

Tabac et précarité : l'enjeu central de l'accès aux soins

Jean-Michel Delile

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2023/5 (VOL. 35), PAGES 69 À 80
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.pr1.0025

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2023-5-page-69.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



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

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

Tabac et précarité : l'enjeu central de l'accès aux soins

Tobacco and precariousness: The central issue of access to care

Jean-Michel Delile^{1,2}

➔ Résumé

La prévalence et la sévérité du tabagisme sont particulièrement élevées dans les populations en situation de précarité et font du tabagisme un déterminant essentiel des inégalités sociales de santé, du fait de son impact particulièrement catastrophique sur la santé de ces populations. La réduction générale du tabagisme, moins importante dans les populations défavorisées, contribue à accroître encore ces inégalités et le tabagisme a tendance à se concentrer dans les populations les plus vulnérables.

Les relations entre tabac et précarité sont examinées en identifiant, sur la base d'une revue de la littérature, les principaux facteurs communs de vulnérabilité : stress et adversité sociale, auto-stigmatisation, faible sentiment d'auto-efficacité, fonction sociale du tabagisme, ambivalence de la demande, addictions associées, sévérité de la dépendance au tabac, éloignement des dispositifs d'aide et de soins... Une attention spécifique est prêtée à certaines conditions particulières : troubles mentaux, addictions (hors-tabac), mal-logement, détention, migrations. Sur cette base, des pistes d'actions sont proposées pour améliorer l'accès aux soins et leur efficacité chez les personnes concernées. Un accent particulier est porté sur la mobilisation des professionnels qui ont souvent tendance à négliger les questions de tabagisme au regard de la sévérité immédiate des problèmes à l'origine de la demande des personnes accueillies. Une offre d'accompagnement à la réduction des risques (vapotage notamment) semble particulièrement adaptée à la demande souvent ambivalente des personnes. L'importance du travail en réseau et de l'implication des CSAPA/CAARUD est également soulignée.

Sur le plan systémique, tout ceci doit s'accompagner d'un plaidoyer politique pour réduire ces inégalités et déterminants sociaux de santé.

Mots-clés : Tabagisme ; Précarité ; Statut économique et social ; Déterminants sociaux ; Réduction des risques ; Santé mentale

➔ Abstract

The prevalence and severity of smoking are particularly high in populations in precarious situations and make smoking an essential determinant of social inequalities in health, due to its particularly catastrophic impact on the health of these populations. The general reduction in smoking, less significant in disadvantaged populations, contributes to further increasing these inequalities, and smoking tends to be concentrated in the most vulnerable populations.

The relationships between tobacco and precariousness are examined by identifying, based on a review of the literature, the main common factors of vulnerability: stress and social adversity, self-stigma, a low feeling of self-efficacy, the social function of tobacco use, the ambivalence of demands, associated addictions, the severity of tobacco dependence, distance from support and care systems, etc. Specific attention is paid to certain particular conditions: mental health disorders, addictions (other than tobacco), inadequate housing, detention, migration.

On this basis, courses of action are proposed to improve access to care and its effectiveness for the people concerned. Emphasis is placed on the mobilization of professionals who often tend to neglect issues of smoking in view of the immediate severity of the problems at the origin of the demands of the people received. A support offer for harm reduction (vaping in particular) seems particularly suited to often-ambivalent demands. The importance of networking and the involvement of CSAPAs/CAARUDs is also underlined.

At the systemic level, all of this must be accompanied by political advocacy to reduce these inequalities and social determinants of health.

Keywords: Tobacco use disorder; Precariousness; Social and economic status; Social determinants; Harm reduction; mental health

¹ CEID, Bordeaux.

² Fédération Addiction, Paris.

Correspondance : J.-M. Delile
jm.delile@wanadoo.fr

Réception : 11/10/2023 – Acceptation : 12/10/2023

1. Introduction

Les données internationales convergent : la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les catégories sociales les plus désavantagées et c'est également chez elles que les dommages sont les plus élevés [1]. En France, après une baisse du tabagisme d'ampleur inédite entre 2014 et 2019, les dernières données du Baromètre de Santé publique France confirment la stabilisation de la prévalence observée en 2020 mais révèlent entre 2019 et 2021 une hausse de la prévalence du tabagisme quotidien chez les personnes les moins diplômées, passant de 29,0 % à 32,0 %, contre 25,5 % en population générale. Les inégalités sociales restent très marquées avec un écart de 15 points entre les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au Baccalauréat et les titulaires d'un diplôme du supérieur [2]. Ces écarts sont déjà perceptibles chez les jeunes de 17 ans. Les données ESCAPAD 2022 confirment des niveaux d'usage fréquent plus importants parmi les adolescents en apprentissage et ceux sortis du système scolaire par rapport aux élèves scolarisés dans le secondaire. Le tabac est le produit pour lequel les différences de consommation selon le statut scolaire sont les plus marquantes : l'usage quotidien se répartit selon un gradient allant de 10,1 % parmi les élèves des lycées généraux et technologiques à 22,1 % parmi les élèves des lycées professionnels, jusqu'à 38,4 % chez les apprentis et 43,5 % parmi les jeunes sortis du système scolaire. Si l'usage quotidien de tabac est en baisse dans toutes les catégories entre 2017 et 2022, la baisse relative est plus marquée parmi les élèves que parmi les apprentis et les jeunes non scolarisés, accroissant ainsi les différences selon le statut.

Parmi les facteurs qui peuvent expliquer l'importance du gradient social du tabagisme, un déterminant social de santé particulier est celui de l'accès aux soins des personnes concernées [3]. Cette question concerne donc le système de soins en lui-même qui est reconnu par l'OMS comme un déterminant en soi qui interagit avec les autres déterminants sociaux de santé [4]. La prévalence particulièrement élevée du tabagisme dans les catégories sociales défavorisées s'explique en effet non seulement par un effet causal des vulnérabilités sociales mais aussi par des difficultés accrues d'accès à des soins adaptés. C'est cette question de l'accessibilité que cet article se propose d'aborder en insistant sur les modifications à apporter dans l'offre d'accompagnement et de soins afin de l'adapter aux besoins particuliers de ces personnes.

2. Tabagisme et précarité

Le tabagisme a donc tendance à se concentrer toujours plus chez les pauvres [5] et plus globalement dans les populations de faible statut socio-économique. Les inégalités sociales de santé (niveau de formation, de revenus, d'emploi, conditions de logement, etc.) sont sources de précarité. Cela concerne notamment les chômeurs de longue durée, les personnes sans logement, les malades mentaux, les prisonniers, les jeunes isolés, les familles monoparentales, etc. [1]

Cette surreprésentation est liée au fait que ces personnes, du fait de l'adversité sociale, sont plus à risques d'expérimenter le tabac et d'en devenir dépendantes mais aussi de présenter des dépendances plus sévères qui rendent leur sortie du tabagisme encore plus difficile. L'efficacité des politiques publiques en la matière, notamment avec l'augmentation sensible des prix du tabac, semble trouver ses limites avec ces populations défavorisées malgré un très lourd impact sur leurs ressources qui contribue à aggraver encore leur situation.

Ce phénomène de concentration peut conduire paradoxalement à renforcer la résistance du tabagisme dans un contexte social où il s'est en quelque sorte retranché, enkysté et normalisé [6, 7], presque identitaire, au point de prendre même parfois une valeur de marqueur social qui teinte d'ambivalence le projet d'arrêter. Ne serait-ce pas un peu rompre ses relations, avec son milieu, avec ses habitudes et ses normes [8] ? D'autre part, ce contexte est aussi un facteur de stigmatisation et d'auto-stigmatisation [9] qui peuvent conduire à un retrait social, un évitement du monde des non-fumeurs, à s'enfermer dans l'entre-soi de ces îlots de résistance tabagique [10] et donc *in fine* à un éloignement des soins.

C'est ainsi que de bonnes intentions de « dénormalisation » peuvent conduire dans certaines populations à des effets collatéraux négatifs de stigmatisation [11, 12] et d'enfermement dans cet archipel des vulnérabilités sociales qui éloignent du soin. La stigmatisation croissante des fumeurs, couplée à la ségrégation spatiale des pauvres ou des minorités conduisent à produire ces « îlots fumeurs » (« *smoking islands* ») qui peuvent contribuer à renforcer plutôt qu'à décourager le tabagisme chez leurs résidents dans le cadre d'une sorte de géographie morale contre-productive [13].

Comme le soulignait Peretti-Watel dans « la cigarette du pauvre » [14], la notion de précarité qui renvoie à la fois à l'insécurité sociale et à l'expérience d'une infériorité sociale induit un stress qui incite à fumer et à relativiser les risques sur le long terme mais elle renvoie aussi à un contexte social et culturel où le tabagisme a aussi une fonction sociale qu'il

importe de prendre en compte dans l'offre de prévention et d'accompagnement.

Selon les catégories, leur accès aux soins peut donc être plus difficile du fait d'un éloignement du système de soins et d'une relative ambivalence face au tabagisme mais aussi et peut-être surtout du fait que le résultat des traitements quand ils ont pu être entrepris est moins souvent favorable [15]. Les études ont pu suggérer que cela pouvait être dû à un moindre soutien de l'entourage, à une faible motivation pour arrêter, à une plus longue et plus sévère dépendance au tabac, à un risque accru d'interrompre prématurément les traitements entrepris et à des particularités psychologiques comme le faible sentiment d'auto-efficacité [1]. La faiblesse du sentiment d'auto-efficacité est en effet particulièrement marquée dans les catégories défavorisées : « Je ne suis pas assez fort, je n'en suis pas capable, je n'y arriverai pas, je m'en moque, à quoi bon ? Ma vie n'en vaut pas la peine... » [16] Il est permis de penser également que l'adversité sociale qui avait été un facteur d'entrée et d'aggravation du tabagisme est également un puissant facteur d'échec des tentatives de sevrage ou de rechute quand la situation psychologique et sociale du fumeur n'a pas évolué favorablement entretemps.

Sur la base des données disponibles et de leur analyse, quelles actions proposer pour remédier à ce phénomène qui est au cœur des inégalités sociales de santé compte tenu des dommages majeurs provoqués par la consommation de tabac ? Quelles approches spécifiques proposer aux différentes populations concernées pour faciliter leur accès à un accompagnement et à des soins adaptés ?

3. Publics vulnérables, spécificités et convergences

L'archipel des vulnérabilités est divers et peut donc nécessiter des modalités diverses de rencontre mais un point commun à toutes est bien la situation de stress chronique qu'elles créent, entretiennent ou amplifient. Or c'est bien cette dimension-là qui accroît le risque d'addiction et d'addiction sévère. Il est donc logique d'ouvrir cette réflexion avec les personnes souffrant de troubles psychiques.

3.1. Vulnérabilités psychologiques et troubles mentaux

La prévalence et la sévérité du tabagisme sont particulièrement élevées chez les personnes présentant des troubles

mentaux, tout particulièrement des troubles psychotiques. Il a pu être évalué aux USA que les 25 % de la population qui avaient pu présenter un trouble psychique quelconque au cours de leur vie étaient à l'origine de 40 % de la consommation totale de tabac. Elles restent pourtant plus éloignées des traitements efficaces que la population générale avec également des taux d'échec supérieurs [17]. En effet, malgré les dommages majeurs que provoque le tabac sur le plan de la santé et son effet aggravant sur les troubles mentaux (tout particulièrement anxieux), il s'avère que le repérage et la prise en charge de cette dépendance ne sont pas une préoccupation centrale des professionnels ni d'ailleurs des patients.

Ce faible niveau d'intervention repose sur des croyances très répandues : les malades mentaux ne seraient pas vraiment capables d'arrêter, le syndrome de sevrage provoquerait une aggravation de leur symptomatologie, les traitements médicamenteux de la dépendance au tabac seraient déconseillés chez ces personnes. Autant de croyances qui résonnent avec celles des patients eux-mêmes qui pensent souvent que le tabac les aide à faire face à leurs symptômes [18] et qui apparaissent peu demandeurs de sevrage et peu confiants dans leurs capacités à y parvenir. Pourtant les études indiquent que le sevrage du tabac chez des personnes atteintes de troubles mentaux, même s'il est difficile en cas de forte dépendance, est toujours possible [19], qu'il réduit la sévérité des troubles psychiques [20] et qu'il améliore leur humeur et leur qualité de vie par rapport à celles des patients qui ont continué de fumer [21].

Dans ce contexte, l'amélioration des conditions d'accès aux soins du tabagisme passera donc beaucoup par un travail sur les représentations des patients et des professionnels de santé mentale qui devra s'accompagner ensuite de la mise en place de stratégies renforcées de soins, la dépendance au tabac étant généralement sévère dans cette population.

3.2. Addictions (hors-tabac)

À l'entrecroisement de problématiques psychiques et sociales, il en va de même des personnes souffrant d'addictions (alcool, drogues...) chez qui la question du tabagisme est trop souvent négligée aussi bien par les personnes concernées que, bien souvent, par les professionnels eux-mêmes.

Sur le plan international, entre 70 et 84 % des patients accompagnés pour une addiction (alcool, drogues...) fument du tabac contre 20 à 30 % en population générale. Et même

en contrôlant les conditions socio-démographiques, les prévalences du tabagisme restent deux fois plus élevées chez les personnes présentant des addictions que dans le reste de la population [22]. Ces taux élevés de tabagisme ont une large part de responsabilité dans la morbi-mortalité prématurée des personnes dépendantes [23]. La moitié environ d'entre elles décèdent de maladies liées au tabac. De plus, dans la plupart des cas, ces décès surviennent chez les *addicts* avant l'âge de 60 ans alors qu'en population générale environ 30 % (« seulement »...) des personnes décèdent de maladies liées au tabac et plutôt après 70 ans [24].

Or les interventions pour réduire le tabagisme ne sont pas suffisamment intégrées dans les programmes de soins des addictions pour des raisons aussi bien structurelles que culturelles [25]. Ces réticences reposent sur des idées fausses, très répandues aussi bien chez les patients que chez les professionnels. L'une des plus fréquentes est la sous-estimation de la gravité des risques (lointains, différés) liés au tabac au regard des problèmes déjà lourds, souvent urgents et immédiats, posés par les addictions à l'origine de la consultation (drogues, alcool...). Cela conduit à différer *sine die* la prise en compte de la problématique « tabac ». « *C'est déjà assez dur comme cela, on ne va pas (« me » ou « lui ») rajouter un sevrage supplémentaire qui risquerait de compliquer les autres. On aura le temps de voir plus tard* ». Beaucoup de professionnels craignent aussi qu'inviter les personnes accompagnées à se préoccuper en même temps de leur problème de tabac ne les fasse fuir et nuise à l'accompagnement en cours. « *Il n'est pas venu pour ça... C'est le seul petit plaisir qui lui reste...* »

Et pourtant, le tabagisme est particulièrement fréquent et dramatique pour ces usagers qui, pour nombre d'entre eux et notamment les plus précaires, fréquentent surtout les CSAPA¹ ou les CAARUD². Il est donc d'autant plus nécessaire de dépasser craintes et réticences que, contrairement à une idée largement répandue chez les professionnels, l'offre de soins « tabac » ne perturbe pas le traitement d'autres addictions. Les recherches témoignent au contraire de l'efficacité du traitement intégré des addictions. Non seulement les traitements du tabagisme sont efficaces dans cette population également mais ils ont aussi un effet favorable sur les autres addictions présentées [26, 27]. À l'inverse, la poursuite du tabagisme a un effet péjoratif sur la

prise en charge des addictions associées et s'accompagne d'un plus grand risque d'échec ou de récurrence [28].

Par ailleurs, il est permis de penser que compte tenu de l'évolution actuelle du tabagisme en France et notamment de sa concentration avec des formes sévères dans les populations les plus vulnérables sur le plan psychosocial, les personnes auront besoin d'un accompagnement global comme celui qui est proposé en addictologie. C'est ainsi que l'accueil des fumeurs de tabac qui s'est initialement plutôt développé en médecine de premier recours et dans les hôpitaux (notamment pour les professionnels de santé fumeurs...) plutôt que dans les CSAPA et plus dans la médecine des dommages, avec des pneumologues ou des cancérologues, qu'avec des psychiatres ou des addictologues, va devoir s'ouvrir à une offre de soins en centres spécialisés pluridisciplinaires.

3.3. Les personnes sans-domicile

Dans son rapport 2023, la Fondation Abbé Pierre évaluait à 330 000 personnes la population vivant à la rue en France (pour 4 millions de personnes environ vivant des conditions précaires de logement). Les études évaluent de 60 à 80 % la prévalence du tabagisme dans cette population [29, 30] soit 4 fois la prévalence retrouvée en population générale et environ 2,5 fois plus que les personnes en situation de précarité sociale mais bénéficiant d'un logement. Dans cette population, le tabagisme constitue la principale cause de morbi-mortalité évitable, en lien également avec la très forte prévalence de l'abus d'alcool.

Cette sur-représentation du tabagisme est bien sûr liée aux facteurs de vulnérabilité déjà mentionnés (pathologies mentales, addictions) très présents chez les sans-abris mais la corrélation sans-abrisme/tabagisme est également une association indépendante qui reste importante une fois ajustée pour l'emploi, l'éducation, les revenus, les pathologies psychiatriques ou addictives [30]. L'expérience de la précarité du logement est un facteur majeur d'insécurité et de stress chronique avec un réel impact traumatique [31] qui constitue en soi un important facteur de risque pour les addictions en général et pour le tabagisme en particulier. L'étude de Baggett [30] montre ainsi que l'expérience d'être sans-abri pouvait avoir un effet de seuil durable, la prévalence du tabagisme restant élevée y compris quand les personnes retrouvaient un logement. Le lien entre le tabagisme et le sans-abrisme pourrait en effet impliquer des mécanismes ayant un effet au long cours : l'intensité de la dépendance à la nicotine, celle-ci peut se maintenir durablement alors même que les déclencheurs initiaux ont

¹ Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

² Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues.

disparu, et le trauma psychologique durable de cette expérience majeure d'insécurité [31].

Le lien sans-abrisme/tabagisme est si puissant qu'il est habituel de considérer avec fatalisme ces situations, peu ou pas de demandes de la part des personnes concernées, des vulnérabilités associées massives, des dépendances très sévères, peu de chances de succès...

Et pourtant, des études [30] montrent là-encore que le désir d'arrêter de fumer n'est pas significativement différent chez les personnes actuellement sans-abri (84 %), chez celles qui ont eu cette expérience auparavant (89 %) ou chez les personnes n'ayant jamais été sans-abri (82 %). Le faible taux d'arrêt du tabagisme, deux fois moindre qu'en population générale, renvoie donc également à des éléments contextuels qu'il importe de prendre en compte de manière systémique : fonction sociale et relationnelle du tabagisme, omniprésence du tabagisme dans cette population où il est quasiment une norme, freins et barrières à l'accès aux soins en général et du tabagisme en particulier. Dans ce contexte, la demande de ces personnes est rarement d'arrêter totalement de fumer [32] et une porte d'entrée vers l'accompagnement grâce au vapotage semble particulièrement intéressante.

En conclusion, une histoire de sans-abrisme est associée de manière indépendante au tabagisme mais contrairement à des idées reçues, les fumeurs sans domicile ne diffèrent guère des autres fumeurs quant à leur intention d'arrêter. Cependant l'intensité de leur dépendance et les facteurs aggravants associés nécessitent des interventions ciblées adaptées à ce groupe à haut niveau de vulnérabilité et de dépendance.

3.4. Les personnes en détention : le tabagisme systémique

La détention apparaît comme un espace de condensation des vulnérabilités. Les usages de tabac y sont massifs et nettement supérieurs à ceux observés en population générale avec un taux de prévalence pouvant atteindre jusqu'à 97 % dans certains pays [33]. La conséquence de ce tabagisme massif est que même les rares détenus non-fumeurs sont exposés à des niveaux élevés de tabagisme passif. Le tabagisme constitue une des principales causes de pathologies chroniques et de mortalité en milieu carcéral avec une prévalence des pathologies liées au tabac supérieure de 50 % à celle retrouvée en population générale [34].

En France, plus de 80 % des personnes détenues consomment du tabac [35]. Cette prévalence massive est liée au cumul chez beaucoup de détenus de l'ensemble des facteurs

de risque de tabagisme : population très largement masculine, jeune, issue des milieux défavorisés, faible niveau scolaire, haut niveau d'impulsivité, comorbidités psychiatriques et addictives, etc. Mais la détention est par elle-même un facteur d'entretien voire d'aggravation du tabagisme du fait d'un contexte de vie à la fois stressant et ennuyeux. La recherche TABAPRI [35] relève ainsi que « l'entrée en prison, le « choc carcéral » agit comme un élément important d'augmentation des usages. La poursuite de la trajectoire est caractérisée par un attachement accru aux fonctions prises par le produit dans la vie en prison ». La fonction apaisante est essentielle dans un contexte d'incertitude et d'insécurité où le détenu est coupé de son environnement habituel, sans visibilité sur son devenir et contraint à vivre dans un espace clos, étroit et « surpeuplé » où dominant la peur et l'hostilité. De même, la dimension rituelle du tabagisme est intensifiée en détention où elle va rythmer de « derniers petits plaisirs » la monotonie et « l'ennui du temps vide » [36].

Sur un plan symbolique, fumer a pu être décrit comme « l'une des dernières fonctions sur lesquelles le détenu a le contrôle ». La sociabilité construite autour de la cigarette permet de faciliter des contacts, d'échanger, d'« avoir la paix » mais elle peut basculer en racket et en violence. Butler [33] a décrit le tabagisme comme « une partie intégrante de la vie en prison et de la culture carcérale ». Il remplit plusieurs fonctions, « monnaie de substitution, moyen de contrôle social, symbole de liberté, anti-stress et lubrifiant social ». D'autre part, du fait de la cette ambivalence dans la demande des fumeurs et de la saturation des services de santé, les détenus n'ont pas toujours le même accès que le reste de la population à la prise en charge usuelle du tabagisme : suivi spécialisé, substitut nicotinique (patch, gommes), vape, médicaments...

Il faut également prendre en compte l'importance de l'économie du tabac en détention. Dans le « système de cantine », les achats de tabac occupent le deuxième poste de dépenses (30 % environ) après l'alimentation (50 % environ). Le tabac joue un rôle central dans la vie sociale de la prison. C'est une véritable monnaie qui facilite les transactions entre les prisonniers mais aussi un support de négociations avec le personnel pour maintenir le calme. Il est possible de parler de tabagisme systémique dans le monde carcéral. Cela a pu contribuer à une moindre mobilisation de l'administration pénitentiaire sur les questions de tabagisme que sur celles d'alcool ou de drogues [37], d'autant plus évidemment que le tabagisme ne provoque pas de troubles du comportement.

Face au tabagisme systémique, que faire ? Interdiction totale ? Partielle ?

En raison de la surpopulation carcérale et du fait que les cellules individuelles ou les quartiers-fumeurs ne sont pas la règle mais l'exception, fumeurs et non-fumeurs cohabitent dans les mêmes cellules. Sous certaines conditions, comme la maladie d'un détenu, l'exposition à la fumée passive a conduit à des arrêts de Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) qui ont conclu à la violation de l'article 3 de la Convention (traitements inhumains ou dégradants) du fait d'une exposition à des risques environnementaux.

L'interdiction du tabac dans les prisons, tout comme son autorisation dans des cellules autres qu'individuelles, soulèvent donc des questions juridiques en termes de traitements inhumains (exposition passive à la fumée) ou, dans la perspective opposée, d'atteintes aux libertés individuelles (liberté de fumer) avec en arrière-plan les craintes de l'administration quant à un risque de déstabilisation de la tranquillité toujours précaire des établissements.

Des interdictions complètes de fumer dans des établissements pénitentiaires ont été mises en œuvre à ce jour dans les pays anglo-saxons. Elles se sont généralisées en quelques années aux USA, ce qui a permis d'évaluer leur impact. La réduction drastique du tabagisme, actif et passif, et des particules fines en suspension a rapidement conduit à une réduction par 3 du risque aigu d'infarctus du myocarde. Une vaste étude rétrospective américaine [38] a constaté une réduction de 9 % des décès liés au tabagisme (par maladies cardio-vasculaires et pulmonaires essentiellement) dans les prisons où l'interdiction de fumer était en vigueur. Dans les prisons où elle remontait à neuf ans ou plus, une réduction des décès dus au cancer a également été observée. Selon une autre étude [39], la réduction de mortalité grâce à la politique « *smoke-free* » en prison fut de 13 % entre 2005 et 2014 mais elle atteignit même 48 % au sein du sous-groupe des prisonniers présentant des troubles mentaux (dont la mortalité était triple de celle des autres détenus auparavant).

Malgré les craintes largement exprimées, l'introduction d'interdictions complètes ne semble pas avoir été suivie d'une augmentation de la violence dans les prisons aux USA [34]. Ce constat est corroboré par le suivi de l'introduction des mesures d'interdiction complète en Grande-Bretagne.

Cependant, d'importantes revues [40, 41] montrent que l'arrêt du tabagisme pendant l'incarcération du fait de son interdiction ne se prolonge pas après la libération et qu'une rechute rapide semble être de règle. Plus de 60 % des anciens fumeurs rechutent dans les 24 heures suivant leur sortie de prison et presque tous ont recommencé à fumer

dans les 6 mois (97 % dans l'étude de Lincoln *et al.* [42]). Même si les interdictions de fumer offrent une pause temporaire du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire, l'abstinence forcée ne se maintient pas une fois la liberté retrouvée, elle ne permet pas un réel arrêt du tabac [43]. Le défi consiste donc à promouvoir l'abandon à long terme du tabac pendant l'incarcération et à prévenir les rechutes après la libération.

Une revue [40] portant sur les facteurs influençant le maintien de l'abstinence des détenus suite à leur libération de prisons « *smoke-free* », montre l'importance cruciale du travail d'accompagnement avant et à la suite de la libération : soutien motivationnel à l'intention de rester abstinent après la libération, soutien social par la suite, intégration des interventions « tabac » à des programmes globaux de traitement des addictions (toutes drogues). Les efforts doivent se porter sur des actions de maintien de l'abstinence après la sortie de prison afin d'accroître l'impact de ces initiatives.

Dans un éditorial du BMJ [44], Catherine Ritter appelait donc à des stratégies ne se limitant pas aux seules interdictions même si elles ont un impact favorable sur la mortalité en prison [38], l'enjeu est bien d'aider les prisonniers à arrêter définitivement. Si les réglementations sont indispensables ne serait-ce que pour limiter le tabagisme passif dans un contexte où 80 % des personnes fument, il ne faut pas en attendre des résultats durables prises isolément. Il faut porter l'effort également sur les actions de soins et de RdRD³, notamment le vapotage, qui devraient être aussi accessibles en prison qu'elles le sont à l'extérieur. Elle souligne également qu'aussi longtemps que fumer du tabac ne sera pas interdit dans la société, son contrôle ne doit pas pouvoir être plus sévère en prison sous la forme d'une interdiction totale. « Ce serait inéquitable et discriminatoire. »

Binswanger *et al.* [38] soulignent les limites des politiques d'interdiction au regard de l'importance de l'autonomie individuelle, non seulement du point de vue des droits humains mais aussi en matière de traitement des addictions. Si l'autonomie peut être définie comme la capacité des gens à décider pour eux-mêmes (sur la base d'une information adéquate), alors une interdiction absolue de fumer la sape en profondeur en déniait toute possibilité de choix. Cela explique le côté artificiel du sevrage dans ces conditions et la quasi-inévitabilité de la rechute à la sortie avec, de ce fait, des bénéfices très limités à long terme. Pour C. Ritter, il serait erroné d'utiliser les données montrant leurs bénéfices à court terme en santé pour renforcer des

³ Réduction des risques et des dommages.

mesures coercitives dans le même temps d'ailleurs où les sociétés s'interrogent à l'extérieur sur le bien-fondé et l'efficacité des politiques de prohibition des drogues illicites. Il faudrait plutôt promouvoir des stratégies plus globales et durables permettant à leurs effets de ne plus s'évanouir dès la sortie.

Ces travaux indiquent bien que face à ce condensé de vulnérabilités que constitue la détention, les pistes de réflexion pour faciliter l'accès à des accompagnements efficaces reposent sur l'écoute de la demande des personnes (RdRD, ou substitution plutôt que sevrage), la réponse adaptée et accessible (vape, substituts nicotiques...) et une offre globale de soins en articulation avec les services extérieurs à la détention. Tout ceci doit s'intégrer dans une approche systémique visant à réduire l'impact négatif du contexte carcéral (cellules individuelles, sécurisation des espaces communs, quartiers non-fumeurs...) sans tomber dans les illusions de la prohibition.

3.5. Les migrants

La question du tabagisme chez les migrants illustre parfaitement l'importance des facteurs de contexte et des déterminants sociaux. D'importantes études conduites en France auprès des populations migrantes [45, 46] ont ainsi pu établir que les niveaux de tabagisme des migrants à leur arrivée en France reflétaient ceux de leurs pays d'origine avec notamment une prévalence plus faible chez les personnes provenant d'Afrique mais que ces prévalences augmentaient avec le temps chez les hommes migrants pour rattraper puis dépasser la prévalence générale.

C'est un modèle quasi-expérimental dans la mesure où ces populations sont globalement frappées par toutes sortes de vulnérabilités psychologiques et sociales qui font que l'immigration est considérée comme un déterminant social de santé [47]. Dans ce contexte, il n'est donc pas étonnant que les populations immigrées, et en particulier les hommes, soient particulièrement touchées par le tabagisme mais aussi moins réceptives aux messages généraux de prévention [48] à tel point que le tabagisme continue de progresser chez les personnes issues d'Afrique ou du Moyen-Orient alors qu'il recule en population générale. Comme dans d'autres populations vulnérables, ces études révèlent que leur souhait d'arrêter de fumer est bien présent mais qu'il était plus souvent mis en échec, en partie du fait de difficultés à accéder aux structures de soins aussi bien pour des raisons économiques que culturelles ou linguistiques.

4. Conditions d'accès aux soins des publics précaires

Finalement, au-delà de leurs différences, un certain nombre de points communs peuvent rendre compte des vulnérabilités particulières des populations précaires au tabagisme : stress et adversité sociale, vulnérabilités psychologiques, fonction sociale du tabagisme, ambivalence de la demande, addictions associées, sévérité de la dépendance au tabac, éloignement des dispositifs d'aide et de soins... Il apparaît cependant que le souhait d'arrêter est souvent présent mais fragile et souvent mis en échec du fait de la fréquente sévérité de la dépendance mais aussi des difficultés d'accès à des soins adaptés.

Ces difficultés d'accès sont diverses et multidimensionnelles. Il est possible de les catégoriser en 3 niveaux [3] : niveau du patient, niveau systémique/sociétal, niveau de l'offre de services et de soins.

- Au niveau individuel, les facteurs-clefs sont l'auto-stigmatisation, la faible estime de soi et le peu de confiance en soi et en son auto-efficacité. De plus les trajectoires chaotiques favorisent l'impulsivité et donc la récurrence de « mauvais choix » (« *bad choices* ») guidés par la recherche de satisfactions immédiates même si les conséquences en sont très néfastes dans le long terme. La prise en compte de la question du tabagisme sera donc fragile, différée, accentuant encore les difficultés à se repérer dans le système de soins, à trouver et à s'adresser à la bonne porte.
- Au niveau sociétal, il apparaît que les facteurs de vulnérabilité identifiés sur le plan individuel sont très largement surdéterminés par la stigmatisation de ces populations vulnérables, souvent réprouvées et mises à l'écart, créant ainsi des îlots de résistance tabagique. Dans un pays comme la France où la protection sociale se veut universelle, il y a des difficultés à proposer des actions spécifiques pour répondre aux besoins particuliers de ces personnes. Cela se traduit notamment par la relative faiblesse des moyens accordés à la santé mentale et à l'addictologie qui concernent des troubles particulièrement fréquents dans ces populations marginales.
- Au niveau de l'offre de services et de soins, diverses actions peuvent être proposées pour mieux faire face au tabagisme chez les populations précaires, les questions-clefs étant la mobilisation des professionnels de premier contact pour un meilleur accès et l'adaptation de l'offre de soins.

Dans ce contexte et en complément de leurs plaidoyers « politiques » que peuvent proposer les équipes d'accompagnement et de soins pour réduire ces difficultés d'accès ? La piste sans doute la plus prometteuse est celle de l'approche « *No wrong door ! Any door is the right door !* » : pas de mauvaise porte, chaque porte doit être la bonne ! [3, 49, 50].

Face à des populations éloignées des systèmes d'accompagnement et de prise en charge du tabagisme, il s'agit d'élargir, de multiplier et de rapprocher les portes d'entrée. Pour cela, le plus efficace est de proposer des approches intégratives de soins, associant les équipes au contact des populations vulnérables, les soins de première ligne et les équipes spécialisées pour les cas complexes. Chaque contact de la personne avec le système d'accompagnement et de soins doit ouvrir à l'ensemble du dispositif mis en réseau et non seulement aux services spécifiques offerts par la structure de contact. Face à une problématique essentielle de santé publique comme le tabagisme chez les publics précaires, cela impose donc un double effort de mobilisation d'équipes non spécialisées (information, formation, travail motivationnel) et de mise en réseau avec les équipes sanitaires de proximité (premier recours et équipes spécialisées).

4.1. Prise de conscience et mobilisation des équipes au contact des publics vulnérables

Si malgré leur diversité, les populations vulnérables présentent des points communs, il en va de même chez les professionnels qui les accompagnent au moins en un domaine : le faible niveau de prise en compte du tabagisme par les équipes accompagnant les personnes en situation de précarité. Qu'il s'agisse de professionnels des secteurs de la santé mentale, de l'addictologie, du handicap, de la détention ou d'accueil des sans-abris ou des migrants, l'importance et la gravité des problèmes liés au tabac sont souvent banalisées et négligées au regard évidemment de l'acuité et de l'intensité des difficultés immédiates des personnes accompagnées pour une problématique spécifique. D'autre part, même quand le repérage de cette dépendance, des risques et des dommages induits est fait, la question est souvent perçue comme hors de leur champ de compétence et se pose alors la question des relais toujours difficiles à réaliser avec ces populations (motivation fluctuante, non accès à des médecins-traitants, délais d'attente démobilisateurs...).

C'est pourquoi, il semble indispensable dans un premier temps de sensibiliser, motiver et former ces équipes au contact des fumeurs précaires, à la prise en compte des problèmes de tabagisme. Il faut inlassablement souligner que le tabagisme est le principal facteur de morbi-mortalité

évitable dans ces populations. Ces équipes doivent donc développer des compétences en interne et s'appuyer sur la médecine de premier recours mais aussi, en cas de difficultés d'accès à un médecin traitant ou de situations complexes, sur le réseau des CSAPA et des CAARUD qui eux-mêmes doivent se mobiliser pour accompagner et traiter le tabagisme en l'absence même d'autres addictions associées.

Dans cette perspective, il est utile de s'appuyer sur les Recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2023) sur « La prévention des addictions et la Réduction des Risques et des Dommages (RRD) dans les ESSMS ⁴ », recommandations parfaitement applicables dans le champ du tabagisme. Les RBP (HAS, 2014, révisé en 2021) sur le repérage précoce et intervention brève (RPIB) : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte ⁵ sont également d'un grand recours.

Il y apparaît notamment que le simple « conseil d'arrêt » de la part d'un professionnel peut être un important facteur motivationnel surtout quand il est formulé par un intervenant de confiance par qui le patient se sent reconnu, sans jugement, et sur qui il pourra s'appuyer dans la durée. D'autre part, la sévérité de dépendances tabagiques chez les personnes précaires est souvent liée à un contexte social difficile et à des trajectoires traumatiques. Ces facteurs psychosociaux peuvent habituellement être pris en charge par ces équipes en lien avec leurs partenaires sanitaires et sociaux habituels. Elles ne doivent donc pas se sentir démunies ou en « terre étrangère ». En dehors des dispositifs médicaux spécifiques (médicaments...), l'essentiel de l'accompagnement psychosocial nécessaire est bien du ressort de ces équipes au prix de quelques formations simples complémentaires (entretien motivationnel, RPIB, TSN, vape...) et d'une réflexion sur leur éventuel tabagisme personnel (particulièrement fréquent chez les professionnels de santé et du social).

De même, sur un plan motivationnel, il est important de rappeler inlassablement qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter ! L'arrêt du tabac est toujours efficace et utile pour la santé quel que soit l'âge. Une importante étude prospective récente [10] avec suivi d'une cohorte de plus de 550 000 sujets représentatifs de la population des USA (25-84 ans) a confirmé que l'usage actuel du tabac doublait les taux de mortalité mais que si les fumeurs arrêtaient, ils réduisaient tous leur excès de mortalité et ce d'autant plus nettement qu'ils avaient arrêté jeunes : l'arrêt avant 35 ans

⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218478/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-rdrd-dans-les-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms.

⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte.

permet de retrouver les mêmes taux de mortalité que les non-fumeurs, arrêter avant 45 ans réduit l'excès de mortalité de 90 % et de 66 % avant 65 ans.

4.2. Décloisonnement des services, implication des services d'addictologie, des CSAPA et des CAARUD

Ces équipes de contact doivent donc pouvoir s'appuyer, le cas échéant, sur des services spécialisés en addictologie comme les CSAPA ou les CAARUD qui, de leur côté, s'impliquent eux-aussi de plus en plus activement dans la lutte contre le tabagisme. Ils doivent en effet se mobiliser car le tabac n'était pas au cœur de leurs préoccupations tant ils se sentaient pris et parfois débordés par les demandes massives d'accompagnement face à des problèmes de drogues ou d'alcool qui étaient au cœur de leurs missions historiques.

Mais même face à ces publics « addicts », il est établi que l'intégration d'interventions et de services dédiés au tabagisme dans les services spécialisés en addictologie peut améliorer globalement l'efficacité de la prise en charge globale de l'addiction, soutenir le rétablissement des personnes et bien sûr réduire les dommages majeurs du tabac sur la santé [51]. Leur investissement est d'autant plus indispensable que leur culture en RDR en fait un secteur très ouvert à l'utilisation raisonnée des différents dispositifs de substitution nicotinique (gommes, « patchs », vapote...) qui facilitent l'accès des fumeurs ambivalents à un accompagnement « tabac », pouvant évoluer vers un objectif final d'abstinence totale [52], objectif d'autant plus atteignable qu'il n'était pas posé *a priori*.

Par ailleurs, le recul actuel du tabagisme en France conduit à sa concentration progressive sur des populations vulnérables comme les personnes en difficultés socio-économiques, les chômeurs, les jeunes... Autant de situations où les vulnérabilités psychosociales jouent un rôle important et où le savoir-faire des CSAPA en approche globale pourra être d'un précieux recours, d'autant qu'ils sont souvent les mieux placés pour recevoir ces publics et les accompagner au long cours. Les CSAPA doivent donc développer les partenariats avec les équipes accompagnant les publics les plus vulnérables.

Dans leur logique d'« aller-vers », ils doivent non seulement développer les actions de terrain directement auprès des publics vulnérables (équipes de rue, Programmes mobiles d'échange de seringues...) mais aussi venir en appui aux équipes recevant ces publics précaires. C'est ainsi que depuis 2012, la Fédération des Acteurs de la Solidarité et la Fédération Addiction travaillent conjointement pour

accompagner les personnes confrontées à la précarité et aux conduites addictives. La crise sanitaire et les confinements successifs ont exacerbé les enjeux liés à la prise en compte des consommations sur les lieux d'hébergement. Les secteurs de l'Accueil Hébergement Insertion (AHI) et de l'addictologie ont su s'adapter afin de renforcer leurs liens et de continuer d'innover pour accompagner au mieux les personnes par rapport à leurs consommations. On retrouve une dynamique intégrative comparable dans le programme « Un chez-soi d'abord » ou dans les expériences qui ont sous-tendu les RBP de la HAS sur la RdRD en ESSMS...

Pour les CSAPA et les CAARUD, l'heure est donc venue d'aller au bout du processus d'intégration de la question du tabagisme dans le champ des addictions prises en charge en CSAPA pour qu'en bonne coordination avec les autres partenaires, ils puissent également accompagner en première intention des personnes en difficultés « exclusives » avec le tabac. Dans leur logique d'ouverture à la population générale et de réelle promotion d'une offre d'accompagnement « toutes addictions », les CSAPA doivent s'ouvrir aussi aux « simples » fumeurs et le faire savoir. Cette implication des CSAPA dans la réduction d'une addiction à très haute prévalence, répandue en population générale, peut de plus contribuer à la « déstigmatisation » des addictions mais aussi à la leur propre. C'est donc un enjeu important qui nécessite un difficile travail sur les représentations, celles du grand-public et des personnes concernées mais aussi parfois des professionnels hors-champ qui soit ne connaissent pas les CSAPA soit s'en méfient un peu (« des lieux pour *toxicos*, ce n'est pas pour nous... »).

4.3. Adapter l'offre d'accompagnement, promouvoir la Réduction des risques

Mais l'accès à des soins adaptés ne se limite pas une offre à la fois élargie et rapprochée, elle doit également se diversifier pour être plus en phase avec les attentes et les demandes de personnes. Une porte d'entrée RDR peut faciliter l'inscription de ces personnes jusqu'alors hésitantes ou ambivalentes, dans des stratégies d'arrêt de la consommation de tabac. C'est une approche essentielle pour s'adresser à des personnes en situation de précarité.

Les services accueillant des populations précaires, les CSAPA et les CAARUD ont ainsi un rôle important à jouer dans la mise en œuvre de la Recommandation n° 4 de l'avis du 26/11/2021 du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) sur les cigarettes électroniques⁶. Cette recommandation considère que « les SEDEN (systèmes électroniques de

⁶ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138>.

délivrance de la nicotine) pourraient être utilisés pour atteindre des publics vulnérables (en raison de co-addiction, de comorbidités, de facteurs sociaux...) à forte dépendance nicotinique, ayant exprimé une préférence pour les SEDEN et présentant une faible adhésion aux traitements validés. La priorité reste en effet l'amélioration de leur accès aux soins et de leur prise en charge ; dans ce cadre, les traitements validés doivent être proposés en première intention ». De plus si, en l'état actuel des connaissances, les médicaments et les TSN restent les traitements à utiliser en première intention⁷, il apparaît que des outils initialement reconnus pour leur intérêt en RDR comme la vapote pourraient aussi avoir une bonne efficacité pour l'arrêt complet du tabac comme viennent de le suggérer une revue Cochrane [52] et encore plus clairement sa révision récente [53].

Il est à noter cependant que ces dispositifs en accès libre sont onéreux et difficiles d'accès pour les publics précaires. C'est pourquoi certains CAARUD ont décidé d'en mettre à disposition de leurs usagers en tant qu'outils de RdRD (souvent grâce à des financements d'ARS) et toutes les équipes ont été sensibles aux déclarations (mai 2023) du ministre de la Santé envisageant d'ouvrir aux pharmaciens la prescription et le remboursement des cigarettes électroniques utilisées comme substituts nicotiques dans un objectif de diminution progressive et d'arrêt.

Enfin, les acteurs de l'accompagnement doivent être eux aussi divers. Dans le domaine de la RDR, un enjeu central est bien de réduire aussi les vulnérabilités liées à la stigmatisation, à l'auto-stigmatisation ou au sentiment d'impuissance. Dans cette perspective, il est essentiel de pouvoir s'appuyer sur des ressources communautaires, des pairs-aidants, des médiateurs qui eux-mêmes ont pu connaître et dépasser ces difficultés et pourront développer rétablissement et « *empowerment* », grâce à ces expériences de vie et par un soutien individuel ou de groupe.

5. Conclusions

La question du tabagisme chez les publics précaires est une question de toute première importance. C'est un déterminant majeur des inégalités sociales de santé qui s'amplifie même de manière relative du fait du recul général du tabagisme.

⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/produits-de-vapotage-cigarette-electronique/article/recommandations-concernant-l-usage-des-produits-de-vapotage-cigarette>.

Parmi les actions possibles pour tenter de juguler cette évolution défavorable, certaines sont du ressort du système d'accompagnement et de soins et concernent en tout premier lieu les conditions d'accès aux soins. Il apparaît en effet que le désir d'arrêter de fumer est bien présent chez les publics précaires mais que le succès est rarement au rendez-vous tant l'intensité de la dépendance est importante et tant les vulnérabilités psychologiques et sociales sont massives. Il s'agit donc d'être en mesure de proposer une offre de soins à la fois globale et accessible, partant de la demande des personnes. Cela impose aux professionnels de travailler sur leurs propres représentations et de s'investir pleinement sur leur propre lieu d'exercice, mis en réseau avec des partenaires de recours. Il faut se mobiliser pour repérer, accompagner et traiter en utilisant toutes les ressources disponibles et tout particulièrement de RdRD. En lien avec des entretiens motivationnels, le vapotage peut être d'une grande aide, seul ou en complément des TSN.

Dans ces situations complexes du fait de la sévérité des vulnérabilités associées, l'accompagnement social et la prise en compte d'antécédents psychotraumatiques sont également essentiels. Comme le soulignait en effet Michael Marmot dans « *The Health Gap* » [54] : « Pourquoi traiter les gens et puis les renvoyer dans les conditions de vie qui les ont rendu malades ? Nous devons traiter les personnes mais nous devons aussi nous confronter aux déterminants pathogènes. » Au-delà des (nécessaires !) actions d'accompagnement menées par les équipes professionnelles, cela impose de s'élever à un niveau systémique et politique et de produire des plaidoyers en vue de réduire les facteurs structurels d'inégalités sociales de santé et de précarité favorisant le tabagisme : pauvreté et adversité infantile, conditions de vie précaires, mal-logement, stigmatisation, stress chronique, conditions de détention, accueil des migrants, etc.

Concluons ce propos avec le grand Rudolf Virchow (1848) : « Les soignants sont les avocats naturels des pauvres et les problèmes sociaux, dans une large mesure, tombent sous leur juridiction. »

Références

1. Hiscock R, *et al.*, Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci.* 2012;1248:107-123.
2. Pasquereau A, *et al.*, Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. *Bull Épidémiol Hebd*, 2022(26):470-480.

3. Langheim FJP, Shim RS and Druss BG, Poor Access to Health Care, in *The Social Determinants of Mental Health*, M.T. Compton and R.S. Shim, Editors. Washington DC : American Psychiatric Publishing ; 2015; 213-33.
4. WHO, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Final report. Geneva : WHO ; 2008. 40 p.
5. Peretti-Watel P, *et al.*, Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction*. 2009;104(10):1718-1728.
6. Poland B, *et al.*, The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tob Control*. 2006;15(1):59-63.
7. Paul CL, *et al.*, The social context of smoking: A qualitative study comparing smokers of high *versus* low socio-economic position. *BMC Public Health*. 2010;10(1):211.
8. Thirlway F, Explaining the social gradient in smoking and cessation: the peril and promise of social mobility. *Social Health Illn*. 2020;42(3):565-578.
9. Corrigan P, How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59(7):614-625.
10. Thomson B, *et al.*, Association Between Smoking, Smoking Cessation, and Mortality by Race, Ethnicity, and Sex Among US Adults. *JAMA Netw Open*. 2022;5(10):e2231480.
11. Stuber J, Galea S and Link BG, Stigma and Smoking: The Consequences of Our Good Intentions. *Social Service Review*. 2009;83(4):585-609.
12. Lozano P, *et al.*, Smoking-Related Stigma: A Public Health Tool or a Damaging Force? *Nicotine & Tobacco Research*. 2018;22(1):96-103.
13. Thompson L, Pearce J and Barnett JR, Moralising geographies: stigma, smoking islands and responsible subjects. *Area*. 2007;39(4):508-517.
14. Peretti-Watel P, *La cigarette du pauvre*. Enquête auprès des fumeurs en situation précaire. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012.
15. Kotz D and West R, Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tob Control*. 2009;18(1):43-46.
16. Boland VC, *et al.*, "I'm not strong enough; I'm not good enough. I can't do this, I'm failing": a qualitative study of low-socioeconomic status smokers' experiences with accessing cessation support and the role for alternative technology-based support. *International Journal for Equity in Health*. 2017;16(1):196.
17. Hitsman B, *et al.*, Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Can J Psychiatry*. 2009;54(6):368-378.
18. Tidey JW and Rohsenow DJ, Smoking expectancies and intention to quit in smokers with schizophrenia, schizoaffective disorder and non-psychiatric controls. *Schizophr Res*. 2009;115(2-3):310-316.
19. Snell M, *et al.*, A longitudinal assessment of nicotine dependence, mental health, and attempts to quit Smoking: Evidence from waves 1-4 of the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) study. *Addict Behav*. 2021;115:106787.
20. Krebs P, *et al.*, Relationship between tobacco cessation and mental health outcomes in a tobacco cessation trial. *J Health Psychol*. 2018;23(8):1119-1128.
21. Taylor G, *et al.*, Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2014;348:g1151.
22. Guydish J, *et al.*, An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction*. 2016.111(2):220-230.
23. Hurt RD, *et al.*, Mortality Following Inpatient Addictions Treatment: Role of Tobacco Use in a Community-Based Cohort. *JAMA*. 1996;275(14):1097-1103.
24. Bandiera FC, *et al.*, Tobacco-Related Mortality among Persons with Mental Health and Substance Abuse Problems. *PLOS ONE*. 2015;10(3):e0120581.
25. Knudsen HK, *et al.*, Structural and cultural barriers to the adoption of smoking cessation services in addiction treatment organizations. *J Addict Dis*. 2010;29(3):294-305.
26. Thurgood SL, *et al.*, A Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Adults in Substance Abuse Treatment or Recovery. *Nicotine Tob Res*. 2016;18(5):993-1001.
27. McKelvey K, Thrul J, and Ramo D, Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review. *Addict Behav*. 2017;65:161-170.
28. Weinberger AH, *et al.*, Cigarette Smoking Is Associated With Increased Risk of Substance Use Disorder Relapse: A Nationally Representative, Prospective Longitudinal Investigation. *J Clin Psychiatry*. 2017; 78(2):e152-e160.
29. Baggett TP, Tobey ML and Rigotti NA, Tobacco Use among Homeless People – Addressing the Neglected Addiction. *New England Journal of Medicine*. 2013;369(3):201-204.
30. Baggett TP, Lebrun-Harris LA and Rigotti NA, Homelessness, cigarette smoking and desire to quit: results from a US national study. *Addiction*. 2013;108(11):2009-2018.
31. Goodman L, Saxe L and Harvey M, Homelessness as psychological trauma. Broadening perspectives. *Am Psychol*. 1991;46(11):1219-1225.
32. Pratt R., *et al.*, "It's a hard thing to manage when you're homeless": the impact of the social environment on smoking cessation for smokers experiencing homelessness. *BMC Public Health*. 2019;19(1):635.
33. Butler T., *et al.*, Should smoking be banned in prisons? *Tob Control*. 2007;16(5):291-293.
34. Kennedy SM, Davis SP and Thorne SL, Smoke-free policies in U.S. Prisons and jails: A review of the literature. *Nicotine Tob Res*. 2015;17(6):629-635.
35. Picot-Ngo C and Protais C, Initiation et consommation de tabac chez les personnes détenues. *Tendances OFDT*. 2020(140):1-4.
36. Constance J and Peretti-Watel P, *La cigarette du pauvre*. *Ethnologie française*. 2010;40(3):535-542.
37. Protais C and Jauffret-Roustide M, *Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral. Résultats de l'enquête Circé sur la question du marché des drogues en prison. Rapport final à destination de la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice*. Paris : OFDT; 2019.
38. Binswanger IA, *et al.*, Prison tobacco control policies and deaths from smoking in United States prisons: population based retrospective analysis. *Bmj*. 2014;349:g4542.

39. Dickert J, *et al.*, Decreased Mortality Rates of Inmates With Mental Illness After a Tobacco-Free Prison Policy. *Psychiatr Serv.* 2015;66(9):975-979.
40. Puljević C and Segan CJ, Systematic Review of Factors Influencing Smoking Following Release From Smoke-Free Prisons. *Nicotine Tob Res.* 2019;21(8):1011-1020.
41. Spaulding AC, *et al.*, Smoking in Correctional Settings Worldwide: Prevalence, Bans, and Interventions. *Epidemiol Rev.* 2018;40(1):82-95.
42. Lincoln T, *et al.*, Resumption of smoking after release from a tobacco-free correctional facility. *J Correct Health Care.* 2009;15(3):190-196.
43. Clarke JG, *et al.*, Forced smoking abstinence: not enough for smoking cessation. *JAMA Intern Med.* 2013;173(9):789-794.
44. Ritter C, Tobacco use in prisons. *Bmj.* 2014; 349:g4946.
45. Khlal M, Legleye S and Bricard D, Migration-related changes in smoking among non-Western immigrants in France. *Eur J Public Health.* 2019;29(3):453-457.
46. Mahdjoub S, *et al.*, Evolution of smoking rates among immigrants in France in the context of comprehensive tobacco control measures, and a decrease in the overall prevalence. *BMC Public Health.* 2023;23(1):500.
47. Castañeda H, *et al.*, Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health.* 2015;36:375-392.
48. Lorenc T, *et al.*, What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67(2):190-193.
49. Rush B, Tiered Frameworks for Planning Substance Use Service Delivery Systems: Origins and Key Principles. *NAD Nordic Studies on Alcohol and Drugs.* 2010;27:617-636.
50. Bertrand K, Alunni-Mennichini K and Aubut V, Revue de littérature concernant le principe de "no wrong door" pour les adultes aux prises avec une consommation problématique d'alcool et de drogues., in *Faits saillants.* 2015, AIDQ : Montréal.REVOIR
51. Hser YI, McCarthy WJ and Anglin MD, Tobacco Use as a Distal Predictor of Mortality Among Long-Term Narcotics Addicts. *Preventive Medicine.* 1994;23(1):61-69.
52. Hartmann-Boyce J, *et al.*, Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2021(9).
53. Hartmann-Boyce J, *et al.*, Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2022(11).
54. Marmot M, The health gap: Doctors and the social determinants of health. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2017;45(7):686-693.