

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

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

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

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

Direction du développement des individus et des communautés

Juin 2018

AUTEURES

Pascale Bergeron
Michèle Tremblay
Développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Jean-Pierre Landriault
Développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE

Souad Ouchelli
Développement des individus et des communautés

ÉDITION

Unité des communications et de la documentation

REMERCIEMENTS

Les auteures souhaitent remercier les personnes suivantes qui ont relu et commenté la présente synthèse :

Johanne Laguë
Annie Montreuil
Développement des individus et des communautés

Sarah Monette
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Val Morrison
Centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé

Marie-France Raynault
Université de Montréal

Les auteures remercient Benoît Lasnier de l'Institut national de santé publique du Québec pour la production de données statistiques ainsi que Christine Stich pour ses commentaires lors de l'élaboration de la présente synthèse.

Cette synthèse a été réalisée grâce au soutien financier du MSSS.

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 : 978-2-550-81764-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

Table des matières

Faits saillants	1
Sommaire	3
Introduction	7
1 Le renoncement au tabac	9
1.1 Raisons pour cesser de fumer et barrières au renoncement au tabac	9
1.2 Mesures efficaces ou prometteuses de renoncement au tabac	10
1.3 Mesures de renoncement au tabac implantées au Québec	11
2 Méthodologie	13
2.1 Méthode de recension des écrits scientifiques	13
2.2 Méthode d'analyse des écrits scientifiques	14
2.3 Méthode de recension de la littérature grise	15
3 L'efficacité des interventions et mesures à réduire les inégalités en matière de renoncement au tabac	17
3.1 Résultats	17
Interventions de soutien	17
3.1.1 Le soutien par des intervenants.....	17
3.1.2 Le soutien par des intervenants combiné à une utilisation d'aides pharmacologiques	19
3.1.3 Les lignes téléphoniques de soutien	22
3.1.4 Les aides pharmacologiques et leur remboursement	23
3.1.5 Le soutien par les pairs	24
3.1.6 Les sites internet et les services de messagerie texte	25
3.1.7 Les incitatifs financiers.....	26
Mesures fiscales, médiatiques et législatives.....	28
3.1.8 Les hausses de taxes et de prix sur les produits du tabac	28
3.1.9 Les campagnes médiatiques	31
3.1.10 Les mises en garde relatives à la santé sur les emballages.....	34
3.1.11 Les restrictions à l'usage du tabac dans certains lieux.....	36
3.1.12 Les stratégies de lutte contre le tabagisme à plusieurs composantes	38
3.2 Forces, limites et qualité méthodologique	41
4 Discussion	45
5 Conclusion	57
6 Références	59
Annexe 1 Liste des mots clés par concept	67
Annexe 2 Plateformes et bases de données consultées	71
Annexe 3 Diagramme de la recherche documentaire	75
Annexe 4 Tableaux d'extractions	79
Annexe 5 Publications d'organismes de santé publique	123
Annexe 6 Tableaux sommaires	127

Faits saillants

Le Québec a connu un important recul du tabagisme au cours des 25 dernières années, mais certains groupes de la population continuent de faire usage du tabac dans des proportions très élevées. C'est le cas des groupes défavorisés sur le plan socioéconomique alors qu'on retrouve dans les secteurs défavorisés une proportion de fumeurs qui est près du double de celle observée dans les secteurs plus favorisés.

Depuis le début des années 2000, une vaste gamme de services gratuits de soutien à l'arrêt tabagique a été implantée à la grandeur du Québec afin de soutenir les fumeurs de tous les groupes socioéconomiques dans une démarche de renoncement au tabac: centres d'abandon du tabagisme, ligne téléphonique et site internet *j'Arrête*, remboursement d'aides pharmacologiques, etc. Ces services ont rejoint, dans une certaine mesure, les fumeurs défavorisés. La présente synthèse a été entreprise pour mieux comprendre quelles mesures favoriseraient une baisse de la prévalence du tabagisme chez les populations défavorisées à la hauteur de ce qu'on a observé dans les groupes plus favorisés.

Voici les principaux constats tirés de l'examen de la littérature scientifique et des documents de grands organismes de santé publique en ce qui a trait à l'impact sur l'équité des mesures de lutte contre le tabagisme :

- 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 du prix du tabac que les groupes plus favorisés.
- 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.
- Lorsque des efforts substantiels sont consentis pour rejoindre les populations défavorisées, notamment par une offre de service de proximité, une plus grande proportion utilise les services de soutien offerts par des intervenants et tente de cesser de fumer. Autrement, ce type de services a souvent moins d'effets chez les fumeurs défavorisés.
- Si l'on porte une attention particulière aux populations défavorisées lors du développement de sites internet ou de services de messagerie texte et qu'on les valide auprès d'elles pour leur acceptabilité, le taux d'arrêt tabagique est plus élevé. Sinon, l'impact est moindre chez ces populations.

À la lumière de ces observations, afin de favoriser l'équité en matière d'arrêt tabagique, il pourrait être envisagé de :

- Rejoindre davantage les fumeurs des groupes défavorisés en intensifiant l'offre de services de proximité dans les milieux défavorisés, services qui se doivent d'être flexibles et adaptés aux besoins et réalités, et en invitant de façon proactive les fumeurs issus de ces milieux à les utiliser.
- Hausser les taxes de façon régulière sur les produits du tabac et prolonger les campagnes médiatiques à caractère émotif.
- Mieux soutenir en facilitant l'accès au remboursement de toutes les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique reconnues efficaces, sur une période prolongée lorsque nécessaire, sans limiter le nombre de fois que le traitement peut être utilisé au cours d'une année tout en continuant à suivre l'évolution des connaissances scientifiques pour identifier des pratiques novatrices en matière d'arrêt tabagique auprès des groupes très dépendants de la nicotine.

La présente synthèse souligne également l'importance de renforcer les politiques contribuant à la réduction des inégalités sociales, notamment les différentes mesures de lutte à la pauvreté et aux conditions de vie difficiles, pour réellement espérer faire des gains en matière d'équité.

Sommaire

L'usage du tabac est responsable du décès de près de 13 000 Québécois et Québécoises chaque année (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 environ 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 trouvent les moyens appropriés pour les aider, 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.

Principaux constats

L'analyse d'écrits scientifiques publiés depuis 2005 a permis de dresser plusieurs constats quant à l'impact sur l'équité en matière d'arrêt tabagique de différentes mesures. 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.

- 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 du prix du tabac que les groupes plus favorisés. Cette sensibilité se traduirait par davantage de tentatives de renoncement au tabac, une diminution du nombre de cigarettes fumées et une réduction de la prévalence du tabagisme.
- 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.
- 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.
- En portant une attention particulière aux populations défavorisées lors du développement de sites internet ou de services de messagerie texte et en les validant auprès d'elles pour leur acceptabilité, le taux d'arrêt tabagique est plus élevé, limitant ainsi l'impact généralement négatif sur l'équité de ce type d'interventions.

- 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 gratuite. Cependant, encore trop peu d'études récentes ont examiné l'impact sur l'équité des lignes téléphoniques de soutien à l'arrêt pour réellement en évaluer l'impact en matière d'équité.
- Selon une étude récente menée 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. Toutefois, il demeure 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.
- La mise en place d'interdictions de fumer dans divers lieux serait plus efficace chez les fumeurs plus favorisés. 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* aux États-Unis :

- 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 (OMS-Europe, 2014; CDC, 2015).
- 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 (OMS-Europe, 2014; CDC, 2015).
- L'augmentation du prix des cigarettes par la taxation est la mesure qui aurait le plus d'impact pour réduire les inégalités (OMS-Europe, 2014; NCI-OMS, 2016; CDC, 2015). Il est admis qu'une augmentation de 10 % du prix des cigarettes réduit la consommation de 4 % (NCI-OMS, 2016). Pour un impact maximal, il importe toutefois d'augmenter aussi le prix des marques à rabais et des autres produits du tabac (NCI-OMS, 2016; CDC, 2015).
- 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 (OMS-Europe, 2014).

- 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 semblent tout de même rejoindre un plus large auditoire, notamment les gens analphabètes (OMS-Europe, 2014; NCI-OMS, 2016).
- Des avenues prometteuses ont aussi été identifiées : utilisation des nouvelles technologies (OMS-Europe, 2014; CDC, 2015); interventions en milieux de travail (OMS-Europe, 2014); offre d'incitatifs financiers aux fumeurs qui s'engagent dans une démarche d'arrêt tabagique, (OMS-Europe, 2014); adoption de l'emballage neutre (NCI-OMS, 2016).

Mesures et interventions implantées au Québec

Depuis le début des années 2000, le Québec a favorisé la mise en place 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 implantés à la grandeur du Québec et la ligne téléphonique *j'Arrête* et le site internet *j'Arrête* ont vu le jour. 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. Les 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 :

- Plus de 60 % des clients des centres d'abandon du tabagisme n'occupent pas d'emploi comparativement à 27 % parmi les fumeurs quotidiens (Montreuil, 2012).
- L'on retrouve une plus grande proportion de fumeurs moins scolarisés rejoints par la ligne téléphonique 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 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, Payette et Montreuil, 2009).

Perspectives d'action pour le Québec

Selon l'examen de la littérature scientifique et les recommandations de grands organismes de santé publique, pour favoriser l'équité en matière de renoncement au tabac, il serait possible d'envisager les mesures suivantes au Québec :

- Hausser les taxes sur les produits du tabac de façon régulière;
- mettre en place et intensifier l'offre de services de proximité dans les milieux défavorisés sur le plan socioéconomique, services qui se doivent d'être flexibles et adaptés aux besoins et réalités des fumeurs y résidant;
- recruter de façon proactive des fumeurs issus de milieux défavorisés pour qu'ils utilisent les services d'arrêt tabagique et promouvoir l'utilisation de ces services auprès de cette clientèle;
- faciliter l'accès au remboursement de toutes les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique reconnues efficaces, sur une période prolongée, lorsque nécessaire, sans limiter le nombre de fois que le traitement peut être utilisé au cours d'une année;
- prolonger les campagnes médiatiques à caractère émotif;
- intensifier la mise en place des diverses mesures faisant partie d'une stratégie globale de lutte contre le tabagisme;
- renforcer les politiques contribuant à la réduction des inégalités sociales, notamment les différentes mesures de lutte à la pauvreté et aux conditions de vie difficiles.

Par ailleurs, la présente synthèse des connaissances a mis en lumière l'importance de développer la recherche et l'évaluation en contexte québécois pour dresser un portrait actuel de l'utilisation des services par les fumeurs de tous les groupes socioéconomiques et mieux comprendre les besoins des fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique. Il importe aussi de continuer à suivre l'évolution des connaissances scientifiques et des expériences étrangères pour identifier des pratiques novatrices ou émergentes en matière d'arrêt tabagique auprès de groupes très dépendants de la nicotine, dont les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.

Introduction

Au Québec, la lutte contre le tabagisme demeure une priorité de santé publique. En effet, près de 13 000 Québécois et Québécoises décèdent chaque année de maladies reliées à leur usage de tabac (Dobrescu et coll., 2017). Heureusement, la prévalence du tabagisme a grandement diminué depuis les 15 dernières années. De nos jours, environ 22 % des adultes québécois fument (Statistique Canada, 2015) alors qu'en 2000, environ 30 % des personnes de 20 ans et plus fumaient (Statistique Canada, 2002). Toutefois, certains groupes de la population continuent de faire usage du tabac dans des proportions très élevées. C'est le cas des groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. Ainsi, 30 % des adultes québécois résidant dans les secteurs les plus défavorisés sur le plan matériel et social (quintile 5) fumaient en 2013-14 alors que c'était le cas de 15 % de ceux demeurant dans les secteurs les plus favorisés (quintile 1) (Lasnier et coll., à paraître).

Le Québec n'est toutefois pas la seule province où cette situation existe. On trouve aussi des taux plus élevés de tabagisme chez les Canadiens les moins scolarisés comparativement aux plus scolarisés, la prévalence du tabagisme étant plus du double entre les deux groupes (Reid, Hammond et Driezen, 2010; Corsi et coll., 2013). La situation est similaire dans de nombreux pays en Europe (OMS-Europe, 2014; Bosdriesz et coll., 2015), aux États-Unis (CDC, 2015) et en Australie (Purcell, O'Rourke et Rivis, 2015). Selon certains auteurs, ces inégalités se seraient aggravées au Canada à travers le temps (Corsi et coll., 2014), alors que pour d'autres auteurs, elles se seraient maintenues (Reid, Hammond et Driezen, 2010). Au Québec, les inégalités liées au tabagisme seraient demeurées stables entre 2007-2008 et 2013-2014 (Lasnier et coll., à paraître).

Ces inégalités en matière de tabagisme se traduisent en des inégalités en ce qui a trait à la morbidité et à la mortalité prématurée entre divers groupes sociaux, 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; CDC, 2015; NCI-OMS, 2016). Puisque le tabagisme entraîne à lui seul de nombreuses maladies et décès prématurés, des études ont montré que réduire les inégalités en matière de tabagisme permettrait de réduire considérablement les inégalités de santé et de mortalité dans les sociétés (OMS-Europe, 2014). À titre d'exemple, il a été estimé récemment, en étudiant la situation dans 14 pays européens, que la contribution du tabagisme aux inégalités en matière de mortalité chez les hommes serait de 19 % à 55 % selon les pays (Gregoraci et coll., 2017).

Réduire les inégalités de santé est donc une priorité énoncée par plusieurs gouvernements, dont celui du Québec dans le Programme national de Santé publique 2015-25 (Gouvernement du Québec, 2015). Dans la récente Politique gouvernementale de prévention en santé (Gouvernement du Québec, 2016), il est aussi spécifié que l'on souhaite concevoir et mettre en place des services de soutien à l'arrêt tabagique adaptés aux conditions de vie des plus démunis.

Afin de réduire les inégalités en matière de tabagisme, il est indéniable qu'il faille s'attaquer à leurs causes profondes, notamment la pauvreté, l'exclusion sociale, les conditions de vie et de logement difficiles ainsi que la précarité d'emploi (OMS-Europe, 2014; CDC, 2015; Mantoura et Morrison, 2016). Toutefois, il faut aussi s'attarder à des causes plus proximales et liées au domaine du tabagisme. Par exemple, il est rapporté dans la littérature scientifique que plusieurs fumeurs défavorisés sont très dépendants de la nicotine, qu'ils fument un plus grand nombre de cigarettes chaque jour, depuis longtemps, et qu'ils utiliseraient moins les méthodes reconnues efficaces pour cesser de fumer (OMS-Europe, 2014; Twyman et coll., 2014). Lorsqu'ils s'engagent dans une démarche de renoncement au tabac, ils rechuteraient plus fréquemment que les fumeurs plus favorisés (OMS-Europe, 2014; Kotz et West, 2009). Également, ces groupes auraient de nombreux

fumeurs dans leur entourage et vivraient davantage dans des milieux dont la norme sociale est pro-tabac (OMS-Europe, 2014).

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 trouvent les moyens appropriés pour les aider, 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). Rappelons que l'équité en santé réfère à la capacité pour tous d'atteindre leur plein potentiel de santé, sans égard à des circonstances sociales déterminées (CDC, 2015). Il importe donc de s'intéresser aux meilleures pratiques pour favoriser l'équité en matière d'arrêt tabagique. Le présent document vise à analyser les plus récents écrits scientifiques sur les mesures et interventions efficaces ou prometteuses pour réduire les inégalités en matière de renoncement au tabac.

Plus précisément, les objectifs de la présente recension des écrits sont d'identifier :

- l'impact sur l'équité en matière de renoncement au tabac des diverses mesures et interventions généralement mises en place dans le cadre d'une stratégie de lutte contre le tabagisme;
- les interventions de renoncement au tabac reconnues efficaces ou prometteuses chez les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique ;
- les éléments probants ou prometteurs permettant de bonifier et d'adapter les services en abandon du tabac actuellement offerts au Québec de même que les mesures populationnelles en place afin de mieux rejoindre et soutenir les populations défavorisées.

Il importe d'emblée de préciser que la population à l'étude dans la présente synthèse est constituée de l'ensemble des groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. Les sous-groupes particuliers qui sont défavorisés, mais qui ont aussi des problèmes de santé mentale ou de multiples dépendances, qui sont incarcérés ou itinérants ou qui appartiennent à un groupe ethnique en particulier ne font pas l'objet de la présente analyse, car les résultats des études qui leurs sont consacrées sont difficilement généralisables à l'ensemble de la population.

La première partie de cette synthèse des connaissances présente une mise en contexte qui énonce les différents facteurs et barrières liés au renoncement au tabac chez les groupes défavorisés. Puis, l'on retrouve une brève description de l'efficacité de différentes mesures et interventions de renoncement au tabac de même qu'un portrait de l'implantation de ces mesures et interventions au Québec. Le document se poursuit avec la méthode de recension des écrits adoptée pour la présente synthèse et la présentation des résultats. Finalement, la discussion reprend les principaux constats issus de la recension des écrits et présente les recommandations d'organismes de renom en santé publique afin de favoriser l'équité en matière de renoncement au tabac. Certains éléments de réflexion y sont aussi suggérés pour bonifier l'offre de services et les mesures en place au Québec.

1 Le renoncement au tabac

1.1 Raisons pour cesser de fumer et barrières au renoncement au tabac

Certaines études démontrent que les fumeurs défavorisés socioéconomiquement et les fumeurs plus favorisés tentent de cesser de fumer dans des proportions similaires alors que selon d'autres études, les fumeurs défavorisés feraient moins de tentatives de renoncement au tabac (Christiansen et coll., 2015; Twyman et coll., 2014). Ce qui est clair, toutefois, c'est que les taux de succès des tentatives d'abandon du tabac sont plus faibles chez les fumeurs défavorisés (Twyman et coll., 2014; Kotz et West, 2009). C'est pourquoi les chercheurs tentent de déterminer si les causes de rechute diffèrent selon le statut socioéconomique. Ils cherchent également à identifier les motifs pour cesser de fumer qui sont spécifiques aux fumeurs défavorisés.

De façon générale, les raisons les plus souvent invoquées pour renoncer au tabac sont des préoccupations par rapport à la santé future ou actuelle et le coût des produits du tabac (Hummel et coll., 2015). La pression sociale, les enfants, le dégoût face à la dépendance, l'amélioration de sa condition physique sont d'autres raisons citées (Hummel et coll., 2015). Certains chercheurs ont toutefois observé que les fumeurs défavorisés, comparativement aux fumeurs plus favorisés, mentionnent davantage vouloir arrêter de fumer pour des raisons reliées à leur santé actuelle ou pour le coût élevé du prix des produits du tabac (Pisinger et coll., 2011; Vangeli et West, 2008).

Il existe de nombreuses barrières à l'arrêt tabagique et celles les plus souvent retrouvées dans la littérature sont le plaisir associé à l'usage de tabac, les fortes envies de fumer et autres symptômes liés au sevrage, la gestion du stress, l'habitude, la peur de l'échec ou de la prise de poids (Twyman et coll., 2014). En 2014, Twyman et ses collègues ont publié une recension d'études sur les barrières à l'abandon du tabac mentionnées par les fumeurs de six groupes vulnérables dont les personnes de faible niveau socioéconomique (Twyman et coll., 2014). Trois barrières ont été rapportées par tous les groupes: a) la gestion du stress, le tabac pouvant être utilisé comme un mécanisme pour faire face à la précarité et aux nombreux événements stressants vécus au quotidien, b) l'acceptabilité sociale et la prévalence élevée du tabagisme dans la communauté, rendant le maintien de l'abstinence particulièrement difficile lorsque l'on côtoie des amis et des proches fumeurs et que le tabac est très accessible et c) le manque de soutien par les professionnels de la santé, certains d'entre eux estimant que le tabac est la seule source de plaisir pour ces personnes. S'ajoutent d'autres barrières fréquemment citées par les fumeurs défavorisés telles que le plaisir de fumer, la forte dépendance au tabac, le manque de confiance, le manque de soutien par les proches, l'activité sociale que représente l'usage de tabac de même que l'isolement, l'ennui et le manque d'accès aux ressources d'abandon du tabac (Twyman et coll., 2014).

Par ailleurs, certains fumeurs de faible niveau socioéconomique ont des croyances ou perceptions pouvant expliquer pourquoi ils se prévalent moins des mesures reconnues efficaces pour cesser de fumer comparativement aux fumeurs plus favorisés: a) la volonté de cesser de fumer suffit pour arrêter avec succès, b) les interventions reconnues efficaces comme le counseling ne sont pas plus efficaces que d'autres méthodes, c) les médicaments d'aide à l'arrêt tabagique sont inefficaces, dangereux, dispendieux et entraînent une dépendance, d) les traitements ne sont pas accessibles (Christiansen et coll., 2015). Ils craignent également d'être jugés par les intervenants offrant des services (Roddy et coll., 2006; Murray et coll., 2009). Enfin, s'ils cessent de fumer à l'aide de médicaments ou de sessions de counseling, l'observance ne serait pas optimale. En effet, certains ont tendance à ne pas prendre la pharmacothérapie telle que recommandée ou à ne pas se présenter aux rendez-vous planifiés (Hiscock, Judge et Bauld, 2011).

1.2 Mesures efficaces ou prometteuses de renoncement au tabac

Plusieurs mesures favorisant le renoncement au tabac ont été démontrées efficaces auprès de l'ensemble des fumeurs. Alors que certaines mesures comme les actions législatives ou les campagnes médiatiques touchent l'ensemble de la société, d'autres visent seulement les individus faisant usage de tabac: interventions en face à face ou téléphoniques et aides pharmacologiques. Voici un bref survol de l'état des connaissances sur l'efficacité de différentes mesures de renoncement au tabac (Tremblay et Ben Amar, 2007; Tremblay et Roy, 2013) :

- Selon plusieurs études menées dans des pays favorisés aux plans social et économique, une hausse de 10 % du prix des produits du tabac ferait baisser la consommation globale de tabac de 4 % (Chaloupka, Yurekli et Fong, 2012). La diminution de la consommation observée chez les adultes serait attribuable au renoncement au tabac par certains fumeurs et à une baisse du nombre de cigarettes fumées par d'autres fumeurs.
- La mise en place de politiques visant à interdire de fumer à l'intérieur des édifices publics a pour principal objectif de protéger les non-fumeurs d'une exposition involontaire à la fumée de tabac. Une conséquence de ces restrictions est l'offre d'un environnement soutenant pour les fumeurs qui décident de renoncer au tabac (Frazer et coll., 2016). Qui plus est, des interdictions de fumer dans les domiciles privés des particuliers sont de plus en plus nombreuses à être adoptées suite à l'implantation de politiques restreignant l'usage de tabac dans les lieux publics et de travail qui sont accompagnées d'informations expliquant le bien-fondé de telles restrictions (Zhu et coll., 2012).
- Les interventions médiatiques véhiculant des messages sur le renoncement au tabac ou sur le tabac en général peuvent inciter les fumeurs à cesser de fumer et instaurent une norme sociale de non-usage du tabac. Selon une revue Cochrane sur le sujet, il existe certaines preuves de l'efficacité des programmes globaux de contrôle du tabac qui comprennent des campagnes médiatiques (Bala, Strzeszynski et Cahill, 2008). L'efficacité des campagnes serait influencée par l'intensité et la durée de celles-ci (Durkin, Brennan et Wakefield, 2012).
- Des mises en garde graphiques de grande taille sur les paquets de cigarettes sont un moyen peu coûteux pour les gouvernements d'informer les fumeurs des effets néfastes de l'usage du tabac sur la santé et elles peuvent susciter leur intérêt à faire une tentative de renoncement au tabac (NCI-OMS, 2016).
- L'intervention individuelle par un clinicien auprès du fumeur est efficace (Fiore et coll., 2008; Mojica et coll., 2004; Sinclair, Bond et Stead, 2004; Stead, Bergson et Lancaster, 2008; Rice et Stead, 2008). Même de courte durée, elle a un impact populationnel important étant donné la proportion élevée de fumeurs qui consultent un professionnel de la santé au moins une fois par année (Kairouz et coll., 2007). Plus l'intervention individuelle avec un fumeur est prolongée, plus elle est efficace (Fiore et coll., 2008).
- Le counseling de groupe serait deux fois plus efficace qu'une intervention autodidacte et serait aussi efficace que le counseling individuel d'intensité similaire (Stead et Lancaster, 2005).
- Le counseling téléphonique initié par un intervenant d'une ligne téléphonique, que ce soit après un premier appel du fumeur ou non, augmente de façon significative le taux de renoncement au tabac (Stead et coll., 2013).
- Les interventions d'abandon du tabac à l'aide de sites internet et d'autres technologies électroniques seraient des interventions prometteuses (Civljak et coll., 2010; Aveyard et coll., 2012).

- La pharmacothérapie sous la forme de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), de bupropion ou de varénicline double les taux de succès en permettant d'atténuer les symptômes de sevrage (Fiore et coll., 2008; Cahill et coll., 2013; Hughes et coll., 2014; Cahill et coll., 2016). Jumelée avec du counseling, la pharmacothérapie est encore plus efficace (Stead et coll., 2015; Patnode et coll., 2015).
- Enfin, la cigarette électronique avec nicotine serait plus efficace que la cigarette électronique sans nicotine et aussi efficace que le timbre de nicotine (Hartmann-Boyce et coll., 2016). Toutefois, le nombre d'études examinant son efficacité est très limité : seulement deux essais contrôlés randomisés ont été retenus dans la plus récente revue Cochrane (Hartmann-Boyce et coll., 2016). Les recherches en cours permettront de confirmer ou d'infirmer ces résultats.

Les 20 dernières années ont vu l'émergence et la mise en place de ces différentes mesures qui visent à favoriser le renoncement au tabac. Il faut toutefois que les fumeurs s'en prévalent si l'on souhaite obtenir un impact populationnel et certains chercheurs affirment que l'implantation de mesures efficaces ne serait pas toujours suffisante pour que l'on observe un impact populationnel (Zhu et coll., 2012). En effet, une analyse de données d'enquêtes américaines recueillies annuellement entre 1991 et 2010 n'a pas révélé d'augmentation des taux d'abandon, définis comme la proportion de fumeurs ayant cessé de fumer durant au moins trois mois au cours de l'année précédente.

Différentes hypothèses sont avancées pour expliquer cette observation (Zhu et coll., 2012). Certaines interventions reconnues efficaces dans un contexte de recherche auprès de fumeurs motivés, le seraient moins lorsqu'implantées à grande échelle, auprès de fumeurs moins motivés. La promotion de certaines mesures pourrait avoir des effets inattendus. À titre d'exemple, une emphase trop grande sur l'efficacité de la pharmacothérapie pourrait amener les fumeurs à croire qu'ils ne seront pas capables d'arrêter de fumer sans médicaments et ainsi réduire le taux d'abandon. Autre exemple: pour faire face à une hausse de taxes, certains fumeurs diminuent leur consommation de tabac et décident de ne pas cesser complètement, estimant que leur démarche réduit suffisamment les méfaits de leur tabagisme. Zhu et ses collègues affirment donc qu'il est important d'évaluer les effets des interventions à un niveau populationnel plutôt que de seulement extrapoler les résultats d'études cliniques à un niveau populationnel. Ils suggèrent aussi d'étudier les façons d'amener un plus grand nombre de fumeurs à faire davantage de tentatives de renoncement au tabac.

1.3 Mesures de renoncement au tabac implantées au Québec

Au Québec, l'ensemble des mesures de renoncement au tabac reconnues efficaces ont été implantées progressivement depuis le début des années 2000 (Tremblay et Roy, 2013; MSSS, 2017) :

- Quatre hausses des taxes sur les produits du tabac sont survenues depuis 2003 (décembre 2003, novembre 2012, février 2014 et juin 2014); le prix demeure toutefois le plus bas au pays.
- Des lois adoptées en 2005 et 2015 ont grandement limité le nombre d'endroits publics tant intérieurs qu'extérieurs où il est permis de fumer. De plus, il est maintenant interdit de fumer dans les véhicules privés en présence de jeunes de moins de 16 ans.
- Plusieurs campagnes médiatiques ont cours chaque année : Semaine pour un Québec sans tabac (janvier), Familles sans fumée (octobre et novembre) et le Défi j'Arrête, j'y gagne! (décembre à mars) qui convie les fumeurs à cesser de fumer pendant six semaines. Ces campagnes ont un haut taux de pénétration et plusieurs d'entre elles ont fait appel à des témoignages hautement émotifs. Entre les années 2000 et 2015, les organisateurs du Défi ont enregistré 370 000 inscriptions. Quant aux campagnes de promotion des services en abandon du tabac, elles se tiennent sur une période de six mois chaque année.

- Un acte de counseling préventif sur le renoncement au tabac par les médecins omnipraticiens a été instauré en janvier 2007. Le nombre d'actes facturés par les médecins est passé d'environ 107 000 en 2007 à près de 179 000 en 2012 pour diminuer à environ 161 000 en 2015. Depuis juin 2016, cet acte spécifique a été intégré à ceux relatifs à la visite de prise en charge et au suivi d'un patient inscrit.
- En 2004, le MSSS donnait à l'INSPQ le mandat d'élaborer conjointement avec cinq ordres professionnels québécois (Ordre des pharmaciens, Ordre des dentistes, Ordre des hygiénistes dentaires, Ordre des inhalothérapeutes, Ordre des infirmières et infirmiers) un projet visant à optimiser les pratiques de counseling en abandon du tabac de leurs membres. Entre 2004 et 2012, quelque 75 activités ont été réalisées: formations, guides cliniques, outils d'aide à la pratique (Tremblay et Poirier, 2011).
- Plus de 150 centres d'abandon du tabagisme ont été créés à la grandeur du Québec pour offrir aux fumeurs qui souhaitent renoncer au tabac un accompagnement individuel ou de groupe. Depuis 2008, chaque année, environ 6 000 fumeurs se prévalent des services individuels et environ 1000 fumeurs, des services de groupe. Une analyse de données recueillies en 2010 sur le profil des fumeurs au moment de leur première rencontre avec un conseiller d'un centre d'abandon du tabagisme indique que 62 % des clients n'occupaient pas d'emploi, une proportion beaucoup plus élevée que celle de 27 % retrouvée parmi les fumeurs quotidiens (Montreuil, 2012).
- Mise en place en 2002, la ligne téléphonique j'Arrête offre à l'ensemble de la population québécoise un service gratuit, bilingue et confidentiel, du lundi au vendredi. Entre 2002 et 2011, plus de 162 000 demandes de 101 000 personnes différentes ont été traitées et plus de 85 % des personnes qui appellent le font pour obtenir du soutien en arrêt tabagique. Selon un portrait de la clientèle ayant bénéficié des services de la ligne en 2013-2014, l'on retrouve une plus grande proportion de fumeurs moins scolarisés rejoints par la ligne que la proportion observée chez l'ensemble des fumeurs québécois (Stich et Tissot, 2015).
- Le site Internet j'Arrête, mis en ligne en janvier 2003, a connu un achalandage de plus de 230 000 visites dès sa première année de fonctionnement avec un pic de 465 000 visites en 2005-2006. Depuis 2012-2013, on note une hausse de l'achalandage avec plus de 700 000 visites en 2014-2015.
- Un projet pilote de messagerie texte a vu le jour en 2010 pour soutenir les jeunes adultes de 18-24 ans (Service de Messagerie texte pour Arrêter le Tabac (SMAT)). Suite à une première évaluation favorable, le MSSS a décidé d'accorder un soutien financier en 2013 pour bonifier ce programme et l'étendre à un public plus large. Une analyse de données recueillies en 2013-2014 révèle que la proportion des clients du SMAT moins scolarisés est plus élevée que celle observée chez l'ensemble des fumeurs québécois (Tissot et coll., 2015).
- Le timbre et la gomme de nicotine de même que le bupropion ont été ajoutés à la liste des médicaments remboursés par le régime public d'assurance médicaments du Québec en octobre 2000 et la varénicline, en 2007. Ces médicaments sont remboursés à raison de 12 semaines consécutives, une fois par année. Alors que le nombre d'ordonnances avoisinait les 500 000 en 2001, on en dénombrait moins de 300 000 en 2007. Une hausse substantielle a toutefois été observée en 2008 et près de 600 000 ordonnances ont été remises en 2014. Selon un portrait des utilisateurs de la mesure de remboursement du régime public d'octobre 2000 à décembre 2004, la proportion de prestataires d'assistance-emploi ayant utilisé cette mesure est plus élevée que celle des autres personnes assurées par le régime public, soit les personnes âgées de 65 ans ou plus et les adhérents qui ne peuvent pas souscrire un régime privé (Tremblay, Payette et Montreuil, 2009).

2 Méthodologie

2.1 Méthode de recension des écrits scientifiques

Concepts et mots-clés

La première étape de la recension des écrits a consisté à traduire les concepts à l'étude en mots-clés; soit les inégalités, les interventions et mesures de contrôle du tabagisme, l'arrêt tabagique et les divers produits du tabac. Ces mots clés, en anglais, ont servi à interroger les diverses bases de données pour repérer des articles scientifiques pertinents (annexe 1).

Ces mots-clés viennent préciser que :

- Les études recherchées portent sur les inégalités en matière d'arrêt tabagique entre des groupes de la population définis par leurs caractéristiques socioéconomiques.
- Les études d'intérêt portent sur des mesures de contrôle du tabagisme : mesures législatives, fiscales, médiatiques et de soutien à l'arrêt tabagique.
- Les études recherchées mesurent l'arrêt tabagique.
- Les études d'intérêt portent sur la cigarette et tous les autres produits du tabac connexes (cigares, pipes à eau, tabac à mâcher).

Dans un deuxième temps, des critères plus précis d'inclusion et d'exclusion ont été définis.

Critères d'inclusion

- Publication portant sur des mesures et interventions mises en place au Canada, aux États-Unis, en Australie, en Grande-Bretagne ou dans un pays comparable.
- Étude avec un devis quantitatif ou recension des écrits qui analyse plusieurs études primaires.
- Étude portant sur des populations adultes.
- Étude évaluant l'impact d'une mesure sur les inégalités en matière de renoncement au tabac. L'étude peut évaluer l'impact d'une mesure ou d'une intervention ciblée vers un groupe défavorisé ou encore évaluer l'impact d'une mesure pour divers groupes socioéconomiques.
- Étude précisant l'indicateur de niveau socioéconomique utilisé, que ce soit le revenu, la scolarité, la catégorie socioprofessionnelle ou un indice de défavorisation selon le lieu de résidence.

Critères d'exclusion

- Étude ciblant uniquement une population vulnérable très spécifique: personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de multiples dépendances, population carcérale, itinérants, autochtones ou autres groupes ethniques particuliers.
- Publication dans une autre langue que l'anglais ou le français.
- Publication antérieure à 2005. Toutefois, puisque des recensions d'écrits sont également recensées, il est possible que celles-ci incluent des études publiées à une période antérieure.
- Publication portant sur des mesures et interventions non spécifiques au domaine du contrôle du tabac (ex.: politique de logements sociaux, politique de lutte à la pauvreté, etc.).

Processus de recherche

Les mots-clés et critères d'inclusion ont été traduits en requêtes servant à interroger diverses bases de données. Les plateformes Ovid et EBSCOhost ont été utilisées pour interroger sept bases de données : MEDLINE, EBM Reviews (Cochrane Library), EMBASE, Total Access Collection (Ovid); PsycINFO, CINAHL, Health Policy Reference Center (EBSCOhost). Le nombre d'articles repérés dans chaque base de données est présenté en détail à l'annexe 2. Au total, 3135 articles scientifiques ont été repérés (Ovid=1566, EBSCOhost=1569).

Processus de sélection

La liste des articles retrouvés a par la suite été importée dans un logiciel de traitement des références bibliographiques (Zotero). Une des auteures (PB) a d'abord fait un premier tri parmi les articles trouvés pour enlever les doublons et éliminer les publications non pertinentes sur la base de leur titre et d'une lecture sommaire de leur résumé. Par la suite, les deux auteures (PB et MT) ont lu les résumés des 235 articles retenus et sélectionné sur une base consensuelle 71 publications pertinentes. De celles-ci, neuf publications supplémentaires ont été retirées après leur lecture, car elles ont été jugées non admissibles selon les critères d'inclusion. Au final, 62 articles ont été retenus.

Parmi les 62 articles sélectionnés, figurent 17 recensions d'écrits. Elles ont constitué les documents principaux de l'analyse. Les auteures ont choisi de compléter ce corpus avec des études primaires récentes, c'est-à-dire publiées depuis 2014. Les études primaires antérieures à 2014 (8) ainsi que celles (23) qui étaient déjà incluses dans l'une des recensions retenue ont donc été mises de côté. Un corpus final de 31 études a ainsi été constitué : 17 recensions d'écrits et 14 études primaires (annexe 3).

2.2 Méthode d'analyse des écrits scientifiques

Extraction des informations

Les informations pertinentes à l'analyse de l'efficacité des interventions ont été extraites des publications à l'aide d'une grille qui a permis de compiler pour chaque étude retenue des informations générales (auteurs, année de publication, objectifs), des informations sur la mesure ou l'intervention (contexte, description, population), des informations relatives à la méthode (devis, effets mesurés, analyses), les résultats obtenus de même que des informations sur la qualité de l'étude (biais, limites, conflit d'intérêts). Des tableaux, contenant ces informations, ont été construits pour chacune des 17 recensions d'écrits et des 14 études primaires retenues et sont présentés à l'annexe 4. La synthèse est présentée de façon narrative, en s'appuyant sur ces tableaux.

Évaluation de la qualité des études

Pour évaluer la qualité méthodologique des études répertoriées, deux outils ont été utilisés. Pour les études primaires, l'outil *Quality assessment tool for quantitative studies* de l'*Effective Public Health Practice Project* (EPHPP) a été utilisé. Selon cet outil, développé par des chercheurs de l'Université McMaster, une cote d'ensemble (bonne, moyenne ou faible) est attribuée à une étude selon sa qualité méthodologique. Plusieurs critères sont utilisés pour juger de cette qualité, dont la qualité du devis et des analyses, la présence de variables de contrôle, la possibilité de biais de sélection ou de désirabilité sociale, la possibilité de contamination entre les groupes d'intervention et de contrôle, etc. (Thomas et coll., 2004). Une des deux auteures a rempli cette grille pour chacune des publications retenues (PB).

Le jugement sur la qualité des recensions systématiques a été porté en comparant leur structure et contenu à ceux proposés dans la grille PRISMA-E. Cette grille a été développée par un groupe d'experts internationaux en 2012 afin de proposer une méthode pour mener et rédiger une recension systématique de qualité qui s'intéresse aux inégalités de santé. La grille comporte 27 items couvrant toutes les sections d'une revue systématique (résumé, méthode, résultats, discussion, financement) (Welch et coll., 2015). Les auteures ont jugé à tour de rôle chacune des publications en les comparant aux critères élaborés dans la méthode PRISMA-E.

Le jugement sur la qualité globale et les limites du corpus d'études répertoriées sera présenté sous une forme narrative à la section 3.2.

2.3 Méthode de recension de la littérature grise

Afin de compléter les informations tirées des écrits scientifiques, une recherche de la littérature grise a été effectuée. Le moteur de recherche Google a été utilisé et les sites des principales organisations de santé publique ont été consultés. Des écrits provenant d'organismes de renom en santé publique ont ainsi été sélectionnés (annexe 5) et ont permis de dégager les principales recommandations de ces organisations en ce qui a trait aux mesures efficaces ou prometteuses pour réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique. Ces informations ont permis de bonifier celles issues des articles scientifiques et sont présentées dans la discussion.

3 L'efficacité des interventions et mesures à réduire les inégalités en matière de renoncement au tabac

3.1 Résultats

La présente section porte sur l'analyse de l'efficacité de diverses interventions et mesures à réduire les inégalités socioéconomiques en matière de renoncement au tabac. Pour chaque type de mesure, on indique si cette dernière a un effet en termes d'équité :

- positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés,
- neutre : effets similaires chez tous les groupes sociaux,
- négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés,
- indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité de la mesure.

Lorsque disponible, l'impact des mesures sur l'équité en matière de prévalence de l'usage du tabac est aussi présenté. Parfois, une mesure peut avoir un impact négatif en matière de renoncement au tabac, mais un impact neutre ou même positif en matière de prévalence de l'usage du tabac. Ainsi, le taux d'arrêt tabagique plus faible d'une mesure chez les fumeurs défavorisés comparativement à celui retrouvé chez des fumeurs plus favorisés pourrait être compensé par le fait que les fumeurs défavorisés utilisent cette mesure en plus grande proportion que les fumeurs favorisés. Il est important de prendre en compte tous ces éléments lorsque vient le temps de prendre des décisions quant aux mesures à mettre en place pour réduire les inégalités en matière de tabagisme.

Notons que les auteurs des recensions d'écrits consultées n'ont pas toujours rapporté tous les détails relatifs aux études primaires qu'ils ont synthétisées, notamment en ce qui a trait à l'indicateur du statut socioéconomique (scolarité, revenu, indice de défavorisation, etc.). Il s'agit là d'une limite de notre synthèse qui repose notamment sur des recensions d'écrits. Également, le fait de synthétiser des connaissances à partir de recensions d'écrits fait en sorte qu'il n'est pas toujours possible d'avoir accès au contexte et aux conditions de mise en œuvre de chacune des interventions présentées. Enfin, le lecteur retrouvera à l'annexe 6 des tableaux sommaires présentant les principales données issues des recensions d'écrits et des études primaires récentes consultées.

Interventions de soutien

Il existe une variété d'interventions visant à soutenir le fumeur dans une démarche de renoncement au tabac : intervention individuelle en personne ou au téléphone, pharmacothérapie, soutien par les pairs, intervention à l'aide de sites internet ou de technologies électroniques et incitatifs financiers. Dans la présente section, l'on présente l'efficacité de ces interventions en termes d'équité, telle que rapportée par les écrits scientifiques.

3.1.1 LE SOUTIEN PAR DES INTERVENANTS

Quatre recensions d'écrits scientifiques publiées entre 2009 et 2014 et une étude primaire de 2015 (Christiansen et coll., 2015) décrivent l'efficacité du soutien offert par les intervenants (counseling) sans l'ajout de pharmacothérapie (tableau 1, annexe 6). Deux de ces recensions traitent de l'impact du counseling en termes d'équité (Brown et coll., 2014B; Hill et coll., 2014) alors qu'une troisième se penche sur l'efficacité du counseling offert dans divers sous-groupes, dont les fumeurs défavorisés (Bryant et coll., 2011). La publication de Michie et de ses collègues présente une revue des contenus

d'intervention de counseling de même que les cadres théoriques sous-jacents utilisés (Michie et coll., 2009).

Brown et ses collègues ont recensé cinq études sur le counseling offert par des spécialistes de même qu'une étude sur une intervention brève (Brown et coll., 2014B). Une seule des cinq études sur le counseling a porté sur la population générale, deux études ayant été menées auprès de femmes enceintes, une autre auprès d'adultes atteints de la maladie de Crohn et une dernière auprès d'hommes faisant l'objet de dépistage du cancer du poumon. Quatre études ont rapporté un impact sur l'équité négatif en matière d'arrêt tabagique et une étude, un impact sur l'équité neutre. Quant à l'intervention brève menée par une infirmière auprès de mères consultant pour leur bébé dans un hôpital pédiatrique, l'impact sur l'équité observé est neutre.

Hill et collaborateurs ont retenu, dans leur recension systématique, six études évaluant le soutien au changement de comportement (Hill et coll., 2014). Trois de ces études ont observé un impact négatif sur l'équité en termes de renoncement au tabac. Les auteurs n'ont pu se prononcer sur les effets observés des interventions ayant ciblé spécifiquement des fumeurs défavorisés dans les trois autres études étant donné que le statut socioéconomique des participants n'était pas rapporté dans deux des trois études. Ces chercheurs se sont aussi penchés sur les interventions brèves offertes de façon opportuniste par un professionnel de la santé et ils ont recensé trois études. Dans une de ces études, le taux de renoncement au tabac chez les populations moins scolarisées était inférieur au taux observé chez les populations plus scolarisées. Dans les deux autres études, des études de cohorte menées auprès de femmes défavorisées, un effet limité ou nul sur l'arrêt tabagique a été observé.

Dans leur recension systématique des écrits, Bryant et ses collègues ont retenu 10 études sur l'efficacité d'interventions de soutien à un changement de comportements chez des fumeurs défavorisés (Bryant et coll., 2011). Quatre études menées chez des fumeurs à faible revenu n'ont obtenu aucun effet à court terme (trois mois ou moins) ni à long terme (six mois ou plus) sur le renoncement au tabac. Trois études portant sur une intervention motivationnelle à multiples composantes chez des femmes à faible revenu consultant en clinique de pédiatrie ou de parentalité ont obtenu un effet significatif à court terme (6-12 semaines), mais pas à long terme. Trois études menées auprès de femmes enceintes à faible revenu examinant une variété d'interventions (15 minutes de counseling + soutien des employés de la clinique + matériel éducatif + lettres d'encouragement; soutien social intensif + guide; interventions motivationnelles à la maison + rétroaction sur les taux de nicotine) n'ont obtenu aucun effet.

L'objectif de la publication de Michie et collaborateurs était d'examiner l'efficacité d'interventions de changements de comportements qui ciblent des adultes à faible revenu et dont l'objectif est le renoncement au tabac, une alimentation plus saine ou une augmentation de la pratique d'activité physique (Michie et coll., 2009). Ces chercheurs ont revu avec attention les composantes des interventions issues de 13 études, les théories utilisées, les associations entre la théorie et le contenu de l'intervention de même que les associations entre le contenu de l'intervention et les effets. Voici les principales observations des auteurs :

- Les composantes les plus utilisées, à savoir offrir de l'information et faciliter l'établissement d'objectifs de même que l'identification des barrières, pourraient être aidants pour les personnes à faible revenu.
- Les interventions efficaces ont tendance à utiliser un moins grand nombre de composantes que les interventions inefficaces.
- Il ne semble pas y avoir de différences entre les composantes des interventions utilisées dans les études s'appuyant sur une théorie (modèle des étapes de changement de comportement, théorie

sociale cognitive, théorie de l'action raisonnée, modèle Precede-Proceed, etc.) versus celles n'en rapportant pas.

- Aucune association entre la théorie utilisée et les effets rapportés n'a été observée.
- Parmi les sept études sur le tabac, quatre, n'ayant pas identifié de théorie sous-jacente à l'intervention, ont rapporté des effets positifs sur le renoncement au tabac et trois n'ont rapporté aucun effet.

Enfin, une étude américaine récemment publiée par Christiansen et ses collègues a évalué si une intervention motivationnelle brève menée dans un organisme communautaire et visant à modifier certaines croyances à propos de l'abandon du tabac, encourageait les fumeurs défavorisés à appeler une ligne téléphonique de soutien en arrêt tabagique et à s'engager dans une démarche de renoncement (Christiansen et coll., 2015). Les chercheurs ont observé que les fumeurs exposés à l'intervention ont contacté la ligne téléphonique en plus grande proportion que les participants du groupe témoin. Cependant, les taux d'abstinence du tabac à trois mois étaient semblables dans les deux groupes.

En résumé, les interventions de soutien par des intervenants ont un impact généralement négatif sur l'équité, ce qui signifie qu'elles ont moins d'effets chez les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique. Plusieurs des interventions rapportées n'ont obtenu aucun effet chez les fumeurs défavorisés.

3.1.2 LE SOUTIEN PAR DES INTERVENANTS COMBINÉ À UNE UTILISATION D'AIDES PHARMACOLOGIQUES

Six recensions systématiques d'écrits scientifiques et deux études primaires récentes (Venn et coll., 2016; Deschenau et coll., 2016) ont examiné l'efficacité du soutien offert par des intervenants combiné à de la pharmacothérapie (tableau 2, annexe 6). Le soutien pouvait être soit bref ou plus soutenu, soit individuel ou de groupe. Trois de ces recensions se sont penchées spécifiquement sur l'impact de cette intervention sur l'équité en matière d'arrêt tabagique ou de prévalence de l'usage du tabac (Brown et coll., 2014A; Brown et coll., 2014B; Hill et coll., 2014). La recension de Bryant et collaborateurs a porté sur l'efficacité d'interventions comportementales de renoncement au tabac chez six groupes vulnérables, dont des fumeurs à faible revenu (Bryant et coll., 2011). Bauld et ses collègues ont examiné l'efficacité des services nationaux de renoncement au tabac offerts au Royaume-Uni (Bauld et coll., 2010) alors que Murray et collaborateurs ont analysé les mesures permettant de recruter de façon proactive les fumeurs défavorisés à des services d'arrêt tabagique (Murray et coll., 2009).

En 2014, Brown et ses collègues ont publié deux recensions d'écrits portant sur l'équité de mesures de renoncement au tabac, une de ces recensions ayant examiné ces interventions au niveau individuel (Brown et coll., 2014B) et l'autre, au niveau populationnel (Brown et coll., 2014A). Des 17 études portant sur une combinaison d'interventions de soutien et d'aides pharmacologiques, 12 d'entre elles ont observé un impact sur l'équité en matière d'arrêt tabagique négatif et quatre, un impact neutre (Brown et coll., 2014B). Dans six de ces 17 études, les chercheurs ont rapporté le nombre de fumeurs rejoints par les services et ayant fixé une date d'abandon. Ils ont observé que les fumeurs défavorisés étaient davantage rejoints que les fumeurs plus favorisés. Lorsque l'utilisation des services par les fumeurs était prise en compte, l'impact sur l'équité en matière de prévalence de l'usage du tabac était positif dans deux études, indéterminé dans trois études et négatif dans une étude.

Lorsque les interventions de soutien sont analysées en tant que programme national remboursé par l'État, donc comme une mesure populationnelle, l'impact sur l'équité en matière d'arrêt tabagique de quatre études est négatif (Brown et coll., 2014A). Toutefois, le fait que les fumeurs défavorisés aient été davantage rejoints que les fumeurs favorisés dans ces études aurait compensé pour les taux de renoncement au tabac plus faibles. Les auteurs rapportent un impact sur l'équité en matière de prévalence neutre dans deux autres études.

Hill et ses collègues ont examiné deux recensions d'écrits scientifiques (dont celle de Bauld et coll., 2010 et celle de Murray et coll., 2009 décrites un peu plus loin) de même qu'une vingtaine d'études primaires supplémentaires (Hill et coll. 2014). Les taux de renoncement au tabac rapportés dans les études britanniques, américaines, canadiennes et Néo-Zélandaises analysées sont presque toujours plus faibles chez les fumeurs de faible niveau socioéconomique. C'est aussi le cas de deux initiatives ayant ciblé spécifiquement les fumeurs défavorisés : bien que les fumeurs de différents statuts socioéconomiques aient été recrutés, les taux d'arrêt tabagique étaient plus élevés chez les fumeurs plus favorisés. Toutefois, quelques études américaines et une étude australienne ayant ciblé les fumeurs défavorisés ont obtenu des taux de renoncement au tabac relativement élevés. Notons cependant que ces études comportaient un petit nombre de participants.

Dans leur recension, Bryant et collaborateurs ont retenu une seule étude sur une intervention comportementale combinée à une aide pharmacologique destinée aux fumeurs à faible revenu (Bryant et coll., 2011). Elle consistait en un conseil bref, offert en clinique dentaire publique, jumelé à une TRN. Cette étude menée auprès de plus de 2 600 fumeurs à faible revenu a démontré qu'à 7,5 mois, le conseil bref utilisant l'approche des 5 A¹ et la TRN était plus efficace que le conseil habituel: taux de renoncement de 11,3 % versus 6,8 %.

Bauld et ses collègues ont revu les résultats de 20 études publiées entre 1990 et 2007 portant sur les services intensifs ou modérément intensifs de renoncement au tabac implantés au Royaume-Uni, offerts par des conseillers formés, sur une base individuelle ou de groupe et accompagnés d'aides pharmacologiques (Bauld et coll., 2010). Ils ont entre autres examiné l'efficacité des services offerts chez différents sous-groupes, dont des fumeurs issus de milieux défavorisés (huit études). Ils rapportent que les services nationaux ont réussi à rejoindre davantage de fumeurs défavorisés que de fumeurs favorisés, mais que les taux de renoncement au tabac sont plus faibles chez les fumeurs défavorisés. Des observations similaires ont été faites chez les fumeurs qui ont un travail manuel ou routinier. Une des études recensées a porté sur 1,5 million de fumeurs ayant déterminé une date d'arrêt tabagique lors de l'utilisation des services de renoncement au tabac entre 2003 et 2006. Malgré des taux de renoncement à court terme plus faibles dans les milieux défavorisés (52,6 % versus 57,9 %), le fait qu'une plus grande proportion de fumeurs défavorisés ait été rejointe par les services (16,7 % versus 13,4 %) fait en sorte que l'effet net est plus élevé en milieu défavorisé. Ainsi, la proportion de fumeurs ayant réussi à cesser de fumer à court terme était significativement plus élevée chez les fumeurs défavorisés (8,8 %) que chez les fumeurs plus favorisés (7,8 %).

Murray et collaborateurs se sont penchés sur les interventions visant à recruter de façon proactive des fumeurs désavantagés, dont des fumeurs à faible revenu, à l'utilisation des services nationaux de renoncement au tabac du Royaume-Uni (Murray et coll., 2009). Les auteurs ont retenu cinq recensions et 35 études et ont examiné une douzaine de modalités allant du rôle d'incitatifs auprès des médecins de famille aux techniques de marketing social. Voici leurs principales observations :

¹ L'expression 5 A réfère à un acronyme anglais *Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange* qui sont les éléments d'une intervention clinique recommandée dans plusieurs lignes directrices ayant pour objectifs d'identifier les fumeurs qui consultent, de leur conseiller de cesser de fumer, de les motiver à prendre la décision de renoncer au tabac et de les soutenir dans une telle démarche.

- Les services nationaux de renoncement au tabac ont été efficaces à rejoindre les fumeurs vivant en milieu défavorisé.
- Plusieurs moyens permettraient de recruter de façon proactive des fumeurs à des services de renoncement au tabac: dossiers des patients ayant consulté en première ligne, outils de dépistage, appels téléphoniques, recrutement par la poste; toutefois, les résultats quant à l'arrêt tabagique sont mixtes.
- L'utilisation d'une variété d'approches utilisant des techniques de marketing social aurait un rôle à jouer pour rejoindre les populations défavorisées: campagnes médiatiques ciblées, sensibilisation dans la communauté (*outreach*).
- Les interventions de renoncement au tabac pourraient être offertes avec succès en pharmacie ou en cabinet dentaire, des milieux offrant des services de santé qui ont le potentiel de rejoindre un grand nombre de fumeurs.
- De la même façon, il pourrait être pertinent d'intégrer une intervention en abandon du tabac lors de la dispensation de soins de santé divers.
- Selon une étude, il pourrait y avoir des bénéfices à rejoindre les travailleurs manuels en milieu de travail.

L'étude récente de Venn et de ses collègues menée au Royaume-Uni avait pour objectif d'évaluer une initiative inédite visant à rejoindre des fumeurs défavorisés, principalement des gens occupant un emploi manuel ou routinier (Venn et coll., 2016). Durant six mois en 2011, une unité mobile offrant des services de soutien en arrêt tabagique sans rendez-vous (counseling individuel et pharmacothérapie jusqu'à 12 semaines) par des intervenants formés, a visité divers endroits publics (stationnements de supermarchés, de centres communautaires et parcs industriels) dans des quartiers défavorisés de la ville de Nottingham. L'expérience fut positive en ce sens qu'elle a attiré 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. Comparativement aux fumeurs se prévalant de services standards, les fumeurs consultant les intervenants de l'unité mobile planifiaient une tentative de renoncement dans des proportions similaires. Ils étaient plus susceptibles d'utiliser une TRN et moins enclins à utiliser de la varénicline. Quant aux taux d'arrêt tabagique à quatre semaines, ils étaient inférieurs chez les fumeurs se présentant à l'unité mobile. Toutefois, selon les chercheurs, ce type de services encourait des coûts par fumeur planifiant une date d'arrêt à peine plus élevés que les services offerts de manière standard.

Des chercheurs français ont examiné les dossiers de 250 fumeurs reçus pour la première fois en consultation externe de tabacologie en 2013 dans un hôpital de Paris : 92 de ces fumeurs vivaient une situation de précarité (Deschenau et coll., 2016). Voici leurs principales observations quant aux caractéristiques des personnes en situation de précarité en comparaison avec celles des personnes plus favorisées :

- Elles ont une dépendance au tabac plus sévère et fument un plus grand nombre de cigarettes par jour, 20,4, cigarettes versus 14,3; de plus, elles souffrent davantage de troubles psychiatriques.
- Elles consultent davantage et plus longtemps en clinique de tabacologie.
- Elles reçoivent plus fréquemment une prescription pour une TRN et le dosage prescrit est plus élevé. Cette TRN était offerte gratuitement aux personnes en situation de précarité.
- Elles réussissent moins à cesser de fumer que les personnes plus favorisées. Toutefois, les chercheurs ont observé, chez les personnes précaires qui continuent de fumer, une nette diminution du nombre de cigarettes consommées: de 20,4 à 10,0 en moyenne.

En résumé, les écrits scientifiques rapportent de façon constante que les taux de renoncement au tabac des participants aux interventions de soutien combinées à une aide pharmacologique sont moins élevés chez les fumeurs défavorisés que chez les fumeurs plus favorisés. L'expérience britannique nous apprend toutefois que, lorsque des efforts substantiels sont consentis pour rejoindre les populations défavorisées, une plus grande proportion utilise les services et fait une tentative de renoncement au tabac, ce qui se traduirait par une réduction de l'impact négatif sur l'équité en matière de prévalence de l'usage du tabac. Certains auteurs rapportent même un impact positif sur l'équité.

3.1.3 LES LIGNES TÉLÉPHONIQUES DE SOUTIEN

Les lignes téléphoniques offrent du soutien individuel au téléphone aux fumeurs qui veulent renoncer au tabac. Parfois, les intervenants offrent aussi de la médication à ceux qui souhaitent utiliser une telle aide. Trois recensions systématiques d'écrits scientifiques de 2014 et deux études primaires récentes (Haas et coll., 2015; Fu et coll., 2016) traitent des lignes téléphoniques (tableau 3, annexe 6). Les deux recensions systématiques de Brown et de ses collègues de même que celle de Hill et collaborateurs statuent sur l'impact sur l'équité de ce type d'interventions (Brown et coll., 2014A; Brown et coll., 2014B; Hill et coll., 2014).

Dans leur recension des écrits sur les interventions de soutien à l'arrêt tabagique, Brown et ses collègues ont retenu une étude anglaise ayant évalué l'impact d'une ligne téléphonique chez des fumeurs exposés à une campagne médiatique d'une durée de trois mois (Brown et coll., 2014B). Aucune différence significative des taux de renoncement au tabac à un an n'a été observée entre les fumeurs de faible statut socioéconomique et les fumeurs plus favorisés.

Publiée en 2014, la recension de Brown et collaborateurs portant cette fois sur les mesures populationnelles en vue de réduire les inégalités liées à l'usage de tabac, a examiné une étude portant sur la ligne téléphonique nationale de Nouvelle-Zélande (Brown et coll., 2014A). Les chercheurs affirment qu'il est impossible de statuer sur l'équité de cette mesure à cause d'un échantillon potentiellement biaisé et de problèmes méthodologiques.

Hill et ses collègues ont recensé cinq études sur les lignes téléphoniques, dont trois études ayant évalué l'efficacité selon le statut socioéconomique (Hill et coll., 2014). Selon une étude, les taux de renoncement au tabac sont plus élevés chez les fumeurs plus scolarisés que chez les moins scolarisés, alors qu'aucune différence n'est rapportée dans une deuxième étude. Dans la troisième étude, les fumeurs plus scolarisés acceptaient davantage d'utiliser une ligne téléphonique. Deux études ont plutôt examiné l'efficacité de cette mesure chez les fumeurs défavorisés. Le taux de recrutement de fumeurs défavorisés à une ligne téléphonique était très faible dans une de ces études, mais le taux d'arrêt tabagique était similaire au taux de renoncement observé chez les fumeurs de la population générale. Le très grand nombre de participants perdus au suivi dans la seconde étude ne permet pas de tirer de conclusions.

À l'aide d'un essai contrôlé randomisé, Haas et ses collègues ont étudié l'efficacité d'une intervention proactive ciblant des fumeurs défavorisés du Massachusetts entre 2011 et 2013 (Haas et coll., 2015). Des fumeurs défavorisés, identifiés grâce à leur dossier médical informatisé, étaient invités à participer à un programme d'arrêt tabagique qui consistait en un soutien téléphonique offert par des intervenants formés, l'accès gratuit à une TRN pendant six semaines et l'offre de références personnalisées à des organismes communautaires actifs dans diverses problématiques (recherche d'emploi, ressources en alphabétisation, ressources en activité physiques, etc.). Des 8 089 fumeurs potentiellement éligibles, 8,3 % ont accepté de participer. Lors du suivi neuf mois plus tard, les fumeurs du groupe expérimental étaient plus susceptibles d'avoir arrêté de fumer que les

participants du groupe témoin, 17,8 % versus 8,1 %. Les taux de renoncement au tabac chez les participants ayant accepté de recevoir du soutien téléphonique étaient de 21,2 % versus 10,4 % chez ceux n'ayant pas reçu un tel soutien. Les taux d'abandon du tabac étaient aussi plus élevés chez ceux ayant utilisé les ressources communautaires à leur disposition (43,6 %) que chez ceux ne les ayant pas utilisées (15,3 %).

Un autre essai clinique randomisé portant sur une intervention proactive ciblant des fumeurs défavorisés a été publié en 2016 (Fu et coll., 2016). Des fumeurs défavorisés du Minnesota étaient sollicités par la poste et par contacts téléphoniques à recevoir un soutien téléphonique intensif (jusqu'à 14 appels) par des intervenants formés et une médication gratuite pendant huit semaines. Quant aux fumeurs du groupe témoin, ils avaient accès à la ligne téléphonique étatique de soutien de même qu'à un remboursement substantiel des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique. Les chercheurs ont observé des taux de renoncement au tabac à 12 mois plus élevés chez les participants du groupe expérimental que chez ceux du groupe témoin (16,5 % versus 12,1 %). De plus, les participants du groupe expérimental étaient plus susceptibles que ceux du groupe témoin d'avoir utilisé les services de soutien téléphonique (19,4 % versus 2,9 %), une médication (40,6 % versus 29,4 %) ou les deux (17,4 % versus 3,6 %).

En résumé, étant donné le faible nombre d'études disponibles, il est difficile de se prononcer sur l'équité en matière d'arrêt tabagique des lignes téléphoniques de soutien. Cependant, deux expériences récentes de recrutement proactif de fumeurs défavorisés à un soutien téléphonique et à une médication gratuite semblent prometteuses.

3.1.4 LES AIDES PHARMACOLOGIQUES ET LEUR REMBOURSEMENT

Trois recensions d'écrits scientifiques publiées entre 2009 et 2014 traitent des aides pharmacologiques ou de leur remboursement (Brown et coll., 2014B; Hill et coll., 2014; Murray et coll., 2009) (tableau 4, annexe 6). Une étude primaire publiée en 2014 s'est penchée spécifiquement sur l'impact d'une politique nationale de remboursement des traitements pharmacologiques en arrêt tabagique (Nagelhout et coll., 2014).

La recension systématique de Brown et de ses collègues portant sur l'impact sur l'équité d'interventions individuelles menées en Europe, n'a retenu qu'une seule étude sur les aides pharmacologiques (Brown et coll. 2014B). Selon cette étude menée auprès d'une cohorte de fumeurs traités avec une TRN dans une clinique d'arrêt tabagique en Espagne à la fin des années 90, les taux d'abstinence étaient supérieurs chez les fumeurs dont la classe sociale ou le niveau d'éducation était plus élevé.

Hill et ses collègues ont recensé deux études portant sur la pharmacothérapie comme unique intervention (Hill et coll. 2014). Une de ces études est l'étude retenue dans la recension de Brown et collaborateurs (Brown et coll. 2014B). Elle rapporte des taux de rechute plus élevés chez les fumeurs moins scolarisés ou de classe sociale plus faible. Les résultats de la seconde étude sont difficiles à interpréter en raison du profil des participants, certains d'entre eux ayant à la fois un faible revenu et une scolarité élevée.

La recension de Murray et collaborateurs portant sur les façons d'améliorer l'accès aux services de renoncement au tabac chez les fumeurs défavorisés fait état de trois études portant sur le remboursement complet ou partiel de TRN (Murray et coll., 2009). Selon une étude britannique, l'accès financier à la TRN augmenterait les taux de renoncement au tabac. Deux études américaines ayant offert gratuitement la TRN à des fumeurs contactant la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt

tabagique ont observé une hausse du nombre d'appels de même qu'une hausse des taux d'abandon du tabac dans une des deux études.

L'étude de Nagelhout et collaborateurs, menée aux Pays-Bas, avait pour objectif d'examiner si l'implantation d'une mesure nationale de remboursement de médicaments à l'arrêt tabagique, accompagnée de promotion de la mesure dans les médias, avait un impact sur l'abandon du tabac différent selon le revenu (Naghelout et coll., 2014). Les chercheurs ont analysé les données de trois vagues d'une enquête longitudinale: la première vague avant l'implantation de la mesure de remboursement, la seconde, lors de la mise en vigueur de la mesure et la troisième, une fois que la mesure a été abandonnée suite à des coupures budgétaires. Ils ont observé une augmentation significative des tentatives de renoncement au tabac et des taux de succès entre les première et deuxième vagues d'enquête chez l'ensemble des fumeurs, mais aucune différence selon le revenu. L'utilisation du counseling et de la médication est demeurée stable durant cette période chez tous les fumeurs. Les auteurs concluent que la mesure de remboursement n'a pas diminué ni augmenté les inégalités liées aux tentatives de renoncement au tabac, à l'utilisation de traitements pharmacologiques ou aux taux de succès.

En résumé, peu de chercheurs ont étudié l'impact sur l'équité des aides pharmacologiques ou de leur remboursement. Il est donc difficile de statuer sur l'impact sur l'équité d'une telle mesure. Selon une étude récente menée 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.

3.1.5 LE SOUTIEN PAR LES PAIRS

Une seule recension d'écrits analyse l'efficacité du soutien par les pairs dans une démarche de renoncement au tabac chez les groupes défavorisés (Ford et coll., 2013) (tableau 5, annexe 6). Les pairs ne sont pas des professionnels de la santé ni des spécialistes en abandon du tabac. Ils peuvent être des membres de la famille, des connaissances du milieu social ou de travail ou encore des bénévoles issus de la population ciblée par l'intervention. Les chercheurs ont retenu sept essais contrôlés randomisés. Quatre des études portaient sur les femmes enceintes défavorisées, deux sur les femmes défavorisées et une seule étude sur la population défavorisée en général. Trois études, toutes menées chez des femmes enceintes, n'ont obtenu aucun effet sur l'abstinence tabagique, deux études ont obtenu un effet à court terme (moins de trois mois) et deux autres études, un effet à moyen terme (de trois à six mois). Aucune étude n'a démontré d'effet à long terme (plus de six mois). Les auteurs soutiennent que les interventions de soutien par les pairs chez les fumeurs défavorisés sont prometteuses.

En résumé, selon les quelques études disponibles, le soutien par les pairs pourrait favoriser le renoncement au tabac à court ou moyen terme chez les fumeurs défavorisés. Les femmes enceintes défavorisées constitueraient un groupe particulièrement vulnérable pour lequel l'apport positif du soutien par les pairs n'a pas été démontré.

3.1.6 LES SITES INTERNET ET LES SERVICES DE MESSAGERIE TEXTE

L'internet peut être utilisé comme outil de soutien chez les fumeurs. Deux recensions systématiques et une étude primaire portent sur ce sujet. En 2014, Brown et ses collègues ont publié une recension systématique d'écrits (Brown et coll., 2014B) de même qu'une étude primaire traitant des interventions par internet ou par messagerie texte (Brown et coll., 2014) (tableau 6, annexe 6). Hill et collaborateurs ont aussi publié en 2014 une recension systématique d'écrits scientifiques dans laquelle ce type de mesure est analysé (Hill et coll., 2014).

La recension des écrits de Brown et de ses collègues sur les interventions individuelles de renoncement au tabac a retenu deux études britanniques sur les interventions par internet et une seule, sur une intervention par messagerie texte (Brown et coll., 2014B). Dans les trois études, ils ont observé un impact sur l'équité neutre. Les deux études portant sur les interventions par internet consistaient en une étude pilote et un essai contrôlé randomisé. Dans l'étude pilote, un plan de renoncement au tabac structuré de même que diverses techniques de changement de comportement étaient disponibles pour l'internaute. Quant à l'essai randomisé, il consistait en une comparaison entre des participants exposés à des conseils ciblés versus des conseils non ciblés. Pour leur part, les auteurs de l'étude sur la messagerie texte examinaient les déterminants de l'utilisation de messages textes à prévenir les rechutes dans le cadre d'une intervention de renoncement au tabac automatisée par téléphone cellulaire.

Hill et collaborateurs ont recensé cinq études sur les sites internet et rapportent qu'elles ont un impact négatif sur l'équité en matière de renoncement au tabac (Hill et coll., 2014). Les fumeurs plus scolarisés auraient plus tendance à utiliser les programmes sur internet et à réussir à cesser de fumer grâce à ceux-ci.

En 2014, des chercheurs britanniques publiaient les résultats d'un essai contrôlé randomisé en ligne portant sur un site internet interactif, *StopAdvisor*, développé pour soutenir l'arrêt tabagique chez les adultes (Brown et coll., 2014). Ce site utilise des techniques motivationnelles et de changement de comportement et envoie des encouragements par courriel. Il a été développé en portant une attention particulière aux populations défavorisées et a été validé auprès d'elles pour son acceptabilité. Les taux de renoncement au tabac à six mois sont semblables chez les participants du groupe expérimental et chez ceux du groupe témoin, 10 %. Toutefois, les taux sont plus élevés chez les fumeurs défavorisés du groupe expérimental que chez les fumeurs défavorisés du groupe témoin, 8 % versus 6 %. Une telle différence n'a pas été observée chez les gens de niveau socioéconomique élevé. Les auteurs concluent que le site *Stop Advisor* a été plus efficace qu'un simple site internet d'information chez les fumeurs de faible niveau socioéconomique, mais pas chez les fumeurs plus favorisés.

En résumé, peu de recherches ont porté sur l'efficacité d'interventions par internet ou messagerie texte à promouvoir l'équité. Selon les études disponibles, l'impact sur l'équité serait plutôt négatif. Une étude récente démontre toutefois qu'un site internet interactif britannique, développé en portant une attention particulière aux fumeurs défavorisés, et utilisant des techniques motivationnelles et de changement de comportement serait plus efficace qu'un simple site internet d'information chez les fumeurs de faible niveau socioéconomique.

3.1.7 LES INCITATIFS FINANCIERS

Selon certains auteurs, offrir un incitatif financier pourrait favoriser le maintien de l'abstinence de tabac chez des fumeurs faisant une tentative de renoncement. Une étude récente s'est penchée sur l'impact d'une telle mesure chez des fumeurs défavorisés socio économiquement (Kendzor et coll., 2015) (tableau 7, annexe 6). Aucune recension d'écrits n'a été publiée sur cette approche.

Kendzor et ses collègues publiaient en 2015 les résultats d'un essai contrôlé randomisé visant à évaluer l'efficacité d'offrir l'ajout d'un incitatif financier à des fumeurs socio économiquement défavorisés inscrits à un programme de renoncement au tabac dans un hôpital américain (Kendzor et coll., 2015). Le programme consistait en une intervention éducative par un inhalothérapeute, suivie de rencontres hebdomadaires de groupe animées par un travailleur social. Des rencontres individuelles étaient aussi offertes sur une base hebdomadaire ou au besoin avec un médecin ou un professionnel de la santé ayant la possibilité de prescrire un médicament, et ce, jusqu'à quatre semaines après la date d'abandon. Des cartes cadeaux étaient remises au fumeur qui rapportait être abstinent et dont l'abstinence était confirmée par une analyse du monoxyde de carbone expiré : une carte cadeau de 20 \$ lors de la date d'abandon et des cartes cadeaux bonifiées de 5 \$ lors de chacune des quatre visites de suivi, pour un total de 150 \$. Les taux d'abstinence observés étaient plus élevés chez les participants ayant reçu un incitatif financier lors de toutes les visites de suivi. À quatre semaines, les taux d'arrêt tabagique étaient de 49,3 % chez les fumeurs ayant reçu un incitatif versus 25,4 % chez les participants du groupe témoin. À 12 semaines, ces taux étaient respectivement de 32,8 % et 14,1 %. Le montant moyen obtenu a été de 65 \$. Les chercheurs concluent que l'offre de petits incitatifs financiers pourrait augmenter le taux de renoncement au tabac chez les fumeurs défavorisés.

En résumé, une seule étude fait état de l'efficacité d'offrir un incitatif financier en vue de favoriser le maintien de l'abstinence. Selon cette étude, cette mesure semble prometteuse.

Conditions favorables de mise en œuvre des interventions de soutien à l'arrêt tabagique

Dans les écrits scientifiques retenus, les auteurs énumèrent des conditions favorisant la mise en œuvre des interventions qu'ils ont analysées. Bien que ces conditions soient parfois liées au contexte spécifique de l'intervention examinée, elles reflètent néanmoins souvent des conditions généralisables.

De façon assez constante, les interventions de counseling individuel sont moins efficaces en termes de renoncement au tabac chez les fumeurs défavorisés que chez les fumeurs plus favorisés. Ainsi, leur implantation en Europe est considérée comme ayant généré un impact négatif en termes d'équité. Au Royaume uni toutefois, les chercheurs ont fait un constat différent. En effet, depuis plusieurs années, les fumeurs défavorisés ont été ciblés par diverses mesures visant à les informer des services disponibles. De plus, l'implantation des services d'abandon du tabac a été priorisée dans les quartiers désavantagés. Les services nationaux britanniques ont ainsi réussi à rejoindre davantage de fumeurs défavorisés que de fumeurs favorisés (Bauld et coll., 2010). Cette observation amène plusieurs auteurs à recommander de faire des efforts particuliers pour rejoindre les fumeurs défavorisés, ce qui permettrait de compenser le taux de renoncement au tabac plus faible chez ce groupe comparativement au taux observé chez les fumeurs plus favorisés (Bauld et coll., 2010; Hill et coll., 2014).

Par ailleurs, certains chercheurs se sont penchés sur les façons d'intéresser les fumeurs défavorisés à utiliser les services d'arrêt tabagique. Selon eux, il est possible de recruter de façon proactive des fumeurs défavorisés via une variété de moyens: dossiers des patients ayant consulté en première

ligne, appels téléphoniques, courrier, campagne médiatique ciblée, sensibilisation dans la communauté, etc. Il serait également pertinent de tenter de les rejoindre directement où ils se trouvent comme dans leurs lieux de travail, ou encore dans les endroits qu'ils consultent comme la pharmacie ou le cabinet dentaire (Murray et coll., 2009). Une expérience particulièrement inspirante est celle réalisée en 2011 dans des quartiers défavorisés de Nottingham, en Angleterre. Une unité mobile offrant des services de soutien en arrêt tabagique sans rendez-vous a réussi à attirer un grand nombre de travailleurs manuels et de fumeurs ne s'étant jamais prévalus des services nationaux de renoncement au tabac offerts sur rendez-vous dans des centres de santé (Venn et coll., 2016).

Les lignes téléphoniques de soutien à l'arrêt tabagique pourraient rejoindre un grand nombre de fumeurs qui n'ont pas la possibilité ni le désir de se déplacer pour des rencontres en personne avec un intervenant. Bien que peu d'études permettent d'affirmer que cette modalité soit efficace chez les fumeurs défavorisés, deux initiatives récentes semblent particulièrement prometteuses (Haas et coll., 2015; Fu et coll., 2016). Elles nous apprennent que le recrutement proactif de fumeurs à un soutien téléphonique intensif et à quelques semaines de médication gratuite permet d'atteindre des taux de renoncement au tabac plus élevés. Par ailleurs, bien que les fumeurs avec une plus grande scolarité aient tendance à utiliser davantage les services des lignes téléphoniques, il serait possible de diminuer ces disparités en augmentant l'exposition des fumeurs défavorisés à des campagnes médiatiques hautement émotives au sujet des effets néfastes de l'usage de tabac (Purcell et coll., 2015). Ainsi, tant le recrutement proactif, que des campagnes ciblant les fumeurs à utiliser les services disponibles seraient des conditions gagnantes.

Il est reconnu depuis plusieurs années que la pharmacothérapie double les taux de succès d'une tentative de renoncement au tabac. Or, les quelques études disponibles tendent à démontrer que cette modalité a un impact négatif sur l'équité en matière d'arrêt tabagique. Il est possible que le coût de la médication soit une barrière importante chez les fumeurs disposant de peu de moyens financiers. Selon des chercheurs australiens ayant examiné les approches de contrôle du tabac permettant d'accélérer la diminution des inégalités en matière de tabagisme observée en Australie, il est essentiel d'accroître, chez les fumeurs défavorisés, l'accès aux traitements de renoncement au tabac reconnus efficaces (Purcell et coll., 2015). Le remboursement des aides pharmacologiques serait une stratégie importante pour favoriser cet accès. Aux Pays-Bas, l'expérience offrant le remboursement des médicaments d'aide à l'arrêt tabagique à toute la population a démontré que cette mesure n'avait pas eu d'impact sur les inégalités reliées aux tentatives de renoncement au tabac, à l'utilisation des traitements pharmacologiques ou au taux de succès. Cependant, une augmentation significative des taux de renoncement au tabac et des taux de succès a été observée chez l'ensemble des fumeurs.

Il existe d'autres modalités de soutien pour les fumeurs qui font une tentative de renoncement au tabac : soutien par les pairs, soutien par internet ou messagerie texte, ou incitatif financier. Cependant, peu d'études se sont penchées sur ces approches. Le soutien par les pairs serait une intervention prometteuse en particulier lorsque les pairs ont reçu une formation plus importante et structurée. Alors que le soutien par internet ou messages texte aurait tendance à rejoindre davantage les fumeurs plus scolarisés, lorsque l'intervention est développée spécifiquement pour les populations défavorisées, elle serait plus efficace chez ce groupe. Enfin, l'ajout de petits incitatifs financiers à une intervention intensive pourrait augmenter le taux d'arrêt tabagique chez les fumeurs défavorisés.

Un facteur contribuant au succès des interventions de soutien en arrêt tabagique consiste à s'attarder également aux difficultés sociales et sources de stress vécues par les gens s'engageant dans une démarche de renoncement au tabac. Ces conditions et circonstances de vie génèrent un

stress qui peut diminuer les chances de succès. Haas et collaborateurs soulignent ainsi qu'un élément positif de leur intervention a été d'orienter les gens en démarche d'arrêt tabagique vers une banque de ressources communautaires diverses pour répondre à d'autres difficultés vécues par ces derniers. Selon ces auteurs, les gens qui ont utilisé les ressources proposées ont été plus susceptibles de cesser de fumer que ceux n'ayant pas fait appel à ces ressources (Haas et coll., 2015).

Mesures fiscales, médiatiques et législatives

En plus de prévenir le tabagisme et de protéger contre l'exposition à la fumée de tabac, diverses mesures législatives, fiscales et médiatiques peuvent influencer le renoncement au tabac. Dans la présente section, l'on analyse l'impact de ces diverses mesures sur l'équité en matière d'arrêt tabagique.

3.1.8 LES HAUSSES DE TAXES ET DE PRIX SUR LES PRODUITS DU TABAC

Quatre recensions d'écrits publiées entre 2008 et 2014 traitent des hausses de taxes et de prix sur les produits du tabac et des inégalités (tableau 8, annexe 6). Trois de ces recensions abordent l'impact sur l'équité de plusieurs mesures de contrôle du tabac dont les hausses de taxes (Thomas et coll., 2008; Hill et coll., 2014; Brown et coll., 2014A). Quant à la recension de Bader et de ses collègues, elle porte sur l'impact des hausses de taxes sur le tabac auprès de différents groupes sociaux (Bader et coll., 2011).

Dans une recension systématique d'écrits scientifiques publiée en 2008, Thomas et ses collègues ont répertorié dix études qui traitent de l'impact des hausses de taxes sur le tabagisme de différents groupes socioéconomiques, définis selon le revenu, la scolarité ou l'occupation (Thomas et coll., 2008). La majorité de ces études constitue des analyses économiques de données d'enquêtes nationales montrant les fluctuations à travers le temps des achats ou de la consommation de produits du tabac en fonction des variations de leur prix de vente. Les effets mesurés dans les dix études retenues sont la consommation de tabac ou la prévalence du tabagisme. Les auteurs de la recension ne précisent toutefois pas les effets mesurés dans chacune des études. Dans quatre études, l'augmentation du prix des cigarettes a eu plus d'effets sur le tabagisme (quantité consommée ou prévalence) des moins nantis que des mieux nantis. De la même façon, dans deux autres études, l'impact d'une hausse de prix a été plus grand sur le tabagisme (quantité consommée ou prévalence) des ouvriers manuels que des professionnels. Toutefois, une étude n'a pas trouvé d'impact différentiel d'une hausse de taxes sur le tabagisme selon l'occupation alors que trois études ont plutôt montré que les plus scolarisés étaient davantage influencés par les hausses de prix du tabac que les moins scolarisés. À la lumière de ces constats, Thomas et ses collègues concluent qu'une hausse de prix du tabac pourrait être efficace pour réduire le tabagisme des fumeurs moins nantis et des ouvriers manuels, mais précisent toutefois que certaines études ont aussi démontré que les fumeurs plus scolarisés seraient eux aussi sensibles au prix des produits du tabac (Thomas et coll., 2008).

Hill et ses collègues ont publié en 2014 une recension systématique d'écrits dans laquelle ils analysent deux recensions et sept études primaires qui traitent de l'effet d'une hausse de taxes et de prix sur les inégalités en matière de tabagisme (Hill et coll., 2014). Une des recensions répertoriées montre que les hausses de prix du tabac ont plus d'impact sur l'usage du tabac des moins nantis que des plus nantis. Il n'est toutefois pas précisé si on parle de réduction de la consommation de tabac ou d'arrêt. Selon une seconde recension, les gens occupant un emploi manuel sont plus sensibles aux hausses de prix du tabac que les professionnels ou les cadres. Encore une fois, les auteurs ne précisent pas si cette plus grande sensibilité se traduit par une réduction de la

consommation de tabac ou l'arrêt et dans quelle mesure. Trois études primaires abondent dans le même sens et relèvent une plus grande sensibilité aux hausses de prix du tabac chez les groupes moins nantis que les groupes mieux nantis. Une quatrième étude primaire a plutôt montré l'inverse, mais les auteurs précisent que l'échantillon de très petite taille limite la portée de cette observation. Quatre études recensées ont étudié l'impact des hausses de prix du tabac en fonction de la scolarité des gens et une de ces études a étudié l'impact en fonction du revenu et de la scolarité. Deux études montrent que les moins scolarisés ont une plus grande sensibilité aux hausses de prix alors qu'une étude montre qu'il n'y a pas de différence de sensibilité aux prix selon la scolarité et l'autre une sensibilité légèrement accrue chez les moyennement ou les plus scolarisés. Toutefois, les auteurs ne précisent pas les effets mesurés dans chaque étude primaire ni si cette sensibilité accrue au prix se traduit réellement par une baisse de la consommation de tabac ou par un arrêt du tabagisme. Ce manque de précisions limite les conclusions qu'on peut tirer de cette recension d'écrits même si les auteurs concluent que l'augmentation des prix du tabac a probablement un impact positif sur l'équité en matière de tabagisme (Hill et coll., 2014).

Dans une revue systématique des écrits publiée en 2014, Brown et ses collègues ont analysé 27 études qui traitent de l'impact sur l'équité d'une hausse des prix du tabac (Brown et coll., 2014 A). Dans les études recensées, la prévalence du tabagisme et le renoncement au tabac ont été analysés tout comme d'autres effets tels que la quantité de tabac consommée, le nombre d'appels à des lignes téléphoniques de soutien à l'arrêt ou encore l'élasticité-prix (estimation du degré de réactivité de la demande d'un produit comme le tabac face à une variation de prix). L'impact d'une hausse de prix sur l'équité a été jugé positif dans 14 de ces études. Ainsi, une hausse du prix du tabac a été associée à une plus grande réduction de la prévalence du tabagisme (quatre études) ou à plus de renoncement au tabac (quatre études) dans les groupes défavorisés que favorisés, ainsi qu'à d'autres effets (six études). Dans six études, l'impact sur l'équité a été jugé neutre, c'est-à-dire que le même effet a été observé dans tous les groupes sociaux. De ces études, deux portent sur le renoncement au tabac et quatre sur la prévalence du tabagisme. L'impact d'une hausse du prix du tabac a été jugé indéterminé ou mixte dans une étude traitant de la prévalence du tabagisme et dans deux études traitant d'autres effets. Finalement, l'impact d'une hausse du prix ou des taxes sur le tabac a été jugé négatif en matière d'équité dans trois études qui traitent de la prévalence et dans une étude qui porte sur le renoncement. En s'appuyant sur ces constats, les auteurs de la recension affirment que la majorité des études montrent qu'une hausse du prix du tabac a un impact positif sur l'équité en matière de tabagisme.

Bader et ses collègues ont, quant à eux, publié une recension d'écrits qui porte sur l'impact de la taxation et des hausses de prix des produits du tabac sur divers groupes de fumeurs dont les fumeurs défavorisés (Bader et coll., 2011). Ces auteurs ont analysé 24 études qui mesurent l'impact différentiel des hausses de prix des cigarettes pour divers groupes socioéconomiques. Parmi celles-ci, 12 montrent que les personnes de faible niveau socioéconomique (faible revenu et/ou scolarité) sont plus sensibles à une hausse de prix que la population en général. Les effets observés dans ces études sont une plus importante baisse de la prévalence du tabagisme et/ou de la quantité de tabac consommée dans les groupes défavorisés que dans la population en général suite à une hausse du prix des cigarettes (Bader et coll., 2011). Cinq études montrent plutôt que tous les groupes sociaux répondent de la même façon à une hausse de prix. Toutefois, les auteurs ne précisent pas le type d'effets mesurés ni le nombre d'études montrant un impact négatif ou indéterminé sur l'équité. À la lumière de ces résultats, les auteurs concluent que l'augmentation des prix des cigarettes est une mesure efficace pour réduire le tabagisme parmi les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.

Les conditions favorables de mise en œuvre des hausses de taxes

L'augmentation du prix des produits du tabac est la mesure pour laquelle l'effet positif en matière d'équité est le mieux documenté dans la littérature scientifique consultée (Hill et coll., 2014; Thomas et coll., 2008; Brown et coll., 2014A; Bader et coll., 2011; Purcell et coll., 2015). Toutefois, pour qu'une hausse de taxes et des prix se traduise réellement en un taux élevé de renoncement au tabac chez tous les groupes de fumeurs, dont les fumeurs défavorisés, les auteurs ont énuméré plusieurs facteurs à considérer :

- Il faut s'assurer de mettre en place des mécanismes de lutte à la contrebande et d'augmenter les taxes sur tous les produits y compris les marques à rabais et le tabac à rouler (Thomas et coll., 2008; Bader et coll., 2011). Des auteurs ont en effet montré que suite à une hausse de taxes sur le tabac, des fumeurs défavorisés se sont tournés vers des formes de tabac moins dispendieuses (marques économiques, tabac à rouler, tabac de contrebande) (Bader et coll., 2011).
- Pour assurer une efficacité maximale, les hausses de taxes doivent être mises en place dans le cadre d'un programme global de contrôle du tabagisme qui comprend notamment des mesures législatives, médiatiques et de soutien à l'arrêt tabagique (Bader et coll., 2011).
- Plusieurs fumeurs défavorisés étant très dépendants à la nicotine, il faut prévoir offrir plus de services de soutien à l'arrêt ainsi que des services accessibles, y compris financièrement, lorsqu'une hausse substantielle de taxes est envisagée (Thomas et coll., 2008; Bader et coll., 2011). Pour minimiser les conséquences financières négatives des hausses de taxes, des auteurs suggèrent que les thérapies de remplacement de la nicotine soient gratuites ou offertes à très peu de frais (Bader et coll., 2011).
- Dans un réel souci d'équité, il importe de se préoccuper de l'impact négatif que pourrait avoir une hausse de prix des produits du tabac sur le revenu disponible de gens moins en moyens qui ne parviendraient pas à cesser de fumer ou à réduire leur consommation (Bader et coll., 2011). Une hausse de taxes devrait être accompagnée de mesures pour mitiger ces effets sur le revenu disponible comme des mesures de lutte à la pauvreté (Bader et coll., 2011).

En résumé, les écrits scientifiques actuels attestent d'un impact généralement positif sur l'équité des hausses de taxes et de prix des produits du tabac. Plusieurs études montrent que les groupes défavorisés sont plus sensibles aux fluctuations du prix du tabac que les groupes plus favorisés. Suite à une hausse de taxes, cette plus grande sensibilité peut se traduire par une plus forte baisse de la quantité de tabac consommée dans ces groupes, par davantage de renoncement au tabac et donc par une plus forte baisse de la prévalence du tabagisme. Cet impact positif des hausses de prix est observé chez des fumeurs moins nantis et des travailleurs manuels même si des études ont aussi démontré que les fumeurs plus scolarisés seraient eux aussi sensibles au prix des produits du tabac. Pour une efficacité maximale, les hausses de taxes doivent s'appliquer à tous les produits du tabac et des mesures de lutte contre la contrebande doivent les accompagner. De même, les hausses de taxes doivent être appliquées dans le cadre d'un programme global de contrôle du tabagisme qui comprend des mesures législatives et médiatiques. Des services de soutien à l'arrêt, accessibles à tous, y compris financièrement, doivent aussi être en place et accompagnés par des mesures plus larges de lutte à la pauvreté.

3.1.9 LES CAMPAGNES MÉDIATIQUES

Cinq recensions d'écrits et une étude primaire (Nonnemaker et coll., 2014) traitent des campagnes médiatiques de lutte contre le tabagisme et des inégalités (tableau 9, annexe 6). Deux recensions abordent l'impact sur l'équité de plusieurs mesures de contrôle du tabac dont les campagnes médiatiques (Hill et coll., 2014; Brown et coll., 2014A). La recension de Durkin et de ses collaborateurs porte sur l'impact des campagnes médiatiques sur l'arrêt tabagique des populations adultes en général et de certains groupes en particulier, dont celui des personnes défavorisées (Durkin et coll., 2012). Niederdeppe, Guillaumier et leurs collègues ont quant à eux mené des recensions d'écrits spécifiquement sur l'impact des campagnes médiatiques sur l'équité en matière de tabagisme (Niederdeppe et coll., 2008; Guillaumier et coll., 2012). Dans tous ces articles, les campagnes analysées sont très hétérogènes. Elles portent parfois sur la promotion de l'arrêt tabagique au sens large et d'autres fois sur la promotion de services de soutien à l'abandon du tabac. Elles incluent parfois des incitatifs financiers à l'arrêt comme les concours *Quit and Win*, un concours où les participants s'engagent à arrêter de fumer et courent la chance de remporter un prix. Elles peuvent viser l'ensemble de la population ou cibler les groupes défavorisés. Enfin, elles utilisent diverses plateformes médiatiques.

En 2014, Hill et ses collègues ont analysé trois recensions d'écrits et 12 études primaires qui traitent de campagnes médiatiques (Hill et coll., 2014). Dans l'une des recensions répertoriées (celle de Niederdeppe et coll., 2008 qui sera décrite plus loin), on rapporte que les campagnes médiatiques destinées à l'ensemble de la population auraient un impact moindre sur le comportement tabagique des personnes plus défavorisées. On y indique par ailleurs que les campagnes qui ciblent les groupes défavorisés auraient quant à elles un impact indéterminé. Toutefois, on ne précise pas ce qui est entendu par comportement tabagique. Les deux autres recensions analysées font partie de la collection Cochrane. L'une porte sur l'ensemble des campagnes médiatiques et l'autre uniquement sur les concours de type *Quit and Win*. Selon Hill et ses collègues, ces deux recensions ne permettent pas de statuer sur l'effet des campagnes médiatiques en fonction du statut socioéconomique des fumeurs, les effets des études analysées étant indéterminés ou mixtes à cet égard. En plus de ces recensions, Hill et ses collègues ont analysé 12 études primaires en fonction des plateformes médiatiques utilisées pour les campagnes. Six de ces études portent sur des campagnes diffusées sur plusieurs plateformes médiatiques à la fois. Quatre études proviennent des États-Unis et concernent des campagnes promotionnelles de lignes téléphoniques de soutien à l'arrêt. De celles-ci, trois concluent que les fumeurs moins scolarisés ont été davantage rejoints par la campagne en ce sens qu'ils se rappelaient plus de cette dernière. Toutefois, une seule d'entre elles a évalué le taux d'abandon du tabac et précise qu'il est plus élevé parmi les fumeurs mieux nantis. Une étude néerlandaise rapporte une plus grande réponse face à la campagne parmi les plus scolarisés alors qu'une étude au Royaume-Uni a plutôt montré une réponse similaire parmi tous les groupes sociaux. Une étude canadienne ciblée vers les plus démunis a montré une réponse indéterminée. Pour ces trois dernières études, on ne précise toutefois pas ce qu'on entend par *réponse face à la campagne* ni les effets mesurés. Trois études américaines répertoriées ont plutôt étudié l'impact de campagnes télévisées. Elles ont montré que les campagnes utilisant des témoignages auraient possiblement un impact neutre sur l'équité, c'est-à-dire qu'elles profiteraient également à tous. Selon ces études, les campagnes informatives plus traditionnelles auraient par contre un impact plus grand sur les groupes plus favorisés. Encore une fois, on ne précise pas l'effet mesuré. Finalement, deux études américaines répertoriées ont plutôt analysé des campagnes diffusées sur l'internet. On précise qu'elles ne se sont pas avérées efficaces auprès des groupes défavorisés, mais sans toutefois spécifier l'effet mesuré. À la lumière de l'analyse de l'ensemble de ces études, l'effet des campagnes médiatiques sur l'équité a été jugé indéterminé selon Hill et ses collaborateurs (Hill et coll., 2014).

Brown et ses collègues ont répertorié 30 études qui portent sur des campagnes médiatiques dans une recension systématique d'articles (Brown et coll., 2014 A). Parmi ces études, certaines analysent des campagnes qui visent à promouvoir l'arrêt tabagique au sens large (18 études), comme les concours *Quit and Win*, alors que d'autres visent la promotion de services de soutien particuliers (12 études). Les effets mesurés sont très variables entre les études et pour plusieurs d'entre elles plus d'un effet est mesuré (tentatives d'arrêt, taux de renoncement au tabac, prévalence du tabagisme, participation à des concours *Quit and Win*, rappel de la campagne, etc.). Quatre études ont montré un impact indéterminé sur l'équité en matière d'arrêt tabagique, trois un impact négatif, une étude, un impact positif et une autre, un impact neutre. En matière de prévalence du tabagisme, une étude a montré un impact neutre sur l'équité et une autre, un impact positif. En ce qui a trait aux effets intermédiaires comme le rappel de la campagne ou la participation aux concours, quatre études ont montré un impact indéterminé, une étude, un impact positif et deux autres, un impact négatif. Selon ces auteurs, les campagnes hautement émotives et faisant place à des témoignages ont été plus efficaces auprès de groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. Parmi les cinq études qui ont montré un impact négatif sur l'équité selon divers effets mesurés, quatre traitaient des concours *Quit and Win*. Douze études analysées visent, quant à elles, à promouvoir l'utilisation de services de soutien à l'arrêt comme une médication gratuite ou un service téléphonique. En matière d'arrêt tabagique, deux études ont montré un impact positif sur l'équité, une étude, un impact neutre et une autre, un impact négatif. Une étude a montré un impact neutre sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme. En ce qui a trait aux effets intermédiaires, trois études ont montré un impact positif, deux un impact négatif, une un impact neutre, et une un impact indéterminé. Après avoir analysé l'ensemble de ces études, Brown et ses collaborateurs concluent que l'effet sur l'équité des campagnes médiatiques demeure indéterminé.

Niederdeppe et ses collègues ont mené une recension systématique d'écrits publiés entre 1990 et 2006 et analysé l'impact des campagnes médiatiques sur l'équité en matière d'arrêt tabagique (Niederdeppe et coll., 2008). Les 31 études qu'ils ont considérées couvrent un large éventail de campagnes médiatiques visant à promouvoir le renoncement au tabac, dont les concours de type *Quit and Win* (18 études), ou les services de soutien à l'arrêt (13 études). Ces campagnes s'adressaient à la population en général ou ciblaient les groupes défavorisés. Dans les 18 études analysées qui portaient sur des campagnes destinées à l'ensemble de la population, plusieurs effets ont été mesurés tels que l'arrêt tabagique, la prévalence du tabagisme ou des effets intermédiaires. Plusieurs effets étaient parfois même mesurés dans une même étude. Spécifiquement en matière d'arrêt tabagique, cinq de ces études ont montré un impact neutre sur l'équité et quatre un impact négatif. En ce qui a trait à la prévalence du tabagisme, deux de ces études ont montré un impact positif, une un impact neutre et une autre un impact négatif. Concernant les autres effets intermédiaires mesurés comme le rappel de la campagne ou la réponse émotionnelle face à celle-ci, quatre études ont montré un impact neutre en matière d'équité, quatre autres un impact négatif, trois un impact indéterminé et une étude, un impact positif. Parmi les 13 études portant sur des interventions médiatiques ciblant plutôt les populations défavorisées, huit ont produit des résultats indéterminés et cinq n'ont pas été efficaces à promouvoir l'arrêt tabagique. À la lumière de l'analyse de l'ensemble de ces études, les auteurs concluent que les campagnes pour promouvoir l'arrêt tabagique et destinées à la population en général ont souvent un impact négatif sur l'équité, parfois neutre, et rarement positif. Aussi, selon ces auteurs, toutes les études qui ciblent les fumeurs défavorisés n'ont pas démontré clairement d'efficacité.

Durkin et ses collègues ont publié une recension d'écrits en 2012 qui visait à évaluer l'impact des campagnes médiatiques sur l'arrêt tabagique, tant pour la population en général que pour des groupes particuliers dont les personnes défavorisées (Durkin et coll., 2012). Ces auteurs visaient aussi à identifier l'impact de différents types de messages, de différents médias et de différentes

intensités d'exposition. Ils ont revu deux recensions d'écrits ainsi que trois études primaires portant spécifiquement sur les populations défavorisées. Leurs principales conclusions sont les suivantes:

- Les campagnes médiatiques télévisées, conduites dans le cadre d'un programme complet de lutte contre le tabagisme, sont efficaces pour promouvoir l'arrêt tabagique et réduire la prévalence du tabagisme chez la population en général de même que chez les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. Toutefois, les effets sont au final neutres sur l'équité, c'est-à-dire que ces campagnes ne sont pas plus efficaces auprès des groupes défavorisés que favorisés et ne permettent pas de réduire les écarts entre les groupes sociaux.
- Les campagnes télévisées qui sont très largement diffusées de façon soutenue ont plus de chances de mener à des tentatives d'arrêt chez les populations plus défavorisées. Plusieurs campagnes ciblées vers les groupes défavorisés mais peu diffusées n'ont pas obtenu les résultats escomptés.
- Les messages axés sur les effets négatifs du tabagisme pour la santé sont les plus efficaces auprès des groupes défavorisés comparativement à des messages sur la norme sociale, l'industrie du tabac ou sur les façons d'arrêter de fumer.
- Les messages qui font appel à des témoignages ou à des représentations et images ainsi que ceux qui suscitent une émotion forte sont plus efficaces auprès des groupes défavorisés que les messages traditionnels et informatifs.

En 2012, Guillaumier et ses collègues ont publié une recension systématique d'écrits visant à décrire l'efficacité des campagnes médiatiques à encourager l'arrêt tabagique chez des populations défavorisées et à promouvoir l'équité (Guillaumier et coll., 2012). Ces chercheurs ont analysé à la fois l'effet des campagnes ciblées vers les groupes défavorisés et l'effet différentiel, pour les divers groupes socioéconomiques, de campagnes mises en place pour la population en général. Les 17 interventions qu'ils ont analysées portent sur des campagnes télévisées ou diffusées dans les médias écrits et excluent les concours de type *Quit and Win*. Plusieurs effets ont été mesurés dans les études et parfois plus d'un effet a été mesuré par étude. Des 11 études répertoriées sur l'impact des campagnes auprès de la population en général, deux ont mesuré le rappel de la campagne. Une des études montre un impact neutre, les groupes défavorisés étant également susceptibles de se souvenir de la campagne que les autres groupes, et une montre un impact négatif, les groupes défavorisés étant moins susceptibles de s'en rappeler. Quatre études se sont penchées sur la perception de l'efficacité des campagnes et dans trois de celles-ci, tous ont perçu la même efficacité (impact neutre) alors que dans une étude, les plus défavorisés l'ont perçue comme plus efficace (impact positif). Cinq études ont examiné la réponse émotionnelle aux campagnes et les résultats sont mixtes. Quatre études ont analysé l'arrêt tabagique ou la prévalence et trois se sont avérées efficaces pour tous (impact neutre) et une s'est avérée plus efficace pour les gens défavorisés (impact positif). Quant aux six études portant sur des campagnes ciblées vers des groupes défavorisés, elles montrent des résultats mixtes pour les différents effets mesurés (comme le rappel de la campagne, la perception de la campagne et l'arrêt tabagique).

L'étude primaire de Nonnemaker de 2014 a porté sur l'efficacité des campagnes télévisées de promotion de l'arrêt tabagique dans l'État de New York comme déclencheur de tentatives d'arrêt chez différents sous-groupes de la population dont les groupes défavorisés (selon le revenu ou la scolarité) (Nonnemaker et coll., 2014). Ces auteurs ont mené leur étude auprès de 9 408 fumeurs qui ont répondu à un sondage téléphonique entre 2003 et 2011. Les auteurs concluent qu'à l'instar des mieux nantis et des plus scolarisés, les fumeurs moins scolarisés et les fumeurs moins nantis, sont plus susceptibles d'avoir fait une tentative d'arrêt au cours de l'année précédente s'ils ont été très exposés à des campagnes télévisées. Aussi, une plus grande exposition à des campagnes suscitant

une forte émotion ou comportant des images graphiques est associée au fait d'avoir fait une tentative d'arrêt. Selon cette étude, l'effet serait neutre sur l'équité, tous pouvant bénéficier de l'exposition à une campagne médiatique générale.

Les conditions favorables de mise en œuvre des campagnes médiatiques

Les auteurs consultés ont dégagé des conditions de succès des campagnes qui ont été efficaces auprès de tous les groupes sociaux et des campagnes qui ont été particulièrement efficaces auprès des groupes défavorisés. Ces principales conditions de succès sont les suivantes :

- Le choix de la plateforme médiatique est important. Pour rejoindre efficacement les groupes défavorisés, les campagnes télévisées constituent une bonne option. L'utilisation de la radio devrait être considérée comme venant bonifier l'effet de la campagne télévisuelle (Durkin et coll., 2012).
- Pour qu'une campagne soit efficace, les populations doivent y être exposées suffisamment et sur une période prolongée. En vue de rejoindre efficacement les fumeurs défavorisés, les campagnes doivent être largement diffusées et de manière soutenue dans le temps (Niederdeppe et coll., 2008; Durkin et coll., 2012).
- Les messages doivent porter sur les effets néfastes du tabagisme et être présentés sous une forme hautement émotive. Des campagnes qui ont utilisé des témoignages et des représentations graphiques ont été efficaces (Brown et coll., 2014A). Les campagnes doivent aussi être adaptées au public cible en ce qui a trait au langage et aux valeurs culturelles véhiculées (Niederdeppe et coll., 2008).
- Les campagnes médiatiques doivent être mises en place dans le cadre d'un programme plus large de lutte contre le tabagisme et combinées à d'autres mesures comme l'offre gratuite de services de soutien à l'arrêt tabagique et l'adoption d'interdictions de fumer dans les lieux publics (Niederdeppe et coll., 2008).

En résumé, l'effet des campagnes médiatiques, tant celles destinées à l'ensemble de la population que celles ciblées vers les groupes défavorisés, demeure indéterminé sur l'équité en matière d'arrêt tabagique. L'impact sur l'équité des concours de type *Quit and Win* a été jugé négatif ou indéterminé. Il existe beaucoup d'hétérogénéité dans les campagnes étudiées, tant dans les messages et formats que les plateformes utilisées, ce qui complexifie l'analyse et limite les conclusions. Toutefois, des campagnes médiatiques télévisées, largement diffusées et de manière soutenue dans le temps, de même que des campagnes présentant du contenu hautement émotif et portant sur les conséquences néfastes du tabagisme ont été efficaces auprès de tous les groupes sociaux, y compris les défavorisés.

3.1.10 LES MISES EN GARDE RELATIVES À LA SANTÉ SUR LES EMBALLAGES

Des réglementations ont été adoptées au cours des dernières décennies au Canada et dans les autres pays à l'étude pour que des mises en garde relatives à la santé figurent sur les emballages des produits du tabac. Ces règlements déterminent la taille, le contenu et l'emplacement des mises en garde. Celles-ci diffèrent toutefois entre les pays qui les ont adoptées et peuvent être illustrées, composées de texte seulement, ou encore exhiber le numéro de téléphone d'une ligne de soutien à l'arrêt tabagique. Deux recensions d'écrits abordent l'impact sur l'équité de différentes mesures de contrôle du tabac, dont les mises en garde (Thomas et coll., 2008; Brown et coll., 2014A) (tableau 10, annexe 6).

Thomas et ses collègues ont recensé deux études qui se penchent sur l'impact des mises en garde en fonction du niveau de scolarité des fumeurs (Thomas et coll., 2008). Une étude a été menée en Australie, où une réglementation concernant les mises en garde a été adoptée en 1994. La seconde étude provient des Pays-Bas, où la réglementation européenne de 2004 concernant les mises en garde s'applique. Selon ces deux études, les mises en garde ont le même effet sur le comportement tabagique de tous les fumeurs, peu importe leur niveau de scolarité. Les auteurs de la recension ne précisent toutefois pas si le comportement tabagique dont il est question concerne la diminution ou l'arrêt de la consommation de tabac, ou encore un autre comportement. À la lumière de ces constats, ces auteurs concluent que l'effet des mises en garde ne semble pas suivre un gradient socioéconomique. Ils précisent toutefois que très peu d'études sont disponibles et qu'aucune n'analyse l'effet selon d'autres aspects du statut socioéconomique comme le revenu ou l'occupation.

Dans une recension d'écrits publiée en 2014, Brown et ses collègues ont répertorié cinq études qui traitent de l'impact sur l'équité des mises en garde sur les emballages de produits du tabac (Brown et coll., 2014A). Ces études proviennent de divers pays européens, des États-Unis et de la Nouvelle-Zélande. Plusieurs effets ont été mesurés tels que l'efficacité perçue des mises en garde, les préférences d'achat de produit selon les mises en garde affichées, la motivation à arrêter de fumer, la reconnaissance du numéro de téléphone d'une ligne de soutien, le comportement tabagique ou encore l'arrêt tabagique. Une seule étude, menée dans plusieurs pays européens, traite directement de l'impact sur l'arrêt tabagique des mises en garde et conclut à un impact neutre. Les quatre autres études concluent soit à un impact positif (deux études) ou à un impact neutre (deux études) des mises en garde en fonction de divers effets mesurés. L'une d'elles, menée en Nouvelle-Zélande, a mesuré la reconnaissance du numéro de téléphone de la ligne de soutien en arrêt tabagique imprimée sur les emballages et a montré un impact positif sur l'équité. Dans ce pays, les emballages affichaient de nouveaux messages à caractère pictural. L'autre étude ayant conclu à un impact positif sur l'équité a été menée dans divers pays européens où les mises en garde contenaient du texte seulement. L'effet mesuré était l'impact des mises en garde, évalué en fonction d'un indice développé, le *Label impact index*, mais sans toutefois préciser davantage. À la lumière de l'ensemble de ces études, les auteurs concluent à un effet probablement neutre des mises en garde en matière d'équité.

Les conditions favorables de mise en œuvre des mises en garde

Les auteurs des deux recensions d'écrits ont dégagé quelques conditions de succès pour que l'affichage de mises en garde relatives à la santé ait un impact favorable pour tous les groupes socioéconomiques :

- Les mises en garde doivent faire partie d'une stratégie globale de lutte contre le tabagisme qui inclut des mesures législatives, fiscales, médiatiques et de soutien à l'arrêt tabagique (Thomas et coll., 2008).
- Lorsque mises en place dans le cadre d'une telle stratégie, les mises en garde peuvent renseigner la population sur les conséquences néfastes du tabagisme et contribuer au développement et au maintien d'une norme sociale en faveur d'une société sans tabac. Ce faisant, elles contribuent à l'acceptabilité sociale d'autres mesures reconnues pour avoir un impact sur l'équité, notamment les hausses de taxes (Thomas et coll., 2008).

En résumé, très peu d'études se sont penchées sur l'impact en matière d'équité des mises en garde relatives à la santé sur les emballages des produits du tabac. Des évidences préliminaires suggèrent que ces mises en garde auraient un effet neutre.

3.1.11 LES RESTRICTIONS À L'USAGE DU TABAC DANS CERTAINS LIEUX

Au Canada et dans les autres pays à l'étude, des réglementations restreignant l'usage du tabac dans divers lieux ont été progressivement mises en place. Ces restrictions concernent des lieux intérieurs comme les lieux de travail, les lieux publics, les restaurants et les bars, ou encore des lieux extérieurs, comme les terrasses commerciales et les terrains de jeux. À certains endroits, des restrictions s'appliquent aussi à des lieux privés comme les automobiles. Trois recensions d'écrits (Thomas et coll., 2008; Hill et coll., 2014; Brown et coll., 2014A) et une étude primaire (Tchicaya et coll., 2016) évaluent l'impact sur l'équité des restrictions à l'usage du tabac (tableau 11, annexe 6).

Thomas et ses collègues ont recensé neuf études qui traitent de l'impact différentiel, pour des fumeurs de divers milieux socioéconomiques, de la mise en place de mesures restreignant l'usage du tabac (Thomas et coll., 2008). Dans ces études, le niveau socioéconomique des fumeurs a été évalué en fonction de l'occupation des gens, de leur scolarité ou de leur revenu. Ces études ont été menées aux États-Unis, en Israël, au Royaume-Uni et en Finlande. L'ampleur des restrictions à l'étude est variable d'une étude à l'autre. À certains endroits, une interdiction complète de fumer dans les lieux publics a été mise en place (quatre études), alors qu'à d'autres endroits l'interdiction excluait certains lieux (une étude) ou comportait des zones fumeurs (trois études). Dans une étude, le type de restriction n'est pas clairement défini. Ces études se sont déroulées dans des hôpitaux et cliniques, des entreprises privées, des bars et des restaurants ainsi que dans des universités et concernent généralement les employés, mais parfois aussi les clients ou les visiteurs. Les effets mesurés à travers les études ne sont pas tous précisés et seulement certaines portent sur la prévalence ou la consommation de tabac alors que d'autres portent sur des effets intermédiaires comme les attitudes ou les croyances à l'égard du tabagisme. Cinq de ces études concluent que les restrictions à l'usage du tabac dans les milieux de travail auraient plus d'impact chez les employés occupant une plus haute fonction. Les auteurs de la recension précisent toutefois que ces études sont faibles sur le plan méthodologique. Les effets sur les autres groupes socioéconomiques (selon le revenu ou la scolarité) restent indéterminés à cause de données insuffisantes.

Dans une recension des écrits, Hill et ses collègues ont analysé 12 études primaires et une recension d'écrits traitant de l'impact en matière d'équité des restrictions à l'usage du tabac dans divers lieux (Hill et coll., 2014). Même si les effets mesurés dans ces études sont en grande partie en lien avec l'exposition à la fumée de tabac, certaines études abordent aussi l'impact des restrictions en termes d'arrêt tabagique. Cinq études ainsi qu'une sixième issue de la recension montrent que les restrictions de l'usage du tabac en milieu de travail seraient plus susceptibles d'être implantées dans les milieux professionnels que dans les milieux où le travail manuel domine. Même si cela peut aussi être vrai en présence d'une loi encadrant les interdictions, cet effet serait encore plus marqué en l'absence d'une réglementation nationale. Dans le même sens, une étude menée en Californie et une autre aux Pays-Bas ont montré que les travailleurs plus scolarisés bénéficient davantage des restrictions en milieu de travail en termes d'arrêt tabagique. Par ailleurs, selon deux études menées en Angleterre et en Écosse, les réglementations qui rendent obligatoires dans tous les milieux de travail et les lieux publics les restrictions à l'usage du tabac auraient été bénéfiques à tous les groupes sociaux en matière de renoncement au tabac. Une troisième étude abonde dans le même sens et précise que les taux d'arrêt sont supérieurs dans les pays européens qui ont mis en place de telles réglementations et qu'ils ne semblent pas être différents entre les groupes sociaux. Hill et collaborateurs précisent toutefois que ces études ne sont peut-être pas assez puissantes pour détecter des différences entre les groupes socioéconomiques. À la lumière de leur analyse, les auteurs de la recension concluent que l'impact de ces mesures demeure indéterminé en matière d'équité puisque des constats mixtes émergent des études recensées.

Dans une recension des écrits publiée en 2014, Brown et collaborateurs ont répertorié des études qui mesurent l'impact en matière d'équité de l'adoption de réglementations qui restreignent l'usage du tabac dans divers lieux (Brown et coll., 2014A). Ces études proviennent des États-Unis et de divers pays européens. Les restrictions concernent différents lieux, dont des endroits publics intérieurs et des milieux privés comme les voitures et les résidences. À travers ces études, différents indicateurs ont été utilisés pour définir les groupes socioéconomiques à l'étude dont le niveau d'éducation, le revenu, l'occupation et divers indices de défavorisation des territoires. Même si les effets principaux qui ont été mesurés à travers ces études sont l'exposition à la fumée de tabac et le respect des réglementations, certaines études ont aussi mesuré l'effet en termes d'arrêt tabagique. Dans ces études, les changements de comportement tabagique, les tentatives d'arrêt, les taux d'arrêt et les changements de prévalence du tabagisme ont été évalués. Pour faciliter leur analyse, les auteurs de la recension ont réparti les études en deux groupes distincts, soit celles qui concernent des restrictions partielles ou à caractère régional ou local (sept études), et celles qui concernent les restrictions qui s'appliquent à l'ensemble d'un pays (neuf études). Les sept études qui traitent des interdictions locales ou partielles montrent un impact négatif (quatre études) ou indéterminé (trois études) sur l'équité. Une des études qui a montré un impact négatif concerne la réglementation de la ville de New York, où la prévalence du tabagisme suite à la mise en place des restrictions de fumer est demeurée supérieure chez ceux qui gagnent moins de 20 000 \$. Une autre étude menée aussi aux États-Unis a montré que les différentes politiques étatiques en matière de restrictions à l'usage du tabac sont moins bien appliquées dans les milieux de travail où œuvrent des personnes moins scolarisées ou à revenus moins élevés. La prévalence du tabagisme était conséquemment plus élevée dans ces groupes. Le même type de conclusions a été émis au Royaume-Uni en termes de renoncement au tabac. Dans différents milieux de travail, les travailleurs occupant de plus hautes fonctions semblent en avoir profité davantage en termes d'arrêt tabagique. Des neuf études traitant de mesures législatives nationales, cinq montrent un impact neutre des mesures alors que deux montrent un impact négatif et deux un impact indéterminé. Les études qui ont montré un impact neutre et donc favorable pour tous les groupes sociaux concernent les politiques nationales d'espaces intérieurs sans fumée implantées aux États-Unis, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Différents effets ont été mesurés dans ces études dont les tentatives d'arrêt et les taux d'arrêt.

Tchicaya et ses collègues ont mené une étude au Luxembourg afin de mesurer l'impact sur les inégalités socioéconomiques en matière de prévalence du tabagisme et d'arrêt tabagique, d'une réglementation adoptée en 2006 restreignant l'usage du tabac dans divers lieux publics (lieux de travail, restaurants, bars, hôpitaux, écoles, etc.) (Tchicaya et coll., 2016). Dans cette étude, le niveau socioéconomique des gens a été défini en fonction du niveau de scolarité, du revenu et du statut d'emploi. Les résultats montrent que la prévalence générale du tabagisme est passée de 23,1 % en 2005 à 17,9 % en 2008 au Luxembourg. Les auteurs de l'étude soulignent que, suite à l'adoption de la loi de 2006, les fumeurs moins scolarisés ont été plus susceptibles d'avoir arrêté de fumer que les fumeurs plus scolarisés; un constat similaire s'applique à ceux gagnant un revenu plus bas comparativement aux personnes mieux nanties. Toutefois, les inégalités en matière de tabagisme ont persisté au Luxembourg durant cette période. Selon les auteurs, elles pourraient éventuellement s'atténuer si les effets positifs de la loi perduraient dans le temps et que d'autres mesures ciblant les groupes désavantagés sur le plan socioéconomique étaient mises en place.

Les conditions favorables de mise en œuvre des restrictions de l'usage du tabac

Les auteurs des publications recensées ont identifié des conditions de succès afin que les mesures visant à restreindre l'usage du tabac dans différents lieux favorisent l'équité en matière d'arrêt tabagique :

- Elles doivent être régies par une loi et s'appliquer largement à l'échelle nationale pour s'avérer bénéfiques pour tous (Brown et coll., 2014A).
- Il faut allouer le temps nécessaire à ces politiques afin qu'elles aient un impact réel chez tous les groupes sociaux. Un changement de normes sociales s'effectue sur le long terme, surtout dans les milieux socioéconomiques ou les milieux de travail où l'usage du tabac est encore très présent et constitue la norme (Brown et coll., 2014A; Tchicaya et coll. 2016).

En résumé, dans les études sur l'impact en matière d'équité des mesures visant à restreindre l'usage du tabac, les effets mesurés sont généralement relatifs à l'exposition à la fumée de tabac et beaucoup moins souvent en lien avec le renoncement au tabac. Dans l'ensemble, l'impact sur l'équité en matière d'arrêt tabagique de ces mesures demeure indéterminé même si certaines études tendent à montrer que les personnes occupant de plus hautes fonctions bénéficieraient davantage des restrictions en milieu de travail. Toutefois, les restrictions qui relèvent d'une réglementation nationale et qui s'appliquent donc à grande échelle auraient plus de chances d'être bénéfiques aux fumeurs de tous les groupes socioéconomiques.

3.1.12 LES STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME À PLUSIEURS COMPOSANTES

Au Canada et dans les autres pays à l'étude, une stratégie globale de lutte contre le tabagisme est en place et se caractérise par l'adoption d'un ensemble de mesures fiscales, législatives, médiatiques et de soutien à l'arrêt tabagique. Deux recensions d'écrits (Hill et coll., 2014; Brown et coll., 2014A) et quatre études primaires (Bosdriesz et coll., 2015; Hummel et coll., 2015; Bosdriesz et coll., 2016; et Hu Master et coll., 2016) ont analysé ces stratégies globales de lutte contre le tabagisme en lien avec l'équité et l'arrêt tabagique (tableau 12, annexe 6).

Dans une recension des écrits, Hill et ses collègues ont analysé une étude qui aborde l'impact sur l'équité d'une intervention de lutte contre le tabagisme à plusieurs composantes (Hill et coll., 2014), celle de la ville de New York. Le programme de lutte contre le tabagisme de cette ville comprend plusieurs composantes comme une augmentation de la taxation, une réglementation visant à restreindre l'usage du tabac dans plusieurs lieux ainsi que des campagnes médiatiques. L'évaluation de ce vaste programme a montré que la prévalence du tabagisme a baissé chez les jeunes adultes au cours des trois ans suivant sa mise en place et ceci de façon plus marquée dans les quartiers défavorisés. Les auteurs soulignent toutefois qu'une attribution causale n'est pas possible puisque l'évaluation repose sur des données transversales recueillies annuellement.

Brown et ses collègues ont répertorié quatre études qui traitent de l'impact en matière d'équité de stratégies globales de lutte contre le tabagisme mises en place à l'échelle nationale dans divers pays (Brown et coll., 2014A). Deux de ces études se sont déroulées aux Pays-Bas, une aux États-Unis, et dans la quatrième, les expériences de plusieurs pays européens ont été analysées. Les stratégies étudiées incluent une augmentation de la taxation, des réglementations restreignant l'usage du tabac dans divers lieux, des campagnes médiatiques, parfois la présence de mises en garde sur les emballages des produits du tabac et l'offre d'une TRN gratuite. Dans ces études, plusieurs effets ont été mesurés comme la quantité de tabac consommée, les tentatives de renoncement, les taux d'arrêt et la prévalence du tabagisme. L'étude qui porte sur la stratégie américaine a montré une baisse de la prévalence chez les fumeurs de tous les groupes définis en fonction de la scolarité. Toutefois, les groupes qui ont connu les plus fortes baisses en matière de prévalence se retrouvent tant chez les plus nantis que chez les moins nantis ainsi que chez les plus scolarisés. Selon les auteurs, les fumeurs moins nantis auraient possiblement été davantage sensibles à la hausse des taxes alors que les fumeurs plus nantis l'auraient possiblement été aux interdictions de fumer dans les divers lieux publics. L'impact sur l'équité de la stratégie étudiée demeure au final indéterminé pour ces auteurs.

Une étude provenant des Pays-Bas a montré des résultats mixtes, c'est-à-dire que les inégalités en matière de prévalence du tabagisme seraient restées stables pour les hommes entre 2001 et 2008 alors qu'elles auraient augmenté pour les femmes durant la même période. La seconde étude menée aux Pays-Bas a plutôt montré un impact neutre de la stratégie globale en fonction de la scolarité des gens en ce qui a trait à la prévalence du tabagisme, aux tentatives d'arrêt et à l'intensité de la consommation de tabac. Tous les groupes sociaux auraient bénéficié également de cette stratégie. Finalement, les auteurs ont analysé une étude menée dans 18 pays européens qui a montré un effet neutre des stratégies globales de lutte contre le tabagisme. Les groupes les plus scolarisés ainsi que les moins scolarisés semblent influencés de la même façon par la mise en place de ces stratégies en ce qui a trait au renoncement au tabac. Les auteurs rapportent toutefois que ces taux d'arrêt sont plus importants dans les pays où la stratégie est mise en place de manière plus intense, avec un plus grand nombre de mesures et des mesures d'une plus grande ampleur comme par exemple des taxes plus élevées.

Bosdriesz et ses collègues ont publié en 2015 les résultats d'une étude qui s'est déroulée aux Pays-Bas et qui visait à étudier les associations entre la mise en place de plusieurs mesures de contrôle du tabagisme et l'arrêt tabagique des divers groupes socioéconomiques (Bosdriesz et coll., 2015). Dans ce pays, la mise en place graduelle d'un ensemble de mesures de lutte contre le tabagisme (augmentation du prix du tabac, restrictions de l'usage du tabac dans les lieux publics, campagnes médiatiques, interdictions de publicité des produits du tabac, mises en garde sur les produits et mise en place de mesures universelles de soutien à l'arrêt tabagique) a eu lieu entre 1988 et 2011 en deux phases. Entre 1988 et 2001, il y a eu une application de faible intensité de ces mesures, puis entre 2001 et 2011, l'application s'est intensifiée. L'échelle *Tobacco Control Scale* (TCS) a été utilisée pour évaluer le degré d'application des diverses composantes de la stratégie de lutte contre le tabagisme à travers le temps dans le pays (Bosdriesz et coll., 2015; Bosdriesz et coll., 2016). Le niveau de scolarité a servi d'indicateur de statut socioéconomique et les réponses à un sondage annuel ont été utilisées. Les principaux effets mesurés ont été le taux d'arrêt et le nombre moyen de cigarettes fumées par jour. Les résultats montrent une association significative entre un taux d'arrêt du tabac plus élevé et un TCS plus élevé après 2001, qui traduit une plus grande intensité dans l'application des diverses mesures de lutte contre le tabagisme. Ceci a été décelé pour l'ensemble de la population et n'était pas perceptible avant 2001. Les associations sont similaires pour les fumeurs les moins scolarisés et les fumeurs les plus scolarisés. Toutefois, l'intensité de l'application de la stratégie, mesurée par le TCS, n'est pas associée au nombre de cigarettes fumées tant chez les fumeurs plus scolarisés que les fumeurs moins scolarisés. Aussi, les auteurs soulignent que les inégalités en matière de tabagisme n'ont pas diminué aux Pays-Bas bien qu'elles ne se soient pas accrues. Tous les groupes socioéconomiques semblent donc profiter de l'ensemble de la stratégie de façon similaire.

En 2015, Hummel et ses collaborateurs ont publié les résultats d'une étude menée dans divers pays européens (France, Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni) qui ont mis en place une stratégie globale de lutte contre le tabagisme et signé la convention-cadre de l'OMS (Hummel et coll., 2015). Cette étude visait à examiner les tendances de même que les différences entre les groupes socioéconomiques relativement aux réflexions en matière d'arrêt tabagique que peuvent susciter les différentes mesures de contrôle du tabac. Les mesures concernées sont l'augmentation du prix des cigarettes, les restrictions à l'usage du tabac dans les endroits publics, l'offre d'une médication pour arrêter de fumer gratuitement ou à peu de frais et l'affichage de mises en garde sur les emballages. Les données utilisées sont issues de toutes les vagues de l'enquête longitudinale *International Tobacco Control*, menée dans les pays européens entre 2003 et 2013. Le prix du tabac, mentionné par 59 % à 74 % des répondants selon les pays, est le déclencheur le plus souvent invoqué d'une réflexion sur le renoncement au tabac. Les restrictions à l'usage du tabac ont été mentionnées par

29 % à 55 % des répondants, le faible coût ou la gratuité de la médication par 18 % à 48 % des répondants et les avertissements, par 17 % à 45 % des répondants. Les quatre politiques examinées ont été citées plus souvent par les fumeurs dont le niveau de scolarité ou le revenu est faible ou moyen que par ceux qui ont un revenu ou une scolarité élevés. Les auteurs concluent que les diverses politiques ont le potentiel de déclencher une réflexion sur l'arrêt du tabac chez les fumeurs qui ont un faible niveau d'éducation ou de revenu et qu'ainsi, ces politiques auraient le potentiel de contribuer à réduire les inégalités de santé au regard de l'usage du tabac.

En 2016, Bosdriez et ses collègues ont publié une nouvelle étude qui concerne 27 pays européens ayant mis en place une stratégie de lutte contre le tabagisme à plusieurs composantes (Bosdriez et coll., 2016). Les chercheurs ont étudié les associations entre la mise en place de diverses mesures de contrôle du tabagisme entre 2006 et 2012 et les changements survenus en termes d'arrêt tabagique de la population, et ceci pour les divers groupes socio-économiques. En plus de l'arrêt du tabac, les effets sur la quantité de cigarettes fumées par jour ont aussi été analysés. Les données proviennent des réponses au sondage *Eurobarometer*, mené entre 2006 et 2012. Le degré d'application des diverses mesures de contrôle du tabac (prix, réglementation de l'usage du tabac dans divers lieux, soutien à l'arrêt, interdiction de publicité, etc.) à travers les pays a été mesuré à l'aide du *Tobacco Control Scale* (TCS). Leurs résultats ne montrent pas d'association entre un score plus élevé sur l'échelle TCS et l'arrêt tabagique chez les fumeurs moins scolarisés ou moyennement scolarisés. Toutefois, une association existe chez les plus scolarisés. Cinq des six mesures étudiées étaient associées indépendamment à l'arrêt tabagique chez les plus scolarisés : le prix du tabac, les réglementations restreignant l'usage du tabac dans différents lieux, les campagnes médiatiques, les interdictions de publicité, le soutien à l'arrêt tabagique. Le taux d'arrêt était ainsi de 38 % supérieur entre les fumeurs plus scolarisés et les moins scolarisés. Pour le nombre de cigarettes fumées, les auteurs ont trouvé des associations pour les gens moyennement scolarisés et les plus scolarisés. Les conclusions de ces travaux ne vont pas dans le sens des travaux de Schaap et de ses collaborateurs publiés précédemment et revus dans la recension de Brown de 2014 (Brown et coll., 2014A). Ces auteurs montraient un impact neutre des diverses mesures. Une explication possible est que les mesures de contrôle du tabagisme auraient évolué à travers le temps en Europe et que plus récemment, il y aurait davantage d'interdictions de fumer qui toucheraient davantage les fumeurs plus scolarisés. Selon ces auteurs, leurs conclusions ne sont pas surprenantes, car les données montrent que les inégalités se sont aggravées en Europe en matière de tabagisme depuis 2000.

Dans une recherche publiée en 2016, Hu Master et ses collègues ont étudié l'impact de la mise en place, entre 1990 et 2007, de différentes mesures de contrôle du tabagisme dans neuf pays européens (Finlande, Irlande, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Autriche, France, Italie, Portugal, Espagne) sur le tabagisme de divers groupes socioéconomiques (Hu Master et coll., 2016). Ils ont évalué si les diverses mesures de contrôle du tabagisme, soit l'augmentation du prix du tabac, les interdictions de fumer dans les lieux publics, l'interdiction de publicité, les avertissements de santé et les services de soutien en arrêt tabagique, affectent différemment les fumeurs provenant de différents groupes socioéconomiques définis en fonction de la scolarité et de l'occupation des gens. Ces auteurs ont utilisé le TCS pour mesurer le degré d'application des diverses mesures non relatives au prix du tabac. Ils ont utilisé deux autres mesures pour le prix du tabac, une s'attardant au prix d'une marque bon marché de cigarettes et l'autre au prix de la marque la plus populaire. Les résultats montrent que les hausses de prix des cigarettes populaires ainsi que la mise en place des quatre politiques publiques non liées au prix sont négativement associées avec le tabagisme chez les hommes. Ceci signifie que lorsque leur présence augmente, le tabagisme diminue. Toutes ces associations, bien qu'elles soient dans les mêmes directions pour tous les groupes socioéconomiques, sont significatives pour les groupes moins favorisés seulement. De la même façon, la hausse du prix des cigarettes les moins chères est inversement associée au tabagisme chez

les femmes moins favorisées. Les conclusions des auteurs sont à l'effet que les politiques publiques liées au contrôle du tabagisme qui ont été mesurées ont probablement contribué à réduire la prévalence du tabagisme non seulement dans la population générale, mais aussi et particulièrement chez les groupes défavorisés. Selon ces auteurs, l'élargissement des inégalités observées en matière de tabagisme au cours des récentes années en Europe est explicable par d'autres facteurs (ex. : crise économique en Europe, accroissement des inégalités en matière de revenus, etc.).

Les conditions favorables de mise en œuvre des stratégies à plusieurs composantes

Des conditions de succès ont été identifiées par les auteurs en ce qui a trait aux stratégies à plusieurs composantes qui ont connu du succès auprès de fumeurs de tous les groupes socioéconomiques :

- Une certaine intensité dans l'application d'un programme de lutte contre le tabagisme doit être présente pour que des résultats soient visibles en termes d'arrêt tabagique. Par exemple, une hausse significative et régulière des taxes, des campagnes médiatiques soutenues dans le temps et des interdictions de fumer largement appliquées dans les endroits publics doivent être présentes (Brown et coll., 2014A; Bosdriesz et coll., 2015).
- Il est important d'allouer le temps nécessaire à des changements, surtout dans les groupes où la norme sociale est largement en faveur du tabagisme. Par exemple, une étude a montré que l'application des différentes mesures de contrôle du tabac est plus fortement associée à un arrêt tabagique un an après leur implantation chez les personnes plus scolarisées et deux ans après leur mise en place pour les personnes moins scolarisées, ce qui suggère qu'une mesure prend plus de temps à être efficace dans ce groupe (Bosdriesz et coll., 2015).

En résumé, les études relatives aux stratégies globales ont surtout été menées en Europe et bien que l'impact sur l'équité en matière de renoncement au tabac et de prévalence du tabagisme soit neutre dans plusieurs de ces études, ce champ de connaissances est encore trop peu développé pour tirer des conclusions définitives. Les stratégies dont l'impact s'est avéré neutre ou positif sont des stratégies qui ont été largement appliquées de façon intensive.

3.2 Forces, limites et qualité méthodologique

Forces et limites

Il est possible de dégager plusieurs forces du corpus de publications analysées :

- La littérature scientifique sur la thématique des inégalités et du renoncement au tabac couvre une variété de mesures et d'interventions. On a retrouvé un bon nombre d'études portant sur les services de renoncement au tabac et sur les mesures fiscales, législatives et médiatiques.
- Plusieurs recensions d'écrits ont été répertoriées, dont des revues systématiques.
- Des devis de recherche robustes ont été utilisés dans certaines études, notamment des études expérimentales.

Certaines limites doivent aussi être soulevées :

- À travers les recensions d'écrits, les auteurs ne définissent pas tous de la même façon les mesures étudiées. Par exemple, les campagnes médiatiques englobent les concours de type *Quit and Win* ou les campagnes sur internet pour certains auteurs alors que ceux-ci ont été exclus par d'autres.

- Le niveau socioéconomique de la population à l'étude est mesuré de diverses façons à travers les publications et il en découle une hétérogénéité dans le groupe qui est qualifié de défavorisé et qui est comparé entre les études. Certaines études se basent en effet sur la scolarité, d'autres sur le revenu ou l'occupation et d'autres encore sur un indice de défavorisation du lieu de résidence.
- En synthétisant des connaissances à partir de recensions d'écrits, des détails spécifiques concernant les contextes des interventions et les effets mesurés sont perdus.
- Dans les pays à l'étude, la majorité des mesures et interventions sont mises en place simultanément dans le cadre d'une stratégie globale de lutte contre le tabagisme. Il est donc difficile de réellement isoler l'impact de chacune des mesures individuelles et de dissocier l'effet du tout de ses parties. De plus, peu de publications étudient l'impact de l'ensemble d'une stratégie de lutte contre le tabagisme.
- Peu d'études examinent l'impact d'interventions ciblées vers des groupes défavorisés.
- Les publications analysées proviennent en forte majorité du Royaume-Uni et des États-Unis et relativement peu d'études canadiennes et québécoises ont été recensées. Bien que ces contextes ressemblent au nôtre, il existe tout de même des différences.

Qualité méthodologique

Méthode

La qualité globale de l'ensemble du corpus d'études répertoriées a été jugée à l'aide des critères suivants :

- présence de revues systématiques de bonne qualité, c'est-à-dire rencontrant un très grand nombre de critères de la grille PRISMA-E;
- compilation des cotes individuelles des grilles de l'EPHPP pour les études primaires;
- décompte des études utilisant des devis permettant une inférence causale (études expérimentales, études longitudinales, etc.);
- compilation des conflits d'intérêts recensés;
- compilation des biais décelés et des limites.

Les recensions d'écrits

Parmi les 17 recensions d'écrits analysées, cinq respectent beaucoup de critères de la grille PRISMA-E (Hill et coll., 2014; Brown et coll., 2014A; Brown et coll., 2014B; Thomas et coll., 2008; Ford et coll., 2013), alors que sept en respectent un certain nombre. Toutefois, d'autres recensions respectent peu de critères. Les recensions de Hiscock et collaborateurs (Hiscock et coll., 2012), de Giskes et collaborateurs (Giskes et coll., 2007), de Purcell et collaborateurs (Purcell et coll., 2015), ainsi que celle de Main et collaborateurs (Main et coll., 2008), ont ainsi été jugées trop faibles sur le plan méthodologique et ont été écartées de la présentation finale des résultats. Elles ont toutefois été conservées pour dégager des éléments de réflexion et certains éléments de mise en œuvre des mesures à l'étude. Par ailleurs, il n'a pas été possible d'appliquer les critères de la grille PRISMA-E à la recension de Bauld et collaborateurs (Bauld et coll., 2012) car elle portait sur les services de renoncement au tabac en Angleterre et seulement indirectement sur l'équité.

Par ailleurs, certains auteurs de recensions d'écrits ont eux-mêmes utilisé divers outils pour juger de la qualité méthodologique des études qu'ils ont recensées et ont émis certains constats :

- La plupart des études recensées par Brown et collaborateurs et qui concernent tant des mesures fiscales, médiatiques et législatives que du soutien au renoncement au tabac, utilisent un devis ne permettant pas une attribution causale (Brown et coll., 2014A).
- Dans une autre recension par Brown et ses collègues, sur 29 études analysées sur le soutien au renoncement, seulement sept ont un devis expérimental (Brown et coll., 2014B).
- D'autres auteurs qui se penchent tant sur les services de soutien (Murray et coll., 2009; Bauld et coll., 2012) que sur des mesures fiscales, médiatiques et législatives (Thomas et coll., 2008; Bader et coll., 2011; Guillaumier coll., 2012), abondent dans le même sens et soulignent que la majorité des études recensées ont un devis observationnel.
- Ford et collaborateurs qui traitent du soutien par les pairs, ont toutefois répertorié sept essais randomisés sur huit études et une étude avec un devis pré-post. Ils ont jugé ces études de bonne qualité méthodologique (Ford et coll., 2013).
- Bader et ses collègues, qui étudient l'effet des augmentations de taxes sur les inégalités, affirment que 19 des 24 études consultées sont considérées fortes ou modérées d'un point de vue méthodologique (Bader et coll., 2011).

Les auteurs de 12 recensions sur 17 n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt alors que dans cinq recensions la déclaration est absente.

Les études primaires

Parmi les 14 études primaires analysées, sept ont été jugées de bonne qualité ou de qualité modérée sur le plan méthodologique à l'aide de l'outil *Quality assesment tool for quantitative studies* de l'EPHPP. L'autre moitié, c'est-à-dire sept études, a été qualifiée de faible ou de modérée à faible. Il est possible de constater que plus d'études qui concernent les interventions de soutien à l'arrêt tabagique ont été qualifiées de bonnes ou modérées.

Des 14 études analysées, cinq constituent des études expérimentales, c'est-à-dire des essais contrôlés randomisés (Fu et coll., 2016; Haas et coll., 2015; Brown et coll., 2014; Christiansen et coll., 2015; Kendzor et coll., 2015). Ces études concernent des services de soutien à l'arrêt tabagique. Neuf études utilisent des devis observationnels, dont six utilisant des données transversales et trois, des cycles de données longitudinales (Venn et coll., 2016; Nagelhout et coll., 2014; Hummel et coll., 2015).

Les auteurs des études primaires ont soulevé les éléments suivants en ce qui a trait à la méthodologie employée ou aux limites et biais des études :

- Un manque de suivi sur une longue période est rapporté par des auteurs (Kendzor et coll., 2015; Nagelhout et coll., 2014) et cela a peut-être encore plus d'importance pour mesurer l'impact de politiques publiques pouvant agir à plus long terme comme les restrictions à l'usage du tabac (Tchicaya et coll., 2016).
- Une attrition importante (Christiansen et coll., 2015; Venn et coll., 2016) a été notée lors des suivis et elle est plus grande chez les personnes de niveau socioéconomique moins élevé dans certaines études (Hummel et coll., 2015).
- Plusieurs participants ont refusé de mentionner leur revenu ou d'autres données sociodémographiques dans certaines études (Naghelout et coll., 2014; Venn et coll., 2016).

- Plusieurs auteurs soulignent le fait que d'autres mesures de contrôle du tabagisme avaient lieu au même moment et qu'il est possible que cela ait pu biaiser l'étude d'impact d'une mesure en particulier (Fu et coll., 2016; Hu Master et coll., 2016; Bosdriesz et coll., 2015).

Les auteurs de 11 études primaires sur 14 ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts alors que dans une étude la déclaration est absente (Kendzor et coll., 2015). Deux groupes d'auteurs déclarent de potentiels conflits d'intérêts (Haas et coll., 2015; Brown et coll., 2014).

4 Discussion

La prévalence de l'usage du tabac a fortement diminué au Québec, mais demeure particulièrement élevée chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique. Il s'avère donc essentiel d'offrir à ce groupe de fumeurs des services, interventions et mesures accessibles d'un point de vue économique, géographique, temporel et culturel, qui accroîtront leur motivation à cesser de fumer et qui feront en sorte que leur tentative d'arrêt tabagique soit couronnée de succès. Par ailleurs, plusieurs études permettent de constater que la mise en place de mesures visant à favoriser le renoncement au tabac augmente les inégalités: les fumeurs plus favorisés sont plus touchés par les mesures mises en place, utilisent davantage les services et arrêtent de fumer avec succès dans des proportions plus grandes que les fumeurs moins favorisés.

PRINCIPAUX CONSTATS ISSUS D'ÉCRITS SCIENTIFIQUES

Voici les principaux constats issus de cette recension d'écrits scientifiques qui visait à identifier les mesures efficaces pour réduire les inégalités en matière de renoncement au tabac de même que les interventions prometteuses chez les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique :

- 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 également le cas d'interventions de soutien combinées à une utilisation d'aides pharmacologiques : les taux de renoncement au tabac sont en général plus faibles chez les fumeurs défavorisés que chez les fumeurs favorisés. Toutefois, lorsque des efforts substantiels sont consentis pour rejoindre les populations défavorisées, une plus grande proportion utilise les services et tente de cesser de fumer, ce qui se traduirait par une réduction de l'impact négatif sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme.
- Peu d'études ont examiné l'impact sur l'équité des lignes téléphoniques. Cependant, deux études récentes indiquent qu'il est possible d'obtenir des taux de renoncement au tabac intéressants lorsque l'on incite les fumeurs défavorisés à utiliser le soutien offert par les intervenants d'une ligne téléphonique en combinaison avec une aide pharmacologique gratuite. Si en plus, on met ces fumeurs en lien avec des ressources communautaires offrant, par exemple, du soutien dans de la recherche d'emploi ou de l'alphabétisation, les taux d'abandon du tabac sont encore plus élevés.
- Il est difficile de se prononcer sur l'impact en matière d'équité des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique à cause du faible nombre d'études. Toutefois, le taux de renoncement au tabac serait plus élevé chez les fumeurs défavorisés si l'accès financier à la médication est facilité. Selon une étude récente menée 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.
- Selon les quelques études disponibles, le soutien par les pairs pourrait favoriser le renoncement au tabac à court et moyen terme chez les fumeurs défavorisés, malgré l'absence d'effets à long terme.
- Les sites internet et les services de messagerie texte auraient un impact généralement négatif sur l'équité en matière de renoncement au tabac. Cependant, selon une étude récente, 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.

- Une seule étude fait état de l'efficacité d'offrir un incitatif financier modeste en vue de favoriser le maintien de l'abstinence et selon cette étude, cette mesure serait prometteuse.
- 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 : selon plusieurs études, les groupes défavorisés sont plus sensibles aux fluctuations du 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.
- Il est difficile de statuer sur l'impact sur l'équité des campagnes médiatiques. Toutefois, 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.
- Il existe peu d'études portant sur les mises en garde sur les emballages de produits du tabac, mais selon les quelques études disponibles, cette mesure aurait un impact sur l'arrêt tabagique semblable chez tous les groupes sociaux.
- La mise en place d'interdictions de fumer dans divers lieux serait plus efficace chez les fumeurs plus favorisés. 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.
- Enfin, même si plusieurs des études portant sur les stratégies globales de lutte contre le tabagisme auraient un impact neutre sur l'équité en matière de renoncement au tabac et de prévalence du tabagisme, ce champ d'études n'est pas assez développé pour tirer des conclusions définitives. Les stratégies ayant eu un impact auprès de tous les groupes sociaux sont celles qui auraient été largement appliquées de façon intensive.

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 (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et le National Cancer Institute (NCI) aux États-Unis :

- L'augmentation du prix des cigarettes par la taxation est la mesure qui aurait le plus d'impact pour réduire les iniquités (OMS-Europe, 2014; NCI et OMS 2016; CDC, 2015). Il est admis qu'une augmentation de 10 % du prix des cigarettes réduit la consommation de 4 % (NCI-OMS, 2016). Pour un impact maximal, il importe toutefois d'augmenter aussi le prix des marques à rabais et des autres produits du tabac (NCI-OMS, 2016; CDC, 2015). Parallèlement aux hausses de taxes, il est important de s'assurer que les thérapies de remplacement de la nicotine et le soutien à l'arrêt tabagique soient disponibles, appropriés et accessibles financièrement pour tous les fumeurs dont les fumeurs à faible revenu (OMS-Europe, 2014).
- Les interdictions de fumer, bien qu'ayant comme objectif premier la protection des non-fumeurs d'une exposition à la fumée de tabac, contribuent à offrir un environnement qui incite les fumeurs à cesser de fumer et facilite leur démarche. De façon générale, les restrictions à l'usage du tabac seraient davantage acceptées et respectées dans les milieux de travail où ne prédomine pas le travail manuel ou routinier. Il est donc recommandé de renforcer l'application des lois dans ces milieux et de mener des campagnes ciblées pour mieux informer les travailleurs (OMS-Europe, 2014). Il importe aussi de promouvoir par des campagnes les voitures et les maisons sans fumée dans les milieux plus défavorisés (OMS-Europe, 2014).
- 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 (OMS-Europe, 2014; CDC, 2015). Les campagnes grand public peuvent rejoindre efficacement tous les groupes, mais elles doivent présenter une diversité de gens et de situations (CDC, 2015). Parfois, des campagnes ciblées vers des groupes particuliers et très affectés par les inégalités liées au tabagisme seraient nécessaires (OMS-Europe, 2014). Il importe alors d'identifier la population visée par la campagne, d'inclure dans le développement de celle-ci des membres de la population ciblée, de tester la campagne au préalable auprès de cette population et de l'évaluer par la suite pour vérifier l'atteinte des objectifs.

- Les mises en garde relatives à la santé sur les emballages affecteraient également les fumeurs de tous les groupes socioéconomiques bien que les évidences scientifiques à cet égard soient encore préliminaires. Les avertissements illustrés semblent tout de même rejoindre un plus large auditoire, notamment les gens analphabètes (OMS-Europe, 2014; NCI-OMS, 2016). Pour rendre cette mesure encore plus équitable, il est proposé d'afficher aussi des mises en garde ciblées vers des groupes spécifiques et dans plusieurs langues (OMS-Europe, 2014).
- Les services de soutien à l'arrêt tabagique ne rejoindraient pas toujours adéquatement les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique. Lorsque ceux-ci accèdent aux services, ils réussiraient à abandonner le tabac dans des proportions moindres que les fumeurs plus privilégiés. De façon générale, il est recommandé d'augmenter l'accessibilité et l'acceptabilité des services de soutien à l'arrêt tabagique en réduisant les barrières financières, géographiques et culturelles (OMS-Europe 2014; CDC, 2015). À titre d'exemples : offrir gratuitement ou à peu de frais des services de soutien et les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique reconnues efficaces (OMS-Europe 2014; CDC-2015); ne pas limiter le nombre ni la durée des traitements pharmaceutiques couverts par les régimes publics d'assurance pour les fumeurs défavorisés (CDC, 2015); mettre en place une ligne téléphonique de soutien à l'arrêt offrant le service en plusieurs langues et y diriger des patients à partir de leur dossier médical informatisé (CDC, 2015). Il importe aussi d'offrir ces services de soutien dans un ensemble de lieux, y compris dans des lieux à l'extérieur des milieux de soins et d'introduire une formation obligatoire en arrêt tabagique pour tout le personnel soignant de première ligne. Enfin, offrir du soutien de groupe à l'arrêt permettrait de bâtir un réseau de soutien social entre fumeurs qui est souvent absent dans les milieux défavorisés (OMS Europe 2014; CDC, 2015).

Des avenues prometteuses ont aussi été identifiées :

- l'utilisation des nouvelles technologies comme les services de messagerie texte (OMS-Europe 2014; CDC, 2015);
- les interventions en milieux de travail (OMS-Europe, 2014);
- l'offre d'incitatifs financiers aux fumeurs qui s'engagent dans une démarche d'arrêt tabagique (OMS-Europe, 2014);
- l'adoption des paquets neutres mettant davantage en évidence les mises en garde relatives à la santé; selon l'OMS et le NCI, celles-ci pourraient avoir plus d'impact auprès de certains groupes défavorisés (NCI-OMS, 2016).

MESURES ET INTERVENTIONS IMPLANTÉES AU QUÉBEC

Depuis le début des années 2000, le Québec a favorisé la mise en place de nombreux services en vue de soutenir les fumeurs dans leur démarche de renoncement au tabac. C'est ainsi que plus de 150 centres d'abandon du tabagisme ont été implantés à la grandeur du Québec et que la ligne téléphonique *j'Arrête* et le site internet *j'Arrête* ont vu le jour. 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. Les 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 par les différentes mesures :

- Plus de 60 % des clients des centres d'abandon du tabagisme n'occupent pas d'emploi comparativement à 27 % parmi les fumeurs quotidiens (Montreuil, 2012).
- L'on retrouve une plus grande proportion de fumeurs moins scolarisés rejoints par la ligne téléphonique 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 de remboursement d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique entre 2000 et 2004 est plus élevée 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 à un régime privé d'assurances (Tremblay, Payette et Montreuil, 2009).

PERSPECTIVES D' ACTIONS 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 dans les interventions et mesures de renoncement au tabac. Ces éléments seront discutés au regard des services offerts au Québec et des mesures qui sont déjà en place.

Augmenter les taxes de façon régulière

L'augmentation du prix des produits du tabac par la taxation est la mesure qui aurait le plus d'impact pour réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique selon les écrits scientifiques et les organismes de santé publique (OMS-Europe, 2014; NCI-OMS, 2016; Brown et coll., 2014; Hill et coll., 2014).

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). En Ontario, dans la deuxième province canadienne où le taux de taxation est le plus bas, les instances de santé publique appuient fortement une hausse de la taxation (Santé publique Ontario, 2016) : à compter de 2017, celle-ci progressera durant cinq ans selon le taux d'inflation. Depuis trois ans, aucune hausse de la

taxe d'accise sur le tabac n'a eu lieu au Québec. Il serait pertinent d'envisager une nouvelle hausse des taxes substantielle sur les produits du tabac et d'indexer annuellement la taxe spécifique sur les produits du tabac à l'instar de l'Ontario. Il importe que la hausse des taxes s'applique aussi aux marques de cigarettes à rabais et aux autres produits du tabac pour en maximiser l'impact auprès des populations moins nanties et éviter un simple déplacement des achats vers des produits moins dispendieux (Thomas et coll., 2008; Bader et coll., 2011). Dans un mémoire présenté lors des consultations pré budgétaires en janvier 2017, la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac fait état des diverses stratégies récentes de l'industrie du tabac en vue de réduire l'impact de hausses de taxes sur les produits du tabac. Ils font plusieurs recommandations dont celle d'envisager sérieusement diverses options qui permettraient de réduire voire d'éliminer la segmentation des prix (Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2017).

Par ailleurs, les écrits consultés ont bien soulevé l'importance de mettre en place des services de soutien à l'arrêt tabagique accessibles et adaptés en même temps que les hausses de taxes (OMS-Europe, 2014; Bader et coll., 2011). Il pourrait donc être pertinent d'utiliser les sommes dégagées par une nouvelle hausse des taxes sur le tabac pour continuer à offrir en contexte québécois des services de soutien à l'arrêt tabagique de qualité, les rendre plus présents dans les milieux défavorisés, mieux les promouvoir auprès d'une clientèle de tous les niveaux socioéconomiques et de s'assurer qu'ils soient plus adaptés aux clientèles défavorisées.

Parallèlement à cela, il importe de poursuivre la lutte contre la contrebande des produits du tabac où des gains ont été faits au cours des dernières années. En effet, en dépit des hausses de taxes survenues entre 2003 et 2014, les achats de produits issus de la contrebande sont demeurés stables et ils sont même relativement bas depuis 2010 (Guindon et coll., 2016).

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

Comme il a été possible de le constater à travers plusieurs études scientifiques, il ne suffit pas que des services étatiques de soutien à l'arrêt tabagique gratuits ou à coût minime soient en place pour qu'un effet positif soit observé en matière d'équité. Les écrits consultés donnent à penser qu'il faut déployer des efforts supplémentaires pour rejoindre davantage de gens issus de groupes plus défavorisés sur le plan socioéconomique et mieux faire connaître les services existants. Parfois, les services en place gagneraient à être mieux adaptés aux réalités de ces groupes et offerts différemment.

Des services de proximité

Les écrits scientifiques démontrent que les fumeurs issus de groupes sociaux moins avantagés réussissent moins à arrêter de fumer que ceux issus de groupes plus avantagés, et ceci même lorsqu'ils ont recours à des services de soutien à l'arrêt. Une façon de compenser cette difficulté a été, dans certains pays, d'amener encore plus de gens issus de ces milieux à faire appel aux services. En Angleterre notamment, 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 et de compenser pour le fait que ceux-ci arrêtaient moins de fumer (Hiscock et Bauld, 2013; Bauld et coll., 2009). Il s'agit ici d'appliquer un principe de plus en plus reconnu, celui de l'universalisme proportionné ou d'universalisme ciblé. C'est-à-dire faire en sorte que les services demeurent universels, mais qu'ils soient surreprésentés dans des communautés plus affectées (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2013). Au Québec, il serait pertinent d'étudier la localisation des centres d'abandon du tabagisme en fonction de la défavorisation des territoires. L'on pourrait considérer offrir davantage de services de soutien à l'arrêt tabagique dans les quartiers défavorisés où l'offre actuelle s'avérerait moins importante.

Une autre expérience anglaise intéressante fut celle d'offrir des services de soutien à l'arrêt tabagique dans une unité mobile visitant divers endroits publics dans les communautés désavantagées (Venn et coll., 2016). Cette façon de faire répond à un besoin exprimé par certains fumeurs, celui d'avoir des services de proximité. Le transport est en effet un défi majeur pour certaines personnes. Une telle intervention serait envisageable au Québec étant donné que cette façon d'offrir des services est déjà présente pour d'autres services comme le dépistage. D'ailleurs, une approche similaire est en place avec un site d'injection supervisé ambulancier. En Ontario, certains professionnels se sont déplacés pour discuter de renoncement au tabac avec les clients des marchés de fruits et légumes ambulanciers qui se rendent dans les déserts alimentaires des quartiers défavorisés (Hyndman et coll., 2016). Cette intervention a suscité beaucoup d'intérêt.

Également, il est important de trouver des façons alternatives d'amener les gens à faire appel à des services reconnus efficaces en arrêt tabagique. Une option serait d'offrir certains services à l'extérieur des milieux de soins, dans des endroits fréquentés par les clientèles visées. Certains écrits ont en effet montré que des gens peuvent être récalcitrants à consulter en milieu de soins, peut-être à cause d'une peur du jugement ou d'une méfiance envers le système de santé (Murray et coll., 2009; Roddy et coll., 2006). Ainsi, l'offre, au Québec, de certains services de soutien dans les centres d'éducation pour adultes, dans divers milieux de travail et dans les organismes communautaires permettrait de rejoindre les fumeurs qui les fréquentent. Cela s'est fait avec succès notamment aux États-Unis (Christiansen et coll., 2015) et en Australie (Purcell et coll., 2015). Une avenue à envisager pourrait être d'utiliser les ressources communautaires pour des interventions brèves et de diriger les gens vers la ligne téléphonique de renoncement au tabac ou les centres d'abandon du tabagisme pour une intervention plus soutenue.

Des services plus flexibles et adaptés

En étudiant les barrières à l'arrêt tabagique et à l'utilisation des services par les fumeurs défavorisés, des chercheurs ont proposé certaines pistes pour bonifier les interventions de soutien à l'arrêt tabagique. Ainsi, Roddy et ses collaborateurs affirment que les services de renoncement au tabac doivent être plus attrayants pour les fumeurs défavorisés qui recherchent des services sans jugement, personnalisés et flexibles (Roddy et coll., 2006).

Les nouvelles technologies permettent dorénavant une plus grande souplesse dans l'offre de certains services. Par exemple, il existe des services en ligne qui offrent une information sur l'arrêt tabagique pertinente, à jour, adaptée à différents publics et pouvant être consultée à tout moment. 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 notamment 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. Elles permettent de joindre des fumeurs défavorisés comme l'a montré l'expérience anglaise avec le site *Stop Advisor* présentée précédemment (Brown et coll., 2014). 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 sur le renoncement au tabac de même que sur l'efficacité et la disponibilité des services québécois de soutien à l'arrêt tabagique.

Intégrer aux services d'abandon du tabac un système de référence mettant en lien les fumeurs défavorisés avec des ressources de leur milieu qui leur permettraient de trouver des solutions aux situations stressantes qu'ils vivent serait une piste d'intervention à considérer avec beaucoup d'attention (Pisiger et coll., Twyman et coll., 2014). En ce sens, l'étude de Haas et collaborateurs 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 élevées que les fumeurs n'ayant pas fait appel à ces ressources (Haas et coll., 2015).

Parallèlement à cela, il importe que les services de soutien à l'arrêt tabagique offerts soient adaptés à la population desservie (CDC 2015). Cela peut signifier que le matériel et l'information soient offerts dans plusieurs langues, avec le bon niveau de langage et que les intervenants soient familiarisés avec les valeurs, l'histoire, la culture, les priorités et les besoins de la population desservie. Ainsi, sonder les besoins des fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique quant aux mesures ou interventions qu'ils jugent aidantes et mieux comprendre leurs croyances permettraient certainement d'adapter les services déjà en place. La recherche exploratoire menée dans la région nord de Lanaudière en 2013 a apporté des informations particulièrement pertinentes pour mieux comprendre la réalité des fumeuses de milieux défavorisés de cette région (O'Neill et coll., 2013). On y apprend que la cigarette constitue pour plusieurs un moyen de composer avec le stress, que l'environnement social favorise la consommation et qu'il y a une méconnaissance des services de soutien à l'arrêt et des aides pharmacologiques pour le renoncement au tabac. Certaines considèrent que les services d'aide sont trop abstraits, trop loin de leur réalité et mal adaptés aux caractéristiques de leur milieu et que finalement, la façon d'arrêter est d'un seul coup, grâce à la volonté et en le faisant pour elles-mêmes. Il serait intéressant et pertinent de renouveler ce type d'étude ailleurs au Québec afin de mieux comprendre les réalités vécues et de dégager des pistes d'action concrètes pour bonifier l'offre actuelle de services en matière d'aide à l'arrêt tabagique.

Des services bien promus

Selon certaines études, certains fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique 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 et coll., 2013). Ainsi, il est essentiel de promouvoir tant l'efficacité que la disponibilité des services mis en place au Québec depuis le début des années 2000.

Plusieurs campagnes de promotion des services du Plan québécois d'abandon du tabagisme 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 les 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.

Selon Murray et ses collègues, plusieurs moyens permettent de recruter de façon proactive et d'intéresser les fumeurs défavorisés aux services de renoncement au tabac : dossiers des patients ayant consulté en première ligne, outils de dépistage, appels téléphoniques, recrutement par la poste (Murray et coll., 2009). Il serait aussi envisageable de rappeler systématiquement les gens en situation de précarité qui ont déjà fait appel à des services d'aide à l'arrêt tabagique pour un suivi ou, en cas de rupture du service, pour les inciter à reprendre leur démarche de renoncement au tabac (Descheneau et coll., 2016). Ces modalités seraient à explorer.

Enfin, identifier d'autres messagers comme les services des incendies, par exemple, pour promouvoir une vie sans fumée et les services d'aide à l'arrêt est une option à considérer. Il serait légitime de le faire, les articles des fumeurs étant responsables de nombreux incendies (OMS-Europe 2014).

Soutenir l'utilisation d'une pharmacothérapie lorsque nécessaire

Des écrits scientifiques ont montré que plusieurs fumeurs issus de groupes socioéconomiquement désavantagés sont plus dépendants du tabac (Twyman et coll., 2014). Afin de maximiser leurs chances de réussir à arrêter de fumer, il pourrait s'avérer nécessaire pour plusieurs d'utiliser une pharmacothérapie et même une combinaison de médicaments et ceci, pour une période prolongée.

Au Québec, les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique de trois catégories (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. Ainsi, les fumeurs couverts par le régime public qui souhaitent se prévaloir de médicaments pour alléger leurs symptômes de sevrage paient des frais minimes. 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 de santé publique. Qui plus est, les pharmaciens, les infirmières et prochainement les inhalothérapeutes dûment formés peuvent maintenant prescrire une TRN aux fumeurs qui souhaitent utiliser ces médicaments pour cesser de fumer. Cette nouvelle modalité permet 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 après les 12 semaines couvertes par le régime public. De façon exceptionnelle, et sur appel du pharmacien à la Régie de l'assurance maladie du Québec, les fumeurs qui en ont besoin pourraient 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. Un fumeur qui aurait fait une rechute de son tabagisme ne pourrait 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 pourrait être pertinent de suivre la demande et l'offre en matière d'aides pharmacologiques à l'abandon du tabac avec les responsables du programme gouvernemental de remboursement des aides pharmacologiques en vue de proposer certains ajustements, au besoin : inclusion de TRN non couvertes, remboursement de doses plus élevées de TRN, ou de traitement prolongé, plus d'une fois par année, etc.

Prolonger les campagnes médiatiques à caractère émotif

Selon les écrits scientifiques, la diffusion de campagnes médiatiques télévisées constitue la meilleure façon de joindre tous les groupes de fumeurs, y compris les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. L'OMS affirme qu'il faudrait éviter les médias écrits, s'assurer d'une exposition intensive et utiliser des messages émotifs (OMS-Europe, 2014). Il importe donc d'avoir le bon message, le bon ton et le bon canal de distribution pour joindre efficacement l'ensemble des fumeurs.

Depuis plusieurs années, les campagnes médiatiques durant la semaine québécoise de sensibilisation à 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 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 incluant ceux qui sont défavorisés sur le plan socioéconomique. Il importe en effet d'explorer les nouveaux canaux de distribution possibles des campagnes de sensibilisation, que ce soit l'internet ou les médias sociaux (OMS-Europe, 2014), et de bien connaître les habitudes d'utilisation de ceux-ci par les divers groupes socioéconomiques. Les habitudes de consommation télévisuelle des Québécois de tous les horizons socioéconomiques ont en effet fort probablement évolué au cours des dernières années. Parallèlement à cela, peu importe les plateformes de diffusions envisagées, il serait intéressant d'étudier l'impact des campagnes diffusées au Québec auprès d'une clientèle diversifiée sur le plan socioéconomique pour s'assurer que tous soient également rejoints.

Poursuivre avec intensité la mise en œuvre d'une stratégie globale de lutte contre le tabagisme

Les écrits scientifiques portant sur l'impact en matière d'équité d'une stratégie de lutte contre le tabagisme à plusieurs composantes indiquent souvent que l'impact en matière de renoncement et de prévalence du tabagisme est neutre. Les auteurs consultés soulignent toutefois que ce champ de connaissances est encore peu développé. En dépit d'une complexité certaine à mesurer un tel impact, des auteurs ont montré que 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). Il importe donc d'intensifier la mise en place de la stratégie québécoise de lutte contre le tabagisme.

Selon les écrits scientifiques consultés, c'est la mise en place d'un ensemble de mesures qui 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.

Par ailleurs, les mesures de lutte contre le tabagisme progressent constamment, comme en témoigne l'avènement récent des emballages neutres en Australie en 2012. Dorénavant, dans ce pays, les emballages ont tous la même apparence: une couleur brunâtre et une mise en garde graphique qui couvre 75 % du paquet. Il reste à déterminer si cette mesure contribuera à diminuer les inégalités en matière d'arrêt tabagique en rendant les mises en garde encore plus visibles (NCI-OMS, 2016).

Enfin, des auteurs ont souligné que la mise en place de mesures universelles n'était peut-être pas suffisante pour atteindre assez rapidement l'équité en matière de tabagisme et qu'une attention particulière devrait être portée aux groupes défavorisés, notamment par l'offre de mesures ciblées vers ces groupes (OMS-Europe, 2014). Il importe ainsi d'adopter certaines façons de faire pour favoriser l'équité dans le choix des différentes mesures et interventions qui feront partie de la stratégie à venir, son déploiement et son évaluation :

- Ne pas prendre pour acquis que les mesures qui fonctionnent pour la population en général fonctionnent également pour tous les groupes sociaux.
- Tenir compte de l'impact en matière d'équité de toute nouvelle politique.
- Introduire des cibles liées à l'équité dans l'atteinte des résultats des différents interventions, mesures et programmes liés au tabagisme, y compris dans les plans d'action (OMS-Europe, 2014; CDC, 2015).

- Recueillir régulièrement des statistiques relatives aux groupes qui sont atteints par les inégalités en matière de tabagisme et suivre l'évolution de celles-ci (CDC, 2015).
- Lors des évaluations des mesures et politiques, examiner si les inégalités se sont aggravées, si elles ont diminué ou si elles sont demeurées les mêmes (CDC, 2015).

ENJEUX ÉMERGENTS ET PROCHAINS DÉFIS

Approche de réduction des méfaits : utilisation de formes moins nocives de nicotine

Les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique sont en général plus dépendants du tabac que les fumeurs plus favorisés et 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 peut se faire sur une période prolongée, en raison d'un niveau de dépendance élevé et de difficultés rencontrées lors des tentatives d'arrêt tabagique.

Envisager une approche telle que l'approche de réduction des méfaits pourrait être une avenue 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 (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 sur la réduction des méfaits publiée en 2016 a examiné l'efficacité de différents produits sur la consommation de tabac chez des 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 des TRN est la seule stratégie actuellement démontrée efficace, les autres interventions ne disposant pas 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 de réduire 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. À noter que la durée d'utilisation des TRN variait de 4 à 18 mois. Ainsi, l'utilisation des TRN pourrait aider les fumeurs qui ne renoncent pas au tabac dans l'immédiat à diminuer leur consommation de tabac et possiblement réduire les effets sur leur santé de l'usage de produits du tabac. Et surtout, l'utilisation des TRN pourrait amener un certain nombre d'entre eux 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.

Le rôle de la cigarette électronique dans une démarche de renoncement au tabac

Qu'en est-il de la cigarette électronique avec nicotine, produit récemment apparu sur le marché? 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 à court terme, 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 pour cesser de fumer. 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 dans un avenir rapproché de statuer avec plus de certitude sur l'efficacité de la cigarette électronique dans une démarche de renoncement au tabac.

Devant le manque de données probantes, les pays adoptent des positions parfois très divergentes. À titre d'exemple, les États-Unis considèrent la cigarette électronique comme une menace de santé publique pour les jeunes et les jeunes adultes, les données de surveillance dans ce pays révélant une augmentation constante de son utilisation dans ce groupe d'âge (U.S. Department of Health and Human Services, 2016). À l'opposé, selon un rapport publié par le Collège royal des médecins du Royaume-Uni sur la nicotine sans fumée, la cigarette électronique est un produit de nicotine sans tabac qu'il serait souhaitable de rendre plus accessible, plus abordable et plus attrayant auprès des fumeurs que les produits du tabac combustibles, tout en prévenant son usage chez les non-fumeurs et les jeunes (Royal College of Physicians, 2016).

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, tant en ce qui a trait aux bénéfices qu'aux dangers potentiels, il apparaît essentiel de suivre de près l'évolution des connaissances scientifiques et de documenter son usage chez différents sous-groupes de la population québécoise, dont les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.

La recherche et l'évaluation

La présente synthèse des connaissances a montré que relativement peu d'études portant sur l'équité en matière de renoncement au tabac proviennent du Québec et du Canada. L'évaluation des interventions qui sont 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 au Québec des projets pilotes et de bien les évaluer. Ce faisant, il serait possible de contribuer au développement des connaissances relatives aux meilleures façons de soutenir le renoncement au tabac pour les gens 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 notamment 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 exposés 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 et avoir moins d'opportunités de loisirs pour faire face au stress quotidien (OMS-Europe, 2014; NCI-OMS, 2016). Qui plus est, ces différents facteurs se combinent et s'additionnent plus souvent qu'autrement. La problématique des inégalités en matière de tabagisme et d'arrêt tabagique est donc complexe et multifactorielle et une approche globale qui s'attarde à ces différents déterminants sociaux de la santé est nécessaire.

Il est indéniable que les mesures, politiques et interventions à mettre en place pour réduire les inégalités en matière de tabagisme 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). Par exemple, il importe de soutenir plus largement le développement de politiques sociales pour favoriser l'équité dans le développement des jeunes enfants et tout au long du parcours scolaire, pour améliorer la qualité des environnements physiques de même que les conditions de travail et l'employabilité (Purcell et coll., 2015; OMS-Europe, 2014) et l'accès au logement salubre et abordable.

Dans le même sens, de telles politiques sont encore plus importantes dans le cas où des perturbations majeures viennent affecter les sociétés. Des auteurs ont ainsi souligné que la crise économique de 2008 et les difficultés sociales vécues à ce moment dans plusieurs pays européens sont peut-être venues contrecarrer les gains faits à la même époque par les stratégies globales de lutte contre le tabagisme (Hu Master et coll., 2014). Ceci montre l'importance de poursuivre le déploiement de politiques sociales plus larges de lutte à la pauvreté puisque les inégalités face au tabagisme résultent notamment des conditions de vie plus difficiles et du stress qui en découle. Améliorer l'inclusion sociale et la participation de tous les groupes de la société à la prise de décision est important d'autant plus, lorsque les sociétés vivent des crises ou des difficultés majeures. 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.

5 Conclusion

Le Québec a connu un important recul du tabagisme au cours des 25 dernières années, mais certains groupes de la population continuent de faire usage du tabac dans des proportions très élevées. C'est le cas des groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. En effet, la proportion de Québécois qui fument est près du double dans les secteurs les plus défavorisés comparativement aux plus favorisés.

Depuis une quinzaine d'années, plusieurs services gratuits de soutien à l'arrêt tabagique ont été implantés partout au Québec afin de soutenir les fumeurs de tous les groupes socioéconomiques dans une démarche de renoncement au tabac. L'examen des données administratives disponibles laisse entrevoir que plusieurs de ces services ont rejoint les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique que ce soit dans les centres d'abandon du tabagisme, à la ligne téléphonique, avec le projet pilote de messagerie texte ou le programme de remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique. Mais, est-il possible de faire davantage pour favoriser une baisse de la prévalence de tabagisme chez les personnes défavorisées à la hauteur de ce qu'on a observé dans les groupes favorisés?

Selon l'examen de la littérature scientifique et les recommandations de grands organismes de santé publique, pour favoriser l'équité en matière de renoncement au tabac, il serait possible d'envisager les mesures suivantes au Québec :

- Hausser les taxes sur les produits du tabac de façon régulière;
- mettre en place et intensifier l'offre de services de proximité dans les milieux défavorisés sur le plan socioéconomique, services qui se doivent d'être flexibles et adaptés aux besoins et réalités des fumeurs y résidant;
- recruter de façon proactive les fumeurs issus de milieux défavorisés pour qu'ils utilisent les services d'arrêt tabagique et promouvoir l'utilisation de ces services auprès de cette clientèle;
- faciliter l'accès au remboursement de toutes les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique reconnues efficaces, sur une période prolongée, lorsque nécessaire, sans limiter le nombre de fois que le traitement peut être utilisé au cours d'une année;
- prolonger les campagnes médiatiques à caractère émotif;
- intensifier la mise en place des diverses mesures faisant partie d'une stratégie globale de lutte contre le tabagisme;
- renforcer les politiques contribuant à la réduction des inégalités sociales, notamment les différentes mesures de lutte à la pauvreté et aux conditions de vie difficiles.

Par ailleurs, la présente synthèse des connaissances a mis en lumière l'importance de développer la recherche et l'évaluation en contexte québécois pour dresser un portrait actuel de l'utilisation des services par les fumeurs de tous les groupes socioéconomiques et mieux comprendre les besoins des fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique. Il importe aussi de continuer à suivre l'évolution des connaissances scientifiques et des expériences étrangères pour identifier des pratiques novatrices ou émergentes en matière d'arrêt tabagique auprès de groupes très dépendants de la nicotine, dont les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.

6 Références

- Bader, P., Boisclair, D., & Ferrence, R. (2011). Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 8(11), 4118-4139.
- Bala, M., Strzeszynski, L., & Cahill, K. (2008). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.
- 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.
- Bosdriesz, J. R., M. C. WILLEMSEN, K. STRONKS et A. E. KUNST (2015). Socioeconomic inequalities in smoking cessation in 11 European countries from 1987 to 2012. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 69(9), 886-892.
- Bosdriesz, J. R., Nagelhout, G. E., Stronks, K., Willemsen, 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.
- Bosdriesz, J. R., Willemsen, M. C., Stronks, K., & Kunst, A. E. (2016). Tobacco control policy and socio-economic inequalities in smoking in 27 European countries. *Drug & Alcohol Dependence*, 165, 79-86.
- 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.
- Brown, T., Platt, S., & Amos, A. (2014 B). Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 24(4), 551-556.
- Brown, J., Michie, S., Geraghty, A. W. A., Yardley, L., Gardner, B., Shahab, L., ... & West, R. (2014). Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med.*,2(12): 997-1006.
- Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., McElduff, P., & Attia, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction*, 106(9), 1568-1585.
- Cahill K, Stevens S, Perera R, & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.
- Cahill, K., Lindson-Hawley, N., Thomas, K. H., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.
- 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.
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, (2013). Démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en. Antigonish (Nouvelle-Écosse) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

- Chaloupka, F. J., Yurekli, A., & Fong, G. T. (2012). Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tobacco control, 21*(2), 172-180.
- Chen, Y. F., Madan, J., Welton, N., Yahaya, I., Aveyard, P., Bauld, L., ... & Munafo, M. R. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technology Assessment, 16*(38).
- 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.
- Civiljak, M., Sheikh, A., Stead, L. F., & Car, J. (2010). Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev, 9*.
- 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_FINAL_V2.pdf.
- Corsi, D. J., Boyle, M. H., Lear, S. A., Chow, C. K., Teo, K. K., & Subramanian, S. V. (2014). Trends in smoking in Canada from 1950 to 2011: progression of the tobacco epidemic according to socioeconomic status and geography. *Cancer Causes & Control, 25*(1), 45-57.
- Corsi, D. J., Lear, S. A., Chow, C. K., Subramanian, S. V., Boyle, M. H., & Teo, K. K. (2013). Socioeconomic and geographic patterning of smoking behaviour in Canada: a cross-sectional multilevel analysis. *PLoS One, 8*(2), e57646.
- Deschenau, A., Le Faou, A. L., & Touzeau, D. (2016). Précarité et sevrage tabagique: réflexions à partir des données de la consultation de tabacologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou (AP-HP), Paris. *Revue des Maladies Respiratoires, 34*(1), 44-52.
- Dobrescu, A., Bhandari, A., Sutherland, G., & Dinh, T. (2017). The Costs of Tobacco Use in Canada, 2012. Ottawa, ON: The Conference Board of Canada.
- Durkin, S., Brennan, E., & Wakefield, M. (2012). Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tobacco control, 21*(2), 127-138.
- Fiore, M. C. et coll. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update – Clinical Practice Guideline. États-Unis: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Ford, P., Clifford, A., Gussy, K., & Gartner, C. (2013). A systematic review of peer-support programs for smoking cessation in disadvantaged groups. *International journal of environmental research and public health, 10*(11), 5507-5522.
- Frazer, K., McHugh, J., Callinan, J. E., & Kelleher, C. (2016). Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure. *Cochrane Database Syst Rev, 5*.
- 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., Helmer, 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.
- Gouvernement du Québec (2015). Programme national de santé publique 2015-2025, Ministère de la santé et des services sociaux-MSSS, Québec.
- Gouvernement du Québec (2016). Politique gouvernementale de prévention en santé, Ministère de la santé et des services sociaux-MSSS, Québec.
- Gregoraci, G., van Lenthe, F. J., Artnik, B., Bopp, M., Deboosere, P., Kovacs, K., ... & Wojtyniak, B. (2017). Contribution of smoking to socioeconomic inequalities in mortality: a study of 14 European countries, 1990-2004. *Tobacco Control*, 26(3), 260.
- Guillaumier, A., Bonevski, B., & Paul, C. (2012). Anti-tobacco mass media and socially disadvantaged groups: A systematic and methodological review. *Drug and alcohol review*, 31(5), 698-708.
- 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.
- Hill, S., Amos, A., Clifford, D., & Platt, S. (2014). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tobacco control*, 23(e2), e89-e97.
- Hiscock, R., Judge, K., & Bauld, L. (2010). Social inequalities in quitting smoking: what factors mediate the relationship between socioeconomic position and smoking cessation? *Journal of Public Health*, 33(1), 39-47.
- 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.
- Hu Master, Y., van Lenthe, F. J., Platt, S., Bosdriesz, J. R., Lahelma, E., Menvielle, G., ... & Mackenbach, J. P. (2016). The impact of tobacco control policies on smoking among socioeconomic groups in nine European countries, 1990-2007. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1441-1449.
- Hughes, J. R., Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K., & Lancaster, T. (2014). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Hummel, K., Nagelhout, G. E., Willemsen, M. C., Driezen, P., Springvloed, L., Mons, U., ... & Hoving, C. (2015). Trends and socioeconomic differences in policy triggers for thinking about quitting smoking: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Europe Surveys. *Drug & Alcohol Dependence*, 155, 154-162.

- Hyndman, B., Honsberger, N.J., Lambraki, I., Kernoghan, 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.
- Kairouz, S., Montreuil, A., Poulin, I., Payette, Y., Hamel, D., & Tremblay, M. (2007). Connaissance, utilisation et perception des interventions en arrêt tabagique chez les fumeurs québécois. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Kendzor, D. E., Businelle, M. S., Poonawalla, I. B., Cuate, E. L., Kesh, A., Rios, D. M., ... & Balis, D. S. (2015). Financial incentives for abstinence among socioeconomically disadvantaged individuals in smoking cessation treatment. *American journal of public health, 105*(6), 1198-1205.
- Kotz, D., & West, R. (2009). Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco control, 18*(1), 43-46.
- 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*.
- Main, C., Thomas, S., Ogilvie, D., Stirk, L., Petticrew, M., Whitehead, M., & Sowden, A. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: placing an equity lens on existing systematic reviews. *BMC Public Health, 8*(1), 178.
- Mantoura, P., & Morrison, V. (2016). Les approches politiques de réduction des inégalités de santé. Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Michie, S., Jochelson, K., Markham, W. A., & Bridle, C. (2009). Low income groups and behaviour change interventions: a review of intervention content, effectiveness and theoretical frameworks. *Journal of Epidemiology & Community Health, 63*, 610-622.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux-MSSS (2017). Plan québécois d'abandon du tabagisme - Orientations. Document de travail.
- Mojica, W. A., Suttrop, M. J., Sherman, S. E., Morton, S. C., Roth, E. A., Maglione, M. A., ... & Shekelle, P. G. (2004). Smoking-cessation interventions by type of provider: a meta-analysis. *American journal of preventive medicine, 26*(5), 391-401.
- 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.
- Nagelhout, G. E., Hummel, K., Willemsen, M. C., Siahpush, M., Kunst, A. E., de Vries, H., ... & van den Putte, B. (2014). Are there income differences in the impact of a national reimbursement policy for smoking cessation treatment and accompanying media attention? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *Drug & Alcohol Dependence, 140*, 183-190.

- 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.
- Niederdeppe, J., Kuang, X., Crock, B., & Skelton, A. (2008). Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now?. *Social science & medicine*, 67(9), 1343-1355.
- Nonnemaker, J. M., Allen, J. A., Davis, K. C., Kamyab, K., Duke, J. C., & Farrelly, M. C. (2014). The influence of antismoking television advertisements on cessation by race/ethnicity, socioeconomic status, and mental health status. *PloS one*, 9(7), e102943.
- 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, Danemark.
- Patnode, C. D., Henderson, J. T., Thompson, J. H., Senger, C. A., Fortmann, S. P., & Whitlock, E. P. (2015). Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 163(8), 608-621.
- 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.
- Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, S. Popova, A. Sarnocinska-Hart, B. Taylor, E. Adlaf et coll. (2006). The Costs of Substance Abuse in Canada 2002. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Reid, J. L., Hammond, D., & Driezen, P. (2010). Socio-economic status and smoking in Canada, 1999-2006: has there been any progress on disparities in tobacco use? *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 73-78.
- Roddy, E., Antoniak, 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.
- Royal College of Physicians-RCP (2016) Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. Londres.
- Rooke, C., Cunningham-Burley, S., & Amos, A. (2015). Smokers' and ex-smokers' understanding of electronic cigarettes: a qualitative study. *Tobacco control* 25(e1), e60-6.
- Santé publique Ontario-Ontario Agency for health Protection and Promotion- Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee (2016). Evidence to Guide Action : comprehensive tobacco control in Ontario. Toronto, Ontario.

- Shiplo, S., Czoli, C. D., & Hammond, D. (2015). E-cigarette use in Canada: prevalence and patterns of use in a regulated market. *BMJ open*, 5(8), e007971.
- 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, (2002). Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2000-2001 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada.
- 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.
- Stead, L. F. & Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2.
- Stead, L. F., Bergson, G., & Lancaster, T. (2008). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2.
- Stead, L.F., Hartmann-Boyce, J., Perera, R., & Lancaster T (2013). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
- Stead, L. F., Koilpillai, P., & Lancaster, T. (2015). Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- 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. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Tchicaya, A., Lorentz, N., & Demarest, S. (2016). Socioeconomic inequalities in smoking and smoking cessation due to a smoking ban: general population-based cross-sectional study in Luxembourg. *PloS one*, 11(4), e0153966.
- Thirlway, F. (2016). Everyday tactics in local moral worlds: E-cigarette practices in a working-class area of the UK. *Social Science & Medicine*, 170, 106-113.
- Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M., & Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 176-184.
- Thomas, S., Fayter, 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. & Ben Amar, M. (2007). Les interventions efficaces pour aider les fumeurs à renoncer au tabac. *Drogues, santé et société*, 6(1), 241-281.

- 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.
- Tremblay, M. & Poirier, H. (2012). Regards sur un partenariat fructueux : cinq ordres professionnels et l'Institut national de santé publique du Québec engagés dans la lutte contre le tabagisme. 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.
- 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.
- U.S. Department of Health and Human Services (2016). E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: 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.
- Vangeli, E., & West, R. (2008). Sociodemographic differences in triggers to quit smoking: findings from a national survey. *Tobacco control*, 17(6), 410-415.
- 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.
- Welch, V., Petticrew, M., Petkovic, J., Moher, D., Waters, E., White, H., & Tugwell, P. (2015). Extending the PRISMA statement to equity-focused systematic reviews (PRISMA-E 2012): explanation and elaboration. *International journal for equity in health*, 14(1), 92.
- Zhu, S. H., Lee, M., Zhuang, Y. L., Gamst, A., & Wolfson, T. (2012). Interventions to increase smoking cessation at the population level: how much progress has been made in the last two decades? *Tobacco control*, 21(2), 110-118.

Annexe 1

Liste des mots clés par concept

Liste des mots clés par concept

Concept	Mots clés
Inégalités	disparities, inequities, unequal, inequalities, deprivation (les mots précédents combinés avec: demographic, health, social, socio), difference, discrepancy, disadvantage, divergence, equity, equality, parity, fair, fairly, fairness, unfair, barrier, underserved, sociodemographic status, socio-demographics status, social class
Interventions et mesures de contrôle du tabagisme	intervention, motivational interview, counselling, activity, treatment, therapy, pharmacologic aid, pharmacological treatment, nicotine replacement, smoking cessation, product, therapy, program, initiative, strategy, campaign, warning label, ban, banned, banning, project, effort, policy, policies, law, laws, legislative, measure, service, regulation, tax, taxes, fiscal
Arrêt tabagique	control, stay away, stop, cessation, cession, quit
Produits du tabac	smoke, smoking, tobacco, cigar, nicotin, snus, snuff, Hookah, nargile, narigleh, e-cig, ecigaret, electronic-cigaret, esmoke, e-smoke

Annexe 2

Plateformes et bases de données consultées

Plateformes et bases de données consultées

BASES DE DONNÉES

MEDLINE (241)
EBM Reviews (Cochrane Library) (34)
EMBASE (1270)
Total Access Collection (21)

PsycINFO (766)
CINAHL (492)
Health Policy Reference Center (311)

PLATEFORMES

Ovid
Ovid
Ovid
Ovid
(1566 articles)

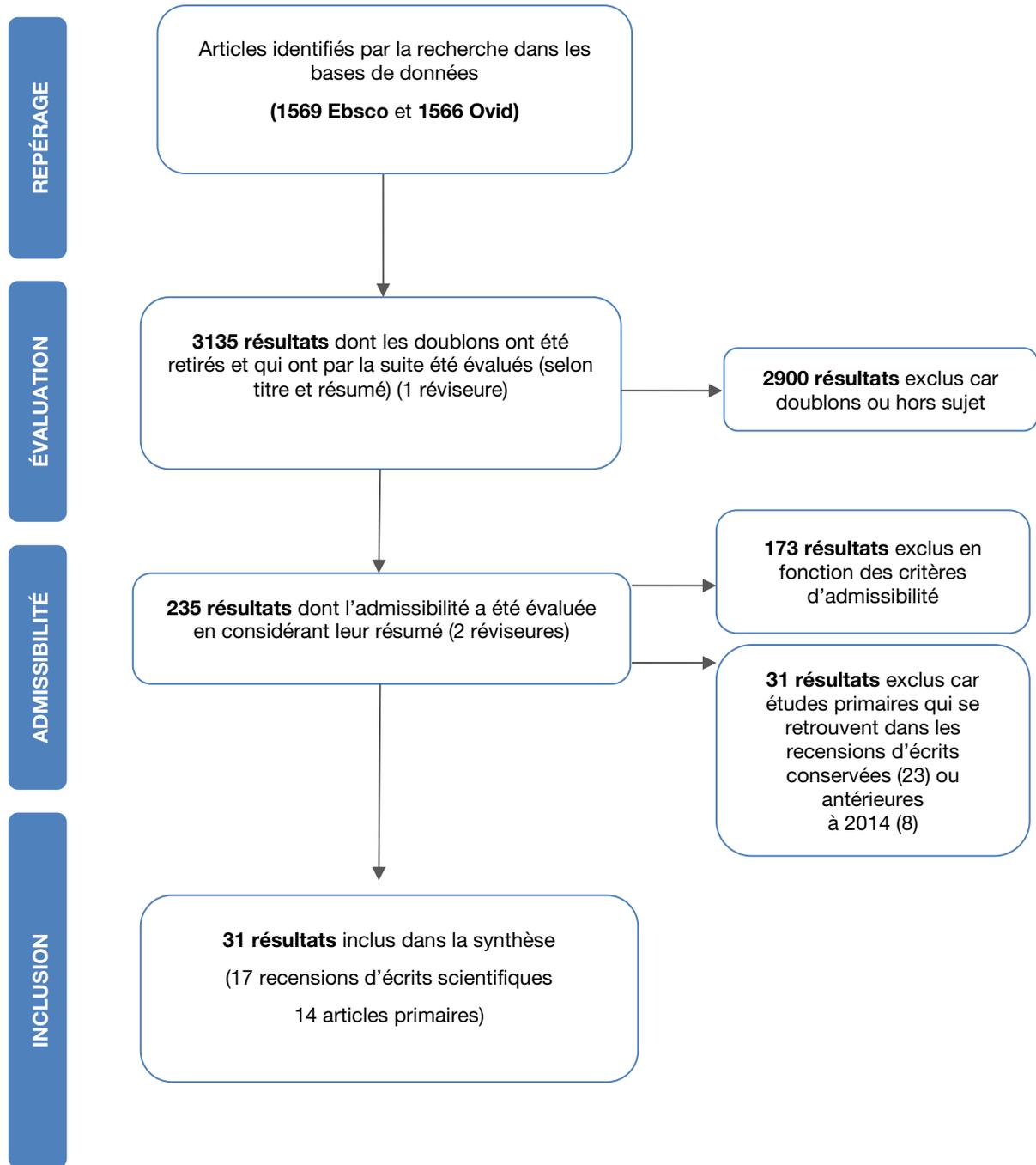
EBSCOhost
EBSCOhost
EBSCOhost
(1569 articles)

* Bases de données consultées en août 2016. Le chiffre entre parenthèses indique le nombre d'articles identifiés par base de données

Annexe 3

Diagramme de la recherche documentaire

Diagramme de la recherche documentaire



Annexe 4

Tableaux d'extractions

Études primaires

Bosdriesz J.R., Nagelhout GE., Stronks K.. et coll.

The association between tobacco control policy and educational inequalities in smoking cessation in the Netherlands from 1988 through 2011

Nicotine and Tobacco Research, 17 (11), 2015

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
<p>1- Étudier les associations entre la mise en place de plusieurs mesures de contrôle du tabagisme aux Pays-Bas entre 1988 et 2011, et les changements quant à l'arrêt tabagique de la population.</p> <p>2-Durant la phase d'application plus intensive des mesures de contrôle du tabagisme (2001-2011), étudier les associations avec l'intensité du tabagisme (nombre de cigarettes) chez les fumeurs.</p> <p>3- Analyser si les associations varient pour les divers groupes socioéconomiques.</p>	<p>-Intervention : Mise en place graduelle d'un ensemble de mesures de lutte contre le tabagisme (augmentation du prix du tabac, restrictions de l'usage du tabac dans les lieux publics, campagnes médiatiques, interdictions de publicité des produits du tabac, mises en garde sur les produits et mise en place de mesures universelles de soutien à l'arrêt tabagique) aux Pays-Bas entre 1988 et 2011. Deux phases sont distinguées : entre 1988 et 2001, une application de faible intensité de ces mesures a eu lieu, puis entre 2001 et 2011, l'application s'est intensifiée.</p> <p>-Population : Fumeurs et anciens fumeurs de 15 ans et plus.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique: scolarité du chef du ménage; bas (primaire et un peu de secondaire) et haut (secondaire et post-secondaire).</p>	<p>-Méthode : Utilisation des données de divers cycles d'une enquête transversale annuelle, la <i>Dutch Continuous Survey of smoking habits</i>, menée en personne ou par internet selon les années (environ 19 000 répondants par année).</p> <p>- Le <i>Tobacco Control Scale</i> (TCS) a été utilisé pour évaluer le degré d'application des diverses composantes de la stratégie de lutte contre le tabagisme : augmentation du prix du tabac, restrictions de l'usage du tabac dans les lieux publics, campagnes médiatiques, interdictions de publicité des produits du tabac, mises en garde sur les produits et mise en place de mesures universelles de soutien à l'arrêt tabagique.</p> <p>-Résultats mesurés : a) taux d'abandon du tabac (quit ratio), défini comme la proportion d'anciens fumeurs sur les anciens fumeurs et les fumeurs actuels; b) nombre moyen de cigarettes fumées par jour par fumeur entre</p>	<p>- 259 140 répondants, fumeurs ou anciens fumeurs.</p> <p>-Résultats : Une association significative a été décelée entre un TCS plus élevé après 2001 et un taux d'abandon plus élevé pour l'ensemble de la population. Ce n'était pas perceptible avant 2001. Les associations sont similaires chez les personnes moins éduquées (OR 1,23 (1.12-1.34)) et les gens plus éduqués (OR 1,17 (1.03-1.32)). Le TCS n'est pas associé au nombre de cigarettes fumées tant chez les fumeurs plus scolarisés que chez les fumeurs moins scolarisés.</p> <p>-Conditions de succès : Il faut qu'il y ait une certaine intensité dans l'application d'un programme de lutte contre le tabagisme pour que des résultats soient visibles en termes de renoncement au tabac (ex : hausse significative et soutenue des taxes, grande campagne médiatique, interdiction de fumer largement appliquée dans les endroits publics). Toutefois, même s'il y a une bonne intensité dans l'application de mesures universelles et un ensemble de mesures en place, ce ne serait peut-être pas suffisant pour réduire les inégalités, du moins aux Pays-</p>	<p>-Limites et biais : les mesures de contrôle du tabagisme ont été examinées dans leur ensemble. Les auteurs rappellent qu'il est difficile d'étudier l'efficacité de chacune des mesures séparément étant donné qu'elles sont souvent mises en place simultanément.</p> <p>- Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
		<p>2001-2011 (non disponible avant).</p> <p>-Analyses : des modèles de régressions logistiques et linéaires multiniveaux ont été développés pour mesurer l'association entre le TCS et le taux d'abandon du tabac ou entre le TCS et le nombre de cigarettes fumées.</p>	<p>Bas. En effet, les inégalités n'ont pas diminué aux Pays-Bas bien qu'elles ne se soient pas accrues, les deux groupes semblent profiter des mesures de façon similaire.</p> <p>- Cette étude montre aussi que les mesures du TCS sont plus fortement associées à un arrêt tabagique 1 an après leur implantation chez les personnes plus éduquées et 2 ans après pour les personnes moins scolarisées, ce qui suggère qu'une mesure prend plus de temps à être efficace dans ce groupe. Il est possible que les changements des normes sociales prennent plus de temps et que plus de tentatives d'arrêt sont nécessaires avant d'arriver à du succès dans ce groupe.</p>	

Bosdriesz JR , Willemsen MC, Stronks K et AE Kunst.
Tobacco control policy and socio-economic inequalities in smoking in 27 European countries
Drug and alcohol dependence, 165, 2016.

Objectif	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
<p>1-Examiner l'impact de l'intensité dans l'application d'une stratégie de lutte contre le tabagisme comportant plusieurs mesures sur le renoncement au tabac chez les populations de 27 pays européens.</p> <p>2- Analyser si les associations varient pour les divers groupes socioéconomiques.</p>	<p>-Intervention : Mise en place d'un ensemble de mesures dans le cadre d'une stratégie complète de lutte contre le tabagisme (augmentation du prix du tabac, restrictions de l'usage du tabac dans les lieux publics, campagnes médiatiques, interdictions de publicité des produits du tabac, mises en garde sur les produits et mise en place de mesures universelles de soutien à l'arrêt tabagique) dans 27 pays européens entre 2006 et 2012.</p> <p>-Population : adultes de 20 ans et plus</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique: niveau de scolarité (bas, moyen et élevé) et occupation (occupation manuelle, non-manuelle et autre (étudiant, retraité, sans-emploi)).</p>	<p>-Étude observationnelle.</p> <p>- Utilisation de plusieurs années de l'Enquête Eurobaromètre (2006-12).</p> <p>- Le <i>Tobacco control scale</i> (TCS) a été utilisé pour évaluer le degré d'application des diverses composantes de la stratégie de lutte contre le tabagisme : augmentation du prix du tabac, restrictions de l'usage du tabac dans les lieux publics, campagnes médiatiques, interdictions de publicité des produits du tabac, mises en garde sur les produits et mise en place de mesures universelles de soutien à l'arrêt tabagique.</p> <p>- Résultats mesurés : a) arrêt du tabac; b) nombre de cigarettes fumées par jour.</p>	<p>-73 617 répondants.</p> <p>-Résultats : les chercheurs n'ont pas observé d'association entre un score plus élevé sur l'échelle TCS et l'arrêt tabagique chez les fumeurs moins scolarisés ou moyennement scolarisés. Une association existe toutefois chez les personnes plus scolarisées.</p> <p>- 5 des 6 mesures étudiées étaient associées indépendamment à l'arrêt tabagique chez les gens plus scolarisés : le prix du tabac, les réglementations restreignant l'usage du tabac dans différents lieux, les campagnes médiatiques, les interdictions de publicité, le soutien à l'arrêt tabagique. Le taux d'arrêt est de 38 % supérieur chez les fumeurs plus scolarisés comparativement aux fumeurs moins scolarisés.</p> <p>-Pour le nombre de cigarettes fumées, les auteurs ont trouvé des associations chez les gens moyennement scolarisés et plus scolarisés avec un score plus élevé sur l'échelle TCS.</p>	<p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Brown J., Michie S., Geraghty AW. et coll.

Internet-based intervention for smoking cessation (stopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomised controlled trial

Lancet Resp Med, 2 (12), 2014

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites\conflits d'intérêts
<p>1-Examiner l'efficacité d'un site internet interactif en soutien à l'arrêt tabagique, <i>StopAdvisor</i>, conçu en portant une attention particulière aux groupes défavorisés.</p> <p>2-Examiner l'efficacité auprès de fumeurs favorisés et défavorisés.</p>	<p>-Intervention : Au Royaume-Uni, un site internet interactif, <i>StopAdvisor</i>, a été développé pour soutenir l'arrêt tabagique. Il a été développé selon des techniques motivationnelles et de changement comportemental. Le site transmet aussi des encouragements par courriel. Il a été développé en portant une attention particulière aux populations défavorisées et a été prétesté auprès de cette clientèle pour valider son acceptabilité et son efficacité potentielle.</p> <p>-Population : Fumeurs quotidiens âgés de 18 ans et plus qui sont prêts à faire une tentative sérieuse d'arrêt du tabac.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique: les gens de faible niveau socioéconomique sont identifiés selon leur occupation déclarée au questionnaire (ceux qui n'ont jamais travaillé, qui sont sans emploi depuis très longtemps ou qui ont un emploi de type routinier ou manuel).</p>	<p>-Méthode : Essai contrôlé randomisé en ligne mené entre 2011 et 2013. Le groupe d'intervention a été exposé au site <i>Stop Advisor</i> et le groupe contrôle a été dirigé vers un site informatif</p> <p>- Recrutement de participants de faible et de haut niveau socioéconomique via le site <i>Smokefree</i> du gouvernement. Un suivi est fait 7 mois après le début de l'intervention par un questionnaire envoyé par courriel et un prélèvement de salive est demandé.</p> <p>-Résultats mesurés : a) abstinence d'usage du tabac durant 6 mois, auto rapportée et validée avec un test de salive; b) abstinence du tabac pendant les 7 jours précédents; c) tentative sérieuse d'arrêt auto rapportée; d) abstinence 2 mois et 4 mois après le début de l'intervention.</p> <p>-Analyses : Des modèles de régressions ont été développés pour chacune des variables mesurées.</p>	<p>-4613 personnes ont participé : 2321 <i>StopAdvisor</i> et 2292 dans le groupe contrôle; 2142 sont de faible niveau socioéconomique et 2471 de niveau élevé.</p> <p>-Résultats : En considérant tous les participants, les taux de renoncement au tabac étaient semblables dans les 2 groupes, 10 % ; l'abstinence au cours des 7 jours précédents était également semblable dans les deux groupes, 15 %.</p> <p>-Toutefois, les gens de faible niveau socioéconomique ont été plus susceptibles de cesser de fumer en utilisant <i>StopAdvisor</i> que ceux du groupe contrôle, à la fois durant 6-mois (8 % vs 6 % RR 1,36 (1.00-1.86)), et au cours des 7 jours précédant l'enquête (13 % vs 10 % RR 1.32 (1.03-1.68)). Cet effet n'a pas été observé chez les gens de niveau socioéconomique élevé.</p> <p>- Selon les auteurs, ce site est efficace pour les gens de faible niveau socioéconomique, mais pas pour ceux de niveau élevé.</p> <p>-Conditions de succès : Le site internet a été validé, lors de son développement, par des gens défavorisés. Un projet pilote avant la présente étude a aussi permis de confirmer son acceptabilité et son efficacité auprès de gens de divers niveaux socioéconomique.</p>	<p>-Limites et biais : il faut que les gens aient accès à Internet et les participants ont été recrutés sur internet. Seulement les gens motivés à cesser de fumer sont donc pris en compte. L'étude n'a pas permis de bien mesurer l'utilisation d'autres traitements durant l'intervention, par exemple la médication. Le fait de classer ceux qui n'ont jamais travaillé comme étant de faible niveau socioéconomique ne tient pas compte des étudiants à plein temps.</p> <p>- Déclaration de conflits d'intérêt potentiels: certains auteurs reçoivent des sommes d'argent de compagnies pharmaceutiques, mais pour d'autres travaux.</p>

Christiansen BA, Reeder KM, TerBeek MA et coll.

Motivating low socioeconomic status smokers to accept evidence-based smoking cessation treatment: a brief intervention for the community agency setting
Nicotine and tobacco research, 17 (8), 2015

Objectifs	Intervention/Population/indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
<p>Examiner si une intervention brève, voulant modifier certaines croyances sur le tabagisme et l'arrêt tabagique, est efficace pour encourager des fumeurs défavorisés à appeler à une ligne téléphonique de soutien en arrêt tabagique et à s'engager dans une démarche de renoncement.</p>	<p>-Intervention : Des intervenants de l'armée du salut au Wisconsin (5 sites) ont été formés pour offrir une intervention de soutien à l'arrêt tabagique de 20 minutes à leurs usagers fumeurs entre 2012 et 2014. L'intervention consistait à modifier certaines croyances sur le tabagisme et l'arrêt tabagique et à motiver les gens à s'engager dans une démarche de renoncement en se fixant des buts et en appelant à la ligne téléphonique de soutien de l'État. Des techniques d'entrevue motivationnelle ont été utilisées ainsi que des techniques de thérapie comportementale pour modifier les croyances telles qu'énoncées dans un questionnaire complété par les participants.</p> <p>-Population : fumeurs âgés de 18 ans et plus fumant au moins une cigarette par jour ou 10 par semaine, de faible niveau socioéconomique, au Wisconsin, et qui ne sont pas nécessairement motivés à arrêter de fumer.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : les usagers qui fréquentent l'armée du salut sont considérés de faible niveau socioéconomique.</p>	<p>-Méthode : Les usagers recrutés ont été divisés selon qu'ils se disaient motivés à cesser de fumer ou non. Les gens motivés ont été dirigés directement à la ligne téléphonique de soutien en arrêt tabagique de l'État. Ceux qui ne se disaient pas motivés ont été divisés entre 1) le groupe d'intervention 2) un groupe contrôle où les intervenants lisaient une brochure avec eux sur le tabac et ses effets sur la santé 3) un autre groupe contrôle où le participant lisait seul un pamphlet sur les saines habitudes de vie.</p> <p>-Résultats mesurés : a) appel à la ligne téléphonique étatique de soutien en arrêt tabagique; b) intention et motivation d'arrêter de fumer; c) croyances sur le tabagisme et l'arrêt; d) abstinence rapportée. Les variables ont été mesurées par questionnaire au départ, tout de suite après l'intervention et 3 mois plus tard par téléphone.</p> <p>-Analyses : Des modèles de régressions logistiques ont été développés. Des analyses de variance ont été utilisées pour les résultats secondaires.</p>	<p>- Nombre de participants : 522, 102 motivés et 420 non motivés (140 groupes d'intervention et 140 dans chacun des 2 groupes contrôles).</p> <p>-Résultats : Les participants à l'intervention ont appelé la ligne téléphonique dans une plus grande proportion (12 %) que les participants des groupes contrôles (2,2 % et 1,4 %) et de façon semblable au groupe des gens qui se disaient motivés au départ (15,7 %). Les connaissances et le niveau de motivation des gens du groupe d'intervention se sont améliorés. Toutefois, après 3 mois, aucune différence significative de l'abstinence au cours des 7 jours précédant le suivi n'a été observée entre les groupes contrôles et le groupe d'intervention.</p> <p>-Conditions de succès : les employés de l'armée du salut ont reçu une formation d'environ 6 heures. Les usagers ont reçu des cartes cadeaux de 15 et 20 dollars en échange de leur participation à l'intervention et au suivi.</p>	<p>-Limites et biais: selon les auteurs, l'absence de différence dans l'arrêt après 3 mois serait en partie explicable par une attrition importante (40 %). Les usagers des organismes communautaires ne sont souvent que de passage. Différences de résultats entre les 5 sites de l'Armée du salut qui montrent des différences dans la clientèle, mais peut-être aussi dans la façon de donner les services.</p> <p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Descheneau A., Le Faou A.-L. et Touzeau D.
Précarité et sevrage tabagique: réflexions à partir des données de consultation de tabacologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou (AP-HP), Paris
Revue des maladies respiratoires, 34 (1), 2016

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>Comparer a) les caractéristiques, b) la prise en charge proposée aux fumeurs reçus en consultation de tabacologie et c) les taux de renoncement au tabac de fumeurs vivant une situation sociale précaire à ceux de fumeurs plus avantagés sur le plan socioéconomique.</p>	<p>-Intervention: Offre d'une intervention de counseling et de TRN aux fumeurs consultant en clinique externe de tabacologie dans un hôpital de Paris.</p> <p>- Population : fumeurs en situation de précarité qui se voyaient offrir un traitement hebdomadaire gratuit de TRN.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : utilisation du score EPICES qui permet d'évaluer la situation financière et sociale d'une personne.</p>	<p>-Méthode : analyse rétrospective des dossiers de 250 patients ayant consulté une première fois en 2013 en consultation externe de tabacologie dans un hôpital de Paris (92 dossiers de personnes précaires et 158 dossiers de personnes non précaires)</p> <p>-Résultats mesurés : a) variables socio-démographiques, facteurs de risque cardiovasculaires, pathologies somatiques, comorbidités addictives, troubles psychiatriques, score de Fagerström; b) suivi en tabacologie : nombre de consultations et durée écoulée entre la première et la dernière consultation; c) usage de TRN : posologie des timbres de nicotine et usage de gommes de nicotine; d) abstinence ponctuelle confirmée : 0 cigarette lors de la dernière consultation (autorapporté) et CO expiré inférieur à 5 ppm.</p> <p>-Analyses : calculs de fréquences et de moyennes.</p>	<p>- Résultats : chez les personnes précaires, on note une surreprésentation : de personnes au chômage, avec un revenu de solidarité active, invalides et handicapées; de personnes atteintes de troubles psychiatriques; de personnes aux prises avec une dépendance au tabac sévère. On observe aussi un nombre moyen de cigarettes fumées par jour plus important (moyenne de 20,4 versus 14,3), mais pas de différence quant au taux de CO expiré.</p> <p>- Lors de la première consultation, la prescription de timbres de nicotine est plus fréquente et le dosage prescrit est plus élevé chez les personnes précaires que chez les personnes non précaires.</p> <p>-Le nombre de consultations est plus élevé chez les personnes précaires que chez les personnes non précaires (4,7 versus 3,4) de même que la durée du suivi (4,6 mois versus 3,2 mois).</p> <p>- Les sevrages sont moins nombreux chez les personnes précaires, et ce, malgré l'obtention gratuite des traitements: 22,2 % versus 41,3 %.</p> <p>- Chez les personnes qui fument toujours en fin de suivi le nombre quotidien de cigarettes est passé de 20,4 à 10,0 chez les personnes précaires et de 14,3 à 9,4 chez les personnes non précaires. Le taux de CO expiré a aussi diminué, mais dans une proportion moindre, ce qui suggère un phénomène de compensation.</p> <p>- Enfin, les personnes qui faisaient toujours usage de tabac en fin de suivi fumaient davantage de cigarettes lors de la première consultation que les personnes ayant réussi à cesser de fumer.</p>	<p>-Limites rapportées par les auteurs : a) exclusion des fumeurs traités avec le bupropion et la varénicline de même que les femmes enceintes; b) manque de suivi à long terme, c.-à-d. au-delà de la dernière consultation; c) manque d'informations précises, dans les dossiers, sur les conseils dispensés lors de la consultation.</p> <p>- Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Fu SS, Van Ryn M., Nelson D. et coll.

Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial
Thorax, 71, 2016

Objectifs	Intervention/Population/indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites\conflits d'intérêts
<p>Évaluer l'efficacité d'une intervention ciblant des gens défavorisés de façon proactive pour leur offrir un traitement reconnu pour arrêter de fumer.</p>	<p>-Intervention : L'intervention <i>Opt-in</i> menée au Minnesota (ÉU) consiste à rejoindre de façon proactive des fumeurs défavorisés (par courrier et par téléphone), sans égard à leur désir d'arrêter de fumer, et à les inciter à participer à un programme d'arrêt tabagique. Le programme consiste en une offre de soutien téléphonique intensif (jusqu'à 14 appels) par des intervenants formés et l'offre d'une TRN gratuitement pendant 8 semaines (et pendant 4 semaines supplémentaires en cas de rechute).</p> <p>-Population: fumeurs adultes, défavorisés sur le plan socioéconomique, désirant ou non cesser de fumer.</p> <p>-Indicateurs de faible niveau socioéconomique: personnes couvertes par des régimes publics d'assurance maladie (<i>Medicaid</i> ou <i>MinnesotaCare</i>).</p>	<p>-Méthode : Essai contrôlé randomisé. Des adultes défavorisés au Minnesota, couverts par des régimes publics d'assurance maladie, ont été sélectionnés aléatoirement en 2011-12. Après avoir rempli un questionnaire reçu par la poste sur leurs habitudes tabagiques, les fumeurs ayant fumé au cours des 30 jours précédents ont été répartis en 2 groupes. Le premier groupe a reçu les services réguliers du Minnesota en matière d'arrêt tabagique (remboursement substantiel des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique pour les assurés des régimes publics et accès à la ligne téléphonique étatique gratuite en soutien à l'arrêt tabagique). Ceux du second groupe ont reçu l'intervention <i>Opt-In</i>. Un questionnaire par la poste a été administré au départ puis 1 an après la randomisation. Des modèles de régression ont été développés.</p> <p>-Résultats mesurés : a) abstinence autodéclarée de l'usage de tabac durant plus de 6 mois, 12 mois après la randomisation; b) abstinence autodéclarée durant 30 jours ou 7 jours; c) utilisation de soutien téléphonique et de médication.</p>	<p>-21 181 envois ont été faits et 2406 fumeurs ont répondu : 1206 dans le groupe contrôle et 1200 dans le groupe d'intervention. 74 % ont complété le questionnaire de suivi.</p> <p>-Résultats : à 1 an, les gens qui ont pris part à l'intervention avaient un taux d'arrêt tabagique plus élevé que celui du groupe ne l'ayant pas reçue (16,5 % vs 12,1 %). Les gens du groupe d'intervention étaient de façon significative, plus susceptibles de s'être abstenus de fumer durant au moins six mois (OR 1,47 IC 95 % 1,12-1,93) que ceux de l'autre groupe.</p> <p>-Les gens qui ont été affectés à l'intervention étaient plus susceptibles que les autres d'avoir utilisé les services de soutien téléphonique (19,4 % vs 2,9 %), une médication (40,6 % vs 29,4 %) ou les 2 (17,4 % vs 3,6 %). Les résultats sont non significatifs pour l'arrêt à 7 jours.</p>	<p>-Limites et biais : a) différence marquée du taux de réponse entre les deux groupes, 69 % intervention et 78 % contrôle; b) statut tabagique auto rapporté et non validé par un test de CO; c) le fait que tous les participants aient complété le 1^{er} sondage a pu encourager tous les gens à cesser de fumer; au même moment, publicité médiatique pour le programme <i>QUITPLAN</i> du Minnesota ayant pu indirectement sensibiliser les gens.</p> <p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Haas JS., Linder JA., Park ER. et coll.
Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status, a randomized clinical trial
JAMA Intern Med., 175(2), 2015

Objectifs	Intervention/Population/indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites\conflits d'intérêts
Évaluer l'efficacité d'une intervention ciblant de façon proactive des fumeurs défavorisés pour leur offrir un traitement reconnu en arrêt tabagique.	<p>-Intervention : Identifier des fumeurs défavorisés du Massachusetts (ÉU), à l'aide de leurs dossiers médicaux informatisés, et, à l'aide d'un système téléphonique automatisé de reconnaissance vocale, les inviter de façon proactive à participer à un programme d'aide à l'arrêt tabagique (programme CLIQ). Le programme consiste en du soutien téléphonique pour cesser de fumer offert par des intervenants formés, l'accès gratuit à une TRN pendant 6 semaines et l'offre de références personnalisées à des organisations communautaires pour soutenir les gens dans diverses problématiques vécues (recherche d'emploi, ressources en alphabétisation, ressources en activité physiques, etc.).</p> <p>-Population : patients adultes défavorisés sur le plan socioéconomique fréquentant l'une des 13 cliniques affiliées à <i>Partners HealthCare</i> au Massachusetts.</p> <p>-Indicateur de niveau socioéconomique : personne résidant dans un quartier à revenu médian bas ou modéré selon le recensement. Le revenu médian du quartier de résidence a été évalué à l'aide des adresses des gens inscrites dans les dossiers médicaux.</p>	<p>-Méthode : essai clinique randomisé. Les fumeurs sélectionnés à l'aide des dossiers médicaux informatisés entre 2011 et 2013 ont été rejoints par courrier ou par un système téléphonique de reconnaissance vocale automatisé pour les inviter à participer. Ils ont été assignés aléatoirement au groupe recevant l'intervention CLIQ ou à celui recevant les soins réguliers en arrêt tabagique de la clinique (pas de programme spécifique dans ces cliniques en arrêt tabagique). Les gens ont complété un bref historique de leur consommation tabagique au téléphone à l'aide d'un appel informatisé. Un deuxième appel informatisé de suivi 9 mois plus tard (appel en personne pour les non-répondants).</p> <p>-Résultats mesurés : a) abstinence tabagique auto-rapportée au cours des 7 jours précédents, 9 mois après la randomisation; b) utilisation de soutien téléphonique ou en personne; c) utilisation d'une médication; d) demande et utilisation de références pour des ressources communautaires.</p> <p>-Analyses : modèles de régressions logistiques.</p>	<p>- 8089 fumeurs potentiellement éligibles ont été identifiés à partir des dossiers médicaux : 5008 n'ont pas été rejoints par le système d'appel informatisé (61,9 %) et 2374 (29,3 %) ont refusé de participer; 707 (8,3 % des éligibles) ont accepté de participer (399 ont été assignées au groupe d'intervention et 308 au groupe contrôle). De ceux-ci, 66 % ont complété le suivi après 9 mois.</p> <p>-Résultats : les gens du groupe d'intervention étaient plus susceptibles d'avoir arrêté de fumer que ceux du groupe contrôle (17,8 % vs 8,1 %) OR 2,5 (IC 95 % 1,5-4,0).</p> <p>-Les gens qui ont accepté d'obtenir du soutien téléphonique pour cesser de fumer ont été plus susceptibles de cesser que ceux qui ont refusé (21,2 % vs 10,4 %); c'est aussi le cas de ceux qui ont utilisé les références pour des ressources communautaires (43,6 % vs 15,3 %).</p>	<p>-Limites et biais: a) le faible taux de participation, 8,6 % des gens éligibles; selon les auteurs, c'est tout de même supérieur au taux de participation des lignes téléphoniques conventionnelles de soutien qui rejoignent 1 à 2 % de la population cible; b) un nombre différent de personnes dans le groupe d'intervention et dans le groupe contrôle même si les mêmes caractéristiques des gens se retrouvaient dans les 2 groupes; c) les résultats auto rapportés, d) le taux de réponse après 9 mois a été plus élevé dans le groupe contrôle que dans le groupe d'intervention; e) l'utilisation d'un proxy comme indicateur de niveau socioéconomique individuel, l'information n'étant pas présente dans les dossiers médicaux informatisés.</p> <p>-Déclaration de conflits d'intérêt potentiels : 2 auteurs sont impliqués dans d'autres programmes et organisations (<i>UpToDate</i> et <i>Hel</i> (financièrement et à titre de directeur)) et un est impliqué avec la compagnie Pfizer.</p>

Hu Master Y., Van Lenthe F.J., Platt S. et coll.

The Impact of tobacco control policies on smoking among socioeconomic groups in nine European countries 1990-2007

Nicotine and tobacco research, 19 (12), 2016

Objectifs	Intervention/Population/indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>1- Examiner si les politiques publiques liées au contrôle du tabagisme mises en place dans 9 pays européens entre 1990 et 2007 ont eu un impact différent sur le tabagisme de divers groupes socioéconomiques.</p> <p>2-Évaluer si ces politiques ont mené à une augmentation ou une diminution des inégalités en matière de tabagisme.</p>	<p>-Intervention : mise en place entre 1990 et 2007 de diverses mesures de lutte contre le tabagisme dont l'augmentation du prix du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'interdiction de publicité, les avertissements de santé et les services de soutien en arrêt tabagique dans 9 pays européens (Finlande, Irlande, Grande Bretagne, Pays-Bas, Autriche, France, Italie, Portugal, Espagne)</p> <p>-Population : adultes entre 30 et 79 ans, fumeurs actuels (occasionnels ou quotidiens) ou non-fumeurs (anciens fumeurs et non-fumeurs).</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : éducation (3 niveaux identifiés) et occupation (manuelle ou non).</p>	<p>-Méthode : utilisation de 3 indicateurs développés dans d'autres publications pour mesurer à l'échelle d'un pays la mise en place de certaines politiques de contrôle du tabagisme a) indicateur de prix abordable des cigarettes (<i>affordability</i>) (le pourcentage du PIB par habitant requis pour acheter 100 paquets des cigarettes les moins chères) (Blecher et collab.); b) un index pour mesurer le prix relatif d'un paquet de cigarettes (prix d'un paquet de cigarettes dans la catégorie la plus populaire divisé par le PIB par habitant)(Bosdriesz et collab.); c) un indicateur, <i>le Tobacco Control Policy Index</i>, pour mesurer la mise en place de 4 politiques liées au contrôle du tabagisme (interdictions de fumer dans les lieux publics, interdictions de publicité, avertissements de santé et services de soutien en arrêt tabagique). Des données individuelles sur le statut tabagique provenant de diverses enquêtes de santé nationales ont été liées à ces divers indicateurs à l'échelle des pays.</p> <p>-Résultat mesuré : statut tabagique individuel (fumeurs actuels (occasionnels ou quotidiens) ou non-fumeurs (anciens fumeurs et non-fumeurs)).</p> <p>-Analyses : modèles de régressions logistiques pour analyser les associations entre les politiques de contrôle du tabac à l'échelle des pays et le statut tabagique individuel.</p>	<p>- 563 987 individus provenant de 9 pays avec 33 observations années-pays.</p> <p>-Résultats : l'indicateur de prix des cigarettes populaires ainsi que celui des 4 politiques publiques non liées au prix sont négativement associés avec le tabagisme chez les hommes. Toutes ces associations, bien qu'elles soient dans les mêmes directions pour tous les groupes socioéconomiques, sont significatives et plus fortes pour les groupes moins favorisés seulement. De la même façon, l'indicateur du prix des cigarettes les moins chères est inversement associé au tabagisme chez les femmes moins favorisées.</p>	<p>-Limites et biais : a) la possibilité de facteurs de confusion pour lesquels il n'était pas possible de contrôler par exemple l'augmentation des connaissances quant aux effets nuisibles du tabac qui est liée à la fois à la baisse de la prévalence du tabagisme et à la mise en place des politiques publiques à l'étude; b) le non-examen d'autres mesures importantes dans la lutte contre le tabagisme comme les campagnes médiatiques.</p> <p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Hummel K, Nagelhout GE, Willemsen MC et coll.

Trends and socioeconomic differences in policy triggers for thinking about quitting smoking. Findings from the International Tobacco Control (ITC) Europe surveys.

Drug and Alcohol Dependence, 155, 2015.

Objectifs	Intervention/Population/indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>Examiner les tendances de même que les différences entre les groupes socioéconomiques relativement aux réflexions en matière d'arrêt tabagique que peuvent susciter les différentes mesures de contrôle du tabac mises en place dans 6 pays ou régions de l'Europe ayant ratifié la convention-cadre de l'OMS.</p>	<p>- Intervention : mise en place de mesures de lutte contre le tabagisme (augmentation du prix des cigarettes, restrictions de fumer dans les endroits publics, offre d'une médication pour arrêter de fumer gratuitement ou à bas prix, mise en place d'avertissements sur les paquets de cigarettes) dans 6 pays ou régions de l'Europe (France, Allemagne, Pays-Bas, Irlande, Écosse, et le reste du Royaume-Uni).</p> <p>- Population : fumeurs âgés de 18 ans ou plus, ayant fumé au moins 100 cigarettes à vie et fumant au moins chaque mois.</p> <p>- Indicateurs de niveau</p>	<p>- Méthode : Analyse des données issues de toutes les vagues de l'enquête longitudinale <i>International Tobacco Control (ITC)</i> menée dans les 6 pays européens entre 2003 et 2013 (le nombre de vagues de l'enquête varie de 2 à 7).</p> <p>- Résultats mesurés : réflexion rapportée au sujet de l'abandon du tabac au cours des 6 mois précédant l'enquête suscitée par chacune des 4 politiques examinées.</p>	<p>- Résultats : le prix du tabac a été mentionné par 59 % à 74 % des répondants comme déclencheur d'une réflexion sur l'abandon du tabac, les restrictions par 29 % à 55 %, le faible coût ou la gratuité de la médication par 18 % à 48 % et les avertissements par 17 % à 45 %.</p> <p>- Le déclencheur le plus fréquemment mentionné est le prix des produits du tabac (6 pays) alors que le déclencheur le moins souvent rapporté concerne les avertissements sur les paquets; le faible coût de la médication (3 pays) et les restrictions de fumer (2 pays) sont le deuxième déclencheur le plus fréquemment mentionné.</p> <p>- Au fil du temps, le prix comme déclencheur a augmenté de façon significative en France et aux Pays bas; les restrictions de fumer comme déclencheur ont diminué en France, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Écosse et ont augmenté dans le reste du Royaume-Uni; aucun changement par rapport au coût de la médication comme déclencheur n'a été observé; et une diminution des avertissements comme déclencheur a été notée au Royaume-Uni.</p> <p>- Le prix des cigarettes comme déclencheur a été rapporté plus souvent par des fumeurs dont le niveau d'éducation est moyen dans 2 pays, et par des fumeurs dont le revenu est faible ou modéré dans 4 pays.</p> <p>- Les restrictions comme déclencheur ont été rapportées plus souvent par des fumeurs dont le niveau d'éducation est faible dans 1 pays et par des fumeurs dont le niveau de revenu est faible ou modéré dans 1 pays.</p>	<p>- Limites rapportées par les auteurs : a) les données pas toujours recueillies juste avant ou après un changement de politique; b) perception des déclencheurs pouvant différer des déclencheurs réels; c) données non recueillies auprès des fumeurs ayant cessé de fumer, mais seulement auprès de ceux ayant continué de fumer; d) attrition plus grande de jeunes répondants dans les 6 pays.</p> <p>- Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
	<p>socioéconomique :</p> <p>a) niveau d'éducation (faible, moyen ou élevé); b) niveau de revenu (faible, modéré ou élevé).</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Le faible coût de la médication comme déclencheur a été rapporté plus souvent par des fumeurs dont le niveau d'éducation est faible ou moyen dans 2 pays et par des fumeurs dont le revenu est faible ou modéré dans 4 pays. - Les avertissements comme déclencheur ont été rapportés plus souvent par des fumeurs dont le niveau d'éducation est faible dans 1 pays et par des fumeurs dont le revenu est faible ou modéré dans 3 pays. - Les auteurs concluent que les politiques ont le potentiel de déclencher une réflexion pour cesser de fumer chez les fumeurs qui ont un faible niveau d'éducation ou de revenu. Les 4 politiques examinées ont été citées plus souvent comme des déclencheurs chez les fumeurs dont le niveau d'éducation est faible ou moyen et chez ceux qui ont un revenu faible ou modéré. Les auteurs concluent que ces politiques auraient le potentiel de contribuer à réduire les inégalités de santé au regard de l'usage du tabac. 	

Kendzor DE et coll.

Financial incentives for abstinence among socioeconomically disadvantaged individuals in smoking cessation treatment.

American Journal of Public Health, 105 (6), 2015.

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
<p>Examiner l'efficacité d'une intervention offrant un incitatif financier pour encourager l'abstinence du tabac à court terme chez des fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique</p>	<p>- Intervention offerte dans un hôpital au Texas (<i>Safety Net Hospital</i>) entre août 2011 et avril 2013. Une intervention éducative dispensée par des professionnels de la santé et des rencontres de groupes et individuelles ont été offertes. Il était possible de recevoir la prescription d'une médication. Incitatifs financiers hebdomadaires offerts sous forme de cartes cadeaux de 20 \$ avec des augmentations de 5 \$ lors de chaque visite subséquente pour un total de 150 \$ pour les patients arrêtant de fumer.</p> <p>- Population: fumeurs âgés de 18 ans ou plus; 5 cigarettes fumées par jour ou plus; volonté de cesser de fumer 7 jours après la première visite; niveau de CO de 8 ppm ou plus.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : a) niveau d'éducation; b) statut d'emploi; c) revenu familial; d) statut d'assurance.</p>	<p>-Méthode : Étude randomisée avec groupe contrôle. Le groupe contrôle reçoit la même intervention que le groupe d'intervention sans les incitatifs financiers.</p> <p>-Résultats mesurés: a) abstinence du tabac autorapportée de 12 heures après la date d'arrêt et CO < 10 ppm; b) abstinence ponctuelle du tabac de 7 jours auto rapportée et CO < 8 ppm (aux semaines 1 à 4 après la date d'arrêt et à 12 semaines); c) abstinence ponctuelle du tabac de 30 jours auto rapportée et CO < 8 ppm (12 semaines après la date d'arrêt); d) abstinence continue autorapportée à 4 et 12 semaines depuis la date d'arrêt et CO < 8 ppm.</p> <p>- Analyses : des analyses de régressions ont été faites pour étudier</p>	<p>- 146 participants (71 dans les groupes contrôles et 75 dans les groupes expérimentaux): clientèle principalement noire (62 %), féminine (58 %), non assurée (52 %), et dont le revenu annuel du ménage est de moins de 12 000 \$ (56 %).</p> <p>- Résultats : aucune différence observée quant aux caractéristiques sociodémographiques des participants des groupes contrôles et expérimentaux.</p> <p>- Aucune différence observée quant à l'usage de tabac et de médicaments pour cesser de fumer chez les participants des groupes contrôles et expérimentaux.</p> <p>- Le montant moyen obtenu a été de 63 \$ sur une possibilité de 150 \$.</p> <p>- L'abstinence ponctuelle de 7 jours est plus élevée chez les participants du groupe expérimental 1, 2, 3, 4 et 12 semaines après la date d'abandon.</p> <p>- Les taux d'abstinence ponctuelle de 7 jours, 4 semaines après la date d'abandon chez les participants des groupes expérimental et contrôle sont de 49,3 % et 25,4 % respectivement; ils sont de 32,8 % versus 14,1 % à 12 semaines.</p> <p>- Le taux d'abstinence ponctuelle de 30 jours est plus élevé chez les participants du groupe expérimental 12 semaines après la date d'abandon, 28,1 % versus 10,9 %.</p>	<p>- Limite rapportée par les auteurs : manque de suivi à long terme.</p> <p>- La déclaration de conflits d'intérêts est absente.</p>

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
		l'influence des incitatifs financiers sur l'abstinence ponctuelle (date d'arrêt, et à 1, 2, 3, 4 et 12 semaines) et sur l'abstinence continue (à 4 et 12 semaines).	- L'abstinence continue est plus élevée chez les participants du groupe expérimental 4 et 12 semaines après la date d'abandon. Les femmes du groupe expérimental ont eu les taux d'abstinence les plus élevés et les femmes du groupe contrôle les taux les plus bas.	

Nagelhout GE, Hummel K, Willemsen MC, Siahpush M, Kunst AE, deVries H, Fong GT, van den Putte B.

Are there income differences in the impact of a national reimbursement policy for smoking cessation treatment and accompanying media attention? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey.

Drug and alcohol dependence, 140, 2014.

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
<p>1-Examiner si l'implantation d'une politique de remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique aux Pays-Bas a eu un impact sur l'abandon du tabac.</p> <p>2-Examiner l'impact selon le niveau socioéconomique des fumeurs</p>	<p>- Intervention : Une politique de remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique a été mise en place en 2011 aux Pays-Bas. Cette mesure fut accompagnée d'une campagne médiatique menée en décembre 2010 et janvier 2011 visant à motiver les fumeurs à renoncer au tabac à l'aide de counseling et de médicaments. La politique de remboursement fut abandonnée en 2012 suite à des coupures budgétaires.</p> <p>-Population à l'étude : Fumeurs de 15 ans et plus.</p> <p>- Indicateurs de niveau socioéconomique : revenu mensuel selon trois catégories; faible (inférieur à 2000 euros), moyen (2000-3000 euros) et élevé (plus de 3000 euros)</p>	<p>- Méthode : 3 vagues de l'enquête longitudinale <i>International Tobacco Control (ITC)</i> menée aux Pays-Bas a été utilisée: la 1re vague avant l'implantation de la mesure de remboursement (mai-juin 2010), la 2^e, lors de la mise en vigueur de la mesure (mai-juin 2011) et la 3^e, après que la mesure eut été abandonnée (mai-juin 2012).</p> <p>- Résultats mesurés: a) tentatives de renoncement au tabac au cours des 6 mois précédant l'enquête; b) utilisation de counseling comportemental au cours des 6 mois précédant l'enquête (d'un centre d'abandon du tabac, d'une infirmière ou d'une infirmière praticienne spécialisée); c) utilisation d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique au cours des 6 mois précédant l'enquête; d) tentatives de renoncement réussies (usage de tabac moins de 1 fois par mois).</p>	<p>- Résultats : Chez tous les fumeurs, augmentation significative des tentatives de renoncement au tabac de 14 % (1^{re} vague) à 17 % (2^e vague), puis baisse à 15 % (3^e vague).</p> <p>-Chez les fumeurs ayant fait une tentative de renoncement au tabac: augmentation significative des tentatives réussies : de 25 % (1^{re} vague) à 31 % (2^e vague) puis à 33 % (3^e vague).</p> <p>- Pas d'augmentation significative du counseling et de la médication entre les vagues 1 et 2 et les vagues 2 et 3.</p> <p>- La connaissance de la campagne portant sur la mesure de remboursement lors de la vague 2 est associée à une augmentation des tentatives de renoncement au tabac à la vague 3. Aucune des variables portant sur la connaissance de la mesure de remboursement n'est associée à une plus grande utilisation de counseling comportemental, de médication ou de tentative réussie à la vague 3.</p> <p>- Pas de différence significative selon le revenu dans les tentatives de renoncement au tabac, l'utilisation de counseling, de la médication, ni dans les tentatives de renoncement réussies (toutes vagues confondues).</p> <p>- Pas de différence selon le revenu dans les augmentations des tentatives de renoncement au tabac ni des tentatives réussies observées</p>	<p>- Limites rapportées par les auteurs : a) absence de région contrôle; b) biais potentiel de représentativité dû à une attrition plus grande de jeunes, de femmes, de fumeurs plus éduqués ou fumant un plus grand nombre de cigarettes; c) taux d'abandon mesurés durant l'enquête alors que les répondants auraient pu avoir recommencé à fumer après l'enquête; d) non-réponse de plus du quart des répondants à la question sur le revenu.</p> <p>- Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/ ndicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
		<p>- Autres résultats mesurés: a) connaissance des possibilités de remboursement; b) connaissance de la campagne médiatique ayant fait état de la mesure de remboursement; c) connaissance d'autres formes de publicité ayant fait état de la mesure de remboursement.</p> <p>- Analyses: des modèles de régressions ont été développés.</p>	<p>après l'implantation de la mesure de remboursement.</p> <p>- Les données suggèrent que la campagne médiatique sur la mesure de remboursement est en partie responsable de l'augmentation observée des tentatives de renoncement au tabac.</p> <p>- Les auteurs affirment bien qu'aucune augmentation de l'utilisation de counseling ou de médication n'ait été observée au cours des 6 premiers mois suivant l'implantation de la mesure, il est possible qu'à l'instar d'autres études similaires, des hausses importantes d'appels à la ligne téléphonique et de demandes de prescriptions pour des médicaments d'aide à l'arrêt tabagique auraient été observées au cours du deuxième semestre de l'année suivant l'implantation de la mesure.</p> <p>- Ils concluent que la mesure de remboursement n'a pas diminué les inégalités liées au tabagisme selon le revenu. Toutefois, cette mesure n'a pas augmenté les inégalités et elle a fait augmenter les tentatives de renoncement au tabac chez tous les fumeurs.</p>	

Nonnemaker JM, Allen JA, Davis KC, Kamyab K, Duke JC, Farrelly MC.
The influence of antismoking television advertisements on cessation by race/ethnicity, socioeconomic status, and mental health status.
Plos one, 9 (7), 2014

Objectifs	Intervention/Population /indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>1-Examiner si l'exposition à de la publicité télévisée sur le renoncement au tabac est associée à une tentative d'arrêt tabagique en fonction de certaines caractéristiques socioéconomiques.</p> <p>2-Déterminer si certains types de publicité affectent différemment certains groupes socioéconomiques</p>	<p>- Intervention : Exposition à de la publicité à la télévision sur le renoncement au tabac dans l'État de New York.</p> <p>- Population : adultes âgés de 18 ans et plus ayant fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie et fumant au moment de l'entrevue téléphonique.</p> <p>-Indicateurs socioéconomiques : revenu, scolarité, ethnicité.</p>	<p>- Enquête transversale téléphonique menée tous les 3 mois entre 2003 et 2011 dans l'État de New York (<i>New York Adult Tobacco Survey</i>).</p> <p>- Résultats mesurés : tentatives de renoncement au tabac de 1 journée ou plus au cours des 12 mois précédant l'enquête</p> <p>- Analyses : modèles de régressions pour examiner les associations entre les tentatives de renoncement au tabac et a) l'exposition à des publicités (mesurée selon l'indice des <i>Gross Rating Points</i> qui mesure le pourcentage de la population potentiellement exposée à de la publicité et le nombre moyen de fois que les annonces auraient été vues et le rappel confirmé des publicités par les répondants) et b) le type de publicités (générant une forte émotion négative ou présentant des images graphiques) et ceci en fonction des différentes caractéristiques socioéconomiques.</p>	<p>- Analyses portant sur 9 408 fumeurs.</p> <p>- Résultats : le nombre moyen d'heures de télévision écoutées par jour était de 3,2 ; il était plus élevé chez les personnes dont le niveau d'éducation est moins qu'un diplôme d'école secondaire par rapport aux plus éduquées (3,9 versus 2,8) et les personnes dont le revenu annuel est moins de 30 000 \$ par rapport à celles dont le revenu est plus élevé que 30 000 \$ (4,0 versus 2,8).</p> <p>- Une plus grande exposition à des publicités sur le renoncement au tabac est associée à plus de chances de faire une tentative de renoncement au tabac chez les fumeurs de tous les groupes socioéconomiques, y compris ceux dont le niveau d'éducation est bas de même que chez les fumeurs dont le revenu est bas.</p> <p>- Une exposition à des publicités générant une forte émotion négative ou présentant des images graphiques est associée à de plus grandes chances de faire une tentative de renoncement au tabac chez les fumeurs dont le niveau d'éducation est bas de même que chez les fumeurs dont le revenu est bas.</p> <p>- Les auteurs concluent qu'une campagne médiatique pour tous pourrait influencer le comportement des fumeurs moins scolarisés et des fumeurs dont le revenu est bas. De plus, l'utilisation de publicités générant de fortes émotions négatives ou des images graphiques serait plus efficace.</p>	<p>- Limites rapportées par les auteurs : a) la nature transversale de l'étude b) la prise en considération de l'exposition à de la publicité en provenance uniquement de l'État de New York, limitant la possibilité d'attribuer les changements observés à des activités de contrôle du tabac concomitantes (par exemple au niveau national).</p> <p>- Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Tchicaya A., Lorentz N. et S. Demarest
 Socioeconomic Inequalities in smoking and smoking cessation due to a smoking ban: general population-based cross-sectional study in Luxembourg
 Plos One, 11(4), 2016

Objectifs	Intervention/Population/indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>Examiner les changements au niveau des inégalités socioéconomiques en matière de tabagisme et d'arrêt tabagique suite à la mise en place d'une politique restreignant l'usage du tabac dans les lieux publics au Luxembourg.</p>	<p>-Intervention : En 2006, mise en place d'une politique au Luxembourg pour restreindre l'usage du tabac dans les lieux publics (lieux de travail, restaurants, bars, hôpitaux, écoles, etc.).</p> <p>-Population : fumeurs réguliers âgés de 16 ans et plus.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique: niveau de scolarité, revenus et statut d'emploi.</p>	<p>-Méthode : Utilisation de 3 vagues de l'enquête <i>Panel socioeconomic Liewen Zu Letzebuerg/European Union-statistic on Income and Living conditions 2005-07-08</i>.</p> <p>-Résultats mesurés : a) prévalence du tabagisme b) taux d'arrêt tabagique défini comme le nombre de fumeurs ayant arrêté de fumer suite à la loi de 2006 divisé par toutes les personnes qui fumaient avant. Un ratio de prévalence a été calculé pour tenir compte des inégalités (prévalence chez les groupes de faible niveau socioéconomique divisée par celle des groupes d'un niveau plus élevé) et un index d'inégalités.</p> <p>-Analyses : des modèles de régressions logistiques ont été développés pour mesurer l'impact sur les inégalités en matière de prévalence du tabagisme et d'arrêt tabagique d'une politique restreignant l'usage du tabac dans les lieux publics.</p>	<p>En 2005 n=7535, en 2007 n=7913, en 2008 n=7638.</p> <p>-Résultats : La prévalence générale du tabagisme est passée de 23,1 % en 2005 à 17,9 % en 2008, une baisse de 5 points de pourcentage. Toutefois, les inégalités en matière de tabagisme ont persisté en ce qui a trait à la prévalence. C'est moins clair pour les inégalités en matière d'arrêt, les moins scolarisés dans cette étude étant plus susceptibles d'avoir arrêté suite à la loi de 2006 que les plus éduqués. La même chose s'est produite selon le revenu, ceux avec un plus bas revenu ont davantage cessé de fumer que les personnes avec un revenu plus élevé.</p>	<p>-Limites et biais : selon les auteurs, le temps observé de 1 à 2 ans suivant la mise en place de la politique publique est peut-être trop court pour réellement observer des changements de comportements. Pas de données sur l'intention de renoncer au tabac.</p> <p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Venn A., Dickinson A. Murray R. Et collab.

Effectiveness of a mobile, drop-in stop smoking service in reaching and supporting disadvantaged UK smokers to quit
Tob. Control, 25 (1), 2016

Objectifs	Intervention/Population/i ndicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites\conflits d'intérêt
<p>1-Évaluer l'efficacité d'une unité mobile offrant des services d'aide à l'arrêt tabagique à rejoindre des fumeurs désavantagés (occupant des emplois manuels ou routiniers).</p> <p>2- Évaluer l'efficacité de l'unité mobile à rejoindre ceux qui n'avaient jamais utilisé de services d'aide à l'arrêt tabagique, à susciter des tentatives d'arrêt spontanées et à aider les gens à réellement cesser de fumer. Le rapport coût\efficacité de l'intervention a aussi été évalué.</p>	<p>-Intervention: une unité mobile sans rendez-vous offrant des services de soutien en arrêt tabagique (counseling individuel et pharmacothérapie jusqu'à 12 semaines) par trois intervenants formés, a visité divers endroits publics (stationnements de supermarchés, de centres communautaires et des parcs industriels) dans des quartiers défavorisés de la ville de Nottingham au Royaume-Uni durant 6 mois en 2011. Juste avant la venue de l'unité, de la publicité était faite dans les commerces et les industries du voisinage.</p> <p>-Population : la population à l'étude est constituée des fumeurs occupant des emplois manuels ou routiniers.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : occupation principalement; des indicateurs du niveau socioéconomique liés au quartier de résidence ont aussi été considérés (scores MOSAIC et IMD);</p>	<p>-Méthode : un questionnaire a été administré à tous les clients de l'unité mobile. Leurs habitudes tabagiques (validation avec mesure de monoxyde de carbone), leurs plans en matière d'arrêt tabagique et diverses données socioéconomiques ont été recueillis. Ces clients ont été comparés à ceux qui se sont prévalus au même moment des services standards en arrêt tabagique offerts dans la ville (avec rendez-vous). Les coûts de fonctionnement de l'unité mobile ont aussi été recueillis.</p> <p>-Résultats mesurés : a) l'arrêt tabagique 4 semaines post-intervention (autorapporté et validé avec une mesure de CO) et à 52 semaines (autorapporté), b) intention antérieure d'arrêt, c) date d'arrêt planifiée, d) médication utilisée, e) nombre de visites ou de contacts téléphoniques); f) le coût\efficacité.</p> <p>- Analyses : des modèles de régressions logistiques ont été développés.</p>	<p>-Résultats : durant 6 mois, 856 épisodes de traitement ont été dispensés à l'unité mobile chez 811 clients.</p> <p>- Résultats : les clients de l'unité mobile étaient significativement plus susceptibles d'occuper un emploi manuel ou routinier (33,3 %) que les clients fréquentant les services réguliers de la ville (27,2 %). Les clients de l'unité mobile étaient plus susceptibles d'être défavorisés selon le score MOSAIC.</p> <p>- 79 % des clients de l'unité mobile ont planifié une date d'arrêt, ce qui est semblable aux clients des services réguliers. Les clients de l'unité mobile étaient significativement plus susceptibles d'utiliser des TRN (90,1 %) que les clients des services réguliers (80,8 %), mais moins susceptibles d'utiliser de la varénicline (12 % vs 19,2 %).</p> <p>- Les clients de l'unité mobile ont eu en moyenne 2 contacts avec un conseiller durant un épisode de traitement versus 5 pour les clients des services réguliers. Les clients des services mobiles étaient plus susceptibles d'être des premiers utilisateurs des services d'arrêt (67,8 % vs 59,3 %).</p>	<p>-Forces de l'étude : grand nombre de clients étudiés, peu de clients avec des données sociodémographiques manquantes, une des seules études qui étudie des façons alternatives de dispenser des services. Le statut tabagique déclaré est validé par une mesure de monoxyde de carbone.</p> <p>-Limites : beaucoup de pertes de suivi.</p> <p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites\conflits d'intérêt
	<p>l'âge, le genre, l'admissibilité à la médication gratuite, le groupe ethnique et le fait d'être enceinte ont également été considérés.</p>		<p>- À 4 semaines, plus de gens n'ont pas été rejoints au suivi dans les services mobiles (35,6 % vs 16,5 %). Le taux d'abstinence était un peu plus bas pour les services mobiles. Seulement 18 % ont été confirmés abstinents par mesure de CO mais c'est 51,4 % qui ont été perdus au suivi pour cette mesure.</p> <p>- À 52 semaines un taux comparable de clients qui étaient abstinents à 4 semaines ont été contactés de nouveau pour le suivi entre les 2 services (42 % vs 44 %) et un taux comparable était encore abstinents (33 % vs 33,9 %). Prêt d'un client sur 10 des services mobiles n'avait pas planifié au préalable faire une tentative d'arrêt.</p> <p>- Coût estimé par fumeur planifiant une date d'arrêt entre les 2 services : 224 Livres vs 202 et abstinents à quatre semaines: 642Livres vs 396.</p>	

Recensions d'écrits

Bader P, Boisclair D, Ferrence R.

Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations : a knowledge synthesis.

Int J Environ Res Public Health, 8 (11), 2011.

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>1-Examiner si, comparativement à la population générale, la taxation sur les produits du tabac a un effet différent chez six groupes : a) jeunes b) jeunes adultes c) personnes de faible statut socioéconomique (SSE) d) fumeurs atteints de problèmes de santé mentale et/ou de toxicomanie e) fumeurs de grandes quantités de cigarettes et / ou de longue date f) autochtones.</p> <p>2-Examiner les questions suivantes: a) Les groupes répondent-ils de façon différente à des changements de taxes ou de prix, en comparaison de la population générale? b) Quels sont les effets interactifs entre la taxation et d'autres mesures de contrôle du tabac chez les différents groupes?</p>	<p>- Intervention : hausse du prix des produits du tabac dans divers pays à revenu élevé.</p> <p>-Population : adultes</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : variables selon les études recensées.</p>	<p>- Méthode : Approche combinant une recension systématique des écrits et l'opinion d'experts selon le <i>Better Practices Model</i> développé par l'initiative canadienne de recherche sur le contrôle du tabac.</p> <p>- Études publiées ou non publiées entre 1975 et novembre 2010.</p> <p>- Appréciation de la qualité des études selon l'outil EPHPP et selon un outil adapté de Bader : les cotes possibles sont élevée, moyenne ou faible.</p> <p>- 2 rencontres d'un panel de 12 experts du Canada, des États-Unis et de l'Australie en vue d'obtenir a) une rétroaction sur le devis de l'étude, b) leur opinion sur la liste des articles recensés et les résultats de la recension, c) des recommandations par rapport aux politiques, d) l'identification des priorités de recherche.</p>	<p>- 24 études ont été retenues concernant les fumeurs de faible SSE (22 publiées et 2 non publiées). La qualité de 19 études publiées et de 2 études non publiées sur les 24 a été qualifiée de moyenne ou élevée.</p> <p>- Résultats : selon 12 études, le prix aurait plus d'impact chez les personnes de faible SSE que la population générale et selon 5 études, le prix aurait un impact semblable chez les 2 groupes. Les effets mesurés sont principalement la prévalence du tabagisme ou la quantité de tabac consommée, mais les auteurs n'ont pas précisé ces effets pour chaque étude.</p> <p>- 3 études ont examiné l'effet de synergie de différentes mesures de contrôle du tabac chez les fumeurs de faible SSE mais les résultats ne sont pas présentés par les auteurs.</p> <p>- Selon 2 études, une augmentation de prix résulterait en une demande plus grande pour des cigarettes de contrebande chez les fumeurs de faible SSE.</p> <p>- Les auteurs présentent une controverse dans la communauté scientifique, entourant l'aspect « régressif » des hausses de prix chez les personnes de faible SSE (que ce soit au niveau individuel ou au niveau populationnel) et donc de l'équité d'une telle mesure.</p>	<p>- Limites rapportées par les auteurs : a) la plupart des études recensées sont transversales b) plusieurs études utilisent des grandes bases de données et ne sont pas faites pour répondre à des questions spécifiques sur la taxation.</p> <p>- Aucun conflit d'intérêt rapporté par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
c) Les groupes étudiés adoptent-ils des stratégies pour minimiser l'effet du prix?		- Résultats mesurés dans les études recensées : a) initiation à l'usage du tabac, b) renoncement au tabac, c) prévalence du tabagisme, d) consommation du tabac.	- 2 recommandations du panel d'experts concernent les hausses de prix chez les fumeurs de faible SSE : a) y associer un programme global de prévention et de contrôle du tabagisme pour un maximum d'efficacité, b) offrir des mesures spécifiques comme une optimisation des ressources d'arrêt tabagique de même que des façons de minimiser l'impact des conséquences financières en s'assurant, par exemple, que les TRN soient gratuites.	

Bauld L, Bell K, McCullough L, Richardson L, Greaves L.
The effectiveness of NHS smoking cessation services : a systematic review.
Journal of Public Health, 32 (1), 2009

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>1-Examiner l'efficacité des services intensifs de renoncement au tabac offerts en Angleterre.</p> <p>2- Examiner l'efficacité de ces services chez divers groupes : a) fumeurs plus jeunes, b) femmes, c) femmes enceintes, d) fumeurs de groupes ethniques, e) fumeurs de milieu défavorisés.</p>	<p>-Intervention: services nationaux de renoncement au tabac offerts au Royaume-Uni rencontres régulières individuelles ou de groupes avec un conseiller formé et utilisant une approche centrée sur le sevrage combiné à la pharmacothérapie (TRN, bupropion et varénicline).</p> <p>-Interventions intensives ou modérément intensives : exclusion des interventions brèves.</p> <p>- Type d'interventions examiné: de groupe, avec des pairs, en milieu hospitalier.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique variables selon les études recensées.</p>	<p>- Méthode : recension d'articles publiés entre 1990 et 2007 en anglais.</p> <p>- Appréciation de la qualité méthodologique des études selon les critères retrouvés dans le <i>NICE Public Health Guidance Methods Manual</i> : les cotes vont de 1++ (méta-analyse de grande qualité, revues systématiques d'essais contrôlés randomisés, essais contrôlés randomisés avec un très faible risque de biais) à 4 (opinion d'experts, consensus formel). Les autres cotes possibles sont 1+, 1-, 2++, 2, 2-, 3.</p> <p>- Résultats mesurés dans les études : Taux de renoncement au tabac à court terme (4 semaines) et à long terme (52 semaines).</p>	<p>- 20 études ont été retenues dont 8 concernent directement les groupes défavorisés.</p> <p>- Résultats : les taux de renoncement au tabac validés biochimiquement chez les fumeurs ayant fait appel aux services nationaux étaient respectivement de 53 % et 14,6 % à 4 semaines et 52 semaines; ces taux étaient plus bas pour les fumeurs avec un faible niveau socioéconomique (1 étude 2 ++).</p> <p>- 2 études d'observations (2++) indiquent que les interventions de groupe seraient plus efficaces que les interventions individuelles; les auteurs soulignent le manque d'attrait de cette approche et la difficulté d'offrir des programmes de groupe en milieu rural. 2 essais contrôlés randomisés (1++) indiquent que les interventions avec des pairs seraient efficaces lorsque jumelées à des interventions individuelles, mais qu'elles ne le seraient pas lorsque combinées à des interventions de groupe. 1 étude de qualité 1+ menée en milieu hospitalier ayant examiné l'impact de l'ajout de TRN à une intervention de soutien n'a pas trouvé de bénéfice de cet ajout.</p> <p>- Les services nationaux ont réussi à rejoindre davantage de fumeurs défavorisés que de fumeurs favorisés bien que les taux de renoncement au tabac observés soient plus faibles chez les fumeurs défavorisés (4 études 2++ et 1 étude 2+).</p>	<p>- Limites rapportées par les auteurs : a) seulement 4 essais contrôlés randomisés recensés; toutefois les études d'observations recensées permettraient d'obtenir de l'information pertinente sur des services offerts dans la réalité r b) le manque de données sur certaines variables ne permet pas de statuer sur l'impact de l'endroit où sont offerts les services, par exemple, ou de la qualité du soutien comportemental.</p> <p>- La déclaration des conflits d'intérêts est absente.</p>

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
			<ul style="list-style-type: none"> - Des observations similaires ont été faites chez les fumeurs qui ont un travail manuel ou routinier (1 étude 2+ et 1 étude 2-). - Une étude d'observation (2+) a tenté d'évaluer l'impact des services nationaux sur la réduction des inégalités en santé : malgré des taux de renoncement à court terme plus faibles dans les milieux défavorisés (52,6 % versus 57,9 %), le fait qu'une plus grande proportion de fumeurs défavorisés ait été rejointe (16,7 % versus 13,4 %) fait en sorte que l'effet net est plus élevé en milieu défavorisé. Ainsi, la proportion de fumeurs ayant réussi à cesser de fumer à court terme était significativement plus élevée chez les fumeurs défavorisés (8,8 %) que chez les fumeurs plus favorisés (7,8 %). - Les auteurs concluent ainsi à une contribution modeste des services nationaux à la réduction des inégalités en santé. 	

Brown T, Platt S, Amos A.

Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults : A systematic review.

Drug and alcohol dependence, 138, 2014 A

Objectifs	Intervention/Population : indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Qualité : biais/limites/conflits d'intérêts/critères PRISMA-E
<p>Examiner l'efficacité d'approches populationnelles à réduire les inégalités socioéconomiques en matière de tabagisme chez les adultes.</p>	<p>- Intervention : interventions ou politiques mises en place à un niveau populationnel en vue de changer l'environnement social, physique, économique ou législatif. Pays au stade 4 de l'épidémie de tabagisme ou dans un pays de la région européenne de l'OMS.</p> <p>- Population : adultes âgés de 18 ans ou plus.</p> <p>- Indicateurs de niveau socioéconomique : a) revenu; b) éducation; c) occupation; d) niveau socioéconomique du lieu de résidence.</p>	<p>- Méthode : Recension systématique d'études primaires en se guidant sur les lignes directrices de PRISMA-E 2012.</p> <p>- Tout type d'études : études randomisées ou non, études de cohorte, études transversales ou études qualitatives.</p> <p>- Études publiées en anglais depuis 1995.</p> <p>- Synthèse narrative des études, l'hétérogénéité des études ne permettant pas de réaliser de méta-analyse.</p> <p>- Appréciation de la qualité des études selon 6 critères d'une adaptation de l'outil EPHPP.</p> <p>- Résultats mesurés: a) normes sociales/attitudes; b) exposition à la fumée de tabac; c) utilisation de services d'arrêt tabagique; d) population rejointe; e) tentatives de renoncement au tabac; f) prévalence du tabagisme; g) morbidité.</p>	<p>- 117 études ayant évalué l'impact sur l'équité de 130 interventions/politiques ont été retenues : hausses des prix/taxes (27), politiques d'espaces sans fumée (44), campagnes médiatiques (30), politiques de contrôle de la publicité, de la promotion et du marketing des produits du tabac (9), interventions de soutien en arrêt tabagique à un niveau populationnel (9), interventions basées dans les milieux (7), politiques multiples (4).</p> <p>- Résultats : l'impact sur l'équité a été positif dans 33 études, neutre dans 36 études, négatif dans 38 études, mixte dans 6 études et incertain dans 17 études; on observe des bénéfices parmi tous les groupes socioéconomiques dans 33 des 36 études dont l'impact a été neutre.</p> <p>- La mesure pour laquelle les preuves de l'impact sur l'équité sont les plus consistantes est la hausse du prix d'achat des cigarettes : sur les 27 études retenues, l'impact a été positif dans 14 études et neutre dans 6 études.</p> <p>- Les politiques d'espaces sans fumée, quand implantées localement ou de façon volontaire, ont surtout un impact négatif (19 de 25 études). Lorsqu'implantées à un niveau national, elles ont un impact sur l'équité qui est neutre (9 de 19 études) ou négatif (6 études).</p> <p>- 18 études ont porté sur les campagnes médiatiques ciblant l'arrêt tabagique : 3 ont eu un impact positif, 2 neutres, 5 négatifs, 2 mixtes et 6 incertains. Les campagnes hautement émotives, avec des témoignages, seraient plus efficaces chez les groupes socio économiquement défavorisés. Des 12 études sur les campagnes faisant la promotion des timbres transdermiques et/ou des lignes</p>	<p>- Limites rapportées par les auteurs : a) un devis ne permettant pas une attribution causale pour la plupart des études retenues; b) une généralisation limitée des résultats à d'autres pays au stade 4 de l'épidémie de tabagisme étant donné que près de la moitié des études ont été menées aux États-Unis; c) l'exclusion d'études ciblant les populations défavorisées, mais n'ayant pas rapporté l'impact par niveau socioéconomique.</p> <p>- Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population : indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Qualité : biais/limites/conflits d'intérêts/critères PRISMA-E
			<p>téléphoniques, 5 ont eu un impact positif et 3, neutres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les 9 études portant sur des mesures visant à contrôler la publicité, la promotion ou le marketing des produits du tabac ont eu un impact positif (2) ou neutre (7). - 6 études menées au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande ont évalué l'impact de la combinaison d'interventions de soutien comportemental et pharmacologique au niveau populationnel: dans 4 de ces études l'impact sur l'équité en matière d'arrêt tabagique est négatif, mais le fait que les fumeurs défavorisés aient été davantage rejoints que les fumeurs favorisés dans ces études aurait compensé pour les taux de renoncement au tabac plus faibles. Les auteurs rapportent un impact sur l'équité en matière de prévalence neutre dans les 2 autres études.. Une étude a évalué l'impact d'une ligne téléphonique de soutien à l'arrêt, mais les chercheurs affirment qu'il est impossible de statuer sur l'équité de cette mesure à cause d'un échantillon potentiellement biaisé et de problèmes méthodologiques. - Les études menées pour évaluer l'effet de synergie d'implantation de politiques multiples étaient trop diversifiées et trop peu nombreuses pour en tirer des conclusions. 	

T. Brown, S. Platt. et A. Amos, B
Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review
European Journal of Public Health, 24 (4), 2014B

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts/
<p>Analyser l'impact des interventions de soutien à l'arrêt tabagique mises en place en Europe depuis 1995 sur les inégalités socioéconomiques en matière de tabagisme.</p>	<p>-Interventions : a) interventions comportementales et pharmacologiques combinées; b) interventions pharmacologiques seulement (NRT et médicaments); c) interventions comportementales seulement : soutien individuel ou en groupe par un professionnel de la santé, concours, soutien téléphonique, soutien par internet ou messagerie texte.</p> <p>- Les études proviennent du Royaume-Uni (18/29 études), de Belgique, du Danemark, de France, de Pologne, des Pays-Bas, d'Espagne et de Turquie</p> <p>-Population : adultes âgés de 18 et plus.</p> <p>- Dans la majorité des études recensées, les échantillons proviennent de la population en général, mais dans certaines études ils proviennent de sous-populations précises (femmes enceintes, mères, adultes ayant la maladie de Crohn, hommes à risque de maladie cardiovasculaire, et hommes dépistés pour le cancer du poumon).</p>	<p>-Méthode : Recension systématique d'études primaires en se guidant sur les lignes directrices de PRISMA-E 2012.</p> <p>- Tout type d'études incluant les études qualitatives.</p> <p>- Appréciation de la qualité des études à l'aide de l'outil EPHP.</p> <p>-Résultats mesurés : a) <i>relative reach</i>, rendant compte du nombre d'utilisateurs des services qui ont planifié une date d'arrêt du tabac en proportion de la population de fumeurs; b) arrêt tabagique (nombre de tentatives d'arrêt, taux de cessation, taux de rechutes, prévalence, statut tabagique); cette variable est comparée entre les adultes de divers niveaux socioéconomiques.</p>	<p>- 29 études recensées : 17 combinent des interventions comportementales et pharmacologiques dont 14 évaluent l'ensemble des services étatiques (Royaume-Uni (13), Danemark (1)); 1 intervention pharmacologique seulement (TRN et médicaments); 11 interventions comportementales seulement (soutien individuel ou de groupe 5, consultation brève 1, concours 2, soutien par internet 2, ou messagerie texte 1).</p> <p>- 22 études observationnelles et 7 expérimentales dont 6 essais randomisés.</p> <p>- Résultats : 12 des 17 études sur la combinaison d'interventions comportementales et pharmacologiques ont eu un impact négatif, 4 un impact neutre, et 1 indéterminé; 1 intervention pharmacologique seulement a obtenu un impact négatif; 4 des 5 études sur le soutien individuel ou de groupe ont eu un impact négatif et 1, un impact neutre; l'étude sur la consultation brève a eu un impact neutre; pour les 2 études sur les concours, 1 a obtenu un impact neutre et 1, un impact négatif; le soutien par internet de 2 études ont eu un impact neutre; et l'étude sur la messagerie texte a eu un impact neutre.</p> <p>-Selon les auteurs, les services du NHS au Royaume-Uni qui ciblent les gens défavorisés ont un <i>relative reach</i> plus élevé pour les gens défavorisés dans 4 des 6 études portant sur ces services.</p>	<p>-Limites des études recensées : le petit nombre d'études expérimentales (7), le faible nombre d'études avec un échantillon représentatif (10), un taux d'attrition de plus de 30 % dans 9 études et une validité interne souvent faible (attribution causale impossible à déterminer pour 8 études).</p> <p>-Limites: études en anglais seulement; si le terme équité n'était pas dans le résumé de l'article, l'étude n'était pas retenue donc il est possible que certaines études évaluant l'équité de l'intervention n'aient pas été retenues; un nombre relativement limité d'études sur le sujet qui représentent seulement 9 des 53 pays européens.</p>

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts/
	<p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : a) revenu; b) éducation; c) occupation; d) niveau socioéconomique du lieu de résidence.</p>		<p>-Conditions de succès : Selon les auteurs, pour que les services d'aide en arrêt tabagique aient un impact positif sur l'équité, ils doivent cibler et rejoindre davantage les fumeurs défavorisés, pour que plus tentent d'arrêter de fumer, compensant ainsi le taux moindre de réussite (ex: en s'implantant dans les quartiers défavorisés). Si ce n'est pas fait, les services individuels d'arrêt tabagique en Europe ont un impact négatif sur les inégalités en matière de tabagisme.</p>	<p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Bryant J, Bonevski B, Paul C, McElduff P, Attia A.

A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups.
Addiction, 106 (9), 2011

Objectifs	Intervention/Population/Indicateur s de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>1-Examiner l'efficacité d'interventions comportementales de renoncement au tabac chez 6 groupes de personnes vulnérables chez lesquels on retrouve une prévalence de tabagisme élevée : a) personnes sans abri, b) incarcérées, c) autochtones, d) jeunes à risque, e) personnes atteintes de problèmes de santé mentale, f) personnes à faible revenu.</p> <p>2- Évaluer la qualité méthodologique des études retenues.</p> <p>3-Réaliser une méta-analyse et une synthèse narrative des études retenues.</p>	<p>-Interventions variables selon les études recensées : conseil bref, incitatifs, intervention autodidacte, soutien comportemental.</p> <p>- Les études recensées proviennent des États-Unis, du Canada, du Royaume-Uni, d'Europe de l'Ouest, d'Australie et de Nouvelle-Zélande.</p> <p>-Population : adultes</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : variables selon les études recensées.</p>	<p>- Méthode : Essais contrôlés randomisés et essais cliniques contrôlés (randomisation non décrite), publiés en anglais avant octobre 2010.</p> <p>- Études exclues : rapports de cas, études transversales, études portant sur des campagnes populationnelles ou sur des médicaments.</p> <p>- Utilisation de l'outil EPHPP. Les études ont été classées faible, moyenne ou élevée en fonction de 6 critères.</p> <p>-Résultats mesurés dans les études retenues : a) renoncement au tabac au moins 6 mois après le début de l'intervention, b) abstinence à 3 mois ou moins, c) taux d'abstinence validés biochimiquement (cotinine préférée au CO) préférés aux taux autorapportés, d) taux d'abstinence de 7 jours préférés aux taux d'abstinence continue, e) approche <i>intention-to-treat</i> utilisée.</p>	<p>- 32 études retenues : personnes sans abri (1 étude), personnes incarcérées (1 étude), autochtones (2 études), jeunes à risque (6 études), personnes atteintes de problèmes de santé mentale (10 études), personnes à faible revenu (12 études dont 6 essais contrôlés randomisés et 6 essais cliniques contrôlés).</p> <p>- Qualité des 12 études analysées : 1 étude classée élevée, 4 modérées et 7 faibles.</p> <p>- Résultats : 3 études portant sur une intervention motivationnelle à multiples composantes chez des femmes à faible revenu consultant en clinique de pédiatrie ou de parentalité ont obtenu un effet significatif à court terme (6-12 semaines), mais pas à long terme.</p> <p>- 3 études menées auprès de femmes enceintes à faible revenu examinant une variété d'interventions (15 minutes de counseling + soutien verbal des employés de la clinique + matériel éducatif + lettres d'encouragement; soutien social intensif + guide; interventions motivationnelles à la maison + rétroaction sur les taux de nicotine + matériel autodidacte) n'ont obtenu aucun effet.</p> <p>- 4 études portant sur une intervention comportementale de soutien chez des fumeurs à faible revenu n'ont obtenu aucun effet à court terme ni à long terme.</p> <p>- 1 étude menée auprès de fumeurs à faible revenu de Londres a démontré qu'un programme autodidacte de type thérapie cognitivo-comportementale (CBT) était plus efficace que du matériel éducatif à 6 mois (taux de renoncement 17,5 % versus 5,6 %) et 12 mois (19,8 % versus 5,7 %).</p> <p>- 1 étude menée auprès de 2 637 fumeurs à faible revenu consultant dans une clinique dentaire publique a démontré que le conseil bref utilisant l'approche des 5 As et la TRN était plus efficace que le conseil habituel à 7,5 mois (taux de renoncement de 11,3 % versus 6,8 %).</p>	<p>- Limites rapportées par les auteurs : a) petit nombre d'études, b) impossibilité de comparer les interventions sur la base de l'intensité, la durée, le format, c) impossibilité d'identifier si l'ajout de TRN à des interventions comportementales augmente l'abandon du tabac, d) risque de biais étant donné que la qualité méthodologique des études n'a pas été prise en compte comme critère dans les méta-analyses.</p> <p>- Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Sarah Durkin, Emily Brennan, Melanie Wakefield
Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review
Tobacco Control, 21 (2), 2012.

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>1-Résumer les impacts des campagnes médiatiques sur l'arrêt tabagique chez les adultes, pour la population en général et pour des groupes particuliers, dont celui des personnes défavorisées.</p> <p>2-Analyser l'impact de différents médias, différentes intensités d'exposition et différentes durées.</p> <p>3-Analyser l'impact de différents types de messages et ceci pour différents groupes.</p>	<p>-Interventions : campagnes médiatiques à la télévision, à la radio, dans un média écrit ou sur une affiche publicitaire. Une campagne à laquelle tous sont exposés et non pas en devant cliquer sur un lien sur l'internet ou en ouvrant un message texte par exemple.</p> <p>- Les études recensées proviennent du Brésil, des États-Unis (la moitié), du Canada, de Nouvelle-Zélande, d'Australie et des Pays-Bas</p> <p>-Population : fumeurs âgés de 18 ans et plus.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : éducation ou ethnicité. L'indicateur de statut socioéconomique utilisé n'est pas toujours précisé dans les études recensées.</p>	<p>-Méthode : les auteurs résument les principaux constats de 2 recensions d'écrits publiés en 2008 sur les campagnes médiatiques et les bonifient à l'aide d'une recherche systématique d'études primaires plus récentes (jusqu'en 2011). Revue narrative.</p> <p>-Devis d'études : études expérimentales pour analyser l'efficacité de différents types de messages. Études observationnelles en contexte naturel pour l'effet des campagnes réelles et des différents types de messages utilisés.</p> <p>- Résultats mesurés dans les études : a) rappel de la campagne et du message, b) réponse émotionnelle ou cognitive, c) connaissance des effets du tabagisme, d)</p>	<p>-2 recensions d'écrits publiées en 2008; 29 articles primaires (26 études différentes) publiés entre 2007 et 2011 dont 3 portant spécifiquement sur les groupes défavorisés.</p> <p>-Résultats : les campagnes médiatiques, conduites dans le cadre d'un programme complet de lutte contre le tabagisme, sont efficaces pour promouvoir l'arrêt tabagique et réduire la prévalence du tabagisme; ceci est vrai également pour les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.</p> <p>- Les campagnes télévisées très largement diffusées sur une longue période ont plus de chances de mener à des tentatives d'arrêt pour les populations plus défavorisées.</p> <p>-Comme pour la population en général, les messages axés sur les effets négatifs du tabagisme pour la santé sont les plus efficaces chez les groupes défavorisés (comparativement à des messages tournés vers la norme sociale, anti-industrie ou les façons d'arrêter).</p> <p>- Contrairement à la population en général, des messages qui font appel à des témoignages ou des représentations et images sont plus efficaces que d'autres types de messages (informatifs par exemple) chez les personnes défavorisées; c'est aussi le cas des messages qui suscitent une émotion forte.</p> <p>- Les messages axés sur les façons d'arrêter ou qui encouragent à faire d'autres tentatives de</p>	<p>-Limites : la méthode pour qualifier la qualité méthodologique des études recensées n'est pas mentionnée et cette qualité n'est pas directement rapportée.</p> <p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
		sensations physiques, e) approbation des mesures de contrôle du tabac, f) appels à la ligne de soutien, g) intention de cesser de fumer, h) tentatives d'arrêt.	renoncement seraient plus efficaces chez les gens plus favorisés, mais davantage de recherche est nécessaire pour confirmer ce constat. -Conditions de succès : il faut qu'il y ait une exposition suffisante de la population à la campagne médiatique, sur une longue période, et que la campagne rejoigne un bon nombre de personnes. La télévision demeure le médium privilégié et la radio devrait être considérée comme venant bonifier l'effet de la campagne télévisuelle.	

P. Ford, A. Clifford, K. Gussy et C. Gartner.
 A systematic review of peer-support programs for smoking cessation in disadvantaged groups
 International Journal of environmental research and public health, 10 (11), 2013

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>1-Analyser l'impact des interventions en arrêt tabagique de soutien par les pairs auprès de groupes défavorisés.</p> <p>2-Analyser la qualité méthodologique du corpus d'études recensées.</p>	<p>-Interventions : interventions qui impliquent le soutien d'un pair en arrêt tabagique. Les pairs peuvent être des membres de la famille, du réseau social ou des bénévoles issus du groupe à l'étude. Le type de soutien offert : conseils en arrêt tabagique, encouragement pour cesser de fumer, accompagnement dans des activités de renoncement au tabac.</p> <p>- Les études proviennent des États-Unis (6 sur 8) et du Royaume-Uni (1) et pour une étude la provenance n'est pas spécifiée.</p> <p>-Population: sans- abris, prisonniers, autochtones, gens défavorisés sur le plan socioéconomique, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et femmes enceintes défavorisées sur le plan socioéconomique.</p> <p>- Indicateurs de niveau socioéconomique : revenu, éducation ou défavorisation du quartier.</p>	<p>-Méthode : recension systématique d'études publiées depuis 1980 en anglais.</p> <p>-Analyse narrative, l'hétérogénéité des études ne permettant pas de méta analyse.</p> <p>-La qualité méthodologique des études recensées a été analysée en suivant la méthode EPHPP où la qualité est jugée faible, modérée ou bonne.</p> <p>-Résultats mesurés : a) abstinence d'usage du tabac; un score d'efficacité a été donné à chaque Intervention : 0 = pas d'effet, 1 = effet à court terme (moins de 3 mois) 2 = effet à moyen terme (3-6 mois) 3 = effet à long terme (plus de 6 mois); b) renforcement du soutien social.</p>	<p>- 8 études ont été retenues : 7 sont des essais randomisés et 1 a un devis prépost.</p> <p>- Les groupes de personnes défavorisées étudiés sont les femmes enceintes défavorisées (4 études), les femmes défavorisées (2 études), la population défavorisée dans son ensemble (1 étude) et les gens avec des problèmes de santé mentale (1 étude).</p> <p>-3 études n'ont pas montré d'effets sur l'abstinence tabagique, 2 études ont montré un effet à court terme et 1, un effet à moyen terme. 1 étude sur 4 auprès des femmes enceintes a montré un effet. Les 4 autres études dont 3 sur des populations défavorisées ont montré des effets.</p> <p>-Seulement 3 des 8 études ont mesuré d'une certaine façon le renforcement ou non du support social suite à l'intervention et seulement 1 étude a noté une augmentation de ce soutien grâce à l'intervention.</p> <p>- Les auteurs concluent qu'il y a une certaine évidence, quoique limitée, à l'effet que les interventions de soutien par les pairs chez les groupes défavorisés sont prometteuses.</p> <p>-La qualité méthodologique des études a été jugée bonne pour la plupart des études.</p> <p>-Condition de succès : les 3 études qui ont démontré du succès à moyen terme sont celles où les pairs ont reçu une formation plus importante et structurée. 2 de ces études donnaient des TRN gratuitement et il est possible que les pairs aient aidé les participants à mieux les utiliser. Selon les auteurs, le fait que le pair soit un membre du réseau du participant pourrait faire en sorte que le soutien se poursuive au-delà de la fin de l'étude. Aussi, la démarche de formation des pairs pourrait inciter ces pairs à soutenir de façon informelle d'autres personnes dans leur communauté ou réseau.</p>	<p>-Limites: le nombre limité d'études recensées (8 études).</p> <p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Guillaumier A., Bonevski B. et C. Paul.
Anti-tobacco mass media and socially disadvantaged groups: a systematic and methodological review
Drug and alcohol review, 31 (5) 2012

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
<p>1-Décrire l'efficacité des campagnes médiatiques à encourager l'arrêt tabagique chez des populations défavorisées. Décrire à la fois l'effet des campagnes ciblées vers les groupes défavorisés et l'effet différentiel, pour les divers groupes socioéconomiques, des campagnes mises en place pour la population en général.</p> <p>2-Juger de la qualité méthodologique du corpus d'études.</p>	<p>-Interventions : Les campagnes médiatiques au sens large (télévision, radio, journaux, etc.) excluant les concours de type <i>Quit and Win</i>.</p> <p>-Campagnes médiatiques ciblées vers les populations défavorisées et campagnes universelles dont l'effet a été mesuré sur les différents groupes socioéconomiques.</p> <p>- Les études retenues proviennent des États-Unis, d'Australie et de Nouvelle-Zélande.</p> <p>-Population : l'ensemble des populations défavorisées sur le plan socioéconomique ainsi que des groupes spécifiques comme des groupes ethniques.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : a) classe sociale; b) revenu; c) scolarité; d) occupation; e) défavorisation du quartier; f) ethnicité.</p>	<p>-Recension systématique des écrits scientifiques publiés jusqu'en mars 2012.</p> <p>-Synthèse narrative.</p> <p>-Utilisation de la grille EPHPP pour juger de la qualité méthodologique des études recensées. Elles sont jugées de qualité élevée, modérée ou faible.</p> <p>-Résultats mesurés : a) renoncement au tabac; b) exposition à la campagne (ex. : rappel); c) efficacité perçue de la campagne; d) réponse en matière de motivation (ex. : appels à la ligne téléphonique de soutien).</p>	<p>-17 études recensées : 14 avec un devis observationnel et 3 avec un devis quasi-expérimental.</p> <p>-Seulement 4 études ont été jugées de qualité élevée ou modérée.</p> <p>-Résultats pour l'impact des campagnes pour la population en général (11 études): selon 2 études mesurant l'exposition des campagnes, les groupes défavorisés sont également (1) ou moins (1) susceptibles de se souvenir de la campagne; 4 études se penchent sur la perception de l'efficacité, et dans 3 études, tous ont perçu la même efficacité alors que dans 1 étude, les personnes plus défavorisées l'ont perçue plus efficace. 5 études ont regardé la réponse émotionnelle et les résultats sont mixtes. 4 ont examiné le renoncement au tabac ou la prévalence du tabagisme et dans 3 études, l'efficacité était la même pour tous alors que dans 1 étude, l'efficacité était plus grande chez les gens défavorisés.</p> <p>-Résultats pour les campagnes ciblées : 6 études s'attardant à des campagnes ciblées ont montré des résultats mixtes.</p> <p>- Les auteurs concluent que la faible qualité méthodologique du corpus d'études recensées ne permet pas d'affirmer que les interventions médiatiques sont efficaces pour encourager les populations défavorisées à cesser de fumer. Bien que les résultats soient mixtes quant à l'impact des campagnes universelles, certaines campagnes ont tout de même rejoint les populations défavorisées.</p>	<p>Limites de la recension: a) aucune méta-analyse réalisée; b) littérature grise non considérée; c) l'outil EPHPP est imparfait, selon les auteurs, pour juger de la qualité méthodologique d'interventions populationnelles.</p> <p>-Limites des études recensées : a) faible nombre d'études; b) présence de nombreux biais; c) devis observationnels dans la majorité des cas; d) peu d'études ayant évalué l'arrêt tabagique (5 sur 17).</p> <p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Hill S., A. Amos, D. Clifford et S. Platt.

Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking : review of the evidence

Tob. Control, 23, 2014

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts/
<p>1- Examiner l'impact différentiel de diverses mesures de contrôle du tabagisme en fonction du statut socioéconomique.</p> <p>2-Examiner l'efficacité d'interventions ciblées vers des groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.</p>	<p>-Interventions populationnelles : a) augmentation du prix des produits du tabac, b) politiques d'espaces sans fumée, c) restrictions de publicité, d) campagnes médiatiques éducatives, e) mises en garde sur les paquets, f) interventions communautaires combinant deux mesures ou plus. Les interventions dans les pays à un stade avancé de l'épidémie du tabagisme sont considérées.</p> <p>-Interventions individuelles : a) soutien téléphonique, b) pharmacothérapie, c) thérapie comportementale d) combinaison de pharmacothérapie et thérapie comportementale, e) consultation brève d'un professionnel de la santé, f) internet.</p> <p>-Population : adultes âgés de 18 ans et plus.</p> <p>-Indicateurs du niveau socioéconomique considérés: a) revenu; b) scolarité; c) occupation; d) statut d'assuré (États Unis); e) niveau socioéconomique du lieu de résidence.</p>	<p>- Méthode : Recension d'articles primaires et de recensions d'écrits publiés entre janvier 2006 et novembre 2010.</p> <p>-La qualité des articles a été évaluée en fonction des critères de validité interne et externe des études. L'évidence a été jugée plus forte si a) les validités interne et externe des études sont élevées; b) le devis de l'étude permet une inférence causale; c) les résultats mesurés sont sur les comportements tabagiques plutôt que sur des mesures intermédiaires (utilisation des services, connaissances, etc.) d) les résultats sont constants à travers les études.</p>	<p>-77 études primaires et 7 recensions d'écrits recensées. Études quantitatives sauf 2 qualitatives.</p> <p>-Résultats : augmentation du prix des produits du tabac (9 études, évidence forte que c'est une intervention pro-équité), politiques d'espaces sans fumée (13 études, majoritairement un impact négatif lorsque la restriction est appliquée dans un seul milieu de travail et n'est pas obligatoire partout) campagnes médiatiques éducatives (3 recensions et 12 études, évidence mixte sur l'équité), interventions combinant 2 mesures ou plus, 1 (nombre insuffisant d'études pour se prononcer sur l'équité).</p> <p>-Soutien par des intervenants (dans 9 études offrant du soutien de changement comportemental, 3 ont eu un impact négatif et 3 indéterminés). Dans 3 études portant sur du soutien bref, 1 a eu un impact négatif et 2 aucun impact auprès de groupes défavorisés seulement). Combinaison de services de soutien à l'arrêt tabagique et de pharmacothérapie : selon 2 recensions d'écrits et 20 études primaires supplémentaires, impact négatif sur l'équité en matière d'arrêt tabagique; l'impact sur l'équité en matière de prévalence serait atténué quand les services sont concentrés dans les milieux défavorisés et que les fumeurs défavorisés les utilisent davantage que les fumeurs plus favorisés. Lignes de soutien téléphoniques (5 études dont 2 montrent un impact négatif et 1 un impact</p>	<p>-Limites des études recensées: a) petit nombre d'études disponible sur la thématique de l'équité et encore plus pour les mesures populationnelles; b) les études se concentrant souvent sur une mesure en particulier et non sur l'ensemble du programme de contrôle du tabagisme même s'il est vrai que c'est l'addition de mesures qui permet un programme plus efficace dans la population en général.</p> <p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts/
		<p>-Résultats mesurés : a) prévalence du tabagisme; b) tentatives d'arrêt; c) taux de succès; d) utilisation des services; e) connaissance des messages.</p>	<p>neutre; 2 études ciblées vers les groupes défavorisés, 1 non concluante et 1 montre des taux de renoncement semblables à la population en général). Remboursement d'aides pharmacologiques (2 études, 1 montre un impact négatif et 1, un impact indéterminé. Sites internet (5 études montrent un impact négatif).</p> <p>-Conditions de succès : les auteurs suggèrent de concentrer les services d'arrêt tabagique dans les quartiers défavorisés; selon certaines études, les campagnes médiatiques avec des témoignages individuels sont davantage pro-équité; développer des services de renoncement au tabac adaptés aux groupes défavorisés, mais davantage de recherches sont nécessaires pour statuer sur comment faire cela.</p>	

Michie S, Jochelson K, Markham WA, Bridle C.
 Low-income groups and behaviour change interventions : a review of intervention content, effectiveness and theoretical frameworks
 J Epidemiol Community Health,63, 2009

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>Examiner l'efficacité d'interventions de changements de comportements qui ciblent les personnes à faible revenu et dont l'objectif est le renoncement au tabac, une alimentation plus saine ou une augmentation de la pratique d'activité physique.</p> <p>Sont examinées : a) les composantes de l'intervention; b) les théories utilisées; c) les associations entre la théorie et le contenu de l'intervention; d) les associations entre le contenu de l'intervention et les effets.</p>	<p>- Interventions : Tout type d'intervention faisant la promotion du renoncement au tabac, d'une saine alimentation ou de la pratique d'activité physique.</p> <p>- Population : Adultes âgés de 18 ans ou plus.</p> <p>-Indicateurs de niveau socioéconomique : revenu</p>	<p>- Méthode : recension d'études publiées en anglais entre janvier 1995 et septembre 2006.</p> <p>- Études comportant un groupe contrôle avec ou sans randomisation.</p> <p>- Exclusion des recensions d'écrits.</p> <p>- Synthèse narrative des études, l'hétérogénéité des études ne permettant pas de réaliser de méta-analyse.</p>	<p>- 13 études retenues : 7 sur le renoncement au tabac (4 essais contrôlés randomisés et 3 essais contrôlés), 6 en lien avec l'alimentation et 4 avec l'activité physique ; 3 études ont ciblé plus d'un comportement.</p> <p>- Résultats : les composantes des interventions utilisées dans plus de la moitié des interventions recensées sont : a) offrir de l'information générale, b) offrir de l'information sur les conséquences d'un comportement précis, c) soutenir le développement de l'intention de changer un comportement, d) préciser des buts à atteindre, e) identifier les barrières au changement de comportement, f) planifier un soutien social et g) des récompenses en lien avec le changement de comportement.</p> <p>- Les interventions efficaces ont tendance à utiliser un moins grand nombre de composantes que les interventions inefficaces.</p> <p>- Les 3 composantes les plus utilisées, à savoir offrir de l'information, faciliter l'établissement d'objectifs de même que l'identification des barrières pourraient être aidantes pour les personnes à faible revenu.</p> <p>- 6 études parmi les 13 retenues ont cité au moins une théorie sur laquelle elles étaient fondées : a) le modèle des étapes de changement (5 études); b) la théorie sociale cognitive (4 études); c) la théorie de l'action raisonnée (1 étude); d) le modèle d'adoption de précaution (1 étude); e) le modèle Precede-Proceed (1 étude); f) les principes de modification du comportement (1 étude); g) la</p>	<p>- Limites rapportées par les auteurs : a) le faible nombre d'études, surtout menées aux États-Unis, limite la possibilité de généraliser les résultats; b) les études comparant l'efficacité des interventions entre les groupes défavorisés et les groupes favorisés n'ayant pas été retenues, l'on ne sait pas si les interventions ont des effets différents selon les groupes socioéconomiques.</p> <p>- Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
			<p>théorie de l'organisation (1 étude). Aucune publication n'a rapporté comment la théorie utilisée a servi au développement des composantes de l'intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il ne semble pas y avoir de différences entre les composantes des interventions utilisées dans les études rapportant une théorie versus celles n'en rapportant pas. - Aucune association entre la théorie utilisée et les effets rapportés n'a été observée. - Parmi les 7 études sur le tabac, 4 (n'ayant pas rapporté de théorie sous-jacente à l'intervention) ont observé des effets positifs et 3, aucun effet. 	

Murray RL, Bauld L, Hackshaw LE, McNeill A.
 Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups : a systematic review.
 Journal of Public Health, 31 (2), 2009

Objectif	Intervention/Population : indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>Examiner l'efficacité d'interventions visant à a) recruter de façon proactive les fumeurs défavorisés pour qu'ils utilisent des services de renoncement au tabac; b) les soutenir.</p>	<p>- Interventions visant à recruter et soutenir des fumeurs incluant des approches de prévention primaire et secondaire et des approches d'optimisation de l'accès aux services nationaux de renoncement au tabac du Royaume-Uni.</p> <p>- Population: adultes fumeurs; femmes enceintes, travailleurs manuels, personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou de difficultés d'apprentissage, personnes vivant en institution, sans abri, fumeurs issus de groupes ethniques minoritaires, personnes à faible revenu, pauvres ou vivant dans des logements sociaux.</p> <p>Indicateurs de niveau socioéconomique : revenu.</p>	<p>- Méthode : recension de plusieurs types d'études; recension systématique, essai contrôlé randomisé, étude de cohorte, étude d'observation, étude descriptive, étude pilote, entrevues, groupes de discussion.</p> <p>- Articles publiés entre 1995 et 2007.</p> <p>- Appréciation de la qualité méthodologique des études selon les critères retrouvés dans le <i>NICE Public Health Guidance Methods Manual</i> : les cotes possibles sont ++, + et -.</p> <p>- Synthèse narrative.</p>	<p>- 48 articles retenus : les résultats de 40 publications sont décrits par les auteurs et 12 thématiques sont examinées. Seules les études ++ ou + sont rapportées plus bas.</p> <p>- Résultats : les services nationaux de renoncement au tabac ont été efficaces pour rejoindre les fumeurs vivant en milieu défavorisé en Angleterre (2 études d'observation ++).</p> <p>- Le rôle d'incitatifs auprès des médecins de famille pour favoriser l'identification et l'intervention brève auprès de fumeurs atteints de maladies a été examiné (2 études d'observation ++): aucun résultat dans 1 étude et augmentation de l'identification et de l'intervention brève dans 1 étude sans augmentation de la prescription de médicaments d'aide à l'arrêt tabagique.</p> <p>- Il est faisable de recruter de façon proactive des fumeurs pour qu'ils utilisent des services de renoncement au tabac (1 essai contrôlé randomisé ++; 2 essais contrôlés randomisés + et 1 étude d'observation +). Plusieurs moyens ont été rapportés tels que : dossiers des patients ayant consulté en première ligne, outil de dépistage, appels téléphoniques, recrutement par la poste. Toutefois, les résultats quant à l'arrêt tabagique sont mixtes.</p> <p>- L'utilisation d'une variété d'approches utilisant des techniques de marketing social aurait un rôle à jouer pour rejoindre les populations défavorisées (1 essai contrôlé randomisé + et 1 étude populationnelle +): campagnes médiatiques ciblées, sensibilisation (<i>outreach</i>) dans la communauté.</p>	<p>- Limites rapportées par les auteurs : a) le type d'études recensées est hétérogène et inclut plusieurs études d'observation; b) plusieurs études sont de faible qualité; c) plusieurs auteurs ont étudié les fumeurs en général sans se préoccuper de la défavorisation rendant difficile l'identification des stratégies efficaces chez ce groupe de fumeurs.</p> <p>- La déclaration des conflits d'intérêts est absente.</p>

Objectif	Intervention/Population : indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
			<ul style="list-style-type: none"> - Il serait important d'adapter l'intervention aux besoins spécifiques de la population que l'on veut rejoindre (1 essai contrôlé randomisé ++). - Les principales barrières rencontrées par les personnes défavorisées à l'accès aux services sont : la peur du jugement, la peur de l'échec, le manque de connaissances au sujet des services, l'importance de tenir compte de la place importante du tabac dans la vie des personnes défavorisées (2 études qualitatives ++). - 7 études ont étudié l'intégration d'interventions de renoncement au tabac aux consultations en milieu de santé (pour d'autres raisons que l'usage de tabac) : pas de changement au niveau du renoncement au tabac (1 essai contrôlé randomisé ++), mais 5 études + ont trouvé des bénéfices. - Les interventions de renoncement au tabac pourraient être offertes avec succès en pharmacie qui a le potentiel de rejoindre un grand nombre de fumeurs étant donné leur grand accès (1 revue systématique ++, 1 étude d'observation ++ et 1 étude pilote +). - Il existe aussi un grand potentiel de rejoindre les fumeurs via les professionnels en cabinet dentaire (1 revue systématique +). - Il y aurait des bénéfices à rejoindre les travailleurs manuels en milieu de travail (1 étude de cohorte +). - L'offre de TRN subventionnée à des fumeurs de milieu défavorisé a favorisé l'arrêt tabagique et la réduction du nombre de cigarettes fumées (1 étude de cohorte ++). L'offre de TRN gratuite aux fumeurs contactant une ligne téléphonique d'arrêt a augmenté le nombre d'appelants (2 études de cohorte +). 	

Niederdeppe J., Kuang X., Crock B., Skelton A.

Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now?

Social science and medicine, 67 (9), 2008

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
<p>1-Analyser l'efficacité des campagnes médiatiques à promouvoir l'arrêt tabagique auprès des populations défavorisées sur le plan socioéconomique.</p> <p>2-Décrire à la fois l'effet des campagnes ciblées vers les groupes défavorisés et l'effet différentiel, pour les divers groupes socioéconomiques, des campagnes mises en place pour la population en général.</p> <p>3-Identifier des stratégies médiatiques prometteuses pour réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique.</p>	<p>-Interventions : Toute campagne de promotion de l'arrêt tabagique ou faisant la promotion d'un programme spécifique de renoncement au tabac. Les campagnes dans les médias, les plaidoyers dans les médias et le marketing direct ont été considérés (par exemple : envoi d'une lettre et de matériel par la poste, publicité pour un concours de type <i>Quit and Win</i>, promotion d'une ligne téléphonique de soutien, promotion de l'arrêt du tabac, etc.). Les études recensées proviennent des États-Unis, d'Australie, du Royaume-Uni et du Canada.</p> <p>-Population : adultes.</p> <p>Indicateurs de niveau socioéconomique : a) revenu; b) scolarité; c) occupation; d) statut d'assurance médicale; e) ethnicité en mettant l'accent sur les afro-américains et les latino-américains.</p>	<p>-Méthode : revue systématique d'articles scientifiques publiés après 1990 et de rapports d'organismes de santé publique (CDC, NCI, etc.).</p> <p>-Résultats mesurés : a) rappel du message médiatique; b) réponse émotionnelle à ce message (tentative d'arrêt, réflexion quant à l'arrêt, appel à une ligne de soutien, etc.); c) abstinence d'usage du tabac (taux d'arrêt ou prévalence du tabagisme de 2 semaines post-intervention à 5 ans).</p> <p>-Les auteurs examinent aussi l'impact de certains messages (raisons et moyens associés à l'arrêt, etc.), du type de stratégie médiatique utilisée (campagne publicitaire, marketing direct, etc.), de la théorie sous-tendant le message</p>	<p>- 29 articles recensés (18 études différentes), publiés entre 1990 et 2006 traitant de l'impact différentiel par groupes socioéconomiques de campagnes médiatiques qui s'adressent à la population en général et 21 articles (13 études différentes), publiés entre 1995 et 2007, portant sur l'impact de campagnes ciblées vers les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.</p> <p>-Résultats concernant les 18 interventions pour la population en général, 5 de ces études ont montré un impact neutre sur l'équité et 4 un impact négatif. Quant à la prévalence du tabagisme, 2 ont montré un impact positif, 1 un impact neutre et 1 un impact négatif. Concernant le rappel de la campagne ou la réponse émotionnelle face à celle-ci, 4 études ont montré un impact neutre en matière d'équité, 4 un impact négatif, 3 un impact indéterminé et 1 étude, un impact positif.</p> <p>-Des 13 interventions médiatiques ciblant les populations défavorisées, 8 ont produit des résultats mixtes ou non concluants et 5 n'ont pas été efficaces.</p> <p>-Conditions de succès : Les campagnes qui ont connu du succès étaient souvent mises en place en même temps que</p>	<p>-Limites de la synthèse : a) la recherche d'informations sur les communautés afro-américaines et hispaniques ayant limité la recherche d'études sur d'autres communautés communautés comme les autochtones; b) absence de méthode pour évaluer la qualité méthodologique des études recensées.</p> <p>-Limites des études recensées: a) pas possible de séparer l'effet précis de la campagne médiatique de l'ensemble du programme de lutte contre le tabagisme, plusieurs mesures étant mises en place en même temps; b) très peu d'études disponibles selon les auteurs, la vaste majorité des études</p>

Objectifs	Intervention/Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/Conflits d'intérêts
		(théorie de changement comportemental sous-jacente) et de la présence d'interventions complémentaires (intervention communautaire à plusieurs composantes, ligne téléphonique, aide pharmacologique gratuite, etc.).	d'autres mesures (ex. : interdictions de fumer dans les lieux publics), dans le cadre d'un programme plus large de lutte contre le tabagisme. Selon les auteurs, la simple promotion de matériel informatif ou d'un concours de type <i>Quit and Win</i> auprès des populations défavorisées n'est pas efficace. Il faut une grande diffusion de la campagne, de façon soutenue, pour bien rejoindre les gens. Il faut combiner les campagnes médiatiques avec d'autres mesures de lutte contre le tabagisme et qu'elles soient adaptées au public cible (langue, valeurs culturelles, etc.).	traitant de l'impact des campagnes médiatiques sur l'arrêt tabagique ne traitant pas des disparités selon le niveau socioéconomique (75 %).

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

Objectifs	Intervention/Population /Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
<p>1-Examiner les effets différentiels d'interventions populationnelles de contrôle du tabagisme pour divers groupes socioéconomiques et démographiques.</p> <p>2-Identifier les interventions susceptibles de réduire les inégalités en matière de tabagisme.</p>	<p>-Interventions : interventions populationnelles en matière de contrôle du tabac, qui visent à changer les environnements sociaux, physiques, économiques et législatifs pour les rendre moins favorables au tabagisme (ex. : restrictions de vente de produits du tabac aux mineurs, augmentation du prix du tabac, interdictions de fumer dans des endroits publics, interventions communautaires à plusieurs composantes, interventions pour prévenir l'exposition à la fumée secondaire). Les interventions éducatives et médiatiques n'ont pas été incluses. Les études proviennent majoritairement des États-Unis (plus de la moitié), mais aussi du Canada, d'Israël, de la Finlande, du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande, d'Australie, de Suède, des Pays-Bas, de</p>	<p>-Méthode : revue systématique d'études primaires issues de la littérature scientifique et grise jusqu'en janvier 2006. Toutes les langues de publication sont considérées ainsi que tous les types de devis d'études.</p> <p>- Les résultats sont synthétisés de façon narrative et graphiquement.</p> <p>-La qualité méthodologique des études a été évaluée à l'aide la grille EPHPP (6 critères) et de critères adaptés de ceux utilisés dans le <i>Community Guide</i> du <i>US Task Force on Community Preventive Services</i>. La qualité méthodologique des études qualitatives a aussi été évaluée.</p> <p>-Résultats mesurés à l'échelle individuelle ou populationnelle: a) les changements dans les comportements tabagiques (prévalence ou consommation); b) des mesures indirectes (ventes</p>	<p>- 90 articles répertoriés (publiés entre 1981-2005), couvrant 84 études distinctes et 7 thèmes : interdictions de fumer dans les endroits publics et les lieux de travail (14 études), interdictions de fumer à l'école (3), restrictions de vente de produits du tabac aux mineurs (13), avertissements sur les produits (5), interdictions de publicité (2), hausse de prix du tabac (42) et interventions à plusieurs composantes (5).</p> <p>- Études quantitatives, mais 1 étude comporte aussi une portion qualitative.</p> <p>- Résultats : interdictions de fumer dans les endroits publics et les lieux de travail (9 études comparent des groupes socioéconomiques): une mince évidence à l'effet que les gens ayant une position plus élevée dans l'organisation sont plus susceptibles d'arrêter de fumer suite à l'intervention .Toutefois, les études allant en ce sens sont de faible qualité méthodologique. Avertissements sur les produits du tabac (2 études comparent des groupes socioéconomiques) : pas d'évidence d'un impact différentiel de ces mesures selon l'éducation, mais 2 études seulement ont étudié cette dimension. Prix du tabac chez les adultes : 10 études ont étudié l'impact chez les adultes d'une hausse de prix et 6 montrent un impact plus grand chez les groupes défavorisés, selon l'occupation, le revenu</p>	<p>-Limites des études : a) le faible nombre d'études longitudinales prospectives; b) la difficulté d'attribuer le résultat obtenu à l'intervention examinée, car les mesures sont souvent mises en place en même temps, la contextualisation à cet égard étant souvent absent dans les études; c) la difficulté de mesurer la synergie entre les interventions; d) le manque de données qualitatives.</p> <p>-Limites de la revue systématique : grande hétérogénéité dans les populations à l'étude et les résultats mesurés.</p> <p>-Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population /Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/résultats mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Forces et limites/conflits d'intérêts
	<p>Hong Kong, d'Afrique du Sud, d'Espagne, de France et de de Taiwan.</p> <p>-Population : adolescents, jeunes adultes et adultes.</p> <p>- Indicateurs de niveau socioéconomique : a) occupation; b) scolarité; c) revenu.</p>	<p>illégal de tabac aux mineurs ou nombre de cigarettes de contrebande fumées); c) l'exposition à la fumée de tabac secondaire; d) des changements dans les attitudes ou connaissances; e) la mise en œuvre de politiques; f) des effets secondaires et autres effets sur la santé (bien être, santé mentale).</p>	<p>ou l'éducation alors que 1 ne montre pas d'impact différentiel et 3 un impact plus favorable chez les plus scolarisés.</p> <p>Interventions à plusieurs composantes : pas d'études examinent l'impact différentiel selon le revenu, la scolarité ou l'occupation.</p> <p>-Conditions de succès : s'assurer qu'il n'y ait pas plus d'achats sur le marché noir de produits du tabac suite à une hausse de taxes. Les gens défavorisés étant plus dépendants à la nicotine, il faut leur offrir plus de services de renoncement au tabac si on augmente les taxes. Si on implante des mesures en milieu de travail, il faut s'assurer que les interventions vont bénéficier à tous selon les auteurs.</p> <p>- Les devis les plus solides (études expérimentales) se retrouvent dans les études portant sur les interdictions de fumer dans les endroits publics, les lieux de travail et à l'école et les restrictions de vente de tabac aux mineurs. Pour les autres thèmes, il s'agit majoritairement d'études observationnelles. En ce qui a trait aux critères de qualité méthodologique des études (6 critères), les études sur les restrictions de vente aux mineurs et celles portant sur les restrictions à l'école rencontrent plus de critères. Les études sur les autres thèmes rencontrent entre 0 et 3 critères.</p>	

Annexe 5

Publications d'organismes de santé publique

Publications d'organismes de santé publique

TITRE DE LA PUBLICATION ET DATE

Tobacco and inequities-Guidance for addressing
inequities in tobacco-related harm (2014)

Best Practices user guide: Health Equity in tobacco
prevention and control (2015)

The Economics of Tobacco and Tobacco Control
(2016)

ORGANISME

Organisation mondiale de la
Santé (OMS)-Europe

Centers for Disease Control and
Prevention (CDC)

Organisation mondiale de la
Santé (OMS) et US National
Cancer Institute (NCI)

Annexe 6

Tableaux sommaires

Tableaux sommaires

Les 12 tableaux de cette annexe présentent l'impact sur l'équité en matière d'arrêt tabagique (colonne 2) et/ou de prévalence de l'usage du tabac (colonne 3) des mesures analysées. Lorsque l'impact sur l'équité est positif, c'est que la mesure 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. Ainsi, lorsque l'impact sur l'équité est présenté, c'est que les taux de renoncement ou de prévalence ont été comparés entre les groupes défavorisés et les groupes favorisés.

Le lecteur trouvera dans la colonne *autres effets/remarques* des informations pertinentes sur des effets intermédiaires (intention de cesser de fumer, tentative de renoncement au tabac, rappel d'une campagne médiatique, etc.) ou sur des taux de renoncement au tabac mesurés chez des populations défavorisées sans que l'impact en termes d'équité n'ait été évalué. Lorsque les effets intermédiaires mesurés ont été comparés chez les groupes défavorisés et favorisés, nous avons indiqué si l'impact sur l'équité était positif, neutre ou négatif. Quand les auteurs ne documentent pas le nombre d'études portant sur le renoncement ou sur la prévalence, nous l'avons précisé dans cette colonne. Il est à noter que le nombre d'études recensées pour chaque publication (colonne 1) ne concorde pas toujours avec le nombre total d'études indiqué dans les colonnes 2, 3 et 4. En effet, certains auteurs ne sont pas toujours précis dans l'identification des études ayant servi à statuer sur l'impact en termes d'équité. Par ailleurs, plusieurs effets distincts ont parfois été étudiés dans une même étude, ce qui peut aussi expliquer pourquoi le nombre d'études ne concorde pas toujours.

Tableau 1 Efficacité du soutien des intervenants à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recensions d'écrits			
Brown et coll., 2014 B (6 études)	Négatif (4 études) Neutre (2 études)	-	
Hill et coll., 2014 (9 études)	Négatif (4 études) Indéterminé (3 études)	-	Efficacité d'interventions ciblant des fumeurs défavorisés limitée ou nulle (2 études)
Bryant et coll., 2011 (10 études)	-	-	Études ciblant des fumeurs défavorisés : Aucun effet sur l'arrêt tabagique (7 études) Effets à court terme, mais pas à long terme (3 études)
Michie et coll., 2009 (7 études)	-	-	Études ciblant des fumeurs défavorisés : Effets sur l'arrêt tabagique (4 études) Aucun effet sur l'arrêt tabagique (3 études)
Étude primaire			
Christiansen et coll., 2015	-	-	Étude ciblant des fumeurs défavorisés : Taux d'abstinence à 3 mois semblables dans les groupes expérimental et témoin

* Impact sur l'équité positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité neutre : effets similaires chez tous les groupes
Impact sur l'équité négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité

Tableau 2 Efficacité du soutien des intervenants combiné à de l'aide pharmacologique à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recensions d'écrits			
Brown et coll., 2014 B (17 études)	Négatif (12 études) Neutre (4 études) Indéterminé (1 étude)	Indéterminé (3 études) Positif (2 études) Négatif (1 étude)	
Brown et coll., 2014 A (6 études)	Négatif (4 études)	Neutre (2 études)	
Hill et coll., 2014 (2 recensions, 20 études)	Négatif (nombre d'études non précisé)	-	
Bryant et coll., 2011 (1 étude)	-	-	Conseil bref combiné à une TRN offert en clinique dentaire publique plus efficace que le conseil habituel
Bauld et coll., 2010 (8 études)	Négatif (8 études)	Positif (1 étude)	Fumeurs défavorisés davantage rejoints par les services que les fumeurs favorisés
Murray et coll., 2009 (5 recensions, 35 études)	-	-	Services nationaux britanniques de renoncement au tabac efficaces à rejoindre les fumeurs vivant en milieu défavorisé
Études primaires			
Venn et coll., 2016		-	Fumeurs défavorisés et travailleurs manuels rejoints par les services de l'unité mobile Taux de renoncement au tabac chez les fumeurs défavorisés ou les travailleurs manuels inférieur au taux chez les fumeurs utilisant les services standard dans les centres de santé
Deschenau et coll., 2016	Négatif	-	Diminution importante du nombre de cigarettes fumées chez les personnes défavorisées qui continuent de fumer

* Impact sur l'équité positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité neutre : effets similaires chez tous les groupes
Impact sur l'équité négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité

Tableau 3 Efficacité des lignes téléphoniques de soutien à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recensions d'écrits			
Brown et coll., 2014B (1 étude)	Neutre (1 étude)	-	
Brown et coll., 2014A (1 étude)	Indéterminé (1 étude)	-	
Hill et coll., 2014 (5 études)	Neutre (1 étude) Négatif (1 étude)	-	Plus grande utilisation de la ligne téléphonique par les fumeurs plus scolarisés (1 étude) Études ciblant des fumeurs défavorisés : Très faible taux de recrutement (1 étude) Perte d'un grand nombre de participants au suivi (1 étude)
Études primaires			
Haas et coll., 2015	-	-	Taux de renoncement au tabac plus élevé chez les fumeurs défavorisés recrutés de façon proactive et ayant reçu du soutien téléphonique et une médication gratuite que chez ceux n'ayant pas obtenu un tel soutien
Fu et coll., 2016	-	-	Taux de renoncement au tabac plus élevé chez les fumeurs défavorisés recrutés de façon proactive et ayant reçu un soutien téléphonique intensif et une médication gratuite que chez ceux n'ayant pas reçu une telle intervention

* Impact sur l'équité positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité neutre : effets similaires chez tous les groupes
Impact sur l'équité négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité

Tableau 4 Efficacité des aides pharmacologiques et de leur remboursement à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recensions d'écrits			
Brown et coll., 2014 B (1 étude)	Négatif (1 étude)	-	
Hill et coll., 2014 (2 études)	Négatif (1 étude) Indéterminé (1 étude)	-	
Murray et coll., 2009 (3 études)	-	-	Taux de renoncement au tabac plus élevé chez les fumeurs défavorisés si accès financier à la TRN facilité (2 études)
Étude primaire			
Nagelhout et coll. 2014	Neutre	-	

* Impact sur l'équité positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité neutre : effets similaires chez tous les groupes
Impact sur l'équité négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité

Tableau 5 Efficacité du soutien par les pairs à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recension d'écrits			
Ford et coll., 2013 (7 études)	-	-	Taux de renoncement au tabac plus élevé à court ou moyen terme chez les fumeurs ayant reçu du soutien par les pairs que chez ceux n'ayant pas eu accès à un tel soutien (4 études) Taux de renoncement au tabac semblables, à court ou moyen terme, chez des fumeuses ayant reçu du soutien par les pairs et chez celles n'ayant pas obtenu un tel soutien (3 études menées chez des femmes enceintes)

Tableau 6 Efficacité des interventions par internet ou messagerie texte à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recensions d'écrits			
Brown et coll., 2014B (3 études)	Neutre (3 études)	-	
Hill et coll., 2014 (5 études)	Négatif (5 études)	-	
Étude primaire			
Brown et coll., 2014	-	-	Taux de renoncement au tabac plus élevé chez les fumeurs défavorisés exposés à un site internet interactif que chez les fumeurs défavorisés non exposés

* Impact sur l'équité positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité neutre : effets similaires chez tous les groupes
Impact sur l'équité négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité

Tableau 7 Efficacité des incitatifs financiers à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Étude primaire			
Kendzor et coll., 2015	-	-	Taux d'abstinence plus élevé chez des fumeurs défavorisés recevant un petit incitatif financier que chez les fumeurs ne recevant pas un tel incitatif

Tableau 8 Efficacité des hausses de taxes et de prix sur le tabac à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recensions d'écrits			
Thomas et coll., 2008 (10 études)	-	Prévalence ou autre effet (consommation de tabac) selon le revenu ou l'occupation	
		Positif (6 études)	
		Prévalence ou autre effet (consommation de tabac) selon la scolarité	
		Négatif (3 études) Neutre (1 étude)	
Hill et coll. , 2014 (2 recensions, 7 études)	-	-	Sensibilité au prix selon le revenu ou l'occupation
			Positif (2 recensions et 3 études) Négatif (1 étude)
			Sensibilité au prix selon la scolarité
			Positif (2 études) Neutre (1 étude) Négatif (1 étude)
Brown et coll., 2014 A (27 études)	Positif (4 études) Neutre (2 études) Négatif (1 étude)	Positif (4 études) Neutre (4 études) Négatif (3 études) Indéterminé (1 étude)	Autres effets (élasticité-prix, appels à une ligne de soutien, nombre de cigarettes consommées)
			Positif (6 études) Indéterminé (2 études)
Bader et coll., 2011 (24 études)	-	-	Baisse de la prévalence ou de la quantité de tabac consommé
			Positif (12 études); Neutre (5 études); Impact non rapporté (7 études)

* Impact sur l'équité positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité neutre : effets similaires chez tous les groupes
Impact sur l'équité négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité

Tableau 9 Efficacité des campagnes médiatiques à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recensions d'écrits			
Hill et coll., 2014 (3 recensions, 12 études)	Campagnes utilisant plusieurs médias Négatif (1 étude)	-	Campagnes utilisant plusieurs médias – arrêt tabagique et autres effets (rappel de la campagne, réponse face à la campagne) Positif (3 études) Neutre (1 étude) Négatif (1 étude) Indéterminé (1 étude)
			Campagnes télévisées avec témoignages (type d'effets non précisé) Neutre (3 études)
			Campagnes télévisées informatives (type d'effets non précisé) Négatif (3 études)
			Campagnes Internet (type d'effets non précisé) Négatif (2 études)
			Campagnes diverses pour tous, dont les concours <i>Quit and Win</i> - autres effets (comportement tabagique, etc.) Négatif (1 recension) Indéterminé (2 recensions)
			Campagnes ciblant les groupes défavorisés- autres effets (comportement tabagique) Indéterminé (1 recension)
Brown et coll., 2014 A (30 études)	Campagnes sur l'arrêt tabagique Indéterminé (4 études) Négatif (3 études) Positif (1 étude) Neutre (1 étude)	Campagnes sur l'arrêt tabagique Positif (1 étude) Neutre (1 étude)	Campagnes sur l'arrêt tabagique- autres effets (rappel de la campagne, etc.) Indéterminé (4 études) Négatif (2 études) Positif (1 étude)
	Campagnes sur la promotion de services Positif (2 études) Neutre (1 étude) Négatif (1 étude)	Campagnes sur la promotion de services Neutre (1 étude)	Campagnes sur la promotion de services - autres effets (rappel de la campagne, etc.) Positif (3 études) Négatif (2 études) Neutre (1 étude) Indéterminé (1 étude)

Tableau 9 Efficacité des campagnes médiatiques à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme (suite)

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recensions d'écrits			
Niederdeppe et coll., 2008 (31 études)	Campagnes pour tous Neutre (5 études) Négatif (4 études)	Campagnes pour tous Positif (2 études) Neutre (1 étude) Négatif (1 étude)	Campagnes pour tous- autres effets (motivation à cesser de fumer, rappel de la campagne, etc.) Neutre (4 études) Négatif (4 études) Indéterminé (3 études) Positif (1 étude)
			Campagnes ciblant les groupes défavorisés et impact sur l'arrêt tabagique Indéterminé (8 études) Négatif (5 études)
Durkin et coll., 2012 (2 recensions, 3 études)	-	-	Campagnes pour tous- Autres effets (appels à une ligne de soutien, comportement tabagique, etc.) et impact sur l'arrêt tabagique Neutre (2 recensions et 3 études)
Guillaumier et coll., 2012 (17 études)	Campagnes pour tous, effets sur l'arrêt ou la prévalence Neutre (3 études) Positif (1 étude)		Campagnes pour tous- autres effets (rappel de la campagne, perception de son efficacité, réponse émotionnelle à celle-ci) Indéterminé (5 études) Neutre (4 études) Négatif (1 étude) Positif (1 étude)
			Campagnes ciblant les groupes défavorisés -Divers effets (rappel de la campagne, perception de la campagne et arrêt tabagique) de Indéterminé (6 études)
Étude primaire			
Nonnemaker et coll., 2014	-	-	Campagnes télévisées pour tous- autre effet (tentative d'arrêt) Neutre

* Impact sur l'équité positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité neutre : effets similaires chez tous les groupes
Impact sur l'équité négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité

Tableau 10 Efficacité des mises en garde à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recensions d'écrits			
Thomas, S. et coll., 2008 (2 études)	-	-	Autre effet (comportement tabagique) Neutre (2 études)
Brown T. et coll., 2014 A (5 études)	Neutre (1 étude)	-	Autres effets (efficacité perçue des mises en gardes, préférences d'achat, motivation pour arrêter de fumer, reconnaissance du numéro d'une ligne de soutien, comportement tabagique) Positif (2 études) Neutre (2 études)

* Impact sur l'équité positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité neutre : effets similaires chez tous les groupes
Impact sur l'équité négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité

Tableau 11 Efficacité des restrictions à l'usage du tabac à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recensions d'écrits			
Thomas, S. et coll., 2008 (9 études)	-	-	Restrictions en milieu de travail selon les catégories socioprofessionnelles- autres effets (consommation de tabac, attitudes ou croyances à l'égard du tabagisme et prévalence) Négatif (5 études) Impact non rapporté (4 études)
Hill S. et coll., 2014 (1 recension, 12 études)	Interdictions nationales Neutre (3 études)	-	Les restrictions en milieux de travail sont davantage appliquées dans les milieux professionnels et les plus scolarisés en bénéficient davantage, notamment en matière d'arrêt tabagique Négatif (8 études)
Brown T. et coll., 2014 A (16 études)	Interdictions locales ou partielles Négatif (2 études)	Interdictions locales ou partielles Négatif (2 études) Indéterminé (1 étude)	Autres effets (consommation de tabac, statut tabagique) et prévalence des interdictions locales ou partielles Indéterminé (2 études)
	Interdictions nationales Neutre (2 études) Négatif (2 études) Indéterminé (2 études)	-	Interdictions nationales - autres effets (consommation de tabac, tentatives d'arrêt) Neutre (3 études)
Étude primaire			
Tchicaya A et coll., 2016	Interdiction nationale Positif	-	

* Impact sur l'équité positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité neutre : effets similaires chez tous les groupes
Impact sur l'équité négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité

Tableau 12 Efficacité des stratégies à plusieurs composantes à réduire les inégalités en matière d'arrêt tabagique et/ou de prévalence du tabagisme

Publication	Impact sur l'équité* en matière d'arrêt tabagique	Impact sur l'équité en matière de prévalence du tabagisme	Autres effets/Remarques
Recension d'écrits			
Hill S. et coll., 2014 (1 étude)	-	Positif (1 étude)	
Brown T. et coll., 2014 A (4 études)	Neutre (1 étude)	Prévalence ou autres effets (quantité de tabac consommée, tentatives d'arrêt) Indéterminé ou mixte (2 études) Neutre (1 étude)	
Études primaires			
Bosdriesz J.R et coll., 2015	Neutre	-	
Hummel K. et coll., 2015	-	-	Autre effet (réflexion sur la possibilité de cesser de fumer) Positif
Bosdriesz JR. et coll., 2016	Négatif	-	
Hu Master Y. et coll., 2016	-	Positif	

* Impact sur l'équité positif : plus d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité neutre : effets similaires chez tous les groupes
Impact sur l'équité négatif : moins d'effets chez les groupes défavorisés
Impact sur l'équité indéterminé : manque de données ou données mixtes ne permettant pas de statuer sur l'équité

www.inspq.qc.ca