

Interventions et mesures pour réduire l'exposition des populations défavorisées sur le plan socioéconomique à la fumée de tabac dans leur domicile

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

Interventions et mesures pour réduire l'exposition des populations défavorisées sur le plan socioéconomique à la fumée de tabac dans leur domicile

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

Direction du développement des individus et des communautés

Février 2019

AUTEURES

Michèle Tremblay, médecin-conseil
Annie Montreuil, conseillère scientifique spécialisée
Développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE

Sophie Michel, agente administrative
Anouk Sugar, agente administrative
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 :

Pascale Bergeron, conseillère scientifique
Jean-Pierre Landriault, chef d'unité scientifique
Jean-Marc Leclerc, conseiller scientifique
Stéphane Perron, médecin spécialiste
Réal Morin, médecin spécialiste
Institut national de santé publique du Québec

Jean-Paul Gagné, accompagnateur régional pour les politiques sans fumée
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Les auteures remercient Benoit Lasnier de l'Institut national de santé publique du Québec pour la production de données statistiques.

Cette synthèse a été réalisée grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

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 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-83827-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

Table des matières

Faits saillants	1
Sommaire	3
Introduction	7
1 Mise en contexte	9
1.1 Effets sur la santé de l'exposition à la fumée de tabac.....	9
1.2 Loi touchant les Québécois	9
1.3 Fumée de tabac dans les immeubles résidentiels à logements multiples	9
2 Méthodologie	13
2.1 Processus de recherche documentaire.....	13
2.2 Méthode d'analyse des écrits scientifiques	15
2.3 Méthode de recension de la littérature grise	15
3 Résultats	17
3.1 Perspectives des parents et des enfants de milieux défavorisés sur l'exposition à la fumée de tabac	19
3.2 Mesures et interventions de protection contre l'exposition à la fumée de tabac	21
3.2.1 Campagnes médiatiques	21
3.2.2 Intervention à plusieurs composantes au domicile	23
3.2.3 Facteurs qui augmentent la participation à une intervention au domicile.....	24
3.2.4 Abstinance temporaire à l'aide de pharmacothérapie ou de cigarette électronique	25
3.2.5 Démarches en vue de rendre des immeubles résidentiels sans fumée	26
4 Discussion	29
Conclusion	41
Références	43
Annexe 1 Tableaux d'extraction	47

Faits saillants

Les effets d'une exposition à la fumée de tabac sur la santé sont indiscutables et ont mené, au Québec, à l'adoption de lois restrictives interdisant de faire usage du tabac dans divers lieux publics et de travail de même que dans de nombreux environnements fréquentés par les jeunes. Toutefois, à l'exception des aires communes des immeubles de deux logements ou plus, ces restrictions ne touchent pas les domiciles. Or, au Québec, en 2013-2014, les jeunes non-fumeurs de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique étaient exposés à la fumée de tabac dans leur domicile de manière quotidienne ou quasi quotidienne en plus grande proportion que les jeunes non-fumeurs issus de milieux favorisés. Cette synthèse des connaissances a donc été entreprise pour identifier les mesures et interventions susceptibles de réduire les inégalités en matière d'exposition à la fumée de tabac.

À ce jour, quelques études seulement ont évalué des interventions pour diminuer l'exposition des populations défavorisées à la fumée de tabac dans leur domicile :

- Une intervention auprès de parents, non motivés à cesser de fumer au départ, comprenant un soutien au renoncement au tabac à domicile, une offre gratuite de produits de remplacement de la nicotine et une rétroaction sur les taux de particules fines mesurés dans le domicile, fut appréciée des parents et serait efficace à protéger de la fumée de tabac de jeunes enfants issus de milieux défavorisés.
- L'implantation d'une politique visant à rendre des immeubles résidentiels complètement sans fumée serait une mesure efficace pour réduire l'exposition à la fumée de tabac de résidents non-fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique.
- Selon une étude menée au Royaume-Uni, des campagnes médiatiques télévisées ayant porté spécifiquement sur la fumée de tabac secondaire auraient entraîné une hausse de domiciles sans fumée un mois plus tard, mais cet effet se serait rapidement estompé; aucune différence d'effets n'a été observée selon le niveau socioéconomique.

Les études qualitatives et descriptives analysées apportent un éclairage intéressant sur le point de vue des fumeurs défavorisés. Ceux-ci sont conscients des risques de l'exposition à la fumée de tabac, ils veulent protéger les personnes de leur entourage, mais ils font face à des barrières importantes et des contextes de vie difficiles.

L'examen de la littérature scientifique recensée et des recommandations de grands organismes de santé publique suggère que la mise en place de certaines mesures et interventions aurait avantage à être considérée pour le Québec :

- Tenir compte des contextes de vie des personnes de milieux défavorisés dans le développement d'interventions et de mesures visant à protéger les non-fumeurs des effets d'une exposition à fumée de tabac dans le domicile.
- Rendre accessibles, dans toutes les régions du Québec, un nombre suffisant d'immeubles résidentiels sans fumée pour répondre à la demande des résidents souhaitant demeurer dans des environnements complètement sans fumée.
- Intensifier l'offre de services de proximité aux fumeurs de milieux défavorisés qui souhaiteraient renoncer au tabac ou s'abstenir de fumer dans leur domicile, que ce soit ceux faisant usage du tabac et demeurant dans des immeubles résidentiels en voie de devenir sans fumée ou ceux recevant des soins à domicile.
- Réaliser des campagnes médiatiques sur la fumée secondaire de façon régulière et soutenue à l'aide de messages évalués auprès des personnes défavorisées qui font usage du tabac.

Sommaire

Contexte

Depuis l'adoption de lois québécoises interdisant de fumer dans les lieux publics et de travail de même que dans les véhicules privés en présence de jeunes âgés de moins de 16 ans, le domicile est devenu la principale source d'exposition à la fumée de tabac. En 2013-2014, 22 % des jeunes Québécois de 12-17 ans non-fumeurs résidant dans les secteurs les plus défavorisés (quintiles 4 et 5) étaient exposés à la fumée de tabac dans leur domicile de manière quotidienne ou quasi quotidienne alors que c'était le cas de 12 % des jeunes non-fumeurs des milieux les plus favorisés (quintiles 1 et 2). Chez les adultes non-fumeurs les plus défavorisés sur le plan socioéconomique, 7 % d'entre eux étaient exposés dans leur domicile (quintile 5) versus 4 % chez les adultes non-fumeurs les plus favorisés (quintile 1). Heureusement, des baisses importantes dans les proportions de personnes non-fumeuses rapportant être exposées fréquemment à la fumée de tabac au domicile ont été observées depuis 2007-2008 parmi les populations les plus défavorisées : de 34 % à 22 % chez les jeunes de 12-17 ans et de 10 % à 7 % chez les adultes.

Bien qu'au fil des années, une augmentation de la proportion de domiciles complètement sans fumée ait été observée, en 2013-2014, 24 % des Québécois âgés de 12 ans et plus rapportaient vivre dans des domiciles ne comportant pas d'interdiction de fumer. Cette proportion varie selon le statut tabagique : 16 % chez les non-fumeurs et 56 % chez les fumeurs. Il existe également des différences importantes selon le revenu. Ainsi, 16 % des personnes dont le revenu total du ménage était de 80 000 \$ ou plus résidaient dans un domicile sans interdiction de fumer alors que c'était le cas de 37 % des personnes dont le revenu du ménage était inférieur à 20 000 \$.

Par ailleurs, une adoption volontaire d'interdictions de fumer n'est pas toujours suffisante pour protéger les individus qui habitent un immeuble résidentiel. En effet, les personnes qui ne fument pas à l'intérieur de leur domicile peuvent être exposées à la fumée de tabac s'infiltrant de logements voisins, des corridors ou de fenêtres ouvertes. De plus, les taux de changement d'air à l'heure que peuvent fournir les systèmes de ventilation mécaniques présents dans les domiciles ne peuvent éliminer à eux seuls la fumée de tabac provenant des logements adjacents.

La présente recension des écrits a été entreprise pour identifier les mesures susceptibles de réduire les inégalités en matière d'exposition à la fumée de tabac dans les domiciles des personnes défavorisées sur le plan socioéconomique.

Principaux constats

Peu d'études ont évalué des interventions pour diminuer l'exposition des populations défavorisées à la fumée de tabac dans leur domicile. Les constats suivants s'appuient sur plusieurs études de nature qualitative et descriptive :

- Des entrevues réalisées auprès de mères fumeuses en Écosse révèlent qu'elles sont préoccupées par la santé de leurs enfants. Elles prennent des mesures pour les protéger d'une exposition à la fumée de tabac bien qu'elles soient conscientes que ce ne sont pas des mesures optimales.
- Plusieurs parents défavorisés vivent des contraintes importantes liées à leurs conditions de vie qui rendent difficile l'application d'interdictions de fumer dans leur domicile : monoparentalité, présence de nombreux fumeurs dans l'entourage, logement sans accès direct à l'extérieur, etc.
- Les attitudes à l'égard de la notion d'abstinence temporaire à l'aide de thérapie de remplacement de la nicotine ou de cigarette électronique sont partagées chez des parents anglais et écossais de jeunes enfants de milieux défavorisés interrogés sur cette question; pour certains parents, ce sont

des alternatives intéressantes, alors que pour d'autres, les efforts investis pour diminuer l'exposition à la fumée de tabac des membres de leur famille devraient plutôt viser le renoncement complet au tabac.

- Selon une étude menée au Royaume-Uni, des campagnes médiatiques télévisées ayant porté spécifiquement sur la fumée secondaire auraient entraîné une hausse de domiciles sans fumée un mois plus tard, mais cet effet se serait rapidement estompé; aucune différence d'effets n'a été observée selon le niveau socioéconomique. Plus l'exposition aux campagnes était élevée, plus les chances d'avoir un domicile sans fumée augmentaient.
- Une intervention comprenant un soutien comportemental au domicile, une offre de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) gratuite et une rétroaction sur les taux de particules fines mesurés dans le domicile serait efficace à protéger de la fumée de tabac de jeunes enfants issus de milieux défavorisés dont les parents n'étaient pas motivés à cesser de fumer au départ. Une telle intervention inciterait les responsables d'enfants à faire une tentative de renoncement au tabac. La rétroaction personnalisée sur la qualité de l'air serait l'élément le plus important de l'intervention selon les participants.
- Les populations défavorisées non-fumeuses qui habitent des immeubles résidentiels sont fréquemment exposées à des infiltrations de fumée de tabac et une proportion importante préférerait habiter un immeuble complètement sans fumée.
- L'implantation d'une politique visant à rendre des immeubles à logements multiples complètement sans fumée serait efficace pour réduire l'exposition à la fumée de tabac de résidents défavorisés sur le plan socioéconomique qui ne font pas usage du tabac. De plus, la mise en place d'une telle politique inciterait les fumeurs à renoncer au tabac ou à diminuer leur consommation.
- Les interventions imposées par une figure d'autorité, comme le propriétaire ou la municipalité, seraient gage d'une meilleure implantation.

Perspectives d'action pour le Québec

Selon l'examen de la littérature recensée et des recommandations de grands organismes de santé publique, la mise en place de certaines mesures et interventions gagnerait à être considérée afin de réduire les inégalités en matière d'exposition à la fumée de tabac au Québec :

- Tenir compte des contextes de vie des personnes de milieux défavorisés dans le développement d'interventions et de mesures visant à protéger les non-fumeurs des effets d'une exposition à fumée de tabac dans le domicile.
- Rendre accessible, dans toutes les régions du Québec, un nombre suffisant d'immeubles résidentiels sans fumée pour répondre à la demande des résidents souhaitant demeurer dans un environnement complètement sans fumée.
- Intensifier l'offre de services de proximité aux fumeurs de milieux défavorisés qui souhaiteraient renoncer au tabac ou s'abstenir de fumer dans le domicile, que ce soit ceux faisant usage du tabac et résidant dans des immeubles en voie de devenir sans fumée ou ceux recevant des soins à domicile.
- Réaliser des campagnes médiatiques sur la fumée secondaire de façon régulière et soutenue à l'aide de messages évalués auprès des personnes défavorisées sur le plan socioéconomique qui font usage du tabac.

Il importe de suivre l'évolution des connaissances scientifiques et des expériences étrangères quant à l'utilité de la TRN et de la cigarette électronique comme outils d'abstinence temporaire et quant aux effets de l'exposition à l'aérosol de cigarette électronique dans les domiciles. Il est essentiel de développer la recherche et l'évaluation de projets-pilotes en contexte québécois afin d'offrir des interventions pertinentes aux fumeurs de milieux défavorisés. Enfin, renforcer les différentes mesures de lutte contre la pauvreté et les conditions de vie difficiles devrait également contribuer à réduire les inégalités sociales liées au tabagisme et à l'exposition à la fumée de tabac.

Introduction

Au Québec, la lutte contre le tabagisme est une priorité de santé publique depuis plus de 20 ans et de nombreuses mesures et interventions complémentaires ont été mises en place : adoption de lois sur le tabac en 1998, 2005 et 2015, tenue de nombreuses campagnes médiatiques annuelles et implantation de services gratuits de renoncement au tabac et d'activités de prévention. La mise en œuvre de ce vaste programme de lutte contre le tabagisme a porté fruit. Ainsi, la prévalence du tabagisme chez les Québécois âgés de 15 ans et plus est passée de 30 % en 2000-2001 (Statistique Canada, 2002) à 21 % en 2013-2014 (Statistique Canada, 2015). Toutefois, cette statistique cache des disparités importantes selon le statut socioéconomique. En effet, la proportion de fumeurs atteignait 30 % parmi les adultes résidant dans les milieux les plus défavorisés (quintile 5) alors que c'était le cas de 15 % de ceux demeurant dans les milieux les plus favorisés (quintile 1) (Statistique Canada, 2015).

Des disparités s'observent également au niveau de l'exposition à la fumée de tabac. En 2013-2014, 22 % des jeunes de 12-17 ans non-fumeurs des milieux les plus défavorisés (quintiles 4 et 5) étaient exposés à la fumée de tabac dans leur domicile de manière quotidienne ou quasi quotidienne alors que c'était le cas de 12 % des jeunes non-fumeurs des milieux les plus favorisés (quintiles 1 et 2) (Statistique Canada, 2015). Chez les adultes non-fumeurs les plus défavorisés, 7 % d'entre eux étaient exposés dans leur domicile (quintile 5) versus 4 % chez les adultes non-fumeurs les plus favorisés (quintile 1). Heureusement, des baisses importantes dans les proportions de personnes non-fumeuses rapportant être exposées fréquemment à la fumée de tabac au domicile ont été observées depuis 2007-2008 parmi les populations les plus défavorisées : de 34 % à 22 % chez les jeunes de 12-17 ans et de 10 % à 7 % chez les adultes (Lasnier, Leclerc, & Hamel, 2012; Statistique Canada, 2015). Néanmoins, selon différents auteurs, les inégalités en matière de prévalence du tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac se maintiendraient au Québec et au Canada (Lasnier, Leclerc, & Hamel, 2012; J. L. Reid, Hammond, & Driezen, 2010).

Depuis l'adoption de lois québécoises interdisant de fumer dans les lieux publics et de travail de même que dans les véhicules privés en présence de jeunes âgés de moins de 16 ans, le domicile est devenu la principale source d'exposition à la fumée de tabac. Bien qu'au fil des années une augmentation de la proportion de domiciles complètement sans fumée ait été observée, en 2013-2014, 24 % des Québécois âgés de 12 ans et plus vivaient dans des domiciles ne comportant pas d'interdiction de fumer (Statistique Canada, 2015). Cette proportion varie selon le statut tabagique : elle est de 16 % chez les non-fumeurs et 56 % chez les fumeurs. Il existe également des différences importantes selon le revenu. Ainsi, 16 % des personnes dont le revenu total du ménage était de 80 000 \$ ou plus résidaient dans un domicile sans interdiction de fumer alors que c'était le cas de 37 % des personnes dont le revenu du ménage était inférieur à 20 000 \$.

Par ailleurs, une adoption volontaire d'interdictions de fumer n'est pas toujours suffisante pour protéger les individus qui habitent un immeuble résidentiel. En effet, les personnes qui ne fument pas à l'intérieur de leur domicile peuvent être exposées à la fumée de tabac en provenance de logements adjacents, des corridors ou de fenêtres ouvertes (Gentzke, 2016; Kernoghan, Lambraki, Pieters, & Garcia, 2014). De plus, les taux de changement d'air à l'heure que peuvent fournir les systèmes de ventilation mécaniques présents dans les domiciles ne peuvent éliminer à eux seuls la fumée de tabac provenant des logements adjacents (Lajoie, Leclerc, & Schnebelen, 2006).

L'objectif du présent document est de présenter l'analyse d'écrits scientifiques récents sur les mesures et interventions efficaces ou prometteuses susceptibles de réduire les inégalités en matière d'exposition à la fumée de tabac dans les domiciles des personnes défavorisées sur le plan socioéconomique. Cette recension ne porte donc pas sur des interventions déjà implantées au Québec (interdictions de fumer dans les lieux publics intérieurs et les lieux de travail, près des portes et des fenêtres de ces lieux, sur les terrasses de restaurants et de bars, sur les terrains des écoles, près des aires de jeux pour enfants et des terrains et aménagements sportifs, dans les voitures en présence de jeunes). Cette publication est la deuxième d'une série portant sur les mesures et interventions visant à réduire les inégalités en matière de tabagisme, la première ayant examiné les interventions de renoncement au tabac (Bergeron & Tremblay, 2018). La troisième s'intéressera aux interventions de prévention.

1 Mise en contexte

1.1 Effets sur la santé de l'exposition à la fumée de tabac

L'exposition à la fumée de tabac a un impact démontré sur la santé des non-fumeurs et est responsable d'environ 1000 décès par année de Canadiens non-fumeurs (Dobrescu, Bhandari, Sutherland, & Dinh, 2017). Elle augmente les risques de souffrir de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de cancer du poumon et a un impact sur le développement du fœtus. Chez les enfants, elle est associée aux infections de l'oreille moyenne, aux maladies respiratoires et à une réduction de la fonction pulmonaire (U.S.Department of Health and Human Services, 2014). Plusieurs des 7 000 substances chimiques présentes dans la fumée de tabac sont irritantes pour les yeux et les voies respiratoires et 70 sont reconnues pour causer, provoquer ou favoriser le cancer, faisant de la fumée de tabac un agent cancérigène du groupe 1. Aucun seuil d'exposition à la fumée de tabac n'est jugé sécuritaire (U.S.Department of Health and Human Services, 2006) et certains risques à la santé seraient présents même à de très bas niveaux d'exposition (Guérin *et al.*, 2006).

1.2 Loi touchant les Québécois

Au Québec, tant les fumeurs que les non-fumeurs sont de plus en plus protégés des effets de l'exposition à la fumée de tabac suite à l'adoption de lois restreignant l'usage du tabac dans divers lieux. Depuis 1998, des lois provinciales successives ont interdit l'usage du tabac :

- dans les lieux publics intérieurs et les lieux de travail;
- à neuf mètres des portes, des fenêtres qui s'ouvrent et des prises d'air des lieux publics et de travail;
- sur les terrasses des restaurants et des bars;
- sur les terrains des établissements d'enseignement primaire et secondaire en tout temps;
- sur les aires extérieures de jeux pour enfants, sur les terrains et aménagements sportifs extérieurs, de même que sur les terrains de camps de vacances, les patinoires et les piscines extérieures;
- dans les domiciles qui servent à la garde des enfants pendant les heures de garde;
- dans les véhicules automobiles en présence de personnes de moins de 16 ans;
- dans les aires communes des immeubles de deux logements ou plus.

De plus, la Loi concernant la lutte contre le tabagisme adoptée en 2015 imposait aux établissements de santé et de services sociaux et aux établissements d'enseignement postsecondaire l'adoption d'une politique visant la création d'environnements sans fumée au plus tard en novembre 2017.

1.3 Fumée de tabac dans les immeubles résidentiels à logements multiples

Les personnes qui demeurent dans un immeuble résidentiel sans interdiction complète de fumer peuvent être exposées à la fumée de tabac en dépit de l'interdiction de fumer dans leur propre domicile (King, Travers, Cummings, Mahoney, & Hyland, 2010). La fumée de tabac en provenance des logements voisins peut s'infiltrer par :

- les fenêtres et les portes ouvertes;
- les systèmes de ventilation;

- les interstices, les fissures et les brèches des murs, des planchers ou des plafonds;
- les prises électriques, les prises de téléphones ou de câbles;
- les tuyaux et les luminaires.

Selon le recensement de 2016, 54 % des logements privés au Québec se trouvent dans des immeubles résidentiels de deux logements ou plus. Dans la région métropolitaine de Montréal, cette proportion est de 67 %, et dans la ville de Montréal, 92 %. Ce type d'habitations comprend des édifices de plusieurs étages avec des appartements ou des condominiums, des duplex, des maisons de ville, des maisons semi-détachées et des maisons dont l'intérieur a été divisé en plusieurs appartements.

Un sondage en ligne a été mené en 2016 auprès de 1000 Québécois âgés de 18 ans et plus qui habitaient dans un immeuble de deux habitations ou plus. Plus du quart (27 %) des foyers comptait au moins un fumeur. Ce sondage révèle que :

- Trois occupants d'immeubles résidentiels sur 10 (29 %) ont été exposés dans leur domicile à des odeurs de fumée de tabac provenant de l'extérieur de leur domicile au moins une fois par semaine, au cours des six mois précédents.
- La proportion de personnes exposées à des odeurs de fumée de tabac de façon hebdomadaire est plus élevée chez les personnes de moins de 55 ans et les personnes vivant dans des logements plus modestes.
- Les sources d'infiltration les plus fréquemment citées sont les fenêtres ouvertes (52 %) et les couloirs (33 %).
- La moitié des non-fumeurs (51 %) considèrent que la fumée de tabac qui s'infiltré dans leur domicile constitue une nuisance, 44 % que cela représente un risque pour la santé et 36 % une atteinte à leur vie privée.
- Près d'un fumeur sur deux est préoccupé (47 %) par la fumée de tabac qui entre dans sa demeure.
- 5 % des individus ont déménagé et 10 % ont considéré cette option à cause de l'infiltration de la fumée de tabac dans leur domicile (Ipsos, 2016).

Il y a quelques années, suite à des plaintes de locataires au sujet de leur exposition à de la fumée de tabac dans leur domicile en provenance de logements voisins, des initiatives pour mettre en place des immeubles complètement sans fumée ont vu le jour en Ontario. En 2010, la municipalité régionale de Waterloo a été la première municipalité à adopter une politique interdisant complètement de fumer dans les immeubles de logements sociaux qu'elle gère. Toutefois, une clause interdisant de fumer dans les espaces privés intérieurs et extérieurs comme les balcons et les patios peut seulement être ajoutée au bail d'un nouveau locataire, la loi ontarienne ne permettant pas de modifier un bail en cours. Ainsi, les nouveaux locataires n'ont pas le droit de fumer alors que ceux dont le bail date d'avant 2010 ont la possibilité de le faire jusqu'à ce qu'ils déménagent. Cette situation présente des défis importants au niveau de l'application de la politique et maintient l'exposition à la fumée de tabac pour plusieurs locataires (Kaufman, Kang, Kennedy, Beck, & Ferrence, 2018).

En juin 2018, la Corporation des propriétaires immobiliers du Québec, qui couvre environ le tiers du marché locatif au Québec a sondé plus de 1500 membres, propriétaires d'immeubles de logements locatifs. Parmi ceux-ci, 51 % ont indiqué que tous leurs baux interdisaient de fumer du tabac, une augmentation, comparativement à 43 % selon un sondage similaire réalisé en janvier 2017. Quant aux propriétaires ayant signé des baux permettant de fumer, 86 % d'entre eux comptaient se prévaloir de la possibilité accordée par le législateur d'ajouter une clause interdisant de fumer du cannabis dans les baux déjà signés (<https://www.corpiq.com/fr/nouvelles/1218-sondage-exclusif-sur-le-cannabis-linquietude-des-proprietaires-grimpe.html>). Ailleurs au Canada, l'usage du tabac est interdit dans les logements sociaux au Yukon (bien que permis sur les balcons et les patios privés, et à plus de cinq mètres des entrées), à Terre-Neuve et Labrador, et en Nouvelle-Écosse (J. Reid, Hammond, Rynard, Maddill, & Burkhalter, 2017).

Aux États-Unis, l'agence américaine de logement et développement urbain (*U.S. Department of Housing and Urban Development*) a adopté en 2016 une politique visant à interdire de fumer à l'intérieur des logements d'immeubles résidentiels, dans les aires communes et à l'extérieur des bâtiments dans un périmètre de 25 pieds. Cette politique est en vigueur depuis le 1er août 2018 et touche deux millions d'Américains (U.S. Department of Housing and Urban Development, 2016).

Pendant plusieurs années, l'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF), bureau du Québec, a mené des activités de sensibilisation pour conscientiser les principaux acteurs du secteur de l'habitation des problèmes engendrés par les infiltrations de fumée de tabac dans les immeubles résidentiels du Québec. L'ADNF avait pour objectif de développer les connaissances et les habiletés nécessaires au sein des parties intéressées, comme le réseau de la santé publique et les organismes de santé, pour faire avancer le mouvement de façon concertée. Un site internet créé par cette association et disponible jusqu'à tout récemment présentait un survol du cadre législatif et de la jurisprudence au Québec de même que des outils visant à offrir du soutien pour trouver des options permettant de vivre dans un environnement sans fumée.

Les efforts commencent à porter fruit. À Baie-Comeau, depuis le 1^{er} juin 2018, les nouveaux locataires n'ont plus le droit de fumer à l'intérieur de leur logement ni sur leur balcon. Seuls les locataires existants bénéficient d'un droit acquis de fumer. Le nouveau règlement a été adopté par l'Office municipal d'habitation (OMH) à la suite de plaintes de locataires dont les voisins fumaient la porte ouverte. Plusieurs autres OMH se préparent à intervenir. Dans les régions de la Montérégie et de Chaudière-Appalaches, par exemple, des démarches sont en cours en vue d'adopter un règlement sans fumée dans des habitations de type logement social, en collaboration avec les acteurs de santé publique et d'autres partenaires, tels que la Société d'habitation du Québec et la Fédération des locataires d'habitation à loyer modique du Québec. Il est à noter que le règlement adopté par l'OMH de Baie-Comeau interdit également de faire usage de cigarettes électroniques.

2 Méthodologie

2.1 Processus de recherche documentaire

Concepts et mots-clés

La première étape de la recension des écrits a consisté à traduire quatre concepts à l'étude en mots-clés : exposition à la fumée de tabac, inégalités, lieux privés et interventions. Ces mots-clés, en anglais, ont servi à interroger les diverses bases de données pour repérer des articles scientifiques pertinents.

Le concept d'interventions a été abandonné à l'étape de la recherche de littérature parce qu'il rendait la recherche trop restrictive. Il a été appliqué à une étape subséquente lors de la sélection des articles sur la base des titres et des résumés.

Tableau 1 Liste des mots-clés par concept

Concept	Mots-clés
Exposition à la fumée de tabac	TI (smoke N2 (exposure* OR exposed OR exposing OR secondhand OR second-hand OR thirdhand OR third-hand OR tertiary OR passive OR "environmental tobacco" OR residue* OR residual)) OR AB (smoke N2 (exposure* OR exposed OR exposing OR secondhand OR second-hand OR thirdhand OR third-hand OR tertiary OR passive OR "environmental tobacco" OR residue* OR residual))
Inégalités	TI (disadvantaged OR ((health OR socio* OR social* OR demographic*) N2 (disparat* OR disparit* OR inequit* OR unequal* OR inequal* OR depriv* OR difference* OR discrepan* OR disadvantage* OR divergence* OR equit* OR equal* OR parity OR fair OR fairly OR fairness OR unfair* OR barrier* OR underserved OR under-served)) OR sociodemographic* OR socio-demographic* OR (socio* N3 status) OR "social class*") OR AB (disadvantaged OR ((health OR socio* OR social* OR demographic*) N2 (disparat* OR disparit* OR inequit* OR unequal* OR inequal* OR depriv* OR difference* OR discrepan* OR disadvantage* OR divergence* OR equit* OR equal* OR parity OR fair OR fairly OR fairness OR unfair* OR barrier* OR underserved OR under-served)) OR sociodemographic* OR socio-demographic* OR (socio* N3 status) OR "social class*")
Lieux privés	TI (apartment* OR condo OR condos OR condominium* OR home OR homes OR dwelling* OR housing* OR house OR houses OR residence* OR residential OR building* OR lodging* OR domicile*) OR AB (apartment* OR condo OR condos OR condominium* OR home OR homes OR dwelling* OR housing* OR house OR houses OR residence* OR residential OR building* OR lodging* OR domicile*)
Interventions	TI (law* OR legislat* OR prohibit* OR restrict* OR policy OR policies OR rule OR rules OR (social N2 control*) OR regulation* OR jurisprudence* OR (legal N2 (aspect* OR principle*)) OR ban OR banned OR banning OR prevent* OR smoke-free OR smokefree OR intervention* OR strateg* OR program OR programs OR programme*) OR AB (law* OR legislat* OR prohibit* OR restrict* OR policy OR policies OR rule OR rules OR (social N2 control*) OR regulation* OR jurisprudence* OR (legal N2 (aspect* OR principle*)) OR ban OR banned OR banning OR prevent* OR smoke-free OR smokefree OR intervention* OR strateg* OR program OR programs OR programme*)

Critères d'inclusion

- Étude portant sur des mesures et interventions visant à protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée de tabac dans leur domicile.
- Étude qui documente des obstacles ou des facteurs facilitants dans l'implantation d'interventions visant à réduire les inégalités en matière de protection contre l'exposition à la fumée de tabac au domicile.
- Étude qui inclut une mesure de niveau socioéconomique (éducation, revenu, etc.) ou qui porte sur une population défavorisée.

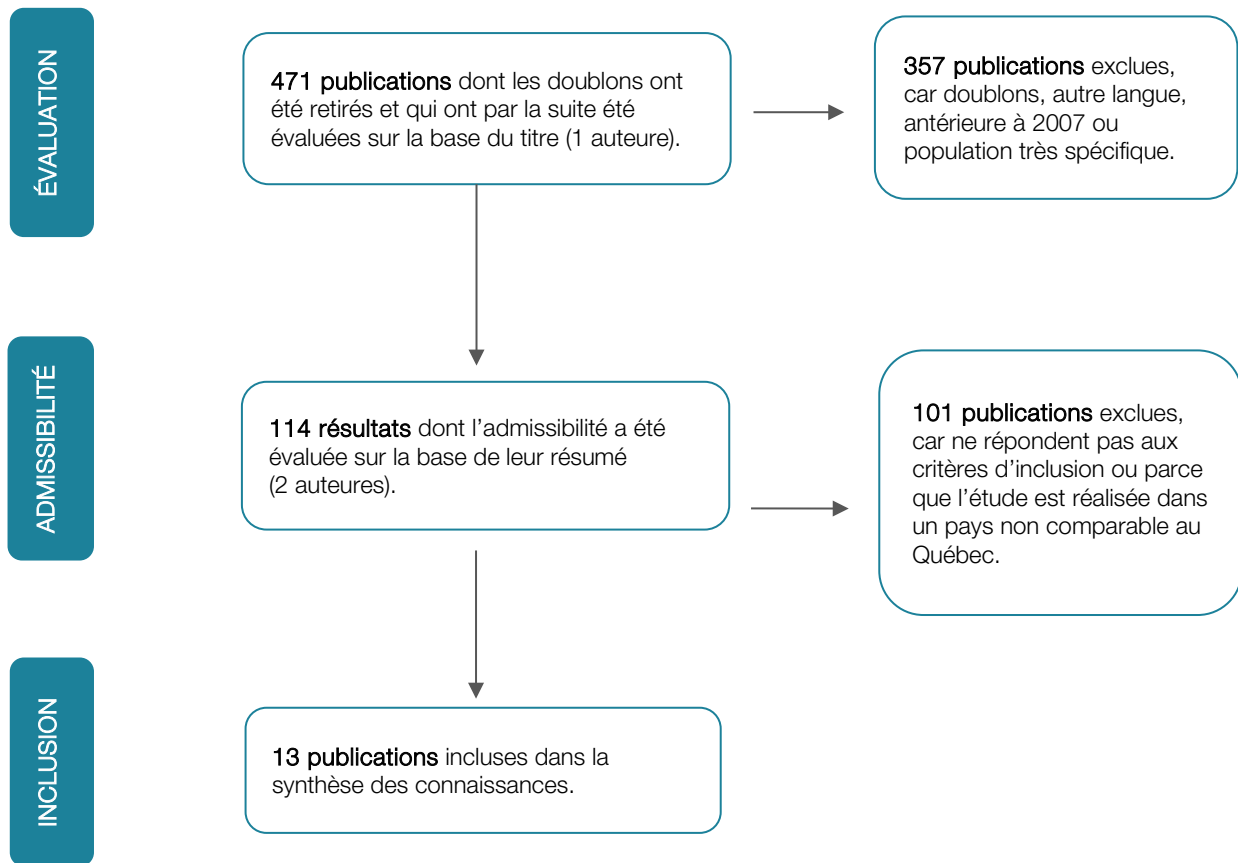
Critères d'exclusion

- Publications pour lesquelles la question de l'exposition à la fumée de tabac n'est pas abordée ou qui rapportent des effets qui ne sont pas en lien avec l'exposition à la fumée de tabac.
- Publications qui ne font que décrire les inégalités en matière d'exposition à la fumée de tabac.
- Étude portant uniquement sur des populations très spécifiques, comme des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de multiples dépendances, la population carcérale, les itinérants.
- Publication portant sur des mesures et interventions mises en place dans des pays difficilement comparables avec le Québec.
- Publication dans une autre langue que l'anglais ou le français.
- Publication antérieure à 2007.

Processus de recherche et de sélection

Les mots-clés ont été traduits en requêtes servant à interroger diverses bases de données à l'aide des interfaces EBSCOhost et Ovid. Au total, 471 articles scientifiques ont été repérés. Un premier tri basé sur la lecture des titres par une des auteures (AM) a permis d'exclure 357 publications qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Des 114 publications restantes évaluées par les deux auteures sur la base des résumés, treize ont été retenues. L'une de ces publications était une thèse de doctorat composée de quatre études.

Figure 1 Diagramme de la recherche documentaire



2.2 Méthode d'analyse des écrits scientifiques

Les deux auteures ont lu les 13 publications retenues et ont consigné les informations pertinentes dans une série de tableaux (annexe 1) à l'aide d'une grille permettant de compiler pour chaque étude des informations générales (auteurs, année de publication, objectifs), des informations sur la mesure ou l'intervention (contexte, description, population, indicateurs de niveau socioéconomique), des informations relatives à la méthode (devis, effets mesurés, analyses), les résultats obtenus de même que des informations sur la qualité de l'étude (limites, conflit d'intérêts). Les limites de l'ensemble du corpus d'études s'inspirent de grilles d'évaluation de la qualité en santé publique et de recommandations de diffusion d'études qualitatives (O'Brien, Harris, Beckman, Reed, & Cook, 2014; Thomas, Ciliska, Dobbins, & Micucci, 2004).

Les différences d'interprétation des études ont été résolues par discussion. La synthèse est présentée de façon narrative.

2.3 Méthode de recension de la littérature grise

Une recherche de la littérature grise a été effectuée à l'aide du moteur de recherche Google et les sites des principales organisations de santé publique ont été consultés. Les principales recommandations de ces organisations en ce qui a trait aux mesures efficaces ou prometteuses pour réduire les inégalités en matière de protection de l'exposition à la fumée de tabac sont présentées dans la discussion.

3 Résultats

Treize écrits scientifiques publiés entre 2011 et 2017 ont été retenus pour cette synthèse des connaissances (Tableau 2). Cinq études ont été réalisées en Écosse, quatre aux États-Unis, trois en Angleterre et une en Allemagne. La plupart des études ont porté sur des interventions visant à amener les fumeurs à ne pas fumer à l'intérieur de leur domicile alors que trois études américaines ont porté sur des interventions visant à réduire l'exposition à la fumée de tabac provenant d'infiltrations des logements voisins.

La majorité des études recensées sont descriptives et utilisent des méthodes qualitatives. Plusieurs d'entre elles ont été réalisées auprès de parents de jeunes enfants; elles ont porté sur l'exposition à la fumée de tabac dans le domicile de façon générale alors que d'autres se sont penchées sur l'utilité de la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) ou de la cigarette électronique comme outils permettant une abstinence temporaire. Des enfants et des adolescents ont été interrogés sur les stratégies utilisées par leurs parents ou par eux-mêmes pour diminuer l'exposition à la fumée de tabac au domicile. D'autres chercheurs se sont intéressés aux caractéristiques des parents enclins à participer à une intervention qui leur serait offerte. Deux publications ont porté sur les campagnes médiatiques, la première ayant examiné les effets d'une campagne et la seconde ayant questionné les adultes sur leur perception d'une campagne. Des groupes de discussion ont été menés auprès de personnes demeurant dans des immeubles à logements multiples pour connaître leur perception d'interdictions éventuelles de fumer dans les logements qu'ils habitent. L'une des études, réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat, a évalué les effets d'une intervention communautaire sur l'adoption de politiques sans fumée dans des immeubles résidentiels publics et privés. Finalement, une étude a examiné l'impact d'interdictions de fumer dans des immeubles à logements multiples sur l'exposition à la fumée de tabac et sur les taux de renoncement au tabac de résidents défavorisés sur le plan socioéconomique.

Les indicateurs de niveau socioéconomique varient d'une étude à l'autre. Cinq études ont recruté les participants dans des communautés défavorisées et quatre études, parmi les utilisateurs d'un service pour personnes vulnérables de communautés défavorisées. Deux études ont été réalisées auprès des résidents d'immeubles résidentiels subventionnés. Deux études ont inclus une variable de niveau socioéconomique dans leurs analyses : dans un cas, il s'agissait de l'indice de niveau socioéconomique du ménage et dans l'autre cas, du statut d'emploi, du revenu et du niveau de scolarité des participants.

Tableau 2 Caractéristiques des études sélectionnées (suite)

Auteurs	Pays	Objectif	Devis	Indicateur de niveau socioéconomique
Kastirke <i>et al.</i> , 2013	Allemagne	Décrire une démarche de recrutement de familles défavorisées qui comptent au moins un fumeur quotidien à une intervention visant à réduire l'exposition à la fumée de tabac dans le domicile	Mesure du taux de participation	Communauté défavorisée
Northrup <i>et al.</i> , 2015	États-Unis	Analyser les facteurs favorisant la participation de mères de bébés hospitalisés dans une unité néonatale intensive à une intervention visant à réduire l'exposition à la fumée de tabac dans le domicile	Étude randomisée	Emploi, revenu, scolarité
Baezconde-Garbanati <i>et al.</i> , 2011	États-Unis	Décrire une démarche d'implantation d'une politique volontaire d'immeubles sans fumée dans une communauté hispanique de Californie	Mixte : <ul style="list-style-type: none"> ■ Groupes de discussion ■ Sondages 	Communauté défavorisée
Pizacani <i>et al.</i> , 2012	États-Unis	Étudier la connaissance, l'observance et l'application d'une politique d'espaces sans fumée chez des résidents d'immeubles à logements multiples de même que les effets d'une telle politique sur l'exposition à la fumée de tabac et sur le renoncement au tabac	Mixte : <ul style="list-style-type: none"> ■ Sondages ■ Entrevues 	Immeubles résidentiels subventionnés
Gentzke, 2016 (thèse de doctorat)	États-Unis	Évaluer les effets d'une intervention communautaire sur l'adoption de politiques sans fumée dans des immeubles résidentiels	Sondages	Immeubles résidentiels subventionnés

3.1 Perspectives des parents et des enfants de milieux défavorisés sur l'exposition à la fumée de tabac

Examinons dans un premier temps la démarche de chercheurs du Royaume-Uni qui ont tenté de comprendre le point de vue de mères et d'enfants de milieux défavorisés sur l'exposition à la fumée de tabac au domicile.

En 2013-2014, Rowa-Dewar et ses collègues ont mené, à Édimbourg, en Écosse, des entrevues semi-dirigées auprès de 22 mères d'enfants de un à trois ans, âgées de 22 à 47 ans, et faisant usage du tabac (Rowa-Dewar, Lumsdaine, & Amos, 2015). Ces mères, issues de communautés défavorisées ou mixtes, ont été recrutées parmi les utilisatrices d'un service pour personnes vulnérables, en raison de problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de rupture conjugale. On a demandé aux mères d'indiquer sur un plan de leur domicile qu'elles avaient dessiné, les endroits où elles ont fumé durant leur grossesse et depuis la naissance de leur enfant. Elles ont aussi été questionnées sur leur compréhension des effets de la fumée de tabac secondaire, de même que sur

les restrictions de fumer dans leur domicile, l'évolution de celles-ci dans le temps et les raisons de ces changements.

Toutes les participantes ont rapporté prendre des mesures pour protéger leurs enfants de la fumée de tabac : fumer uniquement dans la cuisine, leur propre chambre ou une autre pièce quand l'enfant n'est pas présent et ouvrir la fenêtre pour évacuer la fumée; changer de vêtement quand elles fument; se laver les mains ou les dents après avoir fumé; utiliser un purificateur d'air. Elles sont conscientes que ces mesures ne sont pas totalement efficaces, mais elles considèrent que c'est le mieux qu'elles peuvent faire, étant donné les circonstances dans lesquelles elles vivent : ne pas avoir accès à l'extérieur du logement, élever seule un enfant en bas âge, déménager souvent pour bénéficier d'un logement social, être sans emploi. Les restrictions de fumer dans le domicile peuvent évoluer avec le temps selon qu'elles ont un partenaire pour s'occuper des enfants ou accès à un endroit extérieur d'où elles peuvent les surveiller. Plusieurs mettent en place des restrictions de fumer plus sévères que celles imposées par leurs conjoints ou ex-conjoints, mais elles affirment avoir un pouvoir limité pour les faire respecter, que ce soit par leur partenaire, les visiteurs ou même les grands-parents qui sont parfois leur seule option pour garder les enfants. Les mères interrogées veulent être de bonnes mères et souhaitent être un modèle de parent qui ne fait pas usage du tabac. Toutes les participantes sauf deux souhaitaient d'ailleurs cesser de fumer pour protéger la santé des membres de leur famille ou pour réduire l'impact du tabagisme sur le budget familial. Presque toutes ont fait une tentative de renoncement au tabac durant leur plus récente grossesse. Plusieurs ont décrit avoir reçu de l'information sur la fumée secondaire de manière brusque et avec peu de sensibilité, au point de se sentir coupables, mauvaises et stupides. En outre, elles rapportent que certains professionnels de la santé leur ont même déconseillé de cesser de fumer en raison de problèmes de santé mentale ou de leur dépendance dans le passé à l'alcool ou à la drogue.

Selon les auteurs, les interventions visant à favoriser la mise en place de domiciles sans fumée doivent inclure du soutien lors de moments de plus grande vulnérabilité, par exemple lors d'une rupture, d'un déménagement ou encore lorsque les enfants deviennent de plus en plus actifs, exigeant ainsi une plus grande surveillance. Les interventions qui s'adressent aux mères devraient miser sur leur motivation à être de bons parents et éviter d'induire de la culpabilité. Les auteurs recommandent également d'explorer des approches impliquant tous les membres de la famille (conjoint, grands-parents, etc.) plutôt que celles ciblant uniquement les mères.

Quelques années plus tôt, en 2007-2009, on a cherché à connaître les perceptions de 38 jeunes de 10 à 15 ans de divers milieux socioéconomiques d'Édimbourg (27 recrutés dans des communautés défavorisées et 11, dans des communautés favorisées) quant aux stratégies utilisées par leurs parents pour diminuer l'exposition de leurs enfants à la fumée de tabac dans le domicile et la voiture (Rowa-Dewar, Amos, & Cunningham-Burley, 2014a). Ces jeunes ont été recrutés par l'entremise de clubs qu'ils fréquentent, sans leurs parents. Lors d'entrevues individuelles ou de groupe, les jeunes de milieux favorisés ont mentionné que la fumée secondaire de tabac est déplaisante dans toutes les circonstances, même lorsqu'ils marchent près d'un fumeur à l'extérieur. Les jeunes moins favorisés, eux, trouvent la fumée déplaisante surtout lorsqu'ils sont à proximité d'un fumeur dans un endroit non ventilé ou dans une voiture. Les auteurs pensent que cette distinction pourrait refléter des normes différentes à l'égard du tabagisme dans les deux types de communautés et le fait que l'on retrouve un plus grand nombre de fumeurs dans l'entourage de personnes de milieux défavorisés. Bien que l'exposition à la fumée de tabac soit perçue comme un risque à la santé, les effets spécifiques sont peu connus des jeunes des deux types de milieux. De plus, les jeunes estiment que ces risques s'appliquent surtout aux personnes vulnérables comme les bébés, les enfants souffrant d'asthme ou les femmes enceintes. Il était complètement interdit de fumer dans près de la moitié des domiciles où vivent des jeunes de milieux favorisés alors que c'était le cas dans un domicile sur dix

de milieux défavorisés. La plupart des jeunes rapportent qu'il est interdit de fumer dans certaines pièces du domicile, principalement dans les chambres des enfants. Dans les milieux plus favorisés, il est permis de fumer dans des endroits plutôt périphériques du domicile comme le garage ou le bureau. Dans les milieux défavorisés, on fume dans le salon ou la cuisine, avec la fenêtre ou la porte ouverte pour évacuer la fumée ou encore on demande à l'enfant de s'éloigner de la personne qui fume ou de quitter la pièce temporairement.

Les auteures concluent qu'il serait important d'informer la population que la fumée de tabac a des effets chez toutes les personnes exposées, et pas seulement chez de très jeunes enfants ou des femmes enceintes et que les mesures de dispersion de la fumée par des fenêtres ou des portes ouvertes ne sont pas efficaces. Des campagnes médiatiques, des programmes de promotion de la santé ou des initiatives communautaires seraient de bons véhicules pour transmettre de tels messages. Elles suggèrent également d'impliquer les jeunes dans l'élaboration de ces messages, car leurs voix et les images qu'ils utilisent peuvent avoir un grand impact.

Les mêmes chercheuses se sont aussi intéressées aux stratégies utilisées par ces jeunes quant au tabagisme de leurs parents (Rowa-Dewar, Amos, & Cunningham-Burley, 2014b). Comme les jeunes s'inquiètent de la santé des membres de leur famille qui fument, ils essaient de les convaincre d'arrêter de fumer en utilisant les messages de prévention et de sensibilisation à leur disposition. Dans les milieux favorisés étudiés, il y a parfois collusion entre la fratrie et entre enfant/parent non-fumeur pour exercer une pression sur le parent fumeur. Dans les milieux défavorisés, il est fréquent que les deux parents fument. Parfois, les grands-parents font usage du tabac, ce qui résulte en davantage d'exposition des enfants à la fumée, surtout quand ceux-ci passent de longues périodes avec eux. Confronter les grands-parents fumeurs est considéré comme répréhensible et irrespectueux. Dans les milieux défavorisés, la relation d'autorité des parents sur les enfants serait plus marquée et les enfants semblent avoir davantage intériorisé qu'ils ont peu de pouvoir pour faire changer les adultes de leur famille. Ce pouvoir est encore plus limité en raison du nombre plus élevé de fumeurs dans la famille et de restrictions moindres de l'usage du tabac dans le domicile.

Selon les auteures, les programmes de promotion de la santé en milieu scolaire pourraient outiller les jeunes à aborder de manière sensible et non stigmatisante le problème que leur cause la fumée de tabac à la maison et dans la voiture et à négocier des restrictions avec leur famille. Les campagnes médiatiques qui font la promotion des lieux sans fumée agirait en soutien aux familles défavorisées pour l'adoption de domiciles sans fumée malgré les normes sociales tolérantes au tabac de leurs milieux.

3.2 Mesures et interventions de protection contre l'exposition à la fumée de tabac

3.2.1 CAMPAGNES MÉDIATIQUES

Des chercheurs du Royaume-Uni ont évalué l'efficacité de campagnes médiatiques sur l'adoption de domiciles sans fumée, lesquelles campagnes étaient subventionnées par le gouvernement et diffusées à la télévision (Lewis *et al.*, 2015). Pour ce faire, ils ont analysé des données provenant de près de 10 000 ménages, comportant au moins un adulte fumeur et ayant répondu à l'enquête annuelle *Health Survey for England* menée entre 2004 et 2010. L'exposition aux campagnes télévisées a été mesurée à l'aide de l'indice des *Gross Rating Points (GRP)*, qui combine le pourcentage de la population exposée à la campagne et le nombre moyen de fois que la campagne a été vue. Ainsi, 100 GRP signifie que 100 % des adultes ont été exposés une fois ou que 50 % des adultes ont été exposés deux fois. Les campagnes analysées portaient sur le tabac en général ou

étaient spécifiques à l'exposition à la fumée de tabac secondaire avec pour thèmes « La fumée secondaire tue » ou « Le tueur invisible ». Lors de l'analyse des effets de l'exposition aux campagnes sur l'adoption d'interdictions de fumer au domicile, les chercheurs ont tenu compte de certaines variables dont l'indice de défavorisation du ménage, le nombre de fumeurs dans le ménage, le sexe et l'âge des fumeurs, le niveau de dépendance au tabac, l'âge du plus jeune enfant et la saison.

Les chercheurs n'ont pas trouvé d'association entre l'exposition aux campagnes sur le tabac et le fait d'avoir un domicile sans fumée. Toutefois, les campagnes portant spécifiquement sur la fumée secondaire auraient eu un effet un mois après l'exposition, mais cet effet s'était estompé après deux mois, ce qui fait dire aux auteurs que l'effet serait de courte durée. Par ailleurs, l'exposition aux campagnes sur la fumée secondaire était en deçà du seuil recommandé pour avoir un effet, soit 155 GRP plutôt que 400 GRP, ce qui semble confirmé par le fait qu'à chaque hausse de 100 GRP, il y avait une hausse de 7 % de chances d'avoir un domicile sans fumée. Aucune différence d'effets n'a été observée selon le niveau socioéconomique. Les auteurs rapportent que les campagnes ayant eu du succès pour favoriser le renoncement au tabac démontrent de façon positive comment cesser de fumer tout en abordant les effets néfastes de l'usage du tabac. Ils concluent que si de telles observations s'appliquent à la fumée secondaire, il pourrait être pertinent de démontrer comment rendre son domicile sans fumée et d'informer le public des effets nocifs de l'exposition à la fumée de tabac.

Une étude qualitative menée par Rowa-Dewar et Amos en 2013-2014 a examiné la réaction de 17 parents fumeurs défavorisés avec au moins un enfant en bas âge, à une campagne médiatique les incitant à fumer à l'extérieur du domicile (Rowa-Dewar & Amos, 2016). Cette campagne, *Right Outside*, visait à informer les parents écossais de la vulnérabilité des enfants face à la fumée de tabac et de l'inefficacité de fumer dans une autre pièce du domicile sur l'exposition des enfants aux substances nocives de la fumée de tabac. Elle fut diffusée à la radio, à la télévision (40 secondes, jusqu'à 10 fois par jour, de mars à juin 2014, sur trois chaînes), dans le cadre d'événements communautaires, sur des affiches et sur un site internet. Les chercheurs ont constaté que le rappel de la campagne et la motivation de protéger leurs enfants de la fumée de tabac étaient élevés chez les parents interrogés. Bien que les parents soient d'accord qu'il est préférable de fumer à l'extérieur, ils considèrent qu'il est pratiquement impossible d'y arriver, faisant face à des contraintes importantes, comme le manque d'accès direct pour aller fumer à l'extérieur, ou le fait d'être le seul parent à exercer la surveillance d'un jeune enfant qui demande beaucoup de vigilance. La responsabilité des autres membres de la famille dans l'exposition à la fumée de tabac a été mentionnée, que ce soit celle de l'ex-conjoint ou des grands-parents, qui représentent souvent un soutien indispensable, mais qui ont de moins grandes restrictions dans leur domicile. Certains parents ont exprimé le désir de cesser de fumer, ce qui éviterait d'exposer les enfants à la fumée de tabac et apporterait d'autres bénéfices tels que : être un modèle pour leurs enfants ou encore améliorer leur propre santé ou les finances de la famille. Cesser de fumer représente toutefois un très grand défi et certains envisagent des moyens alternatifs comme l'utilisation de la cigarette électronique. Les auteurs affirment qu'il serait important que les professionnels discutent d'approches alternatives comme l'usage temporaire de TRN ou de la cigarette électronique avec les fumeurs qui ne peuvent pas renoncer au tabac ou fumer à l'extérieur de leur domicile de façon sécuritaire.

3.2.2 INTERVENTION À PLUSIEURS COMPOSANTES AU DOMICILE

Dans le but de réduire l'exposition des enfants à la fumée de tabac dans le domicile, un projet-pilote en deux phases a été mené en Angleterre en 2011-2012 auprès de parents fumeurs d'au moins un enfant âgé de moins de cinq ans (Marsh *et al.*, 2016). Ces parents ont été recrutés par l'entremise d'un service offert aux parents à faible revenu ayant un enfant en bas âge. L'intervention de la première phase consistait en quatre séances d'entretien motivationnel à domicile d'une durée d'une heure, en face à face, avec un conseiller spécialisé sur la problématique des domiciles sans fumée, réparties sur une période de 12 semaines. Le conseiller discutait avec le participant des dangers de la fumée de tabac, des règles entourant l'usage du tabac au domicile, des barrières au changement et des stratégies pour les contrer. Afin de soutenir l'abstinence temporaire au domicile du participant et des autres adultes fumeurs au foyer, 12 semaines de TRN étaient offertes gratuitement. Lors de chaque visite, le conseiller informait le participant du taux de cotinine salivaire ou urinaire mesuré chez son enfant.

Le recrutement s'est révélé long et fastidieux : sur 256 personnes approchées, seules 19 répondaient aux critères d'admissibilité, huit ont accepté de participer et six ont complété l'étude. Tous les participants ont évalué le soutien comportemental très ou extrêmement utile et ont apprécié l'approche sans jugement; ils ne se sont pas sentis stigmatisés de fumer dans leur domicile et n'ont pas senti de pression pour cesser de fumer. Les participants ont utilisé la TRN, principalement l'inhalateur et les timbres, pour gérer les fortes envies de fumer et pour réduire le nombre de cigarettes fumées. La rétroaction sur la mesure du taux de cotinine chez les enfants représente un facteur important de motivation au changement, mais certains parents considèrent que cette information est stressante. De plus, les enfants n'étaient pas toujours en mesure de fournir une quantité suffisante d'urine pour le test. Quant aux échantillons salivaires, les résultats étaient variables et ils n'étaient pas toujours cohérents avec les résultats des échantillons d'urine. Finalement, les mesures du taux de cotinine ne reflétaient pas toujours les changements au domicile.

Des améliorations ont été apportées à l'intervention en fonction des résultats de la première phase. Ainsi, lors de la seconde phase, les visites du conseiller furent plus fréquentes au début de l'intervention et il y eut ajout de deux contacts proactifs téléphoniques de soutien. La mesure de la cotinine chez les enfants fut remplacée par la mesure de particules fines PM_{2,5} dans l'air du domicile. Les modifications apportées à l'intervention ont été évaluées auprès de six participants, recrutés parmi les 197 personnes approchées. Ils ont apprécié les contacts téléphoniques proactifs. L'évaluation de la qualité de l'air est considérée comme la composante de l'intervention la plus efficace. Cette composante a permis aux participants de constater que fumer dans une pièce du domicile différente de celle où se trouve le moniteur de mesure de particules fines, a un impact négatif sur la qualité de l'air, et que plusieurs heures sont nécessaires avant que le taux de particules fines ne redescende sous le niveau recommandé. Les chercheurs ont observé une baisse importante de la concentration de particules fines entre la première mesure et la seconde mesure, 12 semaines plus tard.

Suite à cette expérience encourageante, les chercheurs décidèrent de réaliser un essai contrôlé randomisé auprès de communautés défavorisées du comté de Nottingham, en Angleterre (Ratschen *et al.*, 2018). Bien que non répertoriée lors de notre recherche d'articles en 2017, parce que publiée en 2018, cette étude importante mérite d'être décrite. Les participants à cette étude furent recrutés via 81 centres qui offrent des services aux parents à faible revenu d'enfants de moins de cinq ans visant à améliorer la santé, le langage et la préparation des enfants à l'école. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient être le principal responsable de l'enfant, être âgés d'au moins 18 ans et rapporter faire usage du tabac au domicile. Furent exclus de l'étude les personnes qui

tentaient ou avaient tenté de renoncer au tabac au cours des trois mois précédents, les fumeuses enceintes ou allaitantes, celles planifiant une grossesse, ou les personnes pour qui une TRN était contre-indiquée. Des 7 861 parents ou responsables d'enfants recrutés, 205 ont été considérés comme admissibles et ont été aléatoirement répartis à l'intervention ou au groupe témoin. Le niveau moyen de défavorisation des participants se situait dans le quintile le plus désavantagé du pays et la majorité des participants habitaient un logement social. L'intervention offerte consistait en a) quatre visites de soutien à domicile, sur une période de 12 semaines, avec un conseiller spécialisé sur la problématique des domiciles sans fumée, deux appels proactifs du conseiller et la possibilité pour les participants de contacter au besoin le conseiller par téléphone ou message texte entre les rencontres, b) la possibilité de recevoir gratuitement une TRN pendant 12 semaines pour une abstinence temporaire ou pour un arrêt tabagique, c) une rétroaction sur les taux de particules fines mesurés dans le domicile au début de l'étude, puis à 7 et 12 semaines, accompagnée d'une discussion sur les stratégies à mettre en place pour réduire les taux mesurés. À noter que les autres fumeurs du ménage avaient accès à la même offre de counseling et de TRN que les participants. Quant aux participants du groupe témoin, ils recevaient de l'information écrite sur les composantes de la fumée de tabac, sur les domiciles sans fumée et sur les ressources locales de renoncement au tabac de même que divers outils.

À 12 semaines, les taux de particules fines avaient diminué de façon significative dans les domiciles des participants ayant reçu l'intervention en comparaison avec les domiciles des participants du groupe témoin. La réduction observée est de l'ordre de 35 %. La cotinine salivaire des enfants, le nombre de cigarettes fumées et l'indice de dépendance au tabac des responsables d'enfants avaient diminué de façon significativement plus importante dans le groupe expérimental. Les tentatives de renoncement au tabac et l'intention de faire une tentative étaient plus élevées dans le groupe expérimental. Enfin, près des deux tiers des participants à l'intervention avaient utilisé la TRN. Les auteurs concluent que l'intervention complexe qu'ils ont étudiée a été efficace pour réduire l'exposition à la fumée de tabac des enfants de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique et dont les responsables n'étaient pas motivés à cesser de fumer au départ. Selon la plupart des participants, la rétroaction personnalisée sur la qualité de l'air constitue l'élément le plus important de l'intervention.

3.2.3 FACTEURS QUI AUGMENTENT LA PARTICIPATION À UNE INTERVENTION AU DOMICILE

Deux études ont tenté d'identifier les facteurs qui augmentent la participation de parents défavorisés fumeurs à recevoir une intervention à leur domicile pour réduire l'exposition de leurs enfants à la fumée de tabac.

La première étude visait à évaluer les avantages de visites personnalisées sur le recrutement de familles. Cette étude a été menée en Allemagne entre 2008 et 2010, dans une région rurale où le taux de chômage est plus élevé qu'ailleurs au pays et où les gens sont moins scolarisés (Kastirke, John, Goeze, Sannemann, & Ulbricht, 2013). Les adresses des enfants âgés de trois ans ou moins ont été identifiées à partir d'un registre obligatoire dans lequel se retrouvent tous les citoyens allemands. Puis, les chercheurs ont pris contact avec 3 293 familles, par lettre, et en les visitant à domicile. Un dépistage dans 2 641 familles a permis d'identifier 1 282 familles admissibles comportant au moins un fumeur quotidien; 917 ont accepté de recevoir une intervention à leur domicile, ce qui représente 72 % des familles admissibles. Les chercheurs ont constaté qu'une plus grande proportion de familles acceptant de participer vivaient dans des familles biparentales, avaient une scolarité de plus de 10 ans et possédaient un emploi comparativement aux parents ne désirant pas recevoir d'intervention au domicile. Selon les auteurs, malgré des coûts relativement élevés, des visites

proactives au domicile permettraient de recruter un bon nombre de parents défavorisés faisant usage de tabac à une intervention visant à protéger leurs jeunes enfants de la fumée de tabac.

Quant à la seconde étude, elle fut menée aux États-Unis et avait pour objectif d'identifier les caractéristiques associées à une plus grande participation à une intervention en milieu hospitalier de mères de bébés hospitalisés dans une unité néonatale intensive et vivant dans un domicile comportant au moins un fumeur (Northrup, Green, Evans, & Stotts, 2015). Les caractéristiques associées à une participation à des visites de suivi au domicile ont aussi été analysées. Deux séances d'entretien motivationnel étaient offertes à l'hôpital durant le séjour des mères de même que des visites de suivi à un, trois et six mois. Les variables associées à une plus grande participation à l'intervention à l'hôpital et aux visites de suivi sont : un plus grand nombre de paquets de cigarettes fumées par les autres membres du ménage et un moins grand nombre d'enfants. Trois autres variables sont aussi associées à une plus grande participation aux visites de suivi à domicile : le non-usage du tabac à vie de la mère, un plus grand nombre d'adultes dans le ménage et une perception d'un soutien interpersonnel plus élevé. Les auteurs croient que le statut tabagique de la mère pourrait interagir avec l'usage du tabac des autres membres du ménage : les mères non-fumeuses qui vivent avec des fumeurs pourraient être plus préoccupées par l'exposition de leurs enfants à la fumée de tabac et ainsi participer davantage à l'intervention. Ils affirment que l'hospitalisation dans une unité néonatale intensive offre une rare opportunité de rejoindre des populations jeunes, diversifiées et défavorisées sur le plan socioéconomique, des populations qui sont peu présentes dans le milieu de la santé, permettant par le fait même de transmettre des messages de santé, dont la prévention de l'exposition à la fumée de tabac.

3.2.4 ABSTINENCE TEMPORAIRE À L'AIDE DE PHARMACOTHÉRAPIE OU DE CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

En 2009-2010, 36 fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique, parents d'enfants âgés de moins de cinq ans ont été interrogés pour identifier leurs perceptions quant à l'usage temporaire d'une TRN permettant de s'abstenir de fumer dans le domicile (Atkinson, Coleman, McNeill, Lewis, & Jones, 2013). Ces entrevues faisaient partie d'un projet plus large qui vise à développer des interventions efficaces pour réduire l'exposition des enfants à la fumée de tabac. La plupart des participants ont exprimé des réserves face à la notion d'abstinence temporaire et face à l'utilisation de TRN qui permettrait de ne pas fumer lorsqu'ils sont présents dans le domicile. Plusieurs ont déjà fait usage de TRN dans le passé; certains ont eu une expérience positive alors que d'autres ont mentionné que les effets secondaires, le goût désagréable des TRN ou encore les fortes envies de fumer qui persistaient malgré l'usage de fortes doses de TRN ont été la cause de leur rechute. Plusieurs participants pensent que s'ils devaient investir des efforts pour modifier leur comportement, ce serait pour un abandon complet plutôt que pour une abstinence temporaire. Ceux qui ont rendu leur domicile complètement sans fumée ne sont pas certains, eux non plus, de la valeur de la TRN. Ils croient que comprendre les effets néfastes de la fumée de tabac dans le domicile est un facteur plus important. Selon eux, l'utilisation de TRN devrait donc être complétée par de l'éducation des parents sur les bénéfices d'un domicile sans fumée. Selon les auteurs, le fait d'être peu réceptifs au concept d'abstinence temporaire pourrait s'expliquer en partie par le manque d'exposition des participants à des interdictions de fumer en milieu de travail qui obligent les travailleurs à s'abstenir de fumer, ce qui est le cas de 80 % des participants qui étaient sans emploi. Aussi, la résistance à l'abstinence temporaire et à la TRN pourrait être reliée au rôle complexe tant psychologique que social que joue le tabagisme, en donnant aux parents fumeurs des moments de répit dans une journée, par exemple.

Pour leur part, Rowa-Dewar et ses collègues ont examiné comment les parents vulnérables de milieux défavorisés perçoivent l'utilisation de la cigarette électronique dans le domicile comme stratégie pour diminuer l'exposition de leurs jeunes enfants à la fumée de tabac (Rowa-Dewar, Rooke, & Amos, 2017). Ils ont mené des entrevues individuelles avec 25 parents d'enfants âgés de

un à trois ans en 2013-2014 et ont questionné à nouveau 17 de ces parents six mois plus tard. Le sujet de la cigarette électronique n'était pas abordé d'emblée par les interviewers, mais cette thématique fut amenée spontanément par les participants. Lors de la première entrevue, la plupart des parents mentionnaient connaître peu la cigarette électronique, ce qui avait nettement changé lors de la seconde entrevue. La cigarette électronique est vue par certains parents comme un outil pour les aider à renoncer au tabac. Pour d'autres, elle représente une façon de diminuer l'exposition des enfants à la fumée de tabac, en particulier lorsque l'on est chef de famille monoparentale et qu'il est difficile de fumer à l'extérieur tout en surveillant ses enfants qui sont à l'intérieur du domicile, un problème rapporté par plusieurs participants. La cigarette électronique permettrait aussi certaines économies d'argent et éliminerait les odeurs de la fumée de tabac. Par contre, les parents s'inquiètent du fait que peu de recherches ont été effectuées sur ce nouveau produit et que l'on connaît peu les risques à long terme sur la santé. Ils craignent que la cigarette électronique maintienne leur dépendance à la nicotine et à la gestuelle de fumer et que la vapeur expose leurs enfants à la nicotine. Ils ne souhaitent pas que leur usage de la cigarette électronique soit un modèle que leurs enfants imitent. Enfin, ils redoutent que leurs enfants jouent avec leurs cigarettes électroniques advenant le fait qu'elles ne soient pas placées en un lieu sécuritaire.

Les auteures concluent que le meilleur conseil pour les parents qui fument est de renoncer au tabac. Toutefois, la cigarette électronique pourrait avoir un rôle à jouer chez les parents qui éprouvent des difficultés à cesser de fumer ou à s'abstenir de fumer dans leur domicile. La cigarette électronique pourrait ainsi diminuer les effets néfastes de la fumée de tabac sur la santé des enfants et des parents fumeurs. Elles affirment également qu'il existe un besoin de clarifier le rôle de la cigarette électronique au niveau des soins de santé et de guider les professionnels de la santé quant aux conseils à offrir aux parents défavorisés qui souhaitent protéger leurs enfants de la fumée de tabac.

3.2.5 DÉMARCHES EN VUE DE RENDRE DES IMMEUBLES RÉSIDENTIELS SANS FUMÉE

Baezconde-Garbanati et ses collègues ont publié en 2011 les résultats d'une démarche menée entre 2005 et 2007 visant à explorer la problématique de l'exposition à la fumée de tabac chez des résidents d'immeubles à logements d'une communauté hispanique de la Californie (Baezconde-Garbanati *et al.*, 2011). Les Hispano-américains sont la plus importante minorité ethnique aux États-Unis et un tiers vit en Californie. Ils ont un niveau socioéconomique plus faible que la population américaine non hispanique et 46 % habitent un immeuble à logements comparativement à 37 % des Américains en général.

Cette étude a porté sur la première étape d'une intervention communautaire *Regale Salud* ayant pour objectif de réduire les inégalités de santé liées au tabagisme en incitant les Hispano-américains à adopter des interdictions de fumer pour protéger les travailleurs, les résidents et les familles de l'exposition à la fumée de tabac. Dans le cas des immeubles résidentiels, l'intervention vise à sensibiliser les résidents, gestionnaires et propriétaires de logements aux problèmes de la fumée de tabac, pour les encourager à implanter de façon collective des politiques restrictives de l'usage du tabac à l'intérieur des logements. Afin de réaliser la première étape de l'intervention, soit de recueillir des données sur la problématique de l'exposition à la fumée de tabac dans les immeubles à logements, les chercheurs ont réalisé cinq groupes de discussion, un sondage porte-à-porte auprès de 142 résidents de sept immeubles et un sondage téléphonique auprès de 409 répondants.

Les données recueillies révèlent que :

- les participants mettent en place plusieurs stratégies pour protéger leurs proches de la fumée de tabac;

- ils hésitent à parler à leurs voisins fumeurs de la problématique de la fumée de tabac qui s'infiltré dans leur logement pour ne pas nuire aux relations, et par respect des fumeurs qui paient leur logement comme les autres;
- la plupart des résidents n'ont jamais entendu parler de restrictions volontaires; ils doutent de la légalité de celles-ci et croient qu'elles sont discriminatoires; ils sont réticents à les imposer à des personnes âgées ou d'un statut hiérarchique plus élevé;
- les restrictions de fumer dans les lieux communs seraient plus faciles à implanter, mais ne régleraient pas complètement le problème;
- plus de huit répondants sur 10 aimeraient demeurer dans une section non-fumeur de l'immeuble ou dans un immeuble complètement sans fumée.

Ces données ont été présentées à des propriétaires et des gestionnaires d'immeubles à logements pour leur démontrer que les résidents sont en faveur de politiques d'espaces sans fumée. On leur a aussi fait part des avantages des immeubles sans fumée pour la santé et la qualité de vie des résidents et des bénéfices économiques à en tirer. À la fin du projet, des démarches avaient été entamées dans 12 immeubles, et des interdictions de fumer dans les espaces communs, les aires de jeux et les balcons qui se font face avaient été adoptées dans sept de ceux-ci. Les auteurs affirment que tous ont un rôle important à jouer : les résidents doivent verbaliser leurs préférences pour des immeubles sans fumée et les propriétaires doivent créer un environnement où les résidents se sentiront en sécurité et où ils n'auront pas peur de représailles quand ils exprimeront leurs préférences. Les auteurs mentionnent également que les interdictions de fumer devraient être mises en place et appliquées par une figure d'autorité comme les propriétaires, les gestionnaires ou par les responsables des règlements municipaux. Faire valoir ses droits peut être un défi important pour des personnes vulnérables.

Une autre expérience américaine fut menée en Oregon en 2008 et 2009. En 2007, la *Guardian Management Limited Liability Company*, la plus grande compagnie de gestion de propriétés de la région métropolitaine de Portland annonçait qu'elle implanterait le 1er janvier 2008, dans ses immeubles à logements multiples, une politique qui interdirait de fumer dans tous les espaces intérieurs et dans les espaces extérieurs à moins de 25 pieds des immeubles. Pizacani et ses collègues analysèrent l'observance de cette politique de même que ses effets sur l'exposition à la fumée de tabac et sur le renoncement au tabac (Pizacani, Maher, Rohde, Drach, & Stark, 2012). Pour ce faire, ils sélectionnèrent aléatoirement un résident de chacune des 839 unités des 17 immeubles à logements subventionnés pour personnes à faible revenu et leur firent parvenir par la poste, en mai 2008, un questionnaire auto administré à compléter. Un deuxième questionnaire fut envoyé en mai 2009 aux 564 résidents ayant accepté d'être sollicités à nouveau. Les taux de réponse aux deux questionnaires furent de 82 % et de 78 % respectivement.

Selon les données recueillies :

- le taux annuel de renoncement au tabac en 2007, après l'annonce de la politique, est de 14 % et après l'implantation de la politique, de 15 %, alors qu'il était de 3 % entre 2002 et 2006; pour 41 % des résidents ayant cessé de fumer, la politique fait partie des raisons ayant motivé la tentative de renoncement au tabac et pour 27 %, c'est la principale raison;
- près de la moitié des fumeurs rapportent avoir diminué leur consommation de tabac suite à l'implantation de la politique;
- en mai 2008, la proportion de fumeurs rapportant fumer à l'intérieur était de 17 %, alors qu'elle était de 59 % avant l'implantation de la politique. L'observance de la politique est moins grande dans les espaces extérieurs;

- la proportion des résidents non-fumeurs rapportant sentir chaque jour ou plusieurs fois par semaine de la fumée de tabac dans leur domicile a diminué de 41 % avant l'implantation de la politique, à 17 % en mai 2008. Les proportions pour les espaces intérieurs communs sont passées de 32 % à 13 % et pour les espaces extérieurs comme les patios, de 49 % à 19 % et les stationnements de 42 % à 20 %.

Les auteurs précisent cependant que les participants aux deux sondages ne sont pas nécessairement représentatifs des résidents qui ont déménagé entre les deux sondages et qui pourraient être moins favorables aux interdictions de fumer. Ils concluent que l'implantation d'une politique d'espaces sans fumée dans des immeubles à logements multiples est efficace pour réduire l'exposition à la fumée de tabac de résidents défavorisés sur le plan socioéconomique. De plus, la mise en place d'une telle politique inciterait de nombreux fumeurs à renoncer au tabac ou à diminuer leur consommation.

Dans le cadre de sa thèse de doctorat, Gentzke a évalué les effets d'une intervention communautaire visant à augmenter l'adoption de politiques sans fumée dans des immeubles résidentiels (Gentzke, 2016). L'intervention visait à informer et sensibiliser les résidents d'immeubles, les propriétaires et les représentants politiques locaux des avantages des politiques sans fumée dans les immeubles résidentiels. Les messages étaient développés par des intervenants communautaires locaux avec le soutien d'organisations locales, à partir des informations recueillies par un sondage réalisé auprès des membres de la communauté. Ces messages étaient diffusés par l'entremise de cartes postales et de brochures, d'articles dans les médias locaux, et de présentations aux propriétaires et résidents d'immeubles. Le matériel et les canaux de communication variaient d'une communauté à l'autre, tirant avantage de l'expertise des intervenants locaux et de leur réseau de contacts avec les parties prenantes dans leur communauté, ainsi que des besoins de chaque communauté. Cette intervention a été implantée dans trois communautés américaines de taille moyenne en Caroline du Sud, au Dakota du Nord et au Colorado. Chaque communauté était appariée avec une autre communauté comparable dans le même État ne recevant pas l'intervention (communauté témoin). Un total de 1 565 résidents d'immeubles provenant des six communautés ont été interrogés par téléphone en 2012 avant l'implantation de l'intervention. En 2014-2015, 54 % des participants ont répondu au sondage de suivi (n = 760), dont ceux qui avaient déménagé depuis le premier sondage.

Selon les participants ayant répondu aux deux sondages dans les six communautés expérimentales et témoins, la proportion d'immeubles complètement sans fumée est passée de 25 % à 36 % de 2012 à 2014 et la proportion d'immeubles ayant au moins un règlement interdisant de fumer, de 41 % à 52 %. Quant à la proportion des domiciles des locataires complètement sans fumée, elle a augmenté de 80 % à 86 % et la préférence pour des immeubles sans fumée, de 58 % à 69 %. Les infiltrations de fumée de tabac ont diminué de 43 % à 37 % au cours de cette période. Chez les participants résidant dans un logement subventionné, la probabilité d'observer une augmentation des règlements sans fumée dans le domicile et dans l'immeuble était plus faible que chez les autres participants. Des changements plus importants ont été observés au sein des communautés témoins qu'au sein de celles qui ont reçu l'intervention. Gentzke explique ces résultats par des niveaux initiaux plus élevés de ces variables dans les communautés ayant reçu l'intervention que dans les communautés témoins, ce qui laissait moins de place à l'amélioration. De plus, une tendance en faveur des immeubles sans fumée et des normes sociales favorables aux environnements sans fumée pourrait avoir eu plus d'effets que l'intervention en tant que telle. Finalement, l'intensité de l'intervention était possiblement insuffisante considérant l'emploi du temps chargé des intervenants communautaires responsables de l'intervention.

4 Discussion

Les effets d'une exposition à la fumée de tabac sur la santé sont indiscutables et ont mené, au Québec, à l'adoption de lois restrictives interdisant de faire usage du tabac dans divers lieux publics et de travail, dans les véhicules lorsque des jeunes de moins de 16 ans y prennent place ainsi que dans de nombreux environnements fréquentés par les jeunes comme les garderies. Toutefois, ces restrictions ne touchent pas les domiciles qui sont les endroits où les personnes passent la majorité de leur temps (Snyder, Vick, & King, 2016). Or, au Québec, en 2013-2014, 22 % des jeunes non-fumeurs de 12 à 17 ans les plus défavorisés sur le plan socioéconomique étaient exposés à la fumée de tabac dans leur domicile de manière quotidienne ou quasi quotidienne alors que c'était le cas de 12 % des jeunes non-fumeurs issus des milieux les plus favorisés (Statistique Canada, 2015).

Résider dans un domicile sans fumée est sans conteste la meilleure façon pour les non-fumeurs de se protéger d'une exposition à la fumée de tabac. Cependant, ne pas fumer dans son domicile peut présenter un défi de taille pour de nombreux fumeurs, notamment en raison des responsabilités familiales, du manque de soutien social et des caractéristiques du logement qui ne permettent pas un accès direct à l'extérieur. Par ailleurs, dans les immeubles à logements multiples où il est permis de fumer, les familles qui ont adopté une interdiction de fumer dans leur domicile ne sont pas à l'abri des infiltrations de fumée par les fenêtres et portes ouvertes, les fissures des murs, planchers et plafonds, les prises électriques, les systèmes de ventilation, etc.

PRINCIPAUX CONSTATS

Voici les principaux constats qui se dégagent des publications retenues :

- Des entrevues réalisées auprès de mères fumeuses en Écosse révèlent qu'elles sont préoccupées par la santé de leurs enfants. Elles prennent des mesures pour les protéger d'une exposition à la fumée de tabac bien qu'elles soient conscientes que ce ne sont pas des mesures optimales. Plusieurs n'ont pas accès à un endroit à l'extérieur qui leur permettrait de fumer tout en surveillant leurs enfants qui se trouvent à l'intérieur. Souvent, elles n'ont pas de partenaire pour les soutenir ou pour prendre soin des enfants pendant qu'elles fument à l'extérieur. Elles veulent être de bonnes mères, souhaitent être des modèles pour leurs enfants et pour la plupart, elles désirent renoncer au tabac.
- Les parents défavorisés vivent des contraintes importantes liées à leurs conditions de vie : monoparentalité, présence de nombreux fumeurs dans l'entourage, logement sans accès direct à l'extérieur, etc.
- Les normes sociales pro-tabac semblent aussi toucher les enfants de milieux défavorisés qui sont plus résignés et moins convaincus de leur capacité à pouvoir modifier leur environnement enfumé.
- Les attitudes à l'égard de la notion d'abstinence temporaire à l'aide de TRN ou de cigarette électronique sont partagées chez des parents anglais et écossais de jeunes enfants de milieux défavorisés interrogés sur cette question en 2009-2010 et en 2013-2014; pour certains, ce sont des alternatives intéressantes alors que pour d'autres, les efforts investis pour diminuer l'exposition à la fumée de tabac des membres de leur famille devraient plutôt viser le renoncement complet au tabac.
- Selon une étude menée au Royaume-Uni, des campagnes médiatiques télévisées ayant porté spécifiquement sur la fumée secondaire de tabac auraient entraîné une hausse de domiciles sans fumée un mois plus tard, mais cet effet se serait rapidement estompé; aucune différence d'effets n'a été observée selon le niveau socioéconomique.

- Une intervention, comprenant un soutien comportemental au domicile, accompagné d'une offre de TRN gratuite et d'une rétroaction sur les taux de particules fines mesurés dans le domicile serait efficace à protéger de la fumée de tabac de jeunes enfants issus de milieux défavorisés dont les parents n'étaient pas motivés à cesser de fumer au départ. Une telle intervention inciterait les responsables d'enfants à faire une tentative de renoncement au tabac. La rétroaction personnalisée sur la qualité de l'air serait l'élément le plus important de l'intervention selon les participants.
- Les populations défavorisées qui habitent des immeubles résidentiels sont fréquemment exposées à des infiltrations de fumée de tabac et une proportion importante préférerait habiter un immeuble complètement sans fumée.
- Une démarche menée auprès d'une communauté hispanique de Californie habitant dans des immeubles à logements multiples révèle que la majorité des résidents croient que l'adoption d'interdictions de fumer est illégale et discriminatoire. Ils hésitent à parler à leurs voisins fumeurs de la fumée de tabac qui s'infiltré dans leur logement par souci de maintenir de bonnes relations et par respect des fumeurs qui paient leur loyer comme les autres.
- Selon une expérience américaine menée en Oregon, l'implantation d'une politique visant à rendre des immeubles à logements multiples complètement sans fumée serait efficace à réduire l'exposition à la fumée de tabac de résidents défavorisés sur le plan socioéconomique qui ne font pas usage du tabac. De plus, la mise en place d'une telle politique inciterait les fumeurs à renoncer au tabac ou à diminuer leur consommation.
- Les interventions imposées par une figure d'autorité, comme le propriétaire de l'immeuble ou la municipalité, seraient gage d'une meilleure implantation.

Certaines limites sont à considérer au sujet du corpus d'études analysées :

- Les quelques études recensées ont été réalisées en Angleterre, en Écosse et dans certains états américains dans des contextes où il existe possiblement des différences avec le Québec dans les interventions de lutte contre le tabagisme et dans la répartition des inégalités sociales de santé.
- Différentes conceptions de la défavorisation ont été utilisées et parfois celle-ci n'est pas mesurée.
- La plupart des études sont réalisées auprès d'un petit nombre de participants, ce qui s'explique par la nature qualitative de plusieurs études.
- Les taux de réponse sont faibles dans plusieurs études quantitatives.
- Les variables confondantes ne sont pas toujours prises en considération, par exemple le niveau de dépendance au tabac.
- L'une des études utilisant un devis randomisé présente une perte différentielle de sujets entre la condition intervention et témoin; dans cette même étude, les auteurs étaient d'avis que l'intervention n'était peut-être pas d'intensité suffisante pour observer un effet.

CE QUE DISENT LES GRANDS ORGANISMES DE SANTÉ PUBLIQUE

L'article 8 de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac convie les pays signataires à adopter des mesures législatives, exécutives et administratives de protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et le cas échéant, dans d'autres lieux publics (Organisation mondiale de la Santé, 2005). Les données scientifiques selon lesquelles l'exposition à la fumée de tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort sont à la base de ces recommandations. Dans les lignes directrices reliées à cet article, on encourage les pays à mener

des campagnes médiatiques ciblant des lieux pour lesquels la législation ne serait pas appropriée ou faisable, comme les domiciles. Une dizaine d'années après la publication de la convention-cadre, l'OMS publiait un document pour accompagner les pays dans l'adoption et l'implantation de différentes mesures pour diminuer les iniquités liées à l'usage du tabac (Organisation mondiale de la Santé, 2014). L'on y recommande entre autres de faire la promotion des voitures et des domiciles sans fumée pour protéger les non-fumeurs des effets néfastes d'une exposition à la fumée de tabac.

Pour leur part, les *Best Practices* des *Centers for Disease Control and Prevention* énoncent une série de mesures qui devraient être mises en place pour promouvoir l'équité en matière d'usage du tabac (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Parmi celles-ci, figure l'implantation de politiques visant à rendre les immeubles à logements multiples complètement sans fumée pour protéger les résidents de l'infiltration de la fumée de tabac dans leur logement. La fumée secondaire de tabac affecterait particulièrement les personnes à faible revenu demeurant dans des logements subventionnés, qui ne peuvent se permettre de déménager.

En 2012, *ASH Scotland*, en collaboration avec des chercheurs de l'Université d'Édimbourg et de l'Université d'Aberdeen, publiait une recension des écrits portant spécifiquement sur l'exposition à la fumée de tabac des enfants au domicile (ASH Scotland, 2012). Selon l'analyse de 23 études ayant mesuré l'efficacité d'interventions visant à implanter des domiciles sans fumée, il n'y aurait pas de consensus en termes d'approches, de lieux d'interventions (milieux cliniques versus la communauté) ni de types de populations à cibler (enfants en santé ou enfants affectés par un problème de santé) comme étant la « meilleure » méthode d'intervention :

- Les interventions les plus efficaces seraient celles qui sont basées sur des contacts plus intenses et prolongés avec les parents et celles qui utilisent des stratégies comportementales.
- Les parents préoccupés par l'exposition à la fumée de tabac et la santé des enfants seraient plus motivés à modifier les pratiques d'usage du tabac dans le domicile même s'ils sont incapables de cesser de fumer.
- Pour un impact chez les enfants en bonne santé, mettre l'accent sur les effets de la fumée de tabac sur la santé des enfants serait plus efficace que des messages plus généraux ou axés sur la santé des adultes.
- L'utilisation de matériel éducatif et de conseils ciblés pourrait aider les parents d'enfants malades à réduire l'exposition à la fumée de tabac dans le domicile tout comme un counseling comportemental dans le cadre d'une intervention à plusieurs composantes.
- Les interventions offertes dans une communauté devraient prendre en compte ses besoins, de même que les normes culturelles et sociales qui prévalent.

Enfin, selon les auteurs, il est essentiel de ne pas stigmatiser les personnes qui font usage du tabac lors du déploiement d'interventions et de messages de santé publique. Inclure les populations visées dans le développement d'interventions pourrait être une façon de faire face à cette problématique.

PERSPECTIVES D' ACTIONS POUR LE QUÉBEC

Une meilleure connaissance des croyances et comportements des Québécois

Selon les différentes publications consultées, un constat se dégage à l'effet de bien connaître les connaissances, croyances et attitudes de la clientèle que l'on souhaite rejoindre. Une recension de 22 études ayant exploré les barrières et les facteurs facilitant l'adoption de domiciles sans fumée révèle la complexité des enjeux culturels, sociaux et personnels auxquels les familles font face lorsqu'elles souhaitent adopter et faire respecter une interdiction de fumer dans leur domicile

(Passey, Longman, Robinson, Wiggers, & Jones, 2016). Plusieurs barrières sont fréquemment citées : manque de connaissances des risques de la fumée de tabac secondaire, conception erronée quant aux stratégies efficaces pour réduire l'exposition à fumée de tabac, absence d'endroit extérieur pour fumer, désir de préserver les relations sociales, difficultés économiques et sociales ayant préséance sur la mise en place d'un domicile sans fumée. Par contre, il existe de nombreux facteurs qui facilitent la mise en place et le respect d'interdictions de fumer : volonté de protéger la santé des membres de la famille et d'être un parent responsable, désir de se conformer aux normes sociales de moins en moins favorables au tabac, bénéfices liés à un domicile sans fumée comme la diminution de la consommation de tabac. Les auteurs précisent toutefois que ces observations doivent absolument être appliquées avec beaucoup de sensibilité aux différents contextes dans lesquels les personnes vivent.

À notre connaissance, il n'existe pas de données québécoises plus récentes que celles dont nous disposons et qui datent de 2007 (Kairouz, Montreuil, & Lasnier, 2010). Selon un sondage réalisé auprès d'un échantillon de 1 337 fumeurs et anciens fumeurs interrogés une première fois en mai 2006 (avant l'implantation d'interdictions de fumer dans plusieurs lieux publics le 31 mai 2006) puis une seconde fois en décembre 2007 :

- 87 % des répondants reconnaissaient que la fumée de tabac est une cause de maladies respiratoires chez les enfants, 70 % de cancer du poumon chez les non-fumeurs et 60 % de maladies cardio-vasculaires chez les non-fumeurs; à peine 27 % savaient que la fumée de tabac peut causer des maladies de l'oreille chez les enfants.
- Un peu plus de 20 % des répondants considéraient que fumer sous la hotte de la cuisinière, et ouvrir les portes et les fenêtres pour évacuer la fumée de tabac étaient des mesures très ou assez efficaces pour protéger les non-fumeurs d'une exposition à la fumée de tabac alors qu'environ 30 % considéraient ces mesures comme moyennement efficaces.
- 70 % des répondants se sont dit tout à fait, plutôt ou moyennement en accord avec une interdiction de fumer dans les domiciles lorsque les enfants sont présents et 35 % à l'intérieur des édifices à logements.
- Une plus grande proportion de personnes à faible revenu (50 %) que de personnes des trois catégories de revenu supérieur (31 %–37 %) étaient en faveur d'une interdiction de fumer dans les édifices à logements (Kairouz *et al.*, 2010).

Une mise à jour de ces données apparaît essentielle pour bien identifier les attitudes et comportements des fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique quant aux mesures visant à protéger les membres de leur famille d'une exposition à la fumée de tabac. Sont-ils d'avis qu'ouvrir la fenêtre permet d'évacuer efficacement la fumée de tabac? Ou qu'il suffit de ne pas fumer en présence d'enfants? Quelles sont les stratégies utilisées pour éviter d'exposer les membres de leur famille à la fumée de tabac dans le domicile? Sont-elles les mêmes que celles utilisées pour respecter la loi qui interdit de fumer dans un véhicule en présence de jeunes âgés de moins de 16 ans? Plusieurs questions qui mériteraient d'être explorées à l'aide de sondages et de groupes de discussion et qui aideraient grandement dans la conception d'interventions pertinentes.

Des campagnes médiatiques spécifiques sur la fumée de tabac secondaire

La campagne de la *Semaine pour un Québec sans tabac* se tient en janvier de chaque année. Elle est coordonnée par le Conseil québécois sur le tabac et la santé en collaboration avec plusieurs centaines d'organismes et d'entreprises partenaires. Cette campagne médiatique d'envergure est diffusée à la télévision, à la radio, dans la presse écrite, sur internet, ainsi que dans les milieux de santé et de travail, par le biais d'affiches, de dépliants et d'autres outils promotionnels. De 2006 à

2011, les campagnes annuelles ont porté sur l'importance de ne pas exposer les autres à la fumée secondaire, avec des slogans variant sur le thème de promouvoir et réaliser « un monde sans fumée ».

Quant à la campagne annuelle « Familles sans fumée », elle vise à sensibiliser la population aux effets néfastes de l'exposition à la fumée de tabac et à inciter les parents à ne pas exposer leurs enfants, par exemple en fumant à l'extérieur du domicile. Divers canaux de diffusion sont utilisés : radio, site internet, dépliants et brochures, publicités web et sur les écrans d'établissements de santé et de pharmacies. Le message central de la campagne de 2017 « Près des enfants, on ne fume pas », visait à conscientiser la population sur l'importance de ne pas fumer tant dans les domiciles que dans les voitures, près des enfants et des femmes enceintes.

Ce type de campagnes est directement en lien avec l'observation selon laquelle les campagnes médiatiques portant spécifiquement sur la fumée de tabac secondaire plutôt que sur le tabac en général, pourraient favoriser l'implantation de domiciles sans fumée. Comme l'effet serait de courte durée, on devrait envisager de réaliser de telles campagnes de façon régulière et soutenue afin d'obtenir un niveau d'exposition tel, que de plus en plus de fumeurs implantent une interdiction totale de fumer dans leur domicile. Par ailleurs, évaluer, auprès de fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique, les principaux messages des campagnes permettrait de bien répondre à leurs préoccupations et aux barrières rencontrées à ne pas fumer à l'intérieur du domicile. Dans une publication de 2018, Weinmann et ses collègues décrivent la démarche utilisée lors du développement d'une campagne sur les effets néfastes d'une exposition à la fumée de tabac chez de jeunes enfants et sur les mesures de protection pertinentes à mettre en place (Weinmann *et al.*, 2018). Des entrevues individuelles, des groupes de discussion et des données quantitatives recueillies auprès de fumeurs de milieux défavorisés en Allemagne ont permis de déterminer les messages clés et les canaux de diffusion les plus pertinents et appropriés pour cette clientèle. Les participants ont confirmé l'importance de transmettre des informations sur l'exposition à la fumée de tabac dans les médias sociaux. Ils ont cependant indiqué que comme c'est un sujet sensible, ils seraient réticents à partager eux-mêmes les messages de cette campagne, et que donc, il serait préférable que des médecins ou des scientifiques soient les porteurs de ces messages. Étant donné les différences culturelles et les différences de normes entre différents pays/régions, il est essentiel de s'assurer que les campagnes mises en place sont pertinentes pour les Québécois de milieux défavorisés, notamment en les impliquant dans l'élaboration des messages et le choix des canaux de diffusion.

Une démarche visant à favoriser l'accès à un nombre suffisant d'immeubles résidentiels sans fumée

De 2015 à 2018, l'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF) a intensifié ses activités visant à favoriser l'adoption de règlements interdisant de fumer dans des immeubles résidentiels à logements multiples, de type condominiums et logements privés ou sociaux, afin d'accroître la disponibilité d'habitations sans fumée au Québec. Bien que le bureau québécois de l'ADNF ait cessé ses activités en 2018, ce dossier est actuellement en transition et sera réactivé au cours des prochains mois.

Certains Offices municipaux d'habitations (OMH) ont entrepris des démarches pour faire adopter un règlement sans fumée dans leurs habitations. C'est le cas en Montérégie et dans la région de Chaudière-Appalaches qui collaborent de très près avec les acteurs de santé publique de leurs territoires. Quant à l'OMH de Baie-Comeau, il interdit aux nouveaux locataires de fumer et de faire usage de cigarette électronique dans leur logement et sur leur balcon depuis le 1^{er} juin 2018. L'expérience de ces organisations aurait avantage à être mise à profit auprès des OMH des autres

régions. Les responsables d'immeubles pourraient ainsi discuter avec leurs collègues des barrières à l'adoption d'immeubles résidentiels sans fumée fréquemment mentionnée, comme les objections des résidents et les difficultés d'attirer de nouveaux locataires ou de faire respecter la réglementation (Snyder *et al.*, 2016). À l'instar de ce qui est rapporté dans la littérature, ils pourraient faire part des moyens relativement simples et nécessitant un investissement minime qu'ils ont utilisés pour s'assurer du respect de la réglementation, comme les avertissements verbaux ou écrits (Snyder *et al.*, 2016). Ils pourraient également aborder les bénéfices liés à une réglementation interdisant totalement de fumer : offrir aux résidents un meilleur environnement pour leur santé, diminuer les conflits entre les locataires, réduire les coûts d'entretien et d'assurances, etc. Un document détaillé à l'intention des propriétaires d'immeubles, décrivant les principales étapes à suivre lors de la mise en place de règlements interdisant de fumer dans les immeubles à logements multiples a été produit en 2014 par l'ADNF et pourrait être d'une grande utilité.

Ce type d'initiative est parfois considéré comme imposant un fardeau plus grand aux personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, qui comptent une proportion plus élevée de fumeurs et qui sont plus susceptibles d'habiter des immeubles à logements. Toutefois, l'interdiction de fumer protège efficacement les personnes défavorisées qui ne fument pas et qui composent la majorité de la population, même chez les moins nantis. Puisque la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les populations défavorisées, les non-fumeurs qui vivent dans des logements sociaux risquent davantage d'être exposés à la fumée de tabac que les non-fumeurs demeurant dans des endroits plus favorisés. Il est probable que leur principale source d'exposition provienne de leur lieu de résidence, surtout si plusieurs locataires fumeurs sont sans emploi et qu'ils passent la majorité de leur temps dans leur logement (Tremblay & Montreuil, 2013). Toute démarche visant à modifier les politiques actuelles sur l'usage du tabac dans les immeubles résidentiels doit donc s'assurer que, d'une part, les non-fumeurs puissent résider dans des domiciles exempts de fumée de tabac et que, d'autre part, le droit des fumeurs moins favorisés à un logement de qualité soit respecté (Tremblay & Montreuil, 2013).

Une opportunité d'améliorer l'offre de services de proximité en abandon du tabac

Au Québec, de nombreux services gratuits de renoncement au tabac sont disponibles depuis le début des années 2000 : plus de 150 centres d'abandon du tabagisme, une ligne téléphonique et un site internet *J'Arrête*, le Service de Messagerie texte pour arrêter le tabac, du counseling individuel ou de groupe, le remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique (Tremblay & Roy, 2013). Selon une analyse récente des interventions efficaces ou prometteuses pour réduire les inégalités sociales en matière de renoncement au tabac, offrir des services de proximité permettrait de rejoindre davantage les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique qui fument en plus grande proportion que les personnes favorisées et qui éprouvent davantage de difficultés à cesser de fumer (Bergeron & Tremblay, 2018).

Dans la municipalité de Waterloo en Ontario, l'adoption d'immeubles sans fumée s'est réalisée en offrant des services de soutien au renoncement au tabac. Par exemple, les nouveaux locataires qui devaient respecter la politique interdisant de fumer dans tous les espaces intérieurs de même qu'à l'extérieur en dedans de cinq mètres des immeubles, avaient accès à six semaines de counseling individuel et/ou de groupe et à une TRN gratuite durant cinq semaines (McCammon-Tripp, Stich, & The Region of Waterloo Public Health and Waterloo Region Housing Smoke-free Multi-unit Dwelling Committee, 2011). De plus, du soutien à domicile était disponible pour les résidents aux prises avec des problèmes de santé physique ou mentale rendant le respect de la politique plus difficile. Ainsi, à l'image de ce qui a été réalisé à Waterloo, des services de counseling en abandon du tabac et en gestion des symptômes de sevrage pourraient être offerts sur place aux résidents fumeurs d'immeubles sans fumée, en combinaison avec une offre d'aide pharmacologique. L'intérêt pour des

groupes de soutien par les pairs pourrait aussi être exploré. Les équipes de soins qui offrent déjà du soutien à domicile pourraient également accompagner les fumeurs dans une démarche de renoncement au tabac ou d'abstinence temporaire. De telles initiatives pourraient faire l'objet de projets pilotes au Québec.

ENJEUX ÉMERGENTS ET PROCHAINS DÉFIS

Le rôle de la cigarette électronique

La cigarette électronique est un dispositif qui permet d'administrer de la nicotine sans tabac et sans combustion, tout en reproduisant le geste de fumer. Il fait consensus qu'il s'agit d'un produit moins dommageable pour la santé des fumeurs que les produits du tabac. Cependant, le double usage de la cigarette électronique et de la cigarette de tabac est déconseillé. Il fait également consensus que ce produit n'est pas sans risque pour les jeunes et les non-fumeurs, notamment en raison du manque de connaissances des effets sur la santé à long terme (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018; Royal College of Physicians, 2016). Depuis mai 2018, la cigarette électronique avec nicotine est légale au Canada et sa fabrication est maintenant réglementée. Cette réglementation permettra d'établir des normes de fabrication, d'interdire certains ingrédients, d'élaborer des règles concernant l'étiquetage des produits et des emballages et d'exiger des rapports de l'industrie. La publicité et la promotion sont également limitées par le fédéral.

Au Québec, les lieux d'usage, la vente de cigarette électronique de même que la publicité, la promotion et l'étalage sont encadrés depuis novembre 2015. Ainsi, la vente de cigarette électronique est interdite aux moins de 18 ans et la publicité et la promotion ne sont pas autorisées. L'étalage n'est permis que dans les boutiques spécialisées qui interdisent l'accès aux moins de 18 ans, à condition d'être visible uniquement de l'intérieur. De plus, il est interdit d'utiliser la cigarette électronique :

- dans les lieux publics intérieurs et les lieux de travail ainsi que dans un rayon de neuf mètres des portes, fenêtres et prises d'air de ces lieux;
- sur les terrasses de restaurants et de bars;
- dans certains lieux extérieurs fréquentés par les enfants et les jeunes, comme les aires de jeux dans les parcs, et les terrains et aménagements sportifs;
- dans les voitures en présence de jeunes de moins de 16 ans.

Deux questions se posent quant au rôle de la cigarette électronique dans un objectif de réduction des inégalités en matière d'exposition à la fumée de tabac. La cigarette électronique pourrait-elle être utilisée comme outil d'abstinence temporaire? Et devrait-il être permis ou non d'en faire usage dans les immeubles sans fumée?

La cigarette électronique comme outil d'abstinence temporaire?

Plusieurs études analysées dans le cadre de cette recension ont été réalisées au Royaume-Uni, un pays où la réduction des inégalités en matière de tabagisme est une préoccupation depuis plusieurs années. Le Royaume-Uni est le premier pays à avoir adopté une politique officielle de réduction des méfaits de l'usage du tabac. Le *National Institute of Health and Care Excellence* a d'ailleurs publié en 2013 des lignes directrices sur cette approche qui précise que, bien que le renoncement au tabac soit la meilleure méthode pour réduire la mortalité et la morbidité associées à l'usage de produits du tabac, d'autres moyens devraient être considérés pour les personnes qui éprouvent beaucoup de difficultés à cesser de fumer (NICE, 2013). Ces moyens pourraient vouloir dire un usage de nicotine pendant une certaine période plus ou moins longue, que ce soit sous forme de TRN ou de cigarette

électronique. Qui plus est, l'utilisation de produits de remplacement de la nicotine pourrait diminuer l'exposition des non-fumeurs aux composantes néfastes issues de la combustion de produits du tabac. Alors que l'utilisation de TRN ne pose aucun problème pour les non-fumeurs vivant avec un fumeur qui choisirait cette option, il est possible que l'exposition à l'aérosol de la cigarette électronique soit problématique.

Interrogés sur la cigarette électronique en 2013-2014, plusieurs parents fumeurs britanniques sont d'avis qu'elle représente un outil utile pour les aider à renoncer au tabac et à diminuer l'exposition de leurs enfants à la fumée de tabac. Cependant, certains s'inquiètent du fait que c'est un produit nouveau pour lequel il existe peu de données. Ils craignent également de demeurer dépendants de la nicotine et d'exposer leurs enfants à un aérosol contenant de la nicotine. Il serait donc pertinent de sonder les perceptions de fumeurs québécois de milieux défavorisés à l'égard de la cigarette électronique comme outil d'abstinence temporaire et de renoncement au tabac en vue de développer des messages qui seraient pertinents pour eux.

Permettre ou non de faire usage de cigarettes électroniques dans les immeubles sans fumée?

Les effets sur la santé de l'exposition à l'aérosol de cigarette électronique sont très peu documentés, comparativement à ce que nous connaissons des effets de l'exposition à la fumée de tabac. La fumée de tabac contient plus de 7 000 substances chimiques dont 70 sont reconnues cancérigènes. Il est bien établi que l'aérosol de cigarette électronique contient un moins grand nombre de composantes toxiques que la fumée de tabac et en quantité bien moindre (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018). Il y a une différence importante entre l'exposition à la fumée de tabac et celle liée à l'aérosol de la cigarette électronique. Alors que la fumée de tabac secondaire est une combinaison du courant principal exhalé par le fumeur et du courant latéral provenant de la combustion de la cigarette (représentant 80 % de la fumée secondaire), l'aérosol secondaire de la cigarette électronique est issu à 100 % de l'aérosol exhalé par l'utilisateur (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018). Il n'y a donc pas de courant latéral d'aérosol issu de la cigarette électronique. Or, les composantes chimiques du courant latéral de la fumée de tabac résultent d'une combustion incomplète du tabac et la fumée du courant latéral peut contenir des concentrations plus élevées de substances chimiques que celles retrouvées dans la fumée exhalée par le fumeur : trois fois plus de nicotine, trois à cinq fois plus de monoxyde de carbone, six à huit fois plus de formaldéhyde et au moins 40 fois plus d'ammoniaque (Guérin *et al.*, 2006).

Une publication américaine récente a recensé deux études permettant de caractériser les composantes chimiques retrouvées dans les domiciles où il y a usage de cigarettes électroniques (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018). Selon ces études, les taux de cotinine salivaire et urinaire sont plus élevés chez les personnes exposées à l'aérosol de cigarette électronique dans leur domicile, plus de deux heures par jour, que chez les personnes non exposées. C'est aussi le cas pour les niveaux de particules fines PM_{2,5} et de nicotine dans l'air. Cependant, les concentrations sont beaucoup plus basses que celles retrouvées dans le domicile de personnes où l'on fait usage du tabac. Pour leur part, les auteurs d'un rapport britannique récent sur la cigarette électronique affirment que, pour le moment, nous ne disposons pas de données permettant d'affirmer que l'exposition passive à l'aérosol de cigarette électronique est dommageable pour la santé (Royal College of Physicians, 2016). Santé Canada abonde dans le même sens et considère que les produits de vapotage sont une option de recharge moins nocive que la cigarette conventionnelle (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac/vapotage.html>).

Qu'en est-il du transfert des composantes de l'aérosol de cigarette électronique entre les logements d'un même immeuble? Nous disposons malheureusement de très peu d'études pour répondre à cette question. Une étude récente a démontré que de la nicotine, des alcaloïdes et des nitrosamines spécifiques au tabac s'étaient déposés sur des serviettes de coton et des serviettes de papier de deux commerces adjacents à une boutique de vapotage où l'on permettait de vapoter et d'essayer différentes cigarettes électroniques (Khachatoorian, Jacob Iii, Benowitz, & Talbot, 2018). Les chercheurs précisent toutefois que cette observation était probablement due au fait que l'air circulait entre les trois unités. Par ailleurs, aucune étude n'a documenté la présence d'aérosol de cigarette électronique s'étant infiltré dans un domicile par la ventilation, les fenêtres ouvertes, les balcons ou les fissures.

La *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* adoptée au Québec en novembre 2015 assujettit la cigarette électronique aux mêmes dispositions que les produits du tabac. Il est justifié d'interdire l'usage de la cigarette électronique dans les lieux publics principalement pour deux raisons : pour prévenir une renormalisation du tabagisme d'une part, et pour empêcher qu'une concentration de plusieurs vapoteurs dans un endroit restreint expose des non-fumeurs à une quantité importante d'aérosol. Toutefois, une réflexion distincte et approfondie s'impose concernant l'option à privilégier dans le cas des immeubles résidentiels à logements multiples. L'utilisation de la cigarette électronique dans le domicile en présence d'enfants pourrait d'une part dénormaliser l'usage de tabac et d'autre part, les protéger d'une exposition aux composantes néfastes issues de la combustion du tabac qui sont plus dommageables que les composantes de l'aérosol. Aux États-Unis, l'agence américaine de logement et développement urbain qui a adopté en 2016 une politique visant à interdire de fumer à l'intérieur des logements d'immeubles résidentiels n'a pas interdit l'usage de cigarette électronique (U.S. Department of Housing and Urban Development, 2016).

L'abstinence temporaire dans le domicile à l'aide de la TRN

Contrairement à la cigarette électronique, les produits de remplacement de la nicotine n'émettent aucune substance nocive pour les non-fumeurs cohabitant avec un fumeur qui en ferait usage. Ils permettent de réduire l'intensité des symptômes de sevrage chez les fumeurs qui font une tentative de renoncement au tabac, augmentant ainsi leurs chances de succès. Or, plusieurs essais sont souvent nécessaires avant d'en arriver à une abstinence permanente. Au fil des ans, les indications de la TRN se sont élargies. Il n'est maintenant plus recommandé d'interrompre un traitement avec une TRN si un fumeur recommence à fumer. Il est aussi possible de diminuer graduellement le nombre de cigarettes fumées sur une période de six mois en les remplaçant par des gommes de nicotine avant de cesser complètement de fumer. Par ailleurs, de plus en plus de chercheurs s'intéressent à la possibilité que la TRN soit utilisée comme outil d'abstinence temporaire en vue de protéger les non-fumeurs d'une exposition aux composantes toxiques de la fumée de tabac dans les milieux intérieurs (Atkinson *et al.*, 2013; Marsh *et al.*, 2016).

Une revue Cochrane sur la réduction des méfaits publiée en 2016 a examiné l'efficacité de différents médicaments sur la consommation de tabac chez des fumeurs n'ayant pas l'intention de cesser de fumer dans l'immédiat : TRN, bupropion, varénicline, etc. (Lindson-Hawley *et al.*, 2016). Selon cette recension, l'utilisation de la TRN est la seule aide pharmacologique dont l'efficacité est démontrée, les autres aides ne disposant pas d'un nombre suffisant d'études rigoureuses pour se prononcer. Selon une méta analyse de huit essais contrôlés randomisés réalisée par ces auteurs, 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 al.*, 2016). Ils ont aussi observé qu'ils avaient environ deux fois plus de chances d'avoir cessé de fumer. Ainsi, l'utilisation de la TRN pourrait aider les fumeurs qui ne renoncent pas au tabac dans l'immédiat à diminuer leur consommation de tabac, en favorisant une

abstinence dans le domicile par exemple, et surtout, l'utilisation de la TRN pourrait amener un certain nombre d'entre eux à cesser de fumer complètement, ce qui est l'objectif à atteindre pour tous les fumeurs.

Au Québec, les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique de trois catégories sont remboursées à raison de 12 semaines consécutives une fois par année par le régime public d'assurance médicaments du Québec : TRN, bupropion et varénicline. Les régimes d'assurance privés sont tenus d'offrir une couverture au moins équivalente. Ainsi, les fumeurs couverts par le régime public, qui souhaitent se prévaloir de médicaments pour alléger leurs symptômes de sevrage paient des frais minimes. Toutefois, rien n'est prévu dans le régime actuel pour le remboursement d'une utilisation temporaire de TRN durant des périodes prolongées, entre différentes tentatives de renoncement au tabac. Il pourrait être pertinent d'examiner la possibilité de faire certains ajustements au niveau du régime gouvernemental, dont le remboursement des produits de remplacement de la nicotine à courte durée d'action (gommes, pastilles, vaporisateur buccal, inhalateur) comme outils d'abstinence temporaire. D'une part, l'exposition à la fumée de tabac dans le domicile serait diminuée considérablement si ce n'est pas complètement, et d'autre part, les fumeurs dont le besoin de fumer serait assouvi par la TRN seraient peut-être plus enclins à faire une tentative de renoncement au tabac.

Légalisation du cannabis

La légalisation du cannabis au Canada en octobre 2018 a ravivé l'intérêt des administrateurs d'immeubles résidentiels pour l'adoption de politiques sans fumée. Elle suscite également plusieurs préoccupations. La loi québécoise encadrant le cannabis adoptée en juin 2018 interdit de fumer du cannabis dans les mêmes lieux où il est interdit de fumer du tabac, ce qui veut dire que l'usage n'est pas interdit dans les domiciles, ni dans certains lieux publics extérieurs, comme les parcs et les trottoirs. Lors des consultations entourant l'encadrement du cannabis au Québec, plusieurs préoccupations ont été exprimées par des groupes représentant les propriétaires d'immeubles à logements : plaintes de locataires incommodés par la fumée et l'odeur de cannabis, augmentation substantielle des délais à la Régie du logement pour le traitement des litiges en lien avec le cannabis, craintes de se faire refuser l'assurance de l'immeuble. Suite à ces consultations publiques, le législateur a accordé aux propriétaires d'immeubles résidentiels une disposition transitoire, soit la possibilité d'inscrire à un bail en cours l'interdiction de fumer du cannabis, à l'intérieur des 90 jours suivant la légalisation, soit jusqu'au 15 janvier 2019.

Alors que la loi québécoise encadrant l'usage de cannabis adoptée par le gouvernement libéral à l'été 2018 n'interdit pas de fumer du cannabis sur la voie publique, à l'instar de la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme*, plusieurs municipalités ont pris la décision de le faire au cours des semaines suivant la légalisation à l'automne 2018. En décembre 2018, le gouvernement québécois proposait de resserrer l'encadrement du cannabis en interdisant son usage sur la voie publique. Une telle mesure, si elle est adoptée, pourrait faire en sorte de diriger l'usage de cannabis fumé vers les lieux intérieurs privés et ainsi augmenter l'exposition à la fumée secondaire de cannabis dans les immeubles résidentiels. Or, selon l'Enquête québécoise sur le cannabis, réalisée auprès de plus de 10 000 Québécois de 15 ans et plus, de mars à juin 2018, plus de 95 % des Québécois qui ont consommé du cannabis l'ont fumé, et 15 % des personnes ayant consommé du cannabis au cours de l'année précédente en auraient pris tous les jours (Institut de la statistique du Québec, 2018). Par ailleurs, selon les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2014-2015, parmi les personnes ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents, la proportion qui consomme du cannabis une fois par semaine ou plus souvent serait de 42 % dans les ménages à faible revenu et de 30 % dans les autres ménages (Institut de la statistique du Québec, 2016).

Les effets d'une exposition à la fumée de cannabis sont peu documentés, notamment en raison du caractère illégal de cette substance. Toutefois, la combustion de cannabis émet des particules fines, du goudron et du monoxyde de carbone, auxquels il est nocif de s'exposer. La forte odeur dégagée par le cannabis en combustion peut donner l'impression d'une plus grande nocivité du produit, mais les connaissances actuelles suggèrent une nocivité similaire à celle des produits du tabac fumés. Bien que ce soudain regain d'intérêt pour des milieux de vie sans fumée soit positif, la cohérence dans l'application des mesures pour la fumée de tabac et la fumée de cannabis est importante et les décisions doivent s'appuyer sur les meilleures données disponibles.

Des conditions gagnantes pour mettre en place des interdictions de fumer du cannabis dans les OMH ont été identifiées dans un document issu d'une collaboration entre le MSSS, les Centres intégrés de santé et de services sociaux, les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et l'INSPQ :

- Impliquer des résidents dans la démarche;
- Étendre la réflexion à l'ensemble des produits licites fumés et décider lesquels devraient être couverts;
- Protéger l'accès au logement des personnes vulnérables;
- Adapter les règlements au contexte de l'immeuble, à sa clientèle et à son cadre bâti;
- Former le personnel pour favoriser des interactions positives;
- Rendre facilement accessibles et adaptés à la clientèle des OMH des services d'aide à l'abandon du tabac et des services spécialisés en dépendance et en consommation responsable de cannabis (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018).

La recherche et l'évaluation de projets pilotes

L'évaluation de l'implantation et des retombées des interventions qui seront mises en place au Québec est importante en raison des différences qui pourraient exister entre les contextes où les études ont été réalisées, notamment au Royaume-Uni et aux États-Unis, et le Québec. Ces différences de contextes comprennent les interventions de lutte contre le tabagisme déjà en place, les normes sociales entourant l'usage du tabac, les programmes sociaux et l'acceptabilité des interventions visant la vie privée, pour n'en nommer que quelques-unes. À titre d'exemple, il pourrait être intéressant d'adapter au contexte québécois, l'expérience concluante d'une intervention menée en Angleterre auprès de parents fumeurs d'enfants âgés de moins de cinq ans, qui comprenait un soutien comportemental au domicile, accompagnés d'une offre de TRN gratuite et d'une rétroaction sur les taux de particules fines mesurés dans le domicile. L'implication de citoyens, d'intervenants communautaires, de propriétaires et de gestionnaires d'immeubles à logements et d'intervenants de santé publique est essentielle dans le développement d'initiatives novatrices pertinentes pour le Québec. Ce faisant, il sera possible de contribuer au développement des connaissances relatives aux meilleures façons de protéger d'une exposition à la fumée de tabac les Québécois de tous les milieux socioéconomiques.

La lutte contre la pauvreté

Les inégalités en matière de tabagisme, comme l'ensemble des inégalités en matière de santé, prennent racine dans la répartition inégale des richesses et des chances dans les sociétés. La position sociale des gens influence directement l'accès à une éducation de qualité, à un emploi bien rémunéré ainsi qu'à des conditions de vie et de logement décentes (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Plusieurs facteurs qui découlent de ces inégalités sociales influencent directement le tabagisme : être isolé socialement, vivre plus de situations stressantes et avoir moins de ressources

pour y faire face, être plus exposé au tabagisme dans son réseau social (National Cancer Institute & World Health Organisation, 2016; Organisation mondiale de la Santé, 2014).

Il est indéniable que les mesures, politiques et interventions à mettre en place pour promouvoir l'équité 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 contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Bien que le Canada et le Québec fassent bonne figure en matière de protection sociale, il importe de continuer à développer et investir dans les programmes sociaux, le développement des jeunes enfants et l'éducation, qui constituent des investissements certains pour une société en santé et une réduction des inégalités.

Conclusion

Les effets néfastes sur la santé de l'exposition à la fumée de tabac sont bien démontrés et ont mené, au Québec, à l'adoption de lois interdisant de faire usage du tabac dans divers lieux publics et de travail de même que dans les véhicules en présence de jeunes âgés de moins de 16 ans et dans des lieux qui accueillent des enfants comme les garderies. Toutefois, à l'exception des aires communes des immeubles de deux logements ou plus, ces restrictions ne touchent pas les domiciles. Or, au Québec, près d'un jeune non-fumeur sur quatre de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique est exposé à la fumée de tabac dans son domicile de manière quotidienne ou quasi quotidienne alors que c'est le cas d'un peu plus d'un jeune non-fumeur sur dix issu de milieux favorisés.

À ce jour, quelques études seulement ont évalué des interventions pour réduire l'exposition des populations défavorisées sur le plan socioéconomique à la fumée de tabac dans leur domicile. Une intervention auprès de parents, qui n'étaient pas motivés à cesser de fumer au départ, comprenant un soutien au renoncement au tabac à domicile, accompagné d'une offre gratuite de produits de remplacement de la nicotine et d'une rétroaction sur les taux de particules fines mesurés dans le domicile, fut appréciée des parents et serait efficace à protéger de la fumée de tabac de jeunes enfants issus de milieux défavorisés. L'implantation d'une politique visant à rendre des immeubles résidentiels complètement sans fumée serait une mesure efficace pour réduire l'exposition à la fumée de tabac de résidents non-fumeurs défavorisés. Des campagnes médiatiques populationnelles ayant porté spécifiquement sur la fumée de tabac secondaire au Royaume-Uni auraient entraîné une hausse de domiciles sans fumée un mois plus tard, mais cet effet se serait rapidement estompé; aucune différence d'effets n'a été observée selon le niveau socioéconomique.

Plusieurs études qualitatives analysées présentent le point de vue des fumeurs défavorisés. Selon des études menées au Royaume-Uni, plusieurs parents défavorisés prennent des mesures concrètes pour réduire l'exposition à la fumée de tabac des membres de leur famille : fumer uniquement en l'absence des enfants, dans certaines pièces, en ouvrant les portes ou les fenêtres, etc. Ils sont toutefois conscients que ce ne sont pas des mesures optimales. De plus, ils sont aux prises avec des contraintes importantes liées à leurs conditions de vie, qui rendent difficile l'application d'interdictions de fumer dans leur domicile. Lorsqu'ils sont en situation de monoparentalité, ils se retrouvent seuls pour prendre soin de leurs jeunes enfants. Ils peuvent difficilement aller fumer à l'extérieur du domicile quand ils ne disposent pas d'endroits d'où ils pourraient surveiller leurs enfants demeurés à l'intérieur. Ils éprouvent des difficultés à faire respecter une interdiction de fumer, surtout lorsque les personnes qui les soutiennent dans leur rôle parental font usage du tabac, par exemple, les grands-parents ou un nouveau conjoint. Interrogés sur l'utilité d'outils permettant de s'abstenir de fumer à l'intérieur du domicile, comme les produits de remplacement de la nicotine ou la cigarette électronique, les parents fumeurs sont partagés. Alors que certains d'entre eux sont positifs face à ces alternatives, d'autres considèrent que les efforts investis pour diminuer l'exposition à la fumée de tabac des membres de leur famille devraient plutôt viser le renoncement complet au tabac.

À la lumière de ces observations, il apparaît essentiel de tenir compte des contextes de vie des fumeurs défavorisés du Québec en vue de mieux identifier les barrières rencontrées à l'adoption et l'application d'interdictions de fumer dans leur domicile. Une offre de services de proximité pour soutenir le renoncement au tabac ou l'abstinence temporaire devrait être intensifiée, que ce soit pour les personnes faisant usage du tabac et résidant dans des immeubles en voie de devenir complètement sans fumée ou celles recevant des soins à domicile. Les démarches entreprises par les Offices municipaux d'habitations pour l'adoption d'immeubles sans fumée devraient être encouragées, documentées et mises à profit auprès des OMH des autres régions. Les campagnes

québécoises sur la fumée de tabac secondaire devraient être poursuivies de façon soutenue à l'aide de messages évalués auprès des populations spécifiques que l'on veut rejoindre. Il est important de suivre l'évolution des connaissances scientifiques et des expériences étrangères quant à l'utilité de la TRN et de la cigarette électronique comme outils d'abstinence temporaire et quant aux effets de l'exposition à l'aérosol de cigarette électronique dans les domiciles. Et il est essentiel de développer la recherche et l'évaluation de projets-pilotes en contexte québécois afin d'offrir des interventions pertinentes aux fumeurs de milieux défavorisés. Enfin, renforcer les différentes mesures de lutte contre la pauvreté et les conditions de vie difficiles devrait également contribuer à réduire les inégalités sociales liées au tabagisme et à l'exposition à la fumée de tabac.

Références

- ASH Scotland. (2012). Reducing children's exposure to second hand smoke in the home: a literature review. Edinburg, Scotland: ASH Scotland.
- Atkinson, O., Coleman, T., McNeill, A., Lewis, S., & Jones, L. L. (2013). The role of nicotine replacement therapy for temporary abstinence in the home to protect children from environmental tobacco smoke exposure: a qualitative study with disadvantaged smokers. *BMC Public Health*, 13(1), 1–7.
- Baezconde-Garbanati, L. A., Weich-Reushé, K., Espinoza, L., Portugal, C., Barahona, R., Garbanati, J., ... Unger, J. B. (2011). Secondhand Smoke Exposure Among Hispanics/Latinos Living in Multiunit Housing: Exploring Barriers to New Policies. *American Journal of Health Promotion*, 25(S5), S82–S90.
- Bergeron, P., & Tremblay, M. (2018). Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique. Montréal, Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Best Practices User Guide: Health Equity in Tobacco Prevention and Control. Atlanta, US : 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.
- Dobrescu, A., Bhandari, A., Sutherland, G., & Dinh, T. (2017). The costs of tobacco use in Canada, 2012. The Conference Board of Canada.
- Gentzke, A. (2016). A community trial to speed the diffusion of smoke-free policies in multiunit housing. University at Buffalo, State University of New York, New York, NY.
- Guérin, D., Guyon, L., Fournier, M., Gillet, M., Payette, Y., & Laguë, J. (2006). La fumée de tabac secondaire : Effets sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2016). Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015, Fichiers-maîtres. Montréal, Canada : Gouvernement du Québec.
- Ipsos. (2016). Logements sans fumée : Situation actuelle et intérêt de la population québécoise. Association pour les droits des non-fumeurs.
- Kairouz, S., Montreuil, A., & Lasnier, B. (2010). Habitudes tabagiques des fumeurs québécois après l'interdiction de fumer visant certains lieux publics. Montréal, Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Kastirke, N., John, U., Goeze, C., Sannemann, J., & Ulbricht, S. (2013). Reaching Families at Their Homes for an Intervention to Reduce Tobacco Smoke Exposure Among Infants. *Journal of Community Health*, 38(2), 215–220.
- Kaufman, P., Kang, J., Kennedy, R. D., Beck, P., & Ferrence, R. (2018). Impact of smoke-free housing policy lease exemptions on compliance, enforcement and smoking behavior: A qualitative study. *Preventive Medicine Reports*, 10, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.01.011>

- Kernoghan, A., Lambraki, I., Pieters, K., & Garcia, J. (2014). Smoke-free housing: A review of the evidence. Toronto, Ontario, Canada : Program Training and Consultation Centre and the Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
- Khachatoorian, C., Jacobson, P., Benowitz, N. L., & Talbot, P. (2018). Electronic cigarette chemicals transfer from a vape shop to a nearby business in a multiple-tenant retail building. *Tobacco Control*. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054316>
- King, B., Travers, M., Cummings, M., Mahoney, M., & Hyland, A. (2010). Secondhand smoke transfer in multiunit housing. *Nicotine and Tobacco Research*, 12, 1133–1141.
- Lajoie, P., Leclerc, J. M., & Schnebelen, M. (2006). La ventilation des bâtiments d'habitation : impacts sur la santé respiratoire des occupants. Montréal, Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Lasnier, Leclerc, B. S., & Hamel, D. (2012). Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Lewis, S., Sims, M., Richardson, S., Langley, T., Szatkowski, L., McNeill, A., & Gilmore, A. B. (2015). The effectiveness of tobacco control television advertisements in increasing the prevalence of smoke-free homes. *BMC Public Health*, 15(1), 1–10.
- Lindson-Hawley, N., Hartmann-Boyce, J., Fanshawe, T. R., Begh, R., Farley, A., & Lancaster, T. (2016). Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD005231. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005231.pub3>
- Marsh, J., McNeill, A., Lewis, S., Coleman, T., Bains, M., Larwood, A., ... Jones, L. L. (2016). Protecting children from secondhand smoke: a mixed-methods feasibility study of a novel smoke-free home intervention. *Pilot And Feasibility Studies*, 2, 53–53.
- McCammon-Tripp, L., Stich, C., & The Region of Waterloo Public Health and Waterloo Region Housing Smoke-free Multi-unit Dwelling Committee. (2011). The development of a smoke-free housing policy in the region of Waterloo: Key success factors and lessons learned from practice. Toronto, Canada : Program Training and Consultation Center, LEARN Project.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Les enjeux municipaux liés à la légalisation du cannabis au Québec. Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). Public health consequences of e-cigarettes. Washington, DC : The National Academies Press.
- National Cancer Institute, & World Health Organisation. (2016). The economics of tobacco and tobacco control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. Bethesda, MD and Geneva, CH: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, and World Health Organization.
- Northrup, T. F., Green, C., Evans, P. W., & Stotts, A. L. (2015). Characteristics associated with intervention and follow-up attendance in a secondhand smoke exposure study for families of NICU infants. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal Of The European Association Of Perinatal Medicine, The Federation Of Asia And Oceania Perinatal Societies, The International Society Of Perinatal Obstetricians*, 28(10), 1208–1213. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.947950>

- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research : a synthesis of recommendations. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Organisation mondiale de la Santé. (2005). Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf?ua=1>
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). Tobacco and inequities: Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Copenhagen, Danemark : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional Europe.
- Passey, M. E., Longman, J. M., Robinson, J., Wiggers, J., & Jones, L. L. (2016). Smoke-free homes: what are the barriers, motivators and enablers? A qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*, 6(3), e010260. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010260>
- Pizacani, B. A., Maher, J. E., Rohde, K., Drach, L., & Stark, M. J. (2012). Implementation of a smoke-free policy in subsidized multiunit housing: Effects on smoking cessation and secondhand smoke exposure. *Nicotine and Tobacco Research*, 14, 1027–1034.
- Ratschen, E., Thorley, R., Jones, L., Opazo Breton, M., Cook, J., McNeill, A., ... Lewis, S. (2018). A randomised controlled trial of a complex intervention to reduce children's exposure to secondhand smoke in the home. *Tobacco Control*, 27(2), 155–162. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053279>
- Reid, J., Hammond, D., Rynard, V. L., Maddill, C. L., & Burkhalter, R. (2017). Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2017 Edition. Waterloo, ON : Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
- 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 Sante Publique*, 101 (1), 73–78.
- Rowa-Dewar, N., & Amos, A. (2016). Disadvantaged Parents' Engagement with a National Secondhand Smoke in the Home Mass Media Campaign: A Qualitative Study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 13(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph13090901>
- Rowa-Dewar, N., Amos, A., & Cunningham-Burley, S. (2014a). Children's perspectives on how parents protect them from secondhand smoke in their homes and cars in socioeconomically contrasting communities: a qualitative study. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal Of The Society For Research On Nicotine And Tobacco*, 16(11), 1429–1435. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu096>
- Rowa-Dewar, N., Amos, A., & Cunningham-Burley, S. (2014b). Children's resistance to parents' smoking in the home and car: a qualitative study. *Addiction*, 109 (4), 645–652.
- Rowa-Dewar, N., Lumsdaine, C., & Amos, A. (2015). Protecting children from smoke exposure in disadvantaged homes. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal Of The Society For Research On Nicotine And Tobacco*, 17(4), 496–501. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu217>
- Rowa-Dewar, N., Rooke, C., & Amos, A. (2017). Using e-cigarettes in the home to reduce smoking and secondhand smoke: disadvantaged parents' accounts. *Health Education Research*, 32(1), 12–21. <https://doi.org/10.1093/her/cyw052>

Royal College of Physicians. (2016). *Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction*. London, UK : Royal College of Physicians.

Snyder, K., Vick, J. H., & King, B. A. (2016). Smoke-free multiunit housing: a review of the scientific literature. *Tobacco Control*, 25(1), 9–20. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-051849>

Statistique Canada. (2002). *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, Fichiers-maîtres*.

Statistique Canada. (2015). *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) 2013-2014, Fichiers-maîtres*.

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. <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2004.04006.x>

Tremblay, M., & Montreuil, A. (2013). *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 : constats, interrogations et éléments de réflexion*. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.

Tremblay, M., & Roy, J. M. (2013). *Plan québécois d'abandon du tabagisme : État de situation après 10 ans d'implantation*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec.

U.S. Department of Housing and Urban Development. *Instituting Smoke-free Public Housing*, Pub. L. No. RIN 2577 -AC97 (2016).

U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General - Executive Summary*. U.S. Department of Health and Human Services.

U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services.

Weinmann, T., Radon, K., Sukalla, F., Gerlich, J., Barth, S., Nowak, D., & Karnowski, V. (2018). Developing an Awareness Campaign to Reduce Second Hand Smoke Among Disadvantaged Families-A Participatory M-Health Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph15091945>

Annexe 1

Tableaux d'extraction

Atkinson P, Coleman T, McNeill A, Lewis S, Jones LL. BMC Public Health, 2013

The role of nicotine replacement therapy for temporary abstinence in the home to protect children from environmental tobacco smoke exposure : a qualitative study with disadvantaged smokers.

Objectifs	Intervention/ Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflicts d'intérêts
<p>Identifier les perceptions de fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique quant à l'usage temporaire de TRN comme stratégie pour s'abstenir de fumer dans le domicile et ainsi protéger leurs enfants de l'exposition à la fumée de tabac.</p>	<p>Aucune intervention.</p> <p>Population : Angleterre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les participants devaient être des parents d'enfants de moins de 5 ans, faisant usage de tabac ou ayant fumé récemment dans le domicile. ▪ 22 parents interviewés lors de la 1^{re} entrevue et 14 parents lors de la 2^e entrevue. ▪ 36 participants au total : 27 mères, 8 pères et 1 grand-mère qui prenait soin des enfants. <p>Indicateur de niveau socioéconomique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le recrutement des participants à la 1^{re} entrevue s'est fait dans les <i>Sure Start Children's Centres</i> qui sont localisés dans les quartiers les plus défavorisés de la ville de Nottingham où la prévalence de tabagisme atteignait 48 %. ▪ 81 % des participants étaient sans emploi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 séries d'entrevues individuelles menées en 2009 et en 2010. ▪ Ces entrevues font partie d'un projet plus large qui vise à développer des interventions efficaces pour réduire l'exposition des enfants à la fumée de tabac dans les domiciles. ▪ Notions explorées : <ul style="list-style-type: none"> - Le tabagisme au domicile, - Les barrières et éléments facilitant l'adoption de domiciles sans fumée, - Les leviers que les professionnels de la santé pourraient utiliser, - Les tentatives antérieures de renoncement au tabac, - L'usage antérieur ou futur de TRN, - Le concept d'abstinence temporaire, - L'utilisation de TRN pour une abstinence temporaire dans le domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans 48 % des domiciles, il y avait au moins 2 adultes fumeurs y vivant. ▪ La plupart des participants sont négatifs face à la notion d'abstinence temporaire dans le domicile. Plusieurs pensent que s'ils devaient investir des efforts pour modifier leur comportement, ils préféreraient que ce soit pour cesser de fumer complètement plutôt que pour s'abstenir temporairement. ▪ La plupart des participants ont déjà fait usage de TRN dans le passé; certains ont eu une expérience positive alors que d'autres ont mentionné que les effets secondaires, le goût désagréable des TRN ou encore les fortes envies de fumer qui persistaient malgré l'usage de fortes doses de TRN ont été la cause de leur rechute. ▪ La majorité des participants ont une attitude négative face au fait d'utiliser la TRN de façon temporaire pour s'abstenir de fumer dans le domicile. Quelques participants perçoivent que l'arrêt complet est la seule option appropriée pour modifier leur comportement tabagique. ▪ Ceux qui ont rendu leur domicile complètement sans fumée, ne sont pas certains eux non plus de la valeur de la TRN. Ils croient que comprendre les effets néfastes de la fumée de tabac dans le domicile est un facteur plus important. L'utilisation de TRN devrait donc être complétée par de l'éducation des parents sur les bénéfices d'un domicile sans fumée. L'accès à la TRN ne serait pas suffisant pour motiver les familles de ne pas fumer dans le domicile. 	<p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/ Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ À partir des transcriptions des entrevues enregistrées et suite à l'analyse à l'aide de NVivo, différentes thématiques ont été identifiées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelques participants plus positifs au sujet de la TRN comme outil d'abstinence temporaire ont parlé davantage d'un usage de TRN dans un contexte de renoncement au tabac ou de diminution du nombre de cigarettes fumées. ▪ Les auteurs mentionnent que lors de leur analyse des données de la 1^{re} entrevue, les participants avaient des connaissances incomplètes quant aux effets néfastes de leurs enfants à une exposition à la fumée de tabac. ▪ Selon eux, le fait d'être peu réceptifs au concept d'abstinence temporaire a peut-être à voir avec le manque d'exposition des participants à des interdictions de fumer en milieu de travail, qui obligent les travailleurs à s'abstenir de fumer, ce qui est le cas des personnes sans emploi ou qui demeurent au foyer pour s'occuper des enfants. ▪ Aussi, la résistance à l'abstinence temporaire et à la TRN peut être reliée au rôle complexe tant psychologique que social que joue le tabagisme dans les familles défavorisées (en donnant un moment de répit dans une journée par exemple). 	

Baezconde-Garbanati, L., Weich-Reushé, K., Espinoza, L., Portugal, C., Barahona, R., Garbanati, J., Seedat, F., & Unger, J. American Journal of Health Promotion, 2011

Secondhand smoke exposure among Hispanics/Latinos living in multiunit housing: Exploring barriers to new policies.

Objectifs	Intervention/ Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/ conflits d'intérêts
<p>Documenter le programme communautaire <i>Regale Salud</i> qui vise à sensibiliser les résidents, gestionnaires et propriétaires de logements aux problèmes de la fumée de tabac secondaire, pour les inciter à implanter de façon collective, des politiques volontaires visant à restreindre l'usage du tabac.</p> <p>Cible la communauté latino-américaine.</p>	<p>Intervention en 6 phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer les objectifs et recueillir des données de base; ▪ Déterminer le niveau de mobilisation requis pour implanter l'intervention; ▪ Identifier les alliés et les opposants; ▪ Identifier les participants et développer le matériel; ▪ implanter l'intervention; ▪ Reconnaître les efforts et réaliser une évaluation formative. ▪ L'intervention intègre les valeurs culturelles de la communauté latino-américaine : le respect des autres et de leur autonomie, l'interaction personnelle amicale, le maintien de bonnes relations sociales qui évitent la confrontation, l'importance de la famille immédiate et étendue incluant la responsabilité de protéger les enfants, et le respect, la loyauté et l'unité à l'intérieur de la 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collecte de données auprès des résidents pour explorer la problématique de l'exposition à la fumée de tabac dans leur logement (exposition, opinions, perceptions) et leur soutien pour des interdictions de fumer (Étape 1 de l'intervention). ▪ Méthode mixte : <ul style="list-style-type: none"> - 5 groupes de discussion (2005 à 2007) auprès de 48 Latinos de 4 secteurs de Los Angeles (urbains et banlieues) où la population de Latinos est importante et augmente rapidement. Complexes d'immeubles sélectionnés ont > 93 % de résidents d'origine mexicaine et aucune restriction de fumer. - Sondage porte-à-porte (2007) auprès de 142 résidents de 7 immeubles (sur 18 invités) des mêmes régions, immeubles où la proportion de personnes à faible revenu est élevée. - Sondage téléphonique (2006) auprès de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupes de discussion : <ul style="list-style-type: none"> - La fumée de tabac qui s'infiltrer provient des autres logements et de l'extérieur. - Les participants hésitent à en parler à leurs voisins fumeurs pour ne pas nuire aux relations, et parce que les fumeurs paient leur logement comme les autres; un soutien formel est nécessaire (clause au bail, signalisation). - Les participants mettent en place plusieurs stratégies pour protéger leurs proches de la fumée (fermer les portes, mettre une serviette sous la porte, etc.), mais aucune ne protège efficacement. - La plupart des résidents n'ont jamais entendu parler de restrictions volontaires, doutent de la légalité de celles-ci et croient qu'elles sont discriminatoires; ils sont réticents à les imposer à des personnes âgées ou d'un statut plus élevé (hiérarchie). - Les répondants croient que les fumeurs et les non-fumeurs ont des opinions divergentes quant au soutien d'interdictions. - Les restrictions dans les lieux communs seraient plus faciles à implanter, mais ne régleraient pas le problème. - Les participants ne sont pas prêts à agir (message écrit au propriétaire), car ils croient que les propriétaires écoutent la voix de la majorité dont ils ne feraient pas partie. 	<p>Limites rapportées par les auteurs reliées à la généralisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ groupes de discussion menés dans seulement 2 établissements; ▪ Sondage porte-à-porte ayant rejoint uniquement les personnes présentes; ▪ Sondage téléphonique mené avec les personnes avec un nom de famille hispanique, inscrites dans le bottin et possédant une ligne téléphonique sèche. <p>Contraintes budgétaires n'ayant pas permis la collecte de données sur la pérennité ni sur les effets à long terme du projet.</p>

Objectifs	Intervention/ Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/ conflits d'intérêts
	<p>famille immédiate et étendue.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervention est reconnue par les <i>CDC's National Latino Tobacco Control Network</i> comme un modèle d'intervention et est en implantation en Californie et dans plusieurs autres États. ▪ Population : communauté latino-américaine* vivant dans le sud de la Californie dans des immeubles à logement; cette communauté est plus susceptible d'habiter un immeuble à logement : 46 % des Latinos versus 37 % des non-Latinos. ▪ Indicateur de niveau socioéconomique : en général, le niveau socioéconomique de la communauté latino-américaine est plus faible que celui de la population américaine; 46 % des participants au sondage téléphonique n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. 	<p>409 locataires Latinos qui habitent un immeuble à logement en Californie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sondage porte-à-porte : taux de réponse 86 % <ul style="list-style-type: none"> - 35 % rapportent des infiltrations de fumée de tabac provenant de l'extérieur et 20 %, de logements voisins; - 66 % sont un peu ou beaucoup dérangés par la fumée de tabac; - 35 % ont agi (p. ex. : fermer la fenêtre, demander à la personne de cesser de fumer ou de s'éloigner); - Raisons d'inaction : sentiment d'impuissance, malaise avec la confrontation; - Plus de 8 répondants sur 10 aimeraient demeurer dans une section non-fumeur de l'immeuble ou dans un immeuble complètement sans fumée. ▪ Sondage téléphonique : <ul style="list-style-type: none"> - 8 % des participants sont fumeurs; - 17 % habitent un logement où quelqu'un fume; - 95 % interdisent de fumer dans leur logement; - 26 % rapportent qu'il est interdit de fumer dans les espaces communs intérieurs et 19 % dans les espaces communs extérieurs; - 85 % des non-fumeurs versus 56 % des fumeurs croient qu'il est important de protéger les non-fumeurs de la fumée de tabac dans leur appartement; - 37 % des non-fumeurs versus 18 % des fumeurs sont en faveur d'interdictions totales de fumer dans les espaces intérieurs et extérieurs; 	<p>La déclaration des conflits d'intérêts est absente.</p>

Objectifs	Intervention/ Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/ conflits d'intérêts
			<ul style="list-style-type: none"> - 58 % des non-fumeurs versus 79 % des fumeurs sont plutôt en faveur de séparer les zones fumeurs des zones non-fumeurs. ▪ Ces données ont été présentées à des propriétaires et des gestionnaires d'immeubles à logements pour leur démontrer que les résidents sont en faveur de politiques d'espaces sans fumée. On leur a aussi fait part des avantages des immeubles sans fumée dont la santé et la qualité de vie des résidents et les bénéfices économiques. Les administrateurs et propriétaires s'interrogeaient sur la légalité et la discrimination de telles mesures, et les mêmes valeurs que celles des locataires les rendaient réticents à intervenir (respect, relations, conflits, etc.). ▪ Suite à ces rencontres, 7 immeubles sur 12 ayant entamé des démarches, ont adopté des interdictions de fumer dans les espaces communs, les aires de jeux et les balcons qui se font face. ▪ Certaines valeurs et normes sociales peuvent être des barrières, mais aussi des facteurs facilitants, si on met l'accent sur la protection de la famille (enfants, personnes âgées) et des malades contre la fumée de tabac; le respect doit aussi s'appliquer aux non-fumeurs. ▪ Facteur facilitant : les interdictions de fumer doivent être mises en place et appliquées par une figure d'autorité (propriétaires, gestionnaires ou règlements municipaux). ▪ Intervenir auprès des propriétaires augmente la pérennité des règlements. ▪ Les auteurs affirment que tous ont un rôle important à jouer : les résidents doivent 	

Objectifs	Intervention/ Population/Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/ conflits d'intérêts
			<p>verbaliser leurs préférences pour des immeubles sans fumée et les propriétaires doivent créer un environnement où les résidents se sentiront en sécurité et où ils n'auront pas peur de représailles quand ils exprimeront leurs préférences.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En attendant que les municipalités adoptent des règlements interdisant de fumer dans toutes les résidences qui comprennent des aires communes et des murs mitoyens de même que dans les lieux extérieurs communs, les auteurs recommandent aux propriétaires d'immeubles d'adopter des politiques d'espaces sans fumée, pour protéger les résidents de l'exposition à la fumée de tabac. 	

* Les Hispaniques sont la plus importante minorité aux États-Unis et 1/3 vit en Californie; bien que la prévalence du tabagisme soit plus faible que dans la population générale, les Latino-Américains sont plus exposés à la fumée de tabac en milieu de travail, car ils travaillent davantage dans de petites entreprises non couvertes par la loi au niveau de la protection de l'exposition à la fumée de tabac.

Gentzke, A. Dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School of the University at Buffalo, State University of New York, 2016

A Community trial to speed the diffusion of smoke-free policies in multiunit housing.

Manuscript #3: A community intervention to promote smoke-free multiunit housing policies. En collaboration avec A. Hyland, M. Kiviniemi, et M. Travers.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
<p>Implanter une intervention communautaire visant à augmenter l'adoption de politiques sans fumée dans des immeubles résidentiels.</p>	<p>Intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer et sensibiliser les résidents d'immeubles, les propriétaires et les représentants politiques locaux des avantages des politiques sans fumée dans les immeubles résidentiels. ▪ Diffusion de messages développés par des intervenants communautaires avec le soutien d'organisations locales à partir des informations recueillies lors d'un sondage initial. Les modes de diffusion utilisés étaient : des cartes postales et brochures, des articles dans les médias locaux, des présentations aux propriétaires et aux résidents d'immeubles. ▪ L'intervention était menée par des intervenants de santé publique de chaque communauté. Les 	<p>6 communautés appariées de taille moyenne (50 000–250 000 habitants) (une paire par État); 3 ont reçu l'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sondage téléphonique réalisé avant l'intervention auprès de résidents d'immeubles à logements multiples des 6 communautés (dont certains sont subventionnés), sélectionnés aléatoirement sur les connaissances, attitudes et expériences avec la fumée de tabac et les politiques sans fumée. N = 1565 en 2012 ▪ Sondage similaire réalisé auprès des gestionnaires d'immeubles de ces communautés. ▪ Sondage de suivi auprès des mêmes résidents réalisé après l'intervention. N = 760 (54 %) en 2014-2015 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon les participants ayant répondu aux 2 sondages dans les six communautés, de 2012 à 2014, la proportion d'immeubles sans fumée a augmenté de 25 % à 36 % et la proportion d'immeubles ayant au moins un règlement interdisant de fumer de 41 % à 52 %. La proportion des domiciles des locataires complètement sans fumée a augmenté de 80 % à 86 % et la préférence pour des immeubles sans fumée de 58 % à 69 %. Les locataires dont le domicile était complètement sans fumée lors du sondage initial ont rapporté une diminution des infiltrations de fumée de tabac de 43 % à 37 %. ▪ Toutefois, des changements plus importants ont été observés au sein des communautés témoins qu'au sein de celles qui ont reçu l'intervention. Il faut dire que les participants des communautés ayant reçu l'intervention avaient des niveaux initiaux plus élevés sur ces variables que les communautés témoins, ce qui laisse moins de place à l'amélioration. ▪ Les auteurs mentionnent qu'une tendance en faveur des immeubles sans fumée et que des normes sociales favorables aux environnements sans fumée pourraient expliquer les changements positifs observés de 2012 à 2014 et avoir eu plus d'effets dans les communautés témoins. Aussi, l'intensité de l'intervention était possiblement insuffisante considérant l'emploi du temps déjà chargé des intervenants communautaires responsables de livrer l'intervention. 	<p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte de participants différentielle dans les communautés intervention et témoin; ▪ Participants pas nécessairement représentatifs des résidents des communautés étudiées; ▪ Données autorapportées; ▪ En plus de l'intervention, des démarches en faveur des immeubles sans fumée pourraient avoir été entreprises dans certaines communautés, ce qui est hors du contrôle des chercheurs.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
	<p>activités, le matériel et les canaux de communication variaient d'une communauté à l'autre, tirant avantage de l'expertise des intervenants et de leur réseau de contacts avec les parties prenantes dans leur communauté, ainsi que des besoins de chaque communauté. La diffusion de l'information s'inspire du modèle de la théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 1995).</p> <p>Population : États-Unis (Colorado, Dakota du Nord, Caroline du Sud).</p>	<p>Variables d'intérêt : adoption d'un domicile sans fumée, présence de restrictions de l'usage du tabac dans l'immeuble, exposition à des infiltrations de fumée dans le logement, préférence pour une politique sans fumée dans l'immeuble.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une plus faible probabilité de changements entre 2012 et 2014 au niveau des règlements sans fumée dans le domicile et dans les immeubles a été observée chez les participants ayant un logement subventionné comparativement à ceux du marché privé. De plus, les infiltrations de fumée de tabac auraient augmenté chez les participants ayant un logement subventionné. 	<p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Kastirke N, John U, Goeze C, Sannemann J, Ulbricht S. J Community Health, 2013.

Reaching families at their homes for an intervention to reduce tobacco smoke exposure among infants

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
<p>Décrire les données de dépistage et de recrutement de familles comptant au moins 1 fumeur quotidien à une intervention à la maison visant à réduire l'exposition à la fumée de tabac.</p>	<p>Aucune intervention</p> <p>Population : Allemagne</p> <p>Indicateur de niveau socioéconomique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude menée dans un État, où la proportion de résidents sans emploi est de 21 %, comparativement aux autres États, 11 % et où la proportion de personnes, dont la scolarité est < 10 ans est de 68 % comparativement à 53 %. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À partir d'un registre où chaque résident d'Allemagne doit obligatoirement s'inscrire, identification des familles avec au moins 1 enfant âgé de ≤ 3 ans de la région rurale de l'État de Mecklenburg-West Pomerania : 3 570 familles identifiées. <p>Invitation par lettre des familles identifiées à participer à une collecte de données sur la santé de la famille (dépistage) et annonçant une visite à la maison au cours des 2-3 semaines subséquentes; les parents pouvaient aussi participer à la collecte des données par téléphone : contact réalisé avec 3 293 familles (92 %).</p> <p>Les parents devaient manifester leur intérêt à participer par téléphone ou courriel : 2 641 familles intéressées (80 %).</p> <p>Évaluation de l'admissibilité des familles à participer à une intervention à la maison : au moins 1 des parents devait être un fumeur quotidien (≥1 cigarette par jour au cours des 4 semaines précédentes) : 1 282 familles comportaient au moins 1 fumeur quotidien (49 %); 917 familles (72 %) ont accepté de participer à l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Données recueillies entre juin 2008 et décembre 2010. 	<p>Comparativement aux parents n'ayant pas accepté de participer à l'intervention à la maison, une plus grande proportion de participants potentiels vivaient dans des familles biparentales, avaient une scolarité > 10 ans et possédaient un emploi.</p> <p>Parmi les facteurs déterminant une participation à l'étude, notons : l'âge (plus élevé), le statut familial (famille de 2 parents), le niveau de scolarité plus élevé (≥ 10 ans), l'emploi (1 ou 2 parents en emploi). Selon les analyses multivariées, le niveau de scolarité et l'emploi sont les facteurs déterminants, mais l'ampleur de l'effet serait faible.</p> <p>Les auteurs concluent que l'environnement de la maison semble un lieu approprié pour contacter les familles et leur offrir une intervention visant à réduire l'exposition à la fumée de tabac. Il serait ainsi possible de rejoindre une grande proportion de familles avec de jeunes enfants où l'on fait usage de tabac. De plus, la visite à domicile permet de constater le contexte de l'intervention, les barrières, etc. Malgré des coûts élevés, le recrutement proactif en personne à domicile présenterait des avantages certains.</p>	<p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Données recueillies dans un seul milieu rural résidentiel en Allemagne limitant la généralisation; ▪ Efforts de recrutement substantiels. <p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variables mesurées : âge moyen des parents, statut familial (famille monoparentale ou biparentale), plus haut niveau de scolarité atteint par les parents (< 10 ans, 10 ans, > 10 ans), emploi (des 2 parents, de 1 des 2 parents, d'aucun parent), nombre d'enfants. ▪ Analyses descriptives : <ul style="list-style-type: none"> - Proportion de familles acceptant de participer au dépistage, - proportion de familles acceptant de participer à l'intervention à la maison, - comparaison des données sociodémographiques des familles ayant accepté de participer et de celles n'ayant pas accepté. ▪ Analyses de régression logistique univariée et multivariée pour identifier les déterminants de la participation à l'étude. 		

Lewis, S., Sims, M., Richardson, S., Langley, T., Szatkowski, L., McNeill, A., & Gilmore, A. *BMC Public Health*, 2015

The effectiveness of tobacco control television advertisements in increasing the prevalence of smoke-free homes.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
<p>Évaluer si des campagnes médiatiques antitabac font augmenter le nombre de fumeurs qui ont un domicile sans fumée en Angleterre.</p>	<p>Intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campagnes médiatiques antitabac télévisées et financées par le gouvernement, dont des campagnes spécifiques sur la thématique de la fumée de tabac secondaire. <p>Population : Angleterre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 9 872 ménages avec au moins un fumeur adulte. <p>Indice de défavorisation du ménage (Index of Multiple Deprivation score) :</p> <p>1= le moins défavorisé, 5= le plus défavorisé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Données provenant de plusieurs cycles de l'enquête transversale annuelle <i>Health Survey for England</i> 2004 -2010, représentative de la population (taux réponse 64 %-74 %). Entrevues avec chaque membre du ménage de 16 ans et plus et avec chaque enfant, jusqu'à un maximum de deux. ▪ Données analysées pour les ménages comprenant au moins un adulte fumeur. ▪ Variable d'intérêt : Présence d'un domicile sans fumée. ▪ Variable indépendante : Exposition aux campagnes mesurée par les <i>Gross Rating Points (GRP)</i> (combine la population rejointe par les campagnes et la fréquence d'exposition). ▪ Variables covariées : nombre de fumeurs dans le ménage, sexe et âge des fumeurs, niveau de dépendance, âge du plus jeune enfant, indice de défavorisation du ménage, saison. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 32 % des domiciles avec au moins un fumeur étaient sans fumée; cette proportion a augmenté de 2004 à 2010 de < 25 % à > 40 %. ▪ Le score moyen mensuel d'exposition aux campagnes portant sur le tabac est de 344,7 GRP (varie de 0 à 1135,2). Le score moyen mensuel pour les campagnes portant sur le thème de la fumée secondaire est de 155,2 (0 à 514,6). ▪ L'exposition aux campagnes médiatiques antitabac en général n'a pas eu d'effets sur l'adoption d'un domicile sans fumée. Celles sur la fumée secondaire ont eu un effet 1 mois tard, mais l'effet était estompé à 2 mois, ce qui fait dire aux auteurs que l'effet est de courte durée. À chaque hausse de 100 GRP, il y avait 7 % de chances d'avoir un domicile sans fumée. Les effets étaient similaires pour les populations défavorisées et pour les populations favorisées. ▪ Le faible nombre de campagnes portant sur la fumée secondaire pourrait être en deçà du seuil recommandé pour avoir un effet sur le tabagisme. ▪ Les auteurs affirment que les campagnes ayant eu du succès pour favoriser le renoncement au tabac démontraient de façon positive comment cesser de fumer tout en abordant les effets néfastes de l'usage du tabac. Si de telles observations s'appliquent à la fumée secondaire, il pourrait être pertinent de démontrer comment il est possible de rendre son domicile sans fumée en plus d'informer le public des effets nocifs d'une exposition à la fumée de tabac. 	<p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usage de tabac autorapporté; ▪ Enquêtes transversales ne permettent pas d'établir un lien de causalité; ▪ Mesure d'exposition populationnelle plutôt qu'individuelle aux campagnes. <p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Marsh, J., McNeill, A., Lewis, S., Coleman, T., Bains, M., Larwood, A., Purdy, J., Jones, L. Pilot and Feasibility Studies, 2016

Protecting children from secondhand smoke : a mixed-methods feasibility study of a novel smoke-free home intervention.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
<p>Mesurer le taux de participation et de rétention des participants.</p> <p>Explorer l'acceptabilité et la faisabilité de 3 composantes de l'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien comportemental. ▪ TRN. ▪ Rétroaction personnalisée de mesures de l'exposition à la fumée de tabac dans le domicile. 	<p>Intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 semaines au domicile visant à réduire l'exposition des enfants à la fumée de tabac dans le domicile. <p>Phase 1 (2011-2012) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 séances d'une heure d'entretien motivationnel en face à face, par un conseiller spécialisé sur la problématique des domiciles sans fumée (information sur les dangers de la fumée de tabac, discussion sur les règles entourant l'usage de tabac au domicile, les barrières au changement et les stratégies pour les contrer). ▪ 12 semaines de TRN gratuite pour soutenir l'abstinence temporaire au domicile du participant et des autres adultes fumeurs au foyer. ▪ Échantillons de salive et d'urine d'un enfant (le plus jeune ou au choix du parent) recueillis à chaque visite afin d'analyser le taux de cotinine. Rétroaction sur le résultat à chaque visite en comparant les taux obtenus avec ceux d'enfants non- 	<p>Méthode mixte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires quantitatifs administrés au temps 0, et aux semaines 4, 8 et 12. ▪ Mesures de la cotinine salivaire et urinaire d'un enfant par ménage. ▪ Entrevue qualitative semi-dirigée 2 semaines avant la fin de l'intervention pour évaluer l'acceptabilité de l'intervention et identifier des pistes d'amélioration. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le recrutement s'est révélé long et fastidieux; lors de la phase 1, sur une période de 14 semaines, 256 personnes ont été approchées, 19 (7 %) répondaient aux critères d'éligibilité et 8 ont accepté de participer. La plupart des personnes approchées étaient non-fumeuses, et très peu de fumeurs affirmaient fumer à l'intérieur du domicile. 6 participants ont complété l'étude. ▪ Tous les participants ont évalué le soutien comportemental comme étant très ou extrêmement utile, et ont apprécié l'approche sans jugement, encourageante, et soutenante; ils ne se sont pas sentis stigmatisés de fumer dans leur domicile et n'ont pas senti de pression pour cesser de fumer. Le soutien a été particulièrement utile au début de l'intervention pour soutenir le changement de comportement (aller fumer dehors) quand la température était mauvaise. ▪ Les participants ont utilisé la TRN (principalement l'inhalateur et les timbres) pour gérer les fortes envies de fumer pendant de courtes périodes et pour réduire le nombre de cigarettes fumées. Certains participants ont mentionné avoir l'intention d'utiliser la TRN lorsqu'ils décideront de cesser de fumer, en raison de leur expérience positive. D'autres n'ont pas utilisé la TRN en raison d'effets secondaires indésirables. ▪ 7 échantillons d'urine (sur 24) ont été recueillis; les enfants n'étaient pas toujours en mesure de fournir une quantité suffisante d'urine pour le test. 24 échantillons salivaires ont été recueillis; 	<p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Petit nombre de participants; ▪ Participants pouvant modifier leur comportement en raison de leur participation à une étude (biais d'expérimentateur); ▪ Moniteur de particules fines pouvant capter d'autres sources que la fumée de tabac. <p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
	<p>exposés à la fumée de tabac (0-0,2 ng/ml) et ceux de travailleurs de bar non-fumeurs exposés fortement à la fumée (3 ng/ml).</p> <p>Phase 2 (2012) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visites plus fréquentes du conseiller en début de projet. ▪ Ajout de soutien téléphonique proactif du conseiller aux semaines 2 et 5. ▪ Remplacement de la mesure de cotinine urinaire par la collecte de particules fines dans l'air (PM_{2,5}). <p>Population : Angleterre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participants recrutés par un service offert aux parents d'enfants de moins de 5 ans à faible revenu. Critères d'inclusion : être le parent ou la personne responsable d'au moins un enfant de moins de 5 ans, fumer à l'intérieur du domicile, ne pas vouloir cesser de fumer. <p>Indicateur de niveau socioéconomique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisateurs d'un service pour personnes à faible revenu. 		<p>cette démarche était jugée faisable et acceptable par les participants. Toutefois, les résultats ont été très variables et incohérents avec les échantillons d'urine, et n'ont pas toujours reflété les changements au domicile. La rétroaction sur la cotinine suscitait de l'anxiété pour certains participants, mais constituait un facteur important de motivation au changement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les modifications apportées à la phase 2 ont été évaluées auprès de 6 participants, recrutés parmi 197 personnes approchées. Ils ont apprécié l'ajout de contacts téléphoniques proactifs. L'évaluation de la qualité de l'air est la composante la plus appréciée et considérée comme la plus efficace : personnalisée, visuelle, en temps réel. Les participants ont remarqué que fumer dans une pièce différente de la maison où le moniteur était placé avait quand même un impact négatif sur la qualité de l'air, et que plusieurs heures étaient nécessaires avant que les particules fines ne redescendent en bas du seuil de l'OMS. Les chercheurs ont observé une baisse importante de PM_{2,5} entre la première mesure au temps 0 et celle prise à la semaine 12. ▪ Pour contrer les difficultés de recrutement, les auteurs affirment qu'il est important de le faire de façon plus privée pour éviter que les éventuels participants ne se sentent stigmatisés lorsque plusieurs personnes de leur entourage entendent qu'ils fument à l'intérieur de leur domicile. ▪ L'intervention testée (non modifiée depuis la phase 2) a fait l'objet d'un essai contrôlé randomisé pour en évaluer l'efficacité de même que le coût-efficacité. 	

Northrup N, Green C, Evans PW, Stotts A.L. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2015

Characteristics associated with intervention and follow-up attendance in a secondhand smoke exposure study for families of NICU infants.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflicts d'intérêts
<p>Identifier les caractéristiques des mères de bébés hospitalisés dans une unité néonatale intensive qui influencent leur participation à une intervention en milieu hospitalier visant à réduire l'exposition à la fumée de tabac au domicile.</p> <p>Identifier les caractéristiques des mères de bébés hospitalisés dans une unité néonatale intensive qui influencent leur participation à des visites de suivi à la maison.</p>	<p>Intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe expérimental : en milieu hospitalier, 2 sessions individuelles d'entretien motivationnel avec un conseiller expérimenté portant sur l'exposition à la fumée de tabac, suivies de 3 visites à la maison 1, 3 et 6 mois après le congé de l'hôpital. ▪ Groupe témoin : soins habituels offerts lors de la planification du congé de l'hôpital et 3 visites à la maison 1, 3 et 6 mois après le congé de l'hôpital. <p>Population : États-Unis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mères de bébés hospitalisés dans une unité néonatale intensive et vivant dans un domicile comportant au moins 1 fumeur. ▪ Participants en prédominance de minorités ethniques : <ul style="list-style-type: none"> - 47 % noirs, - 29 % hispaniques, - 22 % blancs non hispaniques. 	<p>Assignment aléatoire à un groupe expérimental n = 67 ou à un groupe témoin n = 34.</p> <p>Visites de suivi pour les 2 groupes n = 91 (8 bébés décédés et 2 déménagés).</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir un bébé à haut risque respiratoire à l'unité néonatale intensive (peser moins de 1 500 grammes ou ayant reçu de la ventilation mécanique pendant plus de 12 heures), ▪ Au moins 1 fumeur résidant dans le domicile, ▪ Pouvoir lire l'anglais ou l'espagnol, ▪ Demeurer dans un rayon de 50 milles de l'hôpital. <p>Variables recueillies :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Variables sociodémographiques, ▪ Quantité de tabac fumée par la mère et les autres membres de la famille, ▪ Variables psychosociales à l'aide de plusieurs échelles reconnues permettant de mesurer le soutien social, le stress relié à l'unité néonatale intensive, le stress en général et les symptômes de dépression. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 variables sont associées à une plus grande participation à la fois à l'intervention motivationnelle à l'hôpital et aux visites de suivi : <ul style="list-style-type: none"> - Un plus grand nombre de paquets de cigarettes fumées par les autres membres du ménage. - Un moins grand nombre d'enfants. ▪ 3 autres variables sont aussi associées à une plus grande participation aux visites de suivi (tous les participants des 2 groupes) : <ul style="list-style-type: none"> - Le non-usage du tabac à vie de la mère; - Un plus grand nombre d'adultes dans le ménage; - Une perception d'un soutien personnel plus élevé. ▪ Les auteurs suggèrent que le statut tabagique de la mère pourrait interagir avec l'usage de tabac des autres membres du ménage; les mères non-fumeuses qui vivent avec des fumeurs pourraient être plus préoccupées par l'exposition de leurs enfants et poursuivre leur participation à l'intervention. ▪ Les auteurs affirment que l'hospitalisation dans une unité néonatale intensive offre une rare 	<p>Limite rapportée par les auteurs : petit échantillon limitant la généralisation.</p> <p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Interventions et mesures pour réduire l'exposition des populations défavorisées sur le plan socioéconomique à la fumée de tabac dans leur domicile

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
	<p>Indicateurs de niveau socioéconomique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 74 % sans emploi; revenu de la majorité des ménages est de 35 000 \$ ou moins; famille moyenne composée de 5 membres (dont 2 enfants de 18 ans ou moins). 	Analyses univariées et multivariées.	opportunité de rejoindre des populations jeunes, diversifiées et défavorisées sur le plan socioéconomique, des populations qui sont peu présentes dans le milieu de la santé, permettant par le fait même de transmettre des messages de santé, dont la prévention de l'exposition à la fumée de tabac.	

Pizacani B.A., Maher J.E., Rohde K, Drach L, Stark M.J. Nicotine and Tobacco Research, 2012

Implementation of a smoke-free policy in subsidized multiunit housing : effects on smoking cessation and secondhand smoke exposure.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
<p>Étudier l'acceptabilité, l'observance et l'application d'une politique d'espaces sans fumée chez des résidents d'immeubles à logements multiples.</p> <p>Étudier les effets d'une telle politique sur l'exposition à la fumée de tabac et sur le renoncement au tabac.</p>	<p>Intervention : En juillet 2007, la plus grande compagnie de gestion de propriétés de la région métropolitaine de Portland annonçait qu'elle implanterait le 1er janvier 2008 une politique d'espaces sans fumée dans tous ses immeubles à logements multiples. Cette politique interdisait de fumer dans tous les espaces intérieurs et dans les espaces extérieurs à moins de 25 pieds des immeubles.</p> <p>Population : États-Unis 440 résidents de 17 immeubles à logements subventionnés de la région métropolitaine de Portland, en Oregon.</p> <p>Indicateur de niveau socioéconomique : Les participants recevaient tous des subventions pour leur logement, par le biais de 2 programmes dont le critère était un revenu soit de 30 % du revenu médian, soit de 60 % du revenu médian.</p>	<p>Questionnaire postal autoadministré à 2 moments à un échantillon aléatoire de résidents adultes d'unités d'immeubles à logements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En mai 2008 (T1), soit 4 mois après le début de l'implantation, n = 839 résidents ▪ En mai 2009 (T2), soit 1 an après T1, n = 564 résidents ayant accepté de participer à un deuxième questionnaire. <p>Entrevue semi-structurée en personne avec 11 responsables d'immeubles au cours des 6 premières semaines de l'implantation de la politique; ceux-ci devaient répondre par la suite à 7 courts questionnaires en ligne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de réponse : 82 % lors du premier sondage (687/839) et 78 % lors du second sondage (440/564). ▪ Taux annuel de renoncement au tabac en 2007, après l'annonce de la politique de 14 % et après l'implantation de 15 %, versus 3 % entre 2002 et 2006. ▪ Pour 41 % des résidents ayant cessé de fumer, la politique faisait partie des raisons ayant motivé la tentative de renoncement au tabac et pour 27 %, c'était la principale raison. ▪ À T1, près de la moitié des fumeurs ont diminué leur consommation de tabac, suite à l'implantation de la politique : pour 29 % d'entre eux, la politique faisait partie des raisons expliquant leur baisse du nombre de cigarettes fumées et pour 59 % c'était la principale raison. ▪ Seulement 2 des 23 résidents ayant cessé de fumer ont contacté la <i>Quit Line</i>. ▪ La connaissance de la politique chez les résidents fumeurs était plus grande pour les espaces intérieurs (appartement et espaces communs) que pour les espaces extérieurs (patio, espaces de stationnement). ▪ À T1, la proportion de fumeurs, rapportant fumer à l'intérieur était de 17 %, alors qu'elle était de 59 % avant l'implantation de la politique. L'observance de la politique était moins grande dans les espaces extérieurs. 	<p>Limites rapportées par les auteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Données autorapportées; ▪ Taux de renoncement non vérifié; ▪ Échantillon non représentatif d'une population défavorisée sur le plan socioéconomique résidant dans des immeubles; ▪ Perte de plus jeunes résidents au suivi; ▪ Exclusion des résidents ayant quitté les immeubles. <p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ La proportion des résidents non-fumeurs, rapportant sentir chaque jour, ou plusieurs fois par semaine, de la fumée de tabac dans leur appartement a diminué de 41 % avant l'implantation de la politique à 17 % à T1. Les proportions pour les espaces intérieurs communs sont passées de 32 % à 13 % et pour les espaces extérieurs comme les patios, de 49 % à 19 % ou les stationnements de 42 % à 20 %. ▪ Sur une période de 18 mois, les responsables des immeubles ont donné, une moyenne de 8 avis verbaux par immeuble et de 6 avis écrits; 11 expulsions sont survenues. ▪ 10 des 11 responsables interrogés ont trouvé difficile de faire appliquer la politique en particulier si les résidents fumaient dans leur appartement. 	

Rowa-Dewar, N., Amos, A., & Cunningham-Burley, S. Addiction, 2014b

Children's resistance to parents' smoking in the home and car: a qualitative study.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
<p>Analyser les stratégies de jeunes de 10-15 ans face à l'usage de tabac de membres de leur famille, et comparer celles issues d'enfants de milieux favorisés et défavorisés.</p>	<p>Aucune intervention</p> <p>Population : Écosse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 38 jeunes de 10-15 ans dont les parents font usage de tabac : 27 de communautés défavorisées et 11 de communautés favorisées; ▪ 27 filles et 11 garçons; ▪ 100 % caucasiens; ▪ 6 fumeurs. <p>Indicateur de niveau socioéconomique :</p> <p>Jeunes recrutés dans 2 communautés d'Édimbourg aux deux extrêmes du niveau socioéconomique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recrutement des participants à partir de clubs de jeunes, auxquels ils participent sans leurs parents. ▪ Entrevues qualitatives individuelles ou de groupe (au choix de l'enfant) menées entre 2007 et 2009, d'une durée de 25-55 minutes. ▪ Les participants étaient interrogés sur leur expérience du tabagisme des membres de la famille dans le domicile et la voiture et ils devaient indiquer les endroits où il était permis de fumer dans leur domicile sur un plan qu'ils avaient dessiné. ▪ À partir des transcriptions des entrevues enregistrées, identification de thématiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les jeunes s'inquiètent de la santé des membres de leur famille qui fument et ils essaient de les convaincre d'arrêter de fumer. ▪ Ils expriment leur désapprobation ouvertement ou en cachette (jettent ou cachent les cigarettes); ils jouent sur les sentiments de honte et de culpabilité de leurs parents. ▪ Les rôles parent/enfant sont inversés alors que c'est le parent fumeur qui a un comportement répréhensible et que c'est l'enfant qui tente de le raisonner. ▪ Les enfants utilisent des messages de prévention et de sensibilisation pour persuader les fumeurs de leur famille à cesser. Ces messages peuvent aussi être une source d'anxiété pour les enfants (peur de la mort de leurs proches fumeurs). ▪ Dans les milieux favorisés, il y a parfois collusion entre la fratrie et entre enfant-parent non-fumeur pour exercer une pression sur le parent fumeur. Il est plus fréquent que les parents fument seulement dehors, ou dans des endroits spécifiques de la maison. ▪ Dans les milieux défavorisés, il est fréquent que les deux parents fument, et que les grands-parents fument aussi. Cela se solde par davantage d'exposition des enfants à la fumée de tabac, alors que les grands-parents passent souvent de longues périodes avec les enfants. Confronter les 	<p>Limite rapportée par les auteurs liée à la représentativité des participants recrutés dans un seul lieu.</p> <p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
			<p>grands-parents fumeurs est considéré encore plus répréhensible et irrespectueux que confronter les parents.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La relation de pouvoir/autorité des parents sur les enfants est plus marquée dans les milieux défavorisés; les enfants de milieux défavorisés semblent davantage avoir intériorisé qu'ils ont peu de pouvoir pour faire changer les adultes de leur famille. ▪ Dans les milieux défavorisés, le pouvoir des enfants est davantage restreint en raison du nombre plus élevé de fumeurs dans la famille et parce qu'il y a moins de restrictions sur l'usage de tabac dans le domicile. 	

Rowa-Dewar N, Amos A., Cunningham-Burley S. Nicotine and Tobacco Research, 2014a

Children's perspectives on how parents protect them from secondhand smoke in their homes and cars in socioeconomically contrasting communities: a qualitative study.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
<p>Examiner les perceptions de jeunes de divers milieux socioéconomiques quant aux stratégies utilisées par leurs parents pour diminuer l'exposition de leurs enfants à la fumée de tabac dans le domicile et la voiture.</p>	<p>Aucune intervention</p> <p>Population : Écosse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 38 jeunes de 10-15 ans dont les parents font usage de tabac : 27 de communautés défavorisées et 11 de communautés favorisées; ▪ 27 filles et 11 garçons; ▪ 100 % caucasiens; ▪ 6 fumeurs. <p>Indicateur de niveau socioéconomique :</p> <p>Jeunes recrutés dans 2 communautés d'Édimbourg aux deux extrêmes du niveau socioéconomique (communauté défavorisée = 51 % de fumeurs adultes versus 19 % dans la communauté favorisée).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recrutement des participants à partir de clubs de jeunes, auxquels ils participent sans leurs parents. ▪ Entrevues qualitatives menées entre 2007 et 2009 : 3 individuelles, 4 entrevues de 2 participants et 8 entrevues de groupes (3-4 participants) d'une durée de 25-55 minutes. ▪ Les participants étaient interrogés sur leur expérience du tabagisme des membres de la famille dans le domicile et la voiture et ils devaient indiquer les endroits où il était permis de fumer dans leur domicile sur un plan qu'ils avaient dessiné. ▪ À partir des transcriptions des entrevues enregistrées, identification de thématiques. ▪ L'analyse a porté sur : <ul style="list-style-type: none"> - la compréhension de la fumée secondaire comme posant un risque à la santé, - les lieux et les moments où du tabac est fumé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les jeunes de milieux favorisés trouvent la fumée secondaire déplaisante dans toutes les circonstances, même lorsqu'ils marchent près d'un fumeur à l'extérieur alors que les jeunes moins favorisés trouvent la fumée déplaisante surtout lorsqu'ils sont proches d'un fumeur dans un endroit non ventilé ou dans une voiture, ce qui pourrait refléter des normes différentes à l'égard du tabagisme dans les 2 communautés et un plus grand nombre de fumeurs dans l'entourage de personnes de milieux défavorisés. ▪ Bien que l'exposition à la fumée de tabac soit perçue comme un risque à la santé, les effets spécifiques sont peu connus. De plus, les jeunes estiment que ces risques s'appliquent surtout aux personnes vulnérables comme les bébés, les enfants souffrant d'asthme ou les femmes enceintes. ▪ Il est complètement interdit de fumer dans 5 des 11 domiciles où vivent des jeunes de milieux favorisés versus 3 des 27 domiciles de milieux défavorisés. ▪ La plupart des jeunes rapportent qu'il est interdit de fumer dans certaines pièces du domicile, principalement les chambres des enfants. 	<p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un nombre moindre de garçons et de participants de milieux favorisés; ▪ le nombre limité de communautés (2); ▪ le nombre limité de participants vivant dans des domiciles sans fumée. <p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans les milieux plus favorisés, il est permis de fumer dans des endroits plutôt périphériques du domicile comme les pièces utilitaires, ou le bureau; dans les milieux défavorisés, on fume dans les <i>sitting rooms</i> ou la cuisine, avec la fenêtre ou la porte ouverte pour évacuer la fumée ou encore on demande à l'enfant de s'éloigner de la personne qui fume ou de quitter la pièce temporairement. Plusieurs foyers défavorisés n'auraient pas de pièce utilitaire. ▪ Presque tous les jeunes ont affirmé détester l'usage de tabac dans la voiture du fait de la concentration élevée de fumée. De plus, les jeunes rapportent que lorsque le fumeur ouvre la fenêtre, la fumée a tendance à revenir dans la voiture, à l'arrière, où ils sont assis. ▪ Les auteures concluent qu'il serait important d'informer la population que : <ul style="list-style-type: none"> - la fumée de tabac a des effets chez toutes les personnes exposées, et pas seulement chez de très jeunes enfants ou des femmes enceintes, - les mesures de dispersion de la fumée par des fenêtres ou des portes ouvertes ne sont pas efficaces. Des campagnes médiatiques, des programmes de promotion de la santé ou des initiatives communautaires seraient de bons véhicules pour transmettre de tels messages. Elles suggèrent également d'impliquer les jeunes 	

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
			<p>dans l'élaboration de ces messages, car leurs voix et les images qu'ils utilisent peuvent avoir un grand impact.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les auteures mentionnent aussi qu'il serait important de bien comprendre ce que signifie un domicile sans fumée dans les études de surveillance, car pour certains participants, fumer dans une pièce du domicile tout près d'une porte ouverte peut être interprété comme un domicile complètement sans fumée. 	

Rowa-Dewar N, Lumsdaine C, Amos A. Nicotine and Tobacco Research, 2015.

Protecting children from smoke exposure in disadvantaged homes.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
<p>Examiner les barrières vécues par des mères « vulnérables » quant aux pratiques visant à protéger leurs enfants de l'exposition à la fumée de tabac.</p>	<p>Aucune intervention</p> <p>Population : Écosse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 22 mères faisant usage de tabac, âgées de 22-47 ans, ayant des enfants de 1-3 ans; ▪ 16 sont des mères de famille monoparentale, 20 sont sans emploi, et 22 sont caucasiennes. <p>Indicateur de niveau socioéconomique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mères fréquentant des <i>Early Years' Centers</i> en raison d'une vulnérabilité causée par un problème de santé mentale, de dépendance à l'alcool ou aux drogues, et/ou par une rupture conjugale de 3 communautés défavorisées sur le plan socioéconomique et de 2 communautés mixtes d'Édimbourg. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevues semi-dirigées d'une durée de 25-75 minutes menées en 2013-2014. ▪ Les mères dessinaient un plan de leur domicile et indiquaient à quels endroits elles avaient fumé durant leur grossesse et depuis la naissance de leur enfant. ▪ Elles étaient aussi questionnées sur : <ul style="list-style-type: none"> - la fumée de tabac secondaire, - les restrictions de fumer dans le domicile, - leur évolution dans le temps, - les raisons de ces changements. ▪ À partir des transcriptions des entrevues enregistrées, différentes thématiques ont émergé. ▪ Les auteurs ont appliqué une optique de genre (<i>optic lens</i>) lorsqu'ils ont analysé : 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes les participantes ont rapporté prendre des mesures pour protéger leurs enfants : fumer uniquement dans la cuisine, leur propre chambre ou une autre pièce quand l'enfant n'est pas présent et ouvrir la fenêtre pour évacuer la fumée de tabac; porter un certain vêtement quand elles fument; se laver les mains et/ou les dents après avoir fumé; utiliser un purificateur d'air. ▪ Les mères sont conscientes que ces mesures ne sont pas totalement efficaces, mais elles considèrent que c'est le mieux qu'elles peuvent faire étant donné les circonstances dans lesquelles elles vivent : être sans emploi, déménager souvent pour bénéficier d'un logement social, ne pas avoir accès à l'extérieur du logement, élever seule un enfant en bas âge, gérer les situations stressantes, etc. ▪ Les mères veulent être de bonnes mères et elles priorisent le temps passé avec leurs enfants au temps passé à fumer. Elles sont préoccupées tant par les problèmes de santé que par l'impact financier lié au tabagisme éventuel de leurs enfants. Les restrictions de fumer permettraient de prévenir les problèmes de santé des enfants de même que leur initiation au tabac future en offrant un modèle de parent qui ne fait pas usage de tabac. ▪ Plusieurs mettent en place des restrictions de fumer plus sévères que celles imposées par leurs conjoints ou ex-conjoints, mais elles affirment avoir un pouvoir limité pour les faire respecter que ce soit par leur partenaire, les visiteurs ou même les grands-parents qui sont parfois leur seule option pour faire garder les enfants. 	<p>Limite rapportée par les auteurs liée au petit nombre de participantes de 5 communautés écossaises, limitant la généralisation des résultats.</p> <p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
		<ul style="list-style-type: none"> - Les barrières et éléments facilitant la mise en place de domiciles sans fumée, - La perception des risques de la fumée secondaire, - Les interactions avec les professionnels de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les restrictions de fumer dans le domicile peuvent évoluer avec le temps selon qu'elles ont accès ou non à un endroit extérieur d'où elles peuvent surveiller leurs enfants, à la présence d'un partenaire et en fonction de la mobilité de leur enfant qui augmente. ▪ Toutes les participantes sauf 2 souhaitent cesser de fumer et presque toutes ont fait une tentative de renoncement au tabac durant leur plus récente grossesse. ▪ Plusieurs ont décrit avoir reçu de l'information sur la fumée secondaire de façon insensible et abrupte au point de se sentir coupables, mauvaises et stupides. D'autre part, certains professionnels de la santé leur ont même déconseillé de cesser de fumer en raison de leurs dépendances dans le passé à l'alcool et à la drogue, et de problèmes de santé mentale. ▪ Selon les auteurs, les interventions visant à favoriser la mise en place de domiciles sans fumée doivent offrir du soutien lors de moments cruciaux comme une relation qui se termine, un déménagement ou des enfants qui deviennent de plus en plus mobiles. Les interventions qui s'adressent aux mères devraient miser sur leur motivation à être un bon parent et éviter d'induire de la culpabilité. Ils recommandent également d'explorer des approches centrées sur la famille plutôt que celles ciblant uniquement les mères. 	

Rowa-Dewar, N. & Amos, A. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2016

Disadvantaged parents' engagement with a national secondhand smoke in the home mass media campaign : A qualitative study.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
<p>Explorer comment les parents de milieux défavorisés réagissent à une campagne médiatique les incitant à fumer à l'extérieur du domicile</p>	<p>Intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campagne médiatique <i>Right Outside</i>, visant à informer les parents de la vulnérabilité des enfants face à la fumée de tabac, et de l'inefficacité de fumer dans une autre pièce pour éviter l'exposition. Diffusée à la radio, la télévision (40 secondes, jusqu'à 10 fois par jour de mars à juin 2014 sur 3 chaînes), dans des événements communautaires, sur des affiches et des sites internet. <p>Population : Écosse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 17 parents fumeurs défavorisés (14 mères, 3 pères) d'au moins 1 enfant âgé de moins de 3 ans; ▪ 14 participants sur 17 sont monoparentaux, sans-emploi depuis longtemps, 16 vivent dans un logement sans accès direct à l'extérieur (sans balcon ni cour); 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevues qualitatives post-campagne, mai-août 2014, dans les locaux du service où les participants ont été recrutés, d'une durée de 25-75 minutes. ▪ Tous les participants avaient été interrogés avant la campagne. ▪ Sujets abordés : changements depuis la première entrevue avant la campagne dans les pratiques d'usage de tabac des parents, dans la compréhension de la fumée de tabac secondaire, dans les restrictions de fumer au domicile; rappel de la campagne; opinion au sujet des messages de la campagne et comment elle pourrait influencer leur comportement. Puis les participants ont été interrogés par rapport à leurs réactions, suite à un visionnement du message de la campagne diffusé à la télévision. ▪ Analyse thématique. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il y a eu un bon rappel et une bonne compréhension des messages au sujet de la fumée de tabac qui reste longtemps dans l'air de la maison et au sujet de la vulnérabilité des enfants. ▪ Les parents sont d'accord qu'il serait préférable de fumer à l'extérieur et la campagne a renforcé la culpabilité que plusieurs parents ressentent de fumer à l'intérieur de la maison. ▪ La campagne a également renforcé la motivation de certains participants à cesser de fumer. ▪ Une mère a mal compris le message et a déplacé son usage de tabac dans des pièces où son enfant ne va pas, en pensant bien faire. ▪ Certains parents ont remis en question la véracité de l'information présentée (ex. même en allant fumer à l'extérieur, la fumée s'accroche aux vêtements; même en respirant plus vite, un enfant n'absorbe pas plus de fumée; seulement plus rapidement). Les messages sont considérés comme alarmistes par quelques participants. ▪ Malgré le fait que les domiciles sans fumée soient décrits comme la situation idéale, les parents considèrent qu'il est pratiquement impossible d'y arriver, faisant face à des contraintes importantes : pas d'accès pour aller fumer à l'extérieur directement de l'appartement, seul parent à exercer la surveillance d'un jeune enfant qui demande beaucoup de vigilance. 	<p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Petit nombre de participants de 5 communautés écossaises, limitant la généralisation des résultats; ▪ Possible biais des participants ayant été interviewés une première fois au sujet de l'usage de tabac au domicile et interviewés de nouveau après la campagne médiatique; ▪ L'Écosse possédant plusieurs lois restrictives de l'usage du tabac depuis 2006, pouvant limiter la généralisation des résultats à d'autres pays ne possédant pas de telles législations.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 participants étaient fumeurs et 2 avaient cessé de fumer et étaient non-fumeurs à l'entrevue. <p>Indicateur de niveau socioéconomique : Parents fréquentant des <i>Early Years' Centers</i> en raison d'une vulnérabilité causée par un problème de santé mentale, de dépendance à l'alcool ou aux drogues, et/ou par une rupture conjugale de 3 communautés défavorisées sur le plan socioéconomique et 2 communautés mixtes d'Édimbourg.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La responsabilité des autres membres de la famille quant à l'exposition à la fumée de tabac a été mentionnée, que ce soit celle des ex-partenaires ou des grands-parents qui ont de moins grandes restrictions dans leur domicile. ▪ Certains parents ont exprimé le désir de cesser de fumer, ce qui éviterait d'exposer les enfants à la fumée de tabac et apporterait d'autres bénéfices (meilleur modèle pour leurs enfants, amélioration de leur propre santé, et des finances de la famille). Cesser de fumer est toutefois un très grand défi. ▪ Certains ont mentionné utiliser ou considèrent utiliser la cigarette électronique à l'intérieur et fumer seulement dehors. ▪ Les parents ont rapporté d'autres raisons que la campagne, qui auraient pu modifier leur comportement tabagique (hausse ou diminution du tabagisme) : leurs vies changeantes (c.-à-d. déménagements fréquents, fins de relations amoureuses, isolement). ▪ Malgré une bonne exposition à la campagne, une bonne compréhension des messages et une motivation à ne pas fumer à l'intérieur, les personnes défavorisées font face à des contraintes domestiques qui limitent grandement leurs actions. 	<p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Rowa-Dewar N, Rooke C, Amos A. Health Education Research, 2017.

Using e-cigarettes in the home to reduce smoking and second hand smoke : disadvantaged parents' accounts.

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
<p>Examiner comment les parents vulnérables de milieux défavorisés perçoivent l'utilisation de la cigarette électronique dans le domicile comme stratégie pour diminuer l'exposition de leurs jeunes enfants à la fumée de tabac.</p>	<p>Aucune intervention</p> <p>Population : Écosse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ en 2013-2014, 25 parents d'enfants de 1-3 ans faisant usage de tabac ou ayant cessé de fumer au cours des 2 mois précédents : ▪ 22 mères et 3 pères; ▪ 17 parents de famille monoparentale, 25 parents sans emploi, 21 parents fumeurs. ▪ en 2014 (6 mois plus tard), 17 parents d'enfants de 1-3 ans; ▪ 14 mères et 3 pères âgés de 22-47 ans; 14 parents de famille monoparentale, 14 parents fumeurs. <p>Indicateur de niveau socioéconomique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parents fréquentant des <i>Early Years' Centers</i> en raison d'une vulnérabilité causée par un problème de santé mentale, de dépendance à l'alcool ou aux drogues, et/ou par une rupture conjugale de 3 communautés défavorisées sur le plan socioéconomique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevues individuelles semi-dirigées d'une durée de 25-75 minutes à 2 reprises. ▪ Lors de la 1^{re} entrevue, les parents dessinaient un plan du domicile et indiquaient à quels endroits ils fumaient durant la grossesse et depuis la naissance de leur enfant. Ils étaient questionnés sur : <ul style="list-style-type: none"> - la fumée de tabac secondaire, - les restrictions de fumer dans le domicile et les raisons sous-jacentes, - les interactions avec les gens au sujet de ces restrictions, - l'évolution des restrictions dans le temps. ▪ Lors de la 2^e entrevue, on demandait aux parents si des changements étaient survenus dans leur compréhension et leurs pratiques quant au tabagisme dans le 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors de la 1^{re} entrevue, la plupart des parents connaissaient peu la cigarette électronique, ce qui avait nettement changé 6 mois plus tard, lors de la 2^eentrevue. ▪ La cigarette électronique est vue par certains parents comme un outil pour les aider à renoncer au tabac. ▪ Pour d'autres, elle représente une façon de diminuer l'exposition des enfants à la fumée de tabac, en particulier lorsque l'on est chef de famille monoparentale et qu'il est difficile de fumer à l'extérieur tout en surveillant ses enfants qui sont à l'intérieur du domicile, un problème rapporté par plusieurs participants. ▪ La cigarette électronique permettrait aussi certaines économies d'argent et éliminerait les odeurs de la fumée de tabac. ▪ Par contre, les parents s'inquiètent du fait que peu de recherches ont été effectuées sur ce nouveau produit et que l'on connaît peu les risques à long terme sur la santé. ▪ Ils craignent que la cigarette électronique maintienne leur dépendance à la nicotine et à la gestuelle de fumer, et que la vapeur expose leurs enfants à la nicotine. ▪ Ils ne souhaitent pas que leur usage de la cigarette électronique soit un modèle que leurs enfants imitent. 	<p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude qualitative avec un petit échantillon dans un contexte géographique particulier, et donc non représentatif; ▪ Questions sur la cigarette électronique non posées spécifiquement aux participants ayant pu mener à des résultats différents. <p>Aucun conflit d'intérêts rapporté par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention/Population/ Indicateurs de niveau socioéconomique	Méthode : devis/effets mesurés/analyses	Effets/Conditions de succès	Limites/conflits d'intérêts
	<p>et de 2 communautés mixtes d'Édimbourg.</p>	<p>domicile. On les questionnait aussi sur une campagne médiatique visant à informer sur les risques de l'usage de tabac dans le domicile sur la santé des enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les parents n'étaient pas questionnés spécifiquement sur l'usage de la cigarette électronique. ▪ À partir des transcriptions des entrevues enregistrées, différentes thématiques ont émergé. ▪ Dans cette publication, les auteurs présentent les perceptions et l'usage de la cigarette électronique en lien avec l'usage du tabac dans le domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfin, ils redoutent que leurs enfants jouent avec leurs cigarettes électroniques advenant le fait qu'elles ne soient pas placées en un lieu sécuritaire. ▪ Les auteures concluent que le meilleur conseil pour les parents qui fument est de renoncer au tabac. Toutefois, la cigarette électronique pourrait avoir un rôle à jouer chez les parents qui éprouvent des difficultés à cesser de fumer ou à s'abstenir de fumer dans leur domicile. La cigarette électronique pourrait ainsi diminuer les risques de la fumée de tabac sur la santé des enfants et des parents fumeurs. ▪ Elles affirment également qu'il existe un besoin de clarifier le rôle de la cigarette électronique au niveau des soins de santé et de guider les professionnels de la santé quant aux conseils à offrir aux parents défavorisés qui souhaitent protéger leurs enfants de la fumée de tabac. 	

