

Prévention du tabagisme auprès des populations vulnérables

Rapport sur les réflexions menées et les actions dégagées

**Dans le cadre de l'axe 4 du Plan cantonal d'action
2008-2012 de prévention du tabagisme**

Lausanne, avril 2012
Béatrice Salla et Myriam Pasche

Un programme des



LIGUES
DE LA SANTÉ

www.liguesdelasante.ch

TABLE DES MATIERES

I/ INTRODUCTION	3
1. Contexte du rapport	
2. Pourquoi développer un axe de prévention du tabagisme auprès des populations vulnérables ?	
II/ POPULATIONS VULNERABLES : QUELQUES REPERES THEORIQUES.....	4
1. Implications de la notion de population vulnérable dans le domaine de la prévention	
2. Quelques concepts	
2.1. Statut socio-économique (SSE)	
2.2. Inégalités de santé ; du capital de santé à la santé comme capital	
3. Rapport à la santé des personnes vulnérables (faible SSE)	
4. Prévalence tabagique et niveau de SSE	
5. Conclusions théoriques	
III/ LES PROJETS	8
1. Projets migrants	
1.1. Les migrants et le tabac : ce qu'en disent littérature et experts	
1.2. Les limites des concepts confrontés à la réalité du terrain	
1.3. Migrants et vulnérables : deux projets ciblés	
1.3.1. Le Point d'Eau de Lausanne	
1.3.2. Le Centre de santé infirmier	
2. Autres questions de santé : Projet santé buccale et prévention du tabagisme auprès des personnes à bas SSE	
2.1 Santé buccale : le choix d'un problème de santé socialement déterminé	
2.2. Etat des lieux et calendrier	
3. Autres problèmes de santé. Projet Tamaris : intervention auprès de patients alcoolo-dépendants	
3.1. Tabac et alcool : un même regard sur une co-consommation	
3.2. Projet « Le tabac en questions » : état des lieux et calendrier	
4. Institution. Projet Armée du Salut : accompagnement vers une institution sans fumée	
4.1 Foyers sans fumée : atteindre les personnes à faible SSE dans leur lieu de vie	
4.2. Projet « Un lieu sans fumée » : état des lieux et calendrier	
IV/ CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU CIPRET-VAUD.....	18
V/ REFERENCES.....	20

I/ INTRODUCTION

1. Contexte de ce rapport

Le CIPRET-Vaud (Centre d'information et de prévention du tabagisme) a été mandaté par le canton de Vaud pour mettre en œuvre le Plan cantonal d'action 2008-2012 de Prévention du tabagisme. Ce plan repose sur 4 axes :

1. la promotion d'une vie sans tabac,
2. la protection contre la fumée passive,
3. l'aide à la désaccoutumance pour tous,
4. la prévention auprès des groupes vulnérables¹.

Ce 4^{ème} axe est transversal aux trois premiers et le présent rapport fait le point sur les réflexions et les actions menées par le CIPRET pour le développer.

Le CIPRET reçoit un financement dual pour son travail : de la part du canton de Vaud via le Service de la santé publique (SSP) et par le Fonds de prévention du tabagisme(FPT)², auquel ce rapport est également destiné.

2. Pourquoi développer un axe de prévention du tabagisme auprès des populations vulnérables ?

Ce développement fait suite au constat suivant : bien que la prévalence du tabagisme, dans les pays occidentaux – dont la Suisse – a diminué de façon importante depuis les années 80 parmi la population générale, les taux de tabagisme peinent à diminuer parmi certains sous-groupes, notamment ceux issus des milieux moins favorisés socialement. En cela, force est de constater que les politiques antitabac déployées ces dernières décennies peinent à montrer leurs effets pour tous les groupes sociaux : certains restent vulnérables à la consommation de tabac et présentent des taux de tabagisme sensiblement plus élevés.

Le constat est connu, mais la prévention du tabagisme auprès des populations vulnérables est un sujet qui se développe depuis relativement peu de temps et pour lequel la littérature n'est pas encore très fournie. Le CIPRET-Vaud a donc commencé son travail par une phase de réflexion, qui a progressivement permis de dégager des pistes conceptuelles et des pistes d'action.

¹ Le plan cantonal d'action 2008-2012 pour la prévention du tabagisme est téléchargeable sur le site du Canton de Vaud sous

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/dependances/Brochure_Plan_Tabac_PRINT.pdf

² Pour plus de détails sur le FPT, voir http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/index.html?lang=fr

II. POPULATIONS VULNERABLES : QUELQUES REPERES THEORIQUES

1. Quelles sont les implications de la notion de population vulnérable dans le domaine de la prévention

Pour tenter de répondre à cette question, nous vous proposons ci-dessous une introduction théorique sur les concepts de base que sont le statut socio-économique, les inégalités de santé et le gradient social de santé comme socle de compréhension de ce que l'on entend par populations vulnérables. Ces éléments nous permettront de poser les spécificités de la compréhension de la santé par les populations vulnérables et de délimiter un cadre de compréhension plus large s'étendant aux actions de prévention.

2. Quelques concepts

La définition de la vulnérabilité fait débat, ainsi que les liens entre ses dimensions sociales, économiques, individuelles, cliniques ou encore médicales. Plusieurs liens de causalité sont possibles. Pour notre part, en nous basant sur la littérature ainsi que sur l'expertise du Dr. Patrick Bodenmann, Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables (UPV)³ de la PMU de Lausanne, nous développons notre analyse sur la prééminence du statut socio-économique comme facteur explicatif.

2.1. Statut socio-économique (SSE)

Le SSE couvre tout un ensemble de données qui caractérisent la façon de vivre d'une personne. La manière la plus simple de la mesurer est de prendre en considération le niveau de formation, la profession exercée et le revenu. Les personnes vulnérables appartiennent aux groupes à plus bas SSE, soit cumulant bas niveau de formation, emplois peu qualifiés et peu rémunérés. On y retrouve également les personnes en situation de migration forcée.

Ce cumul peut mener à une précarité économique et/ou sociale, qui se définit comme « un état d'instabilité sociale caractérisée par l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales ou sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux »⁴.

2.2. Inégalités de santé ; du capital de santé à la santé comme capital

Les conditions sociales et économiques agissent sur la santé dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, modifiant tout autant sa qualité que sa durée. Plus particulièrement, les inégalités sociales de santé se développent, et souvent s'accroissent, au fil des ans. On entend par inégalités sociales de santé « une répartition inéquitable des ressources matérielles et non matérielles (argent, formation...), pour atteindre des buts généralement reconnus comme légitimes (par exemple, une protection sociale, une bonne santé relative), chez les individus et les groupes sociaux »⁵. Elles ne se ramènent pas à une dimension purement sanitaire, mais au contraire découlent de différents facteurs (dé)favorables qui agissent en amont et que l'on appelle les déterminants sociaux.

³ L'UPV Unité des populations vulnérables (UPV) de la PMU de Lausanne garantit aux patients fragilisés une prise en charge adaptée à leurs besoins spécifiques, qu'ils soient migrants (requérants d'asile, admis provisoires, déboutés ou sans-papiers) ou working poors de Suisse et les personnes âgées. Plus d'informations sous http://www.polimed.ch/pmu_home/pmu-qui-sommes/pmu-services-medicaux/pmu-unite-populations-vulnerables.htm.

⁴ Warzinski, 1987.

⁵ Voir à ce propos « La réduction des inégalités sociales de santé » du Conseil supérieur de promotion de la santé, CSPS, avril 2011.

Dans le cas qui nous intéresse, nous pouvons relever les déterminants sociaux et économiques suivants, caractérisant les conditions de vie des populations vulnérables :

- Un niveau socio-culturel bas à moyen, souvent lié à un niveau de formation faible, des difficultés à lire et à écrire (illettrisme), un manque d'outils pour faire face à la complexité croissante de la société en général, et du système de santé en particulier.
- Une insertion professionnelle faible avec un travail peu qualifié et peu valorisant, dans des conditions souvent peu propices à une bonne santé, ou alors sans insertion professionnelle (régimes d'aide/chômage/handicap).
- Des rentrées financières insuffisantes qui assurent une médiocre sécurité financière, induisent un faible pouvoir d'achat et des privations, et constituent une porte ouverte sur l'endettement.
- Une insertion sociale également faible : une vie sociale restreinte, en vase clos, sans accès à la société de loisirs actuelle, qui peut mener à l'isolement voire à la marginalisation.

Le lien entre SSE et santé est fort bien synthétisé par Longchamp (2011) : « Le constat empirique de fortes inégalités sociales de santé nous autorise à parler non pas de « capital santé », mais de santé comme capital (...) La santé ne doit plus être considérée comme un héritage biologique, mais comme le résultat de conditions sociales d'existence qui (...) sont le plus souvent héritées. Car en tant qu'elle demande du temps, des moyens matériels et des connaissances spécifiques (en matière de diététique, de droit, de fonctionnement des réseaux de soins...), la santé comme capital est étroitement corrélée au capital économique et social et au capital culturel, dont elle est en quelque sorte une conversion. »⁶

De plus, les inégalités sociales de santé se distribuent selon un gradient social. On parle de gradient social lorsque la fréquence d'un problème augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les plus défavorisées. Les inégalités de santé touchent tout un chacun, mais de manière différenciée selon le niveau de SSE : plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il risque d'être en mauvaise santé.⁷

3. Rapport à la santé des personnes vulnérables (faible SSE)

Le rapport à la santé des personnes vulnérables est particulier : la santé est comprise comme l'absence de maladie et elle reste circonscrite à la dimension physique. La notion de santé ne s'applique qu'à un nombre limité de domaines de la vie. Longchamp (2011) reprend à ce propos l'expression de Leriche en parlant de « santé dans le silence des organes », qu'il appelle également santé négative-somatique⁸.

Plus particulièrement, ces personnes portent moins d'attention à la santé corporelle et ont peu de connaissances sur l'importance de prendre soin de leur corps pour rester en bonne santé. Sans suivi médical régulier, elles s'adressent souvent tardivement au médecin de premier recours. Elles éprouvent des difficultés à utiliser de manière appropriée les services de santé. Cet aspect est lié à une méfiance vis-à-vis des autorités, ainsi qu'à une difficulté à comprendre le fonctionnement trop complexe du système de santé, de facto illisible et incompréhensible pour beaucoup.

⁶ Longchamp Ph., *Rapports à la santé et rapports sociaux. Les infirmières scolaires face aux familles*. Thèse no 755, Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Genève, juillet 2011, p. 31.

⁷ Voir à ce propos des définitions adoptées par l'OMS et accessibles sous http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_fr.pdf.

⁸ Longchamp, p. 220.

De plus, elles ressentent souvent l'impression de n'avoir que peu voire pas de prise sur le présent et le futur. Bachman et Neuhaus⁹ (2010) insistent à ce propos sur l'importance du « locus de contrôle », soit la conviction de l'influence de son comportement sur son existence. Ils parlent de « locus interne » quand on attribue une causalité interne aux événements (intelligence, compétence...) et de « locus externe » quand on fait appel à des causes externes à soi pour expliquer les événements (malchance...). Les personnes dans ce dernier cas ont l'impression d'être livrées à leur destin et de ne pas avoir de contrôle sur leur existence, ce qui ne favorise pas le développement des compétences personnelles nécessaires en matière de santé. Elles vivent de plus souvent dans un milieu anxiogène, avec un stress constant et chronique, et les difficultés rencontrées au quotidien sont telles qu'il leur est difficile voire impossible de se projeter dans le futur - or cette projection est indispensable pour prendre soin de sa santé et intégrer les recommandations de prévention.

Ces caractéristiques touchent autant les Suisses à faible SSE que les migrants dans la même situation, souvent arrivés en Suisse dans un contexte de migration forcée. Elles sont à prendre en compte lors de la conception et la mise en œuvre d'actions de prévention spécifiques pour/avec les populations vulnérables.

4. Prévalence tabagique et niveau de SSE

Dans le cas particulier du tabagisme, le lien entre faible SSE et prévalence tabagique est connu : les personnes à faible SSE ont une prévalence tabagique plus forte que la moyenne de la population, avec un taux encore plus élevé parmi les personnes à bas niveau d'éducation. La prévalence baisse d'ailleurs au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente. De plus, le déclin du tabagisme est plus lent voire inexistant parmi les groupes à bas SSE, ce qui constitue une raison supplémentaire pour développer des actions de prévention spécifiques vers ces groupes.

Les différences socio-économiques sont également marquées en termes de :

- Début de consommation : les adolescents issus de familles à faible SSE débutent plus souvent une consommation que la moyenne des jeunes de leur âge.
- Arrêt de consommation : les personnes à faible SSE expriment la même envie d'arrêter de fumer que les autres groupes sociaux mais essaient moins souvent et ont moins de chances de devenir abstinents que les groupes sociaux à plus haut SSE : il existe un réel gradient social dans l'arrêt du tabac.

⁹ N. Bachmann et M. Neuhaus, *Inégalités des chances en santé. Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne*, p. 19, accessible sous http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/publikationen.assetref/content/dam/documents/GEF/GS/fr/AWA_Gesundheitsbericht4_F.pdf.

5. Conclusions théoriques

Les difficultés de la prévention du tabagisme auprès des groupes à faible SSE se situent à plusieurs niveaux que nous pouvons catégoriser comme suit :

- méconnaissance des risques, des messages de prévention et des méthodes pour arrêter ;
- refus et méfiance par rapport aux autorités ; résistance psychologique face à la norme sociale actuelle antitabac ;
- manque de confiance et d'estime de soi, avec souvent un état anxieux et/ou dépressif ;
- pas de projection à long terme, préférence pour le présent ;
- le tabac aide à la gestion du quotidien en remplissant un effet antidépresseur ;
- le tabac fait partie d'une socialisation dans son entourage habituel et de ce fait peut servir en partie à compenser l'exclusion.

Il convient de tenir compte de ces difficultés pour mettre en œuvre une stratégie d'intervention sur le terrain, via des actions de prévention ciblées en fonction des réalités et des conditions de vie compliquées des populations à bas SSE.

Dans ce contexte, plusieurs principes de base ont été adoptés par le CIPRET-Vaud :

- Partir du vécu et de l'expertise des personnes directement concernées, dans une perspective d'empowerment et d'efficacité de la mesure développée.
- Tenir compte des spécificités de ces groupes sociaux pour revisiter le matériel d'information et de prévention disponible, voire pour en créer de nouveaux.
- Intégrer la prévention du tabagisme dans une perspective de santé plus large afin d'entrer plus facilement en contact et en résonance avec les préoccupations des populations visées.

Les projets du CIPRET présentés dans la suite de ce rapport ont été conçus dans le cadre des réflexions ci-dessus, mais également pour répondre à des besoins et à des demandes exprimés par le terrain. Ce « va et vient » entre conceptualisation et pratique constitue la marque de fabrique des activités prévues, qui seront mises en œuvre dans une double perspective d'acquisition et de partage de connaissances et de compétences.

Ces développements devraient renforcer les effets des mesures de prévention structurelle déjà prises ou en cours de réflexion aux niveaux cantonal et fédéral : l'interdiction de publicité pour les produits du tabac, l'interdiction de vente aux mineurs, l'augmentation du prix du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et au travail... toutes ces mesures ont un impact réel pour réduire la prévalence du tabagisme dans la population en général, et auprès des groupes à bas niveau socio-économique en particulier.

III/ LES PROJETS

1. Projets migrants

De nombreux projets ont été lancés par le CIPRET depuis le début du programme du Plan cantonal. Compte tenu des difficultés d'accéder aux personnes vulnérables, les projets varient les angles d'approche : les portes d'entrée choisies passent par des institutions, des associations ou encore des problèmes de santé ou des groupes cibles spécifiques.

Afin d'en avoir une meilleure vue d'ensemble, nous les avons regroupés en plusieurs catégories :

1. Migrants
2. Autres questions de santé
3. Institutions

Il ne nous a pas semblé pertinent de décrire tous ces projets dans le détail ici. Nous avons donc pris l'option de présenter les quatre projets les plus emblématiques, tout en regroupant dans un tableau l'ensemble des activités menées. Ce tableau se trouve en page suivante et les projets qui font l'objet du rapport y sont identifiés en bleu.

1.1. Les migrants et le tabac : ce qu'en disent littérature et experts

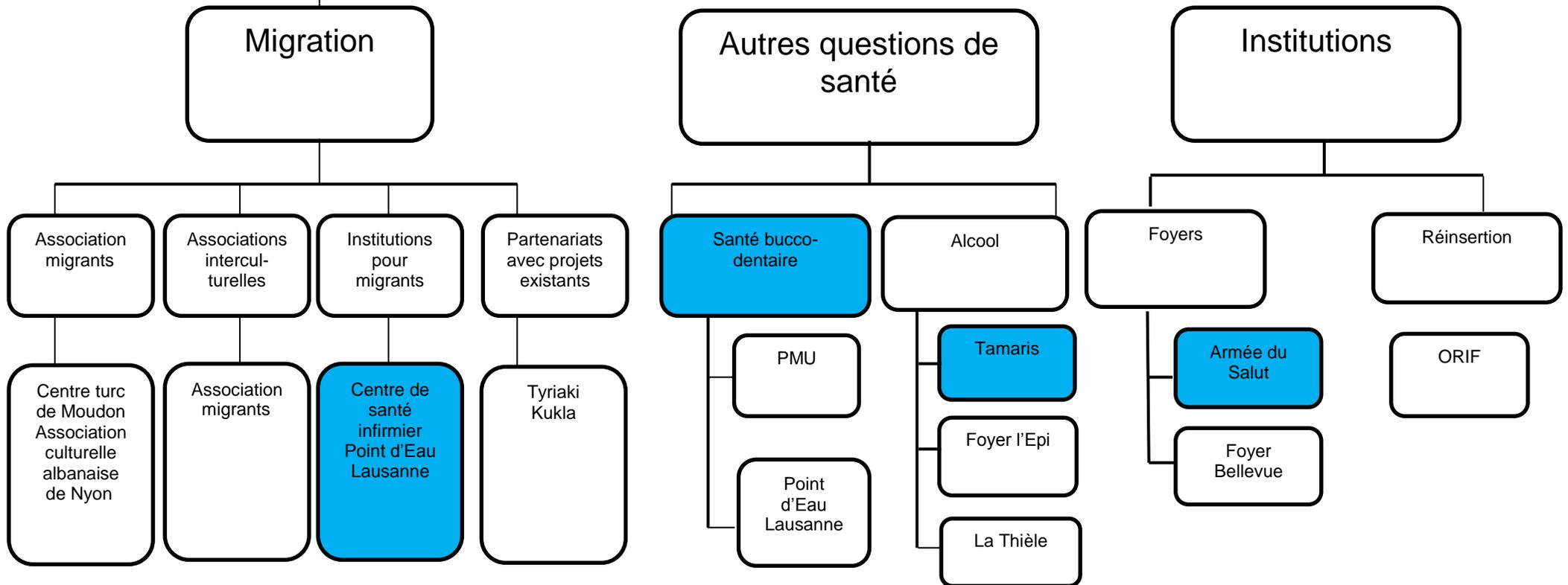
Les migrants sont clairement identifiés par le Plan cantonal d'action comme un des destinataires des actions à mener par le CIPRET-Vaud dans le cadre du 4^{ème} axe. Le terme « migrants » recouvrant de facto des réalités très différentes, une première étape a consisté à effectuer une revue de la littérature concernant les comportements tabagiques des populations migrantes.

Il ressort de cette étude de la littérature¹⁰ que :

- Les raisons qui incitent les migrants à fumer sont identiques que chez les Suisses, mais s'y ajoutent des facteurs spécifiques liés à la migration comme les conditions de vie dans le pays d'origine et les conditions d'émigration.
- Les migrants ont généralement de meilleures connaissances de la question du tabagisme que ce que pensent les professionnels, mais les risques précis restent mal connus et la dépendance sous-estimée.
- Les conséquences de la consommation ne sont pas considérées comme prioritaires.
- Les accès aux offres de prévention sont peu connus.

¹⁰ « Eléments de la littérature concernant les comportements tabagiques des populations migrantes, facteurs influents et recommandations pour l'action de prévention », Karin Zuercher, CIPRET-Vaud, 2010.

Axe 4 : Prévention du tabagisme auprès des populations vulnérables Développement d'actions selon cadre théorique et besoins exprimés par le terrain



Remarque : les projets décrits dans le rapport sont indiqués en bleu dans l'organigramme ci-dessus

En se basant sur ces résultats ainsi que sur les recommandations des spécialistes de la migration (notamment Appartenances¹¹ et l'Unité des populations vulnérables de la PMU), le CIPRET a décidé d'œuvrer dans les directions suivantes :

- Proposer davantage d'offres de prévention à la population migrante ou axer plus fortement les offres existantes sur cette population.
- Approcher la population migrante de manière différenciée, en fonction de l'âge, du sexe...
- Favoriser les interventions dans et avec la participation des associations et groupements fréquentés par les migrants.
- « Utiliser » comme relais les personnes de la communauté qui bénéficient d'une estime particulière.
- Considérer les femmes comme des vecteurs dans la diffusion des messages de prévention.
- Dispenser des informations ciblées à l'intention des parents.
- Accompagner les actions de supports d'information adaptés (langue, format, codes culturels, compétences en santé...)

Plusieurs projets ont été initiés dans ce contexte : auprès d'associations de migrants comme l'association culturelle albanaise de Nyon et environs ou le Centre culturel turc de Moudon ; auprès d'associations interculturelles comme l'Association Femmes Solidaires sans Frontières et l'Association A la Vista ou encore dans le cadre d'associations travaillant avec les migrants comme le Centre de Soins infirmiers ou le Point d'Eau à Lausanne.

1.2. Les limites des concepts confrontés à la réalité du terrain

Ce travail de défrichage, de prises de contacts et d'animations de prévention a été riche en enseignements et en sujets de réflexions, parmi lesquels il convient de relever les éléments suivants :

- Vulnérabilité et migration ne sont pas systématiquement liées : tous les migrants ne sont pas vulnérables et toutes les personnes vulnérables ne sont pas des migrants. Il est important de tenir compte du parcours de migration et du niveau socio-économique des personnes concernées pour mieux cerner leur vulnérabilité.
- Le travail avec les associations de migrants demande beaucoup de temps et les ressources nécessaires pour y parvenir risquent d'être sous-estimées. En effet, les prises de contact sont souvent compliquées car ce sont des bénévoles qui s'engagent dans ces associations : ils sont de facto très occupés et parfois difficiles à atteindre. De plus, l'objectif de ces associations de migrants n'étant pas a priori une meilleure santé de leurs membres, des propositions de co-construction d'activités de prévention ne sont pas toujours accueillies favorablement par leurs responsables. Ce problème se renforce quand on parle du tabac, que ces associations n'identifient que rarement comme un problème nécessitant une action.
- Les associations interculturelles, de par leurs objectifs et leur fonctionnement, s'avèrent être plus ouvertes à des actions de prévention. Elles disposent souvent d'un programme d'activités dans lequel des actions de prévention peuvent prendre place, à condition d'être élaborées sur mesure en fonction du contexte propre à chaque association.
- Les associations et institutions travaillant pour la santé des migrants les plus vulnérables, tels les sans-papiers et les requérants d'asile, doivent répondre dans l'urgence à une augmentation de ces populations ainsi que de leurs besoins. Elles procèdent dans ce cas à une priorisation des actions qui ramène la prévention du tabagisme à un rang secondaire.

¹¹ L'Association Appartenances a pour mission de favoriser le mieux-être et l'autonomie des personnes venues d'ailleurs, et de faciliter une intégration réciproque avec la société d'accueil dans un rapport d'équité. Multiculturelles, ses équipes de professionnels qualifiés, salariés ou bénévoles, s'efforcent de répondre de manière transversale aux divers besoins psychologiques et sociaux des migrantes et migrants en difficulté. Certains services, tels que formation, recherche et interprétariat communautaire, sont destinés aussi aux professionnels concernés. Plus d'informations sous <http://www.appartenances.ch/>

1.3 Migrants et vulnérables : deux projets ciblés

Les conclusions ci-dessus ont été intégrées au développement de deux nouveaux projets développés dès la fin 2011, auprès des lieux de santé pour personnes vulnérables et migrantes que sont le Point d'Eau de Lausanne (PEL) et le Centre de santé infirmier (CSI). Ces deux institutions travaillent avec des personnes particulièrement vulnérables, notamment issues de parcours de migration forcée ou de migration illégale et à très bas SSE.

1.3.1. Le Point d'Eau à Lausanne : information et prévention

L'association Point d'Eau Lausanne (PEL)¹² a pour but d'accueillir des personnes démunies ou défavorisées, sans distinction d'âge, de nationalité, de religion, de sexe, ou de statut légal en Suisse. Elle leur propose des prestations dans le domaine de l'hygiène corporelle et du lavage du linge et dans le domaine de la santé : des soins infirmiers et si nécessaire médicaux, des soins dentaires, ainsi que d'ostéopathie, de podologie et des massages.

Le CIPRET a animé deux demi-journées de permanences d'informations et de conseil au PEL, afin d'évaluer les besoins en matière de tabagisme et les meilleures manières d'y répondre. Ces deux permanences se sont très bien déroulées et ont reçu un accueil favorable tant du côté du PEL que de ses usagers. Une première évaluation de cette action montre que :

- La présence au PEL a su (re)mettre la question du tabagisme (désavantages de la consommation, avantages de l'arrêt, expériences personnelles, situations de vie favorisantes, etc.) au cœur de la discussion, ce qui, au vu des situations de vie des personnes présentes, n'avait sans doute pas été le cas depuis longtemps.
- Ces « permanences-test » ont permis de mieux cerner les représentations du tabagisme, des comportements tabagiques, de l'arrêt du tabac tels que partagés par de ce type de populations fragilisées.
- L'oralité et le relationnel priment ; le matériel écrit à disposition, même traduit, n'est pas adapté à leurs réalités et à leurs besoins. Les messages de prévention et les supports d'information existants s'avèrent être plutôt inadaptés : ils ne répondent pas aux questions que se posent les personnes fréquentant ces différents institutions. Il apparaît de plus à l'usage que privilégier une entrée en matière directe sur le tabac est contreproductif : soit cela braque les fumeurs, soit cela n'intéresse pas les non-fumeurs.
- Des besoins d'aide à l'arrêt ont été clairement exprimés, qui ont confronté le CIPRET au fait qu'il n'existe pas de solutions immédiates (toutes prêtes) à proposer à ces personnes qui ne disposent pas d'une assurance maladie et se méfient souvent des structures officielles.

Les développements suivants sont actuellement prévus :

1. Formation de l'équipe médicale et dentaire du PEL sur les fondamentaux de la tabacologie et les différents traitements médicamenteux, afin de leur donner les ressources internes nécessaires au soutien de leurs patients qui désirent arrêter de fumer
2. Collaboration autour de la création d'un matériel d'information spécifique pour les populations fréquentant le PEL, soit parlant du tabac par différentes clés d'entrée (cœur, poumons, dents...), soit parlant de plusieurs thèmes de santé parmi lesquels le tabac. Le PEL fournira son expertise terrain pour les contenus.

Calendrier : janvier 2011 – juillet 2013

¹² Plus d'informations sous <http://web.pointdeau-lausanne.ch/>

1.3.2 Le Centre de santé Infirmier (CSI)

Le CSI est une instance de premier recours destiné aux requérants d'asile, aux admis provisoires et aux personnes à l'aide d'urgence du canton de Vaud. Il fait partie d'un réseau de santé spécifique aux requérants d'asile – le réseau FARMED. Son fonctionnement obéit aux différentes règles de ce réseau dont il est un des acteurs. Il intègre l'Unité des populations vulnérables de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) et a des antennes réparties dans l'ensemble du canton.¹³

L'organisation en est particulière, car la consultation de première ligne est assurée par des professionnels en soins infirmiers. Ces infirmières accueillent, sont à l'écoute, examinent le patient et analysent s'il doit être référé ou non à un médecin de premier recours. Ce système s'appelle «double gate-keeping», et a pour but une prise en charge globale des patients à un coût moins onéreux.

Outre le bilan de santé et le double gate-keeping, le CSI a pour mission le déploiement du programme de promotion et prévention de la santé qui s'adresse tout particulièrement aux requérants nouvellement arrivés. Il est dispensé en groupe, en partenariat avec différents organismes du canton, et est complété par de la prévention individuelle. Ses objectifs sont les suivants dans le domaine du tabac :

- Identifier les principaux effets du tabagisme sur la santé,
- Reconnaître les effets de la fumée sur l'entourage direct ou indirect,
- Connaître les méthodes ou aides au sevrage.

Le CIPRET a pris contact avec le CSI pour déterminer dans quelle mesure il pouvait contribuer à l'atteinte de ces objectifs, dans un contexte difficile pour le CSI puisque ce dernier a dû faire face à une très forte augmentation de son travail en 2011. L'arrivée massive de requérants a conduit le CSI à prioriser ses actions et la thématique du tabac n'a dans un premier temps pas été identifiée comme une priorité par les professionnels, qui préféraient valoriser une promotion de la santé plus large.

Des discussions constructives ont permis de dégager les axes suivants :

- Tout le monde a droit à l'information sur les risques du tabagisme, y compris les plus vulnérables
- Parler uniquement du tabac risque par contre d'être contre-productif : une information commune sur alcool et tabac est privilégiée.
- Une collaboration va être mise sur pied entre le CSI, le CIPRET et la FVA (Fondation vaudoise contre l'alcoolisme) pour mettre sur pied des actions spécifiques envers les professionnels du CSI et envers les patients qui fréquentent cette structure.

Calendrier : novembre 2010 – décembre 2012

¹³ Pour plus d'informations, voir sous http://www.polimed.ch/pmu_home/pmu-qui-sommes/pmu-services-medicaux/pmu_csi_qsn.htm

2. Autres questions de santé : Projet santé buccale et prévention du tabagisme auprès des personnes à bas SSE

2.1 Santé buccale : le choix d'un problème de santé socialement déterminé

Comme il est difficile d'entrer en contact direct avec les populations à bas SSE pour leur parler du tabagisme, il a été décidé de développer un projet qui permette de les atteindre via un problème de santé qui est socialement déterminé. Une étude de la littérature nous a rapidement mis sur la piste des problèmes de santé buccale : les spécialistes de la médecine dentaire s'accordent en effet à dire qu'il existe un gradient social de la santé bucco-dentaire. Selon Madrid et al (2009), « la santé buccale des groupes socio-économiquement faibles est plus mauvaise à tous les âges que celle des groupes favorisés (...) Les inégalités de la santé buccale reflètent celles de la santé générale (...) A côté de la carie, deux autres affections qui impactent fortement la santé buccale varient selon les conditions sociales : la maladie parodontale et la traumatologie dento-alvéolaire. (...) Chez l'adulte, les pertes dentaires sont fortement influencées par le statut socio-économique. Zitzmann montre une corrélation entre le nombre de dents manquantes, le revenu et le niveau d'éducation. (...) La médecine dentaire finit par rejoindre la médecine tout court ; l'état général dégradé est l'un des facteurs qui conduisent à l'édentement alors que l'édentement conduit à un état général altéré. » En conclusion : « des dents malades se nichent chez des individus malades eux-mêmes nichés au sein de populations malades. »¹⁴

D'autre part, il est reconnu que le tabagisme augmente notablement le risque de maladies de la cavité buccale et du pharynx. Comme l'indique le programme national d'arrêt du tabagisme : « Les fumeurs ont un risque sept fois plus important de maladies des muqueuses buccales, de la langue et du parodonte, et un risque largement accru de perte de l'appareil de soutien des dents. Le tabagisme favorise également les caries. L'évolution des maladies est aussi moins bonne, les traitements moins efficaces que sur les personnes qui ne fument pas. Les fumeurs nécessitent des traitements plus complexes et plus longs, à cause de complications fréquentes. » C'est pourquoi le programme national sur l'arrêt du tabagisme a amplement associé les spécialistes de la santé dentaire à sa stratégie : à terme, la prévention du tabagisme devrait être intégrée dans les formations de base des spécialistes de la santé dentaire, et elle l'est déjà dans la formation des hygiénistes dentaires. Le monitoring tabac sur le conseil en matière de tabagisme lors d'une consultation médicale et dentaire vu par les fumeurs et les ex-fumeurs¹⁵ démontre que 31% des fumeurs de 14 à 65 ans ont déjà parlé de leur tabagisme en cabinet dentaire ; le dernier entretien sur la question s'est déroulé avec le dentiste dans 53% des cas et avec l'hygiéniste dentaire dans 43% des cas. Plus d'un quart des fumeurs s'attendent à ce que leur dentiste ou son équipe leur recommande d'arrêter de fumer. La question du tabac est plus fréquemment abordée en cabinet dentaire par les patients dans la classe d'âge des 25-44 ans.

¹⁴ Madrid C., Abarca M., Pop S., Bodenmann P., Wolff H., Bouferrache K. Santé buccale : déterminants sociaux d'un terrain majeur des inégalités. *Revue Médicale Suisse*, 2009, vol. 5, no 219, pp. 1946-1951

¹⁵ Krebs H., Keller R., Radtke T., Hornung R. Le conseil en matière de tabagisme lors d'une consultation médicale et dentaire vu par les fumeurs et ex-fumeurs (enquête 2010). Monitoring tabac – enquête suisse sur le tabagisme, Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie, financé par le FPT, décembre 2010. Accessible sous http://www.tabakmonitoring.ch/Berichte/Rauchberatung/Kurzberichte/Kurz_Raucherberat_10_fr.pdf

En conclusion, la santé buccale semble constituer une porte d'entrée intéressante pour aborder la question du tabagisme avec des personnes particulièrement vulnérables puisque les professionnels sont déjà sensibilisés aux conséquences du tabagisme et que les patients reconnaissent la pertinence des conseils reçus dans le contexte d'une consultation dentaire. Il existe de plus dans le canton de Vaud plusieurs lieux où il est possible de toucher les personnes à faible SSE ayant des problèmes dentaires, notamment :

- Le service de médecine dentaire et de stomatologie de la PMU, qui traite les populations vulnérables suivantes : assurés avec arriérés de primes, personnes du domaine de l'asile, sans papiers, SDF, personnes migrantes, aide d'urgence, bénéficiaires de l'aide sociale, des prestations complémentaires ou PC familles, personnes en détention, personnes avec vulnérabilités sociales et médicales cumulées.
- Le Point d'Eau de Lausanne (PEL) qui offre un service d'hygiène dentaire ainsi que de médecine dentaire.

Des contacts préliminaires ont été pris avec les Dr Madrid et Abarca de la PMU, ainsi qu'avec l'équipe médicale du PEL. Les deux entités ont trouvé l'idée d'associer problèmes dentaires et tabagisme pertinente et intéressante et sont entrées en matière pour débiter une collaboration sous une forme à définir.

2.2. Etat des lieux et calendrier

En l'état actuel, le projet prévoit la réalisation d'un matériel d'information sur les risques du tabac pour la santé buccale, conçu pour et par des populations vulnérables, qui pourra être utilisé par les spécialistes de la santé dentaire dans le cadre de leurs consultations. Ce matériel devra :

- Créer/accroître les connaissances en santé buccale
- Créer/accroître les connaissances sur les conséquences du tabac sur la santé, notamment buccale
- Tenir compte des spécificités des populations vulnérables telles que décrites au point II ci-dessus, et plus spécifiquement de leur rapport à l'écrit, au monde médical et à la santé en général.

Les informations de base seront fournies par les spécialistes de la médecine dentaire et un travail conséquent de définition et de conception de ce matériel est prévu avec la section lausannoise de Lire et Ecrire et ses usagers. Cette association s'occupe de lutter contre l'illettrisme qui touche 16% de la population résidante en Suisse¹⁶. Elle est particulièrement intéressée par ce projet qui permettra d'une part de sensibiliser ses usagers à la santé, d'autre part qui leur donnera le rôle d'experts dans le processus : ils sont en effet les mieux placés pour nous dire ce qui fait sens pour eux en termes de santé. Le contenu des informations élaborées avec eux sera d'autant plus parlant pour les populations vulnérables qu'il sera basé sur leurs connaissances et leur compréhension de sujet. Leur apport sera particulièrement important pour la définition des messages et pour la réflexion sur la meilleure manière de les communiquer pour que la réalisation finale – dont la forme n'est pas encore définie – soit adéquate et pertinente. Ce rôle d'experts sera concrétisé par un défraiement ainsi que par la possibilité à terme de faire partie d'un groupe de référence des Ligues de la santé pour une meilleure communication avec les populations vulnérables.

A terme, il est possible que ce travail soit également utilisé pour communiquer sur les liens entre santé buccale et tabagisme auprès de la population générale. Selon l'AT, moins de 15% de la population connaît ce lien. Il existe donc tout un champ d'action possible qui sera en partie défriché avec ce projet.

¹⁶ Pour plus d'informations sur Lire et écrire, voir <http://www.lire-et-ecrire.ch/page.php>

Les premiers contacts ont été pris en décembre 2011 et la finalisation du projet ainsi que son évaluation sont prévues pour le 3^{ème} trimestre 2013. Cette évaluation comprendra notamment un feedback des patients ayant reçu l'information via les professionnels de la santé dentaire.

3. Autres problèmes de santé. Projet Tamaris : intervention auprès de patients alcoolo-dépendants.

3.1. Tabac et alcool : un même regard sur une co-consommation

La consommation de tabac peut être fortement associée à celle d'alcool. Cette co-consommation est une piste d'intervention que nous avons jugé intéressant d'explorer car :

- L'enquête suisse sur la santé de 2007 montre que les fumeurs ont 1,7 fois plus de risques d'avoir une consommation d'alcool à risque moyen à élevé que les non-fumeurs.
- Les personnes qui consomment le plus d'alcool sont également celles parmi lesquelles l'on compte la proportion la plus élevée de fumeurs, et particulièrement de gros fumeurs (même enquête).
- Les personnes alcoolodépendantes meurent davantage de maladies liées au tabagisme que de maladies liées à l'alcool.
- Les risques pour la santé de la double consommation sont bien plus grands que la simple addition des risques liés à chaque consommation prise séparément. Cela multiplie notamment les risques de cancers de la bouche, de la gorge et de l'œsophage.
- Un arrêt simultané des deux consommations est possible, et l'arrêt du tabac diminue les risques de rechute d'alcool.

Une opportunité d'explorer cette piste a été fournie par le docteur Mirco Ceppi, chef de clinique du Service d'alcoologie, qui a pris contact avec le CIPRET pour lui demander de développer une offre pour la Clinique d'alcoologie Tamaris. Tamaris reçoit des patients adultes, souffrant d'une dépendance à l'alcool et présentant au moins un des critères suivants : la prise régulière de tranquillisants, une comorbidité médicale ou psychiatrique sévère, une consommation d'alcool maximale / 24h >30 unités, des antécédents de sevrage compliqué et un isolement social. Le sevrage dure au maximum trois semaines. D'après le Dr. Ceppi, une grande majorité des patients sont à faible SSE et la majeure partie de ces personnes est fumeuse. Ce séjour à Tamaris pourrait permettre de les sensibiliser à cette problématique et éventuellement les aider à entreprendre un sevrage tabagique.

L'équipe de Tamaris est motivée pour accompagner le sevrage nicotinique des résidents. Par contre, elle n'a pas les ressources temporelles nécessaires pour l'information et la sensibilisation préalables nécessaires pour motiver les résidents à entreprendre un sevrage. De plus, elle a besoin d'un renforcement de ses connaissances en tabacologie pour disposer de plus d'outils pour l'accompagnement du sevrage.

3.2. Projet « le tabac en questions » : état des lieux et calendrier

Ce projet pilote se décline sur deux axes :

1. Approfondir les connaissances en tabacologie de l'équipe de Tamaris pour renforcer leurs compétences dans le conseil et l'accompagnement des patients qui désirent cesser de fumer, via un atelier. Cet atelier, animé par le Dr Isabelle Jacot-Sadowski, a eu lieu en mars 2012.
2. Dispenser des informations sur le tabac aux résidents de Tamaris afin de les sensibiliser à la problématique et les encourager à une démarche de sevrage tabagique, via une intervention d'une heure.

Ces séances ont débuté fin mars et ont lieu tous les 15 jours. Elles sont obligatoires pour tous les patients et sont animées sous forme de questions/réponses qui ouvrent le débat sur les différents aspects de la consommation de tabac et de ses risques, notamment en co-consommation avec l'alcool.

Chaque session est évaluée par les participants et le matériel d'information est à chaque fois retravaillé en fonction des questions posées et de leurs remarques.

Calendrier

Janvier – juin 2012

Evaluation :

- Régulière, par les patients, à la fin de chaque intervention
- A mi-parcours, par le Dr Ceppi et son équipe (mai 2012)
- Finale, en juin 2012, pour tirer le bilan et déterminer si cette intervention sera maintenue, et si oui, sous quelle forme.

Remarque :

Un travail de recherche sur les liens existants entre la consommation d'alcool et celle du tabac, ainsi que les mécanismes de leurs effets combinés sur la santé, est actuellement mené par le CIPRET en collaboration avec le service de tabacologie de la PMU. Il est en effet fondamental de mieux comprendre la manière dont ces substances et leur dépendance interagissent, notamment pour fournir des traitements adaptés et efficaces. Cette recherche devrait porter ses fruits d'ici la fin 2012.

4. Institution. Projet Armée du Salut : accompagnement vers une institution sans fumée

4.1 Foyers sans fumée : atteindre les personnes à faible SSE dans leur lieu de vie

De nombreuses personnes très fragilisées vivent dans des foyers, comme La Résidence et le Foyer féminin gérés par l'Armée du Salut à Lausanne, qui accueillent 54 pensionnaires en tout, avec des fragilités à plusieurs niveaux : troubles psychiatriques, alcoolisme, toxicomanie, désinsertion...¹⁷

Dans le canton de Vaud, tout lieu de séjour est considéré comme un lieu public depuis l'entrée en vigueur, le 15 septembre 2009, de la Loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics (LIFLP). Une directive spéciale s'applique aux lieux de soins et d'hébergements¹⁸, qui reconnaît que les chambres sont des espaces privés, dans lesquels l'interdiction de fumer ne s'applique pas. Néanmoins, la direction de l'établissement peut interdire d'y fumer selon certains critères, notamment en fonction de la responsabilité du résident : « une interdiction de fumer se justifie en cas d'incapacité de discernement de la personne résidente, en particulier si celle-ci ne peut s'engager à veiller à sa propre sécurité ainsi qu'à celle des autres occupants des lieux, en prévenant notamment les risques d'incendie. ». C'est donc la direction de l'établissement, en collaboration avec le personnel, qui gère l'application de cette directive.

C'est dans ce contexte que la direction de l'Armée du Salut a pris contact avec le CIPRET-Vaud : une partie importante de leurs pensionnaires sont de gros fumeurs et certains fument dans leur lit, ce qui pose des problèmes certains en terme de sécurité. L'Armée du salut est d'autant plus sensible au risque d'incendie qu'un de leur foyer à Genève a connu un accident de ce genre. La décision a donc été prise d'interdire la fumée à l'intérieur des deux foyers lausannois de la Résidence et du Foyer féminin, avec demande faite au CIPRET d'accompagner le processus permettant un changement des pratiques et des habitudes.

4.2. Projet « un lieu sans fumée » : état des lieux et calendrier

Cet accompagnement va prendre la forme du développement d'un programme sur mesure dans le cadre d'un groupe de travail interne, comprenant des représentants des différents corps de métier : personnel infirmier, socio-éducatif, intendance, sécurité et direction. Nous nous inspirerons en partie des procédures mises sur pied en 2000 pour encourager les entreprises à devenir sans fumée.

Une attention particulière sera portée aux besoins et aux attentes de toutes les parties en présence, afin de donner le maximum de chances au déploiement d'un projet qui rencontrera de fortes oppositions internes. La procédure sera dans la mesure du possible participative et intégrative. L'occasion sera également saisie de parler de l'aide à l'arrêt et de promouvoir une vie sans tabac, autant auprès des pensionnaires que de l'ensemble du personnel.

Calendrier :

Mai 2012 – été 2013

¹⁷ Pour plus d'informations sur ces foyers, voir le site de l'Armée du salut sous <http://www.i-s-v.ch/>

¹⁸ Directive relative à l'interdiction de fumer dans les lieux de séjours permanents ou prolongés du DSAS, accessible sous

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Directive_lieuxdeviesansfumee_14aout09.pdf

IV/ CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU CIPRET-VAUD

Les différents projets décrits ci-dessus sont conçus pour s'enrichir les uns les autres et permettre ainsi au CIPRET de capitaliser une expérience importante dans le domaine de la prévention du tabagisme auprès des populations vulnérables et de créer/renforcer notre expertise. Nous ne prétendons pas à l'exhaustivité, mais l'accomplissement du mandat du canton nous permet non seulement de fournir des prestations ciblées et que nous souhaitons adéquates, mais également d'apprendre de toutes les parties en présence. Cette acquisition de compétence constituera à terme une ressource qu'il conviendra de partager avec les autres acteurs du réseau de la prévention, dans le domaine du tabagisme et dans celui de l'action préventive auprès des populations vulnérables.

C'est dans la même perspective que des liens ont été établis avec des programmes nationaux comme celui de la prévention du tabagisme en cabinet dentaire : en opérationnalisant au niveau cantonal des idées issues des milieux des professionnels de la santé au niveau fédéral, le CIPRET espère pouvoir construire, en se basant sur les compétences métiers de ces spécialistes, des projets qui pourront ensuite s'étendre soit au niveau de l'ensemble de la population, soit au niveau national. C'est ainsi que les informations sur les liens entre tabac et santé bucco-dentaire, conçues en collaboration avec des apprenants de Lire et Ecrire, pourront sans doute servir de base à une action ultérieure destinée à l'ensemble de la population à ce sujet.

L'accueil réservé par le terrain à nos réflexions et propositions est bon et nous permet de co-construire des projets qui tiennent compte de la réalité de la vie quotidienne des populations vulnérables à bas SSE. La décision d'intégrer les personnes cibles de ces projets en qualité d'experts et de les défrayer pour ce rôle est particulièrement bien perçue et a généré une dynamique positive pour les projets, mais également pour les institutions. Ces dernières ont ainsi l'occasion d'envisager la consommation de tabac sous un autre angle, tout comme le CIPRET a été appelé à ne pas focaliser son action sur le tabac mais à la concevoir dans un contexte de santé plus large. Ce double mouvement nous semble rempli de promesses et nous nous réjouissons d'explorer ces nouvelles pistes d'action avec des interlocuteurs qui ne sont pas toujours les mêmes que ceux que nous avons eu jusqu'ici.

Une recommandation d'action

Les démarches entreprises incitent également les institutions et leurs bénéficiaires à nous faire part de besoins précis pour lesquels aucune solution n'existe pour l'instant. C'est ainsi qu'une demande récurrente a déjà émergé : trouver le moyen de financer les médicaments nécessaires au sevrage.

Pour l'instant, les seules démarches entreprises au niveau fédéral l'ont été pour le remboursement du Champix, alors que les demandes concernent surtout les patchs, gommes ou encore inhalateurs. Le prix à déboursier pour ces différents produits est un frein pour de nombreuses personnes vulnérables. Certes, un traitement avec des patchs ne revient pas plus cher que l'achat d'un paquet de cigarettes par jour, mais cet argument n'est pas pertinent dans le contexte qui nous occupe car :

- Nombreux sont ceux qui n'achètent pas de paquets de cigarette dans les commerces : soit ils achètent des cigarettes (ou les échangent) à l'unité, soit ils s'en procurent au marché noir pour le quart du prix officiel.
- Les patchs et autres produits ne s'achètent pas à l'unité, mais en cure de plusieurs jours : les montants à payer sur quelques semaines sont trop élevés. Les personnes qui s'y essaient ont de plus tendance à vouloir économiser de l'argent, soit en ne prenant pas les patchs assez longtemps, soit en les coupant en deux pour en avoir deux fois plus pour le même prix. Comme cela ne fonctionne pas, ces personnes sont ensuite persuadées que les patchs sont inutiles, ce qui réduit fortement leur motivation à arrêter.
- Il est de plus en plus recommandé par les tabacologues de prendre une substitution nicotinique en bithérapie, afin de garantir une meilleure couverture des besoins individuels en nicotine et donner ainsi plus de chances à l'arrêt. Cette recommandation est de facto impossible à appliquer pour des personnes à faible SSE.

-
- Comme décrit plus haut, les populations vulnérables ne parviennent souvent pas à se projeter dans le futur, même proche. La notion d'investissement pour leur santé est éloignée de leurs préoccupations ; une dépense immédiate pour des médicaments n'est pas mise en relation avec une amélioration future de leur santé.

Il est pourtant reconnu que la gratuité des substituts nicotiques est une mesure structurelle importante auprès des groupes à bas SSE, comme l'a prouvé l'étude de Giskes en 2007 déjà: « The price of nicotine replacement therapy (NRT) poses a barrier for low-socioeconomic groups. Provision of free (or subsidised) NRT to this group may overcome this barrier and achieve lower smoking prevalence among the socioeconomically disadvantaged. In a study where low-income women were provided nicotine patches without charge, significantly more women remained abstinent at 3 and 6 months than women having to pay for patches. Because smokers from low-socioeconomic backgrounds are less successful at quitting, these subsidies may be most effective if no limits are placed on the number of subsidised quit attempts. Additionally, the provision of free cognitive-behavioural therapy to smokers living in disadvantaged areas has been shown to be effective for quitting and decreasing cigarette consumption »¹⁹.

En se basant sur ce qui précède, nous recommandons la mise sur pied d'un projet facilitant l'accès aux substitutions nicotiques, et de manière plus générale au soutien à l'arrêt, pour les personnes en situation de vulnérabilité. Ce projet, sous une forme à définir, devrait offrir un soutien financier couvrant les frais de substitution aux fumeurs et fumeuses à bas SSE désirant arrêter de fumer.

Comme ce rapport le décrit, les champs d'action sont vastes pour proposer des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des populations en situation de vulnérabilité. Une pro-activité dans ce domaine nécessitera encore un grand travail de réflexion et de rencontre des différents acteurs, travail que le CIPRET-Vaud se réjouit de poursuivre tout en développant ses propres compétences.

¹⁹ Giskes K. et consorts, *Applying an equity Lens to Tobacco-Control Policies and Their Uptake in Six Western-European Countries*, p. 268. *Journal of Public Health Policy*, Vol. 28, no 2 (2007), pp. 261-280.

VI/ REFERENCES

Bachmann N. et Neuhaus M., *Inégalités des chances en santé. Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne*, accessible sous http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/publikationen.assetref/content/dam/document_s/GEF/GS/fr/AWA_Gesundheitsbericht4_F.pdf.

Giskes K. et consorts, « Applying an equity Lens to Tobacco-Control Policies and Their Uptake in Six Western-European Countries ». *Journal of Public Health Policy*, Vol. 28, no 2 (2007), pp. 261-280.

Krebs H., Keller R., Radtke T., Hornung R. « Le conseil en matière de tabagisme lors d'une consultation médicale et dentaire vu par les fumeurs et ex-fumeurs (enquête 2010) ». Monitoring tabac – enquête suisse sur le tabagisme, Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie, financé par le FPT, décembre 2010. Accessible sous http://www.tabakmonitoring.ch/Berichte/Rauchberatung/Kurzberichte/Kurz_Raucherberat_10_fr.pdf.

Longchamp Ph., *Rapports à la santé et rapports sociaux. Les infirmières scolaires face aux familles*. Thèse no 755, Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Genève, juillet 2011.

Madrid C., Abarca M., Pop S., Bodenmann P., Wolff H., Bouferrache K. « Santé buccale : déterminants sociaux d'un terrain majeur des inégalités ». *Revue Médicale Suisse*, 2009, vol. 5, no 219, pp. 1946-1951.

Zuercher K., « Eléments de la littérature concernant les comportements tabagiques des populations migrantes, facteurs influents et recommandations pour l'action de prévention », CIPRET-Vaud, 2010.