

Les risques de stigmatisation dans les interventions en santé publique

L'exemple d'une intervention d'aide au sevrage
tabagique dans une population d'apprentis

Sébastien Saetta, Laetitia Minary, Joëlle Kivits (EA
APEMAC, Université de Lorraine), Kate Frohlich
(ESPUM/DMSP, Université de Montréal)

Introduction

- **Programme COMET*** => Programme de recherche qui se greffe à un programme d'intervention d'aide au sevrage tabagique (programme RESIST), afin d'**étudier les mécanismes du sevrage tabagique dans une population d'apprentis** (2 Centres de Formation et d'Apprentissage).
- **Axe 4 du programme COMET => étudier les effets potentiellement stigmatisants de cette intervention**

*Programme coordonné par Laetitia Minary

Éléments de contexte

A partir des années 1960 (pays anglo-saxons), **processus de « dénormalisation » du tabac** = actions et politiques visant à dissuader la population de fumer et à renforcer l'idée que le tabagisme n'est ni désirable, ni normal (Bell, Salmon, Bowers, Bell, McCullough, 2010).

En France, loi Veil (1976), loi Evin (1991) et décret de 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif

Plan :

I/Dénormalisation, consommation et inégalités sociales

II/Dénormalisation, stigmatisation et inégalités sociales

III/Résultats provisoires

I/Dénormalisation, consommation et inégalités sociales

- Baisse 1970-2016 : 43 % à 34 % (fumeurs réguliers et occasionnels)
- 1980 => 35 % ; 1984 => 43 % ; 1990 => 40 % ; 2000 => 34 % ;
- 2005 => 30 % ; 2010 : 34 % ; 2016 = 34 %
- Relative stagnation depuis 1980
- Moins une stagnation qu'une redistribution :

Les chiffres

=> Entre 2000 et 2016, selon les données des baromètres santé (Pasquereau et al., 2017) :

* **Augmentation significative chez les personnes sans diplôme** (de 30,5 % à 38,9%) et **baisse significative chez les personnes ayant un diplôme supérieur au bac** (de 27,7 % à 21,1%)

* **Baisse chez les actifs** (30,4 % à 30,6%) **et les étudiants** (35,1 % à 27,7%), et **hausse chez les chômeurs** (de 40,9 % à 49,7%).

* **Augmentation significative pour les revenus du 1^{er} tercile** (31,9 % à 37,5%), et **baisse significative pour les revenus du 3^e tercile** (28,3 % à 20,9 %).

=> Consommation de tabac selon la PCS (Baromètre santé 2014) :

Ouvriers 38 % / Employés 29% / Artisans commerçants et chefs d'entreprises 28%

/Professions intermédiaires 23%/Agriculteurs 21 %/**Cadres 19%**

Les raisons

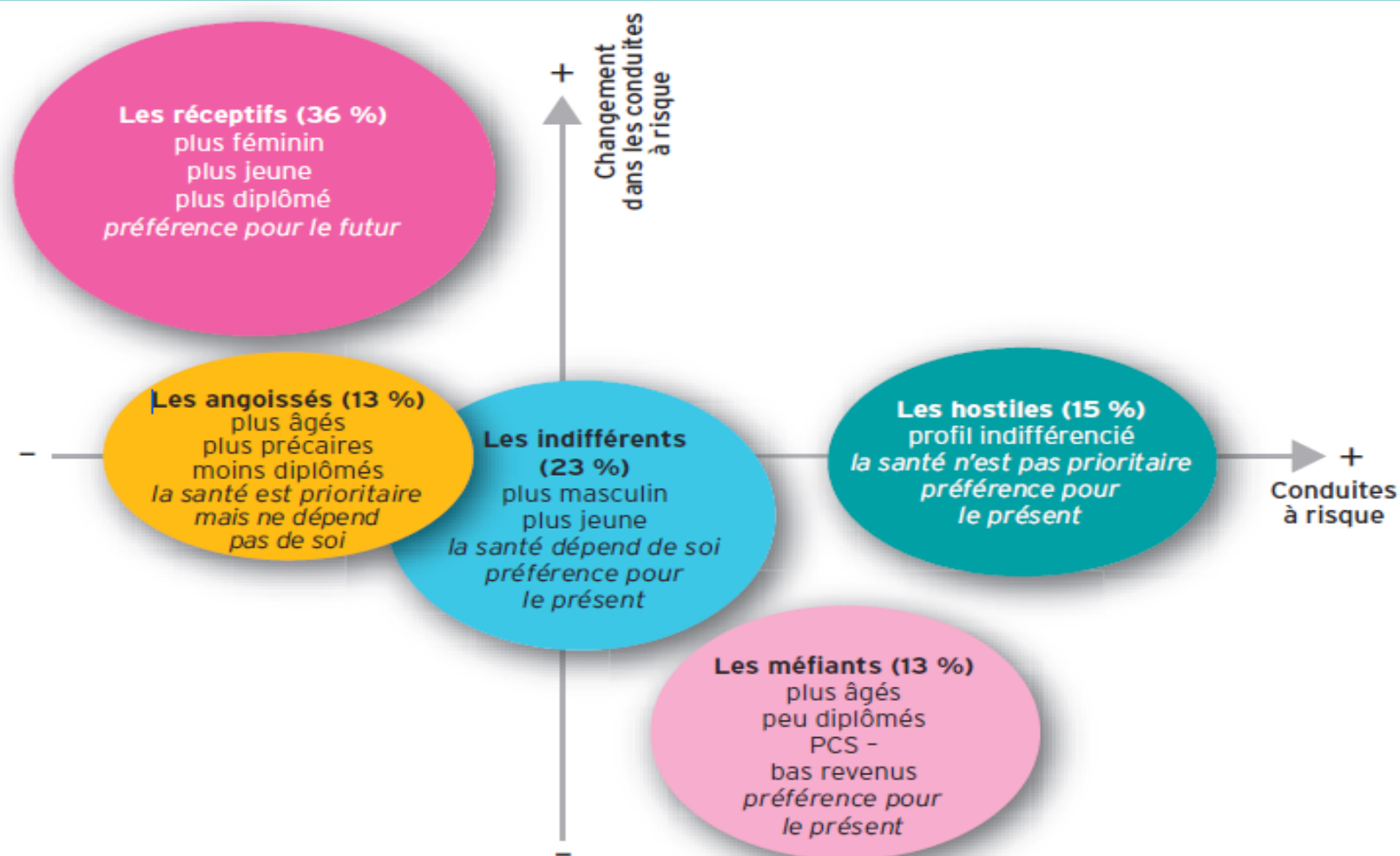
=>Théorie de la dissonance cognitive (Gallopel, Lesage, 2009)

- **Stratégies d'actions** (changement du comportement)
- **Stratégies cognitives de défense** (rejet ou renforcement)

=>Réception des campagnes et caractéristiques socio-démographique (Peretti-Watel, Constance, 2009)

Les raisons

Figure 4. Degré de changement des comportements de santé en fonction des conduites à risque initiales et des profils de récepteurs



Les raisons

*(Constance, Peretti-Watel, 2010, Peretti-Watel, 2012 ; Peretti-Watel, Constance, 2009)

« Culture du pauvre » => Méfiance vis à vis des élites, contestation du discours dominant + Ancrage dans le présent

*Tentatives d'arrêt (60%) => « l'envie d'arrêter de fumer est indépendante du niveau de diplôme, du niveau de revenu par UC, de la situation professionnelle et de la PCS » (Guignard et al. 2015)

*Cigarette = « l'anxiolytique du pauvre », produit de première nécessité, compagnon de route face au stress et à l'ennui (Peretti-Wattel, 2012).

II Dénormalisation, stigmatisation et inégalités sociales

Les fumeurs sont-ils stigmatisés ?

« *We apply the term stigma when elements of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination co-occur in a power situation* » (Link, Phelan, 2001)

-*Processus d'étiquetage*

-*Stéréotypes négatifs* (Goldstein, 1991 ; Kim, Shanahan, 2003 ; Chapman, Freeman, 2007 ; Stuber, Galea, Link, 2008)

-*Processus de séparation* ('il fume' versus 'c'est un fumeur')

-*Discrimination* : Ségrégation spéciale ; Emploi et assurance (Hall, 2005 ; Kohler & Righton ; 2006) ; *Self-stigma* (honte, peur, culpabilité)

=>*Relation de pouvoir*

II Dénormalisation, stigmatisation et inégalités sociales

Stigmatisation et inégalités sociales et stigmatisation

- * Arrivent moins à arrêter et peuvent être donc davantage stigmatisés...
- * Le tabagisme = une pratique de « pauvres » => stigmatisation
- * Les fumeurs en bas de l'échelle sociale *se sentent-ils* stigmatisés ?
Résultats discordants => (Farrimond, Joffe, 2006) *versus* (Stuber, Galea, Link 2006 ; Hammond et *al.*, 2006).
=> *Risque de stigmatisation* (dépend du contexte)

Les programmes RESIST et COMET

Étude Tabado (Minary et al., 2011) =>

*Proportion importante de fumeurs au CFA (52 % et 48,6 % des « gros » fumeurs = + de 10 cigarettes/jours)

*Tentatives d'arrêt nombreuses (62%)

Mettre en place au sein d'une population estimée « vulnérable » et se trouvant plutôt au milieu et en bas de l'échelle sociale, une proposition d'aide à l'arrêt (Resist), et de veiller à ce que cette intervention ne soit pas stigmatisante (Axe 4 de Comet).

III Résultats provisoires

- 11 entretiens individuels et 2 focus groups avec des fumeurs qui ne participent pas à Resist
- 8 entretiens individuels et focus group avec des fumeurs qui participent à Resist
- 1 entretien avec une non-fumeuse
- Observations de conférences et de séances collectives avec médecin et participants

Les zones fumeur au sein des CFA



Extrait du diaporama de la conférence d'intervention

ET PHYSIQUEMENT



FUMEUR

NON
FUMEUR



FUMEUR

NON
FUMEUR



Conclusion

=> Difficile de parler de stigmatisation en général (dépend des contextes et des situations)

=> Programme Resist = dénormalisation sans stigmatisation ?

Peut-on dénormaliser sans stigmatiser ?

=> Notion d'efficacité : les actions anti-tabac qui aident une partie de la population mais en stigmatisent une autre partie peuvent-elles être qualifiées d'efficaces ?



FUMER, C'EST ÊTRE L'ESCLAVE DU TABAC.



DVF

LES NON-FUMEURS SONT
DU PIRE CÔTÉ DE LA CIGARETTE

Avec 4000 substances chimiques dont 50 cancérogènes,
la fumée passive est encore plus nocive que la fumée inhalée par le fumeur.
drnicodexantumeurs.fr



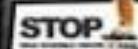
ÇA RESTE DANS TES CHEVEUX.
FUMER, C'EST PAS ATTIRANT.



FUMER C'EST SE TUER



جمعية Raja Talana للوقاية من السرطان
ASSOCIATION RAJA TALANA DE LUTTE CONTRE LE CANCER



31 MARS JOUR MONDIAL LES ANTI-TABAC



Une touche
glamour? Non, un
cancer de la bouche.

Protégez les femmes
de la forme de tabac
de la publicité.

CHIQUER
C'EST
MOCHE

Merci de votre attention

Financement: « Priorité tabac 2017- Programme de recherche et d'interventions pour réduire le tabagisme et infléchir la prévalence des cancers liés au tabac »
Institut national du cancer/ Ligue contre le cancer/DGS/MILDECA/Fondation ARC

