

Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune?

Jiajian Chen et Wayne J. Millar

Résumé

Objectifs

Ce document analyse l'incidence chez les personnes de 21 à 39 ans, de l'initiation au tabac faite à un jeune âge sur la consommation de cigarettes et sur la probabilité de cesser de fumer.

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) effectuée en 1994-1995 par Statistique Canada. Les résultats sont basées sur un échantillon de 3 449 personnes de 21 à 39 ans, choisies au hasard et qui fumaient ou avaient déjà fumé quotidiennement.

Techniques d'analyse

La régression logistique a été utilisée pour examiner la relation entre l'âge où l'on commence à fumer et la forte consommation de cigarettes (plus de 20 cigarettes par jour). Les techniques d'analyse de survie ont permis d'examiner la relation entre l'âge où l'on commence à fumer et l'abandon de la cigarette chez les hommes et les femmes. Grâce aux modèles de risques proportionnels de Cox, on a vérifié l'influence que pouvaient avoir certains facteurs, comme l'éducation, le revenu du ménage, la dépression, la tension chronique, l'estime de soi et la quantité de cigarettes fumées.

Résultats principaux

L'analyse a révélé que, chez les 21 à 39 ans, l'initiation au tabac en début d'adolescence implique le fait de fumer davantage de cigarettes par jour et le fait que la probabilité cumulée de cesser de fumer soit moins grande.

Mots-clés

Tabagisme, comportement des adolescents, âge où l'on commence à fumer, dépression, stress psychologique.

Auteurs

Jiajian Chen (613) 951-5059 et Wayne J. Millar (613) 951-1631 travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

Il est depuis longtemps reconnu que l'usage du tabac est un problème de santé publique important et la cause de décès que l'on pourrait le plus facilement éviter¹⁻⁸. L'abandon de la cigarette a des effets bénéfiques sur la santé qui sont presque immédiats^{9,10}. Les facteurs associés à l'initiation au tabac et à l'abandon de la cigarette ont donc des conséquences importantes sur la santé publique.

Des recherches antérieures ont montré que plus on commence à fumer tôt tous les jours, plus on est susceptible de fumer un plus grand nombre de cigarettes et moins il est probable qu'on cesse un jour de fumer¹¹⁻¹³. S'appuyant sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, cet article révèle aussi qu'il existe une association entre l'âge de l'initiation au tabac et la dépendance à la cigarette chez les 21 à 39 ans. On y mesure l'accoutumance au tabac en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour et de la probabilité de cesser de fumer (voir *Méthodologies 1 et 2*).

Méthodologie 1

Source des données

Cette analyse se fonde sur la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) effectuée en 1994-1995 par Statistique Canada dans les 10 provinces. Un volet institutionnel de l'Enquête, soit les résidents de lits de soins de longue durée des hôpitaux et des établissements de soins pour bénéficiaires internes a été exclu de l'analyse, tout comme l'ont été les données relatives au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest.

L'échantillon provincial de l'ENSP 1994-1995, excluant la composante institutionnelle, comprenait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer. Après un tri de sélection, 20 725 ménages étaient toujours dans le champ d'enquête.

Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques socio-démographiques et la santé de chacun des membres du ménage. Au total, des données se rapportant à 58 439 personnes ont été recueillies. Cette base de données constitue le Fichier général.

De plus, une personne a été choisie au hasard dans chacun des 20 725 ménages participants afin de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne choisie était âgée de 12 ans ou plus. Le taux de réponse aux questions détaillées sur la santé chez les personnes de 12 ans ou plus a atteint 96,1 %, ce qui représente 17 626 personnes. La base de données ainsi constituée, le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé ainsi que les données du Fichier général ayant rapport à ces personnes. Dans les autres ménages participants, au nombre de 2 383, les personnes choisies au hasard étaient âgées de moins de 12 ans. (Les renseignements détaillés sur la santé de ces personnes ont été recueillis dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1994-1995.) Des rapports déjà publiés présentent une description plus détaillée de la conception de l'enquête, de l'échantillon et des techniques d'interview¹⁴.

Pour réduire le biais dû à des renseignements incomplets sur les groupes plus jeunes, la sélection due à une mortalité liée à la consommation de tabac et à des oublis chez les plus âgés, l'étude n'a porté que sur les personnes de 21 à 39 ans. En limitant l'analyse à ce groupe d'âge assez restreint, il se peut qu'on ait également réduit les différences entre les cohortes de naissance pour ce qui est de l'usage du tabac, des attitudes sociétales liées au fait qu'il est acceptable de fumer et du type de cigarettes fumées^{13,15}. L'échantillon était composé de 3 449 personnes (Annexe, tableau A).

On a demandé aux personnes interrogées quel était actuellement leur statut face au tabagisme : *Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ?* On a demandé à ceux qui fumaient tous les jours à quel âge ils avaient commencé à fumer. On a également demandé à ceux qui fument régulièrement aujourd'hui combien de cigarettes ils fument par jour.

On a posé la question suivante aux personnes qui ne fumaient pas régulièrement chaque jour : *Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque ?* À ceux qui ont répondu «oui» : *Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours ?* S'ils répondaient affirmativement, on leur demandait : *À quel âge avez-vous commencé à fumer tous les jours et combien de cigarettes fumiez-vous habituellement chaque jour ?*

Aux personnes qui fumaient autrefois tous les jours, on a posé la question suivante : *À quel âge avez-vous cessé de fumer tous les jours ?* On a utilisé l'âge où elles ont commencé à fumer tous les jours et celui où elles ont cessé de fumer pour établir le nombre d'années durant lesquelles elles avaient fumé chaque jour. Comme le taux de récurrence est élevé l'année où l'on cesse de fumer, on a établi qu'un fumeur avait cessé de fumer quand il n'avait pas consommé de cigarettes pendant au moins un an^{13,15,16}.

Les fumeurs qui consommaient plus de 20 cigarettes par jour ont été considérés comme de grands fumeurs. L'analyse de la forte consommation de tabac se limite aux personnes qui fument actuellement tous les jours alors que l'analyse de l'abandon de la cigarette comporte également les personnes qui autrefois fumaient tous les jours.

Pour les besoins de cette analyse, les années d'études terminées se divisent en trois catégories : études secondaires non terminées, études secondaires terminées ou études post-secondaires non terminées, et études collégiales ou universitaires terminées.

Le revenu des ménages est réparti en quintiles, en se fondant sur la taille du ménage. Les deux quintiles les plus bas ont été regroupés pour former le groupe considéré comme ayant un revenu insuffisant.

Dans le cadre de l'ENSP, on a recueilli des renseignements sur la santé mentale et sur la santé physique. On a incorporé trois variables psychologiques, soit la tension chronique, l'estime de soi et la dépression (voir *Variables psychologiques*).

L'analyse tient compte de la possibilité qu'interviennent certains facteurs de confusion : le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la présence de dépression, de tension chronique et d'une faible estime de soi.

La majorité des fumeurs commencent à l'adolescence

La majorité des fumeurs commencent à fumer quotidiennement à l'adolescence. En 1994-1995, 16 % des personnes âgées de 21 à 39 ans qui à un moment donné, fumaient quotidiennement, ont déclaré qu'elles avaient commencé à le faire à l'âge de 13 ans ou moins; 55 % entre 14 et 17 ans et 15 % à 18 ou 19 ans. Seulement 14 % d'entre elles ont commencé à fumer quotidiennement à l'âge de 20 ans ou plus.

Gros fumeurs

Le fait de commencer à fumer tôt est associé à la forte consommation de tabac plus tard dans la vie, c'est-à-dire, plus de 20 cigarettes par jour (tableau 1). La cote exprimant le risque de devenir un gros fumeur est beaucoup plus élevée pour les personnes qui ont commencé à fumer au début de l'adolescence que pour celles qui ont commencé à fumer à l'âge de 20 ans ou plus.

Un certain nombre d'autres facteurs sont associés à la forte consommation de tabac. Par exemple, la cote exprimant le risque est plus élevée pour les hommes que pour les femmes. Le niveau de scolarité est également important; les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ont une cote exprimant le risque plus élevée de devenir des gros fumeurs que celles qui ont terminé leurs études collégiales ou universitaires.

En revanche, si la tension chronique est liée de façon significative à la forte consommation de tabac, un épisode dépressif au cours de l'année précédente et une faible estime de soi ne le sont pas.

Cesser de fumer

Il existait également une forte association entre la consommation quotidienne de cigarettes au début de l'adolescence et la faible probabilité de cesser de fumer. Par exemple, seulement 18 % des fumeurs

qui ont commencé à fumer à l'âge de 13 ans ou moins ont cessé de le faire dans les dix années qui ont suivi, comparativement à 42 % de ceux qui ont commencé à fumer à l'âge de 20 ans ou plus (tableau 2). Ces résultats sont semblables à ceux d'une étude locale effectuée aux États-Unis¹³.

Le fait de commencer plus tard à fumer quotidiennement augmente la probabilité cumulée de cesser de fumer chez les deux sexes, malgré certaines différences. Chez les hommes qui ont commencé à fumer quotidiennement alors qu'ils avaient moins de 20 ans, la probabilité de cesser de

Tableau 1
Rapports de cotes des gros fumeurs[†] de 21 à 39 ans qui fument actuellement chaque jour, provinces, 1994-1995

Variable indépendante	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 95 %
Âge où on a commencé à fumer		
13 ans ou moins	2,47*	1,65, 3,70
14-17	2,33*	1,63, 3,32
18-19	1,13	,73, 1,75
20-39 ans [‡]	1,00	...
Sexe		
Hommes	1,98*	1,62, 2,41
Femmes [‡]	1,00	...
Études		
Études secondaires non terminées	1,53*	1,16, 2,02
Études secondaires terminées ou études post-secondaires non terminées	1,06	,84, 1,35
Études collégiales ou universitaires terminées [‡]	1,00	...
Épisode dépressif majeur[§]		
Oui	1,30	,93, 1,80
Non [‡]	1,00	...
Fort tension chronique		
Oui	1,28*	1,04, 1,58
Non [‡]	1,00	...
Faible estime de soi		
Oui	,86	,65, 1,15
Non [‡]	1,00	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : L'analyse est fondée sur 2 088 personnes, qui ont fourni des renseignements au sujet de toutes les variables.

[†] Plus de 20 cigarettes par jour

[‡] Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des cotes est toujours de 1,00.

[§] Au cours des 12 mois précédant l'entrevue dans le cadre de l'ENSP. Malgré l'association positive entre l'épisode dépressif majeur et l'estime de soi, les résultats de l'analyse sont semblables à ceux que l'on présente ici lorsque l'on ne tient pas compte de l'une ou l'autre de ces variables.

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p < 0,05$

fumer est assez faible et varie peu selon l'âge d'initiation (graphique 1). Chez les femmes, la probabilité de cesser de fumer est à son plus bas pour celles qui ont commencé à fumer à l'âge de 13 ans ou moins. Les femmes qui ont commencé à fumer à 18 ou 19 ans, la probabilité de cesser de fumer est sensiblement la même que chez les femmes qui ont commencé à fumer à 20 ans ou plus.

Même chez ceux qui fument moins de 20 cigarettes par jour, le fait de commencer à fumer à un jeune âge est associé à une probabilité moins grande de cesser de fumer (données non présentées).

L'association entre l'âge où l'on commence à fumer et l'âge où l'on cesse de le faire perdure, même après qu'on ait vérifié l'intervention possible de certains facteurs, comme le niveau de scolarité, le revenu et état psychologique (tableau 3). Chez les femmes, la probabilité de cesser de fumer est

Méthodologie 2

Techniques d'analyse

La régression logistique a permis d'évaluer si la probabilité de fumer plus de 20 cigarettes par jour était liée à l'âge où l'on avait commencé à fumer, et on a donc fait le redressement en tenant compte du fait que d'autres facteurs ont pu intervenir. Nous avons pour cela eu recours à la technique LOGISTIQUE du SAS¹⁷. Pour éviter le biais dans l'estimation des coefficients de régression logistique et obtenir moins d'erreurs-types biaisées, on a pondéré l'échantillon à l'aide de poids d'échantillonnage ramenés à la moyenne 1.

Pour mesurer l'association entre l'âge où l'on commence à fumer et l'âge où l'on cesse de le faire, on a utilisé la table de survie produit-limite (Kaplan-Meier) pour évaluer dans quelle mesure la probabilité qu'on cesse de fumer dépend du temps écoulé depuis qu'on a commencé à fumer tous les jours. L'abandon de la cigarette a été considéré comme un événement unique dans la vie d'un individu, comme le décès. On a effectué l'analyse de données à l'aide de la technique LIFETEST du SAS¹⁷. La fonction de survie $S(t)$ a été calculée en fonction de la proportion des personnes de la cohorte qui n'ont pas cessé de fumer après t années d'usage du tabac. Le complément de la fonction de survie, $1-S(t)$, correspond à la probabilité cumulée qu'on ait cessé de fumer au moment t . Les personnes qui fumaient toujours au moment de l'enquête ou qui avaient cessé de fumer (tous les jours) depuis moins d'un an ont été traitées comme éléments tronqués, c'est-à-dire qu'on les a conservés dans l'analyse sous la catégorie «résultats inconnus», ce qu'on appelle en statistique une observation tronquée.

On s'est servi du modèle de risques proportionnels de Cox pour modéliser la probabilité de cesser de fumer en fonction de l'âge où l'on commence à fumer. Les autres variables du modèle sont le niveau de scolarité, le revenu du ménage, l'épisode dépressif majeur, la tension chronique, la faible estime de soi et le nombre de cigarettes fumées par jour¹⁸. Étant donné la différence de comportement entre les hommes et les femmes qui font usage du tabac, on a utilisé des modèles distincts pour chaque sexe. L'analyse des données a été effectuée à l'aide de la technique PHREG du SAS¹⁷.

Pour effectuer l'analyse de régression proportionnelle de Cox, il est impossible de ramener à la moyenne 1 les poids de l'échantillon en utilisant la technique PHREG du SAS¹⁷ parce que celle-ci exclut toutes les observations ayant un poids inférieur à 1.

Les erreurs-types calculées à partir des poids d'échantillonnage originaux sont généralement trop petites. Par conséquent, pour obtenir une estimation moins biaisée de l'erreur-type du coefficient de régression, on a multiplié, par un facteur d'extrapolation, l'erreur-type obtenue en rajustant le modèle à l'aide des poids originaux. On a établi que le facteur d'extrapolation correspondait à la racine carrée du rapport entre la taille de la population estimée et la taille de l'échantillon. Ces erreurs-types rajustées ont été utilisées pour calculer les intervalles de confiance¹⁹. Cette technique de rajustement ne tient pas compte d'autres aspects de la conception de l'enquête. Par conséquent, on devrait user de prudence lors de l'interprétation des résultats.

Limites

Sauf pour l'âge où l'on a commencé à fumer, les variables utilisées dans le modèle renvoient aux caractéristiques des personnes interrogées au moment de l'interview. Ces caractéristiques, en particulier psychologiques ont pu différer entre le moment où les personnes ont commencé à fumer et celui où elles ont cessé de le faire. En particulier dans le cas des personnes qui ne fument plus, ces mesures peuvent ne pas rendre compte de leur état de santé mentale à l'époque où elles fumaient.

L'ENSP ne permet pas de déterminer l'âge exact où une personne a commencé à fumer quotidiennement. Il faut parfois plusieurs années pour passer du stade expérimental au stade de la consommation régulière et il peut se produire des changements, la personne pouvant passer de l'expérimentation à l'abandon de la cigarette, à l'usage occasionnel de tabac et à la consommation quotidienne. De plus, ces données se fondent sur ce dont se souviennent les personnes interrogées, et peuvent donc être erronées.

beaucoup plus grande pour celles qui ont commencé à fumer à des âges successivement plus avancés que chez celles qui ont commencé à fumer à 13 ans ou moins. Chez les hommes cependant, cette association est significative seulement pour ceux qui ont commencé à fumer à 20 ans ou plus.

Quand on a divisé la population à l'étude en deux tranches d'âge (les 21 à 29 ans et les 30 à 39 ans), l'influence de l'âge où l'on a commencé à fumer sur l'abandon du tabac était toujours significative (données non présentées).

Scolarité, dépression et tension associées à l'abandon de la cigarette

Chez les hommes comme chez les femmes, on a observé une relation également significative entre le niveau de scolarité et la décision de cesser de fumer. Comparativement aux fumeurs qui n'ont pas

Tableau 2
Probabilité cumulée d'avoir cessé de fumer selon l'âge où l'on commence à le faire et la durée de l'usage quotidien du tabac des 21 à 39 ans qui ont déjà fumé quotidiennement, provinces, 1994-1995

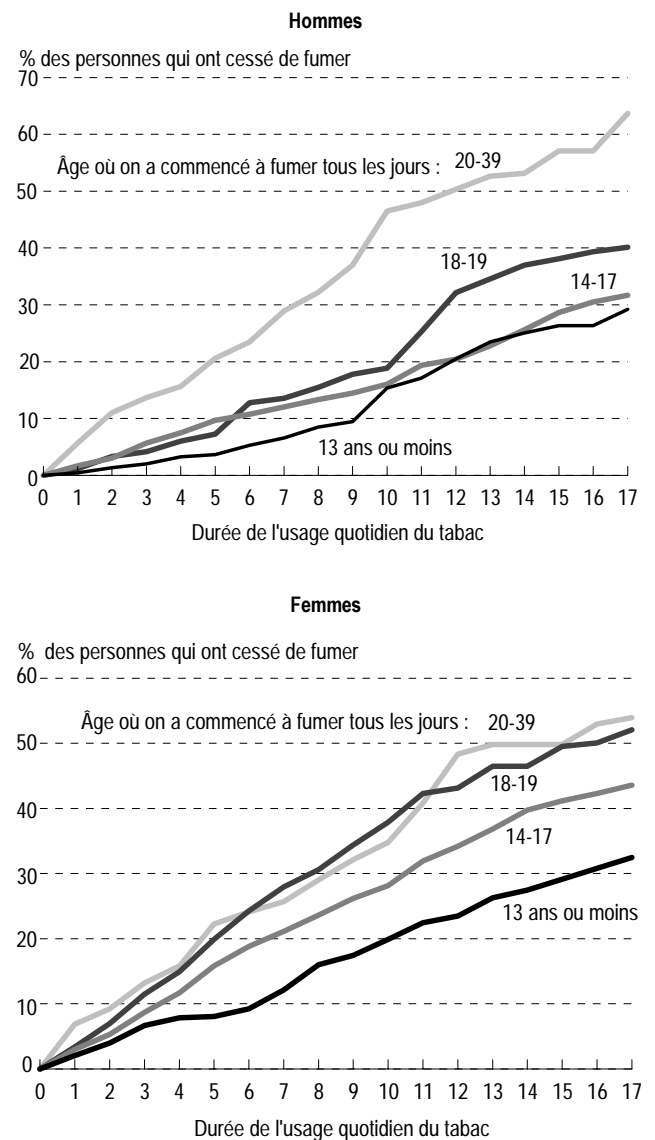
Durée de l'usage quotidien du tabac (années) [†]	Âge où on a commencé à fumer			
	13 ans ou moins	14-17	18-19	20-39
Probabilité d'avoir cessé de fumer				
1	,01	,02	,02	,06
2	,03	,04	,05	,10
3	,04	,07	,08	,13
4	,06	,10	,10	,16
5	,06	,13	,13	,21
6	,07	,15	,18	,24
7	,09	,17	,20	,28
8	,12	,19	,23	,31
9	,14	,21	,26	,35
10	,18	,22	,28	,42
11	,20	,26	,33	,45
12	,22	,28	,38	,49
13	,25	,30	,40	,51
14	,26	,33	,42	,52
15	,28	,35	,44	,54
16	,29	,37	,45	,55
17	,31	,38	,46	,58

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

† Pour les personnes qui ont cessé de fumer, la durée renvoie à la période s'étendant de l'âge où on a commencé à fumer à l'âge auquel on a cessé.

terminé leur études secondaires, ceux qui ont terminé des études post-secondaires sont plus susceptibles d'avoir cessé de fumer. Chez les femmes, la probabilité de cesser de fumer est également beaucoup plus grande pour celles qui ont obtenu un diplôme d'études secondaires.

Graphique 1
Probabilité cumulée d'avoir cessé de fumer, selon le sexe et l'âge où l'on commence à fumer et la durée de l'usage quotidien du tabac, population de 21 à 39 ans qui ont déjà fumé quotidiennement, provinces, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

† Pour les personnes qui ont cessé de fumer, la durée renvoie à la période s'étendant de l'âge où on a commencé à fumer à l'âge auquel on a cessé.

Variables psychologiques

Dans le cadre de l'ENSP, on détermine si une personne a vécu un *épisode dépressif majeur* au moyen d'un sous-ensemble de questions tirées du Composite international Diagnostic Interview²⁰⁻²¹. Ces questions portent sur un ensemble de symptômes d'un épisode dépressif qui sont énumérés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III-R)*²². Les personnes qui ont déclaré s'être senties tristes, mélancoliques ou déprimées, ou avoir perdu intérêt dans la plupart des choses qu'elles aiment d'habitude, pendant au moins deux semaines au cours des 12 derniers mois, ont répondu à une série de questions au sujet de cette période :

1. Pendant cette période, combien de temps en général ces sentiments dureraient-ils? (Toute la journée; presque toute la journée; environ la moitié de la journée; moins de la moitié de la journée)
2. Combien de fois avez-vous éprouvé ces sentiments pendant les deux semaines? (Tous les jours; presque tous les jours; moins souvent)
3. Pendant ces deux semaines, avez-vous perdu tout intérêt dans ce qui vous entoure? (Oui; Non)
4. Éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie? (Oui; Non)
5. Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids? (Pris du poids; perdu du poids; gardé le même poids; suivait un régime)
6. Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?
7. Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil? (Oui; Non)
8. Combien de fois cela s'est-il produit? (Chaque nuit; presque chaque nuit; moins souvent)
9. Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer? (Oui; Non)
10. Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé de tels sentiments? (Oui; Non)
11. Avez-vous songé à la mort, soit à la vôtre, à celle d'une autre personne ou à la mort en général? (Oui; Non)

On a attribué la valeur 1 à toutes les réponses «oui» aux questions de type «oui/non». Pour ce qui est de la question sur le poids, on a attribué la cote 1 pour une variation de poids d'au moins 10 livres (4,5 kilogrammes). Pour ce qui est de la question sur le sommeil, on a accordé la valeur 1 aux personnes qui avaient eu du mal à s'endormir tous les soirs ou presque tous les soirs. Après avoir coté les réponses, on a transformé les réponses en une estimation

de la probabilité de poser le diagnostic d'un épisode dépressif majeur. Pour les besoins de cet article, on a considéré que la personne avait eu un épisode dépressif majeur quand l'estimation était égale ou supérieure à 0,9, ce qui correspond à une probabilité de 90 % que soit posé le diagnostic d'un épisode dépressif majeur. Pour obtenir une probabilité de 0,9, les personnes devaient obtenir une cote égale ou supérieure à 5.

Pour mesurer la *tension chronique*, on a lu aux personnes participant à l'enquête 11 énoncés et on leur a demandé de dire s'il étaient vrais ou faux²⁰. On a attribué la cote 1 aux réponses « vraies » et établi qu'un total de 4 points ou plus indiquait un état de forte tension chronique. Les énoncés étaient les suivants :

1. Vous tentez d'entreprendre trop de choses en même temps.
2. Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.
3. Les autres s'attendent à trop de votre part.
4. Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
5. Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
6. Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
7. Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.
8. L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué
9. Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.
10. Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.
11. Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

L'estime de soi indique dans quelle mesure une personne a une «image positive» d'elle-même²³. Au moyen d'une échelle à cinq points, variant de «entièrement en désaccord»(cote 0) à «entièrement d'accord» (cote 4), les personnes ont indiqué ce qu'elles pensaient des six énoncés suivants. On a établi qu'un total inférieur à 18 était un indice de faible estime de soi.

1. Vous estimez que vous avez un certain nombre de qualités.
2. Vous estimez qu'en tant que personne, vous valez autant que les autres.
3. Vous pouvez faire les choses aussi bien que la plupart des autres personnes.
4. Vous avez une attitude positive face à vous-même.
5. Dans l'ensemble, vous êtes satisfait(e) de vous-même.
6. Tout compte fait, vous avez tendance à vous considérer comme un(e) raté(e). (Cotation inversée)

Des recherches antérieures ont montré que les personnes qui ont connu un épisode dépressif à un moment ou à un autre de leur vie sont plus susceptibles de fumer^{16,24-28}. Par contre, les tentatives de cesser de fumer peuvent conduire à la manifestation de symptômes de dépression chez certains fumeurs²⁵. Deux variables psychologiques, l'état dépressif et la tension chronique, ont une relation significative avec la probabilité peu élevée de cesser de fumer, chez les femmes seulement. En effet, les femmes qui ont déclaré avoir connu un épisode dépressif majeur l'année précédente et celles chez qui la tension chronique est élevée, sont moins

susceptibles d'avoir cessé de fumer. L'absence de relation significative entre cesser de fumer et l'estime de soi peut être due à la forte association entre l'état dépressif et l'estime de soi.

Certains autres facteurs sont aussi associés à l'abandon de la cigarette pour un sexe mais non pour l'autre dans l'analyse multidimensionnelle. Par exemple, la relation entre le revenu du ménage et la décision de cesser de fumer n'est significative que pour les femmes. Les femmes qui font partie des ménages se situant dans les deux quintiles de revenus les plus élevés sont plus susceptibles d'avoir cessé de fumer que celles qui se situent dans le quintile le

Tableau 3

Rapport des risques d'avoir cessé de fumer, hommes et femmes de 21 à 39 ans qui ont déjà fumé quotidiennement, provinces, 1994-1995

	Hommes		Femmes	
	Rapport des risques	Intervalle de confiance 95 %	Rapport des risques	Intervalle de confiance 95 %
Âge où on a commencé à fumer				
13 ans ou moins†	1,00	...	1,00	...
14-17	1,04	,80, 1,36	1,28*	1,03, 1,59
18-19	1,25	,90, 1,73	1,48*	1,12, 1,95
20-39	2,49*	1,80, 3,44	1,55*	1,14, 2,09
Études				
Études secondaires non terminées†	1,00	...	1,00	...
Études secondaires terminées ou études post-secondaires non terminées	1,19	,91, 1,57	1,63*	1,27, 2,09
Études collégiales ou universitaires terminées	1,56*	1,18, 2,07	2,14*	1,65, 2,77
Revenu du ménage				
Quintiles 1,2 (inadéquat)†	1,00	...	1,00	...
Quintile 3	1,16	,87, 1,56	1,07	,84, 1,35
Quintile 4	1,17	,88, 1,56	1,30*	1,04, 1,62
Quintile 5 (élevé)	1,34	,96, 1,87	1,73*	1,32, 2,25
Épisode dépressif majeur‡				
Oui	,52	,27, 1,00	,51*	,36, ,72
Non†	1,00	...	1,00	...
Forte tension chronique				
Oui	,80	,64, 1,00	,65*	,55, ,78
Non†	1,00	...	1,00	...
Faible estime de soi				
Oui	,95	,68, 1,32	,90	,71, 1,16
Non†	1,00	...	1,00	...
Fumait plus de 20 cigarettes par jour				
Oui	,62*	,51, ,76	,85	,70, 1,02
Non†	1,00	...	1,00	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : L'analyse est fondée sur 1 415 hommes et 1 808 femmes ayant fournis des renseignements au sujet de toutes les variables.

† Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des risques est toujours de 1,00.

‡ Au cours des 12 mois précédant l'entrevue dans le cadre de l'ENSP.

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p < 0,05$

plus bas. Par contre, le nombre de cigarettes fumées ne réduit fortement la probabilité de cesser de fumer que pour les hommes. Les femmes qui fument beaucoup ne sont pas beaucoup moins susceptibles de cesser de fumer. Cette situation peut être attribuable au fait que les femmes ont tendance à fumer des cigarettes à faible teneur en goudron/nicotine^{29,30}.

Conséquences

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 a révélé que la majorité des fumeurs commencent à fumer à l'adolescence, ce qui influe sur la quantité de tabac qu'ils fument et leurs chances de cesser de fumer plus tard. D'autres recherches ont donné des résultats semblables^{12,13,15}. Par conséquent, bien qu'il soit, somme toute, préférable de ne jamais commencer à fumer, le fait de repousser, même de quelques années, l'initiation à la cigarette peut avoir des effets salutaires sur la santé tant des individus que du grand public.

Il est important de se demander pourquoi ce délai influe tant la capacité de cesser de fumer. Il se peut que la dépendance physique à la nicotine soit plus grande lorsqu'on commence à fumer jeune. Il se peut aussi que les facteurs psychologiques et/ou sociaux favorisant la dépendance soient plus forts quand on commence à fumer à un jeune âge.

Cette question a pris de l'importance avec l'augmentation récente du tabagisme chez les adolescents. En 1990, 21 % des jeunes de 15 à 19 ans fumaient alors qu'en 1994-1995, ce pourcentage a augmenté à 28 %³¹. Pour la même période, la consommation de tabac a diminué pour les autres groupes d'âge.

L'âge où l'on commence à fumer peut être un indicateur pour les variables qui n'ont pas été examinées dans cette analyse. Commencer à fumer tôt peut s'expliquer par l'influence familiale³². Les études montrent qu'il y a un lien direct entre, d'une part, le tabagisme des enfants, le nombre total de cigarettes qu'ils fument et la teneur en goudron/nicotine des cigarettes qu'ils achètent et, d'autre part, le tabagisme des adultes du ménage^{33,34}. Par leur comportement, les adultes transmettent parfois aux

enfants des messages sur les risques pour la santé et les motivations associées à l'usage du tabac.

De même, la persistance au cours des années de l'habitude de fumer peut indiquer un soutien social plus grand, non seulement à la maison mais aussi au travail. Commencer à fumer tôt peut indiquer un statut socio-économique peu élevé. Mais ces fumeurs peuvent aussi appartenir à des groupes professionnels travaillant dans des milieux de travail où il y a peu de restrictions sur l'usage du tabac³⁵.

La prévention du tabagisme chez les adolescents et l'encouragement des fumeurs à cesser de fumer sont les principaux objectifs des programmes de lutte contre l'usage du tabac au Canada³⁶. On reconnaît de plus en plus que les initiatives anti-tabac seules ont peu de chances de succès et on a adopté des approches multidimensionnelles^{37,38}. Par exemple, on a réduit l'accès aux cigarettes en interdisant la vente des produits du tabac dans les distributrices et en limitant la vente de ces produits aux personnes de plus de 19 ans. Les restrictions sur la publicité des cigarettes, l'augmentation des taxes sur la vente et les règlements sur l'usage du tabac dans les endroits publics transmettent le message que le tabagisme n'est pas souhaitable³⁹. Les données de l'ENSP indiquent aussi que l'inclusion de renseignements sur la gestion du stress et de la dépression dans les programmes de prévention de l'usage du tabac peut contribuer de façon importante à ces programmes.

Parmi les principes qui sous-tendent les efforts qui visent actuellement à réduire l'usage du tabac chez les adolescents, on compte, entre autres choses, l'idée que l'on doit concentrer la prévention sur les moments stratégiques du continuum où s'inscrit la consommation de tabac. Les données de l'ENSP révèlent que le début de l'adolescence correspond à l'un de ces moments et que le fait de retarder, même de quelques années, l'initiation au tabac pourrait avoir des effets positifs à longue échéance.

Références

1. U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking: Cancer. A Report of the Surgeon General*, Washington, D.C., Imprimerie du gouvernement des États-Unis, 1982 (DHHS, n° 82-50179 au catalogue).
2. U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease. A Report of the Surgeon General*, Washington, D.C., Imprimerie du gouvernement des États-Unis, 1983 (DHHS n° 84-5020 au catalogue).
3. U.S. Department of Health and Human Services, *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*, Rockville, Maryland, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1989 (DHHS n° 89-8411 au catalogue).
4. D. Rush, «Respiratory symptoms in a group of American secondary school students: The overwhelming association with cigarette smoking», *International Journal of Epidemiology*, 3(2), 1974, p. 153-165.
5. A. Charlton, «Children's coughs related to parental smoking», *British Medical Journal*, 288(6431), 1984, p. 1647-1649.
6. A.J. Woolcock, J.K. Peak, S.R. Leeder et al., «The development of lung function in Sydney children: Effects of respiratory illness and smoking. A ten-year study», *European Journal of Respiratory Diseases*, 65(132 Suppl), 1984, p. 1-97.
7. F.W. Oechsli, C.C. Seltzer et B.J. Van den Berg, «Adolescent smoking and early respiratory disease: A longitudinal analysis», *Annals of Allergy*, 59(2), 1987, p. 135-140.
8. I.B. Tager, A. Munoz, B. Rosner et al., «Effect of cigarette smoking on the pulmonary function of children and adolescents», *American Review of Respiratory Disease*, 131(5), 1985, p. 752-759.
9. G. Omenn, K.W. Anderson, R.A. Kronmal et al., «The temporal pattern of reduction of mortality risk after smoking cessation», *American Journal of Preventive Medicine*, 6(5), 1990, p. 251-257.
10. B. Hermanson, G.S. Omenn, R.A. Kronmal et al., «Beneficial six-year survival outcomes from smoking cessation in older men and women with coronary artery disease: Results from the CASS registry», *New England Journal of Medicine*, 319(21), 1988, p. 1365-1369.
11. E. Taioli et E.L. Wynder, «Effect of age at which smoking begins on frequency of smoking in adulthood», *New England Journal of Medicine*, 325(13), 1991, p. 968-969.
12. N. Breslau, N. Fenn et E.L. Peterson, «Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort of young adults», *Drug and Alcohol Dependence*, 33(2), 1993, p. 129-137.
13. N. Breslau et E.L. Peterson, «Smoking cessation in young adults: Age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences», *American Journal of Public Health*, 86(2), 1996, p. 214-220.
14. J.-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
15. R.B. Coombs, S. Li et L.T. Kozlowski, «Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking», *American Journal of Epidemiology*, 135(3), 1992, p. 240-246.
16. R.F. Anda, D.F. Williamson, L.G. Escobedo et al., «Depression and the dynamics of smoking. A national perspective», *Journal of the American Medical Association*, 264(12), 1990, p. 1541-1545.
17. SAS Institute Inc. The Lifetest Procedure. Dans : *SAS/STAT User's Guide. Version 6, Fourth Edition, Volume 2*. Cary, North Carolina: SAS Institute Inc., 1989.
18. D.W. Hosmer et S. Lemeshow, *Applied Logistic Regression*, New York, John Wiley & Sons, 1989.
19. J.Z. Zhao, F. Rajulton et Z.R. Ravanera, «Leaving parental homes in Canada: Effects of family structure, gender, and culture», *Canadian Journal of Sociology*, 20(1), 1995, p. 31-50.
20. M.P. Beaudet, «Dépression», *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 11-25 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
21. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao et al., «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey», *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
22. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e édition révisée, Washington D.C., American Psychiatric Association, 1987.
23. M. Rosenberg, *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1965.
24. T.J. Abernathy, L. Massad et L. Romano-Dwyer, «The relationships between smoking and self-esteem», *Adolescence*, 30(120), 1995, p. 899-907.
25. A.H. Glassman, J.E. Helzer, L.S. Covey et al., «Smoking, smoking cessation, and major depression», *Journal of the American Medical Association*, 264(12), 1990, p. 1546-1549.
26. J.A. Bonaguro et E.W. Bonaguro, «Self-concept, stress symptomology, and tobacco use», *Journal of School Health*, 57(2), 1987, p. 56-58.
27. D. Burton, S. Sussman, W.B. Hansen et al., «Image attributions and smoking intentions among seventh grade students», *Journal of Applied Social Psychology*, 19(8), 1989, p. 656-664.
28. N. Breslau, M.M. Kilbey et P. Andreski, «DSM-III-R nicotine dependence in young adults: Prevalence, correlates and associated psychiatric disorders», *Addiction*, 89(6), 1994, p. 743-754.
29. W.J. Millar, *L'état de santé des canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991 : tabagisme* (Statistique Canada, n° 11-612F, n° 8 au catalogue) Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
30. W.J. Millar, *L'usage du tabac au Canada en 1986* (Santé Canada, n° H39-66/1988F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1988.
31. M. Stephens et J. Siroonian, «L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire», *Rapports sur la santé* 9(4), 1998, p. 31-38 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
32. R.S. Hirschman, H. Leventhal et K. Glynn, «The development of smoking behavior: Conceptualization and supportive cross-sectional survey data», *Journal of Applied Social Psychology*, 14(3), 1990, p. 184-206.

33. W.J. Millar, «Household structure and smoking behaviour», *Canadian Journal of Public Health*, 82(2), 1991 p. 83-85.
34. W.J. Millar et L. Hunter, «The relationship between socioeconomic status and household smoking patterns in Canada», *American Journal of Health Promotion*, 5(1), 1990, p. 36-43.
35. W.J. Millar et L.M. Bisch, «Smoking in the workplace, 1986: Labour Force Survey estimates», *Canadian Journal of Public Health*, 80(4), 1989, p. 261-265.
36. Santé Canada, *La lutte contre le tabagisme : un plan directeur pour protéger la santé des Canadiennes et des Canadiens*, (n° H49-1001/1995F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1995.
37. U.S. Department of Health and Human Services, *Strategies to Control Tobacco Use in the United States: A Blueprint for Public Health Action in the 1990's* (NIH n° 92-3316 au catalogue), Washington, D.C., National Cancer Institute, 1991.
38. E. Vartiainen, A. Saukko, M. Paavola et al., «No Smoking class competitions in Finland: Their value in delaying the onset of smoking in adolescence», *Health Promotion International*, 11(3), 1996, p. 189-192.
39. T. Stephens, L.L. Pederson, J.J. Koval et al., *The Relationship of Price and Smoke-Free Bylaws to the Prevalence of Smoking in Canada*, Toronto, Ontario Tobacco Research Unit, 1996.

Annexe

Tableau A
Distribution de certaines caractéristiques, population de 21 à 39 ans qui a déjà fumé quotidiennement, Canada, 1994-1995

	Taille de l'échantillon	Distribution pondérée %
Total	3 449	100,0
Âge où on a commencé à fumer		
13 ans ou moins	575	16,4
14-17	1 889	54,7
18-19	511	15,2
20-39	460	13,5
Non déclaré ou inconnu	14	0,3
Sexe		
Hommes	1 574	49,3
Femmes	1 875	50,7
Études		
Études secondaires non terminées	729	19,2
Études secondaires terminées ou études post-secondaires non terminées	1 718	49,9
Études collégiales ou universitaires terminées	1 000	30,9
Non déclaré ou inconnu	2	0,1
Revenu du ménage		
Quintiles 1 et 2 (inadéquat)	813	19,8
Quintile 3	1 043	29,3
Quintile 4	1 198	35,6
Quintile 5 (élevé)	302	12,1
Non déclaré ou inconnu	93	3,2
Épisode dépressif majeur		
Oui	320	7,5
Non	3 008	88,0
Non déclaré ou inconnu	121	4,5
Forte tension chronique		
Oui	1 104	30,9
Non	2 232	64,7
Non déclaré ou inconnu	113	4,3
Faible estime de soi		
Oui	490	12,8
Non	2 843	82,9
Non déclaré ou inconnu	116	4,4
Fumait plus de 20 cigarettes par jour		
Oui	942	27,1
Non	2 502	72,6
Non déclaré ou inconnu	5	0,3

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

Nota : Comme les chiffres ont été arrondis, la somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 %.