

## Disparités entre les adultes vivant avec un trouble mental et les autres adultes québécois en matière d'usage de la cigarette et de dépendance à la nicotine



ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES

Juillet 2020

### Sommaire

Mise en contexte	2
Questions d'enquête et variables utilisées	3
Analyses	6
Révision par les pairs	7
Résultats	7
Discussion	15
Conclusion	19

### Messages clés

Plusieurs décès de patients hospitalisés pour un trouble mental sont causés par des maladies liées à l'usage du tabac, et le fardeau causé par la morbidité et la mortalité associées au tabagisme chez les individus présentant un trouble mental est très préoccupant. Cette étude vise à identifier les différences en matière d'usage de la cigarette et de dépendance à la nicotine entre les adultes fumeurs vivant avec un trouble mental et les autres fumeurs adultes. Les données utilisées dans cette publication proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015-2016. Les analyses effectuées à partir de ces données permettent d'émettre les constats suivants :

- La prévalence de l'usage de la cigarette chez les adultes québécois vivant avec un trouble mental se situait à 32 % en 2015-2016, comparativement à 18 % chez les adultes ne présentant pas de trouble mental;
- La proportion de fumeurs quotidiens est significativement plus élevée chez les adultes vivant avec un trouble mental comparativement au reste de la population adulte (25 % c. 13 %), alors que la proportion de fumeurs occasionnels est similaire dans les deux groupes (7 % c. 5 %);
- Les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental se retrouvent en plus forte proportion que les autres fumeurs quotidiens à fumer plus de 20 cigarettes par jour (22 % c. 15 %) et en plus faible proportion à fumer entre 1 et 10 cigarettes par jour (48 % c. 55 %);
- Les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental se retrouvent en proportion significativement plus élevée que les autres fumeurs quotidiens à présenter un niveau de dépendance à la nicotine moyen (18 % c. 11 %) ou élevé (37 % c. 23 %);

- Les fumeurs vivant avec un trouble mental grave ou modéré peuvent recevoir, s'ils sont pris en charge par l'un ou l'autre des points d'accès aux services de santé et de services sociaux, le soutien requis pour entamer et compléter une démarche de renoncement au tabac. Certains fumeurs vivant avec un trouble mental demeurent néanmoins non rejoints par les interventions et mesures actuelles, ce qui souligne la pertinence de mettre en place des stratégies visant à les informer par rapport aux services disponibles et à les inciter à en faire usage.

## Mise en contexte

Alors que la prévalence du tabagisme dans la population générale canadienne diminue d'année en année, les personnes vivant avec un trouble mental se retrouvent encore en forte proportion à faire usage du tabac et sont conséquemment touchées de manière disproportionnée par les effets délétères associés à ce comportement (Chaiton et Callard, 2019). Selon le guide CAN-ADAPTT (2011), les personnes présentant un trouble mental (incluant les troubles de l'humeur et les troubles anxieux) sont de deux à quatre fois plus susceptibles de fumer, consomment un plus grand nombre de cigarettes par jour et affichent un taux de renoncement au tabac plus faible que la population générale.

## Liens entre les troubles mentaux et l'usage du tabac

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2015-2016 montrent que 35 % des adultes québécois déclarant un état de santé mentale mauvais ou passable sont des fumeurs actuels, alors que c'est le cas de 19 % de ceux ayant rapporté une bonne, très bonne ou excellente santé mentale (Statistique Canada, 2017a). En outre, de nombreuses études et revues systématiques récentes ont démontré que la prévalence de l'usage de la cigarette était plus élevée chez les personnes présentant des troubles mentaux que parmi la population générale,

tant chez ceux vivant avec des troubles modérés que ceux vivant avec des troubles graves<sup>1</sup> (Ahmed, Virani, Kotapati, Bachu, Adnan et collab., 2018; Jahagirdar et Kaunelis, 2017; van der Meer, Willemsen, Smit et Cuijpers, 2013). À titre d'exemple, la prévalence du tabagisme chez les personnes souffrant de troubles bipolaires peut varier entre 50 % et 70 %, tandis qu'elle oscille entre 45 % et 88 % chez les personnes atteintes de schizophrénie (Légaré, 2007). Il semble de plus que la prévalence du tabagisme augmente selon le nombre de troubles mentaux, un rapport de *l'American Cancer Society* mentionnant une prévalence allant de 18 % chez les personnes ne présentant pas de trouble mental jusqu'à 61 % chez ceux ayant reçu un diagnostic pour trois troubles mentaux ou plus (Eriksen, Mackay, Schluger, Islami et Drope, 2015).

Par conséquent, les individus aux prises avec un trouble mental sont plus susceptibles de contracter des maladies cardiovasculaires ou des maladies pulmonaires, en plus de présenter une espérance de vie plus faible que le reste de la population générale. Depuis plusieurs années, des études ont clairement démontré que les personnes vivant avec un trouble mental subissent une large part du fardeau sanitaire lié à l'usage du tabac (Dalton, Mellekjaer, Olsen, Mortensen et Johansen, 2002; Himelhoch, Lehman, Kreyenbuhl, Daumit, Brown et collab., 2004; Sokal, Messias, Dickerson, Kreyenbuhl, Brown et collab., 2004). Aux États-Unis, plus de 200 000 des 520 000 cas de décès attribuables au tabagisme chaque année sont des fumeurs présentant un trouble mental (Colton et Manderscheid, 2006). Ils tendent également à décéder prématurément, soit en moyenne 25 ans avant le seuil d'espérance de vie, ces estimations étant comparables à celles obtenues au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande (Lawrence, Hancock et Kisely, 2013). Une étude épidémiologique effectuée en Californie a par ailleurs déterminé qu'approximativement la moitié des décès survenus chez les patients hospitalisés pour un trouble mental (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble dépressif majeur) avaient été causés par des maladies

<sup>1</sup> Les troubles modérés répondent généralement aux critères d'une classification diagnostique reconnue (DSM, ICD/CIM) et « (...) sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'une personne et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Les troubles modérés les plus courants sont la dépression majeure, les autres troubles de l'humeur de même que les troubles anxieux (O'Neill et Lapalme, 2016). Les troubles graves répondent également aux critères d'une classification diagnostique (DSM, ICD/CIM), mais contrairement aux troubles modérés, ils interfèrent « (...) de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production du travail. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Ces troubles regroupent les troubles schizophréniques, les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et autres formes de troubles persistants et sévères (O'Neill et Lapalme, 2016).

liées à l'usage du tabac (Callaghan, Veldhuizen, Jeysingh, Orlan, Graham et collab., 2014). Considérant l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le fardeau organisationnel et financier causé par la morbidité et la mortalité associées au tabagisme chez les individus présentant un trouble mental est très préoccupant (CAN-ADAPTT, 2011).

## Liens entre les troubles mentaux et la dépendance à la nicotine

De manière générale, les personnes vivant avec un trouble mental sont plus susceptibles d'être dépendantes à la nicotine (Mendelsohn, Kirby et Castle, 2015; Williams, Steinberg, Griffiths et Cooperman, 2013). Par ailleurs, les individus atteints de troubles graves semblent plus sévèrement touchés par la dépendance que ceux atteints de troubles modérés, un facteur directement en lien avec la forte prévalence de tabagisme observée chez ce sous-groupe de population (Ziedonis, Guydish, Williams, Steinberg et Foulds, 2006).

Les conséquences de cette dépendance accrue peuvent s'avérer complexes à gérer chez les individus vivant avec un trouble mental grave, du fait de l'interaction entre ledit trouble, la nicotine et son sevrage. En effet, la dépendance à la nicotine complexifie le renoncement en raison du potentiel d'exacerbation des symptômes psychiatriques et d'un accroissement subséquent des comportements violents (Bernier, 2006; Ziedonis et collab., 2006). Il s'agit également d'une dépendance difficile à gérer chez les personnes ayant un trouble modéré, car elles fréquentent pour la plupart des cliniques de jour où les suivis sont assurés à des intervalles de temps espacés.

## Liens entre les troubles mentaux et la défavorisation socioéconomique

Des études ont démontré qu'il existe un lien entre le fait de vivre avec un trouble mental et celui d'évoluer dans un environnement défavorisé sur le plan socioéconomique. Par exemple, Fone et son équipe (2007) ont mis en évidence qu'une santé mentale passable ou mauvaise était significativement associée à une forte défavorisation socioéconomique et une faible cohésion sociale, et ce, après ajustement pour les facteurs de risque individuels. Une étude écologique utilisant des données agrégées (Simone, Carolin, Max et Reinhold, 2013) a conclu que les taux d'admission pour la schizophrénie et la dépression

augmentaient dans les quartiers abritant une forte proportion de personnes sans emploi et où les contacts entre les individus étaient rares. Certaines études prospectives ont également exploré l'impact des milieux de vie sur les troubles mentaux. Le niveau de défavorisation du quartier de résidence était associé à une dégradation de la santé mentale (anxiété et dépression) (Santiago, Wadsworth et Stump, 2011), à l'augmentation du nombre de prescriptions de médicaments psychiatriques (Crump, Sundquist, Sundquist et Winkleby, 2011) et à un risque plus élevé d'hospitalisation liée à un trouble mental (Sundquist et Ahlen, 2006), le tout indépendamment des caractéristiques sociodémographiques individuelles. L'ensemble de ces constats souligne la pertinence de considérer la défavorisation matérielle et sociale quant à rendre compte des disparités entre les adultes vivant avec un trouble mental et le reste de la population adulte en matière d'usage de la cigarette et de dépendance à la nicotine.

L'objectif de la présente publication est de comparer la prévalence d'usage de la cigarette et de dépendance à la nicotine entre les adultes québécois aux prises avec un trouble mental autorapporté (troubles de l'humeur, troubles anxieux) et le reste de la population adulte québécoise, en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques (sexe, groupe d'âge, niveau de scolarité, revenu du ménage et niveau de défavorisation matérielle et sociale).

## Questions d'enquête et variables utilisées

Les données utilisées proviennent du fichier maître de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2015-2016. Les données présentées concernent les adultes du Québec, excluant ceux du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les autres personnes exclues de la couverture de l'ESCC comprennent les personnes habitant sur des réserves et dans d'autres établissements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les jeunes âgés de 12 à 17 ans demeurant dans des foyers d'accueil, ainsi que les personnes placées dans des établissements (Statistique Canada, 2017b). Les données ont été analysées de manière à permettre la comparaison des adultes vivant avec un trouble mental au reste de la population adulte québécoise.

Différentes variables ont été utilisées afin de rendre compte de l'usage de la cigarette, de la dépendance à la nicotine et du nombre de cigarettes fumées par les adultes québécois vivant avec un trouble mental. Des variables de croisement de nature sociodémographique ont également été utilisées afin d'examiner la présence de disparités entre les adultes vivant avec un trouble mental et le reste de la population adulte du Québec en matière d'usage de la cigarette et de dépendance à la nicotine. Toutes ces variables proviennent de questions d'enquête qui sont présentées de manière spécifique ci-dessous.

## Variables d'intérêt

### USAGE DE LA CIGARETTE

L'ensemble des répondants ont été interrogés sur leur usage actuel de la cigarette. La question était formulée de la manière suivante : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? (Tous les jours; à l'occasion; jamais) ». Une variable décrivant la consommation de plus de 100 cigarettes au cours de la vie a été utilisée afin de distinguer les anciens fumeurs des non-fumeurs. La question posée était : « Avez-vous fumé plus de 100 cigarettes (environ 4 paquets) au cours de votre vie? (Oui; non) ». Les répondants ayant indiqué avoir fumé plus de 100 cigarettes au cours de leur vie et ne pas fumer actuellement ont été considérés comme anciens fumeurs, alors que ceux n'ayant pas fumé plus de 100 cigarettes et ne fumant pas actuellement ont été considérés comme non-fumeurs.

### NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES

Deux questions ont été utilisées pour déterminer le nombre de cigarettes fumées par les répondants fumeurs. La première question, adressée aux fumeurs quotidiens, était formulée de la manière suivante : « Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour? (De 1 à 99 cigarettes) ». La deuxième question, cette fois-ci adressée aux fumeurs occasionnels, se lisait comme suit : « Les jours où vous fumez, combien de cigarettes fumez-vous habituellement? (De 1 à 99 cigarettes) ». Les variables découlant de ces questions ont été découpées en trois catégories pour les analyses, soit 1) 1-10 cigarettes; 2) 11-20 cigarettes; 3) 21 cigarettes et plus.

### DÉPENDANCE À LA NICOTINE

Une variable dérivée contenant diverses mesures de dépendance a été utilisée afin de catégoriser les fumeurs quotidiens selon leur degré de dépendance à la nicotine. Cette variable est basée sur le test de tolérance de Fagerström (Fagerström, Heatherton et Kozlowski, 1991; Heatherton, Kozlowski, Frecker et Fagerström, 1991). Les six mesures utilisées ont été produites à partir des questions suivantes : « Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette? (Dans les 5 premières minutes; 6 à 30 minutes après le réveil; 31 à 60 minutes après le réveil; plus de 60 minutes après le réveil) », « Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits? (Oui; non) », « Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable? (La première de la journée; une autre) », « Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures après le réveil, comparativement au reste de la journée? (Oui; non) », « Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit presque toute la journée? (Oui; non) », « Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour? ».

Un nombre de points allant de 0 à 10 était attribué aux répondants en fonction de leur réponse à ces questions. La combinaison des six mesures a permis de catégoriser le degré de dépendance en cinq groupes en fonction du nombre de points accumulés, soit dépendance très faible (0 à 2 points), faible (3 ou 4 points), moyenne (5 points), élevée (6 ou 7 points), et très élevée (8 à 10 points).

### TROUBLE MENTAL

Deux questions ont été utilisées afin de déterminer si le répondant était atteint d'un trouble mental, plus précisément d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété. Les questions se lisaient comme suit : « Êtes-vous atteint d'un trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie? (Oui; non) », « Êtes-vous atteint d'un trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique? (Oui; non) ». Les répondants ayant répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre de ces questions ont été considérés comme vivant avec un trouble mental, alors que les répondants ayant répondu par la négative aux deux questions ont été catégorisés dans le groupe de comparaison représentant le reste de la population adulte du Québec.



## Variables sociodémographiques

### SEXE

La question utilisée afin d'identifier le sexe du répondant était formulée de la manière suivante : « Est-ce que vous êtes de sexe masculin ou féminin? (Masculin; féminin) ».

### ÂGE

La question utilisée afin de déterminer l'âge du répondant était formulée de la manière suivante : « Quel est votre âge? ». Les réponses fournies par les répondants variaient entre 12 ans et 104 ans. La variable utilisée dans le cadre de l'étude comprend quatre catégories (18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus).

### NIVEAU DE SCOLARITÉ

Le niveau de scolarité des répondants était déterminé par leur réponse à la question : « Quel est le plus haut certificat, diplôme ou grade que vous avez obtenu? (Sans diplôme d'études secondaires ou équivalent; diplôme d'études secondaires/certificat d'équivalence aux études secondaires; certificat ou diplôme d'une école de métiers; certificat/diplôme d'un collège, Cégep ou autre établissement non universitaire; certificat/diplôme universitaire au-dessous du niveau du baccalauréat; baccalauréat; certificat/diplôme/grade universitaire au-dessus du baccalauréat) ». La variable utilisée dans les analyses regroupait les différentes réponses en quatre catégories, soit sans diplôme, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études professionnelles ou diplôme d'études collégiales, diplôme d'études universitaires.

### REVENU DU MÉNAGE

Une variable dérivée détaillant le revenu annuel total du ménage avant impôts et autres déductions a été utilisée. La variable comporte 15 catégories de revenu, allant d'aucun revenu/perte de revenu à 150 000 \$ et plus. Aux fins d'analyse, les catégories ont été regroupées en 6 groupes : 1) Moins de 20 000 \$; 2) 20 000 \$ à 39 999 \$; 3) 40 000 \$ à 59 999 \$; 4) 60 000 \$ à 79 999 \$; 5) 80 000 \$ à 99 999 \$; 6) 100 000 \$ et plus.

## DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

Les données du recensement canadien de 2011 ainsi que celles de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 ont servi à la construction de l'indice de défavorisation matérielle et sociale, qui est une mesure environnementale de la défavorisation basée sur l'aire de diffusion dans laquelle réside le répondant. La composante matérielle de l'indice de défavorisation comprend les indicateurs suivants : proportion de personnes de 15 ans et plus n'ayant aucun certificat ou diplôme d'études secondaires, revenu moyen des personnes de 15 ans et plus, et proportion de personnes de 15 ans et plus occupant un emploi. L'indice de défavorisation matérielle se rapproche ainsi du concept de pauvreté et reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante. Pour sa part, la composante sociale de l'indice inclut les indicateurs suivants : proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans leur domicile, proportion de familles monoparentales, et proportion de personnes de 15 ans et plus séparées, divorcées ou veuves. La défavorisation sociale réfère au concept d'isolement et souligne la fragilité potentielle du réseau social, de la famille à la communauté. L'indice de défavorisation matérielle et sociale est divisé en cinq quintiles, des secteurs les plus favorisés (quintile 1) aux secteurs les plus défavorisés (quintile 5).

L'indice de défavorisation matérielle et sociale ne constitue pas une mesure individuelle du statut socioéconomique propre à la personne ou à sa famille, mais plutôt des conditions rencontrées dans son voisinage (Pampalon, Hamel, Gamache et Raymond, 2009). L'indice décrit les conditions socioéconomiques retrouvées dans le milieu de vie des personnes, mais ne peut se substituer aux mesures individuelles lorsque l'on cherche à examiner l'effet de caractéristiques telles que le niveau de scolarité ou le revenu du ménage. Cet indice est très utile lorsqu'utilisé conjointement avec des mesures individuelles telles que le niveau de scolarité ou le revenu du ménage, fournissant alors de l'information relative à l'influence de l'environnement socioéconomique sur les comportements individuels.

Les données relatives à l'indice de défavorisation matérielle et sociale ont été appariées aux données de l'ESCC à l'aide de la variable identifiant l'aire de diffusion (AD) de résidence du répondant. L'AD est la plus petite unité géographique du recensement pour laquelle il est

possible d'obtenir les données pour les variables du recensement canadien et qui a servi de base à la construction de l'indice de défavorisation (Pampalon et Raymond, 2000). La version combinée (défavorisation matérielle et sociale) de l'indice de défavorisation de 2011, générée à partir de la version nationale de l'indice de défavorisation calibrée à l'échelle de la province et couvrant donc l'ensemble du Québec, a été utilisée pour les analyses.

#### RÉGION DE PROVENANCE

La région de provenance de chaque répondant a été enregistrée en se basant sur le code postal, dérivé à partir de l'information disponible dans la base de sondage au moment de l'échantillonnage et des renseignements géographiques fournis par le répondant.

## Analyses

Deux étapes d'analyse ont été conduites afin de produire les résultats présentés dans ce document. Tout d'abord, des analyses univariées ont été réalisées afin d'estimer la proportion de fumeurs, ainsi que la répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes fumées et le degré de dépendance à la nicotine, pour les adultes québécois vivant avec un trouble mental et pour le reste de la population adulte québécoise.

Par la suite, des analyses bivariées ont été effectuées afin de décrire les trois variables dépendantes (usage de la cigarette, nombre de cigarettes fumées et degré de dépendance à la nicotine) en fonction des variables sociodémographiques individuelles ainsi que de l'indice de défavorisation matérielle et sociale.

Des tests d'égalité de proportions ont été réalisés afin d'identifier la présence de différences significatives entre les proportions, et des tests globaux d'indépendance ont été accomplis lorsque des comparaisons multiples étaient effectuées (Boisclair, 2018). Les intervalles de confiance rattachés aux estimations de proportions ont été produits en utilisant la transformation logit. Cette transformation permet de valider l'utilisation de l'approximation normale dans la construction des intervalles de confiance et d'améliorer leur taux de couverture en présence de petites proportions (Korn et Graubard, 1999).

Des analyses régionales ont été conduites afin d'estimer la proportion de fumeurs actuels dans chaque région sociosanitaire. Les proportions présentées ont été ajustées selon la méthode d'ajustement directe afin de permettre la comparaison interrégionale des estimations produites. Cette méthode consiste à appliquer les proportions par âge de la population d'une région donnée, pour une période donnée, à la structure d'âge de la population du Québec. Ces proportions synthétiques indiquent ainsi ce qu'auraient été les proportions brutes des populations étudiées si elles présentaient la même structure d'âge que la population du Québec (Muecke, Hamel, Bouchard, Martinez, Pampalon et collab., 2005).

Des estimations populationnelles ont également pu être produites à partir des proportions brutes calculées pour chacune des régions sociosanitaires. Ces estimations ont servi à calculer des ratios illustrant le rapport entre le nombre de fumeurs vivant avec un trouble mental par rapport au nombre de fumeurs du reste de la population adulte. Ces ratios font appel à l'estimation de deux proportions dépendantes en ce qui a trait au plan de sondage, puisque l'appartenance à la population visée (fumeurs, adultes vivant avec un trouble mental) n'est pas connue avant l'échantillonnage. Le calcul des variances du logarithme de ce ratio à l'aide des poids *bootstrap* permet de tenir compte de cette dépendance. La transformation logarithmique a été nécessaire afin de permettre l'utilisation de l'approximation normale pour le calcul des intervalles de confiance des ratios.

## Révision par les pairs

Un processus de révision par les pairs a été mis en œuvre afin de valider le contenu du document ainsi que la terminologie employée afin de référer aux troubles mentaux. Deux des trois réviseuses ont été sollicitées en raison de leur expertise en matière de lutte contre le tabagisme et de renoncement au tabac, et la troisième en raison de son expertise en promotion de la santé mentale.

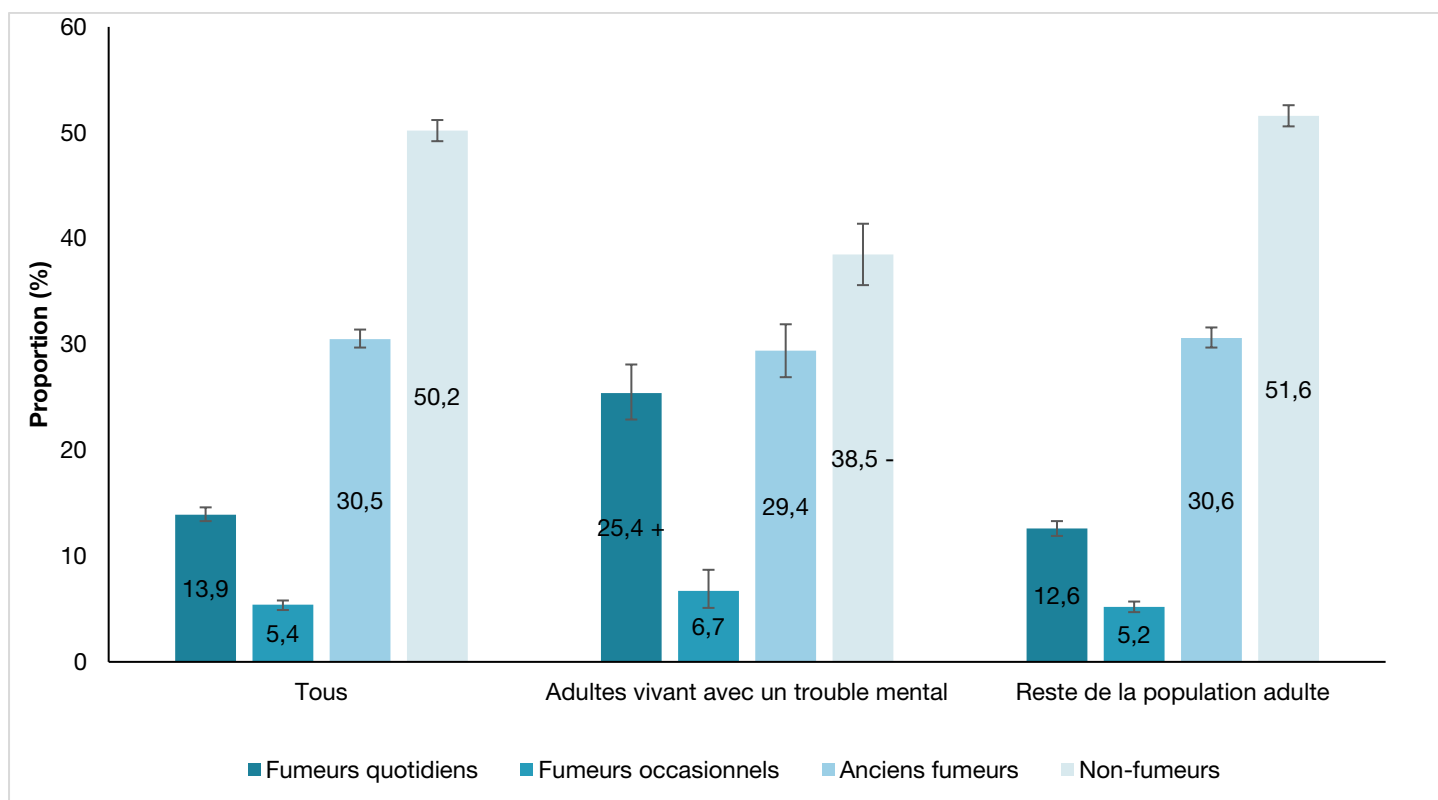
L'équipe projet a élaboré un tableau indiquant chacun des commentaires reçus de la part des réviseuses, ceux qui ont été retenus ou non et pour quelle raison, de même que le traitement qui en a été fait dans la version finale du document.

## Résultats

### Usage de la cigarette

La prévalence de l'usage de la cigarette chez les adultes québécois vivant avec un trouble mental se situait à 32 % en 2015-2016, soit 25 % de fumeurs quotidiens et 7 % de fumeurs occasionnels (figure 1). La proportion de fumeurs quotidiens est significativement plus élevée chez les adultes vivant avec un trouble mental comparativement au reste de la population adulte (25 % c. 13 %), alors que la proportion de non-fumeurs est significativement moins élevée (39 % c. 52 %). Notons par ailleurs que les proportions de fumeurs occasionnels et d'anciens fumeurs ne diffèrent pas de manière significative entre les adultes vivant avec un trouble mental et le reste de la population adulte.

**Figure 1 Répartition de la population adulte vivant ou non avec un trouble mental selon le statut tabagique, population de 18 ans et plus au Québec, 2015-2016**



+ Proportion significativement plus élevée que la proportion obtenue pour le reste de la population adulte ( $p < 0,05$ ).

- Proportion significativement moins élevée que la proportion obtenue pour le reste de la population adulte ( $p < 0,05$ ).

On observe une plus forte proportion de fumeurs actuels (fumeurs quotidiens et occasionnels) chez les adultes vivant avec un trouble mental comparativement au reste de la population adulte (32 % c. 18 %), ceci autant chez les hommes (32 % c. 20 %) que chez les femmes (32 % c. 15 %) (Tableau 1). Cette observation s'applique également aux autres variables sociodémographiques considérées dans l'étude, soit les groupes d'âge, les niveaux de scolarité, les catégories de revenu et les quintiles de défavorisation. Alors que la prévalence de l'usage actuel de la cigarette est similaire chez les hommes et les femmes vivant avec un trouble mental (32 %), on constate que les femmes du reste de la population adulte se retrouvent en proportion significativement moins élevée que les hommes à faire usage de la cigarette (15 % c. 20 %).

Des écarts statistiquement significatifs sont également observés sur le plan de l'âge et du niveau d'éducation, les adultes âgés de 65 ans et plus et les personnes détenant un diplôme d'études universitaires se

retrouvant respectivement en proportion moins élevée que les 45-64 ans et les adultes détenant un diplôme d'études professionnelles ou collégiales à faire un usage actuel de la cigarette. De manière générale, la proportion de fumeurs tend à décliner selon l'augmentation du niveau de revenu. Ces constats s'appliquent autant aux adultes vivant avec un trouble mental qu'au reste de la population adulte.

En ce qui a trait à la défavorisation matérielle et sociale, on note une tendance à l'augmentation de la prévalence de l'usage de la cigarette chez les groupes plus défavorisés quoique la majorité des écarts observés ne soient pas statistiquement significatifs. Cette augmentation apparaît plus marquée chez les adultes vivant avec un trouble mental, la proportion de fumeurs actuels passant notamment de 26 % chez les personnes du 2<sup>e</sup> quintile à 36 % chez celles du 3<sup>e</sup> quintile de défavorisation matérielle et sociale. Les proportions observées chez les adultes des quintiles 3 à 5 sont similaires.

**Tableau 1 Proportion de fumeurs actuels selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 18 ans et plus au Québec, 2015-2016**

	Adultes vivant avec un trouble mental (% et IC 95 %)	Reste de la population adulte (% et IC 95 %)
<b>Total</b>	<b>32,2</b> [29,4–35,0]	17,8 [17,0–18,6]
<b>Sexe</b>		
Masculin	31,9 [27,5–36,6]	20,3 [19,1–21,6]
Féminin	32,3 [28,8–36,0]	15,2 - [14,1–16,3]
<b>Âge</b>		
18-24 ans	31,6 [23,0–41,7]	19,2 [16,3–22,3]
25-44 ans	36,5 [31,6–41,7]	21,2 [19,7–22,9]
45-64 ans	34,0 [29,7–38,7]	19,1 [17,7–20,7]
65 ans et plus	19,1 - [14,3–25,0]	9,8 - [8,8–10,9]
<b>Niveau de scolarité</b>		
Sans diplôme	36,5 [30,5–43,0]	23,1 [21,0–25,3]
Diplôme d'études secondaires	35,9 [29,6–42,6]	21,0 [19,0–23,1]
Diplôme d'études professionnelles ou collégiales	33,7 [29,0–38,7]	19,0 [17,7–20,3]
Diplôme d'études universitaires	24,1 - [18,6–30,5]	11,8 - [10,4–13,3]

**Tableau 1 Proportion de fumeurs actuels selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 18 ans et plus au Québec, 2015-2016 (suite)**

	Adultes vivant avec un trouble mental (% et IC 95 %)	Reste de la population adulte (% et IC 95 %)
<b>Revenu du ménage</b>		
Moins de 20 000 \$	<b>47,4</b> [40,7–54,2]	25,4 [22,7 – 28,4]
Entre 20 000 \$ et 59 999 \$	<b>35,2</b> - [30,8–39,9]	19,0 - [17,7 – 20,3]
Entre 60 000 \$ et 99 999 \$	<b>25,8</b> - [20,0–32,7]	18,9 [17,4 – 20,6]
100 000 \$ et plus	<b>20,6</b> [15,8–26,4]	13,3 - [12,0 – 14,8]
<b>Indice de défavorisation matérielle et sociale</b>		
Quintile 1 (plus favorisé)	<b>20,4*</b> [14,9–27,3]	14,5 [12,9–16,3]
Quintile 2	<b>26,0</b> [20,6–32,3]	16,6 [14,7–18,7]
Quintile 3	<b>36,1</b> + [29,1–43,8]	18,7 [17,0–20,6]
Quintile 4	<b>38,4</b> [31,7–45,5]	18,9 [17,0–20,9]
Quintile 5 (plus défavorisé)	<b>35,7</b> [29,9–42,0]	20,9 [18,8–23,0]

+ Proportion significativement plus élevée que la proportion obtenue pour la catégorie précédente de la même variable ( $p < 0,05$ ).

- Proportion significativement moins élevée que la proportion obtenue pour la catégorie précédente de la même variable ( $p < 0,05$ ).

\* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 35 %; interpréter avec prudence.

Note : Une estimation en **gras** est significativement différente ( $p < 0,05$ ) de celle obtenue pour le reste de la population adulte.

La proportion ajustée<sup>2</sup> de fumeurs actuels chez les adultes vivant avec un trouble mental a été examinée selon un découpage par région sociosanitaire (tableau 2). Certaines régions présentent une prévalence d'usage de la cigarette élevée chez les adultes vivant avec un trouble mental, soit l'Abitibi-Témiscamingue (38 %), Montréal (37 %) et la Mauricie-Centre-du-Québec (36 %), quoiqu'elles ne diffèrent pas de manière statistiquement significative du reste du Québec.

Notons par contre que la proportion observée pour la région de la Capitale-Nationale (22 %) est significativement moins élevée que celle obtenue pour le reste du Québec. En ce qui a trait au reste de la population adulte, on remarque que les régions de l'Outaouais (23 %), de Lanaudière (23 %), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (23 %) et de la Côte-Nord (21 %) présentent une proportion de fumeurs actuels significativement supérieure à celle du reste du

Québec, alors que les régions de Montréal (16 %), du Bas-Saint-Laurent (15 %) et de la Capitale-Nationale (14 %) affichent pour leur part une proportion significativement moins élevée que le reste du Québec.

La dernière colonne du tableau 2 présente les ratios du nombre de fumeurs vivant avec un trouble mental par rapport au nombre de fumeurs dans le reste de la population adulte. Ces ratios fournissent une indication de la place relative occupée par les premiers au sein de la population de fumeurs adultes desservie par le réseau de santé et de services sociaux de chaque région. L'examen des ratios permet de constater que les régions du Bas-Saint-Laurent (0,303) et de Montréal (0,272) présentent un nombre important de fumeurs vivant avec un trouble mental par rapport au nombre de fumeurs dans le reste de la population adulte de la région. Inversement, les régions de Lanaudière (0,144), de l'Outaouais (0,154) et de la Capitale-Nationale (0,156)

<sup>2</sup> Proportion ajustée en fonction de la structure d'âge de la population du Québec afin de permettre la comparaison interrégionale des estimations produites.



présentent un faible nombre de fumeurs vivant avec un trouble mental relativement au nombre de fumeurs du reste de la population adulte de la région. Il faut toutefois noter que la comparaison des intervalles de confiance

rattachés aux ratios ne permet pas d'identifier d'écart statistiquement significatif entre les régions, ce qui limite grandement la portée des conclusions pouvant être tirées de ces résultats.

**Tableau 2 Proportion ajustée et estimation populationnelle de fumeurs actuels selon la région sociosanitaire, population de 18 ans et plus au Québec, 2015-2016**

Régions sociosanitaires	Adultes vivant avec un trouble mental		Reste de la population adulte		Ratio [IC 95 %]
	Proportion ajustée [IC 95 %]	Estimation populationnelle	Proportion ajustée [IC 95 %]	Estimation populationnelle	
Bas-Saint-Laurent	<b>32,9*</b> [21,3–47,1]	6 100	14,7 - [12,1–17,7]	20 100	0,303 [0,161–0,572]
Saguenay–Lac-Saint-Jean	<b>29,6</b> [22,1–38,4]	9 000	18,4 [15,7–21,5]	34 400	0,261 [0,182–0,375]
Capitale-Nationale	22,0* - [15,4–30,4]	12 000	14,0 - [11,9–16,5]	76 900	0,156 [0,107–0,229]
Mauricie–Centre-du-Québec	<b>36,1</b> [27,0–46,4]	14 100	19,0 [16,0–22,4]	68 300	0,207 [0,142–0,300]
Estrie	<b>29,4*</b> [21,0–39,5]	13 000	17,0 [14,3–20,0]	56 600	0,229 [0,158–0,332]
Montréal	<b>36,7</b> [28,9–45,4]	64 500	16,0 - [14,2–18,0]	237 300	0,272 [0,198–0,375]
Outaouais	27,3* [19,2–37,3]	9 900	23,3 + [20,0–26,9]	64 300	0,154 [0,091–0,262]
Abitibi-Témiscamingue	<b>38,1</b> [28,8–48,4]	4 900	18,2 [15,3–21,6]	18 600	0,263 [0,173–0,400]
Côte-Nord	30,1* [21,5–40,3]	2 100	21,4 + [18,2–25,1]	12 000	0,178 [0,117–0,269]
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	32,1* [23,1–42,7]	2 800	22,9 + [19,2–27,1]	14 200	0,196 [0,135–0,285]
Chaudière-Appalaches	<b>28,4*</b> [20,7–37,7]	10 400	17,7 [15,2–20,7]	52 500	0,199 [0,134–0,296]
Laval	<b>29,4*</b> [20,7–39,8]	9 000	16,4 [13,8–19,3]	50 700	0,177 [0,115–0,272]
Lanaudière	30,4 [23,1–38,9]	11 800	22,9 + [19,7–26,5]	82 000	0,144 [0,100–0,207]
Laurentides	<b>32,4</b> [24,3–41,8]	20 000	19,1 [16,4–22,2]	80 100	0,250 [0,171–0,364]
Montérégie	<b>28,0</b> [21,2–36,0]	31 900	18,6 [16,3–21,1]	182 500	0,175 [0,123–0,248]

+ Proportion significativement plus élevée que la proportion obtenue pour le reste du Québec ( $p < 0,05$ ).

- Proportion significativement moins élevée que la proportion obtenue pour le reste du Québec ( $p < 0,05$ ).

\* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 35 %; interpréter avec prudence.

Note 1 : Les estimations populationnelles sont basées sur les proportions brutes de fumeurs actuels, calculées pour chaque région sociosanitaire.

Note 2 : Les données pour la région du Nord-du-Québec ne sont pas disponibles dans le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) de l'ESCC 2015-2016.

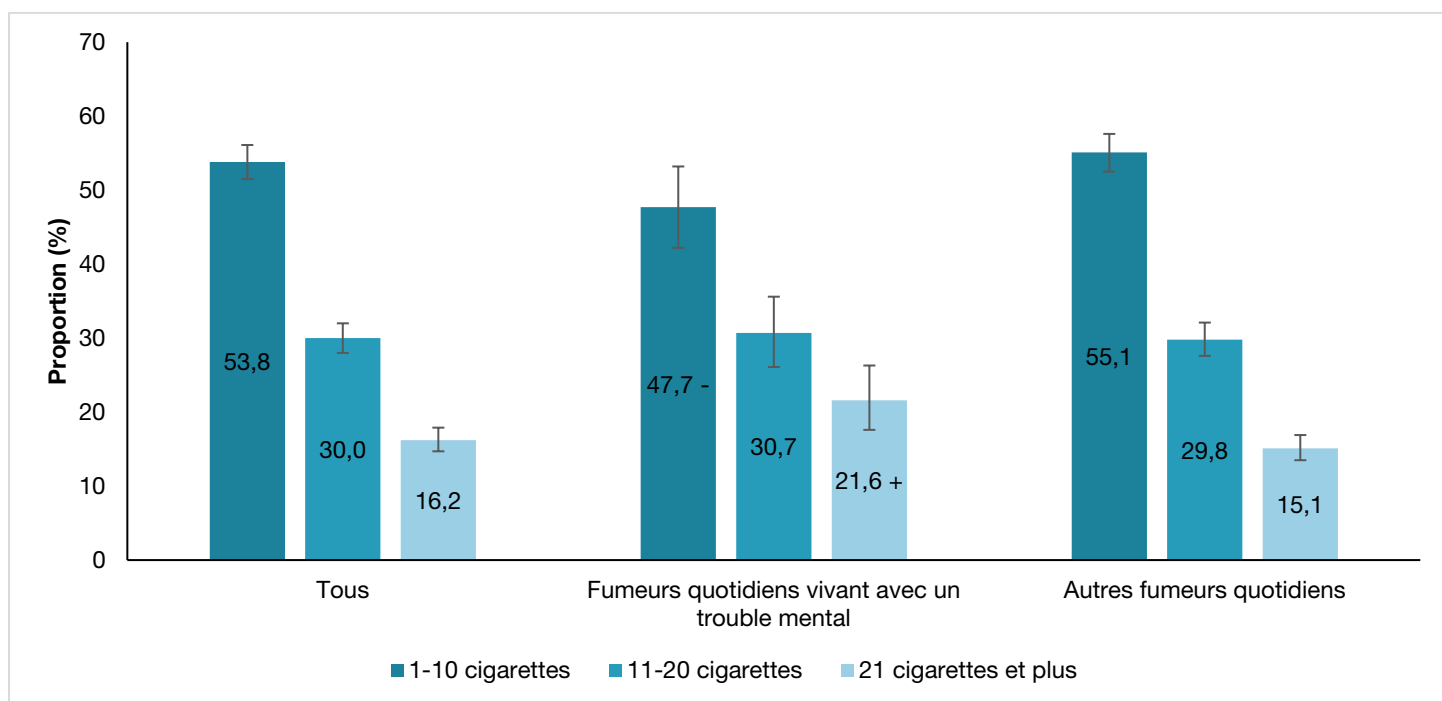
Note 3 : Une estimation en **gras** est significativement différente ( $p < 0,05$ ) de celle obtenue pour le reste de la population adulte.

## Nombre de cigarettes fumées

Au Québec, plus de la moitié des fumeurs quotidiens (54 %) fument de 1 à 10 cigarettes par jour, alors que 30 % d'entre eux fument de 11 à 20 cigarettes par jour et 16 % en fument un plus grand nombre (figure 2).

Des écarts statistiquement significatifs sont enregistrés entre les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental et les autres fumeurs quotidiens. En effet, les premiers se retrouvant en plus forte proportion que les seconds à fumer plus de 20 cigarettes par jour (22 % c. 15 %) et en plus faible proportion à fumer entre 1 et 10 cigarettes par jour (48 % c. 55 %).

**Figure 2 Répartition des fumeurs quotidiens vivant ou non avec un trouble mental selon le nombre de cigarettes fumées par jour, population de 18 ans et plus au Québec, 2015-2016**



+ Proportion significativement plus élevée que la proportion obtenue pour les autres fumeurs quotidiens ( $p < 0,05$ ).

- Proportion significativement moins élevée que la proportion obtenue pour les autres fumeurs quotidiens ( $p < 0,05$ ).

Chez les fumeurs quotidiens, la ventilation effectuée en fonction du sexe révèle que les femmes atteintes d'un trouble mental sont proportionnellement plus nombreuses à fumer plus de 20 cigarettes par jour que les autres femmes (Tableau 3). On observe de plus un écart statistiquement significatif entre les hommes et les femmes ne présentant pas de trouble mental, les premiers se retrouvant en plus forte proportion que les seconds à fumer plus de 20 cigarettes par jour (19 % c. 10 %). Chez les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental, l'écart entre les proportions d'hommes et de femmes fumant plus de 20 cigarettes par jour n'est pas statistiquement significatif.

Sur le plan des groupes d'âge, une augmentation significative de la proportion de fumeurs quotidiens fumant plus de 20 cigarettes par jour est notée chez les 45-64 ans par rapport aux 25-44 ans, ce autant chez les adultes vivant avec un trouble mental (de 17 % à 30 %) que chez les autres adultes québécois (de 9 % à 22 %).

De manière générale, la proportion de fumeurs quotidiens fumant plus de 20 cigarettes par jour tend à diminuer selon l'augmentation du niveau de scolarité, quoique la plupart des écarts observés ne s'avèrent pas statistiquement significatifs. Un constat similaire peut être émis pour la ventilation effectuée en fonction du revenu du ménage. Notons ici que les écarts observés

chez les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental sont plus prononcés que ceux observés chez les autres fumeurs quotidiens, particulièrement entre les fumeurs quotidiens dont le revenu est inférieur à 20 000 \$ et ceux dont le revenu se situe entre 20 000 \$ et 59 999 \$ (31 % c. 20 %).

Sur le plan de la défavorisation matérielle et sociale, des écarts statistiquement significatifs sont notés pour le 3<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> quintile de défavorisation entre les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental et les autres fumeurs quotidiens québécois, les autres écarts observés n'atteignant pas le seuil de la significativité statistique.

**Tableau 3 Proportion de fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 18 ans et plus au Québec, 2015-2016**

	Fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental (% et IC 95 %)	Autres fumeurs quotidiens (% et IC 95 %)
<b>Total</b>	<b>21,6</b> [17,6–26,3]	15,1 [13,5–16,9]
<b>Sexe</b>		
Masculin	25,1 [18,9–32,5]	18,5 [16,2–21,0]
Féminin	<b>19,8</b> [14,9–25,7]	10,4 - [8,3–12,8]
<b>Âge</b>		
18-24 ans	**	**
25-44 ans	<b>16,7*</b> [11,2–24,1]	8,9 [6,9–11,3]
45-64 ans	<b>30,1</b> + [23,1–38,1]	22,2 + [19,2–25,5]
65 ans et plus	24,4* [13,1–40,8]	23,7 [18,6–29,7]
<b>Niveau de scolarité</b>		
Sans diplôme	26,3* [18,7–35,6]	24,1 [20,0–28,8]
Diplôme d'études secondaires	24,2* [16,3–34,3]	15,6 - [12,2–19,9]
Diplôme d'études professionnelles ou collégiales	20,1* [13,7–28,6]	14,5 [11,9–17,5]
Diplôme d'études universitaires	13,9* [6,9–25,9]	6,8* - [4,5–10,2]
<b>Revenu du ménage</b>		
Moins de 20 000 \$	<b>30,9</b> [23,9–38,9]	17,9 [13,7–23,1]
Entre 20 000 \$ et 59 999 \$	20,2* - [14,5–27,2]	15,5 [13,2–18,0]
Entre 60 000 \$ et 99 999 \$	18,1* [9,6–31,5]	15,6 [12,0–19,9]
100 000 \$ et plus	14,2* [6,5–28,2]	12,5 [9,3–16,6]
<b>Indice de défavorisation matérielle et sociale</b>		
Quintile 1 (plus favorisé)	**	13,5* [9,5–18,8]
Quintile 2	20,4* [11,3–34,0]	16,3 [12,5–21,1]
Quintile 3	<b>20,9*</b> [12,1–33,6]	10,8* - [7,9–14,6]
Quintile 4	21,7* [13,8–32,4]	17,6 + [14,5–21,2]
Quintile 5 (plus défavorisé)	<b>25,7*</b> [18,3–34,9]	17,1 [13,5–21,4]

+ Proportion significativement plus élevée que la proportion obtenue pour la catégorie précédente de la même variable ( $p < 0,05$ ).

- Proportion significativement moins élevée que la proportion obtenue pour la catégorie précédente de la même variable ( $p < 0,05$ ).

\* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 35 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 35 %; donnée non diffusée.

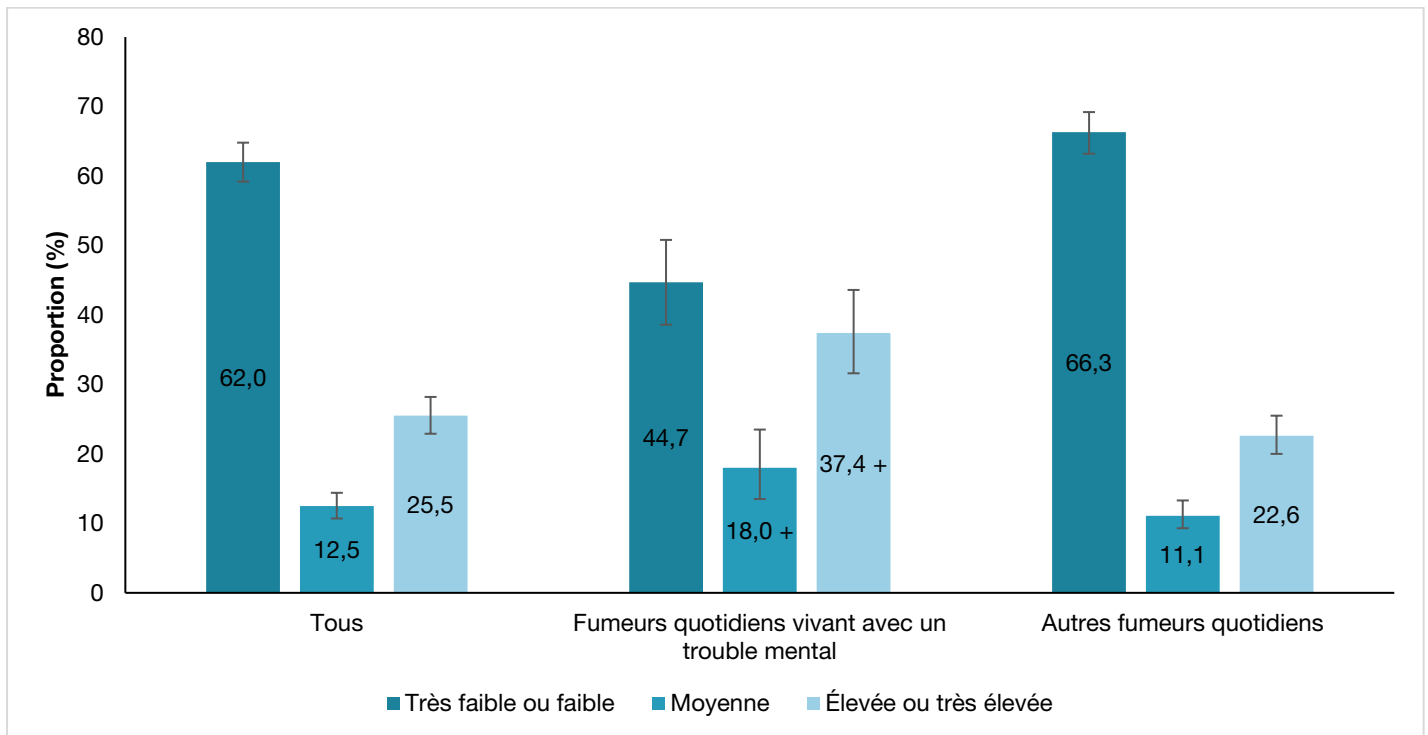
Note : Une estimation en **gras** est significativement différente ( $p < 0,05$ ) de celle obtenue pour les autres fumeurs quotidiens.

## Dépendance à la nicotine

La majorité des fumeurs quotidiens québécois présentent une faible dépendance à la nicotine (62 %) (Figure 3). Toutefois, les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental sont proportionnellement moins nombreux que les autres fumeurs quotidiens à se

retrouver dans cette situation (45 % c. 66 %). Ils se retrouvent conséquemment en proportion significativement plus élevée que les autres fumeurs quotidiens à présenter un niveau de dépendance à la nicotine moyen (18 % c. 11 %) ou élevé (37 % c. 23 %).

**Figure 3 Répartition des fumeurs quotidiens vivant ou non avec un trouble mental selon le degré de dépendance à la nicotine, population de 18 ans et plus au Québec, 2015-2016**



+ Proportion significativement plus élevée que la proportion obtenue pour les autres fumeurs quotidiens ( $p < 0,05$ ).

- Proportion significativement moins élevée que la proportion obtenue pour les autres fumeurs quotidiens ( $p < 0,05$ ).

Chez les femmes, 39 % des fumeuses quotidiennes vivant avec un trouble mental sont très dépendantes à la nicotine, alors que c'est le cas de seulement 18 % des fumeuses quotidiennes sans trouble mental (tableau 4). Une telle différence ne s'observe pas chez les hommes (36 % c. 26 %). Il est en outre observé que la proportion de fumeurs quotidiens présentant une dépendance élevée à la nicotine est similaire chez les hommes et les femmes vivant avec un trouble mental, alors que chez les autres fumeurs quotidiens un écart significatif est noté entre les hommes (26 %) et les femmes (18 %).

La proportion de fumeurs quotidiens présentant une dépendance élevée à la nicotine tend à augmenter chez les 45-64 ans, quoique l'écart observé chez les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental n'atteigne pas le seuil de la significativité statistique. De manière intéressante, la proportion de fumeurs hautement dépendants à la nicotine ne fluctue pas de manière importante en fonction du niveau de scolarité chez les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental, alors que chez les autres fumeurs quotidiens les détenteurs d'un diplôme universitaire se retrouvent en plus faible proportion à présenter une dépendance élevée à la nicotine (12 %) comparativement aux détenteurs d'un diplôme d'études professionnelles ou collégiales (23 %).

Bien que les écarts observés ne soient pas tous statistiquement significatifs, la proportion de fumeurs quotidiens hautement dépendants à la nicotine tend à diminuer en fonction de l'augmentation du niveau de revenu. Toutefois, le résultat obtenu chez les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental et dont le revenu du ménage est de 100 000 \$ ou plus (50 %) va à l'encontre de cette tendance générale.

Finalement, et outre le fait que les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental se retrouvent en proportion plus élevée que les autres fumeurs quotidiens à afficher une dépendance élevée à la nicotine pour les groupes plus défavorisés (3<sup>e</sup> à 5<sup>e</sup> quintiles), aucun écart statistiquement significatif n'est noté en fonction de l'indice de défavorisation matériel et social.

**Tableau 4 Proportion de fumeurs quotidiens présentant une dépendance élevée ou très élevée à la nicotine selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 18 ans et plus au Québec, 2015-2016**

	Fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental (% et IC 95 %)	Autres fumeurs quotidiens (% et IC 95 %)
<b>Total</b>	<b>37,4</b> [31,6–43,6]	22,6 [20,0–25,5]
<b>Sexe</b>		
Masculin	35,5 [26,0–46,3]	25,8 [22,1–30,0]
Féminin	<b>38,5</b> [31,2–46,3]	18,1 - [15,0–21,6]
<b>Âge</b>		
18-24 ans	**	**
25-44 ans	<b>35,7</b> [26,5–46,0]	17,9 [14,3–22,1]
45-64 ans	<b>44,0</b> [35,1–53,4]	28,0 + [23,9–32,5]
65 ans et plus	30,2* [16,8–48,0]	24,8* [18,0–33,3]
<b>Niveau de scolarité</b>		
Sans diplôme	40,3 [29,3–52,3]	29,8 [24,1–36,2]
Diplôme d'études secondaires	34,2* [24,4–45,5]	22,6 [16,7–29,9]
Diplôme d'études professionnelles ou collégiales	<b>35,6*</b> [25,0–47,7]	22,7 [18,6–27,4]
Diplôme d'études universitaires	<b>43,0*</b> [26,3–61,5]	12,0* - [7,9–17,9]
<b>Revenu du ménage</b>		
Moins de 20 000 \$	<b>46,1</b> [36,4 – 56,2]	29,6 [22,7 – 37,5]
Entre 20 000 \$ et 59 999 \$	<b>31,2</b> - [22,9 – 41,0]	21,4 - [18,3 – 24,9]
Entre 60 000 \$ et 99 999 \$	31,4* [18,9 – 47,4]	23,9 [18,8 – 29,9]
100 000 \$ et plus	<b>50,4*</b> [30,9 – 69,8]	18,9* [12,7 – 27,1]
<b>Indice de défavorisation matérielle et sociale</b>		
Quintile 1 (plus favorisé)	**	23,9* [15,5–34,8]
Quintile 2	31,2* [18,4–47,7]	22,0 [16,9–28,0]
Quintile 3	<b>38,6*</b> [24,7–54,6]	18,4 [13,5–24,5]
Quintile 4	<b>41,1*</b> [28,7–54,7]	23,3 [18,8–28,5]
Quintile 5 (plus défavorisé)	<b>38,6</b> [28,3–50,1]	25,2 [19,7–31,6]

+ Proportion significativement plus élevée que la proportion obtenue pour la catégorie précédente de la même variable ( $p < 0,05$ ).

- Proportion significativement moins élevée que la proportion obtenue pour la catégorie précédente de la même variable ( $p < 0,05$ ).

\* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 35 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 35 %; donnée non diffusée.

Note : Une estimation en **gras** est significativement différente ( $p < 0,05$ ) de celle obtenue pour les autres fumeurs quotidiens.



## Discussion

Dans cette section, nous résumons en premier lieu les principaux constats portant sur les disparités entre les adultes vivant avec un trouble mental et le reste de la population adulte en matière d'usage de la cigarette et de dépendance à la nicotine. Afin de mettre en contexte ces constats, nous présentons aussi les hypothèses les plus fréquemment mentionnées dans la littérature scientifique afin de rendre compte de ces disparités. Dans la même optique, le troisième volet de la discussion traite des travaux portant sur le renoncement au tabac chez cette population. Quatrièmement, nous présentons des informations concernant les contextes de dispensation des interventions de renoncement au tabac au Québec et l'influence de ces contextes pour les adultes vivant avec un trouble mental. En dernier lieu, nous précisons les limites de cette étude.

### Principaux constats de l'étude

#### Usage de la cigarette

- La prévalence de l'usage de la cigarette chez les adultes québécois vivant avec un trouble mental se situait à 32 % en 2015-2016, comparativement à 18 % chez les adultes ne présentant pas de trouble mental;
- La proportion de fumeurs quotidiens est significativement plus élevée chez les adultes vivant avec un trouble mental comparativement au reste de la population adulte (25 % c. 13 %), alors que la proportion de fumeurs occasionnels est similaire entre les deux groupes (7 % c. 5 %).

#### Nombre de cigarettes fumées

- Les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental se retrouvent en plus forte proportion que les autres fumeurs quotidiens à fumer plus de 20 cigarettes par jour (22 % c. 15 %) et en plus faible proportion à fumer entre 1 et 10 cigarettes par jour (48 % c. 55 %);
- La proportion de fumeurs quotidiens fumant plus de 20 cigarettes par jour est plus élevée chez les 45-64 ans que chez les 25-44 ans, ce autant chez les adultes vivant avec un trouble mental (30 % c. 17 %) que chez les autres adultes québécois (22 % c. 9 %).

#### Dépendance à la nicotine

- Les fumeurs quotidiens vivant avec un trouble mental se retrouvent en proportion significativement plus élevée que les autres fumeurs quotidiens à présenter un niveau de dépendance à la nicotine moyen (18 % c. 11 %) ou élevé (37 % c. 23 %).

#### Différences selon le sexe

- Contrairement aux résultats obtenus pour le reste de la population adulte, aucune différence selon le sexe n'est observée chez les adultes vivant avec un trouble mental en matière d'usage de la cigarette, du nombre de cigarettes fumées ou du niveau de dépendance à la nicotine.

### Troubles mentaux et tabagisme

À l'heure actuelle, on retrouve plusieurs hypothèses dans la littérature scientifique quant à rendre compte de la forte prévalence du tabagisme chez les personnes aux prises avec un trouble mental. Une des hypothèses les plus fréquemment mentionnées est celle de l'automédication, qui avance que les individus vivant avec un trouble mental adopteraient un comportement d'usage du tabac afin d'alléger leurs symptômes dépressifs ou anxieux. Selon cette hypothèse, le trouble mental constituerait une des causes du tabagisme. Au contraire, une deuxième hypothèse considère que le tabagisme serait une cause de la survenue de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux, au sens où les effets de la nicotine sur les circuits neurologiques contribueraient à augmenter le degré de susceptibilité du fumeur aux différents stress rencontrés dans l'environnement. Une troisième hypothèse veut qu'il n'y ait en fait aucune relation causale entre le tabagisme et les troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété, et que cette association soit simplement le produit de facteurs de risque génétiques ou environnementaux communs aux deux phénomènes.

Une revue systématique effectuée à partir de 148 études (Fluharty, Taylor, Grabski et Munafò, 2017) a relevé que près de la moitié des études supportaient l'hypothèse de l'automédication, au sens où elles rapportaient un lien entre le fait d'être initialement atteint d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux et l'adoption ultérieure d'un comportement tabagique (initiation au tabagisme chez les non-fumeurs ou augmentation de la fréquence de consommation et du nombre de cigarettes fumées

chez les fumeurs). Toutefois, un peu plus du tiers des études considérées dans la revue systématique indiquait une association de sens inverse, à savoir que le fait de fumer initialement était associé au développement ultérieur d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux, ce qui soutient l'hypothèse que l'usage prolongé du tabac augmente le risque d'être atteint d'un trouble mental. Finalement, quelques études ont rapporté des résultats non significatifs quant à établir la force et la direction d'une éventuelle association entre le fait d'être atteint d'un trouble mental et l'usage du tabac. Il est ainsi possible que l'association entre ces deux construits ne soit que le fruit de facteurs génétiques et environnementaux communs.

## Troubles mentaux et renoncement au tabac

Diverses croyances non fondées sont couramment colportées quant à la capacité des individus vivant avec un trouble mental à renoncer au tabac (Prochaska, 2011). Une première croyance véhiculée est que les personnes atteintes d'un trouble mental ne sont pas intéressées par le renoncement au tabac. Les recherches actuelles soutiennent pourtant le contraire; des études portant sur des patients recrutés au sein d'établissements psychiatriques ambulatoires et hospitaliers suggèrent qu'ils désirent tout autant renoncer au tabac que le reste de la population (Hall et Prochaska, 2009). Une deuxième croyance est que les personnes aux prises avec un trouble mental ne peuvent pas arrêter de fumer. Bien que traiter la dépendance au tabac soit ardu, nombre d'essais randomisés contrôlés impliquant des fumeurs aux prises avec un trouble mental ont montré que le succès est possible, notamment avec l'utilisation de la pharmacothérapie combinée avec du counseling (Hall et Prochaska, 2009; McFall, Saxon, Malte, Chow, Bailey et collab., 2010; Tsoi, Porwal et Webster, 2010). Troisièmement, beaucoup de gens croient qu'arrêter de fumer nuit au rétablissement mental en éliminant une stratégie d'adaptation et d'automédication. Des essais randomisés contrôlés ont montré que le renoncement au tabac n'exacerbait pas la dépression ni les symptômes de stress post-traumatique, et n'entraînait pas d'hospitalisation psychiatrique (Ahmed et collab., 2018; Hall et Prochaska, 2009). Une méta-analyse réalisée en 2014 a d'ailleurs conclu que le renoncement au tabac était associé à une amélioration de l'humeur et de la

qualité de vie, de même qu'à une réduction du stress et des symptômes dépressifs ou anxieux chez les fumeurs. Les tailles d'effet observées étaient similaires chez les individus atteints de troubles mentaux et chez ceux ne présentant pas ce type de trouble (Taylor, McNeill, Girling, Farley, Lindson-Hawley et collab., 2014).

Par conséquent, il est important d'offrir aux fumeurs vivant avec un trouble mental des interventions de renoncement adaptées à leurs besoins, accessibles en temps opportun et disponibles à travers les diverses portes d'entrée du Réseau de la santé et des services sociaux du Québec. À cet égard, quelques constats émanent de la littérature scientifique concernant le renoncement au tabac chez les fumeurs atteints de troubles mentaux :

- Trois types de traitement pharmacologique sont considérés comme étant efficaces pour favoriser le renoncement au tabac chez les individus présentant un trouble mental grave : la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) sous forme de timbres de nicotine, de gommes, de pastilles, de vaporisateurs nasaux et d'inhalateurs; la varénicline (Champix®, par prescription) et le bupropion (Zyban®, par prescription) (Jahagirdar et Kaunelis, 2017);
- Pour les fumeurs souffrant de dépression, le soutien cognitivo-comportemental comportant des composantes spécifiques à la dépression peut augmenter le taux de renoncement au tabac (van der Meer et collab., 2013). De plus, le bupropion (Zyban®, par prescription) semble efficace chez les fumeurs ayant des antécédents de dépression (van der Meer et collab., 2013);
- Les doses de TRN, bupropion ou varénicline doivent être revues et ajustées par un clinicien/médecin/psychiatre en fonction des réactions physiologiques et psychiatriques de l'individu, en plus de surveiller l'interaction avec les médicaments utilisés pour le traitement du trouble mental (particulièrement s'il s'agit de clozapine ou d'olanzapine) (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

## Contextes de dispensation des interventions de renoncement au tabac au Québec

La variabilité des contextes au sein desquels se retrouvent les fumeurs aux prises avec un trouble mental, de même que la gravité du trouble, peuvent influencer la décision d'aller de l'avant ou non avec une démarche de renoncement (Prochaska, 2011). Les situations sont cependant différentes pour les fumeurs présentant des troubles mentaux graves et ceux atteints de troubles modérés (Siru, Hulse et Tait, 2009).

En effet, la plupart des individus présentant un trouble mental grave diagnostiqué<sup>3</sup> font l'objet d'un suivi intensif, allant parfois jusqu'à une situation d'hébergement temporaire ou permanente dans un centre hospitalier de soins psychiatriques. Le processus de renoncement peut donc être intégré au rétablissement psychiatrique, tout en bénéficiant d'un suivi prodigué sur place par le personnel. Il s'agit d'un point essentiel, car les médicaments utilisés dans ce type de démarche (varénicline ou bupropion) peuvent, dans certains cas, avoir des effets délétères sur la médication antipsychotique et rendre nécessaires des ajustements ponctuels (National Institute for Health and Care Excellence, 2013, 2014). De plus, les milieux de soins et services québécois sont couverts par des politiques d'environnement sans fumée, obligatoires depuis novembre 2017<sup>4</sup> (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016).

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal, pionnier à cet égard, interdit à ses patients de fumer à l'intérieur et à l'extérieur depuis 2004. Même chose, depuis 2015, à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (anciennement Louis-H. Lafontaine). Selon Perreault-Labelle (2015), les interdictions en vigueur n'ont pas contribué à une augmentation des épisodes violents ou psychotiques, ou même des symptômes dépressifs ou anxieux, un constat corroboré par les recherches du National Institute for Health and Care Excellence (2013). On

remarque ainsi que les fumeurs atteints de troubles mentaux graves diagnostiqués peuvent entamer une démarche de renoncement, ou même être contraints de le faire par l'entremise du suivi intensif qu'ils reçoivent. La situation est cependant différente pour les fumeurs présentant un trouble modéré.

Définis comme une clientèle prioritaire depuis la réforme introduite par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005), les adultes aux prises avec un trouble modéré peuvent, au niveau individuel, être suivis en première ligne par le biais d'un médecin de famille (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Ces derniers demeurent un jalon important dans l'établissement d'une démarche de renoncement, pourvu que le tabagisme soit abordé lors des visites de suivi. Les psychologues en clinique privée, qui doivent fréquemment composer avec des individus aux prises avec des troubles modérés, constituent aussi de possibles portes d'entrée (Fleury et Grenier, 2012).

Au niveau populationnel, les politiques d'environnement sans fumée (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016) ont élargi à l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux du Québec l'obligation de mettre en place un environnement sans fumée, autant à l'extérieur qu'à l'intérieur, y compris les fumeurs et les chambres fumeurs. Cette politique peut avoir pour effet de rejoindre une clientèle plus large, comprenant nombre de personnes présentant des troubles modérés et fréquentant les services externes des établissements québécois.

Dans la même foulée, une approche de systématisation des interventions visant à offrir un soutien aux usagers touchés par les interdictions de fumer, principalement opérationnalisée à travers le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac, est aussi en cours d'implantation à travers les établissements de santé et de services sociaux du Québec (Tremblay, Jutras et Noreau, 2019). L'approche de systématisation des interventions permet

<sup>3</sup> Il ne faut pas oublier qu'une certaine proportion de fumeurs présentant des troubles mentaux graves ne sont pas diagnostiqués, ou ne font l'objet d'aucune forme de suivi. Il en est de même avec les troubles modérés.

<sup>4</sup> Adopté le 26 novembre 2015, l'article 11 de la Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme est venu entériner l'implantation des politiques d'environnement sans fumée pour l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux du Québec. En vertu de la Loi, les établissements avaient jusqu'au 27 novembre 2017 pour adopter une telle politique et, par le fait même, mettre de l'avant un plan d'implantation. Ces plans prévoient la fermeture graduelle des chambres fumeurs de même que des fumeurs. Cela signifie qu'il peut encore y avoir à l'heure actuelle des milieux psychiatriques avec fumeurs ou chambres fumeurs.

de rejoindre certains fumeurs aux prises avec un trouble modéré, du fait que toutes les personnes qui fument lors d'un séjour hospitalier reçoivent du counseling et de la pharmacothérapie en plus d'un suivi d'un mois post-séjour (Tremblay et collab., 2019). Quoique la systématisation des interventions de renoncement soit reconnue comme étant efficace, une approche complémentaire permettant de rejoindre les fumeurs aux prises avec un trouble mental modéré pourrait s'y arrimer afin de compléter l'offre de services actuellement en place dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Les Centres d'abandon du tabac (CAT), de même que la ligne téléphonique *j'Arrête*, constituent également des portes d'entrée possibles pour les fumeurs présentant des troubles mentaux modérés. Il existe toutefois peu d'informations récentes sur l'utilisation de ces services par les personnes vivant avec un trouble mental. Des données d'évaluation colligées en 2014-2015 indiquent néanmoins qu'un peu plus du tiers (34 %) des clients ayant fait appel à la ligne téléphonique *j'Arrête* étaient aux prises avec un trouble mental pouvant influencer leur démarche de renoncement au tabac (Stich et Lasnier, 2018). Les problèmes les plus souvent rapportés étaient l'anxiété (15 %), la dépression (13 %) et le trouble bipolaire (4 %) (Stich et Lasnier, 2018). En ce qui a trait à l'utilisation des services offerts dans les CAT, des données d'évaluation de 2010 nous informent que 23 % des clients affirmaient vivre avec un trouble mental, soit la dépression (17 %), l'anxiété (2 %), le trouble bipolaire (2 %), la toxicomanie (2 %) et la schizophrénie (1 %) (Montreuil, 2012). Sachant que des données québécoises de 2014-2015 indiquent que 8 % des Québécois âgés de 18-64 ans vivent avec un trouble anxio-dépressif et 0,5 % avec un trouble schizophrénique (Infocentre de santé publique, 2020), il semble que les personnes vivant avec un trouble mental seraient surreprésentées au sein des utilisateurs des services québécois de renoncement au tabac.

## Limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites devant être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, précisons qu'une analyse basée sur des données d'enquêtes transversales ne permet pas d'affirmer la présence de liens de causalité entre les phénomènes observés, car l'antériorité des événements n'est pas confirmée.

Certaines limites propres aux données de l'ESCC 2015-2016 doivent également être considérées. Premièrement, la taille échantillonnale de répondants québécois d'âge adulte vivant avec un trouble mental est considérablement inférieure à celle du reste des répondants adultes du Québec. La puissance statistique moindre résultant de cet état de fait limite à certaines occasions la possibilité de conclure à la présence d'écarts statistiquement significatifs entre les proportions comparées.

Notons par ailleurs que les données colligées par le biais des questions d'enquête portant sur le fait d'être atteint d'un trouble mental sont autorapportées plutôt que basées sur un diagnostic clinique, ce qui n'exclut pas la possibilité de sous-déclaration ou de déclaration erronée. De plus, les questions d'enquête ne portent que sur les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, ce qui ne permet pas de considérer l'ensemble des autres troubles mentaux. Cette limite s'avère importante, au sens où les résultats obtenus ne peuvent être généralisés à l'ensemble des adultes québécois vivant avec un trouble mental autre que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Ceci signifie également que les adultes vivant avec un trouble mental autre que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ont été inclus dans le groupe de comparaison, formé du reste de la population adulte du Québec.

Les forces de cette étude sont la fiabilité et la représentativité des données utilisées. Les indicateurs utilisés proviennent d'une enquête représentative de la population du Québec, dont les données sont collectées par un organisme réputé, soit Statistique Canada. De même, l'indice de défavorisation matérielle et sociale, qui est construit sur la base de données du recensement canadien, est un indice reconnu et largement utilisé au Québec (Santéscope, 2019).

## Conclusion

À l'instar des conclusions émises dans les deux précédentes études ayant porté sur des groupes spécifiques de la population québécoise, soit les jeunes adultes (Lasnier et O'Neill, 2019) et les travailleurs manuels (Lasnier et O'Neill, 2020), il apparaît que les adultes vivant avec un trouble mental constituent un groupe requérant une attention particulière dans le processus d'élaboration de politiques publiques visant à favoriser la réduction du tabagisme au Québec.

En effet, les données de l'ESCC recueillies en 2015-2016 indiquent clairement la présence de disparités entre les adultes vivant avec un trouble mental et le reste de la population adulte du Québec en matière d'usage de la cigarette et de dépendance à la nicotine. Les résultats obtenus appuient la littérature scientifique mentionnant que les personnes présentant un trouble mental se retrouvent en plus forte proportion que le reste de la population à fumer la cigarette et à présenter un haut niveau de dépendance à la nicotine.

Le tour d'horizon effectué dans le cadre de cette publication quant aux interventions de renoncement au tabac actuellement disponibles au Québec a permis de constater que les fumeurs vivant avec un trouble mental grave ou modéré peuvent recevoir, s'ils sont pris en charge par l'un ou l'autre des points d'accès aux services de santé et de services sociaux, le soutien requis pour entamer et compléter une démarche de renoncement au tabac. Certains fumeurs vivant avec un trouble mental demeurent néanmoins non rejoints par les interventions et mesures actuelles, ce qui souligne la pertinence de mettre en place des stratégies visant à les informer par rapport aux services disponibles et à les inciter à en faire usage.

## Références

- Ahmed S, Virani S, Kotapati VP, Bachu R, Adnan M, Khan AM, Zubair A, Begum G, Kumar J, Qureshi M, Ahmed R. Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia : A Meta-Analysis. *Front Psychiatry* 2018; 9:428.
- Bernier M. *Hôpital sans fumée. Un projet... une réussite!* Montréal, Québec : Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2006.
- Boisclair M-C. *Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants – Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance à l'Infocentre de santé publique (version 3.3)*. Québec, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2018.
- Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, Orlan C, Graham C, Kakouris G, Remington G, Gatley J. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *J Psychiatr Res* 2014; 48(1):102-110.
- CAN-ADAPTT. *Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline*. Toronto, ON: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health, 2011.
- Chaiton M, Callard C. Mind the gap: Disparities in cigarette smoking in Canada. *Tob Use Insights* 2019; 12:1179173X19839058.
- Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006; 3(2):A42.
- Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Neighborhood deprivation and psychiatric medication prescription: a Swedish national multilevel study. *Ann Epidemiol* 2011, 21(4), 231-237.
- Dalton SO, Mellemkjaer L, Olsen JH, Mortensen PB, Johansen C. Depression and cancer risk: a register-based study of patients hospitalized with affective disorders, Denmark, 1969–1993. *Am J Epidemiol* 2002; 155(12):1088-1095.
- Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Islami F, Drope J. *The Tobacco Atlas, 5<sup>th</sup> edition*. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2015.



Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J* 1991; 69:763-765.

Fleury M-J, Grenier G. *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec, Québec : Commissaire à la santé et au bien-être, 2012.

Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine Tob Res* 2017; 19(1):3-13.

Fone D, Dunstan F, Lloyd K, Williams G, Watkins J, Palmer S. Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *Int J Epidemiol* 2007, 36(2), 338-345.

Hall SM, Prochaska JJ. Treatment of smokers with co-occurring disorders : Emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psycho* 2009; 5:409-431.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. A Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86:1119-1127.

Himelhoch S, Lehman A, Kreyenbuhl J, Daumit G, Brown C, Dixon L. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *Am J Psychiatry* 2004; 161(12):2317-2319.

Infocentre de santé publique. *Prévalence des troubles mentaux pour la population âgée de 18 à 64 ans, avril 2012 à mars 2015*. Québec, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2020. Consulté à l'adresse INSPQ – Portail de l'Infocentre sur : <https://www.infocentre.inspq.qc.ca>

Jahagirdar D, Kaunelis D. *Smoking Cessation Interventions for Patients with Severe Mental Illnesses : A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines*. Ottawa, ON: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2017.

Korn EL, Graubard BI. *Analysis of health surveys*. New York, NY: John Wiley & Sons, 1999.

Lasnier B, O'Neill S. *Disparités entre les Québécois de 18-34 ans et ceux de 35 ans et plus en matière d'usage de la cigarette et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2019.

Lasnier B, O'Neill S. *Disparités entre les travailleurs du Québec en matière d'usage de la cigarette et d'exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2020.

Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ* 2013; 346:f2539.

Légaré N. Tabagisme et schizophrénie : Impacts sur la maladie et son traitement. *Drogues, santé et société* 2007; 6 (1):143-178.

McFall M, Saxon AJ, Malte CA, Chow B, Bailey S, Baker DG, Beckham JC, Boardman KD, Carmody TP, Joseph AM, Smith MW, Shih M-C, Lu JJJ, Holodniy M, Lavori, PW. Integrating tobacco cessation into mental health care for posttraumatic stress disorder : A randomized controlled trial. *JAMA* 2010; 304(22):2485-2493.

Mendelsohn CP, Kirby DP, Castle DJ. Smoking and mental illness. An update for psychiatrists. *Australas Psychiatry* 2015; 23(1):37-43.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles. Politique de lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et de services sociaux*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017.

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

Muecke C, Hamel D, Bouchard C, Martinez J, Pampalon R, Choinière R. *Doit-on utiliser la standardisation directe ou indirecte dans l'analyse géographique de la mortalité à l'échelle des petites régions?* Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2005.

National Institute for Health and Care Excellence. *Smoking : Acute, maternity and mental health services*. Londres, R.-U. : National Institute for Health and Care Excellence, 2013.

National Institute for Health and Care Excellence. *Psychosis and schizophrenia in adults : Prevention and management*. Londres, R.-U. : National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

O'Neill S, Lapalme M. *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Montréal, Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2016. ETMIS 2016; 12(01):1-83.

Pampalon R, Raymond G. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Chronic Dis Can* 2000; 21(3):113-122.

Pampalon R, Hamel D, Gamache P, Raymond G. A Deprivation Index for Health Planning in Canada. *Chronic Dis Can* 2009; 29(4):178-191.

Perreault-Labelle A. *Les torts du tabac en psychiatrie*. Montréal, QC : Info-Tabac, 2015. Consulté à l'adresse Info-Tabac : <https://info-tabac.ca/les-torts-du-tabac-en-psychiatrie/>

Prochaska JJ. Smoking and Mental Illness—Breaking the Link. *New Engl J Med* 2011; 365(3):196-198.

Santéscope. *Indice de défavorisation*. Québec, QC : Institut national de santé publique du Québec, 2019. Consulté à l'adresse Institut national de santé publique du Québec : <https://www.inspq.qc.ca/santescope/indice-de-defavorisation>

Santiago CD, Wadsworth ME, Stump J. Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress : Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *J Econ Psychol* 2011; 32(2):218-230.

Simone C, Carolin L, Max S, Reinhold K. Associations between community characteristics and psychiatric admissions in an urban area. *Soc Psych Psych Epid* 2013, 48(11), 1797-1808.

Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction* 2009; 104(5):719-733.

Sokal J, Messias E, Dickerson FB, Kreyenbuhl J, Brown CH, Goldberg RW, Dixon LB. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192(6):421-427.

Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2015-2016 — Fichier de microdonnées à grande diffusion*. Ottawa, ON : Statistique Canada, 2017a.

Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Composante annuelle. Guide de l'utilisateur — Fichiers de microdonnées de 2016*. Ottawa, ON : Statistique Canada, 2017b.

Stich C, Lasnier B. *Évaluation du service de soutien à l'arrêt tabagique de la ligne j'Arrête en 2014-2015*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2018.

Sundquist K, Ahlen H. Neighbourhood income and mental health : A multilevel follow-up study of psychiatric hospital admissions among 4.5 million women and men. *Health Place* 2006; 12(4):594-602.

Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014; 348:g1151.

Tremblay M, Jutras C, Noreau S. *Systématisation des interventions en établissement de santé auprès des personnes qui font usage du tabac*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2019.

Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. (2010). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Db Syst Rev* 2010; 6:CD007253.

van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Db Syst Rev* 2013; 8:CD006102.

Williams JM, Steinberg ML, Griffiths KG, Cooperman N. Smokers with behavioral health comorbidity should be designated a tobacco use disparity group. *Am J Public Health* 2013; 103(9):1549-1555.

Ziedonis DM, Guydish J, Williams J, Steinberg M, Foulds J. Barriers and solutions to addressing tobacco dependence in addiction treatment programs. *Alcohol Res Health* 2006; 29(3):228-235.

## Remerciements

La production du document a été rendue possible grâce à la contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles du MSSS.

Les auteurs désirent remercier Statistique Canada pour l'accès aux fichiers de données d'enquête. Les données utilisées dans le document ont été adaptées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2015-2016. Cela ne constitue pas une approbation de ce document par Statistique Canada.

Les auteurs souhaitent également remercier Denis Hamel pour son soutien méthodologique.

# Disparités entre les adultes vivant avec un trouble mental et les autres adultes québécois en matière d'usage de la cigarette et de dépendance à la nicotine

## AUTEURS

Benoit Lasnier  
Sébastien O'Neill  
Direction du développement des individus et des communautés

## SOUS LA COORDINATION DE

Chantal Blouin, chef d'unité scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés

## RÉVISEURS

Annie Montreuil  
Marie-Claude Roberge  
Michèle Tremblay  
Direction du développement des individus et des communautés

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de cette publication et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

## MISE EN PAGE

Sophie Michel  
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](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).

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

Dépôt légal — 3<sup>e</sup> trimestre 2020  
Bibliothèque et Archives Canada  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISSN : 1922-2475 (PDF)  
ISBN : 978-2-550-87277-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2083