INTRODUCTION

Le tabagisme représente un réel enjeu de santé publique. On considère qu'un fumeur sur deux qui poursuit sa consommation durant toute sa vie décèdera d'une maladie en rapport avec son tabagisme. Chaque année, le tabagisme est responsable de plus de 73.000 décès en France (1) et de plus de 15.000 en Belgique (2). L'arrêt du tabac représente le meilleur moyen de diminuer les morbidités et mortalité induites par la consommation.

La consommation de tabac est particulièrement élevée dans les populations présentant un faible statut socio-économique (3). La prévalence des maladies liées à la consommation

SMOKING CESSATION AND SOCIAL DEPRIVATION :

CURRENT STATE OF KNOWLEDGE AND PROPOSALS FOR OPTIMIZATION

SUMMARY : Tobacco smoking is a major public health issue. One in two lifelong smokers will die from a disease related to tobacco use. Recent data show an increase in the prevalence of smoking in the lowest socioeconomic population. It induces a higher morbidity and mortality in this group of people than in the general population; however, stopping smoking induces an equal benefit in terms of reducing disease and mortality for everyone. Improving tobacco control requires a greater understanding of smoking and cessation in this population.

The aim of this article is to review the relationship between socioeconomic status and smoking cessation. Outcomes about the intentions and behaviour of stopping and maintaining abstinence are presented. Some ways to improve smoking cessation in lower socioeconomic smokers are proposed.

KEYWORDS : *Social inequalities - Smoking cessation - Healthcare access - Smoking - Social deprivation*

de tabac (cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives, cancers bronchiques notamment) et des décès induits est plus élevée au sein des populations socialement défavorisées. Des problématiques médicales s'ajoutent à des situations sociales fragilisées; leur interaction peut conduire à une amplification des phénomènes de précarité, voire à un basculement dans l'exclusion (4).

Cet article, réalisé à partir de la littérature la plus récente, a pour objectif de présenter les liens entre tabagisme et précarité, de préciser les facteurs déterminant les intentions et comportements d'arrêt ainsi que leur réussite. Des pistes d'optimisation des prises en charge actuelles seront également proposées.

DONNÉES

PAUVRETÉ ET PRÉCARITÉ

En Europe, la notion de pauvreté est relative. Elle est généralement corrélée à un aspect financier et s'associe à un retentissement social. Le quotidien devient instable et le futur incertain, augmentant le risque d'entraîner des situations de précarité.

Ces deux notions d'instabilité et d'incertitude sont essentielles pour distinguer les situa-

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

(2) Dispensaire Emile Roux, Centre d'Aide à l'Arrêt du Tabagisme, Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT 63), 63100 Clermont-Ferrand, France.

(3) Laboratoire GRePS, Institut de Psychologie. Université de Lyon 2, 69676 Bron, France.

(4) Unité de Tabacologie, Service de Pneumologie. Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT 86), CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France.

tions de précarité de la pauvreté. Les personnes en situation de précarité évoluent dans une insécurité permanente ayant des répercussions au niveau psychologique les empêchant d'anticiper et de planifier leur existence (5). Leur vécu est centré sur les difficultés actuelles; le présent est surinvesti au détriment du futur qui s'amenuise progressivement. Il résulte de ces situations une faible disposition à adopter des comportements de santé protecteurs. La vulnérabilité médicale s'accroît et peut renforcer les déficits sanitaires d'origine sociale dont elles pâtissent par ailleurs (6).

TABAGISME ET PRÉCARITÉ

Le tabagisme est actuellement responsable de 6 millions de morts chaque année dans le monde. En 2030, ce nombre pourrait atteindre les 8 millions de décès si la politique de contrôle du tabac ne se renforce pas. Le tabac est à l'origine de nombreuses maladies, en tant que cause principale, facteur de risque ou cause aggravante. Dans les pays émergents, il participe à l'augmentation de la fréquence et de la sévérité de la tuberculose, à l'aggravation des infections dues au virus de l'immunodéficience humaine et à la hausse de l'incidence des cancers bronchiques (4).

Dans certains pays développés (Etats-Unis, Europe de l'Ouest, Japon), on note une diminution régulière de la consommation de tabac et d'alcool au niveau populationnel. Toutefois, entre 45 et 65 ans, une surmortalité est constatée dans les populations de faible niveau socio-économique. Ces inégalités de mortalité peuvent être influencées par de nombreux facteurs comme le sexe, l'ethnie, l'alimentation, la consommation d'alcool ou le lieu de vie, mais elles le sont tout autant par le niveau d'éducation qui est un déterminant principal du tabagisme (7). En France, si l'espérance de vie augmente, on note une aggravation des inégalités sociales face à la santé pour laquelle le tabagisme est un facteur déterminant (3).

Les «Baromètres Santé» sont des enquêtes nationales régulières décrivant les comportements, attitudes et perceptions des Français face à la santé. Entre 2005 et 2010, elles ont mis en évidence, chez les 15-75 ans, une augmentation de 27,3% à 29,1% du taux de fumeurs quotidiens, cette augmentation étant plus marquée chez les femmes (8). Lors de cette même période, chez les chômeurs, la prévalence du tabagisme quotidien est passée de 44,0% à 50,8% tandis qu'elle a diminué chez les indi-

vidus avec un niveau d'études supérieur au baccalauréat, mais elle a augmenté chez ceux n'ayant aucun diplôme.

Le tabagisme du fumeur en situation de précarité se caractérise par une dépendance à la nicotine plus marquée et une consommation journalière de cigarettes plus élevée que dans le reste de la population. Le tabagisme paraît être un des rares plaisirs accessibles malgré les conséquences sanitaires et budgétaires induites (4). Dans les populations défavorisées, la norme sociale est plus favorable au tabac (9) et ces dernières sont moins sensibles aux campagnes de communication contre le tabagisme. Paradoxalement, ces programmes pourraient donc conduire à un renforcement de la différenciation socio-économique des normes sociales concernant la perception du tabac (10).

SEVRAGE TABAGIQUE, DE L'INTENTION À LA TENTATIVE D'ARRÊT

Les facteurs socio-économiques et éducationnels sont des déterminants du tabagisme, mais ils conditionnent également les intentions et comportements d'arrêt. Les fumeurs de bas niveau socio-économique envisagent le sevrage pour des raisons financières ou médicales qui les obligent à interrompre leur consommation. Ces motivations induisent un regret plus important à décider d'arrêter de fumer, associé à une nostalgie vis-à-vis du tabagisme passé (11). L'arrêt peut donc être perçu par le fumeur en situation de précarité comme une contrainte supplémentaire dans une vie marquée de privations (5). L'ensemble pourrait en partie expliquer des tentatives d'arrêt moins nombreuses dans ces populations.

TENTATIVES ANTÉRIEURES

Les comportements antérieurs sont de bons indicateurs des comportements futurs. Les tentatives passées semblent d'autant mieux prédire les intentions d'arrêt qu'elles se sont inscrites dans la durée. Dans les populations de bas statut socio-économique, lorsque des tentatives d'arrêt existent, la perception associée est négative. Pour ces fumeurs, le soutien de leur environnement a souvent été insuffisant et ils considèrent leurs tentatives antérieures comme de mauvaises expériences (4). Une différenciation est souvent notée dans la perception des risques encourus et des bénéfices associés à l'arrêt. Lorsque le niveau d'éducation est faible, les fumeurs sont plus centrés sur les effets négatifs

associés à l'arrêt tels que la prise de poids, le syndrome de manque ou le stress (12).

INTENTION D'ARRÊT

L'intention comportementale est le premier jalon permettant de prédire l'adoption d'un comportement donné. Elle dépend de plusieurs facteurs dont l'attitude personnelle, les normes sociales et le contrôle perçu liés au comportement. Les campagnes de prévention peuvent donc revêtir un rôle important dans la modification de la représentation du tabagisme en population générale. Or, les études menées sur cette question portent un jugement mitigé sur leur efficacité (10). Les actions préventives s'adressant à l'ensemble de la population ne prennent généralement pas en compte les spécificités relatives aux différents sous-groupes. Ainsi, paraissent-elles moins efficaces dans les populations de bas niveau socio-économique. Les campagnes qui semblent avoir le meilleur impact dans les populations défavorisées sont les programmes de contrôle du tabac globaux incluant une mobilisation communautaire et facilitant l'accès aux traitements. Une revue de littérature récente a permis de faire le point sur les facteurs conditionnant les intentions et comportements d'arrêt du tabagisme (4). Elle souligne que, quel que soit l'indicateur de statut socio-économique (revenus, éducation, emploi, etc.), à un niveau individuel ou catégoriel, une différenciation sociale dans les intentions d'arrêt existe. Ces dernières sont plus faibles dans les populations présentant un bas statut socio-économique. Si ce lien a été identifié à de nombreuses reprises dans des études de grande envergure, il n'a toutefois pas été systématiquement retrouvé.

TENTATIVES D'ARRÊT

L'objectif du praticien est de faciliter le passage de l'intention d'arrêt à l'abstinence effective. Les résultats des études mettent en évidence une augmentation du nombre et de la durée des arrêts lorsque le statut socio-économique s'élève, que ce dernier soit apprécié par le niveau d'études, les revenus ou au moyen de scores d'évaluation plus généraux (4). L'environnement des fumeurs et les caractéristiques de la consommation de tabac seraient déterminants dans le pronostic de la tentative d'arrêt (13). L'accès à la prise en charge et les modalités de cette aide sont jugés négativement par les fumeurs en situation sociale précaire dont les niveaux de dépendance et de consomma-

tion de tabac sont élevés et les co-addictions à des substances psychoactives fréquentes (7). Le sentiment d'auto-efficacité conditionne le passage de l'intention au comportement et a un impact positif sur l'arrêt en améliorant le contrôle face aux stimuli associés au tabagisme (14). Son augmentation en début de sevrage, prédictive de réussite, est dégradée dans les populations défavorisées (4).

FACTEURS CONDITIONNANT LA RÉUSSITE

Les résultats du sevrage tabagique révèlent une différenciation sociale où les fumeurs de bas statut socio-économique présentent des taux de réussite inférieurs (4, 15). Plusieurs facteurs représentent des pistes d'explication. Tout d'abord, le tabagisme des fumeurs en situation de précarité se caractérise par une dépendance à la nicotine élevée, les motivations à l'arrêt sont plus souvent extrinsèques (problématiques financières ou médicales par exemple). Ces motivations sont associées à de plus faibles taux de réussite du sevrage (16).

Comprendre et expliquer cette différenciation sociale représente un enjeu susceptible de permettre l'adaptation des prises en charge proposées. Les travaux de Businelle et coll. (17) proposent des pistes d'interprétation. Ainsi, l'environnement où évolue le fumeur, le soutien social, les affects négatifs, le stress, les capacités d'autorégulation émotionnelle influencent la relation entre le statut socio-économique et les tentatives de sevrage. Les troubles anxio-dépressifs (5) et les co-addictions (5, 18) sont plus fréquents dans les populations en situation de précarité. Ceci complique la prise en charge et limite les tentatives d'arrêt ou les chances de réussite. Dans cette population, le tabagisme a des fonctions socialisante et identitaire qui pèsent négativement sur les tentatives d'arrêt. A ces facteurs s'ajoute une perception négative des traitements et soins proposés. Les traitements sont perçus comme inefficaces et leurs dangers potentiels sont surévalués. Ces fumeurs participent moins aux programmes d'aide à l'arrêt et sont moins observants (4).

La plupart des échecs du sevrage de ces fumeurs difficiles se produisent à la phase initiale de la tentative; la faible motivation, le regret du plaisir pris à fumer, le syndrome de sevrage marqué avec un «craving» intense sont les principales causes de rechute, d'autant qu'elles sont associées à des troubles anxio-dépressifs (19), un état de stress et un environnement tabagique favorisant la rechute (20).

PROPOSITIONS D'OPTIMISATION

Dans les populations en situation de précarité, fumer est un moyen d'adaptation à un contexte de vie difficile; l'arrêt du tabac est donc souvent perçu comme une privation supplémentaire. La préférence pour l'ici et maintenant qui caractérise la vie des fumeurs précaires induit une «myopie temporelle», définie comme la préférence pour des récompenses immédiates sans prise en compte des conséquences à terme de leur consommation.

Le tabagisme participe à la pérennisation des inégalités sociales de santé. L'amélioration de la situation actuelle nécessite une stratégie globale associant des mesures politiques générales de contrôle du tabac à la proposition de prises en charge individuelles personnalisées. Le cadre législatif actuel doit être renforcé afin de poursuivre la dénormalisation du tabac, mais adapté aux populations les plus défavorisées.

De manière complémentaire, l'accès aux soins et aux traitements doit être facilité pour ces fumeurs. Les campagnes de communication autour de l'arrêt doivent être développées à leur attention. Est-il besoin de rappeler qu'il est plus facile à un fumeur d'identifier un lieu de vente du tabac qu'un centre d'aide à l'arrêt ?

La gratuité des traitements de substitution est une piste intéressante, car son efficacité a été mise en évidence depuis de nombreuses années (21). Cette mesure trouve sa place parmi les recommandations de la Convention cadre pour la lutte anti-tabac proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé et ratifiée par plus de 170 pays.

Les praticiens ont également un rôle majeur à jouer. Quel que soit leur domaine d'intervention, ils doivent interroger chaque patient sur son statut tabagique et le conseiller sur les moyens d'aide à l'arrêt. Alors que les fumeurs en situation de précarité sociale ont, plus que les autres, besoin de soutien pour réussir à arrêter de fumer, leur contexte de vie difficile justifie souvent la consommation de tabac aux yeux des praticiens qui restreignent d'autant aide et conseil d'arrêt (22).

La perception des coûts et bénéfices de l'arrêt du tabagisme entre un praticien et son patient peut différer. Si les patients ne vivent que dans l'urgence du quotidien, les praticiens conçoivent ce soin dans une recherche de bien-être à plus long terme pour leurs patients et, anticipant des problématiques ultérieures, ils mettent en action des stratégies thérapeutiques qui peuvent s'écarter des attentes de ceux qui

les consultent. La difficulté repose donc sur une mise en adéquation des objectifs médicaux et des attentes du patient pour permettre une personnalisation de la prise en charge. Cette négociation participera au renforcement de l'alliance thérapeutique et de la motivation du patient. La place que pourrait prendre la stratégie de réduction des risques («harm reduction») dans cette population spécifique de fumeurs n'est actuellement pas identifiée (4).

CONCLUSION

Le tabagisme demeure particulièrement élevé parmi les populations en situation de précarité. Les conséquences de la consommation de tabac sont d'autant plus marquées que les fumeurs présentent un bas niveau socio-économique. Indépendamment de la poursuite des mesures visant à dénormaliser l'image du tabac, il convient de développer des projets de prévention et d'aide à l'arrêt prenant en compte les spécificités des situations de précarité (fig. 1).

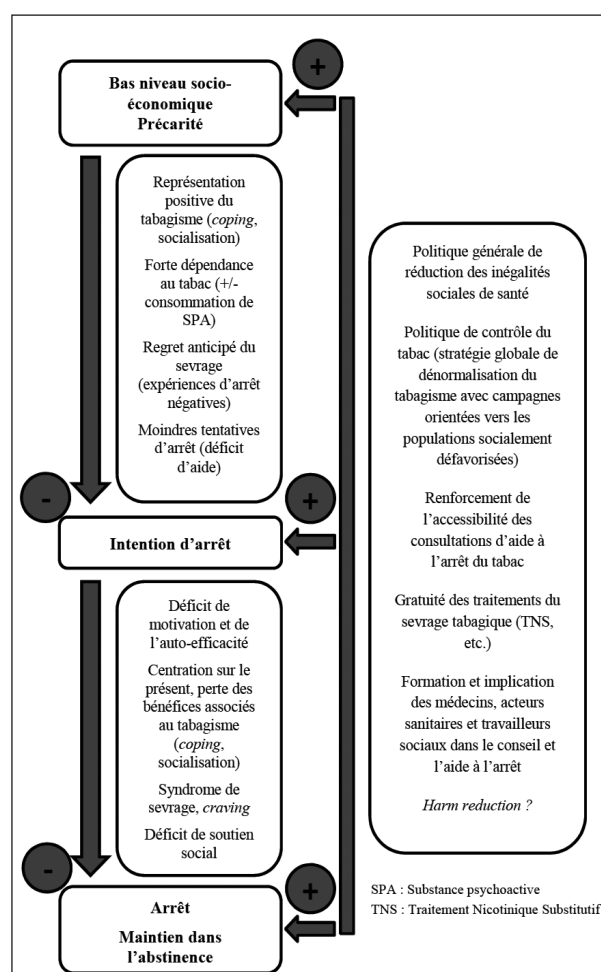


Figure 1. Influence du statut socio-économique sur l'intention et l'arrêt du tabac; mesures d'optimisation possibles.

L'accompagnement proposé par les spécialistes de la tabacologie doit être renforcé. Les projets personnalisés de sevrage, mis en place avec les fumeurs, s'intéresseront autant aux dimensions de sa dépendance, aux consommations de substances psychoactives et aux dimensions spécifiques de ses conditions de vie.

BIBLIOGRAPHIE

- Hill C.— Epidémiologie du tabagisme. *Rev Prat*, 2012, **62**, 325-329.
- 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.
- Cambois E, Jusot F.— Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives. *Bull Epidemiol Hebd*, 2007, **2**, 10-14.
- Merson F, Perriot J, Underner M, et al.— Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale. *Rev Mal Respir*, 2014; doi: 10.1016/j.rmr.2013.12.004 (epub ahead of print).
- Merson F, Guillon C, Arvers P, et al.— Modification de la perspective temporelle par la précarité, quels effets sur le sevrage tabagique ? *Rev Med Liège*. 2012, **67**, 536-542.
- Jusot F, Khlat M.— The role of time and risk preferences in smoking inequalities : a population-based study. *Addict Behav*, 2013, **38**, 2167-2173.
- Gallo V, Mackenbach JP, Ezzati M, et al.— Social Inequalities and Mortality in Europe – Results from a Large Multi-National Cohort. *PLoS ONE*, 2012, **7**, e39013.
- Beck F, Guignard R, Richard JB, et al.— Premiers résultats du baromètre santé 2010. *Evolutions récentes du tabagisme en France*, Inpes, 2010.
- Paul C, 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.
- Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, et al.— Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations : what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Soc Sci Med*, 2008, **67**, 1343-1355.
- Fong GT, Hammond D, Laux F, et al.— The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res*, 2004, **6**, S341-S351.
- Droomers M, Schrijvers CTM, Mackenbach JP.— Educational differences in the intention to stop smoking. *Eur J Public Health*, 2004, **14**, 194-198.
- Reid JL, Hammond D, ITC Collaboration, et al.— Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries : findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*, 2010, **12**, S20-S33.
- Martinez E, Tatum KL, Glass M, et al.— Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addict Behav*, 2010, **35**, 175-178.
- Hyland A, Borland R, Li Q, et al.— Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*, 2006, **15**, iii83-94.
- Baha M, Le Faou AL.— Smokers' reasons for quitting in an anti-smoking social context. *Public Health*, 2010, **124**, 225-231.
- Businelle MS, Kendzor DE, Reitzel LR, et al.— Mechanisms linking socioeconomic status to smoking cessation : a structural equation modeling approach. *Health Psychol*, 2010, **29**, 262.
- Kahler CW, Borland R, Hyland A, et al.— Alcohol consumption and quitting smoking in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug Alcohol Depend*, 2009, **100**, 214-220.
- Perriot J, Underner M, Peiffer G, et al.— Le sevrage tabagique des fumeurs difficiles. *Rev Mal Respir*, 2012, **29**, 448-461.
- Turrell G, Hewitt BA, Miller SA.— The influence of neighbourhood disadvantage on smoking cessation and its contribution to inequalities in smoking status. *Drug Alcohol Rev*, 2012, **31**, 645-652.
- Le Faou AL.— Délistage et gratuité des traitements de substitution nicotinique : quelles conséquences ? *Le Courrier des Addictions*, 2003, **5**, 60-64.
- Szklo AS, Thrasher JF, Perez C, et al.— Understanding the relationship between socioeconomic status, smoking cessation services provided by the health system and smoking cessation behavior in Brazil. *Cad Saude Publica*, 2013, **29**, 485-495.

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