

Aide à l'arrêt du tabac et publics défavorisés : état des connaissances

Romain Guignard,
chargé d'expertise scientifique,
Santé publique France,

Viêt Nguyen-Thanh,
responsable de l'unité addictions,
Santé publique France,

Olivier Delmer,
documentaliste, Santé publique France,

Marie-Camille Lenormand,
chargée d'étude en économie de la santé,
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés (CNAMTS),

Jean-Marie Blanchoz,
chargé d'étude en économie de la santé,
CNAMTS,

Pierre Arwidson,
directeur adjoint de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

Dans les pays où la prévalence tabagique est plutôt en baisse, la consommation de tabac apparaît très différenciée selon le niveau socio-économique, que ce soit le niveau de revenus, le niveau de diplôme ou la situation professionnelle (notamment la situation de chômage par rapport à l'emploi) [1]. C'est le cas dans la plupart des pays d'Europe, aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. En France également, la prévalence tabagique est plus élevée et les taux d'arrêt sont plus faibles parmi les populations ayant le plus faible niveau socio-économique [2 ; 3]. Ces taux d'arrêt plus bas peuvent s'expliquer par une combinaison de facteurs : une dépendance nicotinique plus importante, des conditions et des événements de vie plus difficiles (enfance, stress...),

des normes pro-tabagiques plus prégnantes dans certains milieux (famille ou entourage) ou le marketing ciblé de l'industrie du tabac [4].

Agir sur les déterminants

Comme d'autres auteurs, Sir Michael Marmot, professeur d'épidémiologie et de santé publique à l'University College de Londres, souligne l'importance de traiter l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et d'agir sur les « causes des causes » pour résoudre le problème des inégalités liées au tabagisme. Il indique également que « la lutte contre le tabagisme est centrale à toute stratégie destinée à réduire les inégalités de santé, car le tabagisme est responsable d'approximativement la moitié de la différence d'espérance de vie entre les catégories sociales les plus aisées et les moins aisées »¹ [5]. Il introduit enfin la notion d'universalisme proportionné qui correspond à une offre adaptée en intensité ou en qualité aux populations les plus vulnérables.

L'analyse de la littérature dont nous rendons compte ici a fait l'objet d'un article original publié dans la revue Santé publique [6]. Son objectif était de documenter l'efficacité et les modalités de mise en œuvre des interventions d'incitation et d'aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs socio-économiquement défavorisés, qu'elles soient proposées à tout type de public ou ciblant spécifiquement les populations précaires. Nous en présentons ici les faits saillants.

Évaluer l'impact des politiques publiques

Deux revues de la littérature réalisées en 2013 dans le cadre du projet Tackling socio-economic inequalities in smoking (SILNE) visaient à évaluer l'impact des politiques publiques de

lutte antitabac en population adulte en matière d'équité, d'une part sur les politiques mises en place au niveau populationnel, d'autre part sur les interventions individuelles [7 ; 8]. Afin de compléter ces travaux, une analyse des articles publiés après 2013 a été réalisée. Parmi les 23 études retenues, 10 étaient des essais contrôlés randomisés, 6 des études interventionnelles avant/après, 5 des cohortes et 2 des études transversales répétées. 15 études ont été réalisées aux États-Unis, 7 au Royaume-Uni et 1 aux Pays-Bas. Les principaux types d'interventions évalués étaient les campagnes médiatiques, le soutien comportemental en face-à-face associé la plupart du temps à la fourniture de substituts nicotiques gratuits ou remboursés, et les dispositifs d'aide à distance.

Les revues de la littérature publiées initialement indiquent que la plupart des interventions efficaces pour l'arrêt du tabac sont de nature à augmenter les inégalités sociales de santé en étant plus efficaces auprès des populations les plus insérées.

Les politiques mises en place au niveau populationnel

D'après la littérature, seules certaines interventions délivrées à l'échelle populationnelle, notamment l'augmentation du prix du tabac et la promotion de médicaments d'aide à l'arrêt gratuits, semblent bénéficier davantage aux personnes ayant un niveau socio-économique plus faible. Concernant l'augmentation des prix, les résultats d'études et les enquêtes de prévalence menées en France entre 2000 et 2010 contredisent en partie les résultats obtenus dans les pays anglo-saxons [9]. Le fait que les personnes de faible niveau socio-économique réduisent davantage leur consommation de tabac (que la

population générale) quand le prix du tabac augmente pourrait être de court terme seulement, sans nécessairement engendrer davantage d'arrêts de long terme. Les hausses de prix nécessiteraient ainsi d'être accompagnées de mesures complémentaires pour aider ces populations à réussir leur sevrage.

rement dans des zones défavorisées. Ils ont par ailleurs conclu des partenariats avec l'équivalent des centres de protection maternelle et infantile, les centres de santé mentale, les services de justice pénale pour essayer d'atteindre les personnes les plus défavorisées (chômeurs de longue durée, détenus...). En plus des professionnels de santé, des intervenants extérieurs formés peuvent être associés.

« EN FRANCE, LES CONSULTATIONS DE TABACOLOGIE DU RÉSEAU CDTNET, QUI ACCUEILLENT DES FUMEURS CARACTÉRISÉS NOTAMMENT PAR UNE PLUS FORTE DÉPENDANCE AU TABAC, POURRAIENT CONSTITUER UNE PERSPECTIVE PROMETTEUSE POUR L'AIDE INDIVIDUELLE AU SEVRAGE TABAGIQUE DES POPULATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUEMENT DÉFAVORISÉES. »

L'ESSENTIEL

► Aider les fumeurs des catégories défavorisées requiert de leur proposer des services (accompagnement et aide au sevrage) au plus près de leur lieu de vie. À cet égard, les pays peuvent s'inspirer des services intensifs d'aide au sevrage tabagique au Royaume-Uni.

► Les interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles ont été co-construites et adaptées à leurs besoins spécifiques, en particulier pour ce qui concerne le remboursement des soins.

L'impact des campagnes médiatiques en termes d'équité n'est quant à lui pas systématique, il dépend de leur intensité, de leur contenu et des canaux utilisés.

Les interventions individuelles

Aucune étude recensée dans la revue de littérature de 2013 concernant les interventions individuelles n'a montré d'impact positif en matière d'équité et les deux tiers ont même présenté un impact négatif. On note par ailleurs que les interventions individuelles telles qu'elles sont recommandées par la Haute

Autorité de santé [10], associant approche comportementale et pharmacologique, bénéficient davantage aux publics socio-économiquement favorisés, notamment parce qu'ils sont plus nombreux à parvenir à arrêter de fumer.

Ainsi, les interventions individuelles permettent de réduire la prévalence du tabagisme pour toutes les classes socioéconomiques, mais cette baisse est souvent plus importante pour les populations favorisées, ces dispositifs n'étant pas toujours adaptés aux fumeurs ayant un faible niveau socio-économique. Pour être efficaces auprès de ces publics, il semble que les recommandations cliniques « standard » doivent être transposées dans des conditions adaptées à la population qu'elles visent (accessibilité, territoires cibles, modalités de participation, durée de la consultation, types d'intervenant, etc.).

Pour toucher davantage les publics en difficulté et ainsi limiter les inégalités sociales de succès à l'arrêt du tabac, les Stop Smoking Services, services intensifs d'aide au sevrage tabagique du National Health Service (NHS) britannique, se sont implantés prioritairement

Quelques clefs de réussite

La synthèse des expériences publiées donne néanmoins quelques clefs de réussite, en suggérant que certaines caractéristiques permettraient d'atteindre plus spécifiquement les publics défavorisés tout en les accompagnant davantage :

- La première est de proposer des services au plus près des populations ciblées : en s'implantant dans des territoires prioritaires comme en Grande-Bretagne ; en concluant des partenariats au niveau local avec les services sociaux ; ou encore en proposant des services mobiles sur des parkings de supermarché, de zones industrielles et de centres de loisirs.

- Les démarches proactives des organismes qui promeuvent l'arrêt du tabac, par exemple via les dispositifs d'aide à distance, avec des relances régulières par téléphone, SMS ou e-mail, ont également montré des résultats positifs. Il s'agit notamment pour ces organismes d'être à l'initiative de la (re)prise de contact avec les fumeurs identifiés pour leur proposer une offre d'aide à l'arrêt personnalisée.

- La formulation des messages et les registres mobilisés, notamment dans les campagnes médiatiques, sont des éléments essentiels qui doivent être fondés sur des arguments scientifiques. De même leur visibilité pour les publics ciblés est primordiale, et donc la stratégie médiatique pour que ceux-ci soient vus par le plus grand nombre de personnes.

- Enfin, de manière générale, les interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles ont été co-construites, testées auprès des publics cibles et

adaptées à leurs besoins spécifiques en termes de contenu et de remboursement des soins.

Discussion

Cette revue de la littérature comporte certaines limites inhérentes à cet exercice, notamment les biais de publication qui peuvent rendre invisibles des études n'ayant pas eu de résultats encourageants. Par ailleurs, selon les expérimentations, les niveaux de preuves peuvent varier et ne pas porter sur les mêmes indicateurs. Enfin, il ne faut pas occulter le fait que la plupart des articles concernent des expérimentations conduites dans les pays anglo-saxons, pour lesquels les prévalences tabagiques sont plus faibles qu'en France. En Angleterre et aux États-Unis, les approches différenciées en fonction des caractéristiques de la population (culturelles, socio-économiques) semblent par ailleurs plus développées, dans l'objectif notamment de réduire les inégalités sociales de santé. Par ailleurs, le tabagisme y est généralement plus concentré sur les populations défavorisées même si cette tendance est également observée en France ces dernières années [2]. Cela peut poser question quant à leur généralisation et leur transférabilité à d'autres pays aux contextes socio-culturels différents et/ou plus ou moins avancés dans la lutte antitabac. Enfin, les aspects éthiques de ces interventions, non abordés ici, sont également à prendre en compte.

En France, les consultations de tabacologie du réseau CDTnet, qui accueillent des fumeurs caractérisés notamment par une plus forte dépendance au tabac, pourraient constituer une perspective prometteuse pour l'aide individuelle au sevrage tabagique des populations socio-économiquement défavorisées [11]. Les consultations participant à ce réseau sont majoritairement des services de tabacologie ou d'addictologie hospitaliers. L'aide au sevrage associe prise

en charge comportementale ou psychosociale et prescription de traitements pharmacologiques.

Plus largement, pour valider les éléments restitués ici dans le contexte français, il sera nécessaire de mettre en place, de manière structurée, un ensemble d'expérimentations visant

à tester différentes modalités d'intervention auprès des professionnels et des publics cibles, en mobilisant un réseau d'équipes universitaires pour les évaluer afin d'en tirer des enseignements pour une politique globale de lutte contre le tabagisme qui soit également efficace auprès des personnes les plus précaires. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

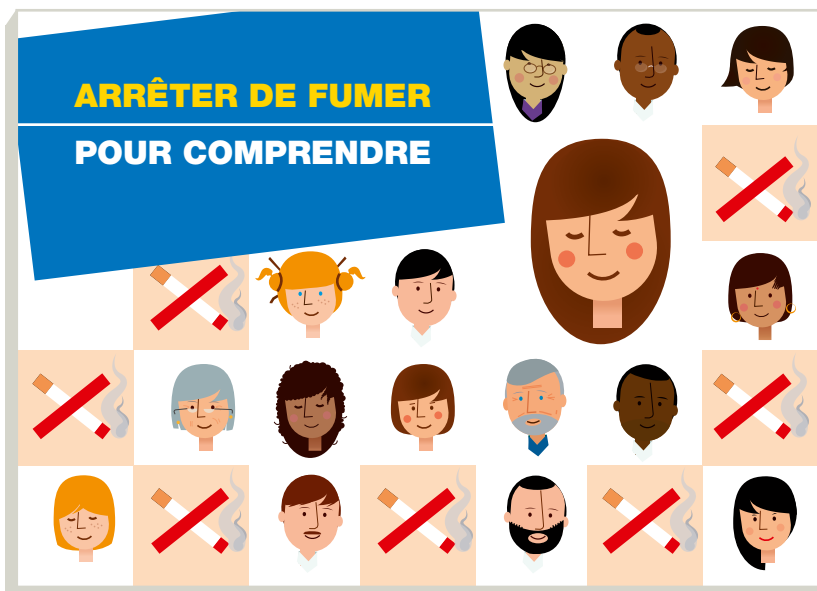
- [1] David AM., Esson K., Perucic AM., Fitzpatrick C. *Tobacco use : equity and social determinants*. In: Blas E, Kurup AS, editors. *Equity, Social Determinants and PublicHealth Programmes*. Genève, World Health Organization, 2010, p. 199-217.
- [2] Pasquereau A., Gautier A., Andler R., Guignard R., Richard JB., Nguyen-Thanh V. *Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2017, n°12, p. 214-222.
- [3] El-Khoury Lesueur F., Bolze C., Melchior M. *Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation : data from a nationally representative study*. Addictive Behaviors, 2018, n°80, p. 110-115.

- [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, n°18, p. 43-46.
- [5] Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. The Marmot Review, London, 2010.
- [6] Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O., Lenormand MC., Blanchoz JM., Arwidson P. *Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature*. Santé publique, 2018, vol. 30, p. 45-60.
- [7] Brown T., Platt S., Amos A. *Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults : a systematic review*. European Journal of Public Health, 2014, n°24, p. 551-556.
- [8] Brown T., Platt S., Amos A. *Equity impact of population-level interventions and policies to*

1. "Tobacco control is central to any strategy to tackle health inequalities as smoking accounts for approximately half of the difference in life expectancy between the lowest and highest income groups".

- reduce smoking in adults : a systematic review*. Drug and Alcohol Dependence, 2014, n°138.
- [9] 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, n°104, p. 1718-1728.
- [10] Haute Autorité de santé. *Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours*. Saint-Denis, France, 2014.
- [11] Baha M., Boussadi AA., Le Faou AL. *L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2016, n° 30-31.

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.



Santé publique France a conçu une brochure d'information (voir couverture ci-contre) spécifique qui a pour objectif de présenter les grands principes de l'arrêt du tabac : pourquoi arrêter de fumer, comment y parvenir, arrêter de fumer quand on veut un enfant, arrêter sans grossir et sans stress... Cette brochure simple et illustrée fait partie de la collection "Pour comprendre", élaborée dans une démarche d'accessibilité de l'information à tous et avec l'aide des bénéficiaires. Elle existe aussi en braille, et peut être complétée par des vidéos conçues selon le même principe. Accessible à partir du site internet de Santé publique France en version numérique et sur demande pour la version papier.