

# Tabac et précarité : la double peine.

DR Rose-Marie ROUQUET

Service de Pneumologie


CHU LARREY

Toulouse

4 et 5 novembre 2010

# Plan

- Pourquoi ce thème : tabac et précarité?
- La ou les précarité(s)? : définitions
- Prises en charge possibles :
  - Difficultés?
  - Qui, où, par qui, comment?
  - Propositions d'actions
  - Évaluation des actions
- Quelques expériences de la littérature ...



Tabac et précarité : double  
peine : pourquoi ?

= pauvres et victimes +++ des  
conséquences du tabagisme

# Poor more likely to smoke and less likely to quit. (Dobson R, BMJ 2004)

« Les pauvres ont plus de risque de fumer et moins de chance d'arrêter »

Commentaires d'une étude prospective, menée depuis 1958 au RU, 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 :

→des H de haut NSE = 4%/an,

→bas NSE = 2,9%

# Constats dans les pays riches!

- Tabagisme globalement tend à diminuer grâce aux luttes anti-tabac :
  - En France, de 2000 à 2005, taux de fumeurs de 29% à 26% (objectif était à 22%) \*
  - La plupart des études européennes conclut à une forte prévalence du tabagisme chez les personnes à faible NSE \*\*
- Inégalités socio-économiques +++
  - ↗ morbidité et mortalité si NSE faible \*\*\*
  - **Tabac** : facteur majeur de cette inégalité

\*Baromètre santé, 2005,

\*\* Jefferis, J Public Health, 2004, Cavelaars, BMJ, 2000, Giskes, Epidemiol Commun Health 2005, Federico, Prev Med 2004, Huisman, Tob Control 2005

\*\*\* Menvielle, Rev Epidemio et Sante Publique 2007, Cancer Causes Control 2005, Mackenbach, Lancet 1997, Eur J Cancer 2004, Rosvall, BMC Public Health 2006

# Prévalence du tabagisme selon la situation professionnelle en France.

	<b>2000</b> %	<b>2003</b> %	<b>2005</b> %	<b>2006</b> %	<b>2007</b> %
<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 coll, Addiction, 2009)

# Tabagisme et inégalités sanitaires

- Augmentation +++ morbidité et mortalité dans groupes SE faibles :
  - Au RU : mortalité / cancer poumon x 4 chez travailleurs manuels non qualifiés
  - H à bas NSE ont plus grand risque de DC / maladie due au tabac (BPCO)
  - 1/3 des différences de mortalité / inégalités SE
- Taux de sevrage :
  - quand haut niveau social : 25% en 1973, 50% en 96
  - NSE faible : inchangé à 10%



# Définition(s) de la précarité? Outils d'évaluation?

# Plusieurs définitions

- Dans les pays du tiers monde = pauvreté
  - 9/10 soit une grande partie de la population.
  - < 2 dollars /j
- Dans les pays développés
  - Groupe de 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)

# Indicateurs socio-économiques de pauvreté utilisés.\*

- Sur 70 études analysées :
  - niveau d'éducation , critère le + utilisé seul ou + autres
  - revenus
  - métier
  - être propriétaire, valeur > aux revenus
  - statut socio-économique parental
- Le risque de fumer selon le NSE
  - OD bas NSE / Haut NSE, selon éducation, revenus et métier = 2.14, 2.09, 2.26
  - Dans certaines études, en analyse multivariée, le critère : « éducation » semble majeur

\* Schaap, Public Health, 2007

# Plusieurs définitions

- 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” (Europe de l'Est, Afrique..)

**Grands précaires français ou étrangers en majorité  
SDF ou provisoirement en foyers d'hébergement**

# Autres définitions

- Retraités
- Demandeurs d'emploi
- Inactifs: 16-25 ans en insertion professionnelle, chômeurs, RMI
- Mise à jour en 1998
  - Personnes en contrat emploi solidarité
  - SDF
- Mise à jour en 2000
  - Bénéficiaires de la CMU

# Seuil de pauvreté en 2008, en France (INSEE)

- **Niveau de revenus au-dessous duquel on est considéré comme pauvre, variable selon les pays.**
  - C'est un outil économique → combien de personnes sont concernées → mise en jeu des réformes socio-économiques de lutte contre la pauvreté
  - Pour personnes seules à 50% : 791 euros , à 60% : 949 euros
- **BIP 40 : prend en compte 6 dimensions :**
  - Emploi et travail, Revenus, Santé, Éducation, Logement, Justice
- **ONPES (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale) :**
  - Remet chaque année un rapport au gouvernement
  - En 2009, augmentation de 15% de dossiers de surendettement, le Secours populaire a signalé + 24% de nouveaux arrivants
  - La hausse du chômage a touché surtout les plus précaires



Particularités de ce tabagisme?

# Particularités de ce tabagisme?

- Début précoce
- Rapide et forte dépendance
- Maintien à l'âge adulte
- Sevrage plus difficile
- 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

(National Health Interview Survey 2000)

(Barbeau et coll 2004)

(Lund et coll. Etude norvégienne 1998-2000)

(Ethnologie française, XL, 2010, 533-40)

# La cigarette du pauvre.(1)

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

\*Haustein, Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2006


\*\*Constance, Ethnologie française, 2010,3,533-40,

# La cigarette du pauvre.(2)

- Tabagisme et intégration sociale.
  - Les pauvres ne sont pas ou peu exposés à la « dénormalisation » du tabac.
  - Ils n'envisagent l'arrêt qu'en parallèle à d'autres projets intégrateurs (trouver un travail, obtenir un logement, avoir des enfants...), comme ne sont pas dans cette perspective, arrêter de fumer = privation et accablement supplémentaire.
  - L'initiation tabagique a souvent été familiale (le père), puis relayée par les pairs. La tabagisme devient régulier et devient un « objet d'échange autour duquel s'organise un lien social »

# La cigarette du pauvre.(3)

- Difficulté de se défaire d'une pratique socialisante.
  - La cigarette devient un objet par lequel des personnes socialement exclues maintiennent des règles d'échange et une sociabilité résiduelle
- La cigarette, dernier plaisir d'une vie ancrée dans le présent.
  - L'ennui du temps vide
  - « on n'a plus que ça pour « se détendre »
  - Un ancrage dans le présent qui relative le risque



# Facteurs qui favorisent le tabagisme des adolescents?

# Facteurs qui favorisent le tabagisme des adolescents?

- Faible perception des risques
- Influence parentale (modèles, attitude permissive)
- Faible résistance à la pression des pairs
- Problèmes psychologiques, psychiatriques
- Difficultés familiales et scolaires
- Cibles marketing de l'industrie du tabac



# Tabagisme et précarité chez les jeunes?

- Diminution des compétences
- Augmentation du stress psycho-social et des peurs sociales
- Échecs des sevrages / hauts niveaux d'addiction, manque d'aide sociale ou de moyens

# Outils d'évaluation

- Le Score EPICES\*
  - Prise en compte de l'ensemble des dimensions de la précarité = redéfinition du seuil de précarité défini par l'article 2 de l'arrêté de 1992
  - Questionnaire de 11 questions
  - Axe reflet du « gradient social lié à la précarité »
  - Généralisé à l'ensemble des CES en 2002

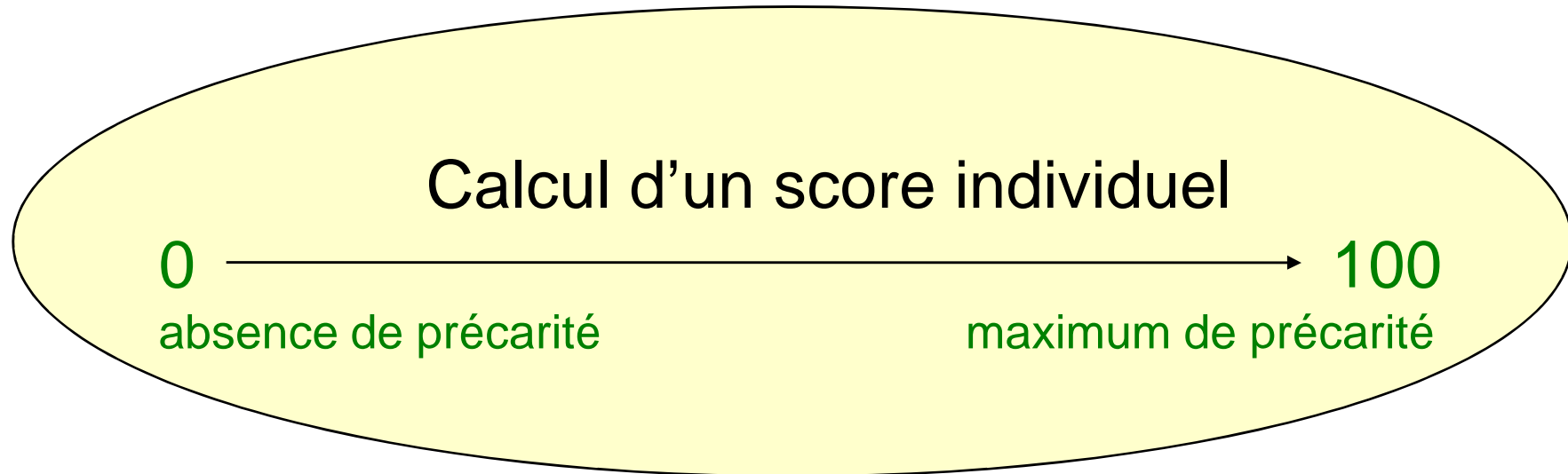
\* CES, CETAF, Ecole de Santé Publique de Nancy

# Score EPICES

N°	Questions	oui	non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social?	<b>10,06</b>	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire?	<b>-11,83</b>	0
3	Vivez-vous en couple?	<b>-8,28</b>	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement?	<b>-8,28</b>	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 ...)?	<b>14,80</b>	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois?	<b>-6,51</b>	0
7	Êtes-vous allé au spectacle des 12 derniers mois?	<b>-7,10</b>	0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois?	<b>-7,10</b>	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?	<b>-9,47</b>	0
10	En cas de difficulté, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	<b>-9,47</b>	0
11	En cas de difficulté, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle?	<b>-7,10</b>	0
	<b>Constante</b>	<b>75,14</b>	

# Le score EPICES

*E*valuation de la *P*récarité et des *I*négalités de santé dans les *CES*



Sass C., Guéguen R., Moulin J.J & coll. (2006). *Santé Publique* 18:513-522.

Sass C., Moulin J.J, Guéguen R. & coll. (2006). *Bull Epidemiol Heb*:93-96.

Sass C., Moulin J.J, Labbe E. & coll. (2007). *Pratiques et Organisation des Soins (anciennement Revue Médicale de l'Assurance Maladie)* 38:139-146.

# Conclusion

- Relations doses-dépendantes entre
  - Consommation de tabac
  - Vulnérabilité sociale
  - Instabilité professionnelle
- Populations défavorisées = risques plus élevés de tabagisme

# Conclusion

- Score EPICES = repérage des publics à risque de tabagisme
- Actions de prévention adaptées aux publics visés
- Prise en charge des populations vulnérables
- LIMITES: il ne s'agit que de la population ayant eu accès aux Centres de Santé...



# Prises en charge?

- Difficultés?
- Qui, où, par qui, comment?
- Propositions d'actions
- Évaluation des actions



# Prise en charge?

- Difficultés :

# Difficultés de la prise en charge

- Enquête en 1997, 31 415 personnes, CES région Centre-Ouest :
  - Consommation plus élevée (30%)
  - Dépendance plus forte
    - Initiation
    - Progression vers usage régulier
    - Maintien au cours de la vie
  - Pourquoi?
    - Traits de personnalité particuliers :
      - Plus grande attention aux préoccupations immédiates plutôt qu'aux projets à long terme
      - Tabac les aide à gérer les difficultés de vie quotidienne
      - Arrêt du tabac n'apparaît pas comme une priorité
      - Tabac perçu comme une compensation face à l'exclusion
    - Recours moins fréquent aux structures de soins, seulement pour symptôme majeur ou urgence.

# Difficultés de la prise en charge

- Rencontres dans un centre APAM région nîmoise en 2008 sur une cohorte de patients représentatifs de l'extrême précarité
  - Pose le problème des populations invisibles
  - Tabacopathies et comorbidités préexistantes
  - Exclusion des soins notamment dentaires
  - Polyaddictions aggravant l'état physique ou mental

# Difficultés de la prise en charge

- Méconnaissance des risques, des messages sanitaires et à fortiori des méthodes
- Dénier
- Refus
- Freins : langue, compréhension
- Etat anxieux et/ou dépressif = manque de confiance et estime de soi
- Représentation du tabagisme erronée (valeurs positives)

# Difficultés de la prise en charge

- Pas de projection à long terme mais tabac aide à gestion du quotidien
  - Evite la désocialisation d'avec leur entourage habituel
  - Compensation à l'exclusion
  - Résistance psychologique face à la norme sociale actuelle antitabac
  - Effet anti dépresseur
  - Que faire du temps?

=> Absence de demande de sevrage

# Sevrage et niveau socio-économique.

- **Lund et coll.** (2005) Norvège : 5125 sujets (25-74 ans), Faible NSE :
  - Valeurs positives du tabagisme, influence du milieu +++
  - Norme sociale anti-tabagique perçue comme menace de leur liberté
  - Poursuite tabagisme = forme de résistance psychologique
  - Manque d'avenir, stress et dépression associés à faible prédiction d'arrêt
- **Mais aussi :**
  - Manque de confiance en soi
  - Plus grande perception des difficultés (prise de poids)
  - Moins de possibilité d'aide

# Propositions d'actions

- Peu de projets en France ont étudié le sevrage chez des personnes en situation de précarité psycho-sociale
- Le projet ADDICA<sup>1</sup>
  - 2006 région Champagne-Ardenne
  - Réseau médecins et centres de tabacologie
  - Accès aux soins personnes en précarité psycho-sociale domiciliées agglomération de Reims

<sup>1</sup> Mazure M. Sientzoff V. Aide à l'arrêt du tabac dans le réseau ADDICA.  
<http://www.addica.org/medias/20081107103312.pdf>

# Propositions d'actions

- Aide financière si score EPICES supérieur à 30
- Motivation nécessaire
- n=50, moyenne âge 43 ans, 25cg/j, Fagerström 7,4, CO 39 ppm
- 17% arrêt à 6 mois
- Conclusions:
  - précaires recrutés très concernés par tabagisme
  - Intérêt d'une prise en charge gratuite
- Mais:
  - Motivation nécessaire
  - Population non représentative



# Prise en charge :

- Évaluation du tabagisme
- Évaluation de la motivation
- Délivrance de l'information
- Aide à la motivation :
  - Comment
  - Freins
- Sevrage :
  - Comment
  - Freins

# Prise en charge

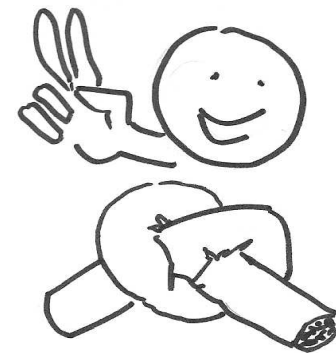
- Evaluation du tabagisme
  - Expérience menée dans le centre APAM de Nîmes en 2008
    - Enquête rétrospective n = 178, population extrême précarité
    - Fumeurs 42% prédominance masculine
    - Age moyen 35,6 ans, consommation moyenne environ 22 cg/j

# Prise en charge

- Q INPES non adapté à la population
  - Trop long (questionnaire social, HAD...)
  - Impossibilité de le faire remplir et incompréhension fréquente par le patient
  - Items décalés (exercice physique, nombre de repas, inquiétude/prise de poids,...)
  - Items opposés au vécu (DETA): l'entourage fait des réflexions sur l'absence de consommation plutôt que l'inverse

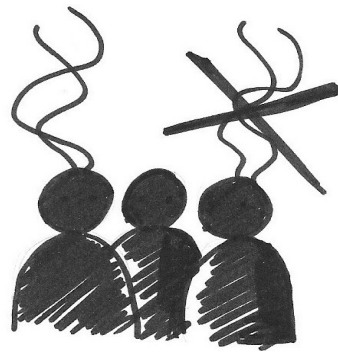
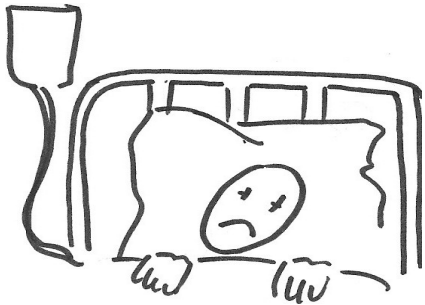
# Prise en charge

- Projet de questionnaire tabac spécifique
  - + court
  - Avec aides figuratives
  - Facile à traduire
  - Questions ouvertes dans un premier temps
  - Exemple: quels seraient les avantages à arrêter de fumer?



# Prise en charge

- Exemple: avez vous été malade à cause du tabac?
- Exemple: est ce- que les gens de votre entourage fument?
- Exemple: fumiez vous avant de quitter ou perdre votre maison?



# Prise en charge

- Conclusion de l'étude APAM
  - Pas de demande spontanée de sevrage
  - Pas de données détaillées des habitudes de consommation et motivations à l'arrêt de cette population
  - Les outils habituels doivent être adaptés
  - Le nouveau questionnaire sera testé à partir d'octobre
  - Intérêt d'une enquête prospective

## Des solutions spécifiques proposées après JMST « tabac et précarité » pour les personnes en situation de précarité.

- Extension de la gratuité des SN en médecine de ville aux bénéficiaires de la CMU
- Extension au niveau national de la mise à disposition en CES des SN
- SN à disposition des personnes incarcérées
- Couvrir l'ensemble du territoire en CS hospitalières spécialisées
- Mobilisation des médecins et pharmaciens autour du conseil minimal

# Les solutions?

- Gratuité ou remboursement des SN?
- Augmentation du prix des cigarettes?
- Avertissement sanitaires « adaptés »?
- Sensibilisation soutenue aux bénéfices du sevrage?
- Renforcement de leur motivation et de l'estime de soi?
- Optimiser l'attitude du médecin face au fumeur précaires?
- Travail en équipe?
- Aller vers eux?

## Évaluation de la gratuité des SN dans les CES en 2003

- Mesure concerne fumeurs précaires, âgés de 16 à 50 ans
- Médecin TT → accompagnement + prescription gratuite SN pour 3 mois
- Suivi par procédure SES et auto-questionnaire à domicile à 6 mois et 1 an

# Résultats.

- 57 CES, 97 000 consultants précaires dont 29763 fumeurs (>10 cig/j) (30,7%)
- 6 215 (20,9%) s'engagent dans démarche de sevrage
- À 6 mois :
  - 2 428 retours (39,1%), 35,8% : pas de suite; 22,1% rechute après au moins 1 mois d'arrêt
- 714 ont réussi à arrêter à 6 mois =
  - 29,4% des répondants et 11,5% des volontaires

# Discussion

- Femmes plus nombreuses que hommes (12,2% vs 10,9%) à entreprendre le sevrage
- Volontaires et succès surtout chez les 25-44 ans. Très peu chez les <25 ans
- Résultats identiques à ceux de 2002
- Amélioration par :
  - Sensibilisation en amont de l'examen de santé
  - Accompagnement en partenariat avec acteurs de terrain

Effets du prix, des revenus, des mises en garde sanitaires sur tabagisme selon niveau socio-économique, sexe et âge. (Townsend J et coll BMJ 1994)

- Etude anglaise, 1972-90.
- H et F des GSE faibles sont :
  - plus réceptifs à l'augmentation des prix des cigarettes qu'aux mises en garde sanitaires
- Femmes, de tt âge, :
  - moins sensibles aux avertissements sanitaires que hommes; mais plus au prix
- La réponse aux messages de santé diminue avec l'âge

# Impact de l'augmentation des prix du tabac sur les milieux à faible NSE.

- **Études controversées :**
  - Quelques études ont semblé montrer une baisse du tabagisme dans les milieux défavorisés. \*
  - Des études les plus récentes montrent l'inverse. \*\*
- **Les études les plus récentes montrent \*\*\*:**
  - Une aggravation du gradient socio-économique
  - Un impact financier beaucoup plus lourd pour les plus pauvres
  - En France, en 2000, 2003, 2005 et 2007 \*\*\*\*, la prévalence du tabagisme des chômeurs a été respectivement de 44%, 40%, 48 et 44%.

\*Townsend, BMJ 1994? Farelly, South Econ J 2001, Hersch, J Risk Uncertain 2000

\*\* Kotz, Tob Control 2009, Barbeau Am J Public Health 2004

\*\*\* Franks, Am J Public Health 2007,

\*\*\*\* Peretti-Watel Addiction 2009

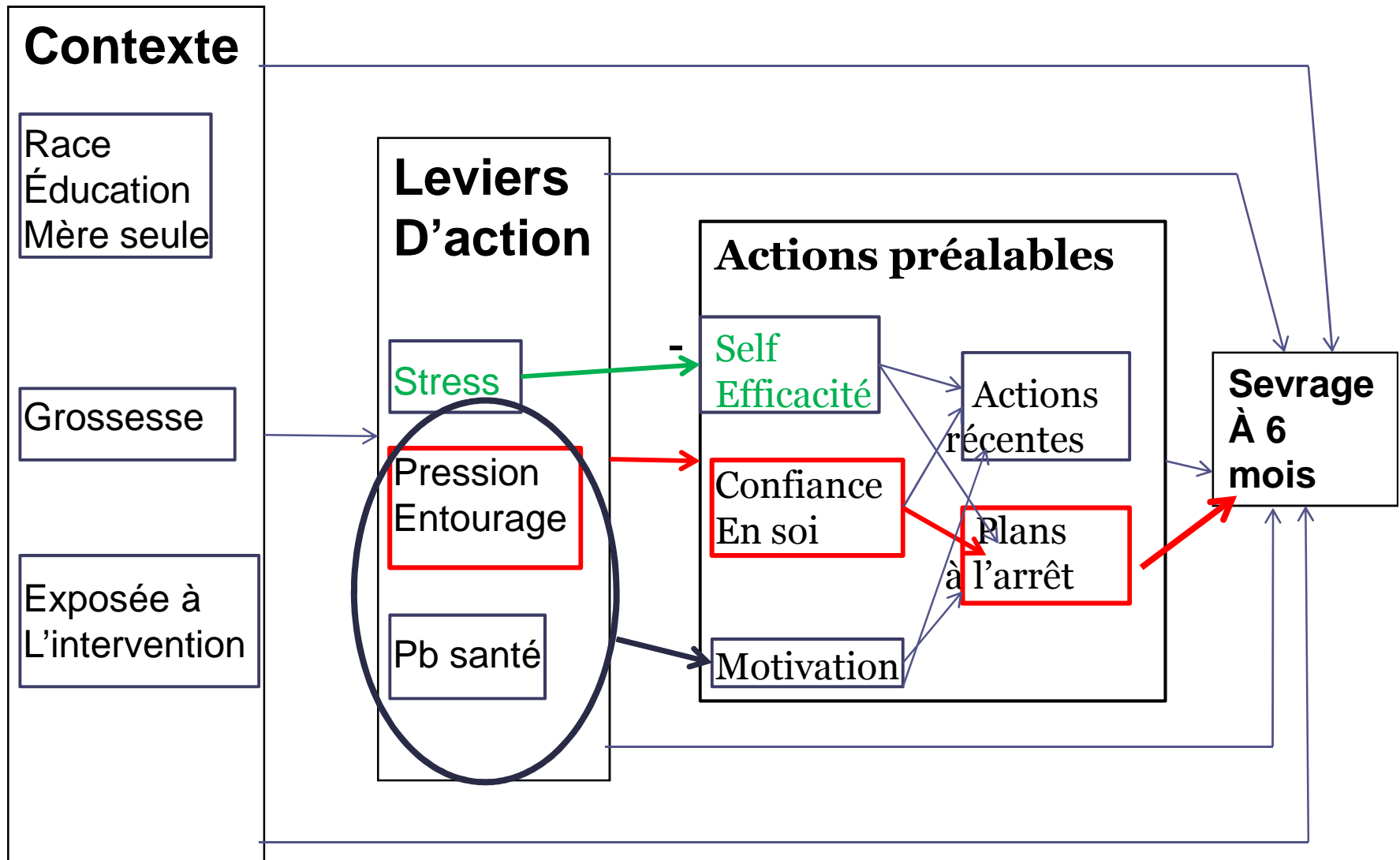
# Augmentation du prix du tabac ?

- Les augmentations successives, en France entre 2000 et 2008 \* : →
  - Baisse du tabagisme des cadres et employés
  - Stabilité chez les travailleurs manuels
  - Augmentation chez les « sans emploi » :
    - Sont conscients de leur addiction
    - Soulignent leur plaisir à fumer
    - Insistent sur leurs besoins essentiels à fumer : anti-stress, solitude,...

\* Peretti-Watel, P Constance J, Int J Environ Res Public Health, 2009

# Plan d'action d'aide au sevrage chez femmes précaires.

Manfredi, Health Educ Research, 2007



# Quelques exemples.

- **SDF** (Okuyemi K and coll Nicotine Tob Res, 2006)
  - Freins au sevrage : stress, ennui, association à l'alcool ou autres drogues
  - 76% envisagent un arrêt dans les 6 mois
  - Facteurs facilitants : interdiction dans les foyers, possibilités thérapeutiques d'aide au sevrage,
- La simple délivrance de traitement d'aide chez les jeunes ne suffit pas. (Roddy, Tob Control 2006)
- **Barrières et motivations pour le sevrage.** (Roddy, BMC Health Serv Research 2006)
  - Méconnaissance des aides possibles,
- Stress financier augmente l'envie d'arrêter mais diminue l'essai ou le succès (Siahpush, Addiction 2009; Tob Control 2007)

# Quelques exemples ...

- **Programme Australien d'aide au sevrage de prisonniers**  
(Richmond R et coll, Tobacco control, 2009)
  - Annonce du projet, mise à disposition des traitements d'aide, une ligne téléphonique d'aide, des cellules et des zones non-fumeurs, favoriser activité physique et poursuivre le suivi après la sortie
- **Baby BEEP : essai d'aide personnalisée par infirmières de femmes enceintes pauvres, en milieu rural.** (Bullock Matern Child Health J 2009)
  - Monitoring biologique de l'abstinence, visite à domicile, plaquettes, ciblage des partenaires fumeurs semble nécessaire.

# Adolescents.

- Prévalence du tabagisme régulier en GB:

	1988	1996	1998 →
11-15 ans	8%	13%	10%

Fumeurs rég.


- **Stratégies de prévention :**

- Informations sanitaires
- Apprendre à dire « non »
- Redonner l'estime de soi
- La meilleure stratégie?



Actions de l'OFT dans l'aide au sevrage des fumeurs en situation de précarité ou de fragilité.

- Actions dans des centres d'hébergement :
  - Formation du personnel encadrant
  - Réunion de sensibilisation destinée aux personnes hébergées
  - Réunion de groupe pour les fumeurs motivés
  - Consultations individuelles (6)



Mesures ayant montré une efficacité pour réduire la prévalence du tabagisme dans les groupes à bas NSE.

- Cinq actions majeures, si ciblées
  - Interdiction de la publicité
  - Augmentation du prix du tabac??
  - Interdictions et interventions sur lieux de travail
  - Gratuité des substituts nicotiques
  - Conseils, numéros verts

# Comment rendre la lutte plus efficace dans les groupes défavorisés?

- Lever les barrières financières et autres
  - Délivrance gratuite des substituts nicotiques
  - Offres d'aides spécifiques au sevrage aux défavorisés
- Actions ciblées
  - Dans les quartiers difficiles
- Communication adaptée
  - Avertissements sanitaires différents
- Politique socio-économique plus globale