

# Sevrage tabagique et personnes en situation de précarité : l'intérêt d'une prise en charge spécifique

**Anne-Laurence Le Faou,**

médecin, responsable du centre de tabacologie de l'hôpital européen Georges Pompidou (AP-HP), université Paris Diderot, pôle de recherche et d'enseignement supérieur Sorbonne - Paris Cité.

**Monique Baha,**

docteur en santé publique, université Paris-Descartes, Paris.

Dans les données du *Baromètre santé 2010*, comme lors des enquêtes précédentes, le tabagisme en population générale apparaît associé à un niveau socio-économique moins élevé en termes de diplôme, de revenu, de profession ou de situation professionnelle (en particulier pour la situation de chômage), avec une accentuation de cette différenciation sociale par rapport à 2000 et 2005 [1]. Cependant, les informations disponibles dans la base de données nationale des consultations de tabacologie (CDTnet) indiquaient une hausse de la fréquentation des fumeurs socialement défavorisés entre 2001 et 2006 [2]. Hélas, l'évaluation des taux de sevrage met en évidence moins de succès chez les fumeurs au chômage ou sans diplôme que chez les fumeurs actifs ou éduqués [3]. Une étude britannique révèle des taux d'arrêt deux fois plus faibles chez les fumeurs socialement défavorisés, malgré un nombre de tentatives d'arrêt similaire à celui des fumeurs ayant un meilleur statut socio-économique [4], (voir aussi l'article de P. Arwidson dans ce même numéro). Selon le *Baromètre Santé 2005* de l'Inpes, les chômeurs étaient aussi nombreux que les travailleurs à exprimer une envie d'arrêter de fumer [5], mais la prévalence du tabagisme (pourcentage de fumeurs)

est en augmentation chez les chômeurs depuis 2005 [6].

## Une indispensable aide au sevrage tabagique

En France, l'augmentation des prix du tabac est l'une des mesures primordiales de la politique de lutte contre le tabagisme. Or, cet argument économique affecte, voire pénalise, en particulier les fumeurs socialement défavorisés [7]. Ces derniers consacrent une part importante de leur revenu au tabac, près de 20 % d'après des données de l'Inpes [7]. L'achat du tabac est d'ailleurs privilégié au détriment de besoins plus essentiels et certains patients des consultations de tabacologie ont reconnu que leurs fins de mois difficiles étaient en partie dues à l'achat de cigarettes [3]. Il est donc indispensable de leur apporter en complément une aide au sevrage tabagique ciblée.

En effet, comme le soulignent les premiers résultats du *Baromètre Santé 2010*, les fumeurs précaires ont une vision particulière de leur tabagisme, la cigarette représentant pour eux le seul plaisir dans une vie de privations [6]. Si les messages de prévention sanitaire, les hausses du prix des cigarettes et l'interdiction de fumer dans les lieux publics contribuent à la dénormalisation du tabagisme, la hausse des prix ne semble pas avoir d'effet suffisamment dissuasif et contribuerait même à aggraver les inégalités sociales dans la lutte contre le tabagisme en France. Enfin, contrairement au coût du tabac dont ils s'accrochent, les fumeurs précaires sont réticents à se procurer des médi-

## L'ESSENTIEL

▣ Les fumeurs en situation de précarité qui bénéficient d'un soutien social intensif en groupe semblent mieux adhérer au suivi, avec un pourcentage plus élevé d'arrêt du tabac que ceux suivis individuellement.

▣ L'approche spécifique - combinant un soutien informatif, émotionnel et matériel - pourrait expliquer ces résultats partiels, qui seront ultérieurement complétés.

▣ Une expérimentation à plus grande échelle pourrait permettre d'explorer le caractère généralisable de cette étude pilote.

caments d'aide au sevrage tabagique à cause de leurs coûts [8].

## Un soutien informatif, matériel et psychosocial

Compte tenu de cette vision à court terme du tabagisme, et des échecs fréquemment rencontrés par les fumeurs précaires dans leurs tentatives de sevrage, les consultations d'aide au sevrage tabagique doivent leur offrir un accompagnement intégrant une solide dimension psychosociale incluant : soutien émotionnel (empathie, écoute de la verbalisation des émotions et des préoccupations), soutien matériel - par une offre de substituts nicotiques gratuits - et soutien informatif pour aider le fumeur à gérer ses difficultés face à l'arrêt. Des sessions en groupe peuvent permettre de renforcer le soutien émotionnel grâce au partage d'expériences personnelles.



© Gilles LARVOR - Agence YU

### Étude pilote au service tabacologie de l'hôpital Georges Pompidou

Nous avons testé l'efficacité sur l'arrêt à six mois de suivi, d'une prise en charge du sevrage tabagique des fumeurs précaires. Celle-ci s'appuie sur un soutien social intensif en groupe, comparé à un suivi individuel standard dans le service de tabacologie de l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) à Paris, de 2011 à 2013.

La première étape dans la mise en place de notre projet de recherche a été d'obtenir l'autorisation de la part de la direction des finances, de la direction qualité, ainsi que de la pharmacie hospitalière, d'offrir des substituts nicotiques gratuitement et de manière hebdomadaire aux consultants en situation de précarité, grâce au dispositif de la Permanence d'accès aux soins et à la santé (Pass). Nous souhaitons pouvoir distribuer nous-mêmes directement les traitements aux consultants, sans avoir à les faire passer par la pharmacie hospitalière. Notre but était là de favoriser l'observance thérapeutique.

Nous avons donc présenté notre projet à l'équipe sociale de l'HEGP pour justifier l'offre de substituts nicotiques gratuits, mais aussi afin d'établir une collaboration avec l'assistante sociale référente du pôle d'addictologie<sup>1</sup>.

### Des sessions informatives en groupe

Les fumeurs étaient invités à six sessions informatives en groupe. Le but était d'apporter à chacun des solutions concrètes pour : gérer le stress sans la cigarette et les pulsions à fumer, mieux comprendre les risques sur la santé, visualiser sa vie et envisager son budget sans la cigarette, etc. Les fumeurs participaient à des activités ludiques favorisant l'interaction, qui guidaient le partage d'expériences personnelles et permettaient de construire ou renforcer leur projet d'arrêt.

Après les six premières semaines de session en groupe, les fumeurs poursuivaient leur suivi individuellement à l'HEGP s'ils le souhaitaient (comme le groupe contrôle). Tous les fumeurs recevaient par ailleurs de façon hebdomadaire un traitement de substitution nicotique gratuit, de façon à éviter une délivrance de substituts nicotiques qui n'auraient pas été utilisés dans la semaine précédente.

En démarrant les séances le 3 mai 2011, nous avons mené six cycles de six séances en groupes. Nous – le médecin responsable de l'unité et un chercheur en santé publique – avons préparé, organisé et animé ces groupes, et avons été aidés pour l'organisation par l'assis-

tante du centre de tabacologie, Sylvie Le Quemener. Comment avons-nous procédé ? Par des affiches disposées dans l'hôpital ; des contacts avec les centres d'hébergement du voisinage ; des discussions avec les personnes qui se présentaient ou qui téléphonaient, évaluant leurs capacités à venir chaque semaine à dix heures pendant six semaines ; des appels téléphoniques la veille de chaque séance pour s'assurer de leur présence ; des appels en cas d'absence à une séance, etc.

### Premiers résultats

Les patients étaient majoritairement des hommes dans une situation sociale difficile<sup>2</sup>, (tableau 1). Six semaines après la première consultation, les patients en suivi individuel étaient six (16,7 %) à avoir réduit leur consommation de tabac, contre dix (30,3 %) chez les patients suivis en groupe. Les patients perdus de vue après la première consultation étaient huit (22,2 %) parmi les patients en suivi individuel uniquement, *versus* quatre (12,1 %) parmi les patients vus en groupe. Les patients sevrés du tabac six mois après la première consultation étaient quatre (11,1 %) parmi les patients en suivi individuel uniquement *versus* six (18,1 %) parmi les patients vus en groupe.

Les patients suivis en groupe paraissent mieux adhérer à la prise en

**Tabagisme : réduire les inégalités**  
**Populations en précarité : l'intérêt d'une prise en charge spécifique**

charge proposée que les patients suivis en individuel, et le pourcentage de fumeurs sevrés tend à être plus élevé dans le groupe des fumeurs ayant participé au cycle de séances hebdomadaires. Ces tendances seront à confirmer quand les données définitives seront disponibles.

### Problèmes rencontrés et perspectives

La principale difficulté que nous avons rencontrée est le maintien des fumeurs dans le programme. Mais pour ceux qui ont participé assidûment aux séances, nous avons observé que les séances hebdomadaires sont devenues un rituel qu'il a été difficile de rompre une fois les six séances terminées. En effet, pour ces personnes isolées en situation difficile (surendettement, chômage, etc.), ces séances représentaient aussi un contact social et un soutien moral très apprécié. Malheureusement, pour certains, l'ampleur de leurs difficultés sociales fait passer le tabac au second plan et les a empêchés d'aller au-delà d'une démarche de réduction. Toutefois, cette prise en charge sur-mesure a permis de tester la faisabilité d'une prise en charge structurée de fumeurs en situation sociale difficile, bien qu'elle soit limitée à une expérience locale.

Cette étude pilote a pris fin, en décembre 2012, par manque de moyens humains. En effet, il aurait fallu pouvoir bénéficier de l'aide d'une infirmière dédiée à la prise en charge des fumeurs précaires lors des groupes et pour assurer leur suivi en lien avec les médecins. Toutefois, les personnes en situation de précarité bénéficient toujours du dispositif des traitements de substitution nicotinique délivrés pour une période brève dans le cadre d'un suivi structuré. Les données complètes de cette étude 2011-2013 seront publiées ultérieurement. Enfin, une expérimentation à plus grande échelle pourrait permettre d'explorer le caractère généralisable de cette étude pilote. ■

1. Après l'aval de la pharmacie hospitalière et de l'équipe sociale, et la validation du dispositif par la direction de la qualité de l'HEGP en février 2011, nous avons ensuite obtenu la validation de notre projet d'un point de vue éthique en mai 2011, afin de satisfaire aux critères de validation d'une recherche en soins courants par le Comité de protection des personnes (CPP 2) d'Ile-de-France et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

2. La systématisation de l'évaluation de la situation sociale des consultants a été effective grâce à l'utilisation d'une version simplifiée du score de précarité Épices, utilisé par les tabacologues vacataires de la consultation [9]. Cela a représenté un moyen d'identification et de recrutement de participants potentiels à notre recherche, répondant aux critères des services sociaux.

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude**

	Suivi individuel uniquement	Séances en groupe
<b>Hommes</b>	21 (58,3%)	20 (60,6%)
<b>Chômage</b>	11 (30,6%)	11 (33,3%)
<b>Allocation Adulte Handicapé</b>	11 (30,6%)	13 (39,4%)
<b>Age moyen</b>	46,5	51,4
<b>Fagerström moyen</b>	5,5	5,6
<b>Facteurs de risque cardiovasculaire</b>	13 (36,1%)	15 (45,4%)
<b>Antécédent de dépression</b>	13 (36,1%)	13 (39,4%)
<b>Effectifs</b>	36	33

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Guignard R., Beck F., Richard J.-B., Peretti-Watel P. *Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2013 : 56 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>
- [2] Le Faou A.-L., Baha M., Rodon N., Lagrue G., Ménard J. Trends in the profile of smokers registered in a national database from 2001 to 2006: changes in smoking habits. *Public Health*, 2009, vol. 123, n° 1 : p. 6-11.
- [3] Baha M., Le Faou A.-L. Smokers' reasons for quitting in an anti-smoking social context. *Public Health*, 2010, vol. 124, n° 4 : p. 225-231.
- [4] Kotz D., West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control*, 2009, vol. 18, n° 1 : p. 43-46.
- [5] Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 77-110. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
- [6] Guignard R., Richard J.-B., Beck F., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P. *Premiers résultats du Baromètre santé 2010. Évolutions récentes du tabagisme en France*. Saint-Denis : Inpes, 2010 : p. 1-13. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-sante2010.pdf>
- [7] 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, vol. 104, n° 10 : p. 1718-1728.
- [8] Siahpush M., McNeill A., Borland R., Fong G.T. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, vol. 15, Suppl 3 : p. iii71-iii75. En ligne : [http://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/suppl\\_3/iii71.full.pdf+html](http://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/suppl_3/iii71.full.pdf+html)
- [9] Convers C. Utilisation du score Épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *La revue sage-femme*, 2010, vol. 9, n° 1 : p. 3-9.