



# PRISE EN CHARGE DU TABAGISME DES POPULATIONS PRÉCAIRES : MODALITÉS PRATIQUES EN FRANCE ?

*Dr Alice Deschenau - Pôle Addiction, GH Paul Guiraud*

*[Alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr](mailto:Alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr)*

## LIENS D'INTÉRÊT

- Contribution à des formations pour Pfizer
- Congrès financés par Indivior
- Congrès financés par et contribution à des formations pour Gilead sciences

DÉFINIR LA PRÉCARITÉ

pouvoir l'évaluer

# LA PRÉCARITÉ

- La précarité définit la condition qui résulte d'« absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même. »
- Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale, rapport présenté au nom du Conseil économique et social. JO, 1987. (site Inpes)















# LA PAUVRETÉ

- La pauvreté définie par l'Insee correspond à un « *état de manque en terme de biens (économique et de ressources de santé) ou de position sociale telle que la personne est incapable de vivre de la même façon que la moyenne des autres personnes de la société* » (site Inpes)
- Seuil de pauvreté en France : revenus mensuels inférieurs à 840 € ou 1000 € après impôts et prestations sociales.
- **Problème de définition en recherche pour étudier les populations défavorisées : quels critères ?**

# LE SCORE EPICES

- Il permet d'évaluer la situation financière et sociale d'une personne dans sa globalité, sans que les critères appréciés ne relèvent uniquement des ressources disponibles et/ou du statut social.
- Ce score est utilisé dans sa version simplifiée pour faciliter son usage en consultation.
- Il est intégré au dossier anonyme CDTnet, un registre national informatisé des consultations de tabacologie.

Tableau 2 Utilisation simplifiée du score.  
*Simplified use of the score.*

	Oui	Non
Rencontrer un travailleur social		
Rencontrer des difficultés financières		
Bénéficiaire d'une assurance maladie complémentaire		
Vivre en couple		
Être propriétaire de son logement		
Sport au cours des 12 derniers mois		
Spectacle au cours des 12 derniers mois		
Vacances au cours des 12 derniers mois		
Contact familial au cours des six derniers mois		
Aide en cas de besoin :		
Hébergement		
Aide matérielle		
Score > 30 si quatre réponses 		

# LE POIDS DU TABAGISME DANS LES POPULATIONS DÉFAVORISÉES

# UN TABAGISME PLUS SÉVÈRE

- Les populations défavorisées :
  - **fument + fréquemment**
    - 5 à 6 fois plus de fumeurs chez les hommes et les femmes précaires (Moulin, 2006).
    - Gradient de prévalence qui augmente plus la catégorie socio-professionnelle est défavorisée. (Peretti-Watel, 2009, Pasqueneau, 2017)
    - Facteurs liés à un tabagisme plus fréquent : le bruit, le stress, la vie dans un quartier défavorisé, élever un enfant seul(e), être un homme, avoir - de 35 ans, avoir un niveau d'éducation faible et être sans activité. (Peretti-Watel, 2009)
  - **fument + sévèrement** (Emery, 2000)
    - Score de Fagerström, nombre de cigarettes, CO expiré plus élevés
  - **arrêtent - souvent de fumer** (Jefferis, 2004 ; Hiscock, 2015)
- Ce constat est le même dans différents pays anglo-saxons, européens (Siahpush, 2006 ; Laaksonen 2005)



## DES EFFETS MINIMISÉS

- **Les effets sanitaires du tabac sont plus souvent méconnus ou minimisés** (Emery, 2000 ; Christiansen, 2012)
  - Le caractère addictif du tabac
  - L'impact du tabagisme actif et passif sur la santé
- **Les aides au sevrage sont méconnues**, perçues comme peu efficaces et les lieux de soins mal identifiés (Roddy, 2006 ; Christiansen, 2012).
- En regard, l'arrêt du tabac est perçu comme plus lourd en termes de privation/plaisir (Merson, 2015 ; Constance, 2010)

# LE POIDS ÉCONOMIQUE DU TABAC

- En France, les fumeurs socialement défavorisés consacrent une part importante de leur revenu au tabac : près de **20 %** (Peretti-Watel, 2009).
  - RSA sans enfants : 536,78 € ; AAH : 810,89 €
  - Vs 1 paquet de 20 cigarettes/j à 7 € = 210 € /mois
- Réticence à se procurer des médicaments d'aide au sevrage tabagique à cause de leurs coûts (Peretti-Watel, 2009).
  - Remboursement 150 € / an pour tous (1<sup>er</sup> nov 2016) mais **avance de frais**
  - Remboursement depuis mai 2017 de la varénicline ; pas du bupropion.
- Sensibilité réduite aux augmentations du prix du tabac
  - Augmentation du tabagisme dans la tranche de revenus la plus basse entre 2010 et 2016 (35,2% à 37,5%) (Pasqueneau, 2017). Période d'augmentation quasi annuelle du prix du tabac.

# PRISES EN CHARGE DU TABAGISME DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

L'analyse des données cdtnet de la  
consultation de tabacologie de l'HEGP

## OBJECTIFS

- Décrire les caractéristiques et la prise en charge proposée aux fumeurs précaires reçus une première fois en 2013 en consultation de tabacologie à l'Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP)
- Et les comparer à celles des fumeurs qui n'étaient pas en situation de précarité sociale.



## LA CONSULTATION DE L'HEGP

- L'accès à ce service en consultation externe de tabacologie requiert :
  - une inscription administrative
  - une facturation des soins conventionnée avec tiers payant pour l'assurance maladie et un certain nombre de mutuelles conventionnées (donc des droits ouverts)
- Les patients peuvent être orientés par des professionnels de l'hôpital, des médecins de ville, des pharmaciens, ou venir de leur propre initiative.
- Les consultations sont enregistrées dans CDTnet en complément du dossier du service.
- L'équipe utilise le score EPICES pour évaluer la précarité. Le cas échéant le consultant peut bénéficier d'un accès PASS pour retirer des TSN gratuitement.

# MÉTHODES

## V a r i a b l e s

- Le recueil de données (printemps 2015) a combiné les deux supports papier et CDTnet des dossiers des nouveaux consultants de 2013.
- Variables étudiées :
  - Âge et sexe, statut professionnel et de prestation sociale
  - Précarité authentifiée dans le dossier par le score EPICES ou une ordonnance PASS
  - Comorbidités regroupées en 4 groupes : facteurs de risque cardiovasculaires, pathologies somatiques, comorbidités addictives et troubles psychiatriques.
  - Dépendance au tabac : score de Fagerström (faible si 0 à 4, moyenne si 5 ou 6 et élevée si 7 à 10). Le nombre déclaré et moyen de cigarettes fumées/j, et le CO expiré.
  - Sevrage tabagique : si 0 cigarette déclarée associée à un CO expiré de 4ppm max.
  - Suivi tabacologique : Nb de consultations, délais entre la première et la dernière.
  - Traitement : TSN (nature et posologie), médicaments, autres orientations

# MÉTHODES

- L'analyse des données
  - Comparaisons des fréquences des variables dans les groupes de personnes précaires et non précaires, et autres sous-groupes (test du Khi2 du logiciel Excel® 2013).
  - Comparaisons de moyennes des variables dans les groupes de personnes précaires et non précaires, et autres analyses en sous-groupes (test d'égalité des espérances de ce même logiciel (t-test)).
  - La probabilité d'erreur à 5 % a servi de seuil.
- 278 dossiers patients ont été retenus pour l'année 2013 via CDTnet.
  - 5 dossiers de femmes enceintes ont été exclus car ce sous-groupe minoritaire constituait un ensemble trop spécifique.
  - 23 dossiers papier des fumeurs enregistrés dans la base de données CDTnet n'ont pas été retenus car non archivés avec les autres.
  - **Total de 250 dossiers.**

# CARACTÉRISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES

	Population totale (N=250)		Patients précaires (N=92; 36,80%)		Patients non précaires (N=158 ; 63,20%)		Tests de comparaison
<b>Age moyen (ans)</b>	49		49		49		p = 0,96 (t-test)
<b>Sexe</b>	N	%	N	%	N	%	
Hommes	127	50,80%	49	53,26%	78	49,37%	p = 0,55 (khi2)
Femmes	123	49,20%	43	46,74%	80	50,63%	
<b>Statut socio-professionnel</b>	N	%	N	%	N	%	
Actifs	129	51,60%	31	33,67%	98	62,03%	<b>p &lt; 0,01 (khi2)</b>
En formation	6	2,40%	1	1,09%	5	3,16%	
Au chômage/RSA	26	10,40%	18	19,57%	8	5,06%	
Sans activité	20	8,00%	8	8,70%	12	7,59%	
Invalidité/Handicap	42	16,80%	37	40,20%	5	3,16%	
Retraités	37	14,80%	7	7,61%	30	18,99%	
<b>Comorbidités</b>	N	%	N	%	N	%	
FDR cardio-vasculaires	135	54,00%	51	55,43%	84	53,16%	p = 0,73 (khi2)
Pathologies somatiques	143	57,20%	53	57,61%	90	56,97%	P = 0,92 (khi2)
Comorbidités addictives	86	34,40%	36	39,13%	50	31,65%	p = 0,26 (khi2)
Troubles psychiatriques	153	61,20%	73	79,35%	80	50,63%	<b>p &lt; 0,01 (khi2)</b>



# TABAGISME INITIAL ET PREMIÈRES PRESCRIPTIONS

	Population totale (N=250)		Patients précaires (N=92)		Patients non précaires (N=158)		Tests de comparaison
<b>Fagerström initial</b>	N	%	N	%	N	%	khi2
Elevé	93	37,20%	27	48,91%	65	30,38%	<b>p = 0,01 (khi2)</b>
Moyen	65	26,00%	20	21,74%	45	28,48%	
Faible	92	36,80%	45	29,35%	48	41,14%	
<b>Tabagisme initial</b>							
Nombre de cigarettes/jour	16,58		20,39		14,34		<b>p &lt; 0,01 (t-test)</b>
Taux de CO* expiré (ppm)	13,6		14,82		12,86		p = 0,14 (t-test)
<b>Prescription initiale</b>	N	%	N	%	N	%	
TSN**	226	90,40%	90	97,83%	136	86,08%	<b>p &lt; 0,01 (khi2)</b>
TSN** transdermiques	207	91,59%	90	100,00%	117	86,03%	<b>p &lt; 0,01 (khi2)</b>
Dose moyenne (mg)	22,51		24,27		21,37		<b>p = 0,04 (t-test)</b>
TSN** oraux	201	88,94%	82	91,11%	119	87,50%	p = 0,40 khi2
Bupropion	0	0%	0	0%	0	0%	/
Varenicline	2	0,80%	0	0%	2	1,27%	/
TCC***	2	0,80%	1	1,09%	1	0,63%	/
Consultation psychologique	14	5,60%	6	6,52%	8	5,06%	p = 0,63 khi2
Consultation diététique	10	4,00%	6	6,52%	4	2,53%	p = 0,12 khi2
<b>Vapotage initial</b>	11	4,40%	2	2,17%	9	5,70%	p = 0,19 khi2

# PRISE EN CHARGE ET DERNIÈRE CONSULTATION

	Population totale (N=250)		Patients précaires (N=92)		Patients non précaires (N=158)		Tests de comparaison
Nombre moyen de consultations	3,88		4,71		3,39		<b>p = 0,02 (t-test)</b>
Durée moyenne du suivi (mois)	3,71		4,64		3,16		<b>p = 0,04 (t-test)</b>
<b>Suivis avec n consultation &gt; 1</b>	<b>167</b>	<b>66,80%</b>	<b>63</b>	<b>72,83%</b>	<b>104</b>	<b>65,82%</b>	p = 0,67 (khi 2)
Prescription finale	N	%	N	%	N	%	
TSN*	131	78,92%	54	85,71%	77	74,04%	p = 0,08 (khi 2)
TSN* transdermiques	99	75,57%	43	79,63%	56	72,73%	p = 0,37 (khi 2)
Dose moyenne (mg)	21,86		22,60		21,31		p = 0,50 (t-test)
TSN* oraux	97	74,05%	43	79,63%	54	70,13%	p = 0,22 (khi 2)
Bupropion	0	0%	0	0%	0	0%	/
Varenicline	3	1,80%	1	1,59%	2	1,92%	/
Vapotage final	28	16,77%	10	15,87%	18	17,31%	p = 0,81 (khi 2)
Nombre d'arrêts déclarés	57	34,13%	15	22,22%	43	41,35%	<b>p = 0,01 (khi2)</b>
<b>Fumeurs en fin de suivi</b>	<b>110</b>	<b>65,87%</b>	<b>48</b>	<b>77,78%</b>	<b>61</b>	<b>58,65%</b>	
Nombre moyen de cigarettes/jour	9,67		9,98		9,41		p = 0,70 (t-test)
Taux de CO** expiré (ppm)	11,14		11,70		10,68		p = 0,61 (t-test)

# DISCUSSION

- Les données sur le tabagisme des consultants en situation de précarité étaient concordantes avec les données de la littérature.
- La prise en charge dans une consultation facilitant l'accès aux TSN a permis d'obtenir une bonne adhésion à la prise en charge pour des résultats moindres en sevrage mais similaires en réduction du tabagisme.
  - A noter : les profils de tabagisme initial dans les sous-groupes non sevrés en fin de suivi des deux groupes fumeurs précaires ou non étaient similaires.
  - Quelle place des troubles psychiatriques dans la sévérité du tabagisme et les résultats de la prise en charge ?



## DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES ?

- Les études sur les soins aux fumeurs en situation de précarité ont des difficultés à identifier les solutions les plus efficaces (Bryant, 2011).
  - Accès aux traitements, soutien numérique et téléphonique, soutien par les pairs, prise en charge groupale.
  - Sensibilisation : Actions d'impact immédiat type mesure du CO expiré, challenge 24h sous TSN...
- Mais les prises en charge dédiées avec des supports complémentaires (numérique, téléphone, groupes, accès aux TSN) montrent de meilleurs résultats que l'offre de soin générique.
- Ainsi, il n'existe peut-être pas une formule idéale mais :
  - la nécessité d'adapter les options thérapeutiques aux fumeurs défavorisés
  - avec souvent une combinaison d'outils,
  - et une recherche d'impact ressenti à court terme pour renforcer la motivation.

# UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

- Une attention pour les troubles psychiatriques
  - Associés à la précarité ?
  - Possibles freins au sevrage
    - Optimiser la prise en charge psy (support, traitement)
    - Optimiser la prise en charge du sevrage au plus près des symptômes
- Dépister les comorbidités somatiques, addicto (cannabis !) et promouvoir la santé
- Communiquer avec les autres intervenants
- Prendre en compte l'entourage
  - Les fumeurs de milieu défavorisé sont plus entourés de fumeurs (Hiscock, 2015)

POUR PLUS DE DETAILS



**Revue des Maladies Respiratoires**

**Sous presse. Epreuves corrigées par l'auteur.** Disponible en ligne depuis le mardi 7 juin 2016

Doi : 10.1016/j.rmr.2016.03.010

Reçu le : 24 janvier 2016 ; accepté le : 29 mars 2016

**Précarité et sevrage tabagique : réflexions à partir des données de la consultation de tabacologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou (AP-HP), Paris**

**Smoking cessation support among persons in situation of precariousness**

**A. Deschenau <sup>a, \*</sup> , A.-L. Le Faou <sup>b</sup>, D. Touzeau <sup>a</sup>**

<sup>a</sup> Pôle addiction, groupe hospitalier Paul-Guiraud, 54, avenue de la République, 94800 Villejuif, France

<sup>b</sup> Hôpital européen Georges-Pompidou, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, centre ambulatoire d'addictologie, université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, UMRS 1123, 75010 Paris, France

*\*Auteur correspondant.*

# CONCLUSION

- Evaluer la situation sociale de tout fumeur
- Soutenir la motivation, ou la faire émerger... (interventions, informations)
- Accompagner vers l'arrêt :
  - identifier les obstacles pour les lever (dont les freins socio-économiques)
  - proposer des outils adaptés et combinés
  - TSN en ligne mais pas seuls !
- Besoin d'une politique de santé publique plus franche pour lutter contre le tabagisme dans ces populations