

LES INTERVENTIONS EFFICACES D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC PARMIS LES FUMEURS SOCIO-ÉCONOMIQUEMENT DÉFAVORISÉS

SYNTHÈSE DE LITTÉRATURE

ROMAIN GUIGNARD, VIÊT NGUYEN-THANH, OLIVIER DELMER, PIERRE ARWIDSON

RENCONTRES DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, 8 JUIN 2016

CONTEXTE



- Le tabagisme est responsable d'environ la moitié de la différence en espérance de vie entre les catégories aux revenus les plus faibles et celles au revenus les plus élevés (Marmot 2010)
- Prévalence tabagique plus élevée et taux d'arrêt plus faibles dans les populations ayant le plus faible niveau socio-économique.
- En France (Baromètre santé 2014), la prévalence du tabagisme régulier est de :
 - 38% parmi les sans diplôme contre 20% parmi les > bac
 - 48% parmi les chômeurs contre 30% parmi les actifs occupés
 - 36% parmi les plus bas revenus (1^{er} tercile) contre 22% parmi les plus hauts revenus (3^e tercile)
- Brown et al. ont publié 3 revues de littérature en 2014 visant à évaluer l'impact des politiques publiques de lutte antitabac en matière d'équité (2 en population adulte et 1 chez les jeunes).



MÉTHODE

OBJECTIFS ET MÉTHODE DE RECHERCHE



- **Objectif** : mettre à disposition des décideurs et des acteurs de terrain un ensemble de données probantes concernant les interventions d'aide à l'arrêt du tabac efficaces parmi les fumeurs ayant un faible niveau socio-économique
- Prise en compte des synthèses de littérature de T. Brown en population adulte
- **Complément** avec une recherche documentaire spécifique et ciblée sur les évaluations les plus récentes mentionnant une analyse stratifiée selon le niveau socio-économique **ou sur les interventions visant exclusivement les fumeurs « défavorisés »**.
- Recherche documentaire effectuée en juillet 2015 portant sur les articles en anglais publiés depuis le 1^{er} janvier 2013 et référencés dans **Pubmed**. Mise à jour en avril 2016.
- Recherche menée sur les mots des titres et résumés en croisant les termes relatifs aux **interventions**, à l'**arrêt** du tabac et à la **population** considérée.
- **Critères socio-économiques envisagés** : diplôme, revenu, chômage (en plus de termes plus génériques : faible SES, inégalités, populations vulnérables...)

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ



- **Critères d'exclusion**

- Interventions réalisées hors Europe ou stage 4 (Etats-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande)
- Mesures réglementaires : packaging, prix, législation antitabac
- Evaluation d'interventions multiples (ex : utilisation de la Tobacco Control Scale)
- Tabac sans fumée

- **Types d'études incluses**

- Essais contrôlés randomisés / contrôlés sans randomisation
- Cohortes, études longitudinales
- Etudes transversales répétées
- Données de surveillance

- **Variables principales d'intérêt**

- Arrêt du tabac
- Tentative d'arrêt

- **Double-sélection des articles retenus**

FLOW CHART

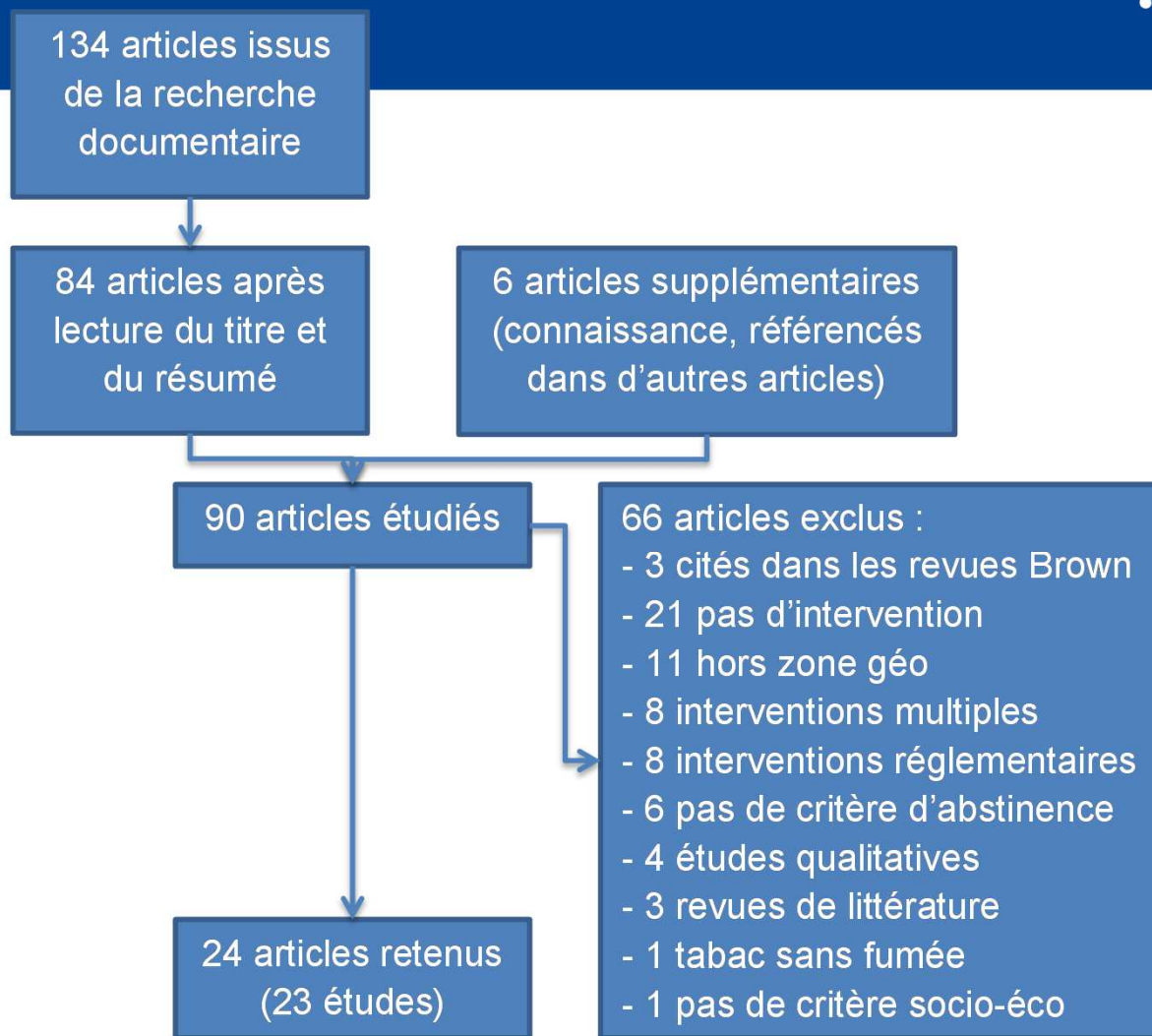


TABLEAU D'ANALYSE



Microsoft Excel - synthese_revue_arret_tabac_defavorises_articles_retenusV2.xlsx													
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L		
1	Année de	premier auteur	publication	Titre	Journal	Type d'étude	Pays	Population	Effectif	Description de l'intervention	Indicateurs tabac	Principaux résultats	Comme
2	Brunette MF	2015		A pre-post pilot study of a brief, web-based intervention to engage disadvantaged smokers into cessation treatment	Addiction Science and Clinical Practice	Etude avant-après / exposés-non exposés (pilote)	Etats-Unis	Patients fumeurs d'une clinique de premier recours, accueillant des populations précaires (pauvres, sans assurance, réfugiés)	38 patients ayant utilisé le programme vs 60 patients contrôle	Site internet basé sur la théorie du comportement planifié, délivrant un contenu motivationnel et d'aide à la décision pour la prise d'un traitement (comportemental ou médicamenteux) d'aide à l'arrêt du tabac ('Let's talk about smoking'). Développement du site effectué avec test auprès de fumeurs défavorisés et destiné à être utilisé en clinique. Durée 45 à 90 minutes.	Initiation de traitements, confirmée par les cliniciens (critère principal) Abstinence continue à 2 mois Tentatives d'arrêt	Utilisation de traitements plus importante dans le groupe intervention (29% contre 3%) Utilisation de traitements associée à un niveau d'éducation plus élevé 11% abstinence continue TA 24h : 47% TA 7j : 18%	Compa groupe groupe manière utilisé taux d'i traitem Accès g pour le l'étude groupe Général garanti
3	Bernstein SL	2015		Successful Tobacco Dependence Treatment in Low-Income Emergency Department Patients: A Randomized Trial	Annals of Emergency Medicine	ECR	Etats-Unis	Patients des services d'urgence hospitaliers, bénéficiaires du Medicaid ou sans assurance (bas revenus)	778	Entretien motivationnel effectué par un assistant de recherche formé (10-15 minutes) + 6 semaines de patches et gommes gratuits + initiation du traitement au service des urgences + orientation active vers une quitline + rappel à 3 jours d'une infirmière + brochure Bras contrôle : brochure avec n° quitline	Abstinence 7 jours à 3 mois vérifiée (mesure du CO) Tentative d'arrêt 24h Nb de cig fumées par jour Utilisation de la quitline Abstinence à 1 an	Intervention efficace sur l'abstinence à 3 mois (ITT 12,2% vs 4,9%, OR=2,72), les tentatives d'arrêt, (68,4% vs 55,9%) le nb de cig par jour, l'utilisation de la quitline (32,0% vs 18,8%, OR=2,04). Limite significatif pour l'abstinence à 1 an (16,3% vs 11,7%, OR=1,47 [0,97-2,23]).	Les aut questio des rés réelles être ef person Incitati
				Mindfulness training for smokers via web-based video instruction with phone support: a prospective observational	BMC Complementary and Alternative	Etude avant-après (étude		Fumeurs ayant un faible niveau socio-économique (quartiers défavorisés), motivés pour arrêter de		Vidéos internet spécialement conçus pour les faibles SES (8 vidéos : 5 avant l'arrêt, 1 jour de l'arrêt, 2 après) + 2 enregistrements audio (15 et 30 minutes) Soutien par téléphone hebdomadaire (8 appels) Formation aux techniques de pleine conscience ('mindfulness' : marcher en pleine conscience, manger en pleine conscience...) / méditation + 2 semaines de	Critères principaux : nb vidéos avant l'arrêt, nb entretiens téléphoniques, durée quotidienne de méditation / pratiques de pleine conscience. Abstinence 7 jours à 1 mois et 6 mois après la date d'arrêt, confirmée par mesure	Prévalence abstinence à 1 mois : 23% Prévalence abstinence à 6 mois : 15% 12 minutes de méditation par jour en moyenne + 5 techniques de pleine conscience par jour Pas d'association entre temps journalier de méditation et abstinence (une mesure qualitative serait +	Pas de Petit é Particip d'agen pas de menée recrute Incenti



RÉSULTATS

IMPACT DES INTERVENTIONS MENÉES AU NIVEAU POPULATIONNEL



Drug and Alcohol Dependence 138 (2014) 7–16



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Drug and Alcohol Dependence

journal homepage: www.elsevier.com/locate/drugalcddep



Review

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



Tamara Brown^a, Stephen Platt^b, Amanda Amos^{a,*}

^a UK Centre for Tobacco Control Studies, Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh EH8 9AG, UK

^b Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh EH8 9AG, UK

- Pays inclus : Europe, Etats-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande
- 117 études identifiées dont 53 Etats-Unis, 21 Royaume-Uni, 11 Pays-Bas

IMPACT DES INTERVENTIONS MENÉES AU NIVEAU POPULATIONNEL



- **Hausse des prix/taxes** : impact positif sur l'équité, mais la différence d'impact pourrait être de court terme seulement. Les enquêtes de prévalence menées en France entre 2000 et 2010 contredisent en partie les études réalisées dans les pays anglo-saxons.
- **Restrictions de fumer dans les lieux à usage collectif** : les interdictions partielles, locales ou basées sur le volontariat augmentent les inégalités. Les interdictions totales au niveau national pourraient diminuer les inégalités.
- **Campagnes médiatiques** : impact variable en matière d'équité. Impact positif des campagnes faisant la promotion de médicaments d'aide à l'arrêt gratuits.
- **Contrôle de la publicité ou de la promotion en faveur du tabac** : impact neutre sur l'équité
- **Dispositifs nationaux d'aide à l'arrêt**
 - *Stop Smoking Services* britanniques (combinaison d'approches comportementales et pharmacologiques) : impact positif en atteignant + de fumeurs de faible SES, compensant le fait qu'ils sont moins nombreux à réussir à arrêter.
 - Incitations financières à destination des médecins généraliste (1/2 impact positif)
- **Interventions locales** (4 au niveau communautaire, 2 en milieu de travail, 1 à l'hôpital) : pas de conclusion possible.

.....
European Journal of Public Health, Vol. 24, No. 4, 551–556

© The Author 2014. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.

doi:10.1093/eurpub/cku065 Advance Access published on 1 June 2014
.....

Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review

Tamara Brown¹, Stephen Platt², Amanda Amos¹

1 UK Centre for Tobacco and Alcohol Studies, Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

2 Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

- Pays inclus : Europe
- Variable d'intérêt : arrêt du tabac ou tentative d'arrêt
- 29 études identifiées dont 18 réalisées au Royaume-Uni

IMPACT DES INTERVENTIONS INDIVIDUELLES



- Aucune étude n'a montré d'impact positif en termes d'équité (18 négatif, 10 neutre)
- Soutien comportemental + médicaments d'aide à l'arrêt (ex : Stop Smoking Services) : effet négatif la plupart du temps au niveau individuel (12/17)
- Soutien comportemental seul : 4 études sur 5 ont montré un impact négatif
- Hypothèses explicatives (Kotz 2009) :
 - Dépendance nicotinique plus importante parmi les faibles SES
 - Conditions et événements de vie plus difficiles (enfance, stress...)
 - Normes pro-tabagiques plus prégnantes (famille, communauté...)
 - Marketing ciblé de l'industrie du tabac
 - Dispositifs d'aide à l'arrêt inadaptés
- Les auteurs recommandent de cibler les fumeurs ayant un faible SES et d'adapter les dispositifs d'aide à l'arrêt à leurs besoins, y compris en leur permettant **d'acquérir des médicaments gratuits ou remboursés.**

INTERVENTIONS UNIVERSELLES AVEC ANALYSE STRATIFIÉE SELON LE NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE



- **Campagnes médiatiques (Etats-Unis)**
 - Exposition aux campagnes (GRP et reconnaissance) associée à davantage de tentatives d'arrêt quel que soit le niveau de diplôme ou de revenu. Efficacité plus importante des campagnes « crues » ou basées sur le ressort émotionnel négatif (Nonnemaker 2014).
 - *Tips From Former Smokers* (témoignage d'ex-fumeurs) : association significative entre exposition et tentatives d'arrêt pour les fumeurs les plus diplômés seulement (Neff 2016)
- **Soutien comportemental + médicaments gratuits (SSS, R-U)** : taux d'arrêt plus faibles parmi les fumeurs défavorisés (Brose 2016, Hiscock 2015).
- **Aide à distance (R-U)** : Site internet interactif **StopAdvisor**, ECR. Programme efficace chez les faibles SES seulement : abstinence continue à 6 mois 8% vs 6%, RR=1,36. Mais taux d'arrêt + faibles / SES élevés.
- **Incitatifs financiers pour le repérage et le conseil d'arrêt**, à destination des MG (R-U) : bénéficie à toutes les catégories, mais le repérage augmente + fortement parmi les fumeurs vivant dans des quartiers plus favorisés (Hamilton 2016)

INTERVENTIONS CIBLÉES EFFICACES (1)

- **Soutien comportemental + substituts (+/- orientation vers une quitline)**

Certaines interventions ont fait la preuve de leur efficacité, par ex :

- Après de patients des **services d'urgence** (E-U), entretien motivationnel (10-15 minutes) + substituts gratuits (6 semaines) + **orientation active vers une quitline** (vs brochure). Abstinence à 3 mois : 12% vs 5%. Limite significatif pour l'abstinence à 1 an (16% vs 12%) (Bernstein, 2015)

Le recrutement de fumeurs défavorisés peut aussi se faire :

- dans le cadre de **dépistages** de MCV (programme WISEWOMAN, E-U)
- en **soins primaires, secondaires** ou dans des organisations communautaires (Kassim, 2015, R-U)
- dans des services d'aide à l'arrêt **mobiles** situés sur les parkings de supermarchés, zones industrielles, centres de loisirs (Venn, 2014, Nottingham).

INTERVENTIONS CIBLÉES EFFICACES (2)



- **Aide à distance**

Des programmes proactifs d'aide à distance par téléphone sur des sujets recrutés dans des bases de données médico-administratives, avec **mise à disposition gratuite de substituts**, sont **efficaces** pour l'arrêt du tabac :

- **OPT-IN** (ECR, E-U) : abstinence prolongée 6 mois à 1 an 16,5% vs 12,1% (Fu, 2016)
- **Project CLIQ** (ECR, E-U) : + Orientation personnalisée vers des ressources communautaires pour prendre en compte les facteurs socio-environnementaux (emploi, éducation, activité physique...). Abstinence 7 jours à 9 mois 17,8% vs 8,1% (Haas, 2015)

- **Effets du tabagisme passif chez les enfants**

- Intervention brève lors d'un passage aux urgences pédiatriques + orientation vers une quitline + substituts gratuits 2 semaines : abstinence ITT à 6 mois 10% (Mahabee 2015)
- **Philadelphia Family Rules for Establishing Smokefree Homes (FRESH)** : ECR, conseil comportemental à domicile + par téléphone (vs conseil minimal + brochure). Abstinence en fin d'intervention : 14% vs 2%.

AUTRES INTERVENTIONS CIBLÉES



Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour :

- **Soutien à la réduction du tabagisme et à l'augmentation de l'AP** (Taylor, 2014)
- **Formation à la pleine conscience** (Davis, 2014).
- **Interventions visant à modifier les croyances sur le tabagisme, l'arrêt et les traitements d'aide à l'arrêt** pour des publics très précaires (bénéficiaires de l'Armée du salut) (Christiansen, 2014)



DISCUSSION

DISCUSSION – SYNTHÈSE DES RÉSULTATS



- **Campagnes médiatiques** : difficile de faire une synthèse, trop de paramètres (intensité, contenu, forme). Néanmoins, d'autres études/revues tendent à montrer que les campagnes avec **témoignage** ou **émotionnellement** fortes, avec des contenus **explicites** (*graphic*), ont le potentiel de réduire les inégalités de santé (Durkin, 2012). Solution : **concevoir** et **tester** chaque projet de campagne pour vérifier qu'elle est plus efficace sur les CSP-
- **Soutien comportemental + substituts gratuits** : certaines interventions ont fait la preuve de leur efficacité auprès de publics précaires. Nécessité d'adopter une démarche plus ciblée (à partir des données médico-administratives ou en agissant au niveau local, des quartiers par exemple).
- **Aide à distance** : peut également être efficace, en particulier si l'offre est proactive (téléphone) ou a été conçue spécifiquement pour les fumeurs ayant un plus faible niveau socio-économique (site internet). Possibilité d'intégrer **aide à distance** et **face-à-face**.

DISCUSSION - LIMITES



- Niveau de preuve différent selon les études
- Biais de publication
- Etudes principalement menées dans les pays anglo-saxons où les prévalences tabagiques sont bien plus faibles et encore + concentrées sur les catégories défavorisées

CONCLUSION



Trois enjeux identifiés par Ann McNeill et al. (2012) :

- Identification : Repérer les fumeurs dans les populations concernées ou leur milieu de vie
- Parcours vers le traitement : Orienter de manière sécurisée vers le(s) service(s) d'aide au sevrage (*referral*) en adoptant une démarche proactive.
- Offrir un service d'aide au sevrage adapté.

Merci pour votre attention !

RÉFÉRENCES

- Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. 242 p.
- Guignard R., Beck F., Richard J.-B., Lermenier A., Wilquin J.-L., Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*, janvier 2015, n°31 : 6 p.
- Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2014;24(4):551-6.
- Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: systematic review. *Tob Control*. 2014;23(e2):e98-105.
- Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2014;138:7-16.
- Peretti-Watel P, L'Haridon O, Seror V. Responses to increasing cigarette prices in France: how did persistent smokers react? *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2012;106(2):169-76.
- Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction*. 2009;104(10):1718-28.
- Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tob Control*. 2009;18(1):43-6.
- McNeill, A., A. Amos, et al. Developing the evidence base for addressing inequalities and smoking in the United Kingdom. *Addiction* 2012, 107 Suppl 2: 1-7.
- Nonnemaker JM, Allen JA, Davis KC, Kamyab K, Duke JC, Farrelly MC. The influence of antismoking television advertisements on cessation by race/ethnicity, socioeconomic status, and mental health status. *PLoS One*. 2014;9(7):e102943.
- Neff LJ, Patel D, Davis K, Ridgeway W, Shafer P, Cox S. Evaluation of the National Tips From Former Smokers Campaign: the 2014 Longitudinal Cohort. *Prev Chronic Dis*. 2016;13:E42.
- Davis JM, Goldberg SB, Anderson MC, Manley AR, Smith SS, Baker TB. Randomized trial on mindfulness training for smokers targeted to a disadvantaged population. *Subst Use Misuse*. 2014;49(5):571-85.
- Bernstein SL, D'Onofrio G, Rosner J, O'Malley S, Makuch R, Busch S, et al. Successful Tobacco Dependence Treatment in Low-Income Emergency Department Patients: A Randomized Trial. *Ann Emerg Med*. 2015.

RÉFÉRENCES

- Vaid I, Ahmed K, May D, Manheim D. The WISEWOMAN program: smoking prevalence and key approaches to smoking cessation among participants, July 2008-June 2013. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014;23(4):288-95.
- Kassim S, Al-Haboubi M, Croucher R. Short-Term Smoking Cessation in English Resident Adults of Bangladeshi Origin: A Service Review. *Nicotine Tob Res*. 2015.
- Venn A, Dickinson A, Murray R, Jones L, Li J, Parrott S, et al. Effectiveness of a mobile, drop-in stop smoking service in reaching and supporting disadvantaged UK smokers to quit. *Tob Control*. 2014.
- Fu SS, van Ryn M, Nelson D, Burgess DJ, Thomas JL, Saul J, et al. Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial. *Thorax*. 2016;71(5):446-53.
- Haas JS, Linder JA, Park ER, Gonzalez I, Rigotti NA, Klinger EV, et al. Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*. 2015;175(2):218-26.
- Mahabee-Gittens EM, Khoury JC, Ho M, Stone L, Gordon JS. A Smoking Cessation Intervention for Low-Income Smokers in the ED. *Am J Emerg Med*. 2015;33(8):1056-61.
- Collins BN, Nair US, Hovell MF, DiSantis KI, Jaffe K, Tolley NM, et al. Reducing Underserved Children's Exposure to Tobacco Smoke: A Randomized Counseling Trial With Maternal Smokers. *Am J Prev Med*. 2015.
- Taylor AH, Thompson TP, Greaves CJ, Taylor RS, Green C, Warren FC, et al. A pilot randomised trial to assess the methods and procedures for evaluating the clinical effectiveness and cost-effectiveness of Exercise Assisted Reduction then Stop (EARS) among disadvantaged smokers. *Health Technol Assess*. 2014;18(4):1-324.
- Christiansen B, Reeder K, Fiore MC, Baker TB. Changing low income smokers' beliefs about tobacco dependence treatment. *Subst Use Misuse*. 2014;49(7):852-63.
- Durkin SJ, Biener L, Wakefield MA. Effects of different types of antismoking ads on reducing disparities in smoking cessation among socioeconomic subgroups. *Am J Public Health*. 2009;99(12):2217-23. Epub 2009/10/17.
- Durkin S., Brennan E., Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tobacco Control* 21.2 (2012): 127-138.