

# Quelles stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine du tabagisme ?

**Pierre Arwidson**  
directeur,  
direction des Affaires  
scientifiques de l'Inpes.

**L**e cadre conceptuel dans lequel l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) s'inscrit pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé comprend deux axes. Le premier est de privilégier des interventions précoces en raison de leur très bonne efficacité à long terme dans de nombreux domaines y compris celui de la consommation ultérieure de substances psychoactives [1]. Le deuxième est l'adoption d'une approche dite « de l'universalisme proportionné » proposée par Michael Marmot [2], qui consiste à offrir une aide préventive à tous, tout en adaptant l'intensité et la qualité des interventions à l'ampleur et à la nature des difficultés rencontrées par les différentes populations<sup>1</sup>.

La lutte contre le tabagisme doit être centrale dans toute stratégie visant à réduire les inégalités de santé. En effet, le tabagisme contribue pour à peu près la moitié de la différence dans l'espérance de vie, entre les groupes sociaux aux revenus les plus bas et les plus hauts [2]. Par ailleurs, comme le déclin de la prévalence du tabagisme parmi les moins aisés est plus faible que celui dans les groupes les plus aisés, et que l'usage du tabac se perpétue à travers les générations, ce phénomène risque de s'accroître si on ne parvient pas à inverser la tendance.

Des travaux comparatifs, quantitatifs et qualitatifs ont révélé les obstacles

différentiels à l'arrêt du tabac, selon les catégories sociales.

D. Kotz et R. West [3] ont montré que, comparativement aux cadres britanniques (catégorie AB, voir tableau 1), les ouvriers et sans emploi (catégorie E) :

- étaient plus fortement dépendants à la nicotine ;
- faisaient autant de tentatives d'arrêt ;
- utilisaient aussi souvent les centres d'aide au sevrage (différence non significative) ;
- n'avaient pas un accès moindre à l'aide médicamenteuse ;
- mais réussissaient leur sevrage deux fois moins souvent.

Des travaux qualitatifs [4,5] britanniques ont montré par ailleurs que les catégories sociales défavorisées interrogées :

- soulignaient que les difficultés et le stress de leur vie quotidienne étaient des obstacles à l'arrêt du tabac ;
- avaient plus souvent une opinion négative des aides médicamenteuses, considérées comme chères et inefficaces ;
- ne connaissaient pas - ou mal - les dispositifs d'aide à l'arrêt ou craignaient d'y être mal accueillis et/ou jugés.

## Quelles interventions probantes ?

A. Amos *et al.* [6] ont examiné, en 2011, la littérature scientifique, peu abondante (90 articles, 9 synthèses), sur l'impact en termes d'inégalités de santé des différents éléments d'une politique de prévention du tabagisme.

Au niveau des politiques de prévention, de nombreux travaux montrent

que les augmentations du prix réduisent les inégalités sociales (*en provoquant une réduction du tabagisme, ndlr*), même si elles appauvrissent ceux qui n'arrivent pas à arrêter de fumer. Mais, d'après P. Peretti-Watel, ce phénomène n'a pas été observé en France après l'augmentation des prix en 2003-2004 [7]. Cette particularité française reste à étudier.

Les campagnes médiatiques anti-tabac peuvent avoir des impacts négatifs ou neutres, sur le plan de l'équité. Le plus souvent, il n'a pas été constaté de différence de leur impact selon les catégories sociales. S.J. Durkin *et al.* [8] ont montré que, quand les campagnes étaient spécialement conçues pour les populations socio-économiquement défavorisées, elles pouvaient avoir un impact favorable en termes d'équité.

La réglementation des lieux sans tabac accroît la protection des populations socialement défavorisées mais l'impact global en termes d'inégalités n'est pas connu.

Au niveau individuel, la combinaison d'une approche médicamenteuse et psychologique pour l'aide à l'arrêt peut réduire les inégalités sociales, si elle est effectivement offerte à ces populations.

A. McNeill *et al.* [9] ont étudié six projets pilotes d'aide à l'arrêt du tabac - parmi les populations défavorisées -, financés par le ministère de la Santé britannique (*Department of Health*). L'objectif était de développer des parcours (pathways) et des systèmes pour s'assurer que les fumeurs des groupes sociaux désavantagés soient repérés,

encouragés et aidés à arrêter de fumer. Ils incluent l'accès aux services d'aide à l'arrêt du *National Health Service*, quand cela s'avérait nécessaire.

Les auteurs reconnaissent que le développement de ces stratégies, et de programmes efficaces, a été entravé par le manque de preuves sur ce qui fonctionne de façon probante.

Ces auteurs proposent un schéma en trois étapes :

#### Identification (repérage)

Sans identification, rien n'est possible. Cette identification se heurte à l'absence de repérage systématique de l'usage du tabac dans le système de soins ambulatoires et hospitaliers. Elle pourrait se faire dans le cadre de tout dispositif en contact avec les populations concernées. Ainsi que par une mesure systématique du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, comme cela est recommandé par le *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* au Royaume-Uni pour les femmes enceintes.

#### Parcours vers le traitement et système opt out

Après l'identification, il convient de s'assurer que les personnes repérées obtiennent une aide optimale : il faut donc s'assurer de la qualité du parcours.

Il est possible de tester un aiguillage systématique vers des professionnels pour l'aide au sevrage des personnes, sauf refus individuel (également recommandé par le NICE pour les femmes enceintes). Par ailleurs, faut-il un service d'aide à l'arrêt au sein des services sociaux concernés ou plutôt faire appel à des services externes ? La réponse doit être adaptée à chaque situation spécifique.

#### Aide à l'arrêt et/ou redirection vers le dispositif de tabacologie

La flexibilité et l'adaptation des interventions sont nécessaires. La plupart des projets ont consisté à former les professionnels de première ligne déjà en place dans les dispositifs, en contact avec ces populations, compte tenu de leur meilleure compréhension des publics concernés. Leur formation obligatoire a été jugée opportune et souhaitable.

#### Recommandations issues des études internationales

Il est nécessaire de continuer à capitaliser sur les initiatives françaises (*Cnamts, CNCT, HEGP, voir les articles pages suivantes*) et les confronter aux expériences étrangères (Grande Bretagne, Suède, etc.). À cette fin, l'Inpes va monter un groupe de travail qui formalisera la réflexion amorcée, notamment lors de la session consacrée à ce sujet au colloque ADELFSFSP de Bordeaux, le 19 octobre 2013.

Il est aussi nécessaire de faire émerger et de subventionner de nouveaux projets locaux innovants, comme l'a fait le Department of Health UK. Une alliance pourrait se nouer sur ce sujet entre la Direction générale de la santé, l'Inpes, l'INCa et la MILDT, en y associant des Agences régionales de santé.

Il serait également nécessaire d'évaluer les dispositifs d'aide à l'arrêt du tabagisme, pour suivre leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé et les progrès enregistrés [10, 11]. ■

1. "Focusing solely on the most disadvantaged will not reduce health inequalities sufficiently. To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism" [2 (p. 15)].

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude

	Suivi individuel uniquement	Séances en groupe
Taux / score	AB	E
Usage quotidien et occasionnel	16 %	37 %
Score de dépendance à la nicotine (Fagerström / 6)	2,3	3,8
Tentatives	42,7 %	41,3 %
Succès	20,4 %	11,4 %
Aide médicamenteuse	46,7 %	50,9 %
Recours au centre d'aide au sevrage	7 %	4,8 %

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Heckman J.J., Masterov D.V. *The productivity argument for investing in young children*. T.W. Schultz Award Lecture at the Allied Social Sciences Association annual meeting, Chicago, January 5-7, 2007. En ligne : [http://jenni.uchicago.edu/human-inequality/papers/Heckman\\_final\\_all\\_wp\\_2007-03-22c\\_jsb.pdf](http://jenni.uchicago.edu/human-inequality/papers/Heckman_final_all_wp_2007-03-22c_jsb.pdf)
- [2] Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives*. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London : The Marmot Review, 2010 : 238 p.
- [3] 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.
- [4] Roddy E., Antoniak M., Britton J., Molyneux A., Lewis S. Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers - a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 2006, vol. 6 : p. 147.
- [5] Wiltshire S., Bancroft A., Parry O., Amos A. 'I came back here and started smoking again': perceptions and experiences of quitting among disadvantaged smokers. *Health Education Research*, 2003, vol. 18, n° 3 : p. 292-303. En ligne : <http://her.oxfordjournals.org/content/18/3/292.full.pdf+html>
- [6] Amos A., Bauld L., Hill S., Platt S., Robinson J., Clifford D., et al. *Tobacco control, inequalities in health and actions at the local level in England*. Public Health Research Consortium, 2011 : 163 p. En ligne : [http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC\\_A9-10R\\_Final\\_Report.pdf](http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_A9-10R_Final_Report.pdf) [http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC\\_A9-10R\\_Final\\_Report.pdf](http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_A9-10R_Final_Report.pdf)
- [7] Peretti-Watel P., Constance J. «It's all we got left». why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2009, vol. 6, n° 2 : p. 608-621.
- [8] Durkin S.J., Biener L., Wakefield M.A. Effects of different types of antismoking ads on reducing disparities in smoking cessation among socioeconomic subgroups. *American Journal of Public Health*, 2009, vol. 99, n° 12 : p. 2217-2223. En ligne : <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2009.161638>
- [9] McNeill A., Amos A., McEwen A., Ferguson J., Croghan E. Developing the evidence base for addressing inequalities and smoking in the United Kingdom. *Addiction*, 2012, vol. 107, suppl. S2 : p. 1-7.
- [10] Bauld L., Judge K., Platt S. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tobacco Control*, 2007, vol. 16, n° 6 : p. 400-404.
- [11] Fidler J.A., Shahab L., West O., Jarvis M.J., McEwen A., Stapleton J.A., et al. 'The smoking toolkit study': a national study of smoking and smoking cessation in England. *BMC Public Health*, 2011, vol. 11 : p. 479.

Tabagisme : réduire les inégalités  
Quelles stratégies pour soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt ?