

Aide à l'arrêt du tabac pour les populations vulnérables

Recherche-action auprès du Point d'Eau de Lausanne

Rapport



Béatrice Salla
Jérémie Blaser
Isabelle Jacot Sadowski
Avril 2014

CIPRET-Vaud

Ligues de la santé - Av. de Provence 12 - 1007 Lausanne - 021 623 37 42 - info@cipretvaud.ch - www.cipretvaud.ch

Un programme des



LIGUES DE LA SANTÉ
www.liguesdelasante.ch

- Soutenu financièrement par le Fonds de prévention du tabagisme

Table des matières

1. Introduction.....	3
2. Concept de la recherche-action	3
2.1 Contexte	3
2.1.1 Prévention du tabagisme et vulnérabilité : position du CIPRET-Vaud.....	3
2.1.2 Tabagisme et précarité : contexte scientifique.....	4
2.2 Objectifs de la recherche-action.....	5
2.3 Acteurs/partenaires	5
3. Activités menées	6
3.1 Activités préalables aux consultations en tabacologie	6
3.1.1 Identification des besoins des utilisateurs et des professionnels au PEL.....	6
3.1.2 Formation des professionnels du secteur santé du PEL.....	6
3.1.3 Organisation d'une consultation en tabacologie au sein du PEL.....	6
3.2 Consultation en tabacologie au PEL : description.....	7
3.3 Consultation en tabacologie au PEL : résultats.....	8
3.3.1 Consultations et suivis.....	8
3.3.2 Caractéristiques des participants	8
3.3.3 Outcomes	10
4. Atteinte des objectifs	11
4.1 Introduire la thématique du tabac et celle de la dénormalisation du tabac auprès de certains groupes de personnes vulnérables.....	11
4.2 Etudier la faisabilité d'une offre d'aide au sevrage tabagique couplant suivi individuel et financement partiel de la médication ; étudier l'intérêt des utilisateurs du PEL pour cette offre.	11
4.3 Etudier l'efficacité de cette offre (taux d'arrêt à 3 mois)	12
4.4 Etudier la satisfaction des destinataires de l'offre (personnel encadrant et personnes vulnérables)	12
5. Conclusions et enseignements à tirer	13
5.1 L'information et les aides à l'arrêt pour les personnes vulnérables sont à encourager	13
5.2 L'engagement et la formation des professionnels du terrain sont gages de succès	14
5.3 La question de la gratuité de la substitution nicotinique est incontournable	15
5.4 Comment poursuivre le projet, y compris dans d'autres institutions	15
6. Bibliographie.....	16

1. Introduction

Le Centre d'information pour la prévention du tabagisme (CIPRET-Vaud) a pour mandat de prévenir le tabagisme auprès de l'ensemble de la population vaudoise, y compris auprès des personnes appartenant à des groupes vulnérables. En effet, bien que la prévalence du tabagisme ait diminué de manière importante depuis une vingtaine d'années dans la population générale des pays industrialisés, les taux de tabagisme peinent à baisser parmi certains sous-groupes, notamment ceux issus des populations à plus faible statut socio-économique (SSE)¹. En cela, force est de constater que les politiques de prévention du tabagisme 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 CIPRET-Vaud, après une phase de réflexion qui a donné lieu à un rapport (voir point 2.1.1. ci-dessous), a décidé de mener un projet-pilote d'aide à l'arrêt auprès de personnes vulnérables. Comme ces dernières sont difficiles à atteindre directement, une collaboration avec les lieux qu'elles fréquentent est indispensable. C'est dans ce contexte que le Point d'Eau de Lausanne (PEL) a été approché. Cette institution a pour but d'accueillir des personnes démunies ou défavorisées, sans distinction d'âge, de nationalité ou de statut légal en Suisse. Elle leur offre des prestations dans les domaines de l'hygiène corporelle et de la santé. Les professionnels du PEL ont manifesté dès les premiers contacts leur intérêt à développer la thématique du tabac auprès de leurs usagers, qui comptent un grand nombre de fumeurs.

Le projet-pilote a pris la forme d'une recherche-action au sein du PEL, décrite dans le présent rapport. Ce dernier aborde le contexte scientifique de la recherche, ainsi que le déploiement et le déroulement du projet sur place ; il se conclut par quelques recommandations. Il n'a pas de visée scientifique mais prétend étudier, notamment qualitativement, la manière dont des populations particulièrement précarisées s'approprient ou non une offre concrète d'aide à l'arrêt couplant consultations médicales et remise de substituts nicotiques pour un montant forfaitaire modique.

2. Concept de la recherche-action

2.1 Contexte

2.1.1 Prévention du tabagisme et vulnérabilité : position du CIPRET-Vaud

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.

Le résultat de ce travail préliminaire a fait l'objet d'un rapport en 2012 [1], dont voici quelques éléments-clés :

- La définition de la vulnérabilité fait débat, ainsi que les liens entre ses dimensions sociales, économiques, individuelles ou encore médicales. Le CIPRET-Vaud a quant à lui opté pour la prééminence du statut socio-économique (SSE) comme facteur explicatif de la vulnérabilité.

¹ Le SSE couvre tout un ensemble de données qui caractérise la façon de vivre d'une personne. La manière la plus simple de le mesurer est de prendre en considération le niveau de formation, la profession exercée et le revenu.

- Les personnes vulnérables appartiennent aux groupes à plus faible SSE, cumulant bas niveau de formation, emplois peu qualifiés et peu rémunérés. On y retrouve également des personnes en situation de migration forcée².

Il convient de tenir compte de ces points 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 des populations à bas SSE.

2.1.2 Tabagisme et précarité : contexte scientifique

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CLATT) conseille de : « faciliter l'accès à un traitement de la dépendance à l'égard du tabac à un coût abordable, y compris aux produits pharmaceutiques, conformément à l'article 22 [2] ». Les directives pour l'application de cet article signalent explicitement que « Les stratégies de sevrage tabagique et de traitement de la dépendance ne devraient exclure personne. » Un rapport de l'OMS recommande de mettre à disposition des populations précaires des programmes d'aide à l'arrêt du tabac accessibles, appropriées et efficaces, c'est-à-dire des programmes dans les communautés avec soutien d'un professionnel de la santé et subsides pour le traitement pharmacologique [3]. Or, les médicaments d'aide à l'arrêt ne sont pas pris en charge en Suisse par l'assurance-maladie de base et cette dépense peut représenter un frein à l'arrêt, en particulier chez des personnes à faible revenu. La couverture totale des frais concernant les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac augmente le nombre de fumeurs effectuant une tentative d'arrêt, augmente l'utilisation des médicaments et augmente les taux d'abstinence [4].

Les études scientifiques concernant le tabagisme parmi les populations précarisées sont rares. Aux Etats-Unis, une étude portant sur une population de personnes sans domicile fixe montre que presque les trois quarts sont fumeurs [5], ce qui représente une prévalence 4 fois supérieure à la moyenne américaine, et même 2.5 fois supérieure à la moyenne des Américains des classes défavorisées mais bénéficiant d'un domicile [6]. Les personnes vivant sans situation de logement stable comptent deux fois plus de décès liés au tabagisme que la population avec un logement stable, dus notamment à des événements cardio-vasculaires ischémiques, des pathologies respiratoires et des cancers [7].

Les facteurs limitant l'arrêt du tabagisme parmi les personnes sans domicile fixe sont nombreux, avec notamment une prévalence de co-morbidités psychiatriques et de consommation de drogue importante [8], un entourage comptant beaucoup de fumeurs, un accès aux soins et à l'achat de substituts nicotiques limité. Par ailleurs on retrouve fréquemment un mode de pensée se concentrant sur le présent, avec des difficultés à se projeter dans l'avenir, ce qui rend ces personnes moins sensibles aux mesures de prévention [6].

² Les difficultés de la prévention du tabagisme auprès des groupes à faible SSE se situent à plusieurs niveaux que le rapport précédemment cité catégorise 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 et est utilisé pour la gestion des émotions ;
- le tabac fait partie d'une socialisation dans son entourage habituel et de ce fait peut servir en partie à compenser l'exclusion.

Contrairement à ce que l'on a longtemps pensé, malgré les multiples difficultés de cette population, la demande d'aide à l'arrêt du tabagisme est présente [8-10]. A ce jour, il n'y a pas d'études abouties ayant étudié la problématique de l'arrêt du tabagisme avec incitatif financier parmi les populations précarisées en Suisse.

2.2 Objectifs de la recherche-action

Conçu comme une recherche-action, ce projet cherche à tester l'intérêt de personnes vulnérables à parler de leur tabagisme et à déterminer de quelle manière elles s'approprient une offre d'aide à l'arrêt de fumer.

Plus spécifiquement, le CIPRET-Vaud a cherché à travers ce projet à atteindre les objectifs suivants :

- Introduire la thématique du tabac auprès de certains groupes de personnes vulnérables.
- Introduire auprès d'eux la dénormalisation du tabac et la renforcer.
- Etudier la faisabilité d'une offre d'aide au sevrage tabagique couplant suivi individuel et financement partiel de la médication.
- Étudier l'intérêt des utilisateurs du PEL pour cette aide au sevrage tabagique.
- Etudier l'efficacité de cette offre (taux d'arrêt à 3 mois).
- Etudier la satisfaction des destinataires de l'offre (personnel encadrant et personnes vulnérables).

2.3 Acteurs/partenaires

Le projet a été conçu et développé par le CIPRET-Vaud, en collaboration avec les partenaires suivants :

- La Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne : son Unité de tabacologie a participé à la définition du projet de recherche-action et l'a validé ; elle a également détaché un de ses assistants pour assurer les consultations en tabacologie au PEL, sous sa supervision médicale. Par ailleurs, l'Unité des populations vulnérables a été informée du projet.
- Le Point d'Eau de Lausanne, structure d'accueil à bas seuil qui propose notamment des prestations 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. L'ensemble des collaborateurs du PEL a répondu favorablement à notre proposition de collaboration autour du projet.

Le financement a été apporté dans le cadre du Plan cantonal d'action 2008-2012 de prévention du tabagisme, financé à hauteur de 75% par le Fonds de prévention du tabagisme (FPT).

3. Activités menées

3.1 Activités préalables aux consultations en tabacologie

3.1.1 Identification des besoins des utilisateurs et des professionnels au PEL

Le CIPRET a animé deux permanences au PEL en 2011-2012, afin de récolter les besoins des personnes fréquentant ce lieu. Ces permanences ont eu lieu sur deux après-midi, de 14.00 à 18.00. Deux collaboratrices du CIPRET-Vaud y ont participé et se sont tenues à disposition des bénéficiaires du Point d'Eau. Cette première approche a intéressé les usagers qui avaient de nombreuses questions sur le tabac et sur les risques liés à sa consommation. Les différents échanges ont clairement fait émerger la demande d'une aide pratique à l'arrêt ; or les aides existantes leur étaient de facto inaccessibles puisque la plupart de ces personnes ne disposaient pas d'une assurance-maladie, ni des moyens financiers nécessaires à l'achat d'un traitement de substitution nicotinique.

Les discussions menées ensuite avec les collaborateurs du PEL ont montré l'intérêt de ces derniers à développer la thématique du tabac auprès des usagers, qui comptent un grand nombre de fumeurs. Ils ont fait état de leurs besoins de formation dans le domaine du tabagisme, tant sur les connaissances générales sur le produit que pour le conseil aux personnes intéressées par une aide à l'arrêt.

Le projet de recherche-action a par conséquent été monté en deux volets, interdépendants :

1. Une formation/sensibilisation préalable des professionnels du secteur santé du PEL.
2. La mise sur pied d'une consultation en tabacologie au sein du PEL, organisée en tenant compte du fonctionnement de l'institution et des besoins spécifiques de ses utilisateurs.

3.1.2 Formation des professionnels du secteur santé du PEL

Une séance sur la désaccoutumance au tabac a été organisée pour les professionnels du PEL en juin 2012. Donnée par un médecin tabacologue de l'Unité de tabacologie de la PMU, cette formation a permis d'aborder les questions d'épidémiologie et de dépendance, de parler des processus et des méthodes d'arrêt ainsi que des traitements pharmacologiques à disposition. Les professionnels ont par ce biais acquis des connaissances et des compétences qui leur ont permis de s'approprier la thématique, ainsi que de motiver et soutenir les usagers intéressés à arrêter.

3.1.3 Organisation d'une consultation en tabacologie au sein du PEL

Les usagers du PEL font partie des personnes à faible SSE telles que décrites au point 2.1.1 ci-dessus. La majeure partie d'entre eux ne dispose pas d'assurance-maladie. Le projet-pilote a tenu compte de ces paramètres en mettant sur pied un programme d'aide à l'arrêt basé sur une consultation en tabacologie au sein du PEL, avec remise de substitution nicotinique directement à la fin de la consultation. Le programme s'est déroulé de juillet à décembre 2013. Il proposait 20 places pour un suivi en tabacologie de 3 mois, soit une consultation de base et 3 à 5 consultations de suivi.

La promotion du projet a été effectuée par l'équipe du PEL, qui a utilisé un matériel produit en collaboration avec le CIPRET-Vaud : des affiches et des dépliants en plusieurs langues ont permis aux professionnels de sensibiliser les usagers et de motiver certains d'entre eux à s'inscrire au programme. Le recrutement s'est ensuite poursuivi au jour le jour, en fonction des opportunités du

moment, comme c'est souvent le cas dans les structures d'accueil à bas seuil. L'engagement des professionnels du PEL en faveur du projet a permis de recruter le nombre de participants prévu.

La consultation en tabacologie a été confiée à un médecin-assistant, sous supervision médicale d'une cheffe de clinique en tabacologie à la PMU. Le processus d'inscription au programme a été allégé au maximum, afin que les personnes intéressées puissent y accéder facilement. Il a malgré tout fallu que le médecin-assistant fasse preuve d'une grande souplesse, notamment dans ses horaires, pour que les personnes intéressées puissent venir aux consultations.

Les consultations ont été préparées en amont au niveau de l'administration : mise au point d'un dossier de tabacologie ad hoc ; commande des médicaments à remettre en fin de consultation ; élaboration de notices de médicaments simplifiées et en plusieurs langues ; organisation des inscriptions, etc. Des éléments imprévus ont néanmoins nécessité des ajustements de dernière minute afin que le projet puisse se dérouler de manière satisfaisante pour tous.

Par souci de cohérence avec la politique habituelle du PEL, et afin de marquer que s'engager dans ce projet était une vraie démarche, un prix forfaitaire de Frs. 10.- a été prévu pour participer à l'ensemble du programme.

3.2 Consultation en tabacologie au PEL : description

Les consultations de tabacologie se sont déroulées au PEL deux fois par semaine durant deux heures du 22 juillet 2013 au 30 novembre 2013. Un médecin assistant formé en tabacologie était en charge de ces consultations.

Lors de la première entrevue (env. 30 min.), le médecin assistant établissait un dossier avec des données sur la consommation tabagique, les tentatives d'arrêt antérieures, un questionnaire sur la dépendance (test de Fagerström), les motivations et obstacles à l'arrêt ainsi qu'un test CO. Le médecin donnait des conseils pour l'arrêt et déterminait avec le patient la date d'arrêt du tabac. A la fin de cette consultation, le médecin élaborait un plan de traitement et remettait au patient les substituts nicotiniques nécessaires jusqu'au prochain rendez-vous.

Les consultations de suivi (environ 15 min.) consistaient en une intervention brève, une interrogation sur l'abstinence depuis le dernier entretien, un contrôle du CO, une éventuelle modification du plan de traitement et la remise des substituts nicotiniques jusqu'au prochain rendez-vous.

La substitution nicotinique était prescrite selon le degré de dépendance, avec dans la majorité des cas une association d'un patch et d'un substitut à courte durée d'action (gomme 2 mg). Des patches Nicorette^R de 25 mg, 15 mg et 10 mg ainsi que des gommes Nicorette^R 2 mg étaient à disposition.

3.3 Consultation en tabacologie au PEL : résultats

3.3.1 Consultations et suivis

Le système d'inscription conçu initialement prévoyait que les participants motivés s'inscrivent spontanément et paient leurs frais d'inscription auprès d'un collaborateur du PEL avant d'être reçus en consultation. Le recrutement s'est parfois fait de manière différente, proactive de la part des professionnels, ce qui a eu pour effet d'amener à la consultation des personnes qui ne se questionnaient pas forcément sur leur consommation de tabac et n'ayant pas payé d'inscription au programme. D'autres, souhaitant plutôt des informations sur le programme, sont venues en consultation sans réellement s'inscrire et ne sont pas revenues. Un 2^{ème} type de consultations sous forme de séance d'information gratuite, plus brève, a donc été instaurée, durant laquelle le questionnaire de l'étude n'était pas intégralement complété. Il leur était proposé de s'inscrire au programme dans un 2^{ème} temps si elles le souhaitaient.

Le projet a donné lieu à un total de 46 consultations au PEL. En plus de ces consultations, 25 rendez-vous ont été manqués, dont la plupart non-excuses. 22 patients ont été vus, dont 14 se sont engagés pour un suivi, les autres bénéficiant d'une séance d'information sur le projet ainsi que sur la prévention du tabagisme. Sur les 14 engagés pour un arrêt du tabagisme et un suivi, 11 sont revenus au moins à une 2^{ème} consultation.

Deux personnes inscrites étaient des anciens bénéficiaires du PEL, dont l'une est actuellement salariée du PEL et l'autre un bénévole au PEL. Même s'ils ne font pas partie du public-cible, le salarié du PEL s'est révélé être un élément encourageant pour les autres participants.

Les horaires des consultations ont été difficiles à maintenir, avec des retards fréquents des participants ou de multiples rendez-vous manqués. Certains participants se sont inscrits sur le moment, ou sont revenus à la consultation suite à des rendez-vous manqués juste parce qu'ils se sont trouvés par hasard au PEL au moment de la consultation.

Des places et des substituts étant encore disponibles à la fin de période de recrutement initialement prévue, il a été convenu de poursuivre les consultations. De nouvelles personnes motivées à arrêter de fumer ont été vues en consultation jusqu'aux dernières semaines du programme.

3.3.2 Caractéristiques des participants

Les participants étaient principalement des hommes (92%), de nationalités très variées (15 pays représentés), principalement d'origine africaine (cf. figure. 1). L'âge moyen des participants était de 38.5 ans, avec une moyenne un peu plus haute de ceux s'étant engagés dans le programme par rapport à ceux ayant bénéficié d'une simple séance d'information. L'âge moyen d'entrée dans le tabagisme était de 18.5 ans et une majorité d'entre eux avait déjà tenté d'arrêter de fumer par le passé (68,2%) et ce souvent dans la dernière année.

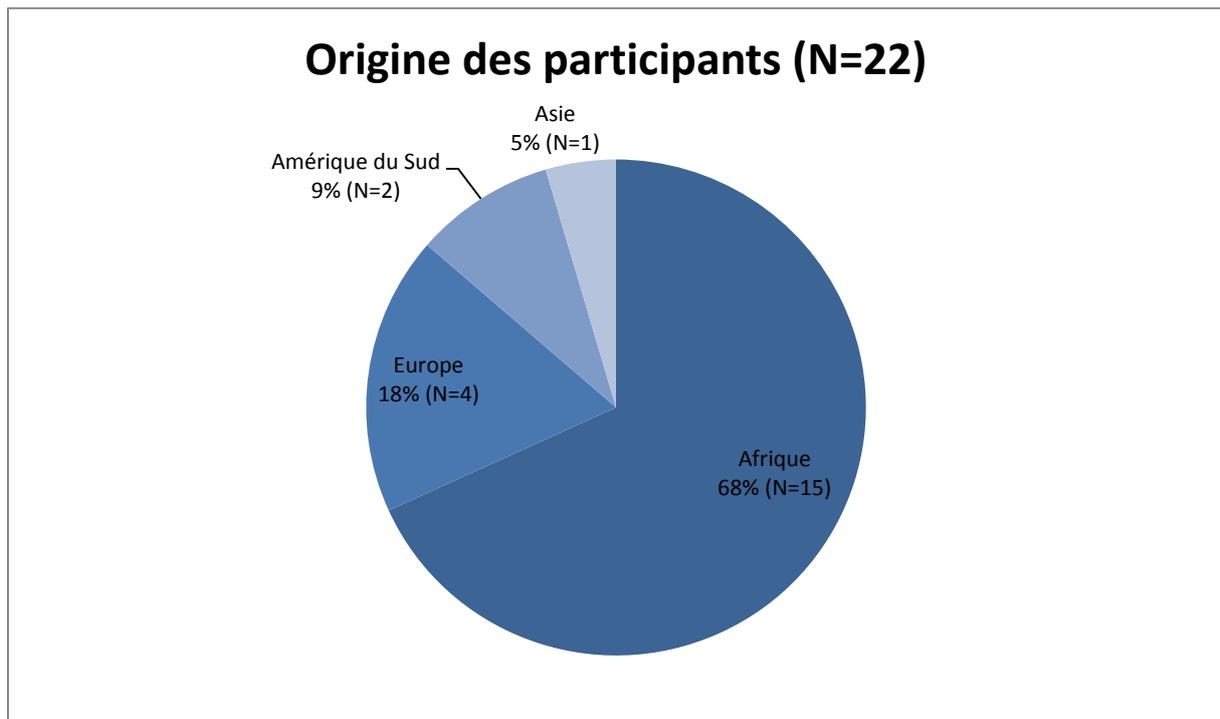


Figure 1 : Origine des participants

Un peu moins des trois quarts (16 / 22) des patients étaient sans papiers et 2 autres personnes étaient dans l'attente de renouvellement incertain de leur permis.

Sur le plan de la santé, peu de patients (4 / 22) ont rapporté des facteurs de risques cardio-vasculaires. Ce faible taux est lié à une moyenne d'âge relativement jeune, mais également à un probable sous-diagnostic, puisque l'accès aux soins est souvent problématique pour ces populations. Il en va de même pour les pathologies psychiatriques (8 personnes sur 22 ont rapportés des maladies psychiatriques actuelles ou passées, aucune n'a rapporté de co-dépendance à l'alcool, à d'autres stupéfiants ou à des médicaments), alors que l'on pouvait s'attendre à une prévalence relativement haute parmi une population vivant de manière très précaire, avec des parcours de vies souvent chaotiques.

Les motivations invoquées à l'arrêt du tabagisme étaient principalement liées à la santé, soit en raison d'un risque potentiel, soit en raison de symptômes que les participants attribuaient à leur tabagisme (Tab. 2). Ceci est intéressant dans la mesure où l'on s'attendait, selon les études disponibles sur les milieux précarisés, à trouver des gens avec une difficulté à se projeter dans l'avenir et donc à prendre en compte des risques futurs. Par ailleurs, le facteur financier a été bien moins présenté comme une motivation que ce que l'on aurait pu penser, seulement 6 personnes l'ayant mentionné. Cela peut être lié au fait que ces populations acquièrent leurs cigarettes différemment de la population suisse, à savoir plus fréquemment à l'unité, en se les faisant offrir ou alors sur le marché noir.

Motivations invoquées	Participants (N=22)
(plusieurs réponses possibles)	
Risques pour la santé	18
Maladie due au tabac	8
Economies	6
Image personnelle	3
Exemple enfants	1
Dépendance	1
Autre	10
Non-répondu	1

Tab. 1 : motivations invoquées à l'arrêt du tabagisme

Certains participants ont fait leur entrée dans le tabagisme au moment de leur migration, alors qu'ils étaient déjà adultes. La cigarette remplit alors un rôle social, ou permet de combler les temps libres chez ceux qui n'ont pas de travail. Plusieurs participants pensaient qu'il leur serait facile d'arrêter de fumer si on leur donnait quelque chose à faire. De plus, le stress de leur vie quotidienne rendait leurs tentatives de désaccoutumance plus difficiles.

Les personnes rencontrées parlaient souvent suffisamment bien le français, l'anglais ou l'allemand pour ne pas nécessiter de traducteur. Néanmoins, leur niveau dans ces langues a souvent limité les possibilités d'entretien motivationnel durant les consultations.

Le niveau de dépendance moyen, évalué au moyen du test de Fagerström, était de 4.6 et correspondait à une dépendance entre faible et moyenne. Si l'on observe uniquement les participants inclus pour le suivi, on observe un niveau de dépendance un peu plus haut, à 5.1, correspondant à une dépendance moyenne.

Plusieurs participants africains étaient de confession musulmane, ce qui a amené quelques particularités. En raison du Ramadan, qui a eu lieu durant la phase initiale du projet, certains patients ont spontanément arrêté de fumer et ont souhaité en profiter pour poursuivre leur abstinence. Lorsque l'obligation religieuse est tombée à la fin du Ramadan, il a été difficile pour certains de ceux qui souhaitaient rester abstinents de poursuivre leur effort. Ceux-ci sont alors venus s'inscrire au programme. Il était alors plus difficile de déterminer leur niveau de dépendance, car ils reprenaient leur consommation de tabac de manière progressive. Par ailleurs, les substituts nicotiques étant perçus comme interdits par la plupart des personnes musulmanes rencontrées, le début des traitements a dû être différé de plusieurs semaines pour ceux qui sont venus durant le Ramadan.

3.3.3 Outcomes

Sur les 14 participants inscrits au suivi, 12 ont utilisé une bithérapie associant les patchs et les gommes contenant la nicotine. Les 2 autres ont utilisé une monothérapie avec les gommes. Les personnes ayant seulement participé à une séance d'information sont toutes reparties avec une plaquette de gommes à mâcher pour essayer.

En termes de suivi, 3 participants ont entamé la dernière phase du traitement durant la période de l'étude, dont 2 l'avaient terminée avec succès. En raison d'une inclusion plus tardive, le suivi de 3 autres patients a été transmis aux infirmières du PEL, avec la possibilité de contacter l'Unité de tabacologie par téléphone en cas de problème. Les 9 autres participants au programme ont été perdus de vue.

4. Atteinte des objectifs

4.1 Introduire la thématique du tabac et celle de la dénormalisation du tabac auprès de certains groupes de personnes vulnérables

L'accueil général a été bon et les intervenants n'ont pas été confrontés à une posture de rejet : soit les personnes sont entrées en matière, soit elles n'ont pas montré d'intérêt particulier.

Tant les deux permanences du CIPRET-Vaud auprès des usagers du PEL en 2011-2012 que le projet-pilote d'aide à l'arrêt montrent qu'une partie des fumeurs sont intéressés à discuter du tabac d'une manière générale, de leur tabagisme en particulier et des idées/questions qu'ils ont à ce sujet. Ils entrent en matière plus volontiers qu'imaginé et apprécient d'avoir des informations ainsi qu'une écoute de la part de professionnels du domaine.

Cet enseignement va à l'encontre de l'idée préconçue selon laquelle les personnes précarisées fumeuses ne s'intéressent pas à arrêter de fumer, ayant d'autres urgences à régler. Au contraire, certains sont partants pour mettre en question leur tabagisme, voire pour envisager d'entrer dans un programme d'aide à l'arrêt.

4.2 Etudier la faisabilité d'une offre d'aide au sevrage tabagique couplant suivi individuel et financement partiel de la médication ; étudier l'intérêt des utilisateurs du PEL pour cette offre.

Comme indiqué au point 3.3 ci-dessus, l'organisation d'une offre spécifique pour des personnes en situation de précarité doit tabler sur une grande souplesse afin de tenir compte des imprévus auxquels ces personnes sont confrontées, ainsi que de leur manière d'envisager leur rapport à la santé. C'est notamment pour tenir compte de cette réalité que le modèle retenu a été celui d'une recherche-action.

Le programme a pu être mené à son terme dans les délais et le tout s'est déroulé dans de bonnes conditions. Plus de 20 personnes ont participé à une première séance (de consultation ou d'information), ce qui montre l'intérêt des utilisateurs du PEL pour la démarche³. L'aide à l'arrêt peut donc potentiellement intéresser tous les fumeurs, y compris ceux qui vivent dans une grande précarité, pour autant que l'offre soit accessible. C'est une indication intéressante pour tout professionnel travaillant dans le domaine de la précarité, que ce soit en prévention du tabagisme ou dans d'autres thématiques.

³ Par contre, ces personnes n'ont pas été vues dans les délais prévus, mais sur une durée beaucoup plus longue.

Le projet était basé sur une double hypothèse concernant l'inscription dans le programme : le forfait demandé de Frs 10.- pour suivre le programme était suffisamment bas pour ne pas constituer une barrière ; le fait que le programme ait lieu au PEL pouvait fournir une motivation à s'inscrire. La question a donc été posée aux 14 personnes revenues pour un suivi :

- 10 d'entre elles ont indiqué que le fait que la consultation ait lieu au PEL constituait une motivation pour elles. Cela semble cohérent avec le fait qu'elles avaient déjà identifié le PEL comme un lieu-ressource dans le domaine de la santé, à l'écart des structures officielles qui sont considérées avec méfiance, notamment par les personnes sans papiers. L'offre était de plus promue activement par les professionnels du PEL, gage supplémentaire pour les utilisateurs.
- 8 d'entre elles ont signalé que le prix du programme fixé à Frs 10.- avait également constitué une motivation.

4.3 Etudier l'efficacité de cette offre (taux d'arrêt à 3 mois)

Même si l'on considère que le taux d'abstinence à la fin du projet (3 sur 14 participants) est dans les valeurs attendues, le petit collectif de patients suivi ne permet pas d'évaluer l'efficacité du projet en termes de réussite de sevrage de manière significative. Cette limite avait été identifiée dès la conception du projet, raison pour laquelle la voie d'une recherche-action qualitative avait été retenue. Il convient de plus de relever que des difficultés de suivi se présentent également dans les consultations d'aide à l'arrêt plus « standard », comme celle de la PMU par exemple.

Beaucoup de patients ont été perdus de vue. Il serait intéressant d'en connaître les raisons. Les hypothèses sont nombreuses : rechutes liées à leur contexte de vie précaire, à leur entourage avec forte prévalence du tabagisme, difficulté de venir aux rendez-vous car travaillant au noir et saisissant les opportunités lorsqu'ils le pouvaient, difficultés culturelles à suivre des rendez-vous à des heures fixes, poursuite de la migration ou renvoi du pays. Des informations à ce sujet permettraient de mieux tenir compte de certaines réalités de ces populations et d'ainsi mieux adapter les interventions de prévention qui leur sont destinées.

Ce résultat mitigé ne permet néanmoins pas de conclure à l'inefficacité de l'action dans sa globalité, puisque d'autres objectifs ont été atteints, notamment en termes de prise en compte de la thématique du tabagisme par l'ensemble de l'institution.

4.4 Etudier la satisfaction des destinataires de l'offre (personnel encadrant et personnes vulnérables)

Un retour a été recueilli chez les 3 participants ayant atteint la dernière phase du sevrage. Ils se sont dits très satisfaits de leur expérience. L'un d'eux a rapporté qu'il n'aurait pas su comment il aurait pu arrêter sans cette offre, l'encadrement s'est révélé important pour les 2 autres. Aucun point d'amélioration n'a été proposé.

Le personnel encadrant du PEL a fait part de son intérêt tout au long du projet : les professionnels se sont déclarés volontaires dès le début, ont participé avec intérêt à la séance sur la désaccoutumance du tabac, ont porté le projet auprès des bénéficiaires du PEL. C'est grâce à eux que le projet a pu s'implanter dans l'institution et s'y développer, chacun apportant son regard et ses propositions tout au long du processus.

Une rencontre a eu lieu début janvier 2014 pour discuter avec les professionnels de leur évaluation du projet. Cette dernière est globalement positive :

- Ils ont apprécié d'avoir augmenté leurs connaissances dans les domaines de la prévention du tabagisme et d'aide à l'arrêt.
- Le projet les a sensibilisés à la thématique du tabagisme : ils ont progressivement abordé plus souvent, plus systématiquement et plus confortablement la question du tabagisme avec les usagers du PEL.
- La mise à disposition d'une consultation et d'une substitution nicotinique sur place leur a permis de se sentir plus à l'aise pour conseiller un arrêt, sachant qu'une solution pratique existait. Ils sont satisfaits que le PEL soit identifié comme un lieu où trouver du soutien pour parler de son tabagisme
- Le pilotage extérieur du projet par le CIPRET-Vaud a été un élément facilitateur important : il a permis au personnel encadrant de se concentrer sur les patients plus que sur le processus. Cela a été possible car l'intervention était calquée sur le mode de fonctionnement général du PEL, ce qui a permis aux professionnels de se sentir à l'aise et en cohérence avec leurs activités habituelles.

Le seul bémol est lié au système d'inscription au programme, qui n'a pas pu se dérouler sur le modèle prévu : il a fallu quelques semaines d'adaptation pour trouver la meilleure manière de procéder.

Le PEL en tant qu'institution et ses professionnels désirent poursuivre la collaboration avec le CIPRET-Vaud, sur un modèle à préciser. Ils aimeraient notamment se former pour pouvoir assumer à l'interne des interventions brèves d'aide à l'arrêt. Cela prouve que la mise en mouvement d'une institution autour de la thématique du tabagisme peut s'effectuer en identifiant au préalable les besoins des personnes en présence, tant les bénéficiaires que les professionnels. Le contact doit ensuite être maintenu et un accompagnement mis en place si l'institution le désire.

5. Conclusions et enseignements à tirer

5.1 L'information et les aides à l'arrêt pour les personnes vulnérables sont à encourager

Cette recherche-action a confirmé les données théoriques les plus récentes concernant l'arrêt du tabagisme parmi les populations vulnérables : certes, ces dernières vivent dans des conditions très précaires à de multiples niveaux, mais cela n'empêche pas une partie d'entre elles de réfléchir à leur statut de fumeurs et d'avoir envie d'arrêter. C'est une information importante ; la prévention du tabagisme se heurte en effet souvent à des professionnels du terrain qui pensent que parler du tabagisme à des personnes vulnérables n'est pas pertinent, voire irrespectueux, le tabac étant alors présenté comme « la seule liberté qu'il leur reste ».

Les échanges directs avec les usagers du PEL montrent une autre réalité : une partie d'entre eux a manifesté un réel intérêt à parler de son tabagisme ; certains avaient des idées très claires sur les risques de leur consommation de tabac, d'autres moins, mais l'accès à une information claire et

précise a été apprécié. Le nombre d'inscrits pour une aide à l'arrêt montre que cette aide fait sens pour ces personnes et doit donc être incluse dans une politique de prévention du tabagisme qui vise l'ensemble de la population, comme celle du canton de Vaud.

Ces points renforcent la position du CIPRET-Vaud selon laquelle toute personne, quel que soit son statut socio-économique, a le droit d'être informée sur les risques du tabagisme et les méthodes d'aide à l'arrêt et peut être intéressée par un arrêt du tabac. La décision appartient ensuite à la personne elle-même. Pour être efficaces, ces informations et ces aides doivent être disponibles dans les lieux de santé où se rendent déjà les personnes précarisées.

Ce ne sont pas des interventions faciles à mener. Elles demandent du temps, de la souplesse et une bonne évaluation de la situation sur place. Elles font néanmoins sens dans le cadre d'une prévention du tabagisme qui vise l'ensemble de la population, y compris les plus vulnérables – d'autant plus quand on sait que parmi ces personnes la prévalence du tabagisme est élevée.

5.2 L'engagement et la formation des professionnels du terrain sont gages de succès

Ce projet a bien fonctionné grâce à l'implication des professionnels du PEL, tant au niveau de la direction que des équipes. Tous étaient persuadés du bien-fondé de la démarche et ont fait leur possible pour que cette dernière se déroule au mieux. Cet engagement est un préalable indispensable à toute action de ce type et doit être vérifié et renforcé avant le lancement d'un projet d'aide à l'arrêt.

L'équipe du PEL a de plus suivi une formation en désaccoutumance ; les professionnels se sont sentis ensuite plus légitimes et mieux outillés pour proposer une aide à l'arrêt. Il est intéressant de noter que leur sensibilisation à la thématique du tabac a progressé tout au long du projet, à tel point qu'ils ont demandé au CIPRET-Vaud comment continuer dans cette voie et quelles étaient les possibilités de formation complémentaire en aide à l'arrêt. C'est un très bon signe et des réflexions sont en cours à ce propos.

Ces deux dimensions, formation et implication, sont fondamentales pour qu'un projet d'aide à l'arrêt soit réellement porté par une institution, qu'il s'y intègre voire qu'il continue à s'y développer à la fin du projet proprement dit. Cette mise en mouvement des équipes est non seulement un facteur de succès du programme, mais également un signe que la prévention du tabagisme gagne à travailler directement avec les professionnels du terrain. Cela rejoint les recommandations faites par le GREA dans son document sur la prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction (11) ; ces recommandations ont également tout leur sens pour les structures d'accueil à bas seuil comme le PEL.

5.3 La question de la gratuité de la substitution nicotinique est incontournable

Cette recherche-action visait notamment à déterminer si la mise à disposition d'une substitution nicotinique gratuite faisait sens auprès d'une population très précarisée. Les retours du terrain à ce propos sont très clairs :

- Les professionnels se sentent beaucoup plus libres de proposer une aide à l'arrêt en sachant que la gratuité de la substitution nicotinique est garantie.
- Les usagers du PEL intéressés l'ont notamment été à cause du coût très bas du programme. Même si cela ne semble pas être leur première motivation, ce facteur pèse d'un poids certain dans leur décision d'essayer.

Ces constats sont encore plus intéressants si on les met en lien avec l'avis de la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme sur le remboursement des traitements nicotiniques de substitution (TNS) : « Les TNS sont non seulement efficaces mais également très rentables. (...) Il faut donc veiller à ce que les personnes des classes sociales défavorisées aient un accès facilité aux TNS et aux programmes de sevrage tabagique et qu'elles n'abandonnent pas pour des questions de prix. » (12). La piste d'un soutien financier pour une substitution nicotinique reste donc d'actualité pour les populations précarisées et vulnérables.

5.4 Comment poursuivre le projet, y compris dans d'autres institutions

Les indications données par la recherche-action encouragent le CIPRET-Vaud à poursuivre la mise à disposition de substitution nicotinique gratuite, afin de mobiliser tant les professionnels que les patients autour de la thématique du tabac. L'action décrite dans le présent rapport a en effet démontré la possibilité de mettre en mouvement une institution et les enseignements que le CIPRET-Vaud a pu en tirer seront fort utiles pour mettre sur pied des interventions dans d'autres structures.

Pour ce faire, le CIPRET-Vaud réfléchit actuellement aux pistes de développement suivantes :

- Continuer à travailler avec des populations particulièrement vulnérables, fréquentant une structure avec accompagnement de professionnels. Cela concerne des institutions comme le PEL, mais également plus généralement les institutions sociales du canton de Vaud.
- Mettre au point une offre d'information pour ces professionnels ainsi qu'une formation en intervention brève qui leur permettent d'accompagner les bénéficiaires de leurs structures respectives. Cela comporte le double avantage de multiplier les personnes aptes à accompagner un arrêt du tabac tout en garantissant la pérennité de l'action à l'intérieur de l'institution.
- Offrir un accès facilité à la substitution nicotinique (subventionnée ou gratuite) pour les bénéficiaires intéressés par une aide à l'arrêt. Un accès plus aisé à la substitution vise ici à faciliter la mise en œuvre de l'action dans les institutions intéressées, notamment en donnant un outil supplémentaire aux équipes de professionnels. Par contre, cette substitution nicotinique ne sera plus accompagnée d'une consultation en tabacologie sur place. Ce volet faisait sens au PEL car ses bénéficiaires n'ont dans leur grande majorité pas d'assurance-maladie, ce qui n'est pas le cas dans les institutions sociales.

6. Bibliographie

1. CIPRET-Vaud, *Prévention du tabagisme auprès des populations vulnérables. Rapport sur les réflexions menées et les actions dégagées*. Avril 2012: www.cipretvaud.ch.
2. OMS, *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. 2003.
3. David, A., et al., *Tobacco use: equity and social determinants, in Equity, social determinants and public health programs*. 2010, WHO. p. 199-217.
4. Reda, A.A., et al., *Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment*. Cochrane Database Syst Rev, 2012. **6**: p. Cd004305.
5. Baggett, T.P. and N.A. Rigotti, *Cigarette smoking and advice to quit in a national sample of homeless adults*. American Journal of Preventive Medicine, 2010. **39**(2): p. 164-172.
6. Baggett, T.P., M.L. Tobey, and N.A. Rigotti, *Tobacco use among homeless people—addressing the neglected addiction*. New England Journal of Medicine, 2013. **369**(3): p. 201-204.
7. Hwang, S.W., et al., *Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study*. BMJ: British Medical Journal, 2009. **339**.
8. Arnsten, J.H., et al., *Smoking behavior and interest in quitting among homeless smokers*. Addictive Behaviors, 2004. **29**(6): p. 1155-1161.
9. Connor, S.E., et al., *Smoking cessation in a homeless population*. Journal of General Internal Medicine, 2002. **17**(5): p. 369-372.
10. Okuyemi, K.S., et al., *Smoking characteristics and comorbidities in the power to quit randomized clinical trial for homeless smokers*. Nicotine & Tobacco Research, 2013. **15**(1): p. 22-28.
11. GREA, *Prise en compte du tabagisme dans les lieux de traitement des addictions. Recommandations*. 2012. Le rapport complet est téléchargeable sur le site internet du GREA: http://www.grea.ch/sites/default/files/Rapport_Tabac_GREA_FS.pdf
12. Avis de la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme (CFPT), *Remboursement des substituts nicotiques (SN) par les caisses d'assurance-maladie dans le cadre d'un traitement nicotinique de substitution*. Août 2012.