

# PRÉCARITÉ SOCIALE ET PERCEPTION DU TEMPS, IMPACT SUR LE SEVRAGE TABAGIQUE

**Frédéric Merson et Jean Perriot**

**S.F.S.P. | Santé Publique**

**2011/5 - Vol. 23  
pages 359 à 370**

**ISSN 0995-3914**

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-5-page-359.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Merson Frédéric et Perriot Jean , « Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique » ,  
*Santé Publique*, 2011/5 Vol. 23, p. 359-370.  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique

*Social deprivation and time perception, the impact on smoking cessation*

Frédéric Merson <sup>(1)</sup>, Jean Perriot <sup>(1)</sup>

**Résumé :** Le tabagisme et les comportements tabagiques sont en lien avec la précarité sociale. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique avec pour finalité d'améliorer l'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs en situation de précarité sociale. Cette étude s'est intéressée à l'impact de la précarité et de la perspective temporelle sur la réussite du sevrage tabagique. Elle portait sur une population de 192 patients motivés à l'arrêt (45 % en situation de précarité). La précarité a été évaluée par le score Epices, la perspective temporelle par la version courte du Zimbardo Time Perspective Inventory. Des informations sur le tabagisme, les comportements et le sevrage ont été recueillies. Les personnes en situation de précarité, comparativement aux non précaires, arrêtent davantage de fumer pour des raisons financières ( $p < 0,0001$ ) et leurs tentatives sont plus souvent marquées d'échec ( $p = 0,006$ ). Elles présentent plus fréquemment des troubles anxiodépressifs ( $p < 0,0001$ ) et un niveau de dépendance nicotinique supérieur ( $p < 0,0001$ ). Les dimensions temporelles « Passé Négatif » et « Présent Fataliste » vers lesquelles elles sont plus orientées ( $p < 0,0001$ ) sont associées à l'échec de la tentative d'arrêt du tabagisme. En revanche, la dimension « Futur » où elles se projettent moins ( $p < 0,0002$ ) est un facteur prédictif de la réussite du sevrage. Les résultats soulignent l'importance de la prise en compte de la précarité et de l'orientation temporelle des patients pour conduire l'aide à l'arrêt de ces fumeurs.

**Mots-clés :** Précarité - perspective temporelle - sevrage tabagique - dépendance à la nicotine - tabagisme.

**Summary:** Smoking addiction and smoking behaviour are closely related to social deprivation. The aim of this study was to evaluate the impact of social deprivation and time perspective on smoking cessation in order to improve the support provided to socially deprived persons seeking to quit smoking. The study examined the impact of social disadvantages and time perspective on smoking cessation. 192 patients (including 45% of socially disadvantaged people) participated in the study. Social deprivation was measured using the EPICES scale, while time perspective was measured using the short version of the Zimbardo Time Perspective Inventory. Data relating to individuals' characteristics, smoking addiction, behaviour and smoking cessation were collected as part of this research. Compared to the rest of the population, socially disadvantaged people were found to be more likely to stop smoking for financial reasons ( $p < 0.0001$ ). The study also found that their attempts to quit smoking are more likely to fail ( $p = 0.006$ ). In addition, socially disadvantaged people suffer more frequently from anxio-depressive disorders ( $p < 0.0001$ ) and are also prone to a higher level of nicotine dependence ( $p < 0.0001$ ). The 'Past-Negative' and 'Present-Fatalistic' dimensions of time perspective, toward which socially disadvantaged people are more likely to lean ( $p < 0.0001$ ), are associated with failed smoking cessation. The 'Future' dimension, in which socially disadvantaged people are less likely to project themselves ( $p < 0.0002$ ), is a predictive factor of smoking cessation. The results highlight the importance of taking into account social deprivation and time perspective in helping socially disadvantaged patients to quit smoking.

**Keywords:** Social deprivation - time perspective - smoking cessation - nicotine addiction - smoking.

(1) Dispensaire Émile Roux - 11 rue Vaucanson - 63100 Clermont-Ferrand - France.

## Introduction

La précarité accroît la prévalence des problèmes et des inégalités de santé. Elle modifie également la façon dont les individus perçoivent le temps et se projettent dans le futur. Elle influence de ce fait les comportements en termes de prise de risque, ou dans l'adoption d'attitudes préventives. C'est sous l'angle du rapport au temps, modifié par la précarité, que le tabagisme et la démarche de sevrage tabagique ont été étudiés.

## Perception du temps et précarité

L'instabilité est une notion essentielle pour distinguer la précarité et la pauvreté. La précarité se caractérise par un ensemble de situations marquées par la perte des sécurités qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales. Il peut également s'adjoindre une vulnérabilité médicale, facteur de grande exclusion.

Les notions d'instabilité et d'incertitude sont au centre des définitions de la précarité. Les individus confrontés à la précarité ne peuvent construire une image stable d'eux-mêmes ou une représentation cohérente du monde. Il en résulte une perception insécurisante du futur induisant plusieurs stratégies : un repli vers un passé idéalisé ou de rumination, l'enfermement dans un présent du plaisir, du fatalisme, un avenir cherchant à dépasser les contraintes ou un refuge dans l'irréalisme. Toutes ces façons d'être se caractérisent par le rétrécissement des horizons temporels futurs.

## Le tabagisme des précaires

Un rapport du Craes-Crips de 2005 [1] s'est intéressé à la prévention du tabagisme en milieu précaire et montre la surreprésentation des fumeurs au sein de cette population. Il souligne la vulnérabilité de leur état de santé, altéré par leurs priorités quotidiennes de survie. De nombreuses études se sont intéressées au lien entre le niveau social et le tabagisme. Quel que soit l'âge ou le sexe, les populations en situation de précarité ont un risque supérieur de devenir fumeuses, sont plus nombreuses à fumer et quand elles usent du tabac, consomment plus que la population générale avec des niveaux de dépendance plus importants.

Une enquête réalisée en 1999 montre que les personnes dont le niveau d'éducation est faible fument en moyenne 22 % de cigarettes par jour en plus que celles de niveau d'éducation élevé. De même, les chômeurs fument en moyenne 8 % de cigarettes par jour en plus que les personnes actives à plein temps. Les enquêtes sur les conditions de vie de l'Insee de 2000, 2005 et 2010 confirment que le tabagisme est corrélé aux conditions de vie, en particulier pour les hommes. Des constats identiques ont été faits dans plusieurs pays [2-4]. Le tabagisme est plus élevé parmi les chômeurs [5], lorsque les conditions de logement sont mauvaises, et chez les personnes dont le niveau de formation est le plus faible.

### **Orientation temporelle et comportements à risque**

L'orientation temporelle des individus peut donner des significations différentes à des comportements similaires. Ainsi, l'orientation vers le futur a un rôle protecteur, notamment sur les pratiques sexuelles à risque, les prises de risque au volant, sur la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues [6]. Plusieurs expériences portant sur l'usage de cannabis [7] montrent l'importance de la perspective temporelle dans l'analyse de cet usage. Elle participe à l'élaboration de rapports différenciés au produit et à sa consommation.

L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique.

## **Méthode**

### **Population et méthode**

#### *Population*

Le recrutement de la population (192 dossiers) a eu lieu au dispensaire Émile Roux entre le 1<sup>er</sup> mars 2009 et le 30 juin 2010. L'ensemble des nouveaux consultants pour sevrage tabagique était concerné. Tous avaient donné leur accord pour participer à l'étude et rempli les différents questionnaires d'évaluation. Initialement, 200 patients avaient été inclus, 8 seront perdus de vue. L'exhaustivité est donc de 96 %.

#### *Déroulement*

Après inclusion (consultation initiale), les patients sont suivis trois mois (évaluation finale). Une évaluation intermédiaire a lieu au premier mois.

#### *Consultation initiale*

Lors de la première consultation, les sujets sont invités à remplir un dossier de tabacologie permettant de recueillir le niveau de dépendance nicotinique, l'âge de la première cigarette, l'âge de tabagisme régulier, la consommation journalière et la présence de coaddictions. La motivation et l'estimation des chances de réussite sont évaluées grâce aux tests de Richmond (la motivation est d'autant plus grande que le score est élevé) [8] et de Demaria-Grimaldi [8] (les chances de réussite sont d'autant plus mauvaises que le score est faible). Les motifs d'arrêt sont recensés. La recherche de troubles anxiodépressifs est systématique au moyen d'échelles spécifiques : *Hospital Anxiety Depression* (HAD) [9] et *Beck Depression Inventory* (BDI) [9]. Toutes deux sont des autoquestionnaires. Le HAD se compose de 14 items organisés en deux dimensions, la première permet la détection des états anxieux (score  $\geq 8$ ), la seconde, des états dépressifs (score  $\geq 12$ ). Le BDI, organisé en 21 questions, mesure l'intensité et les symptômes d'une dépression (la sévérité de la dépression est d'autant plus grande que le score est élevé). Le niveau de précarité est évalué grâce au score Epices [10], aux revenus annuels des patients et leur catégorie socioprofessionnelle. Le rapport au temps est évalué par le *Zimbardo Time Perspective Inventory* (ZTPI) [11].

### Évaluation de la précarité

Le niveau de précarité a été évalué au moyen d'un indicateur élaboré par le Cetaf (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examen de santé) : le score Epices (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Ces) [10]. Il définit un score s'échelonnant de 0 « niveau minimum », à 100 « niveau maximum ». Cet indicateur a été à plusieurs reprises lié aux dimensions habituellement associées à la précarité (niveau de diplôme, chômage, problèmes de santé...). Une valeur seuil définie par le Cetaf a permis de classer les populations en deux groupes : précaires et non précaires. Les sujets ayant un score supérieur à 30,17 sont considérés comme précaires. Plus le score est élevé, plus le niveau de précarité est marqué (Tableau I).

**Tableau I : Évaluation du niveau de précarité, le score Epices**

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

### Évaluation de la perspective temporelle

La perspective temporelle a été évaluée à partir d'une version courte de l'échelle ZTPI [12]. Les réponses se font sur une échelle de type Lickert en 5 points allant de 1 (Ne s'applique pas du tout à moi), à 5 (S'applique tout à fait à moi). Ce format de réponse correspond à une approche directe du rapport que les individus entretiennent avec leur passé, présent et futur organisée en 5 dimensions :

- La dimension « Passé Positif » qui dénote une attitude positive et nostalgique à l'égard du passé.
- La dimension « Passé Négatif » correspond à une vision négative du passé et à la rumination des expériences douloureuses.
- La dimension « Présent Fataliste » caractérise une orientation vers le présent dans une attitude fataliste et résignée.

- La dimension « Présent Hédoniste » reflète une orientation vers le présent dans une attitude de prise de risque.
- La dimension « Futur » indique une orientation vers l'avenir et une attitude de planification et de réalisation des buts.

De nombreuses contributions ont mis en évidence que la perspective temporelle mesurée par l'échelle ZTPI était liée aux conduites à risque et aux comportements de prévention dans divers domaines : le recours au dépistage du cancer du sein ou les comportements de santé chez les adolescents [13], les pratiques à risque liées au VIH [14], la consommation de substances psychoactives [6, 15-16], les pratiques du jeu pathologique [17].

Des travaux sur de grandes populations ont montré la validité de l'échelle ZTPI dans l'étude du rôle de la perspective temporelle appliquée aux problématiques de santé [18-19].

### ***Évaluation de la réussite***

La réussite de la démarche de sevrage ou de réduction a été évaluée par l'interrogatoire (carnet de suivi) et la mesure répétée du taux de monoxyde de carbone expiré (COE) à T0, T + 1 mois et T + 3 mois. Pour les démarches de réduction, une diminution de 50 % de la consommation associée à une diminution du taux de COE de 10 ppm a été considérée comme un succès [20]. Pour les arrêts, l'affirmation d'une abstinence continue depuis le début de la tentative et un taux de COE inférieur à 7 ppm ont été retenus comme critères de réussite [8].

### **Analyse statistique**

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS version 8 en utilisant le test du Khi2 ainsi que des régressions multiples. Le taux de significativité retenu est de 5 %.

## **Résultats**

Les principaux résultats sont résumés dans le tableau II et les caractéristiques de la population dans le tableau III.

### **Précarité**

La proportion de personnes en situation de précarité était de 45 % (Épices  $\geq 30,17$ ). Les fumeurs précaires (P) ont des niveaux de ressources plus faibles (<12 000 €/an) et sont plus souvent inactifs que les non précaires (NP). Leur dépendance nicotinique est supérieure (Moyennes au test de Fagerström : P = 8,3 vs NP = 7,0), ils ont un tabagisme régulier plus précoce et fument davantage. Leurs motifs d'arrêt relèvent plus souvent de motivations financières ( $p < 0,0001$ ) ou d'une nécessité médicale ( $p = 0,02$ ). Enfin, leurs résultats au test de motivation de Richmond sont inférieurs ( $p < 0,0001$ ) et ils présentent plus de troubles anxiodépressifs ( $p < 0,0001$ ).

Les précaires ont une perception plus négative du passé et une conception fataliste du présent ( $p < 0,0001$ ). Les non précaires sont plus orientés vers le

**Tableau II : Facteurs associés à la précarité, analyse univariée**

Variables	Précaires (Épices $\geq 30,17$ ) N = 88	Non Précaires (Épices $< 30,17$ ) N = 104	p
<b>Tabagisme</b>			
Tabagisme Régulier (ans)	16,9	18,1	0,02
Cigarettes par jour	29,0	23,0	0,001
Test de Fagerström	8,3	7,0	< 0,0001
<b>Motif arrêt</b>			
Maladie diagnostiquée	39,1 %	23,3 %	0,02
Trop cher	46,0 %	7,8 %	< 0,0001
<b>Coaddictions</b>			
Alcool	28,4 %	12,7 %	0,007
Cannabis	10,2 %	6,9 %	0,41
Réussite à 3 mois	39,8 %	59,6 %	0,006
Richmond	7,4	7,9	< 0,0001
Demaria-Grimaldi	10,6	12,7	< 0,0001
<b>HAD</b>			
Anxiété (HAD-A)	12,0	9,1	< 0,0001
Dépression (HAD-D)	8,5	5,6	< 0,0001
Epices	53,7	14,5	< 0,0001
<b>ZTPI</b>			
Passé positif	2,8	3,1	0,02
Présent hédoniste	2,7	3,1	0,01
Passé négatif	3,0	2,4	< 0,0001
Présent fataliste	2,8	2,2	< 0,0001
Futur	3,1	3,5	0,0002
<b>Procédure</b>			
Arrêt	68,2 %	89,4 %	0,0002
Réduction	29,5 %	9,6 %	0,0004
<b>Traitement</b>			
Varéclidine	29,5 %	48,1 %	0,009
Bupropion	0,0 %	1,0 %	0,92
TNS TD	6,8 %	1,9 %	0,03
TNS FO	32,9 %	10,6 %	< 0,0001
TNS TD + FO	26,1 %	34,6 %	0,21
Antidépresseurs (IRS)	54,8 %	40,6 %	0,04

Note :

TNS : Traitement Nicotinique Substituitif

TD : Transdermique ; FO : Formes Orales : gommes 2 mg ou pastilles 1,5 mg

futur ( $p = 0,0002$ ). Les deux groupes bénéficiaient de la même prise en charge, néanmoins, le taux de réussite de la démarche de sevrage est inférieur chez les précaires ( $P = 39,8\%$  vs  $NP = 59,2\%$ ).

### Perspective temporelle

Le tableau IV présente les régressions multiples contrôlées par l'âge et le sexe montrant l'influence des dimensions de la perspective temporelle. Les analyses statistiques réalisées confirment l'impact de ces dimensions sur le processus de sevrage. Elles mettent en avant l'importance du lien entre la

perspective temporelle et la dépression, facteur péjoratif de la réussite du sevrage tabagique [8-21] et confirment la dépendance supérieure des hommes par rapport aux femmes, bien établie dans la littérature [22].

Tableau III : Caractéristiques de la population (N = 192)

Variables	Précaires (Épices ≥ 30,17) N = 88	Non Précaires (Épices < 30,17) N = 104	p
<b>Sexe</b>			0,37
Hommes	61,3 %	53,8 %	
Femmes	38,7 %	46,2 %	
<b>Âge</b>	45,6 ans	47,0 ans	0,38
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>			< 0,0001
Actif	32,9 %	76,0 %	
Sans activité	22,8 %	4,8 %	
Invalide	34,2 %	1,0 %	
Retraité	8,0 %	14,5 %	
Étudiant	1,1 %	3,7 %	
<b>Revenus (€/an)</b>			< 0,0001
< 12 000	64,8 %	8,6 %	
12 000 à 30 000	31,8 %	49,1 %	
30 000 à 100 000	3,4 %	38,5 %	
> 100 000	0 %	3,8 %	

Tableau IV : Effets des dimensions de la perspective temporelle sur les variables liées au sevrage tabagique

	Age	Sexe	PP	PN	PH	PF	F	R <sup>2</sup>
<b>Motifs d'arrêt</b>								
<i>Trop cher</i>	0,00	-0,08	-0,05	0,01	-0,04	0,13**	-0,05	0,14**
<i>Se faire du bien</i>	0,00	-0,07*	0,00	0,04#	0,01	-0,05*	0,01	0,28*
<b>Co-addiction à l'alcool</b>	0,00	-0,20**	-0,05	-0,01	0,01	0,09*	0,01	0,11**
<b>Tabagisme</b>								
<i>Fagerström</i>	-0,01	-1,00***	0,10	0,34*	-0,35**	0,31*	-0,03	0,20***
<i>Richmond</i>	-0,02	0,14	0,10	0,01	-0,06	-0,25	0,65***	0,12**
<i>Demaria-Grimaldi</i>	0,03#	-0,18	0,09	-0,02	0,26	-1,14***	0,85**	0,22***
<b>Troubles anxiodépressifs</b>								
<i>Anxiété (HAD-A)</i>	-0,03	-0,38	0,08	0,82*	0,01	0,88*	-0,63	0,13**
<i>Dépression (HAD-D)</i>	0,00	0,56	0,16	0,83**	-0,55*	1,53***	-0,36	0,26***
<b>Précarité</b>								
<i>Épices</i>	-0,21	-3,61	-2,23	-2,45	-2,25	7,34***	-4,77*	0,23***

#p < 0,07 ; \* p < 0,05 ; \*\* p < 0,01 ; \*\*\* p < 0,001

PP : Passé Positif ; PN : Passé Négatif ; PH : Présent Hédoniste ; PF : Présent Fataliste ; F : Futur

**Passé négatif :** L'orientation vers le passé négatif est de mauvais pronostic. La dépendance est plus importante et les motivations sont financières et alliées au contexte social précaire. Ces résultats se rapprochent de ceux de la littérature où la dimension « Passé Négatif » est fortement liée aux troubles anxiodépressifs.



**Présent fataliste :** Cette dimension semble également de mauvais pronostic. Les sujets sont plus dépendants, présentent plus de coaddictions à l'alcool, sont moins motivés, moins concernés par leur santé et présentent plus de troubles anxiodépressifs.

**Futur :** L'orientation dans cette dimension paraît avoir un effet protecteur. Les sujets orientés vers le futur ont une plus grande motivation et une plus grande réussite à 3 mois ( $M_{\text{futur\_élevé}} = 57,9\%$  vs  $M_{\text{futur\_faible}} = 43,2\%$ ). Les fumeurs arrêtant pour des raisons financières sont significativement moins orientés vers le futur et s'impliqueraient moins dans la tentative d'arrêt. Chez ces sujets, les troubles anxiodépressifs sont plus fréquents.

Les résultats du tableau V soulignent que la perspective temporelle apporte des informations supplémentaires, par rapport à la précarité, pour expliquer la dépendance à la nicotine et la présence de troubles anxio-dépressifs. Après ajout des dimensions temporelles, la variance expliquée est significativement augmentée pour ces variables.

**Tableau V : Variance ajoutée par la perspective temporelle sur les scores de dépendance à la nicotine, d'anxiété et de dépression**

Score de dépendance (Fagerström)			
	$\beta$		$\beta$
Âge	0,00	Âge	-0,01
Sexe	-0,71**	Sexe	-0,81***
Précarité	0,04***	Précarité	0,03***
		Présent Hédoniste	-0,25*
		Passé Négatif	0,25*
$F(3,188) = 22,7***$	$R^2 = 0,27$	$F(5,186) = 16,4***$	$R^2 = 0,31$
			$\Delta R^2 = 0,04**$
Score d'anxiété (HAD-A)			
	$\beta$		$\beta$
Âge	-0,01	Âge	-0,02
Sexe	-0,25	Sexe	-0,20
Précarité	0,07***	Précarité	0,05***
		Passé Négatif	0,94***
$F(3,190) = 9,4***$	$R^2 = 0,13$	$F(4,188) = 9,7***$	$R^2 = 0,17$
			$\Delta R^2 = 0,04**$
Score de dépression (HAD-D)			
	$\beta$		$\beta$
Âge	0,02	Âge	0,00
Sexe	0,54	Sexe	0,83
Précarité	0,08***	Précarité	0,05***
		Passé Négatif	0,84**
		Présent Fataliste	1,16***
$F(3,190) = 13,6***$	$R^2 = 0,18$	$F(5,183) = 15,3***$	$R^2 = 0,30$
			$\Delta R^2 = 0,12***$

Note :  $R^2$  est la variance expliquée pour chaque étape,  $\Delta R^2$  est la variation de  $R^2$  après avoir pris en compte la perspective temporelle.

\*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,01$  ; \*\*\*  $p < 0,001$

## Discussion

### Précarité

La précarité conditionne les comportements tabagiques et les difficultés du sevrage. Le tabagisme des populations en situation de précarité est différent des non précaires. Ces fumeurs ont une dépendance plus forte, semblent moins disposés à arrêter de fumer et décident de le faire principalement pour des raisons financières. Le taux de réussite à 3 mois est inférieur et reflète l'ensemble de ces difficultés, qu'elles soient d'ordres motivationnel ou psychologique, aggravées par la fréquence supérieure de troubles anxiodépressifs.

Les différences entre groupes sociaux favorisés et défavorisés ont un impact important [2]. Près de la moitié des décès dans la classe sociale la moins favorisée seraient causés par le tabac [23]. Les conséquences du tabagisme sont mal perçues par les populations précaires, associées à un déni des risques induits [24] avec une consommation de cigarettes plus élevée [5,25-26]. Cet usage du tabac pourrait relever d'un mécanisme de réponse au stress lié aux conditions de vie difficiles auxquelles contraint la précarité.

La perception de l'arrêt par les fumeurs précaires pourrait être vécue comme une nouvelle privation de plaisir liée aux contraintes financières. L'absence d'orientation vers le futur de la démarche d'arrêt relèverait d'une sémiologie dépressive. Comme Lagrue *et al.* [21] le soulignent, la fréquence des troubles anxiodépressifs chez les fumeurs dépendants et à l'occasion des tentatives de sevrage, facteurs de détérioration de la qualité de vie et d'échec de la tentative d'arrêt. Plus de la moitié des fumeurs précaires ont des scores de dépression élevés à l'échelle HAD et requièrent un traitement antidépresseur. Ainsi, le besoin de fumer, la consommation de tabac et les conséquences de la privation de son usage pourraient moduler, particulièrement chez le fumeur précaire, la décision d'arrêter de fumer.

Le tabagisme, chez le précaire, représente un des rares plaisirs accessibles malgré les conséquences sanitaires et budgétaires induites. Une consommation addictogène est autant nocive à un individu qu'elle peut présenter un support pour lui. Cet argument a d'ailleurs été développé dans plusieurs études qualitatives sur des fumeurs d'origine modeste [27]. Le tabac serait une ressource pour compenser un environnement social précaire : la cigarette trompe l'ennui, la solitude, l'inaction, la faim. Fumer est conforme au jugement qu'un individu précaire porte sur lui-même [28] ; Paul *et al.* [29] ont ainsi montré que les normes sociales autour du tabagisme sont plutôt favorables à l'usage du tabac dans les groupes sociaux défavorisés contrairement aux groupes plus favorisés.

C'est au sein des groupes les plus défavorisés que la prévalence de fumeurs incoercibles « hard-core smokers » est la plus importante [30]. Ces fumeurs, dans le déni des risques, sont totalement réticents au sevrage tabagique, n'ont aucune intention d'arrêter et sont satisfaits de leur état. Ils constituent un groupe de fumeurs dont le sevrage tabagique est difficile [25-26] et nécessitent une prise en charge spécifique. Les problèmes de polyaddictions, troubles anxiodépressifs, faibles niveaux de formation et niveaux élevés de précarité sociale sont fréquents. Le Faou [31-32] s'est intéressée au sevrage tabagique des populations défavorisées et a mis en

évidence que la démarche de sevrage restait possible sous condition d'une prise en charge renforcée et personnalisée [33-34]. Les aides apportées, pour être efficaces relèvent de programmes ambulatoires structurés et la prise en charge financière des substituts nicotiniques semble être un facteur important et rentable pour le système de santé [35].

### **Perspective temporelle**

Les dimensions « Passé Négatif » et « Présent Fataliste » sont les plus liées aux troubles anxiodépressifs. C'est vers ces dimensions que les personnes en situation de précarité sont les plus orientées. La précarité agirait comme un filtre de perception conduisant l'individu à se focaliser sur ses difficultés actuelles ou passées. Comme le propose Fieulaine [12], la précarité agirait sur la perception du temps, modifierait la mise en contexte et la signification des situations sociales auxquelles les sujets sont confrontés.

La projection du fumeur dans le futur semble être un facteur positif pour l'arrêt [36]. Les sujets non précaires, dont l'avenir est établi avec une incertitude limitée, se distinguent des sujets en situation de précarité. Les individus précaires seraient plus orientés vers la gestion des risques immédiats, sans prise en compte des conséquences à terme de leur consommation. La maîtrise du futur dans un contexte de précarité passe par une valorisation de la prise de risque afin de donner un sentiment de contrôle en contexte d'incertitude [37].

### **Sevrage tabagique**

La réussite d'un sevrage requiert des capacités de préparation et des ressources cognitives spécifiques [38]. Un faible sentiment d'efficacité personnelle diminuera les chances de réussite [39]. Un candidat au sevrage tabagique, non précaire, est orienté dans une démarche ouverte sur le futur qui peut s'exprimer en termes de risques évités ou de libération. Au contraire, le précaire ne peut arrêter de fumer que s'il décide de se tourner vers l'avenir malgré une condition qui l'oblige à vivre dans une urgence permanente.

L'arrêt du tabac du sujet précaire paraît vécu comme la privation d'un plaisir dans une vie de contraintes. Les motivations sont matérielles et les difficultés plus grandes lors du sevrage. L'orientation vers le futur permet de développer des motivations personnelles de meilleur pronostic [40]. Un sevrage tabagique structuré doit inclure une projection dans le futur. Une phase de réduction de consommation, aidée par un traitement de substitution nicotinique est souvent proposée aux patients en situation de précarité et permet d'améliorer les motivations personnelles pour l'arrêt ainsi que d'en permettre une expérience. Cette piste de recherche est intéressante car elle apporte des propositions d'action pour le sevrage tabagique, de mieux comprendre le rôle de la perspective temporelle sur les rapports aux produits addictogènes et sur le développement de motivations intrinsèques.

### **Limites de l'étude**

L'évaluation du résultat de la tentative d'arrêt a été faite, pour des raisons pratiques, après trois mois de suivi. La moitié des échecs du sevrage se produit

dans le premier mois de la tentative [8], néanmoins une évaluation de la réussite à six mois ou plus est préférable. Afin de palier les limites d'une population réduite et d'une étude monocentrique, une recherche de plus grande ampleur est en cours. Elle permettra de vérifier et compléter les résultats de ce travail.

## Conclusion

Du fait de la paupérisation et de l'augmentation du prix du tabac, un nombre important de fumeurs en situation de précarité sociale souhaite arrêter de fumer. Une meilleure compréhension de l'influence de la précarité sur le tabagisme est un préalable à l'amélioration de la conduite de l'aide à l'arrêt du tabagisme de ces fumeurs. Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique. Au terme de ce travail, l'ensemble des facteurs pronostiques de l'arrêt du tabagisme est affecté par la situation de précarité sociale. Ainsi, toute prise en charge du sevrage tabagique se doit d'identifier une précarité sociale, et dans ce cas d'évaluer son impact sur le pronostic de la tentative de sevrage tabagique dont l'orientation temporelle de la personne. Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra proposer un accompagnement correspondant aux besoins du fumeur.

## Conflits d'intérêt

*Le Docteur Jean Perriot a réalisé ponctuellement des missions d'expertise, formation et essais cliniques pour les laboratoires GSK, Pfizer, Novartis, Pierre Fabre, Astrazeneca, l'INCa, l'INSERM-ANRS et l'HAS.*

## BIBLIOGRAPHIE

1. La prévention du tabagisme en milieu précaire : quelle légitimité en centre d'hébergement et de réinsertion sociale ? Craes-Crips ; 2005.
2. Lorant V, Nguyen LH, Prignon J. Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en Communauté française de Belgique ? Éducation Santé 2008;231.
3. Öhlander E, Vikström M, Lindström M, Sundquist K. Neighbourhood non-employment and daily smoking: a population-based study of women and men in Sweden. Eur J Public Health 2006;16(1):78-84.
4. Karvonen S, Sipilä P, Martikainen P, Rahkonen O, Laaksonen M. Smoking in context – a multilevel approach to smoking among females in Helsinki. BMC Public Health 2008;24(8):134.
5. 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;104(10):1718-28.
6. Keough KA, Zimbaro PG, Boyd JN. Who's smoking, drinking and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. Basic Appl Soc Psych 1999;21:149-64.
7. Apostolidis T, Fieulaine N, Soulé F. Future time perspective as predictor of cannabis use : exploring the role of substance perception among French adolescents. Addict Behav 2006;31:2339-43.
8. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. Rev Mal Respir 2006; 23(suppl 1): 3S85-3S105.
9. Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome I. Boulogne, Éditions Médicales Pierre Fabre ; 1997.
10. Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ et al. Association among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications. The Epices score. Diabetes Care 2005;11:2680-5.
11. Zimbaro PG, Boyd JN. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. J Pers Soc Psychol 1999;77(6):1271-88.
12. Fieulaine N. Perspective Temporelle, Situations de Précarité et Santé : Une Approche Psychosociale du Temps. Thèse de doctorat en psychologie, Aix-en-Provence : Université d'Aix Marseille I, 2006.
13. Mahon NE, Yarcheski TJ, Yarcheski A. Future time perspective and positive health practices among young adolescents : A further extension. Perceptual and Motor Skills 2000;90:775-80.

14. Hutton HH, Treisman GJ. Understanding the role of personality in HIV risk behaviors: implications for prevention and treatment. *Hopkins HIV reports* 2001;13:5-7.
15. Wills TA, Sandy JM, Yaeger AM. Time perspective and early-onset substance use: A model based on stress-coping theory. *Psychol Addict Behav* 2001;15:118-25.
16. Levy B, Earleywine M. Discriminating reinforcement expectancies for studying from future time perspective in the prediction of drinking problems. *Addictive Behaviors* 2003;29:181-90.
17. MacKillop J, Anderson EJ, Castelda BA, Mattson RE, Donovick PJ. Convergent validity of measures of cognitive distortions, impulsivity and time perspective with pathological gambling. *Psychology of Addictive Behaviors* 2006;20:75-9.
18. Boyd JN, Zimbardo PG. Time perspective, health, and risk taking. In A Strathman, J Joireman, (Eds.), *Understanding Behavior in the Context of Time*. Mahwah, Erlbaum ; 2005.
19. Henson JM, Carey MP, Carey KB, Maisto SA. Associations Among Health Behaviors and Time Perspective in Young Adults: Model Testing with Boot-Strapping Replication. *Journal of Behavioral Medicine* 2006; 29:127-37.
20. Martinet Y, Bohadana A, Wirth N, Spinosa A, Béguinot E. La réduction du risque en tabacologie. *Rev Mal Respir.* 2006; 23 (suppl 4): 109-118.
21. Lagrue G, Touzeau D. Dépendance tabagique : Troubles anxieux et dépressifs. *Le courrier des Addictions.* 2010;1(12):8-12.
22. INSERM. Expertise collective. Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Les Éditions INSERM ; 2004.
23. Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland and North America. *Lancet* 2006;368:367-70.
24. Peretti-Watel P, Halfen S, Grémy I. Risk denial about smoking hazards and readiness to quit among French smokers: An exploratory study. *Addict Behav* 2007;32(2):377-83.
25. Perriot J. L'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs « irréductibles ». *Le Courrier des Addictions* 2010;12(1): 1-3.
26. Tavolacci MP, Marini H, Bailly L, Ladner J. Prévalence et caractéristiques des fumeurs invétérés en Haute Normandie. *Santé Publique* 2009;6(21):583-93.
27. Bancroft A, Wiltshire S, Parry O, Amos A. « It's like an addiction first thing... afterwards it's like a habit » : daily smoking behaviour among people living in areas of deprivation. *Soc Sci Med* 2003;56:1261-7.
28. Molimard R. Tabac, chômage et précarité. *Le Courrier des Addictions* 2008;10(4).
29. Paul CL, Ross S, Bryant J, Hill W, Bonevski B, Keevy N. The social context of smoking: a qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. *BMC Public Health* 2010;10:211.
30. Augustson EM, Marcus SE. Use of the current population survey to characterize subpopulations of continued smokers: a national perspective on the "hardcore" smoker phenomenon. *Nicotine Tob Res* 2004;6(4):621-9.
31. Le Faou AL. Tabac et populations défavorisées. *Le Courrier des Addictions* 2002;4(1):10-4.
32. Le Faou AL. Délitage et gratuité des traitements de substitution nicotinique : quelles conséquences ? *Le Courrier des Addictions* 2003;5(2):60-4.
33. Remler DK. "Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity". *Am J Public Health* 2004;94:225-9.
34. Jefferis BJ, Power C, Graham H, Manor O. "Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow up in a British birth cohort". *J Public Health Med* 2004;26(1):13-8.
35. Kaper J, Wagena EJ, Van Schayck CP, Severens JL. Encouraging smokers to quit: the cost effectiveness of reimbursing the costs of smoking cessation treatment. *Pharmacoeconomics* 2006;24(5):453-64.
36. Merson F, Perriot J. Distorsion de la perception du temps chez les fumeurs en situation de précarité et pronostic du sevrage tabagique. Communication écrite. 4<sup>e</sup> congrès de la Société Française de Tabacologie ; 2010.
37. Fieulaine N. Temps de l'urgence, temps du projet : la rencontre des temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situations de précarité. Communication orale. Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion Rhône-Alpes ; 2007.
38. Vangeli E, West R. Transition towards a 'non-smoker' identity following smoking cessation: An interpretative phenomenological analysis. *Health Psychol* 2011;16.
39. Woodby LL, Windsor RA, Snyder SW, Kohler CL, Diclemente CC. Predictors of smoking cessation during pregnancy. *Addiction* 1999; 94:283-92.
40. Adams J. The role of time perspective in smoking cessation amongst older English adults. *Health Psychol.* 2009;28(5):529-34.