



Réduire la consommation de tabac : comment prendre en compte les inégalités sociales de santé?

Malgré les politiques menées, le tabagisme a augmenté dans les catégories sociales modestes. Des mesures prenant en compte les déterminants sociaux doivent être envisagées.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Thierry Lang

UMR 1027, Inserm-université
Paul Sabatier, Toulouse

Florence Jusot

Université de Rouen (Cream), Leda-Legos
et Irdes

Laurent Visier

Université Montpellier 1, UMR 5112

Gwenn Menvielle

Inserm U1018, CESP Villejuif-université de
Versailles St-Quentin

Pierre Lombrail

Département de santé publique,
université Paris XIII

Trois considérations majeures structurent la réflexion sur le lien entre tabagisme et inégalités sociales de santé. D'une part la consommation de tabac est un déterminant majeur de la mortalité en France, à l'origine de plus de 60 000 décès par an. Il s'agit d'une mortalité évitable, et la réduction du tabagisme est donc un objectif majeur. Deuxième axe de réflexion, il existe des différences sociales très marquées en ce qui concerne la prévalence du tabagisme. À ces différences sociales de prévalence du tabagisme répondent les inégalités sociales de morbidité et de mortalité, notamment par cancer ou maladies cardio-vasculaires, dans lesquelles le tabac joue un rôle de premier plan. Troisième élément de réflexion, depuis 2009 l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé est explicite sur l'agenda politique, marqué par son inscription dans le Plan cancer 2, ou dans les missions des agences régionales de santé. Enfin, cet objectif a été repris par le ministre de la Santé, notamment à la suite du rapport du Haut Conseil de la santé publique.

L'évolution de la consommation de tabac entre 2000 et 2010 ne montre pas, bien au contraire, une réduction des différences de prévalence du tabagisme entre catégories sociales. La prévalence est restée stable chez les artisans commerçants, à un niveau élevé de 40 %, de même chez les employés, à 34,6 %. Elle a diminué dans la catégorie des cadres de 27,6 à 24,6 % et dans les catégories des professions intermédiaires, de 31,3 à 29,1 %. À l'inverse, elle a augmenté chez les agriculteurs de 17 à 20 % et chez les ouvriers de 40,2 % à 43,4 %. La prévalence du tabagisme

chez les chômeurs a augmenté durant la même période [3].

Afin d'examiner les différentes interventions et politiques de réduction de la consommation de tabac et leurs effets sur les inégalités sociales de santé, nous étudierons successivement quatre grandes catégories d'interventions de réduction du tabagisme, les mesures réglementaires, les mesures affectant le prix du tabac, les campagnes de prévention et d'information, et enfin les dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac, en utilisant les données disponibles concernant les conséquences de ces interventions sur le gradient social de prévalence du tabagisme.

Mesures réglementaires

Dans la revue systématique de l'influence des interventions de lutte contre le tabagisme sur les inégalités face au tabagisme proposée par Thomas *et al.* [63], il n'existe aucune étude permettant d'examiner les conséquences sur le gradient social de prévalence du tabagisme pour les mesures réglementaires suivantes : interdiction du tabac à l'école ; interdiction de la vente aux mineurs ; limitation de la publicité, et enfin interventions multiples. Une seule mesure réglementaire a fait l'objet d'études, il s'agit de l'interdiction du tabac sur le lieu de travail. Les résultats sur le gradient social sont très contradictoires, puisque deux études concluent à une augmentation du gradient social s'il est mesuré sur la base des revenus, deux montrent une stabilité et cinq une augmentation du gradient si la caractéristique sociale retenue est la profession. Enfin, si le niveau social est défini par le niveau d'études, trois études montrent une stabilité de la prévalence du tabagisme face

aux mesures réglementaires sur le lieu de travail, alors que deux études indiquent une aggravation du gradient social. À l'origine de ces constatations, l'interdiction sur le lieu de travail aurait entraîné une augmentation de la consommation de tabac à domicile. Ce phénomène de transfert aurait été plus marqué dans les foyers socialement défavorisés. Une prévalence plus élevée du tabagisme, y compris au domicile, rendrait cette compensation plus facile, et pour les femmes augmenterait la difficulté à garder un foyer sans tabac [9].

Prix du tabac

Il n'y a aucune étude concernant les conséquences d'une augmentation de prix sur le gradient social chez les enfants et les adolescents. Chez les jeunes, les travaux montrent que l'augmentation du prix du tabac semble efficace pour réduire la consommation de tabac. Mais il existe peu de données disponibles sur cet effet par position socio-économique. De même, aucune étude sur des interventions multiples ne renseigne sur leur interaction possible. Chez les adultes, quatre études montrent une réduction du gradient social s'il est mesuré par les revenus, deux montrent une diminution et une la stabilité si le gradient social est mesuré par la profession; enfin, si le critère est le niveau d'études, une étude montre une réduction du gradient, une montre une stabilité de celui-ci et trois montrent une augmentation du gradient social [63].

Depuis 2008, la baisse semble plus prononcée parmi les groupes ayant une position socio-économique défavorisée, en Australie et aux États-Unis. Un travail antérieur publié en 2007 avait montré un bénéfice plus marqué dans les catégories ayant une position socio-économique favorisée. En France, les données observationnelles montrent toutefois que, alors que le prix du paquet de cigarettes passait de 3,20 euros à 5,30 euros, on observait un accroissement des inégalités sociales de tabagisme. Comme cela a déjà été noté, alors que le tabagisme a diminué dans les groupes les plus favorisés durant cette période, le tabagisme a augmenté dans les catégories situées au bas de l'échelle sociale et parmi les chômeurs [48]. Certains auteurs font remarquer que l'efficacité sur la consommation de tabac d'une augmentation des prix pourrait varier avec le niveau de tabagisme moyen dans la population, les gains devenant de plus en plus difficiles à obtenir sur un noyau dur de fumeurs [21].

Mais qu'en est-il de l'équité ?

L'augmentation de la pression fiscale est loin d'être marginale dans les populations défavorisées. La proportion de fumeurs qui consacrent plus de 20 % de leur revenu au tabac atteint 15 % [47, 48]. Quelle que soit la baisse de tabagisme observée, la plus grande part du poids des taxes sera supportée par les individus ayant une position socio-économique défavorisée. Au total, les mesures concernant les prix sont des mesures régressives, même si les taux de diminution du tabagisme sont légèrement plus élevés dans les catégories socio-économiques les plus défavorisées [47, 55].

Les conséquences de cette taxation régressive ne sont pas indifférentes pour les inégalités sociales de santé. Parmi les personnes qui n'arrêteraient pas de fumer, on peut anticiper une augmentation de la part du revenu dédiée au tabac et par conséquent une baisse de la part des revenus consacrée aux autres dépenses, parmi lesquelles on peut envisager celles favorables à la santé, qu'elles se situent dans le domaine traditionnel de l'accès aux soins, mais aussi dans d'autres domaines favorables à la santé tels que l'alimentation ou le logement. Les conséquences d'une telle intervention sont donc à ce jour extrêmement difficiles à évaluer et ne font guère l'objet de travaux de recherche ou d'investigation.

Campagnes de prévention et d'information

Seules deux études ont étudié l'impact de messages sanitaires et de campagnes d'information et de prévention. Ces deux études ne montrent pas d'impact sur le gradient social [63]. On peut noter que ces campagnes de prévention et d'information sont le plus souvent générales, s'adressant à un individu moyen, mais ne tiennent absolument pas compte des différentes raisons que peuvent avoir les personnes de fumer dans les milieux défavorisés. Plusieurs facteurs influencent le choix de fumer, et pas seulement l'attrance des messages de prévention. En particulier, fumer est une norme sociale enracinée dans un certain nombre de milieux notamment modestes; fumer est quelquefois un dérivatif ou une façon de faire face à des situations de vie stressantes; c'est une manière de faire face à des problèmes existentiels multiples qu'il faut résoudre. Pour certains fumeurs, c'est parfois la seule activité qui donne l'impression de décider quelque chose dans sa vie, voire d'oublier sa solitude [47, 48].

Dispositifs d'aide à l'arrêt

Il est important de rappeler que les fumeurs ayant une position socio-économique défavorisée sont tout autant motivés à l'arrêt du tabac que les personnes des autres catégories sociales [36, 51]. Mais les motivations à l'arrêt diffèrent dans ces catégories sociales. Les motifs les plus fréquents du désir d'arrêt sont liés au prix du tabac et à l'existence de problèmes de santé à court terme [51]. Enfin, les fumeurs de ces catégories sociales sont plus souvent confrontés à l'échec des tentatives d'arrêt [36, 52]. Plusieurs facteurs contribuent à ces taux d'échec élevés : l'observance des programmes d'arrêt est plus faible; les tentatives d'arrêt du tabac sont souvent vécues comme de mauvaises expériences, avec une fréquence élevée de nervosité, de dépressivité. Enfin, du fait de la prévalence élevée de la consommation de tabac dans les catégories sociales modestes, le soutien de l'entourage, plus souvent constitué de fumeurs, est beaucoup plus faible lors de ces tentatives d'arrêt [40]. La capacité d'arrêter sa consommation ou de modifier ses comportements renvoie à la capacité de maîtrise de sa vie, au sentiment de sa propre efficacité, qui a ses racines dans les biographies personnelles...

En conclusion

Les politiques publiques de ces dernières années en France n'ont pas empêché un creusement des inégalités sociales de tabagisme, chez les hommes, mais aussi chez les femmes et parmi les jeunes générations [38]. Une option est inacceptable en l'état actuel, celle de ne rien faire contre le tabagisme. Mais cette revue de la littérature montre que les politiques basées sur les prix sont régressives et que les autres modalités d'aide à l'arrêt du tabac ou de réduction du tabagisme n'ont pas pris en compte les inégalités sociales de santé. La littérature ne permet pas de conclure clairement sur l'effet des hausses des prix sur les inégalités sociales de prévalence du tabagisme. Les effets secondaires individuels et collectifs de ces politiques ont été soulevés. Il est nécessaire qu'une augmentation des prix du tabac soit accompagnée d'un programme qui permette d'en suivre les effets négatifs potentiels. Force est de constater, au vu de la littérature internationale, que l'on en sait remarquablement peu sur les interventions qui pourraient réduire la consommation de tabac dans les groupes de faible niveau socio-économique. Des travaux de recherche portant sur les différentes modalités d'interventions prenant en compte les caractéristiques de



ces groupes et leurs raisons de fumer sont impératives [11, 51, 63, 65]. Il s'agit donc de redéfinir les stratégies de prévention, pour prendre en compte les difficultés à l'arrêt du tabac, les blocages, la signification du tabagisme dans certains groupes et les effets secondaires possibles de l'arrêt du tabac. Il faut également considérer la volonté d'arrêt, mais aussi la difficulté de réussite de certains individus et développer dans ce domaine des actions de recherche, y compris interventionnelles. Enfin, il faut soutenir économiquement les efforts de sevrage en tenant compte du fait que des fumeurs peuvent avoir besoin de plusieurs tentatives pour arrêter le tabac. À plus long terme, cette politique de réduction du tabagisme, pour être efficace, devrait s'insérer dans une politique de lutte contre les inégalités sociales de santé en général, prenant en compte les déterminants sociaux de la santé. 🌐

Cet article est issu de la réflexion conduite dans le cadre du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique. Nous remercions Béatrice Tran pour son aide et ses commentaires sur le manuscrit.