AGENCE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL

vivre une île en santé

Montréal sans tabac

Analyses complémentaires au Rapport du directeur de santé publique 2014

Québec

Montréal sans tabac

Analyses complémentaires au Rapport du directeur de santé publique 2014

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

Une réalisation du secteur
Services préventifs en milieu clinique

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Auteurs

Adrian Gould

Viviane Leaune

Garbis Meshefedjian

Collaboration

Michel Fournier
Mireille Gaudreau
André Gervais
Karima Hallouche
Mahamane Ibrahima
Marie Jacques
Valérie Lemieux
Marie-Jo Ouimet
José Pérez
Léo-Roch Poirier
Marie-Eve Simoneau

Révision

Luigia Ferrazza

Graphisme

Paul Cloutier

Communications

Deborah Bonney

Remerciements

Secteur Surveillance de l'état de la santé à Montréal (SÉSAM).

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Internet du Directeur de santé publique dsp.santemontreal.qc.ca/publications.

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

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2015)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-481-8 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Table des matières

Contexte . . . 1

1. Méthodologie . . . 3

Sources de données . . . 3

Définition des indicateurs . . . 5

Méthodes d'analyse . . . 6

2. Prévalence du tabagisme et caractéristiques des fumeurs . . . 7

Distribution de la prévalence du tabagisme par territoire . . . 7

Caractéristiques associées au tabagisme . . . 8

Prévalence du tabagisme chez les jeunes . . . 13

3. Tabagisme et maladies chroniques . . . 19

Mortalité associée au tabagisme . . . 19

Morbidité et tabagisme . . . 19

Utilisation des services de santé par les personnes atteintes d'une MPOC . . . 22

4. Exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac au domicile . . . 24

5. Cessation . . . 26

Étapes de changement au regard de la cessation . . . 26

Taux de cessation au cours des 12 derniers mois . . . 26

6. Défavorisation et tabagisme . . . 28

Références . . . 31

Sources d'information sur le tabagisme à Montréal . . . 32

Annexe . . . 33

Liste des figures

Figure 1 : Nombre et proportion (%) de fumeurs actuels de 15 ans et plus par territoire de CSSS, île de Montréal, 2012 . . . 7

Figure 2 : Prévalence (%) du tabagisme dans la population de 15 ans et plus, par territoire de CLSC, île de Montréal, 2012 . . . 8

Figure 3 : Proportion (%) de fumeurs actuels selon les caractéristiques individuelles et rapport de cotes associé, île de Montréal, 2012 . . . 9

Figure 4 : Proportion (%) de fumeuses actuelles parmi les femmes selon les caractéristiques individuelles et rapport de cotes associé, île de Montréal, 2012 . . . 10

Figure 5 : Proportion (%) de fumeurs actuels parmi les hommes selon les caractéristiques individuelles et rapport de cotes associé, île de Montréal, 2012 . . . 11

Figure 6 : Proportion (%) de fumeurs quotidiens parmi les fumeurs, île de Montréal, 2012 . . . 12

Figure 7 : Proportion (%) de fumeurs quotidiens parmi les fumeurs selon le niveau de scolarité et rapport de cotes associé, île de Montréal, 2012 . . . 12

Figure 8 : Proportion (%) de fumeurs quotidiens parmi les fumeurs selon le niveau de défavorisation et rapport de cotes associé, île de Montréal, 2012 . . . 13

Figure 9 : Proportion (%) d'élèves du 5e secondaire ayant utilisé des produits du tabac, 2013 . . . 14

Figure 10 : Proportion (%) de fumeurs de cigarettes et de cigares/cigarillos parmi les élèves du secondaire, 2013 . . . 14

Figure 11 : Proportion (%) d'élèves du secondaire ayant utilisé des produits du tabac aromatisés, 2013 . . . 15

Figure 12 : Proportion (%) d'élèves du secondaire ayant utilisé la cigarette électronique, 2013 . . . 15

Figure 13 : Proportion (%) d'élèves du secondaire ayant utilisé la cigarette électronique dans les 30 derniers jours selon le statut tabagique, Québec, 2013 . . . 16

Figure 14 : Proportion (%) de fumeurs actuels parmi les 15-24 ans selon le sexe, île de Montréal, 2012 . . . 17

Figure 15 : Proportion (%) de fumeurs actuels parmi les 15-24 ans, île de Montréal, 2012 . . . 17

Figure 16 : Nombre de décès attribuables au tabagisme, 2007-2011, île de Montréal . . . 19

Figure 17 : Proportion (%) de la population ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme et rapport de cotes associé, 35 ans et plus, île de Montréal, 2012 . . . 20

Figure 18 : Proportion (%) de la population ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme selon l'âge et le statut tabagique, île de Montréal, 2012 21

Figure 19 : Proportion (%) de la population ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme, selon le statut tabagique et le niveau de défavorisation, 35 ans et plus, île de Montréal, 2012 21

Figure 20 : Proportion (%) de la population atteinte d'une MPOC, 35 ans et plus, île de Montréal, 2009-2010 22

Figure 21 : Proportion (%) des utilisateurs de services qui ont été vus à l'urgence, toutes causes, 35 ans et plus, île de Montréal, 2009-2010 23

Figure 22 : Proportion (%) des utilisateurs de services qui ont été hospitalisés, toutes causes, 35 ans et plus, île de Montréal, 2009-2010 23

Figure 23 : Proportion (%) des non-fumeurs exposés à la fumée de tabac au domicile et rapport de cotes associé, île de Montréal, 2012 24

Figure 24 : Tentatives de cessation (%) dans la dernière année, 15 ans et plus, île de Montréal, 2012 27

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principaux indicateurs et méthode de calcul 5

Tableau 2 : Usage des produits du tabac au cours des 30 derniers jours selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Québec, 2013 . . . 13

Tableau 3 : Nombre et proportion (%) de fumeurs actuels selon les étapes de changement de comportement 26

Contexte

Ce rapport se veut un document technique qui soutient les arguments et les engagements formulés dans le « Rapport du directeur de santé publique 2014 - Montréal sans tabac : Pour une génération de non-fumeurs ». Il porte sur des données de surveillance récentes qui mettent en relief le fait que le tabagisme affecte davantage les sous-groupes de population les plus défavorisés et qu'il constitue un facteur d'aggravation des inégalités sociales de santé.

Ce document s'inscrit aussi en complément des portraits locaux du tabagisme produits à partir des données de l'enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants. Il met l'accent sur la comparaison entre les sous-groupes de population pour l'ensemble de la région, alors que les portraits locaux comparent chacun des territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) au reste de l'île de Montréal.

1 Méthodologie

Sources de données

Les données contenues dans ce document proviennent principalement de trois enquêtes : l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2003 à 2011-2012, l'enquête *TOPO 2012* sur les maladies chroniques et leurs déterminants ainsi que l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* (ETADJES) de 2013 de l'Institut de la statistique du Québec.

L'ESCC est une enquête transversale conçue pour fournir des estimations à l'échelle de la région sociosanitaire. L'échantillon pour l'île de Montréal s'élève à environ 5 000 personnes âgées de 12 ans et plus.

L'enquête TOPO 2012 documente l'état de santé des Montréalais des douze centres de santé et de services sociaux (CSSS) de l'île de Montréal. Elle porte sur les principaux facteurs de risque et les conditions sociales associés aux maladies chroniques pour la population de 15 ans et plus. L'échantillon s'élève à environ 900 personnes par territoire de CSSS.

La population visée par l'ETADJES est composée de tous les élèves de la 1re à la 5e année du secondaire inscrits au secteur des jeunes dans les écoles québécoises publiques et privées à l'automne 2013. Cette enquête porte entre autres sur l'usage de tous les types de produits du tabac. Elle traite aussi de la cigarette électronique. Un suréchantillonnage a été effectué auprès des jeunes du 5e secondaire sur l'île de Montréal pour l'année 2012-2013 afin, d'une part, de mieux refléter la réalité de ces jeunes, et, d'autre part, afin de comparer les jeunes montréalais avec le reste du Québec (Traoré, 2014).

En plus des données provenant de l'enquête TOPO 2012, le chapitre sur les maladies chroniques contient des données provenant de deux bases de données administratives. Le nombre de décès attribuables au tabagisme a été calculé à partir de deux sources de données : le Fichier de décès du Québec (2007-2011) et l'étude *Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002* (Baliunas et *al.* 2007).

L'analyse de la prévalence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est basée sur les banques de données médico-administratives suivantes pour 2009-2010 : services médicaux rémunérés à l'acte (RAMQ), services hospitaliers (MED-ÉCHO), services pharmaceutiques (RAMQ), services des CLSC (I-CLSC), registre de décès (ISQ-DECES), informations sur l'inscription en GMF et comme patient vulnérable (RAMQ), et système info-admission (ASSS-Hébergement). Les banques de données ont été jumelées et mises en place par la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal avec l'autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec (CAI). En termes d'effectifs, cette banque de données jumelées dénombrait 850 000 utilisateurs de services de 35 ans et plus, dont 70 000 sont atteints de MPOC. La projection populationnelle a été calculée pour 2009 à partir du recensement de 2006 (dénominateur calculé par l'équipe *Surveillance de l'état de la santé à Montréal* de la direction de santé publique (SÉSAM/DSP-Montréal). Sont exclus du calcul les personnes décédées, hébergées ou non utilisatrices des services médicaux ou hospitaliers.

L'indice de défavorisation de 2006 est utilisé pour mettre en relief le désavantage relatif associé au lieu de résidence (Pampalon et Raymond, 2000). Il a été construit à partir d'indicateurs sociodémographiques disponibles par petites unités géographiques, que l'on peut rattacher à un code postal, qui ont un lien connu avec la santé et qui couvrent les dimensions matérielle et sociale de la défavorisation. L'évaluation récente de cet indice a montré que son efficacité et sa précision demeurent le meilleur moyen d'appréhender les inégalités sociales de santé en l'absence de données fiables sur le statut socioéconomique dans les enquêtes et les bases de données administratives (Pampalon et *al.*, 2014).

L'indice qui combine les deux dimensions de la défavorisation a été utilisé pour tenir compte de la complexité de la problématique du tabagisme. Pour les données de l'enquête TOPO 2012, on attribue à chaque répondant un quintile de défavorisation basé sur le code postal de son lieu de résidence. Les personnes dans les quintiles 4 et 5 ont été regroupées afin de créer le groupe défavorisé. De la même façon, le groupe favorisé agrège les quintiles 1 et 2.

Quant aux bases de données administratives, le grand nombre d'individus permet de recourir aux deux quintiles extrêmes de l'indice de défavorisation pour les analyses sur l'utilisation des services par les personnes atteintes de MPOC. Ainsi, le quintile 5 de l'indice de défavorisation représente le groupe de personnes résidant dans les secteurs défavorisés. De même, le quintile 1 représente les personnes résidant dans les secteurs favorisés.

Définition des indicateurs

Les principaux indicateurs sont présentés avec leur formule mathématique dans le tableau 1.

Tableau 1

Principaux indicateurs et méthode de calcul

Indicateur	Méthode de calcul
Proportion de fumeurs actuels, 15 ans et plus[1]	Nombre de fumeurs quotidiens et occasionnels / Ensemble de la population
Prévalence du tabagisme, élèves du secondaire[2]	Nombre de fumeurs quotidiens, occasionnels et débutants parmi les élèves dans les écoles secondaires / Nombre d'élèves dans les écoles secondaires
Proportion de fumeurs quotidiens, 15 ans et plus[1]	Nombre de fumeurs quotidiens / Nombre de fumeurs
Proportion de fumeurs ayant cessé dans la dernière année, 15 ans et plus[1]	Nombre de fumeurs qui a cessé au cours des 12 derniers mois / Nombre de fumeurs + nombre de fumeurs ayant cessé au cours des 12 derniers mois
Proportion de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac au domicile, 15 ans et plus[3]	Nombre de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac au domicile / Nombre de non-fumeurs
Mortalité attribuable au tabagisme	Nombre de décès sur cinq ans pour chaque maladie x facteur attribuable au tabagisme (FAT)[4]
Proportion de la population ayant au moins une maladie chronique associée au tabagisme, 35 ans et plus[5]	Nombre de personnes ayant au moins une maladie chronique associée au tabagisme / Ensemble de la population
Proportion des utilisateurs de services ayant un diagnostic de MPOC, 35 ans et plus[6,7]	Nombre d'utilisateurs de services ayant un diagnostic de MPOC / Nombre d'utilisateurs de services
Proportion de consultations parmi les utilisateurs de services, 35 ans et plus[6,7]	Nombre de consultations par année par les utilisateurs de services / Nombre d'utilisateurs de services
Proportion des utilisateurs de services vus à l'urgence, toutes causes, 35 ans et plus[6]	Nombre d'utilisateurs de services vus à l'urgence / Nombre d'utilisateurs de services
Proportion des utilisateurs de services hospitalisés, toutes causes, 35 ans et plus[6]	Nombre d'utilisateurs de services hospitalisés / Nombre d'utilisateurs de services

1 Consommation de cigarettes exclusivement.

2 Voir la section méthodologique de l'ETADJES (ISQ 2014).

3 Exposition quotidienne ou presque à la fumée de cigarette, pipe ou cigare.

4 Baliunas et *al.*, 2007.

5 Trois maladies chroniques associées au tabagisme ont été retenues dans le cadre de cette analyse : la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), les maladies cardiovasculaires et le cancer.

6 Les personnes vues à l'urgence ou hospitalisées pour toutes les causes et non seulement celles vues ou hospitalisées pour la MPOC.

7 Les consultations ambulatoires comprennent les consultations auprès d'omnipraticiens en cabinet privé et en consultations externes, ainsi que les consultations auprès de spécialistes en lien avec le suivi des personnes atteintes d'une MPOC.

Méthodes d'analyse

Statistiques descriptives

Pour effectuer la comparaison entre des sous-groupes de population pour l'enquête TOPO 2012, les différences statistiquement significatives reposent sur des tests de comparaisons d'intervalles de confiance qui ont confirmé un écart statistique au seuil de 95 %. Dans la plupart des figures, les intervalles de confiance sont présentés par un trait noir superposé sur une barre de couleur indiquant le minimum et le maximum de l'estimation. Lorsque les intervalles de confiance ne se chevauchent pas entre le maximum d'un groupe et le minimum d'un autre, le lecteur peut conclure à une différence significative entre les groupes.

Le coefficient de variation (C.V.) est une mesure de précision pour une proportion. Pour les données provenant de l'ESCC, lorsque le C.V. est inférieur ou égal à 16,5 % (C.V. ≤ 16,5 %), la précision de la valeur est jugée bonne, et aucune mention n'est indiquée. S'il est supérieur à 16,5 % et inférieur à 33,3 % (16,5 % < C.V. < 33,3 %), la proportion doit être interprétée avec prudence et est marquée par un astérisque (*). Pour les proportions dont le C.V. est supérieur ou égal à 33,3 % (C.V. ≥ 33,3 %), la valeur est jugée trop imprécise pour être présentée.

Pour les données provenant de l'ETADJES, les C.V. suivent le système de classification des estimations en vigueur de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2014). On estime que la précision est bonne lorsque le C.V. est inférieur ou égal à 15 % (C.V. ≤ 15 %). Si le C.V. se situe entre 15 % et 25 % (15 % < C.V. ≤ 25 %), les données sont marquées d'un astérisque (*), et l'estimation doit être interprétée avec prudence. L'estimation est jugée trop imprécise pour être diffusée lorsque le C.V. est supérieur à 25 % (C.V. > 25 %).

Étant donné son échantillonnage complexe, le niveau de précision des données issues de l'enquête TOPO 2012 a été traité différemment. On estime que la précision est bonne lorsque le C.V. est inférieur ou égal à 15 % (C.V. ≤ 15 %). Si le C.V. se situe entre 15 % et 25 % (15 % < C.V. ≤ 25 %), les données sont marquées d'un astérisque (*), et l'estimation doit être interprétée avec prudence. Lorsque le C.V. est entre 25 % et 33 % (25 % < C.V. ≤ 33 %), l'estimation est fournie à titre indicatif seulement, et la donnée est identifiée par deux astérisques (**). Les données dont le C.V. est supérieur à 33 % (C.V. > 33 %) ne sont pas diffusées.

Analyses multivariables

Par définition, l'analyse multivariable identifie les déterminants significatifs, en contrôlant toutes les autres variables qui pourraient avoir un effet sur la variable étudiée (âge, sexe, etc.). Le rapport de cotes indique le poids d'une caractéristique donnée par rapport à un groupe de référence (exclusivement pour les données provenant de l'enquête TOPO 2012).

Les analyses de régression logistique multivariable ont été faites pour les variables suivantes :

- la prévalence du tabagisme;
- la proportion de fumeurs quotidiens parmi les fumeurs;
- la proportion de la population ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme;
- la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac au domicile;
- le taux de cessation.

Seules les variables qui sont significatives au seuil de 95 % sont incluses dans les modèles multivariables présentés dans ce document.

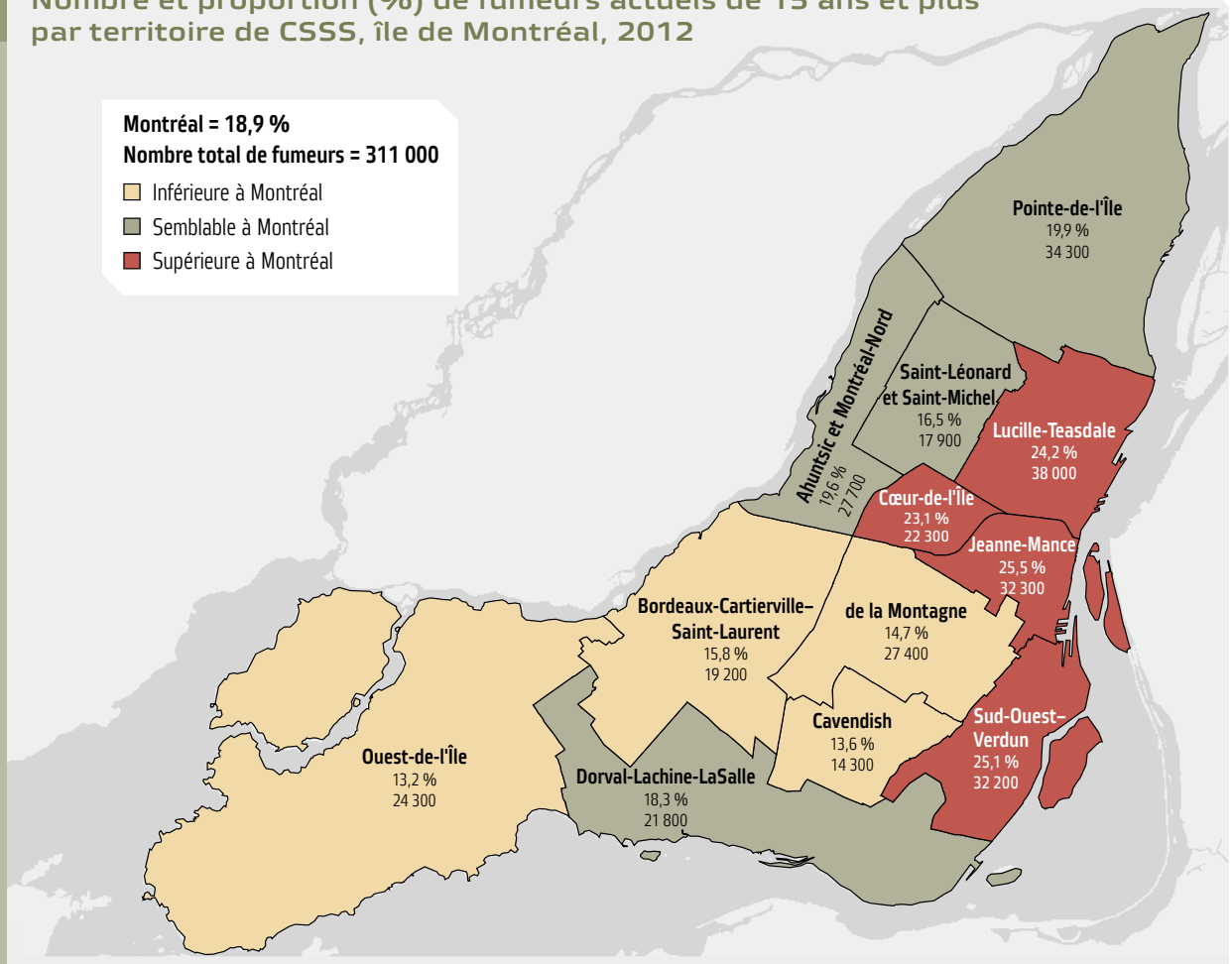
2 Prévalence du tabagisme et caractéristiques des fumeurs

Distribution de la prévalence du tabagisme par territoire

- Près d'une personne sur cinq fume (18,9 %) (figure 1).
- On compte 311 000 fumeurs dans la région de Montréal.
- Des variations importantes de la prévalence (de 13 % à 26 %) sont observées selon le territoire de CSSS.

Figure 1

Nombre et proportion (%) de fumeurs actuels de 15 ans et plus par territoire de CSSS, île de Montréal, 2012



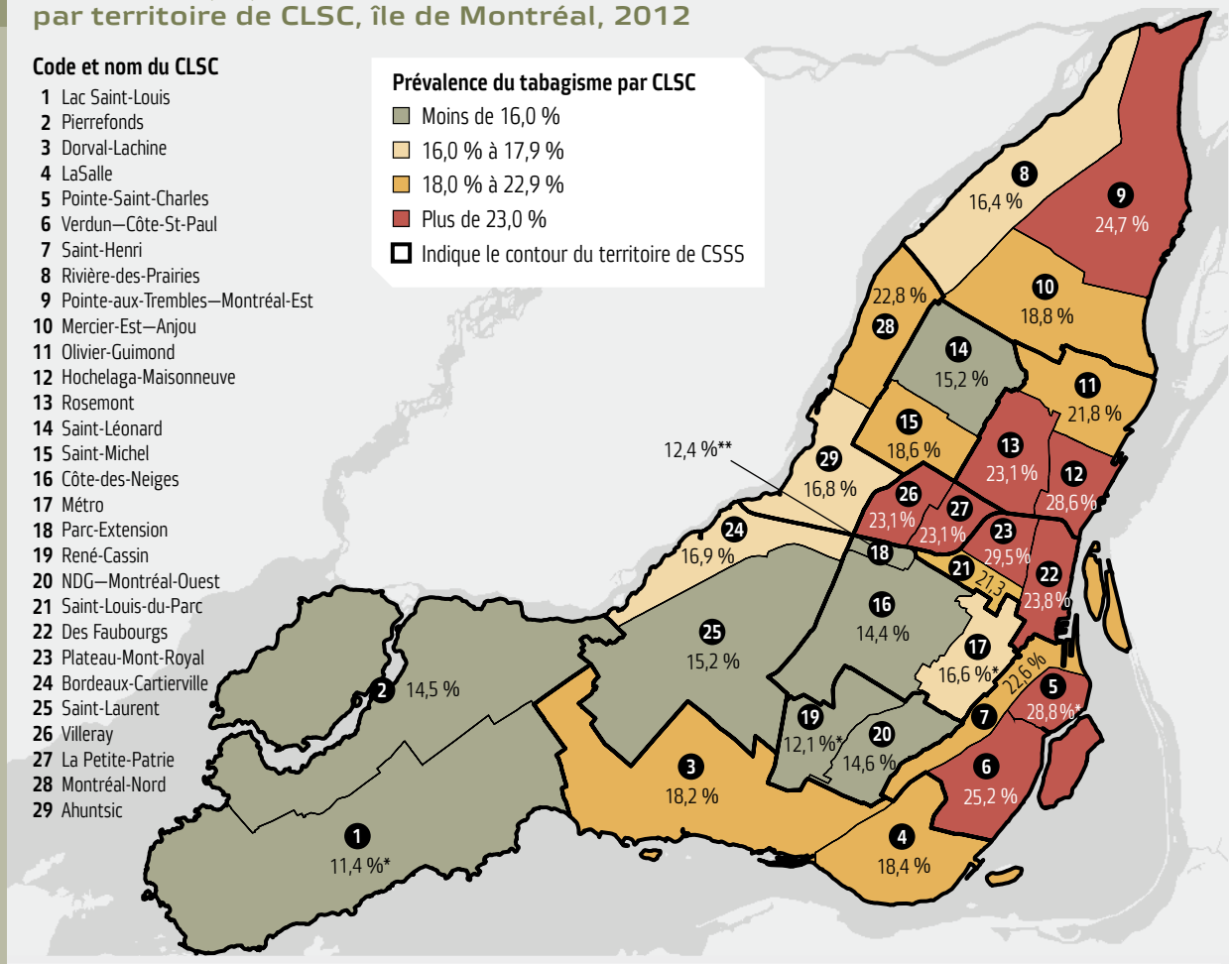
Note : Les territoires en rouge ou jaune ont une valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'île de Montréal, au seuil de 95 %.

Source : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

L'analyse à une échelle plus fine montre des disparités territoriales (figure 2) quant à la prévalence du tabagisme (11 % à 30 %). Un tiers des fumeurs montréalais demeure dans les neuf CLSC où la prévalence du tabagisme dépasse 23 %.

Figure 2

Prévalence (%) du tabagisme dans la population de 15 ans et plus, par territoire de CLSC, île de Montréal, 2012



Notes : Les données sur la prévalence du tabagisme par CLSC sont présentées avec réserve, car l'enquête TOPO 2012 n'a pas été conçue pour faire des comparaisons entre les CLSC. Toutefois, les coefficients de variation dans la grande majorité des CLSC sont inférieurs à 15 % et, ainsi, ils sont assez précis pour diffuser les résultats sans les intervalles de confiance.

* Précision passable, à interpréter avec prudence. ** Faible précision, fournie à titre indicatif seulement.

Source : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Caractéristiques associées au tabagisme

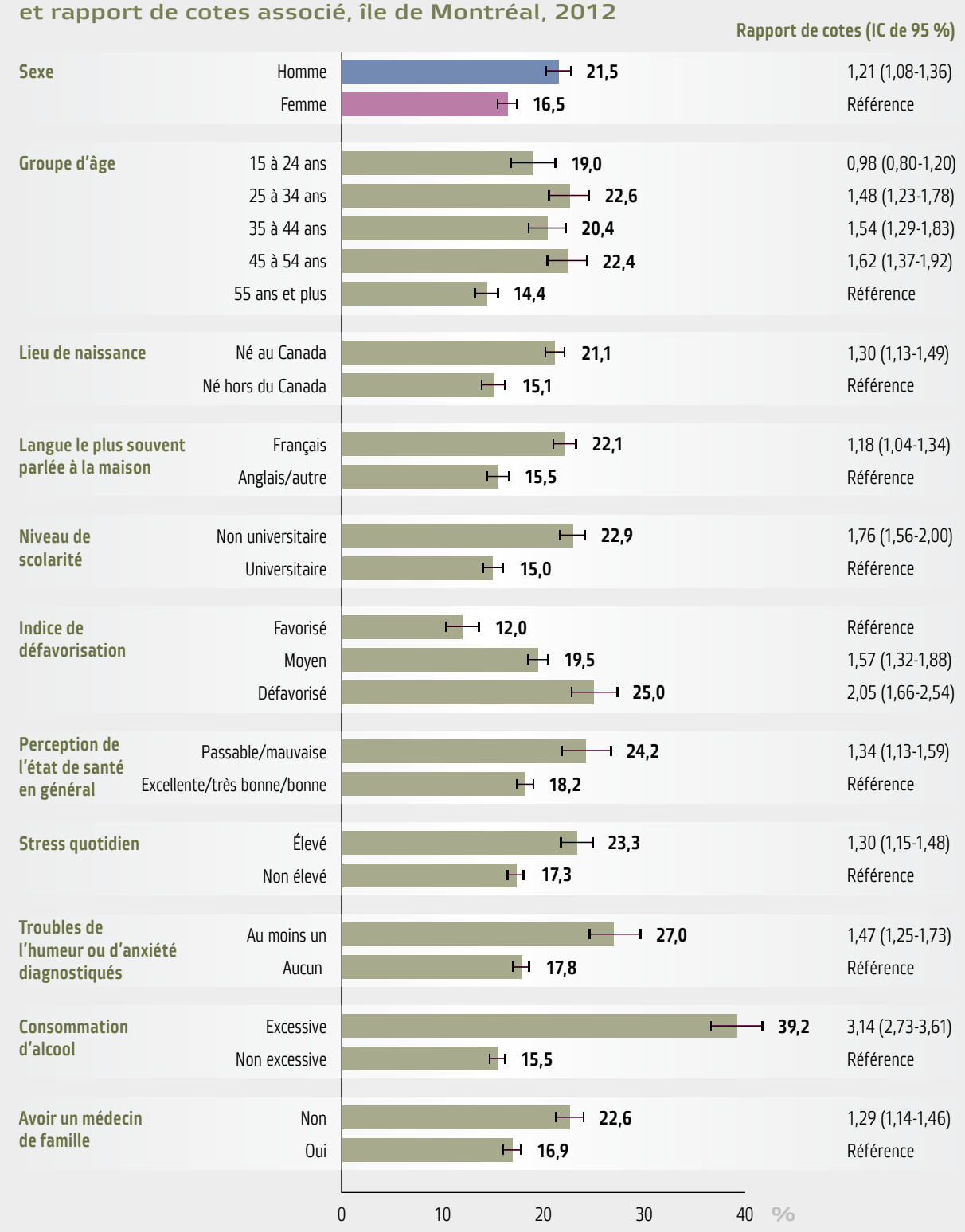
Il y a proportionnellement plus de fumeurs parmi (figure 3) :

- les hommes;
- les personnes nées au Canada;
- les francophones (le français étant la langue le plus souvent parlée à la maison);
- les personnes n'ayant pas fait d'études universitaires;
- les personnes qui perçoivent leur santé « passable » ou « mauvaise »;
- les personnes qui vivent avec un niveau de stress élevé;
- les personnes ayant un trouble de l'humeur ou d'anxiété;
- les personnes ayant un profil de consommation excessive d'alcool[1];
- les personnes n'ayant pas de médecin de famille;
- les personnes résidant dans des secteurs défavorisés.

1 La consommation excessive d'alcool est définie comme suit : pour une femme, au moins 5 verres durant une même occasion, au moins une fois par mois durant les 12 derniers mois. Pour les hommes, on parle de 6 verres ou plus lors d'une même occasion au moins une fois par mois durant les 12 derniers mois.

Figure 3

Proportion (%) de fumeurs actuels selon les caractéristiques individuelles et rapport de cotes associé, île de Montréal, 2012



Note : Pour tous les indicateurs, à l'exception du niveau de scolarité (25 ans et plus), le dénominateur utilisé est la population de 15 ans et plus.

Ce graphique rectifie les erreurs de frappe pour les variables *niveau de scolarité* et *langue parlée à la maison* de la figure 3 (page 6) du *Rapport du Directeur de santé publique 2014 - Montréal sans tabac : Pour une génération de non-fumeurs*. Les corrections apportées ne changent d'aucune façon les analyses.

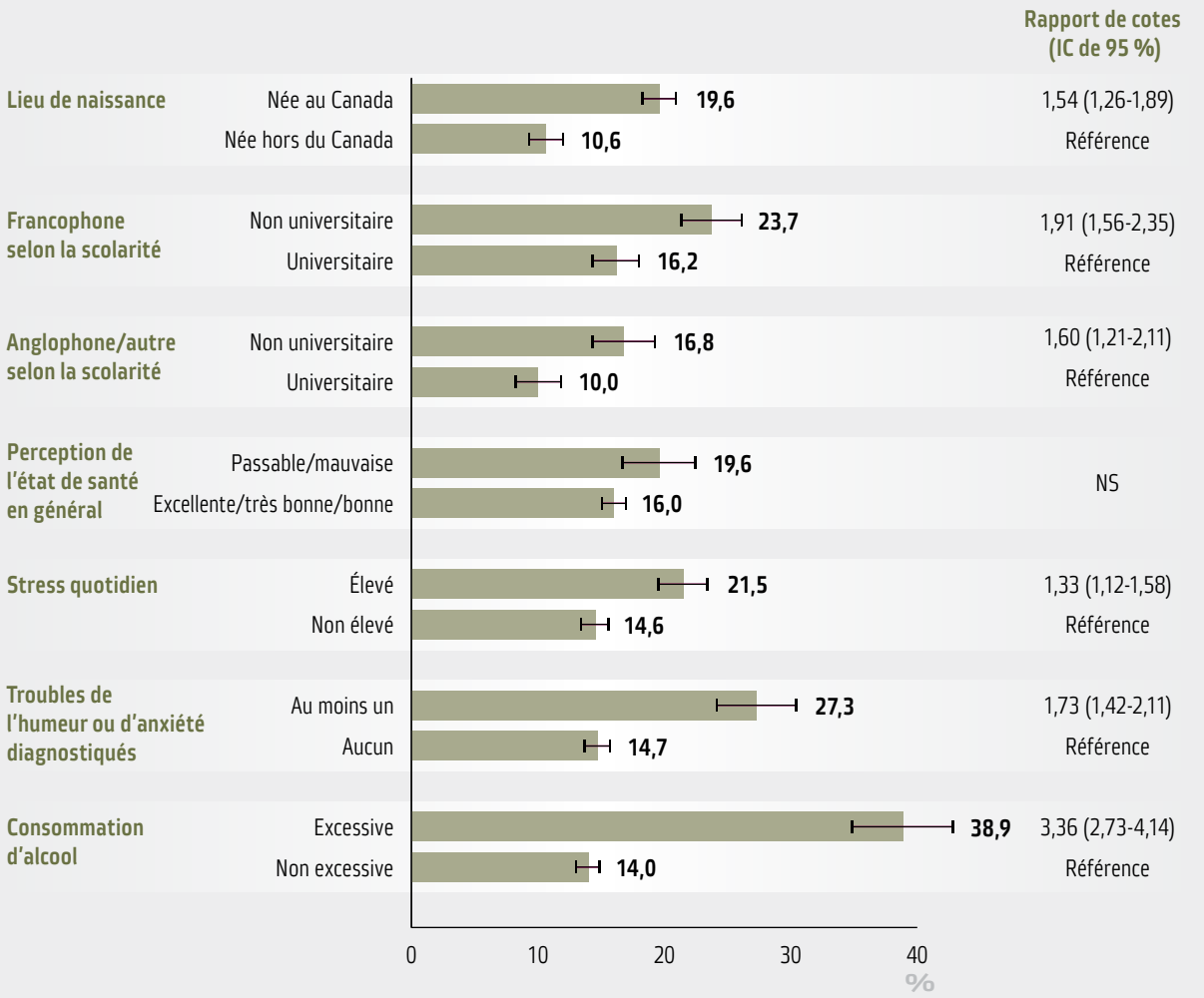
Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Les rapports de cotes présentés pour chaque sous-groupe (figure 3 et tableau 2 de l'annexe) montrent l'effet propre de chacune des caractéristiques individuelles sur la probabilité d'être fumeur (voir la section Méthodologie, analyses multivariables). Par exemple, les personnes nées au Canada sont 1,3 fois plus susceptibles de fumer comparativement aux personnes nées hors du Canada.

Certaines caractéristiques associées à la prévalence du tabagisme sont présentes pour les femmes mais non pour les hommes. Par exemple, les femmes nées au Canada sont 1,5 fois plus susceptibles de fumer comparativement aux femmes nées hors du Canada (figure 4). Or, pour les hommes, la prévalence est comparable peu importe le lieu de naissance (figure 5).

Figure 4

Proportion (%) de fumeuses actuelles parmi les femmes selon les caractéristiques individuelles et rapport de cotes associé[a], île de Montréal, 2012



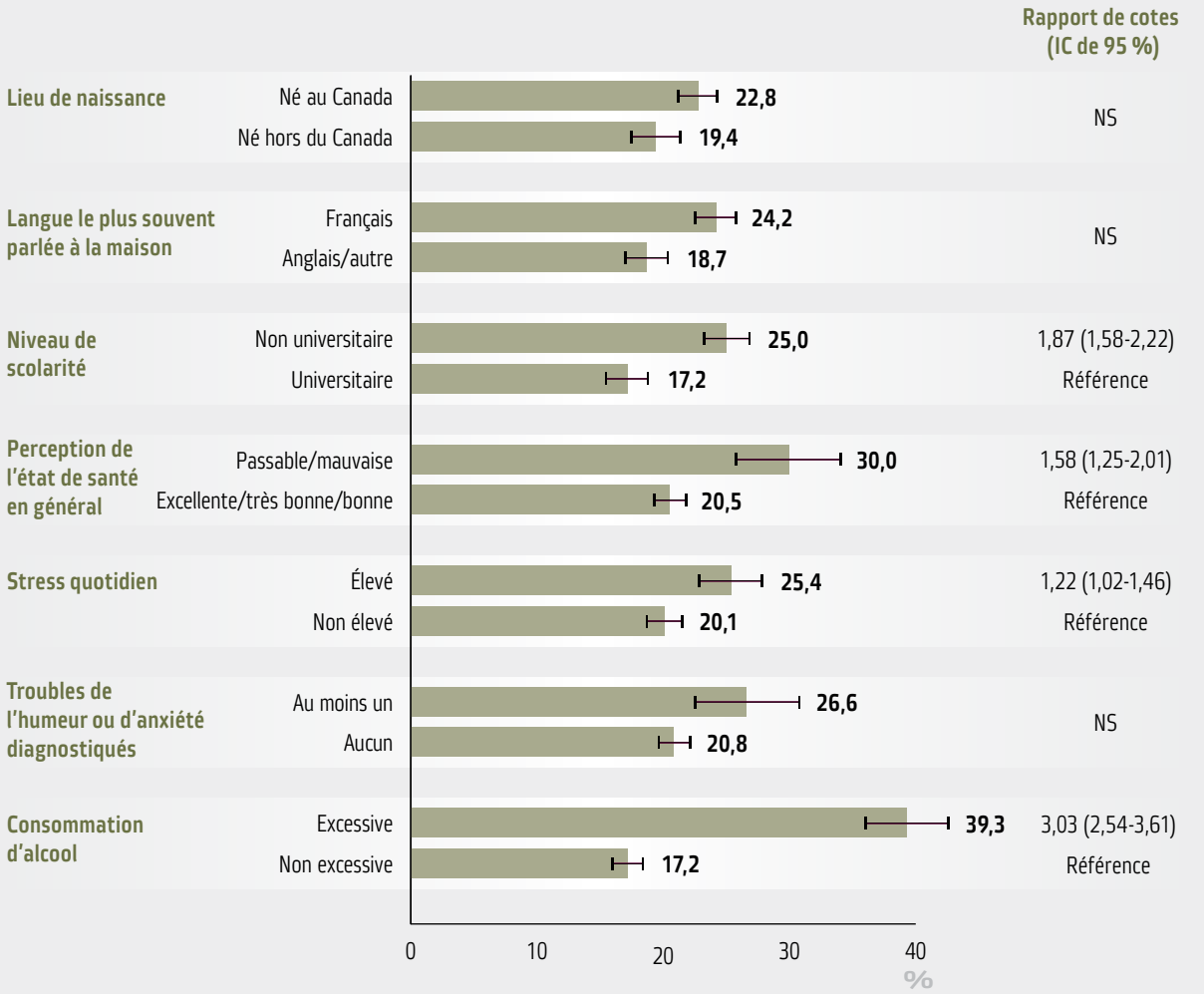
a : Les résultats sont ajustés selon les variables : âge, indice de défavorisation, avoir un médecin de famille et besoin de consulter un médecin sans en avoir vu un.
NS : Rapport de cotes non significatif. La variable entrée dans le modèle initial a été exclue du modèle final, car elle n'était pas significative au seuil de 95 %.
Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Pour les femmes, les variables *niveau de scolarité et langue parlée à la maison* interagissent dans le modèle de régression logistique multivariable (figure 4). Le niveau de scolarité est donc subdivisé selon la langue parlée pour montrer les différences dans la prévalence du tabagisme entre les femmes francophones et anglophones/autres selon le niveau de scolarité. À l'inverse, pour les hommes la langue parlée n'est pas une caractéristique significative (figure 5).

La prévalence du tabagisme est fortement associée à la consommation excessive d'alcool (38,9 % contre 14,0 %). Les femmes ayant un problème de consommation sont 3,4 fois plus susceptibles de fumer que les femmes n'ayant pas de problème.

Figure 5

Proportion (%) de fumeurs actuels parmi les hommes selon les caractéristiques individuelles et rapport de cotes[a] associé, île de Montréal, 2012



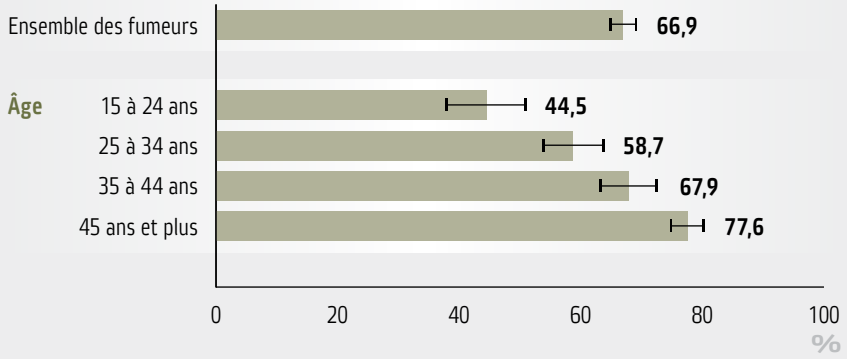
a : Les résultats sont ajustés selon les variables : âge, indice de défavorisation, avoir un médecin de famille et besoin de consulter un médecin sans en avoir vu un.
NS : Rapport de cotes non significatif. La variable entrée dans le modèle initial a été exclue du modèle final, car elle n'était pas significative au seuil de 95 %.
Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Un tabagisme quotidien plus présent dans certains sous-groupes

Deux tiers (66,9 %) des fumeurs sont des fumeurs quotidiens, et cette proportion augmente avec l'âge (figure 6).

Figure 6

Proportion (%) de fumeurs quotidiens parmi les fumeurs, île de Montréal, 2012

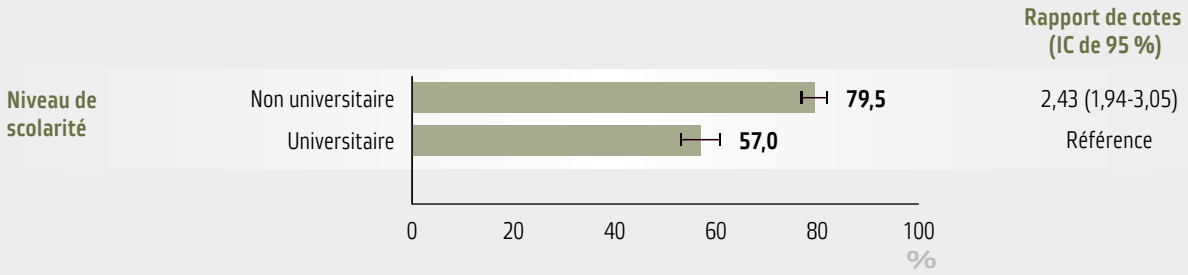


Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Les fumeurs n'ayant pas fait d'études universitaires (figure 7) sont proportionnellement plus nombreux à fumer tous les jours (79,5 %) comparativement aux universitaires (57,0 %). Les non-universitaires sont ainsi 2,4 fois plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens.

Figure 7

Proportion (%) de fumeurs quotidiens parmi les fumeurs selon le niveau de scolarité et rapport de cotes associé, île de Montréal, 2012



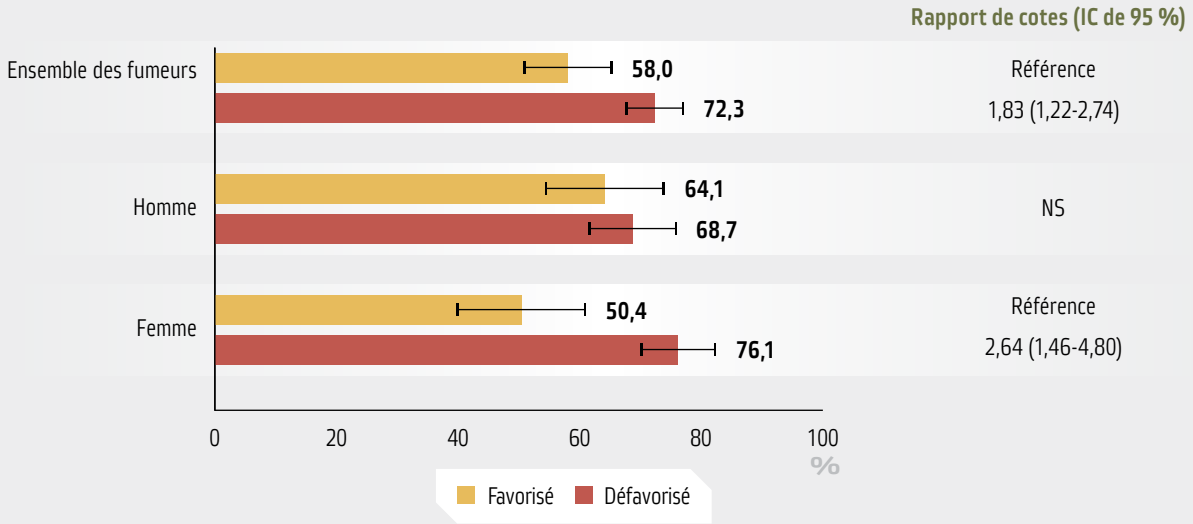
Note : La population de 25 ans et plus est utilisée pour les analyses de la variable *niveau de scolarité*.
Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Il y a proportionnellement plus de fumeurs quotidiens parmi les fumeurs résidant dans des secteurs défavorisés que dans les secteurs favorisés (72,3 % contre 58,0 %) (figure 8), et cette différence est attribuable aux femmes.

En effet, les femmes des secteurs défavorisés sont 2,6 fois plus susceptibles de consommer quotidiennement comparé à celles des secteurs favorisés, alors qu'on n'observe pas de différence parmi les hommes.

Figure 8

Proportion (%) de fumeurs quotidiens parmi les fumeurs selon le niveau de défavorisation et rapport de cotes[a] associé, île de Montréal, 2012



a : Les résultats sont ajustés selon les variables : âge, langue parlée à la maison, lieu de naissance, niveau de scolarité et stress au quotidien.
NS : Rapport de cotes non significatif.
Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Prévalence du tabagisme chez les jeunes

L'usage des produits du tabac dans les écoles secondaires

La prévalence du tabagisme dans les écoles secondaires du Québec diminue à un rythme soutenu depuis 1998 (Traoré, 2014). En incluant les cigarettes, les cigarillos, les cigares et tout autre produit du tabac, la prévalence de l'usage des produits du tabac au cours des 30 derniers jours est de 12,2 % parmi les élèves du secondaire au Québec (tableau 2). Cette proportion augmente au fur et à mesure que les élèves évoluent dans leur parcours scolaire.

Tableau 2

Usage des produits du tabac au cours des 30 derniers jours selon le niveau scolaire, élèves du secondaire, Québec, 2013

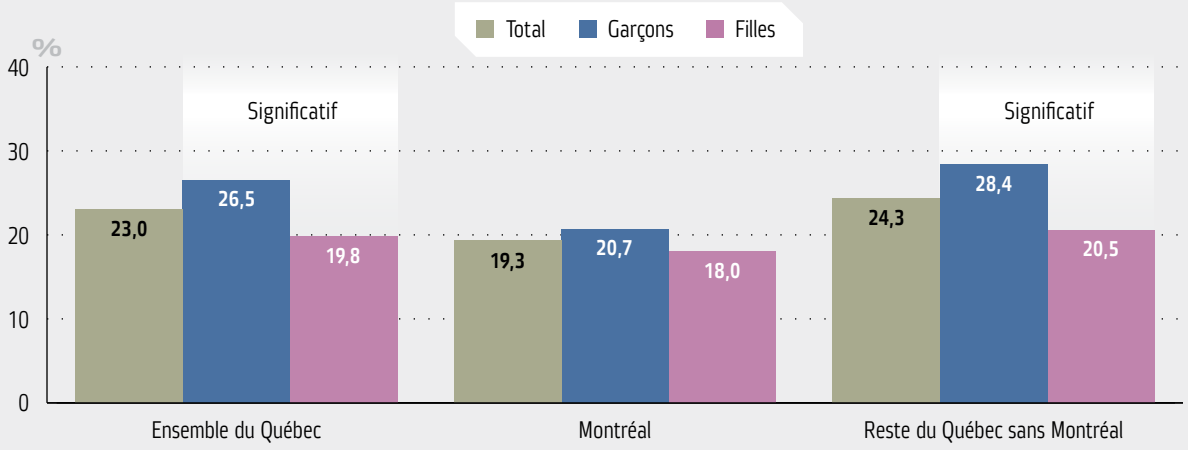
Niveau scolaire	Prévalence du tabagisme (%)
1re secondaire	2,9**
2e secondaire	8,0*
3e secondaire	14,6
4e secondaire	14,0
5e secondaire	23,0
Tous les niveaux	**12,2**

* À interpréter avec prudence.
** Fournie à titre indicatif seulement.
Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES), 2013.

Une différence entre Montréal et le reste du Québec ressort pour les élèves du 5e secondaire. À Montréal, les garçons utilisent les produits du tabac autant que les filles, mais, dans le reste du Québec, les garçons les utilisent significativement plus que les filles (figure 9).

Figure 9

Proportion (%) d'élèves du 5e secondaire ayant utilisé des produits du tabac, 2013



Note : Le test du Khi-deux a été utilisé pour repérer les différences significatives. Ce test indique qu'il y a une différence significative entre les garçons et les filles pour le reste du Québec sans Montréal ainsi que pour l'ensemble du Québec.

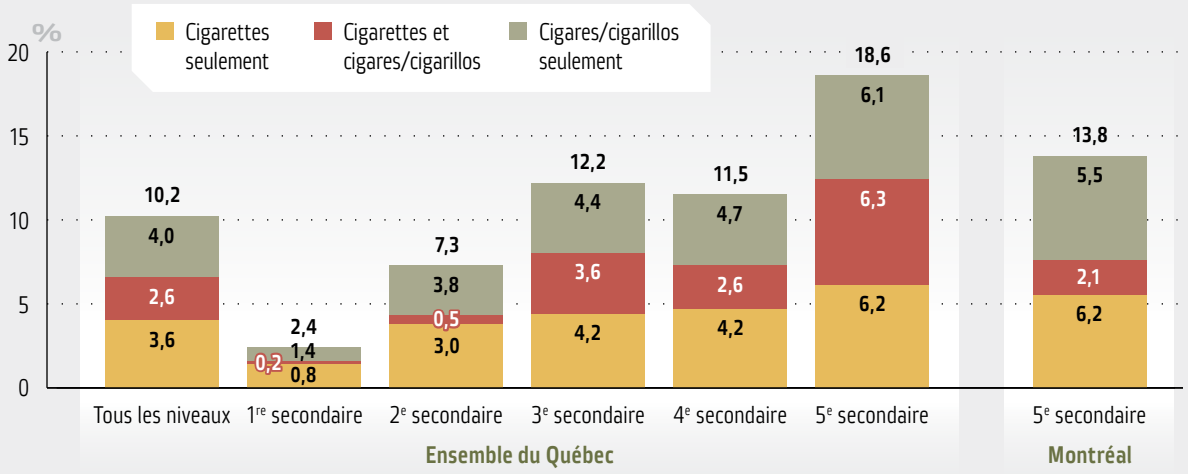
Source : Institut de la statistique du Québec, ETADJES, 2013.

Parmi les élèves du 5e secondaire de Montréal (figure 10) :

- 6,2 % fument des cigarettes exclusivement.
- 5,5 % fument des cigares/cigarillos exclusivement.
- 2,1 % fument des cigarettes et cigares/cigarillos.

Figure 10

Proportion (%) de fumeurs de cigarettes et de cigares/cigarillos parmi les élèves du secondaire, 2013



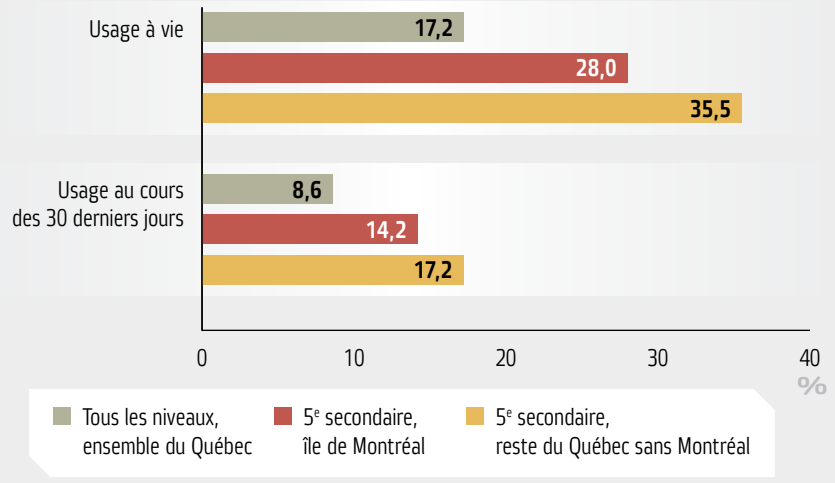
Source : Institut de la statistique du Québec, ETADJES, 2013.

À Montréal, parmi les jeunes du 5e secondaire (figure 11) :

- 2 élèves sur 7 ont déjà consommé des produits du tabac aromatisés (28,0 %).
- 1 élève sur 7 a consommé des produits aromatisés dans les 30 derniers jours (14,2 %).

Figure 11

Proportion (%) d'élèves du secondaire ayant utilisé des produits du tabac aromatisés, 2013



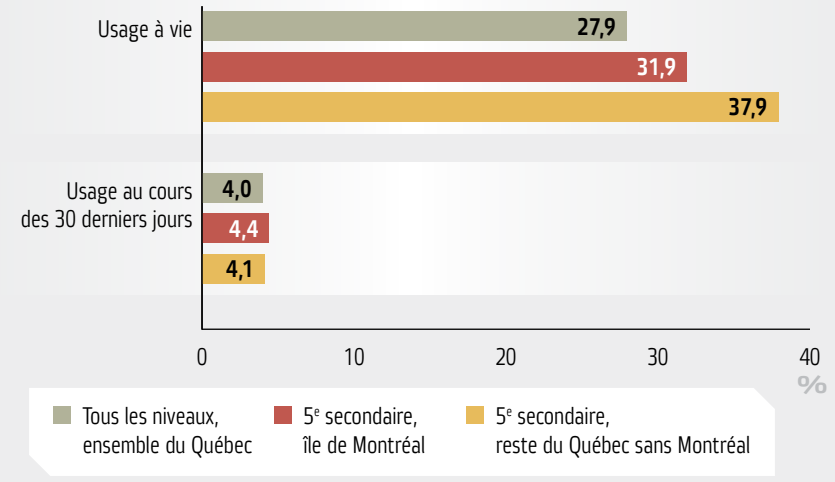
Source : Institut de la statistique du Québec, ETADJES, 2013.

À Montréal, parmi les jeunes du 5e secondaire (figure 12) :

- Près d'un élève sur trois a essayé la cigarette électronique (CE) (31,9 %).
- La prévalence de l'usage de la CE dans les 30 derniers jours est de 4 %.

Figure 12

Proportion (%) d'élèves du secondaire ayant utilisé la cigarette électronique, 2013

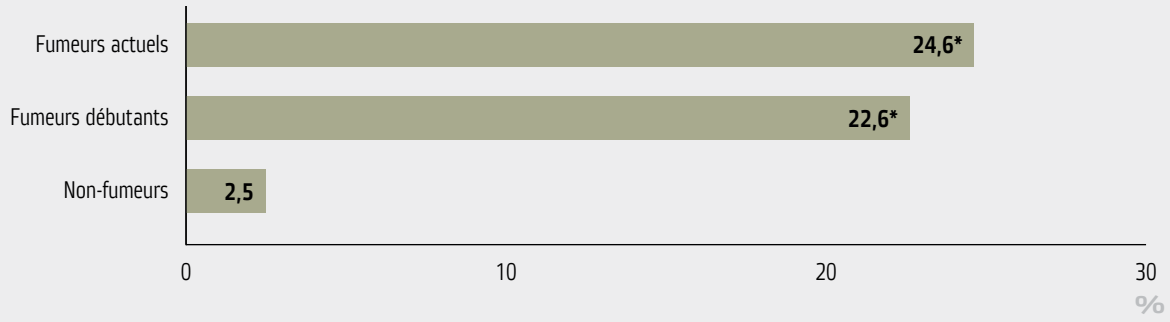


Source : Institut de la statistique du Québec, ETADJES, 2013.

- À partir de la deuxième année du secondaire, la CE est utilisée dans les mêmes proportions, peu importe le niveau scolaire (la prévalence varie de 3,7 % à 6,0 %, mais la différence n'est pas statistiquement significative), alors que l'utilisation des produits du tabac tend à augmenter avec le niveau scolaire (ISQ, 2014).
- Plus de 20 % des élèves fumeurs ont aussi utilisé la CE dans les 30 derniers jours (figure 13).
- La proportion d'élèves qui utilisent la CE est plus élevée parmi les élèves fumeurs que parmi ceux n'ayant jamais fumé.

Figure 13

Proportion (%) d'élèves du secondaire ayant utilisé la cigarette électronique dans les 30 derniers jours selon le statut tabagique, Québec, 2013



* À interpréter avec prudence.

Note : Au moment de la publication, la CE n'était pas considérée comme un produit du tabac; ainsi un élève peut être à la fois non-fumeur et utilisateur de la CE.

Source : Traoré et al., *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, 2014.

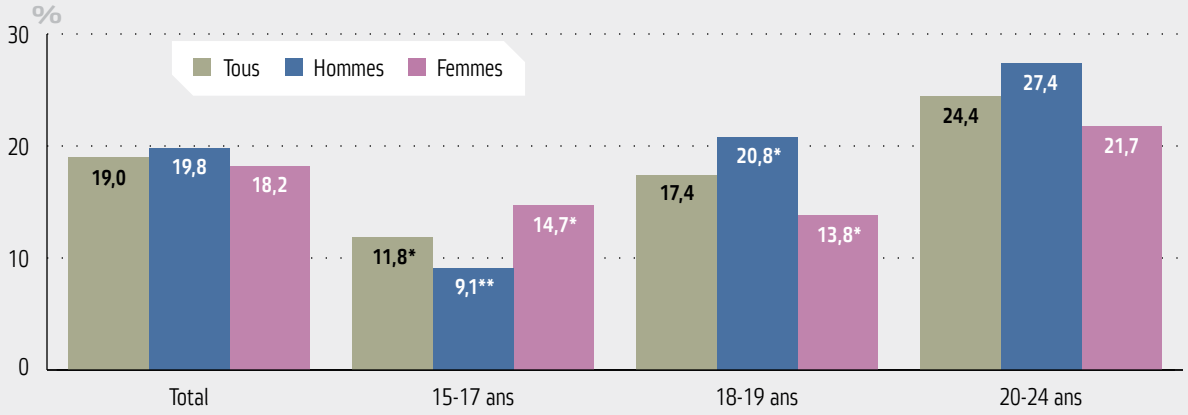
Le tabagisme parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans

Si le secondaire demeure une période critique pour l'initiation au tabagisme, une proportion importante (14 %) de jeunes fumeurs de moins de 25 ans s'initient au tabagisme après la fin de leurs études secondaires (O'Loughlin et *al.*, 2013). Les résultats de l'enquête TOPO 2012 pour les 15-24 ans montrent que, sur l'île de Montréal (figures 14 et 15) :

- Il y a près de 43 000 jeunes fumeurs.
- Près d'un jeune sur cinq âgé de 15 à 24 ans fume la cigarette (19,0 %).
- Les jeunes femmes fument autant que les jeunes hommes (18,2 % contre 19,8 %).
- La proportion de fumeurs augmente avec l'âge, passant de 11,8* % parmi les 15-17 ans à 24,4 % parmi les 20-24 ans.
- La prévalence du tabagisme ne diffère pas significativement selon le lieu de naissance des jeunes de 15 à 24 ans.
- Les jeunes francophones sont près de deux fois plus nombreux à fumer que les jeunes parlant l'anglais ou une autre langue. Ce résultat est comparable à ce qui est observé pour l'ensemble des 15 ans et plus.
- La proportion de jeunes fumeurs dans les secteurs défavorisés est près de deux fois plus élevée que dans les secteurs favorisés (24,4 % contre 13,3* %).

Figure 14

Proportion (%) de fumeurs actuels parmi les 15-24 ans selon le sexe, île de Montréal, 2012



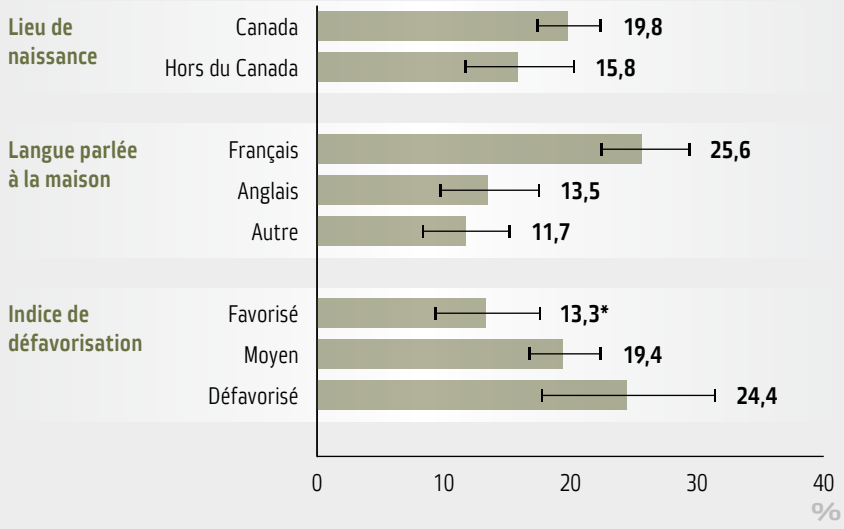
* À interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation entre 25 % et 33 %, fournie à titre indicatif seulement.

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Figure 15

Proportion (%) de fumeurs actuels parmi les 15-24 ans, île de Montréal, 2012



* Donnée à interpréter avec prudence.

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Le tabagisme quotidien chez les jeunes

- Moins d'un jeune fumeur sur deux (44,5 %) fume quotidiennement (figure 6). Cette proportion est observée dans les trois sous-groupes d'âge : 15-17 ans, 18-19 ans et 20-24 ans (TOPO 2012).
- Entre 2003 et 2012, la proportion de fumeurs quotidiens[2] est restée assez stable parmi les fumeurs de 15-24 ans. Cette tendance est comparable à celle de l'ensemble du Québec (ESCC, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012).

Cessation chez les jeunes

Selon l'ETADJES, plus de neuf jeunes fumeurs sur dix croient qu'ils peuvent abandonner le tabac sans aide ou avec l'aide d'un ami. Or, la moitié (51 %) des fumeurs rapporte avoir fait au moins une tentative d'abandon sans succès durant la dernière année.

Parmi les élèves qui ont tenté d'abandonner le tabac au moins une fois dans la dernière année, la majorité d'entre eux ont fait au moins deux tentatives (25 % ont fait deux tentatives et 26 % ont fait au moins trois tentatives).

2 En comparaison avec la proportion qui fume occasionnellement.

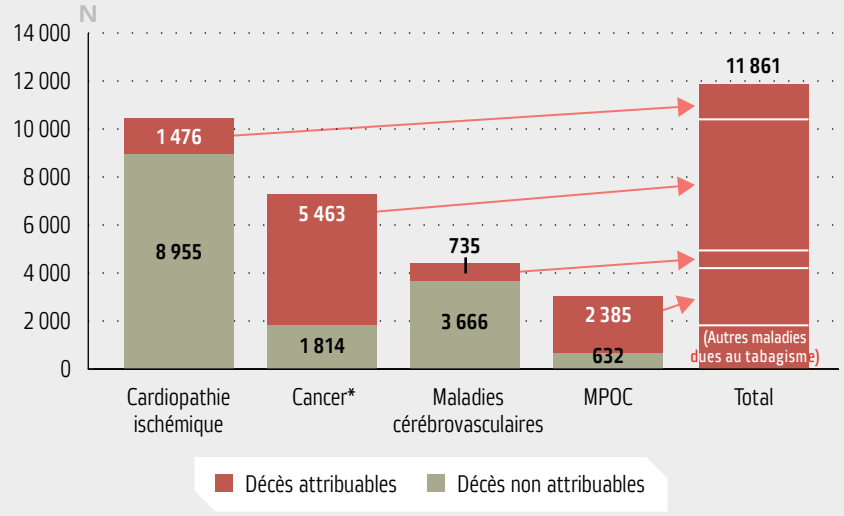
3 Tabagisme et maladies chroniques

Mortalité associée au tabagisme

Entre 2007 et 2011, 11 861 décès ont été attribués au tabagisme sur l'île de Montréal, soit 16 % de l'ensemble des décès au cours de cette période (figure 16). Cette proportion s'élève à 21 % pour les hommes et à 12 % pour les femmes. De plus, une étude (Baliunas et *al.*, 2007) a déterminé la part attribuable au tabagisme dans différentes causes de mortalité. Ceci a permis, à partir du fichier des décès, de déterminer le nombre de décès attribuables au tabagisme sur l'île de Montréal (figure 16). Par exemple, 75 % des décès (5 463) causés par le cancer du poumon, de l'oropharynx, de l'œsophage et du larynx, et 79 % des décès (2 385) causés par la MPOC sont imputables au tabagisme.

Figure 16

Nombre de décès attribuables au tabagisme, 2007-2011, île de Montréal



* Cancers du poumon, de l'oropharynx, de l'œsophage et du larynx
Source : Calcul fait à partir du fichier des décès au Québec - 2007-2011

Morbidité et tabagisme

Prévalence de maladies chroniques associées au tabagisme

En 2012, 16,1 % des personnes âgées de 35 ans et plus déclarent avoir reçu un diagnostic d'au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme, soit la MPOC, la maladie cardiovasculaire ou le cancer (tableau 4 de l'annexe).

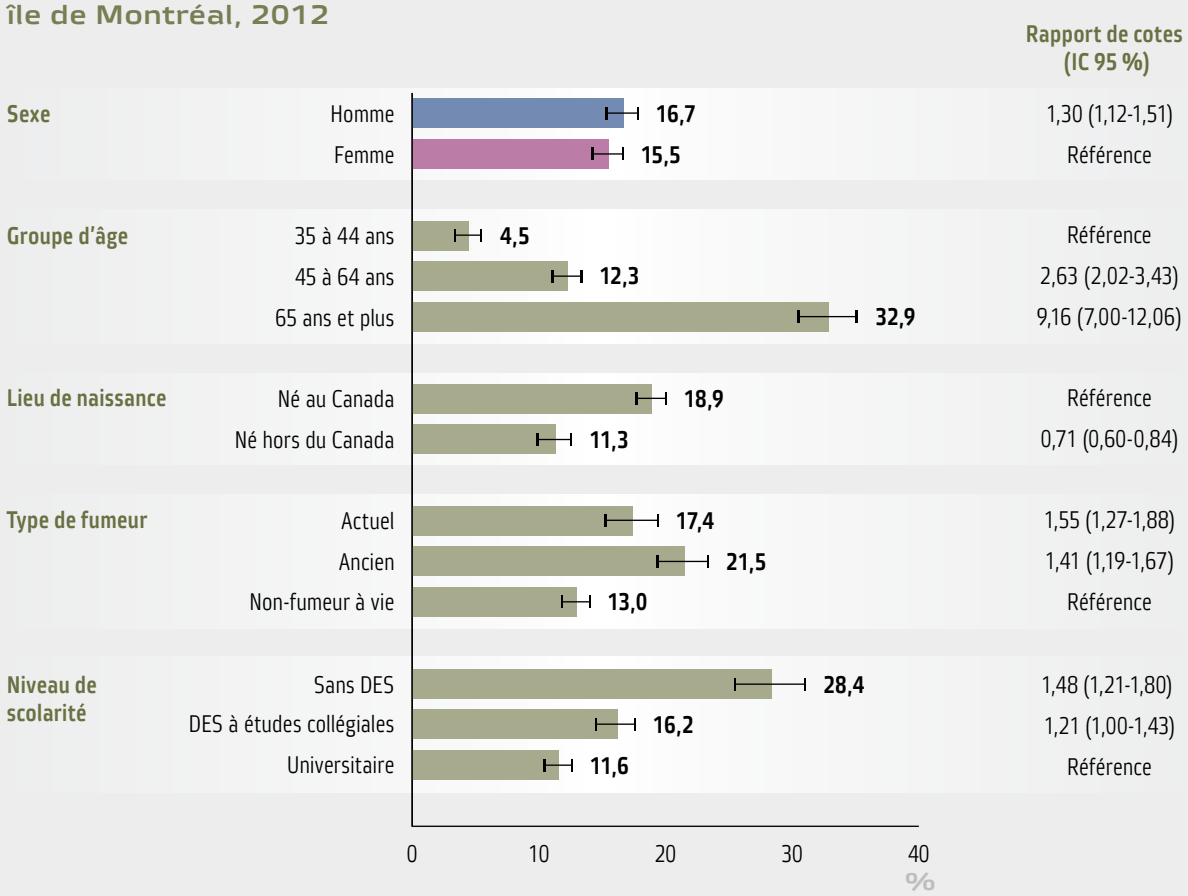
Caractéristiques associées au fait d'avoir au moins une maladie chronique associée au tabagisme

Les fumeurs actuels (17,4 %) et les anciens fumeurs (21,5 %) sont proportionnellement plus nombreux que les personnes qui n'ont jamais fumé (13,0 %) à être atteints d'une maladie chronique associée au tabagisme (figure 17).

Comparativement aux personnes qui n'ont jamais fumé, les fumeurs actuels (RC = 1,6) et les anciens fumeurs (RC = 1,4) sont plus susceptibles d'avoir au moins une maladie chronique, toutes choses étant égales par ailleurs.

Figure 17

Proportion (%) de la population ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme et rapport de cotes associé, 35 ans et plus, île de Montréal, 2012



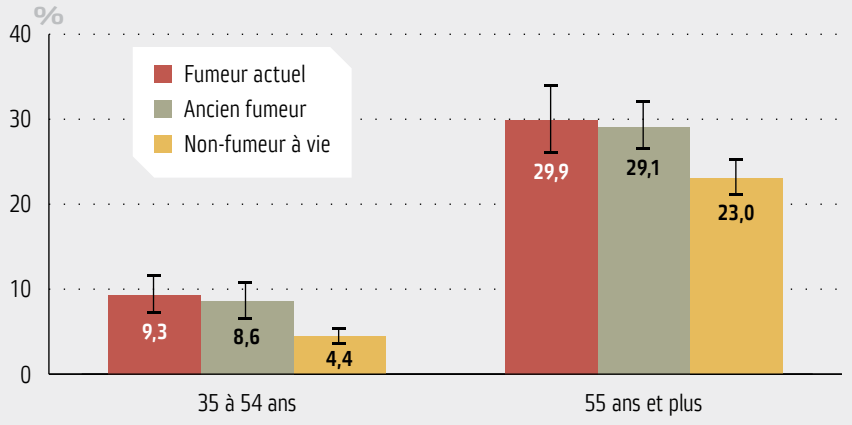
Note : Trois maladies chroniques associées au tabagisme ont été retenues dans le cadre de cette analyse : les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies cardiovasculaires et le cancer (Lim et *al.*, 2012).

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Parmi les adultes de 35 à 54 ans (figure 18), la prévalence de maladies chroniques est plus élevée parmi les fumeurs comparativement aux personnes n'ayant jamais fumé (9,3 % contre 4,4 %). La prévalence est similaire entre les fumeurs actuels et les anciens fumeurs, alors que les non-fumeurs à vie ont une prévalence significativement inférieure.

Figure 18

Proportion (%) de la population ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme, selon l'âge et le statut tabagique, île de Montréal, 2012



Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

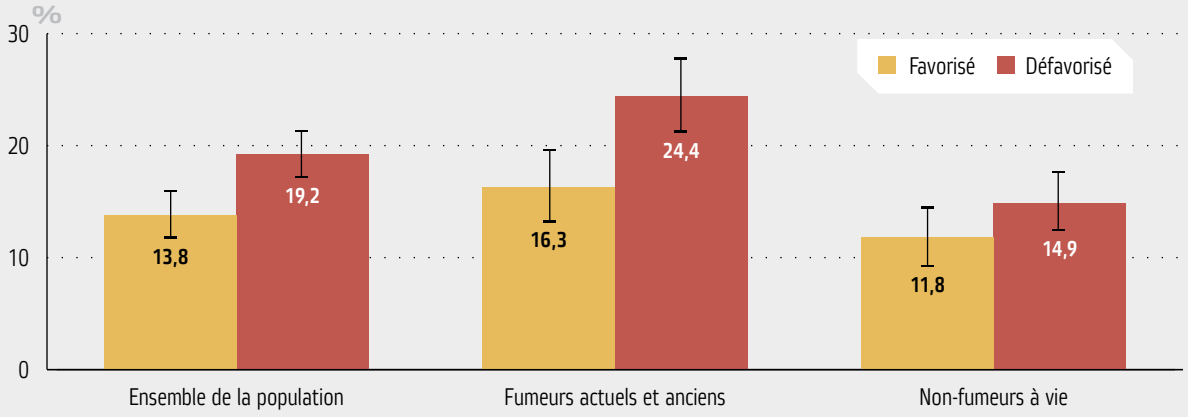
Tabagisme et inégalités sociales de santé

Lorsqu'on considère l'ensemble de la population, un écart dans la prévalence des maladies chroniques est observé entre les groupes défavorisé et favorisé (19,2 % contre 13,8 %) (figure 19). En effet, les personnes résidant dans les secteurs défavorisés sont 1,5 fois plus susceptibles d'être atteintes d'une maladie chronique.

Cet écart est plus important parmi les fumeurs, puisque cette différence n'est significative que parmi les fumeurs : 24,4 % des fumeurs résidant dans un secteur défavorisé sont atteints d'une maladie chronique contre 16,3 % des fumeurs de secteurs favorisés. Le niveau de défavorisation du lieu de résidence, par ailleurs, n'est pas associé à la prévalence des maladies chroniques parmi les personnes n'ayant jamais fumé.

Figure 19

Proportion (%) de la population ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme, selon le statut tabagique et le niveau de défavorisation, 35 ans et plus, île de Montréal, 2012



Note : Les fumeurs actuels et les anciens fumeurs ont été regroupés, parce que la prévalence des maladies chroniques est similaire pour ces deux groupes (voir figure 18).
Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Utilisation des services de santé par les personnes atteintes d'une MPOC

La grande majorité (79 %) des décès dus à la MPOC sont attribués au tabagisme. Le cas des MPOC peut donc servir de marqueur pour illustrer l'impact du tabagisme sur l'utilisation des services de santé (figure 20).

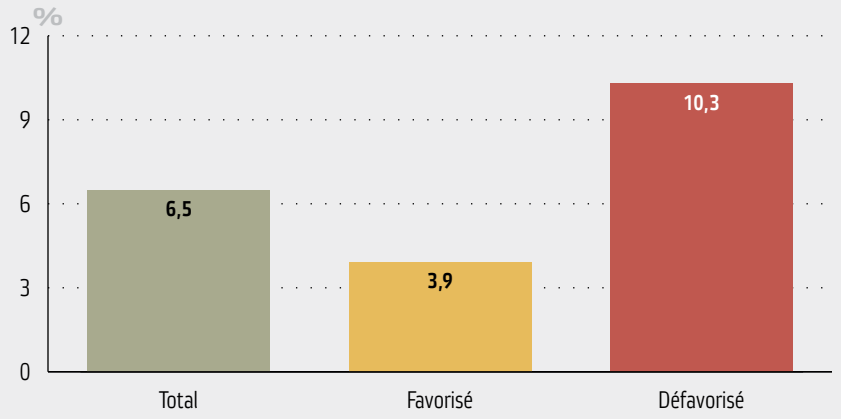
En 2010, on comptait un peu plus de 70 000 personnes de 35 ans et plus atteintes d'une MPOC sur l'île de Montréal. Ce nombre représente 6,5 % des personnes inscrites à la RAMQ et qui utilisent les services de santé.

Inégalités sociales de santé et MPOC

La distribution de la prévalence des MPOC parmi les personnes de 35 ans et plus varie considérablement selon le niveau de défavorisation. Il y a deux fois plus de personnes atteintes d'une MPOC dans les secteurs défavorisés (N = 16 500) que dans ceux plus favorisés (N = 7 600) (figure 20).

Figure 20

Proportion (%) de la population atteinte d'une MPOC, 35 ans et plus, île de Montréal, 2009-2010



Note : Projection populationnelle pour 2009 à partir du recensement de 2006 (dénominateur calculé par l'équipe SÉSAM/DSP-Montréal).

Source : Banques de données médico-administratives jumelées pour 2009-2010 de la Direction de santé publique (voir la section 1.1 de la méthodologie).

Nombre de consultations par personne atteinte d'une MPOC

En moyenne, les personnes atteintes d'une MPOC fréquentent plus souvent les services ambulatoires comparativement à l'ensemble des utilisateurs de services (5 consultations par année contre 3). Il n'y a pas de différence dans l'utilisation des services ambulatoires selon le niveau de défavorisation.

Recours aux services d'urgence

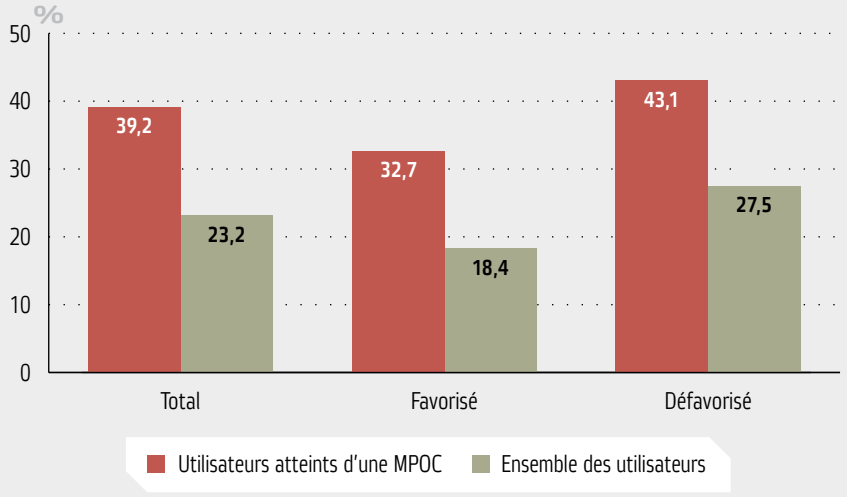
Les personnes atteintes d'une MPOC sont proportionnellement plus nombreuses à avoir recours aux services d'urgence comparativement à l'ensemble des utilisateurs de services (39,2 % contre 23,2 %) (figure 21). Les personnes atteintes d'une MPOC vivant dans les secteurs défavorisés sont, en proportion, plus souvent vues à l'urgence que celles vivant dans les secteurs favorisés (43,1 % contre 32,7 %).

Hospitalisations

La proportion de personnes atteintes d'une MPOC et qui ont été hospitalisées dans la dernière année est trois fois plus élevée que parmi l'ensemble des

Figure 21

Proportion (%) des utilisateurs de services qui ont été vus à l'urgence, toutes causes, 35 ans et plus, île de Montréal, 2009-2010



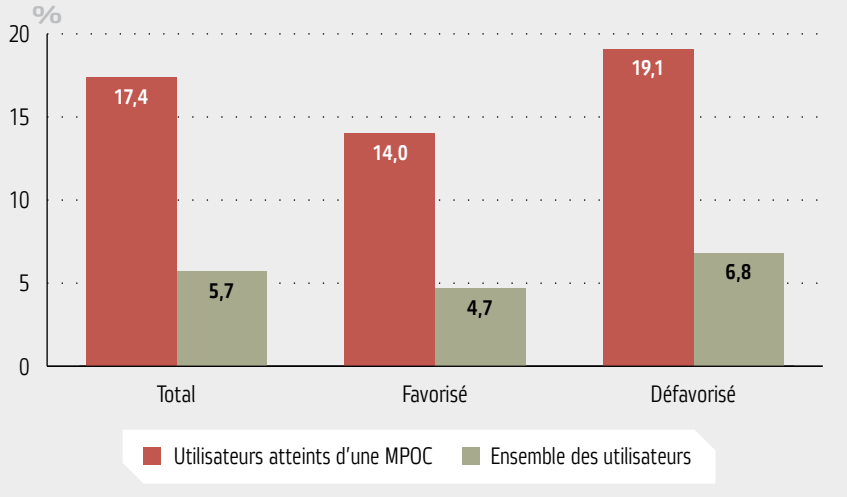
Note : Projection populationnelle pour 2009 à partir du recensement de 2006 (dénominateur calculé par l'équipe SÉSAM/DSP-Montréal).

Source : Banques de données médico-administratives jumelées pour 2009-2010 de la Direction de santé publique (voir la section 1.1 de la méthodologie).

utilisateurs de services (17,4 % contre 5,7 %) (figure 22). Le taux d'hospitalisation (peu importe la cause) parmi les personnes atteintes d'une MPOC est plus élevé dans les secteurs défavorisés que dans les secteurs favorisés (19,1 % contre 14,0 %).

Figure 22

Proportion (%) des utilisateurs de services qui ont été hospitalisés, toutes causes, 35 ans et plus, île de Montréal, 2009-2010



Note : Projection populationnelle pour 2009 à partir du recensement de 2006 (dénominateur calculé par l'équipe SÉSAM/DSP-Montréal).

Source : Banques de données médico-administratives jumelées pour 2009-2010 de la Direction de santé publique (voir la section 1.1 de la méthodologie).

4 Exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac au domicile

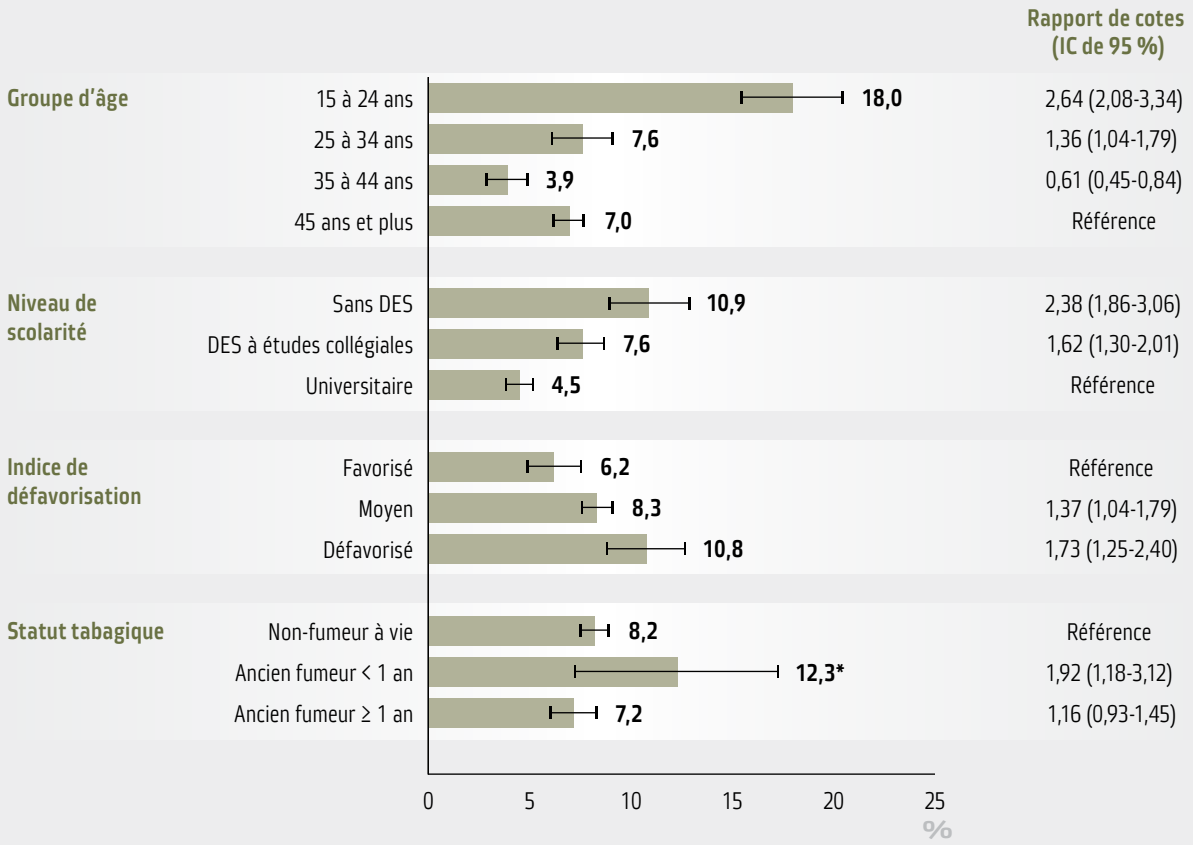
Le taux d'exposition à la fumée de tabac au domicile à 8 % parmi les non-fumeurs de 15 ans et plus (TOPO 2012). De façon générale, cette proportion a baissé régulièrement depuis 2003. Depuis 2005, elle est significativement inférieure à celle observée pour le reste du Québec (ESCC 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012).

Une analyse multivariable (figure 23 et tableau 5 de l'annexe) a permis de mieux cerner les groupes plus susceptibles d'être exposés parmi la population âgée de 15 ans et plus. Les non-fumeurs âgés de 15 à 24 ans sont 2,6 fois plus susceptibles d'être exposés par rapport aux 45 ans et plus.

Parmi les non-fumeurs, plus le niveau de scolarité est faible plus la probabilité d'être exposé à la fumée de tabac au domicile est élevée. Les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (DES) sont 2,4 fois plus susceptibles d'être exposées que celles ayant fait des études universitaires.

Figure 23

Proportion (%) des non-fumeurs exposés à la fumée de tabac au domicile et rapport de cotes[a] associé, île de Montréal, 2012



a : Les résultats sont ajustés selon la variable *sexe*.
* À interpréter avec prudence.
Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Les ex-fumeurs récents (moins d'un an) sont 1,9 fois plus susceptibles d'être exposés que les personnes n'ayant jamais fumé. Le niveau d'exposition parmi les ex-fumeurs de plus d'un an est similaire à celui des non-fumeurs à vie.

La proportion de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac au domicile est plus élevée dans les secteurs défavorisés de l'île de Montréal que dans les secteurs favorisés (10,8 % contre 6,2 %) (figure 23). Les non-fumeurs résidant dans un secteur défavorisé sont 1,7 fois plus susceptibles d'être exposés que ceux vivant dans un secteur favorisé.

5 Cessation

Étapes de changement au regard de la cessation

La démarche de changement d'un comportement s'inscrit généralement dans un processus en plusieurs étapes. Bien que les étapes de cessation s'inspirent du modèle élaboré par Prochaska et *al.* (1992), les définitions ont été reformulées pour mieux refléter la réalité de la cessation tabagique (tableau 3).

- Un fumeur sur quatre serait à l'étape de préparation.
- Six fumeurs sur dix envisagent de cesser de fumer au cours des six prochains mois.
- Il y a proportionnellement plus de personnes à l'étape de préparation parmi les fumeurs occasionnels que parmi les fumeurs quotidiens (33,7 % contre 19,8 %).

Tableau 3

Nombre et proportion (%) de fumeurs actuels selon les étapes de changement de comportement

Étape de changement	Définition	île de Montréal	
		N	%
Préréflexion	N'a pas l'intention de cesser de fumer au cours des 6 prochains mois.	127 500	41,0
Réflexion	Envisage de cesser de fumer au cours des 6 prochains mois, ou envisage de cesser de fumer au cours des 30 prochains jours, mais n'a fait aucune tentative de cessation dans la dernière année.	107 000	34,5
Préparation	A l'intention de cesser de fumer au cours des 30 prochains jours et a fait au moins une tentative pour cesser au cours de l'année.	76 100	24,5
Total	L'ensemble des fumeurs actuels.	310 600†	100,0

† Légèrement différent du total représenté à la figure 1, étant donné que certaines valeurs ont été arrondies.

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Dans les secteurs défavorisés, 45,7 % des fumeurs n'ont pas l'intention de cesser de fumer contre 37,1 % dans les secteurs favorisés (RC = 1,5).

Taux de cessation au cours des 12 derniers mois

Au total, 178 900 fumeurs[3] ont fait au moins une tentative de cessation d'au moins 24 heures durant les douze derniers mois.

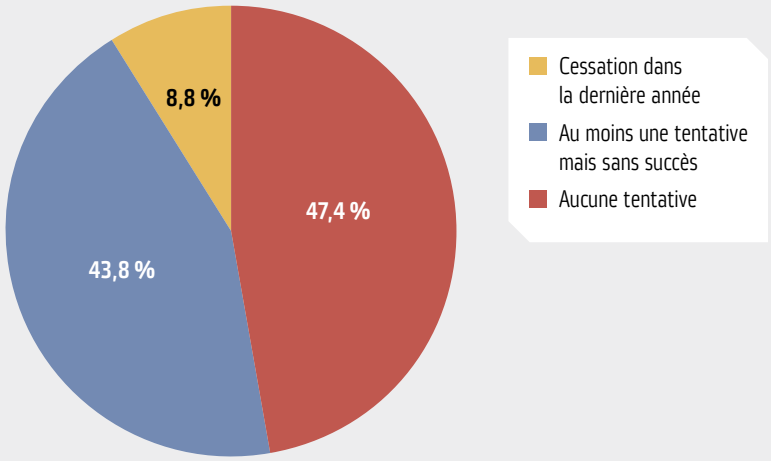
Parmi tous les fumeurs[3] (figure 24) :

- Près de la moitié (47,4 %) n'ont fait aucune tentative (N = 161 200).
- 43,8 % ont fait au moins une tentative d'abandon mais sans succès (N = 149 000).
- 8,8 % ont cessé de fumer au cours des 12 derniers mois (N = 29 900).

3 Les fumeurs actuels et les fumeurs ayant cessé au cours des 12 derniers mois.

Figure 24

Tentatives de cessation (%) dans la dernière année, 15 ans et plus, île de Montréal, 2012



Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Le taux de cessation dans les 12 derniers mois parmi les personnes résidant dans les secteurs favorisés est de 13,1 %, alors qu'il est de 5,4 % parmi les personnes résidant dans les secteurs défavorisés.

Demeurer non-fumeur plus d'un an après avoir cessé : caractéristiques associées

Pour mieux cerner les caractéristiques associées au fait de rester non-fumeur plus d'un an, des analyses de régression logistique multivariable ont été réalisées parmi les fumeurs ayant fait au moins une tentative de cessation et ceux ayant cessé. Étant donné les risques élevés de rechuter lors d'une tentative de cessation, les ex-fumeurs de plus d'un an sont comparés aux fumeurs actuels et ceux ayant cessé dans la dernière année[4].

Les principales caractéristiques associées à l'abandon du tabagisme de plus d'un an sont les suivantes[5].

- La susceptibilité de demeurer non-fumeur augmente avec l'âge.
- Les personnes ayant un niveau universitaire sont plus susceptibles de rester non-fumeurs que celles n'ayant pas un niveau universitaire (RC = 1,7).
- Les personnes auxquelles on n'a pas diagnostiqué de troubles de l'humeur ou d'anxiété sont plus susceptibles de demeurer non-fumeurs (RC = 1,5).
- Les personnes ayant un médecin de famille sont plus susceptibles de rester non-fumeurs (RC = 1,4).
- Les personnes résidant dans un secteur favorisé sont plus susceptibles de rester non-fumeurs que celles vivant dans un secteur défavorisé (RC = 2,3).

4 Les rapports de cotes pour les caractéristiques significatives sont présentés au tableau 9 de l'annexe.

5 Les résultats sont ajustés selon les variables : sexe, lieu de naissance, perception de l'état de santé en général, consommation d'alcool.

6 Défavorisation et tabagisme

Ce chapitre résume l'ensemble des constats illustrant les liens entre la défavorisation, l'usage du tabac et les inégalités sociales de santé des chapitres précédents. Afin d'alléger le texte, les personnes résidant dans les secteurs dits défavorisés selon l'indice de défavorisation sont définies comme *personnes défavorisées*. À l'inverse, les personnes résidant dans les secteurs favorisés sont définies comme *personnes favorisées*.

En termes de prévalence du tabagisme

Les données récentes sur le tabagisme à Montréal corroborent les données de la littérature. On observe, notamment que :

- Les personnes défavorisées sont deux fois plus susceptibles de fumer que les personnes favorisées.
- Les personnes qui n'ont pas fait d'études universitaires sont 1,8 fois plus susceptibles de fumer que celles qui ont entrepris des études universitaires.
- Les personnes diagnostiquées de troubles de l'humeur ou d'anxiété sont 1,5 fois plus susceptibles de fumer.
- Les personnes qui n'ont pas de médecin de famille sont proportionnellement plus nombreuses à fumer (RC = 1,3).
- Lorsqu'on considère les 15-24 ans, on observe qu'il y a presque deux fois plus de fumeurs parmi les jeunes défavorisés que parmi les jeunes favorisés (24,4 % contre 13,3 %*).

En termes de type de fumeurs

- La proportion de fumeurs quotidiens est significativement plus élevée parmi les fumeurs défavorisés que parmi les fumeurs favorisés (72,3 % contre 58,0 %).
- Les femmes défavorisées sont 2,6 fois plus susceptibles de fumer sur une base quotidienne, alors que la proportion de fumeurs quotidiens parmi les hommes est similaire, peu importe l'indice de défavorisation.
- Les fumeurs n'ayant pas fait d'études universitaires sont 2,4 fois plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens que les fumeurs universitaires.

En termes de retombées sur l'état de santé des individus et sur le système de santé

- La proportion des personnes atteintes d'au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme est significativement plus élevée parmi les personnes défavorisées que parmi les personnes favorisées (19,2 % contre 13,8 %).
- Le tabagisme accentue l'écart de la prévalence d'au moins une maladie chronique entre les deux groupes (24,2 % parmi les fumeurs défavorisés contre 16,3 % parmi les fumeurs favorisés).

- La proportion de personnes atteintes d'une MPOC est plus élevée parmi les personnes défavorisées que parmi les personnes favorisées (10,3 % contre 3,9 %).
- Parmi les personnes atteintes de MPOC :
  - La proportion des personnes défavorisées vues à l'urgence est plus élevée que parmi les personnes favorisées (43,1 % contre 32,7 %).
  - La proportion des personnes défavorisées hospitalisées est plus élevée que parmi les personnes favorisées (19,1 % contre 14,0 %).

En termes d'exposition à la fumée de tabac au domicile

- Les non-fumeurs défavorisés sont 1,7 fois plus susceptibles d'être exposés à la fumée du tabac au domicile comparé aux non-fumeurs favorisés.
- Les non-fumeurs sans diplôme d'études secondaires (DES) sont 2,4 fois plus susceptibles d'être exposés comparativement aux non-fumeurs ayant fait des études universitaires.
- Parmi tous les non-fumeurs, les anciens fumeurs ayant cessé depuis moins de 12 mois sont les plus susceptibles à être exposés à la fumée de tabac au domicile.

En termes de comportements associés à la cessation tabagique

- Les fumeurs défavorisés sont 1,5 fois plus susceptibles de ne pas avoir l'intention de cesser.
- Les fumeurs favorisés, ceux ayant un niveau universitaire, ceux qui n'ont pas de troubles de l'humeur ou d'anxiété et ceux ayant un médecin de famille ont plus de chances d'être encore non-fumeurs un an après avoir cessé.

Références

Baliunas, D., Patra, J., Rehm, J., Popova, S., Kaiserman, M., et Taylor, B. (2007). Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques. *Maladies chroniques au Canada.* DSP Montréal. 27:168-176.

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2012). Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants. www.topomtl.ca.

Institut de la statistique du Québec. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013*. Québec.

Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet,* 380:2224–60. www.thelancet.com.

O'Loughlin, J. L., Dugas, E.N., O'Loughlin, E.K., Karp, I., Sylvestre, M.P. (2013). Incidence and determinants of cigarette smoking initiation in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 54(1):26-32.

Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Simpson, A. et Philibert, M.D. (2014). Valider un indice de défavorisation en santé publique : un exercice complexe, illustré par l'indice québécois. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 34(1):14-25.

Pampalon, R., et Raymond, G. (2000). A deprivation index for health and welfare planning in Quebec. *Chronic Diseases in Canada*. 21(3):104-13.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9):1102-14. doi : 10.1037/0003-066X.47.9.1102.

Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012.

TRAORÉ, Issouf, Pica, Lucille A., Camirand, Hélène, Cazale, Linda, Berthelot, Mikaël et Plante, Nathalie. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années,* Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p. http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf.

Sources d'information sur le tabagisme à Montréal

Ibrahima, M. (2014). *L´usage de la cigarette chez les jeunes du secondaire de Montréal.* Montréal - EQSJS 2010-2011, Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/axes-dintervention/jeunes/usage-de-la-cigarette-au-secondaire/.

Jacques, L., Plante, C., Goudreau, S., Deger, L., Fournier, M., Smargiassi, A., ... Thivierge, R. (2011). *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans : Portrait du territoire du CSSS de l´Ouest-de-l'Île.* Montréal, Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ISBN 978-2-89673-060-5).

Gould, A., Hallouche, K., Leaune, V. et Meshefedjian, G. (2014). *Portrait local du tabagisme.* Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. www.dsp.santemontreal.qc.ca.

Jacques, M., Hallouche, K., Gaudreau, M. (2014). *Rapport du directeur de santé publique 2014 - Montréal sans tabac : Pour une génération de non-fumeurs.* Sous la direction de Richard Massé. Montréal, Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. http://pro.santemontreal.qc.ca/index.php?id=635&tx_wfqbe_pi1[uid]=1890.

Leauve, V., Gervais, A., Jacques, M. (2014). *Enquête sur la cigarette électronique à Montréal - Montréal sans tabac.* Montréal, Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. http://pro.santemontreal.qc.ca/index.php?id=635&tx_wfqbe_pi1[uid]=1892.

Annexe

Tableau 1

Profil de la population, île de Montréal

	île de Montréal	
	N	%
Population totale	**1 886 480**	**100,0**
Groupe d'âge		
0-14 ans	287 640	15,2
15-24 ans	239 550	12,7
25-34 ans	301 565	16,0
35-44 ans	266 095	14,1
45-54 ans	272 550	14,4
55 ans et plus	519 080	27,5
Ménages et familles		
Familles avec enfants[a]	298 375	62,8
Familles monoparentales[b]	98 045	32,9
Personnes vivant seules	332 755	18,0
Population née au Canada et immigrante		
Née au Canada	1 179 060	63,9
Immigrante, moins de 10 ans	244 800	13,7
Immigrante, 10 ans et plus	368 130	20,5
Langue le plus souvent parlée à la maison		
Français	936 870	54,3
Anglais	435 675	25,3
Autre	352 035	20,4
Niveau de scolarité (25-64 ans)		
Aucun certificat, diplôme ou grade	127 395	12,1
Diplôme universitaire (baccalauréat ou supérieur)	387 390	36,7
Population sous le seuil de faible revenu (MFR-ApI)[c]	**453 850**	**24,6**

a Proportion de familles avec au moins un enfant parmi l'ensemble des familles avec ou sans enfants.

b Proportion de familles monoparentales parmi l'ensemble des familles avec enfants.

c Mesure de faible revenu après impôt (MFR-ApI) calculée à partir de la médiane des revenus des ménages et de la taille de ces ménages.

Sources : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages (ENM), 2011 : CO-1357.
Statistique Canada, Recensement de la population, 2011 : CO-1326.

Tableau 2

Nombre et proportion de fumeurs actuels et les caractéristiques associées au fait de fumer, 15 ans et plus, île de Montréal, 2012

	île de Montréal		Intervalles de confiance (IC)		Rapport de cotes
	N	%	IC_{min}	IC_{max}	(IC de 95 %)
Population âgée de 15 ans et plus	**311 400**	**18,9**	**18,2**	**19,7**	
Sexe					
Homme	172 400	21,5	20,3	22,7	1,21 (1,08-1,36)
Femme	139 100	16,5	15,5	17,4	Référence
Groupe d'âge					
15-24 ans	42 900	19,0	16,8	21,2	0,98 (0,80-1,20)
25-34 ans	70 300	22,6	20,6	24,6	1,48 (1,23-1,78)
35-44 ans	60 000	20,4	18,6	22,3	1,54 (1,29-1,83)
45-54 ans	59 500	22,4	20,4	24,3	1,62 (1,37-1,92)
55 ans et plus	78 900	14,4	13,2	15,5	Référence
Lieu de naissance					
Né au Canada	222 000	21,1	20,1	22,1	1,30 (1,13-1,49)
Né hors du Canada	88 700	15,1	13,9	16,2	Référence
Langue le plus souvent parlée à la maison					
Français	190 000	22,1	21,0	23,2	1,18 (1,04-1,34)
Anglais/autre	121 500	15,5	14,4	16,6	Référence
Niveau de scolarité (25 ans et plus)[a]					
Non universitaire	156 800	22,9	21,6	24,2	1,76 (1,56-2,00)
Universitaire	106 700	15,0	14,0	16,1	Référence
Indice de défavorisation					
Favorisé	36 300	12,0	10,4	13,7	Référence
Moyen	216 000	19,5	18,5	20,4	1,57 (1,32-1,88)
Défavorisé	58 400	25,0	22,8	27,3	2,05 (1,66-2,54)
Perception de l'état de santé en général					
Passable/mauvaise	46 100	24,2	21,7	26,7	1,34 (1,13-1,59)
Excellente/très bonne/bonne	264 700	18,2	17,4	19,0	Référence
Stress quotidien					
Élevé	106 700	23,3	21,8	24,9	1,30 (1,15-1,48)
Non élevé	203 600	17,3	16,4	18,1	Référence
Troubles de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqués					
Au moins un	49 900	27,0	24,5	29,6	1,47 (1,25-1,73)
Aucun	251 100	17,8	17,0	18,6	Référence
Consommation d'alcool					
Excessive	92 000	39,2	36,6	41,7	3,14 (2,73-3,61)
Non excessive	215 700	15,5	14,7	16,2	Référence
Avoir un médecin de famille					
Non	129 700	22,6	21,2	24,0	1,29 (1,14-1,46)
Oui	178 800	16,9	16,0	17,8	Référence

a Niveau de scolarité des 25 ans et plus – **universitaire :** études universitaires avec ou sans diplôme; **non universitaire :** diplôme d'études collégiales ou moins.

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Tableau 3

Nombre et proportion de fumeurs quotidiens parmi les fumeurs et les caractéristiques associées au fait de fumer quotidiennement, 15 ans et plus, île de Montréal, 2012

	île de Montréal		Intervalles de confiance (IC)		Rapport de cotes
	N	%	IC_{min}	IC_{max}	(IC de 95 %)
Population âgée de 15 ans et plus	**207 800**	**66,9**	**64,8**	**69,0**	
Sexe					
Homme	117 200	68,2	65,3	71,2	1,28 (1,04-1,60)
Femme	90 600	65,2	62,3	68,2	Référence
Groupe d'âge					
15-24 ans	19 000	44,5	38,5	57,3	0,19 (0,13-0,28)
25-34 ans	41 100	58,7	54,8	69,2	0,45 (0,33-0,62)
35-44 ans	40 700	67,9	59,6	72,3	0,65 (0,46-0,90)
45-54 ans	45 900	77,4	73,2	81,6	1,04 (0,73-1,47)
55 ans et plus	61 200	77,6	74,0	81,3	Référence
Langue le plus souvent parlée à la maison					
Français	131 300	69,3	66,8	71,9	1,30 (1,04-1,63)
Anglais/autre	76 500	63,1	59,4	66,8	Référence
Niveau de scolarité (25 ans et plus)[a]					
Non universitaire	124 600	79,5	76,9	82,1	2,43 (1,94-3,05)
Universitaire	60 700	57,0	53,2	60,8	Référence
Indice de défavorisation					
Favorisé	21 100	58,0	50,8	65,2	Référence
Moyen	145 300	67,3	64,7	69,9	1,42 (1,02-2,00)
Défavorisé	42 200	72,3	67,6	77,0	1,83 (1,22-2,74)
Stress quotidien					
Élevé	73 400	69,0	65,5	72,6	1,31 (1,04-1,65)
Non élevé	133 400	65,6	63,0	68,3	Référence

a Niveau de scolarité des 25 ans et plus – **universitaire :** études universitaires avec ou sans diplôme; **non universitaire :** diplôme d'études collégiales ou moins.

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Tableau 4

Nombre et proportion de personnes ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme et les caractéristiques associées, 35 ans et plus, île de Montréal, 2012

	île de Montréal		Intervalles de confiance (IC)		Rapport de cotes
	N	%	IC_{min}	IC_{max}	(IC de 95 %)
Population âgée de 35 ans et plus	**178 000**	**16,1**	**15,2**	**16,9**	**-**
Sexe					
Homme	88 900	16,7	15,4	17,9	1,27 (1,10-1,48)
Femme	89 000	15,5	14,3	16,7	Référence
Groupe d'âge					
35-44 ans	13 100	4,5	3,5	5,5	Référence
45-64 ans	60 900	12,3	11,1	13,4	2,65 (2,02-3,46)
65 ans et plus	104 300	32,9	30,6	35,2	8,99 (6,79-11,89)
Lieu de naissance					
Né au Canada	130 700	18,9	17,8	20,1	1,39 (1,17-1,65)
Né hors du Canada	46 800	11,3	10,0	12,6	Référence
Type de fumeur					
Actuel	34 500	17,4	15,3	19,5	1,53 (1,25-1,87)
Ancien	64 500	21,5	19,5	23,4	1,38 (1,16-1,63)
Non-fumeur à vie	78 700	13,0	11,9	14,1	Référence
Indice de défavorisation					
Favorisé	29 500	13,8	11,7	15,8	Référence
Moyen	119 100	16,0	14,9	17,1	1,23 (1,00-1,51)
Défavorisé	28 700	19,2	16,6	21,9	1,54 (1,18-2,01)
Niveau de scolarité (25 ans et plus)					
Sans DES[a]	54 100	28,4	25,6	31,1	1,47 (1,20-1,80)
DES à études collégiales	61 900	16,2	14,6	17,7	1,21 (1,02-1,44)
Universitaire[b]	59 600	11,6	10,5	12,7	Référence

a DES : Diplôme d'études secondaires.

b Universitaire : études universitaires avec ou sans diplôme.

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Tableau 5

Nombre et proportion des non-fumeurs exposés à la fumée de tabac au domicile et les caractéristiques associées à l'exposition, 15 ans et plus, île de Montréal, 2012

	île de Montréal		Intervalles de confiance (IC)		Rapport de cotes
	N	%	IC_{min}	IC_{max}	(IC de 95 %)
Total des non-fumeurs exposés	**107 000**	**8,0**	**7,4**	**8,7**	
Sexe					
Homme	47 400	7,6	6,7	8,5	Référence
Femme	59 700	8,5	7,7	9,3	1,14 (0,95-1,36)
Groupe d'âge					
15-24 ans	32 800	18,0	15,5	20,5	2,64 (2,08-3,34)
25-34 ans	18 200	7,6	6,1	9,1	1,36 (1,04-1,79)
35-44 ans	9 100	3,9	2,9	4,9	0,61 (0,45-0,84)
45-54 et plus	46 900	7,0	6,2	7,7	Référence
Niveau de scolarité (25 ans et plus)					
Sans DES[a]	17 500	10,9	8,8	13,0	2,38 (1,86-3,06)
DES à études collégiales	27 800	7,6	6,4	8,7	1,62 (1,30-2,01)
Universitaire[b]	26 900	4,5	3,8	5,2	Référence
Indice de défavorisation					
Favorisé	16 400	6,2	4,9	7,5	Référence
Moyen	74 200	8,3	7,6	9,1	1,37 (1,04-1,79)
Défavorisé	18 800	10,8	8,8	12,7	1,73 (1,25-2,40)
Statut tabagique					
Non-fumeur à vie	80 400	8,2	7,5	8,9	Référence
Ancien fumeur < 1 an	3 600	12,3*	7,3	17,3	1,92 (1,18-3,12)
Ancien fumeur ≥ 1 an	22 800	7,2	6,0	8,3	1,16 (0,93-1,45)

a DES : Diplôme d'études secondaires.

b Universitaire : études universitaires avec ou sans diplôme.

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Tableau 6

Tentatives de cessation parmi les fumeurs actuels et ceux qui ont cessé de fumer au cours des 12 derniers mois, 15 ans et plus, île de Montréal, 2012

	île de Montréal		Intervalles de confiance (IC)	
	N	%	IC_{min}	IC_{max}
Au moins une tentative de cessation (avec ou sans succès)	178 900	52,6	50,4	54,8
Cessation dans la dernière année	*29 900*	*8,8*	*7,6*	*10,0*
Au moins une tentative mais sans succès	*149 000*	*43,8*	*41,7*	*46,0*
Aucune tentative de cessation	161 200	47,4	45,2	49,6

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Tableau 7

Nombre et proportion de fumeurs par étape de changement, 15 ans et plus, île de Montréal, 2012

	île de Montréal		Intervalles de confiance (IC)	
	N	%	IC_{min}	IC_{max}
Préréflexion	127 500	41,0	38,6	43,4
Réflexion	107 000	34,5	32,1	36,8
Préparation	76 100	24,5	22,4	26,6

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Tableau 8

Nombre et proportion de fumeurs ayant cessé et les caractéristiques associées à la cessation au cours des 12 dernier mois, 15 ans et plus, île de Montréal, 2012

	île de Montréal		Intervalles de confiance (IC)		Rapport de cotes
	N	%	IC_{min}	IC_{max}	(IC de 95 %)
Sexe					
Homme	17 300	9,2	7,4	10,9	1,17 (0,85-1,63)
Femme	12 500	8,3	6,6	10,0	Référence
Groupe d'âge					
15-24 ans	3 300	7,1*	4,0	10,3	0,85 (0,49-1,48)
25-34 ans	6 500	8,5*	5,9	11,2	0,96 (0,59-1,56)
35-44 ans	7 000	10,5	7,6	13,4	1,33 (0,84-2,11)
45-54 ans	5 100	7,9*	5,4	10,5	0,87 (0,54-1,40)
55 ans et plus	7 900	9,2	6,7	11,7	Référence
Indice de défavorisation[a]					
Favorisé	5 500	13,1*	8,7	17,2	2,68 (1,50-4,81)
Moyen	20 500	8,7	7,2	10,1	1,67 (1,05-2,66)
Défavorisé	3 300	5,4*	3,2	7,6	Référence
Avoir un médecin de famille[a]					
Non	9 900	7,1	5,4	8,8	Référence
Oui	20 200	10,1	8,4	11,8	1,43 (1,00-2,04)

a Les résultats multivariables tiennent compte du sexe et de l'âge.

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Tableau 9

Caractéristiques associées au fait d'avoir cessé de fumer depuis plus d'un an, 15 ans et plus, île de Montréal, 2012

Proportion de la population ayant cessé depuis plus d'un an parmi les fumeurs actuels et les anciens fumeurs	Rapport de cotes (IC de 95 %)
Sexe	
Homme	Référence
Femme	1,03 (0,89-1,19)
Groupe d'âge	
15-24 ans	Référence
25-34 ans	4,27 (2,57-7,11)
35-44 ans	5,92 (3,58-9,78)
45-54 ans	7,79 (4,77-12,72)
55 ans et plus	18,16 (11,23-29,35)
Niveau de scolarité (25 ans et plus)	
Sans DES[a]	Référence
DES à études collégiales	1,08 (0,87-1,34)
Universitaire[b]	1,73 (1,39-2,16)
Indice de défavorisation	
Favorisé	2,27 (1,73-2,97)
Moyen	1,36 (1,11-1,67)
Défavorisé	Référence
Lieu de naissance	
Né au Canada	1,21 (1,02-1,44)
Né hors du Canada	Référence
Perception de l'état de santé en général	
Passable/mauvaise	Référence
Excellente/très bonne/bonne	1,34 (1,08-1,68)
Troubles de l'humeur ou d'anxiété diagnostiqués	
Au moins un	Référence
Aucun	1,48 (1,20-1,83)
Consommation d'alcool	
Excessive	Référence
Non excessive	1,92 (1,58-2,33)
Avoir un médecin de famille	
Non	Référence
Oui	1,40 (1,19-1,66)

a DES : Diplôme d'études secondaires.

b Universitaire : études universitaires avec ou sans diplôme.

Source : Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec