

Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique

SYNTHÈSE

Juin 2018

Sommaire

Mise en contexte	1
Principaux constats issus d'écrits scientifiques	2
Recommandations d'organismes de santé publique	3
Mesures et interventions implantées au Québec	4
Perspectives d'action pour le Québec	5
Prochains défis	8

Mise en contexte

Au Québec, la lutte contre le tabagisme demeure une priorité de santé publique : près de 13 000 Québécois et Québécoises décèdent chaque année de maladies liées à leur usage de tabac (Dobrescu et coll., 2017). Malgré un important recul du tabagisme au cours des 25 dernières années, près de 1,4 million de Québécois âgés de 18 ans et plus affirmaient faire usage de tabac en 2013-14, ce qui représente 22 % de la population adulte du Québec (Statistique Canada, 2015). Par contre, si on examine la prévalence par niveau socioéconomique, on observe de grandes disparités : 30 % des Québécois qui habitent dans les secteurs les plus défavorisés fument comparativement à 15 % des Québécois qui demeurent dans les quartiers les plus favorisés (Lasnier et coll., à paraître). Ces inégalités en matière de tabagisme se traduisent en des inégalités en matière de morbidité et de mortalité prématurée étant donné les fortes associations entre l'usage du tabac et les maladies cardiovasculaires et différentes formes de cancer dont le cancer du poumon (OMS-Europe, 2014; NCI-OMS, 2016; CDC, 2015).

La stratégie de lutte contre le tabagisme mise en place dans une société doit favoriser l'équité et faire en sorte que les fumeurs de tous les milieux socioéconomiques aient une chance égale d'arrêter de fumer, c'est-à-dire qu'ils soient motivés à cesser de fumer, qu'ils s'engagent dans une démarche de renoncement au tabac et qu'ils utilisent des méthodes reconnues efficaces pour cesser de fumer (CDC, 2015). Il importe donc de s'intéresser aux meilleures pratiques pour favoriser l'équité en matière d'arrêt tabagique.

Ce feuillet constitue un résumé d'une synthèse des connaissances sur les mesures et interventions efficaces ou prometteuses pour réduire les inégalités en matière de renoncement au tabac (Bergeron et Tremblay, 2018).

Principaux constats issus d'écrits scientifiques

L'analyse d'écrits scientifiques publiés depuis 2005 permet de dresser plusieurs constats quant à l'impact sur l'équité en matière d'arrêt tabagique de différentes mesures (Bergeron et Tremblay, 2018). Lorsque l'impact d'une mesure sur l'équité est positif, c'est que celle-ci a plus d'effets chez les groupes défavorisés. Un impact neutre signifie que les effets sont similaires chez tous les groupes sociaux alors qu'un impact négatif indique que la mesure est moins efficace chez les groupes défavorisés.

- Les interventions de soutien par les intervenants ont un impact plutôt négatif sur l'équité et plusieurs des interventions analysées n'ont obtenu aucun effet chez les fumeurs défavorisés.
- C'est aussi le cas d'interventions de soutien combinées à une utilisation d'aides pharmacologiques. Toutefois, lorsque des efforts substantiels sont consentis pour rejoindre les populations défavorisées, notamment par une offre de services de proximité, une plus grande proportion utilise les services et tente de cesser de fumer.
- Peu d'études ont examiné l'impact sur l'équité des lignes téléphoniques de soutien à l'arrêt. Cependant, deux études récentes indiquent qu'il est possible d'obtenir des taux de renoncement au tabac intéressants lorsque l'on incite de façon proactive les fumeurs défavorisés à utiliser le soutien offert par les intervenants d'une ligne téléphonique en combinaison avec une aide pharmacologique.
- Il est difficile de se prononcer sur l'impact en matière d'équité des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique en raison du faible nombre d'études sur cet aspect. Aux Pays-Bas, l'implantation d'une mesure nationale de remboursement de médicaments d'aide à l'arrêt tabagique, accompagnée d'une campagne médiatique, a mené à une augmentation significative des tentatives de renoncement au tabac et des taux de succès chez tous les groupes sociaux.
- Les sites internet et les services de messagerie texte auraient un impact généralement négatif sur l'équité. Toutefois, le taux d'arrêt tabagique serait plus élevé lorsque l'on porte une attention particulière aux populations défavorisées lors du développement du site internet et qu'on le valide auprès d'elles pour son acceptabilité.
- Des campagnes télévisées, à contenu hautement émotif, portant sur les conséquences néfastes de l'usage du tabac, largement diffusées et soutenues dans le temps seraient efficaces auprès de tous les groupes sociaux, y compris les fumeurs défavorisés.
- La hausse des taxes sur les produits du tabac est la seule mesure qui a un impact généralement positif sur l'équité en matière d'arrêt tabagique, les groupes défavorisés étant plus sensibles aux fluctuations de prix du tabac que les groupes plus favorisés. Cette sensibilité se traduirait par une diminution du nombre de cigarettes fumées, par davantage de tentatives de renoncement au tabac et par une réduction de la prévalence du tabagisme.
- La mise en place d'interdictions de fumer dans divers lieux inciterait davantage les fumeurs plus favorisés à renoncer au tabac. Cependant, lorsque ces restrictions s'appliquent à grande échelle, par exemple au niveau d'un pays, elles auraient plus de chances d'être bénéfiques chez tous les groupes sociaux.
- Malgré le faible nombre d'études portant sur les mises en garde sur les emballages de produits du tabac, cette mesure aurait un impact sur l'arrêt tabagique semblable chez tous les groupes sociaux.
- Enfin, même si plusieurs des études portant sur les stratégies globales de lutte contre le tabagisme montrent un impact neutre sur l'équité en matière de renoncement au tabac et de prévalence du tabagisme, ce champ de recherche est encore trop peu développé pour tirer des conclusions définitives.

Recommandations d'organismes de santé publique

Des constats et recommandations similaires ont été émis par différents organismes reconnus en santé publique tels que l'Organisation mondiale de la Santé, les *Centers for Disease Control and Prevention* et le *National Cancer Institute* des États-Unis (OMS-Europe, 2014; CDC, 2015; NCI-OMS 2016) :

- Les services de soutien à l'arrêt tabagique ne rejoindraient pas toujours adéquatement les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique. Il est recommandé d'augmenter l'accessibilité et l'acceptabilité des services en réduisant les barrières financières, géographiques et culturelles. À titre d'exemples : offrir gratuitement ou à peu de frais des services de soutien et des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique reconnues efficaces; mettre en place une ligne téléphonique de soutien offrant le service en plusieurs langues et y diriger des patients à partir de leur dossier médical informatisé.
- Il importe aussi d'offrir des services de soutien dans un ensemble de lieux, y compris dans des endroits à l'extérieur des milieux de soins.
- Afin que les campagnes rejoignent efficacement les gens de tous les groupes socioéconomiques, il importe de privilégier l'utilisation de la télévision, de s'assurer d'une diffusion intensive des messages, d'utiliser des témoignages à caractère émotif et de choisir les bons moments de diffusion. Les campagnes grand public peuvent rejoindre efficacement tous les groupes sociaux, mais elles doivent présenter une diversité de gens et de situations.
- L'augmentation du prix des cigarettes par la taxation est la mesure qui aurait le plus d'impact pour réduire les inégalités. Il est admis qu'une augmentation de 10 % du prix des cigarettes réduit la consommation de 4 %. Pour un impact maximal, il importe d'augmenter aussi le prix des marques à rabais et des autres produits du tabac.
- Les interdictions de fumer contribuent à offrir un environnement qui incite les fumeurs à cesser de fumer et facilite leur démarche. Les restrictions à l'usage du tabac seraient moins acceptées et respectées dans les milieux de travail où prédomine le travail manuel ou routinier. Il est donc recommandé de renforcer l'application des lois dans ces milieux.
- Les mises en garde relatives à la santé sur les emballages affecteraient également les fumeurs de tous les groupes socioéconomiques bien que les preuves à cet égard soient encore préliminaires. Les avertissements illustrés rejoindraient un plus large auditoire, notamment les gens analphabètes. Pour rendre cette mesure encore plus équitable, il est proposé d'afficher des mises en garde ciblant des groupes spécifiques dans plusieurs langues.
- Des avenues prometteuses ont aussi été identifiées : utilisation des nouvelles technologies; interventions en milieux de travail; offre d'incitatifs financiers aux fumeurs qui s'engagent dans une démarche de renoncement au tabac; adoption de l'emballage neutre.

Mesures et interventions implantées au Québec

Depuis le début des années 2000, le Québec a favorisé l'implantation de nombreux services en vue de soutenir les fumeurs dans leur démarche de renoncement au tabac (Tremblay et Roy, 2013). Ainsi, plus de 150 centres d'abandon du tabagisme ont été mis en place à la grandeur du Québec, la ligne téléphonique et le site internet *j'Arrête* ont vu le jour et le Service de Messagerie texte pour Arrêter le Tabac (SMAT) a été implanté. Les professionnels de la santé ont été mobilisés à intervenir auprès de leur clientèle fumeuse et un acte de counseling préventif sur le renoncement au tabac a été instauré pour les médecins de famille, ce qui envoie un message clair sur l'importance d'aborder l'usage et l'abandon du tabac avec tous les clients et patients qui consultent. Notons que cet acte spécifique est maintenant intégré à ceux relatifs à la visite de prise en charge et au suivi du patient inscrit. Aussi, des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique ont été ajoutées à la liste des médicaments remboursés par le régime public d'assurance médicaments du Québec, réduisant de façon substantielle le coût encouru pour les fumeurs désirant les utiliser.

En plus de ces services et outils de soutien devenus disponibles pour les fumeurs, le gouvernement québécois a financé la tenue de plusieurs campagnes médiatiques annuelles ayant un haut taux de pénétration et dont plusieurs font appel à des témoignages hautement émotifs sur les effets néfastes de l'usage du tabac. Deux lois ont été adoptées en 2005 et 2015 limitant de plus en plus le nombre d'endroits où il est permis de fumer. Enfin, quatre hausses de taxes sur les produits du tabac vendus au Québec sont survenues entre décembre 2003 et juin 2014, le prix demeurant cependant le plus bas au pays.

L'analyse de plusieurs données administratives révèle que les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique ont été rejoints, dans une certaine mesure, par les différents services :

- L'on retrouve une plus grande proportion de fumeurs moins scolarisés rejoints par la ligne téléphonique *j'Arrête* que la proportion observée chez l'ensemble des fumeurs québécois (Stich et Tissot, 2015).
 - Selon des données recueillies en 2013-2014 auprès de participants à un projet pilote de messagerie texte, la proportion de fumeurs moins scolarisés est plus élevée que celle retrouvée chez les fumeurs québécois (Tissot et Stich, 2015).
 - Enfin, la proportion de prestataires d'assistance-emploi ayant bénéficié de la mesure gouvernementale de remboursement d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique entre 2000 et 2004 est plus grande que celle des autres personnes assurées par le régime public, soit les personnes âgées de 65 ans et plus et les adhérents ne pouvant souscrire un régime privé d'assurances (Tremblay et coll., 2009).
- Plus de 60 % des clients des centres d'abandon du tabagisme n'occupent pas d'emploi comparativement à 27 % parmi les fumeurs québécois (Montreuil, 2012).

Perspectives d'action pour le Québec

Voici quelques éléments de réflexion qui émergent de la littérature scientifique et des écrits des organismes de santé publique afin de favoriser l'équité des interventions et mesures de renoncement au tabac. Ces éléments sont présentés au regard des services et des mesures déjà en place au Québec.

Augmenter les taxes de façon régulière

Au Québec, entre décembre 2003 et juin 2014, quatre hausses de taxes sur les produits du tabac sont survenues. Toutefois, le niveau de taxation des divers produits du tabac vendus au Québec demeure le moins élevé au Canada. En février 2017, le montant de taxes prélevé sur 200 cigarettes était de 29,80 \$ au Québec alors qu'il était de 37,58 \$ en Ontario et de 67,20 \$ au Manitoba, la province où le taux est le plus élevé (Société canadienne du Cancer, 2017).

Depuis trois ans, aucune hausse de la taxe d'accise sur les produits du tabac n'a eu lieu au Québec. Ainsi, il serait souhaitable d'envisager une hausse de taxes substantielle et, à l'instar de l'Ontario, d'indexer annuellement la taxe spécifique sur les produits du tabac (Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2017). La hausse des taxes devrait aussi s'appliquer aux cigarettes à rabais et aux autres produits du tabac pour en maximiser l'impact auprès des populations moins nanties et éviter ainsi un déplacement des achats vers des produits moins dispendieux (Giskes et coll. 2007; Brown et coll. 2014).

Il importe également de poursuivre la lutte contre la contrebande des produits du tabac où des gains ont été réalisés au cours des dernières années. En effet, en dépit des hausses de taxes survenues depuis 2003, les achats de produits issus de la contrebande sont demeurés stables et ils sont relativement bas depuis 2010 (Guindon et coll., 2016).

Offrir des services de renoncement au tabac de proximité, flexibles, adaptés et bien promus

Des services de proximité

Les fumeurs issus de groupes sociaux moins avantagés réussiraient moins à arrêter de fumer que ceux issus de groupes plus avantagés, et ceci même lorsqu'ils ont recours à des services de soutien. Une façon de compenser cette difficulté a été, dans certains pays, d'inciter plus de gens issus de ces milieux à faire appel aux services. En Angleterre, cela s'est fait en priorisant la mise en place de services dans les quartiers défavorisés, ce qui a permis de réellement attirer plus de gens issus de ces milieux (Bauld et coll., 2009). Au Québec, l'on pourrait considérer offrir davantage de services de soutien à l'arrêt tabagique dans les quartiers défavorisés.

Une autre expérience anglaise intéressante fut celle d'offrir des services de soutien à l'arrêt tabagique sans rendez-vous dans une unité mobile visitant divers endroits publics dans des quartiers défavorisés (stationnements de supermarchés, de centres communautaires et parcs industriels) (Venn et coll., 2016). Un grand nombre de travailleurs manuels et de fumeurs n'ayant jamais accédé aux services standards offerts sur rendez-vous dans les centres de santé fut ainsi rejoint. Une expérience similaire qui a eu lieu en Ontario a suscité beaucoup d'intérêt (Hyndman et coll., 2016). Une telle intervention serait envisageable au Québec étant donné que l'on offre déjà des services de dépistage de cette façon ainsi qu'un site d'injection supervisé ambulancier.

Offrir certains services à l'extérieur des milieux de soins et dans des endroits fréquentés par les clientèles visées pourrait être une alternative intéressante pour les fumeurs hésitant à consulter en milieux de soins, que ce soit en raison d'une peur d'être jugé ou d'une méfiance envers le système de santé (Murray et coll., 2009; Roddy et coll., 2006). Ainsi, l'offre de services dans les centres d'éducation pour adultes, dans divers milieux de travail et dans les organismes communautaires permettrait de rejoindre les fumeurs qui fréquentent ces lieux. Cela s'est fait avec succès aux États-Unis et en Australie (Christiansen et coll., 2015 ; Purcell et coll., 2015).

Des services flexibles et adaptés

Traditionnellement, il était admis que les gens de milieux moins avantagés sur le plan socioéconomique avaient moins accès à un ordinateur et internet, ce qui n'est plus le cas depuis l'avènement des téléphones intelligents. Les nouvelles technologies ouvrent donc une toute nouvelle voie et une autre façon de joindre un public diversifié et ceci, d'une façon flexible et sans jugement. Le site québécois *j'Arrête*, complètement revu en 2016, pourrait être validé auprès de fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique pour vérifier son acceptabilité. Des ajustements en fonction des commentaires recueillis permettraient de mieux rejoindre et informer cette clientèle.

Intégrer aux services d'abandon du tabac un système de référence mettant en lien les fumeurs défavorisés avec des ressources de leur milieu leur permettant de trouver des solutions aux situations stressantes qu'ils vivent, serait une piste d'intervention à considérer (Pisinger et coll., 2011; Twyman et coll., 2014). En ce sens, l'étude de Haas et de ses collègues a démontré que les fumeurs ayant utilisé les références personnalisées à des organismes communautaires actifs dans diverses problématiques (recherche d'emploi, alphabétisation, activité physique, etc.) avaient cessé de fumer dans des proportions plus grandes que les fumeurs n'ayant pas fait appel à ces ressources (Haas et coll., 2015).

Des services bien promus

Selon certaines études, certains fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique, à l'instar d'autres fumeurs, considèrent que la volonté est suffisante pour cesser de fumer avec succès (Christiansen et coll., 2015). Ils jugent parfois que le counseling n'est pas plus efficace que d'autres méthodes et que la pharmacothérapie est dangereuse et entraîne une dépendance. Nous ne possédons pas beaucoup de données sur ces croyances chez les fumeurs québécois, mais il est plausible que de telles perceptions soient partagées aussi au Québec (O'Neill, 2013). Ainsi, il est essentiel de promouvoir tant l'efficacité que la sécurité des services mis en place au Québec depuis le début des années 2000.

Plusieurs campagnes de promotion des services de renoncement au tabac ont eu lieu depuis 2002 et elles ont fait appel à une variété de canaux de communication : télévision, radio, panobus, internet, facebook, etc. (Tremblay et Roy, 2013). De plus, elles ont

ciblé une variété de milieux dont les milieux d'enseignement et les milieux de travail. Il est souhaitable de poursuivre ces efforts visant à faire connaître les services de renoncement au tabac aux fumeurs de tous les milieux socioéconomiques. L'utilisation de modalités variées de promotion des services qui rejoindraient davantage les populations défavorisées serait aussi à examiner : boîtes aux lettres, métro, organismes communautaires, etc.

Par ailleurs, recruter de façon proactive les fumeurs issus de groupes défavorisés pour qu'ils se prévalent des services d'arrêt tabagique devrait être envisagé. Des expériences fructueuses ont eu lieu aux États-Unis (Haas et coll., 2015; Fu et coll., 2016) et plusieurs moyens peuvent être utilisés pour intéresser les fumeurs à utiliser les services de renoncement : appels téléphoniques, dossiers des patients, recrutement par la poste.

Soutenir l'utilisation d'une pharmacothérapie lorsque nécessaire

Au Québec, des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique de trois catégories (thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), bupropion et varénicline) sont remboursées à raison de 12 semaines consécutives une fois par année par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Les régimes d'assurance privés sont tenus d'offrir une couverture semblable. L'obligation d'avoir une prescription médicale pour avoir droit au remboursement au début des années 2000 a été modifiée par la mise en place d'ordonnances collectives par les directeurs régionaux de santé publique, ordonnances qui ne sont toutefois plus en vigueur depuis mars 2018 dans la plupart des régions. Qui plus est, les pharmaciens, les infirmières et prochainement les inhalothérapeutes dûment formés peuvent prescrire une TRN aux fumeurs qui souhaitent utiliser ces médicaments pour cesser de fumer. Ces modalités permettent ainsi aux fumeurs d'être remboursés sans avoir à consulter leur médecin, ce qui pouvait s'avérer une barrière dans plusieurs cas étant donné que d'une part, tous n'ont pas de médecin de famille et que d'autre part, il peut s'écouler beaucoup de temps entre la prise et l'obtention d'un rendez-vous.

Concernant les fumeurs plus dépendants, il n'est pas possible de prolonger le traitement de TRN au-delà des 12 semaines couvertes par le régime public. Sur appel du pharmacien à la Régie de l'assurance maladie du Québec, les fumeurs qui en ont besoin peuvent être remboursés pour des doses plus élevées de TRN. Précisons également que deux types de TRN ne sont actuellement pas remboursés par le régime québécois d'assurance médicaments, soit le vaporisateur buccal et l'inhalateur. Or, les études ont démontré que ces deux produits augmentent le taux de renoncement au tabac au même titre que la gomme, le timbre ou la pastille de nicotine. Enfin, il est possible d'obtenir un remboursement de médicaments d'aide à l'arrêt tabagique une seule fois par année par catégorie (TRN, bupropion et varénicline). Un fumeur qui fait une rechute de son tabagisme ne peut donc pas se prévaloir de la mesure de remboursement s'il fait une nouvelle tentative moins d'un an après avoir été remboursé et s'il souhaite utiliser le même médicament.

Il serait donc avisé d'examiner la pertinence de proposer certains ajustements à la couverture actuelle des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique par le programme québécois d'assurance médicaments : inclusion de TRN non couvertes, remboursement de traitement prolongé, plus d'une fois par année, etc.

Poursuivre de façon prolongée les campagnes médiatiques à caractère émotif

Depuis plusieurs années, les campagnes médiatiques durant la semaine québécoise de sensibilisation aux méfaits de l'usage du tabac en janvier font appel à des personnalités artistiques et sportives bien connues des Québécois et utilisent des témoignages très émotifs sur les effets du tabac sur leur propre santé ou sur la santé de leurs proches. Ces campagnes ont gagné au fil du temps une grande notoriété. Il serait toutefois souhaitable que ces campagnes se déroulent sur une période de temps prolongée comme le suggèrent les écrits scientifiques et les grands organismes de santé publique. De plus, il serait pertinent de s'assurer que ces campagnes télévisées qui sont aussi diffusées sur les plateformes électroniques rejoignent tous les groupes sociaux de fumeurs dont les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique.

Intensifier la mise en œuvre d'une stratégie globale de lutte contre le tabagisme

Plusieurs écrits scientifiques portant sur l'impact en matière d'équité d'une stratégie de lutte contre le tabagisme à plusieurs composantes indiquent un impact neutre en matière de renoncement au tabac et de prévalence du tabagisme. En dépit d'une complexité certaine à mesurer un tel impact, les stratégies mises en place avec intensité et sur une longue période s'avèrent plus profitables pour tous les groupes socioéconomiques (Bosdriesz et coll., 2015).

L'implantation d'un ensemble de mesures permet la transformation d'une norme sociale et l'avènement d'une norme où une société sans fumée est valorisée. La progression de cette norme sociale permet ensuite le soutien de la population à la mise en place de mesures comme les hausses de taxes qui elles, seraient les mesures les plus favorables à l'équité (Thomas et coll., 2008). Rappelons que cette transformation de la norme sociale peut prendre du temps, surtout dans les milieux plus affectés par le tabagisme et qu'il faut en conséquence allouer le temps nécessaire à l'obtention de résultats. Il importe donc d'intensifier la stratégie québécoise de lutte contre le tabagisme mise en place pour non seulement continuer à faire des gains dans la réduction du tabagisme chez la population en général, mais également, pour faire des gains en matière d'équité.

Prochains défis

Vers une approche de réduction des méfaits?

Les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique sont en général plus dépendants du tabac que les fumeurs plus favorisés et donc, vivraient plus fréquemment des échecs lorsqu'ils font une tentative de renoncement au tabac (OMS Europe 2014). Il est donc essentiel de considérer l'abandon du tabac comme un processus qui se fera sur une période plus ou moins prolongée en fonction du niveau de dépendance et des difficultés rencontrées lors de la tentative d'arrêt tabagique.

Envisager une approche telle que l'approche de réduction des méfaits pourrait être une avenue intéressante à considérer pour les fumeurs qui ne parviennent pas ou ne veulent pas cesser de fumer complètement dans l'immédiat. Dans le domaine du contrôle du tabac, cette approche est définie par plusieurs auteurs comme une réduction du nombre de cigarettes fumées (ou autres produits du tabac fumés) avec pour objectif de réduire les méfaits associés à leur usage (Lindson-Hawley et coll., 2016). Pour y parvenir, le fumeur peut simplement modifier son comportement ou encore substituer des cigarettes par des formes moins nocives de produits du tabac, des produits contenant de la nicotine ou des produits pharmaceutiques (Lindson-Hawley et coll., 2016). Pour d'autres auteurs, cette approche inclut aussi a) une abstinence complète des produits du tabac jumelée à un usage de produits de nicotine, b) une abstinence temporaire de produits du tabac ou c) une diminution du nombre de cigarettes fumées avant le renoncement complet (National Institute for Health and Care Excellence NICE, 2013). Ainsi, l'approche de réduction des méfaits n'est pas incompatible avec le renoncement au tabac à plus long terme et elle peut même s'avérer une phase transitoire vers l'arrêt tabagique (Lindson-Hawley et coll., 2016). De plus, elle pourrait permettre de réduire les risques à la santé des fumeurs et de leur entourage durant cette période de transition. Cette diminution de risques variera selon le type et la quantité de produits du tabac consommés.

Une revue Cochrane publiée sur le sujet en 2016 a examiné l'efficacité de différents produits sur la consommation de tabac de fumeurs n'ayant pas l'intention de cesser de fumer dans l'immédiat : TRN, bupropion, varénicline, snus, cigarettes à faible teneur en nicotine ou cigarettes électroniques (Lindson-Hawley et coll., 2016). Selon cette recension, l'utilisation de la TRN est la seule stratégie actuellement démontrée efficace, les autres produits n'ayant pas fait l'objet d'un nombre suffisant d'études rigoureuses pour se prononcer. Les auteurs ont réalisé une méta analyse de huit essais contrôlés randomisés et les résultats indiquent que les fumeurs ayant utilisé une TRN avaient près de deux fois plus de chances d'avoir réduit leur consommation de tabac de plus de la moitié, six mois plus tard, comparativement à des fumeurs ayant utilisé un placebo (Lindson-Hawley et coll., 2016). Ils ont aussi observé qu'ils avaient environ deux fois plus de chances d'avoir cessé de fumer (Lindson-Hawley et coll., 2016). À noter que la durée d'utilisation des TRN variait de quatre à 18 mois. Ainsi, l'utilisation des TRN pourrait aider les fumeurs qui ne renoncent pas au tabac à diminuer leur consommation de tabac et surtout les amener à cesser de fumer complètement.

Plusieurs professionnels investis dans la lutte contre le tabagisme se questionnent sur le bien-fondé de l'approche de réduction des méfaits. Ils craignent, par exemple, que cette approche démotive les fumeurs à renoncer au tabac ou qu'elle incite les non-fumeurs et les ex-fumeurs à utiliser des produits du tabac sous prétexte qu'il est sécuritaire d'en consommer une petite quantité. Il serait donc pertinent d'analyser les avantages et les inconvénients d'une telle approche pour le Québec en portant un regard attentif sur le bien-fondé de la proposer chez les fumeurs plus dépendants. À cet égard, l'expérience de pays comme le Royaume-Uni, pays qui autorise depuis 2010 la TRN sans restriction de durée pour tous les fumeurs, tant ceux qui souhaitent renoncer au tabac que ceux qui ne veulent pas cesser de fumer, représente une mine d'informations à examiner.

La cigarette électronique

Qu'en est-il de la cigarette électronique avec nicotine, produit récemment apparu sur le marché québécois? Ce dispositif suscite une grande controverse au sein de la communauté scientifique et de santé à travers le monde. Alors qu'il est de plus en plus reconnu que ce produit est

nettement moins néfaste pour la santé que la cigarette de tabac, on ignore toujours les effets de son utilisation à long terme. La cigarette électronique avec nicotine serait prometteuse comme outil d'aide à l'arrêt tabagique, et surtout, elle aurait le potentiel de rejoindre davantage de fumeurs que les produits de remplacement de la nicotine (Glasser et coll., 2017), possiblement en raison de ses caractéristiques qui l'éloignent de l'apparence d'un médicament et permettent de satisfaire la gestuelle associée à l'usage de la cigarette. Toutefois, pour ces mêmes raisons, on craint que la cigarette électronique normalise à nouveau le geste de fumer et/ou qu'elle soit à l'origine d'un phénomène de passerelle vers la cigarette de tabac chez de jeunes utilisateurs.

Hartmann-Boyce et ses collègues ont publié en 2016 une revue Cochrane des études sur l'efficacité de la cigarette électronique comme outil d'aide à l'arrêt tabagique. Seuls deux essais contrôlés randomisés ont été retenus par les auteurs et une méta analyse de ces études a démontré que la cigarette électronique avec nicotine serait plus efficace que la cigarette électronique sans nicotine et qu'elle serait aussi efficace que le timbre de nicotine (Hartmann-Boyce et coll., 2016). Les auteurs affirment toutefois que le niveau de preuves est faible étant donné le petit nombre d'études recensées. Comme plusieurs études rigoureuses sont en cours, il sera possible, prochainement, de statuer avec plus de certitude sur l'efficacité de la cigarette électronique comme outil d'aide au renoncement au tabac.

Au Québec, depuis novembre 2015, la cigarette électronique est assujettie aux dispositions de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme, la rendant ainsi beaucoup moins accessible et visible aux jeunes de moins de 18 ans : interdictions de vente aux mineurs, d'étalage dans les points de vente où les mineurs ont accès, d'usage dans les lieux publics, de publicité, etc. Elle demeure toutefois disponible pour les fumeurs âgés de 18 ans ou plus qui souhaitent l'utiliser.

Face à la controverse entourant la cigarette électronique, il apparaît essentiel de suivre de près l'évolution des connaissances scientifiques et de documenter son usage chez différents groupes de la population québécoise, dont les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.

La recherche et l'évaluation de projets pilotes

Peu d'études portant sur l'équité en matière de renoncement au tabac proviennent du Québec et du Canada. L'évaluation des interventions mises en place au Québec, tant au niveau de l'implantation que des retombées, est primordiale pour dégager des constats permettant l'amélioration continue des services offerts. Également, il serait pertinent de soutenir l'innovation et de mettre en place des projets pilotes et de les évaluer. Ce faisant, il serait possible de contribuer au développement des connaissances relatives aux meilleures façons de soutenir le renoncement au tabac des Québécois de tous les milieux socioéconomiques.

La lutte à la pauvreté

Les inégalités en matière de tabagisme, comme l'ensemble des inégalités en matière de santé, prennent racine dans la répartition inégale des richesses et des chances dans les sociétés. La position sociale des gens influence directement l'accès à une éducation de qualité, à un emploi bien rémunéré ainsi qu'à des conditions de vie et de logement décentes (OMS-Europe, 2014). Plusieurs facteurs qui découlent de ces inégalités sociales influencent directement le tabagisme : être isolé socialement, vivre plus de situations stressantes et avoir moins de ressources pour y faire face, être plus exposé au tabagisme dans son réseau social, avoir moins de chances de pouvoir s'absenter du travail ou de ses obligations familiales pour avoir recours à des services de santé dont des services de renoncement au tabac (OMS-Europe, 2014 ; NCI-OMS, 2016).

Il est indéniable que les mesures, politiques et interventions à mettre en place pour promouvoir l'équité en matière d'arrêt tabagique doivent s'étendre à l'extérieur des uniques stratégies de lutte contre le tabagisme. Pour espérer faire des gains à long terme, il faut poursuivre le déploiement de politiques publiques de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale (CDC-2015). Bien que le Canada et le Québec fassent bonne figure en matière de protection sociale, il importe de continuer à développer et investir dans les programmes sociaux, le développement des jeunes enfants et l'éducation qui constituent des investissements certains pour une société en santé et une réduction des inégalités.

Références

- Bauld, L., Bell, K., McCullough, L., Richardson, L., & Greaves, L. (2009). The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health*, 32(1), 71-82.
- Bergeron P., Tremblay M. (2018). Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Bosdriesz, J. R., Nagelhout, G. E., Stronks, K., Willemssen, M. C., & Kunst, A. E. (2015). The association between tobacco control policy and educational inequalities in smoking cessation in the Netherlands from 1988 through 2011. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(11), 1369-1376.
- Brown, T., Platt, S., & Amos, A. (2014 A). Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug & Alcohol Dependence*, 138, 7-16.
- Centers for Disease Control and Prevention-CDC (2015). Best Practices User Guide : Health Equity in Tobacco Prevention and Control. Atlanta : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Christiansen, B. A., Reeder, K. M., TerBeek, E. G., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2015). Motivating low socioeconomic status smokers to accept evidence-based smoking cessation treatment: a brief intervention for the community agency setting. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(8), 1002-1011.
- Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (2017). Pour un encadrement fiscal optimal et cohérent en matière de tabac, incluant une politique de prix robuste, mémoire soumis dans le cadre des consultations prébudgétaires. En ligne: http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2017/MEMO_17_01_29_ConsultationPrebudgetaire_PolitiquePrix_FIN_AL_V2.pdf.
- Dobrescu, A., Bhandari, A., Sutherland, G., & Dinh, T. (2017). The Costs of Tobacco Use in Canada, 2012. Ottawa, ON: The Conference Board of Canada.
- Fu, S. S., van Ryn, M., Nelson, D., Burgess, D. J., Thomas, J. L., Saul, J., ... & Joseph, A. M. (2016). Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial. *Thorax*, 71
- Giskes, K., Kunst, A. E., Ariza, C., Benach, J., Borrell, C., Helmert, U., ... & Patja, K. (2007). Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six Western-European countries. *Journal of public health policy*, 28(2), 261-280.
- Glasser, A. M., Collins, L., Pearson, J. L., Abudayyeh, H., Niaura, R. S., Abrams, D. B., & Villanti, A. C. (2017). Overview of electronic nicotine delivery systems: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 52(2), e33-e6.
- Guindon, G. E., Burkhalter, R., & Brown, K. S. (2016). Levels and trends in cigarette contraband in Canada. *Tobacco control*, 26(5), 518-525.
- Haas, J. S., Linder, J. A., Park, E. R., Gonzalez, I., Rigotti, N. A., Klinger, E. V., ... & St Hubert, S. (2015). Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 175(2), 218-226.
- Hartmann-Boyce, J., McRobbie, H., Bullen, C., Begh, R., Stead, L. F., & Hajek, P. (2016). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 9.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107-123.
- Hyndman, B., Honsberger, N.J., Lambraki, I., Kernaghan, A. & Garcia, J. (2016). Documentation of Practice: Reaching priority populations with barriers to smoking cessation supports. Toronto, Ontario: Program Training and Consultation Centre and the Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
- Lasnier, B., O'Neill, S., & Hamel, D. (à paraître). Portrait et évolution des inégalités sociales de santé au Québec en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac. Québec: Institut national de santé publique du Québec.

Lindson-Hawley, N., Hartmann-Boyce, J., Fanshawe, T. R., Begh, R., Farley, A., & Lancaster, T. (2016). Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev*, 10.

Montreuil, A. (2012). Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme. Québec: Institut national de santé publique du Québec.

Murray, R. L., Bauld, L., Hackshaw, L. E., & McNeill, A. (2009). Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups: a systematic review. *Journal of Public Health*, 31(2), 258-277.

National Cancer Institute (US)-NCI & Organisation mondiale de la santé-OMS (2016). The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization.

National Institute for health and care excellence- NICE (2013). Smoking harm reduction, Public Health guideline 45.

O'Neill, S. (2013). La parole aux femmes, étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique.

Organisation mondiale de la santé-OMS-Europe (2014). Tobacco and inequities: Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Copenhagen, Denmark.

Pisinger, C., Aadahl, M., Toft, U., & Jørgensen, T. (2011). Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status. *Preventive medicine*, 52(1), 48-52.

Purcell, K. R., O'Rourke, K., & Ravis, M. (2015). Tobacco control approaches and inequity—how far have we come and where are we going?. *Health promotion international*, 30 (suppl_2), ii89-ii101.

Roddy, E., Antoniuk, M., Britton, J., Molyneux, A., & Lewis, S. (2006). Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers—a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 6(1), 147.

Société Canadienne du Cancer, (2017). Overview Summary of Federal/Provincial/Territorial Tobacco Control Legislation in Canada. En ligne: http://convio.cancer.ca/documents/Legislative_Overview-Tobacco_Control-F-P-T-2017-final.pdf.

Statistique Canada, (2015). Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2013-2014 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique.

Stich, C. & Tissot, F. (2015). Portrait de la clientèle de la ligne j'Arrête ayant reçu un service de soutien à la cessation tabagique en 2013-14. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Thomas, S., Fayer, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., ... & Worthy, G. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco control*, 17(4), 230-237.

Tissot, F. & Stich, C. (2015). Portrait de la clientèle et de l'utilisation du Service de Messagerie texte pour Arrêter le tabac (SMAT). Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Tremblay, M. & J.-M. Roy. (2013). Plan québécois d'abandon du tabagisme: État de situation après 10 ans d'implantation. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Tremblay, M., Payette, Y., & Montreuil, A. (2009). Remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique au Québec : Utilisation par les Québécois assurés par le régime public d'assurance médicaments et coûts associés. Résumé. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Twyman, L., Bonevski, B., Paul, C., & Bryant, J. (2014). Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ open*, 4(12), e006414.

Venn, A., Dickinson, A., Murray, R., Jones, L., Li, J., Parrott, S., & McNeill, A. (2016). Effectiveness of a mobile, drop-in stop smoking service in reaching and supporting disadvantaged UK smokers to quit. *Tobacco control*, 25(1), 33-38.

Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique – Synthèse

AUTEURS

Michèle Tremblay
Pascale Bergeron
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Jean-Pierre Landriault, chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-81770-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

N° de publication : 2420 – Synthèse

