

Attitudes à l'égard du tabac

Nancy Ross et Claudio Pérez

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les variations d'origine sociodémographique des attitudes ayant trait aux effets de l'usage du tabac et de la fumée secondaire sur la santé, ainsi qu'à l'importance des milieux sans fumée.

Source des données

Les données proviennent du Fichier santé qui contient les données transversales de la composante des ménages couvrant les provinces de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 de Statistique Canada. L'échantillon comprend 60 260 personnes de 12 ans et plus.

Techniques d'analyse

On a calculé trois cotes d'attitude à l'égard du tabac. On s'est appuyé sur l'analyse multivariée pour observer les corrélations entre les cotes d'attitude, d'une part, et l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la province et la situation concernant l'usage du tabac, d'autre part.

Principaux résultats

Les fumeurs accordent moins d'importance que les non-fumeurs aux risques que l'usage du tabac présente pour la santé. Les Canadiens âgés, particulièrement les fumeurs de 65 ans et plus, ont tendance à être plus indulgents à l'égard du tabac que les personnes plus jeunes. En outre, les personnes n'ayant obtenu qu'un diplôme d'études secondaires ou n'ayant pas atteint ce niveau de scolarité sont plus indulgents à l'égard du tabac que celles qui détiennent un diplôme universitaire. Enfin, les résidents du Québec sont plus tolérants à l'égard du tabac que ceux des autres provinces.

Mots-clés

Renoncement au tabac, milieux sans fumée, tabagisme passif, tabac.

Auteurs

Nancy Ross (613) 951-3725, rossnan@statcan.ca travaille à la Direction des statistiques sociales, des institutions et du travail et Claudio Pérez (613) 951-1733, perecla@statcan.ca à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

En Amérique du Nord, l'acceptabilité sociale de l'usage du tabac a diminué depuis les années 1960¹, lorsqu'ont commencé à s'accumuler les preuves d'un lien entre l'usage du tabac et le cancer du poumon ainsi que d'autres maladies. En 1967, presque la moitié des Canadiens fumaient². Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué depuis, en 1996-1997, environ le tiers des Canadiens de 12 ans et plus fumaient tous les jours ou à l'occasion. En outre, même si le nombre de Canadiens qui fument est moins élevé aujourd'hui, l'usage du tabac continue d'avoir d'énormes répercussions sur la santé publique et l'économie³⁻⁸.

Depuis plus de 30 ans, le Canada dispose de mesures de santé publique pour enrayer le tabagisme. Ces mesures incluent l'adoption, à tous les paliers de gouvernement, de lois limitant l'usage du tabac, tant pour réagir aux normes et aux valeurs sociétales liées à l'usage du tabac que pour favoriser l'évolution de ces normes et valeurs.

Méthodologie

Source des données

Le présent article se fonde sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Cette enquête, qui a démarré en 1994-1995, est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population canadienne. Elle couvre les membres des ménages et les résidents des établissements de santé de toutes les provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, dans les bases des Forces armées canadiennes et dans certaines régions éloignées. L'ENSP comprend une composante longitudinale ainsi qu'une composante transversale. Les personnes qui font partie de la composante longitudinale seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

La présente analyse des attitudes à l'égard du tabac s'appuie sur des données transversales provenant du deuxième cycle de l'ENSP, qui a eu lieu en 1996-1997. Les données analysées ici ont trait à la population des ménages des provinces.

L'échantillon transversal de 1996-1997 comprend les membres du panel longitudinal, ainsi que les personnes formant l'échantillon résultant des achats d'unités d'échantillonnage supplémentaires de trois provinces. Les personnes faisant partie de l'échantillon supplémentaire, sélectionné par la méthode de composition aléatoire, font uniquement partie de l'analyse transversale. La plupart des données du deuxième cycle ont été recueillies par entrevues téléphoniques assistées par ordinateur.

On a obtenu sur tous les membres des ménages participants des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé, ce qui constitue le Fichier général. En outre, on a recueilli des renseignements détaillés sur la santé d'un membre choisi au hasard dans chaque ménage. Les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les renseignements du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements figurent dans le Fichier santé.

Dans le cas des ménages qui participent au panel longitudinal, la personne qui a fourni les renseignements détaillés sur sa propre santé pour le Fichier santé était celle qui avait été choisie au hasard au premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui a fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général à l'entrevue du deuxième cycle. Dans le cas des ménages formant l'échantillon supplémentaire, une personne bien informée a fourni les renseignements sur les caractéristiques démographiques et sur la santé de tous les membres du ménage pour le Fichier général. En outre, on a choisi au hasard un membre du ménage, pas nécessairement la même personne bien informée, qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé. En 1996-1997, en prenant compte des réponses des ménages et de la personne choisie les taux de réponse transversaux pour le Fichier santé étaient de 93,1 % pour l'échantillon longitudinal permanent et

de 75,8 % pour l'échantillon sélectionné par composition aléatoire, soit un taux de réponse global de 79,0 %. En tout, 81 804 personnes ont répondu aux questions du Fichier santé, dont 73 402 personnes de 12 ans et plus. Cette analyse portait au départ sur les 73 402 personnes de 12 ans et plus qui ont répondu au questionnaire détaillé utilisé en 1996-1997 pour constituer le Fichier santé. Pour les questions sur les attitudes à l'égard du tabac, l'effectif de l'échantillon était un peu plus petit parce que les questions n'ont été posées qu'aux personnes ayant répondu auparavant à la question leur demandant si elles fumaient « tous les jours », « à l'occasion » ou « jamais ». En outre, on n'a pas posé les questions sur les attitudes à l'égard du tabac aux personnes choisies pour augmenter l'effectif de l'échantillon en Alberta. L'analyse porte donc sur un échantillon de 60 260 personnes. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'entrevue sont décrits plus en détails dans d'autres rapports déjà publiés^{9,10}.

Techniques d'analyse

On a analysé les attitudes à l'égard du tabac au moyen de groupes de questions connexes sur l'usage du tabac. On a calculé trois cotes d'attitude pour évaluer les croyances au sujet des *effets de l'usage du tabac sur la santé*, des *effets de la fumée secondaire sur la santé* et de *l'importance des milieux sans fumée* (voir *Mesure des attitudes à l'égard du tabac*). On a évalué les variations des attitudes à l'égard du tabac de plusieurs façons. On a comparé les cotes moyennes selon le type de fumeur et selon l'intention de cesser de fumer. On a recouru à l'analyse multidimensionnelle pour estimer les moyennes corrigées des cotes. On a calculé les moyennes corrigées selon la province et selon l'interaction entre la catégorie d'usage du tabac et l'âge, le sexe ou le niveau de scolarité. On a choisi les variables explicatives en fonction de leur lien hypothétique avec les attitudes à l'égard du tabac. Certains travaux de recherche indiquent que les personnes plus âgées, les femmes, les personnes ayant un faible niveau de scolarité et les personnes qui fument ne sont pas convaincues que l'usage du tabac et la fumée secondaire ont des effets nocifs pour la santé. De plus, les attitudes à l'égard du tabac varient selon la région¹¹⁻¹⁵.

On a construit des modèles de régression linéaire multiples pour déterminer si les effets des diverses variables explicatives utilisées pour calculer les moyennes corrigées étaient significatifs, au même titre que les interactions choisies (tableau A en annexe). Les moyennes non corrigées sont présentées à l'annexe, tableau B.

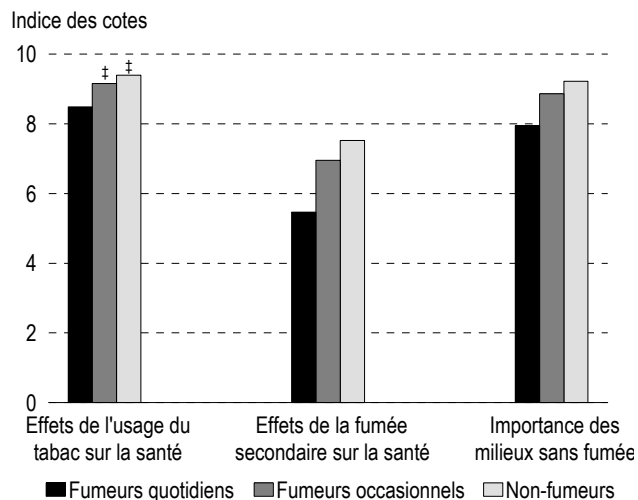
On a pondéré les réponses pour qu'elles soient représentatives de la population cible de l'ENSP. On a déterminé la signification statistique par une méthode de rééchantillonnage *bootstrap* pondéré, qui tient pleinement compte de l'effet de plan de sondage de l'enquête.

La théorie de l'éducation en matière de santé et les modèles psychosociaux donnent à penser que la modification des attitudes est un précurseur obligatoire de la modification du comportement^{16,17}, mais il est possible également que les modifications du comportement, comme le renoncement au tabac ou le fait de commencer à fumer, influent sur les attitudes, ou encore que les attitudes et les comportements changent concomitamment¹⁸. Dans le présent article, qui porte sur la variation sociodémographique des attitudes à l'égard du tabac, on postule, de façon très générale, que les attitudes sont associées au comportement. Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 (voir *Méthodologie et Limites*).

Cotes plus faibles pour les fumeurs

Près de 90 % de Canadiens reconnaissent que l'usage du tabac est nocif et plus des trois quarts admettent que la fumée secondaire peut causer des problèmes de santé chez les non-fumeurs. Comme l'on s'y attendait, les cotes d'attitude des fumeurs sont généralement plus faibles (attitude plus tolérante)

Graphique 1
Cotes moyennes des attitudes à l'égard du tabac†, selon la catégorie d'usage du tabac, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Fichier santé

† Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

‡ L'écart entre ces deux cotes n'est pas significatif pour $\alpha = 0,05$ (basé sur le test de Bonferroni pour les comparaisons multiples).

que celles des non-fumeurs en ce qui concerne les effets de l'usage du tabac et de la fumée secondaire sur la santé, ainsi que l'importance des milieux sans fumée. En outre, on observe une variation progressive des cotes pour les trois attitudes évaluées, les personnes fumant tous les jours obtenant des cotes plus faibles que celles qui fument à l'occasion, qui, à leur tour, obtiennent des cotes plus faibles que les non-fumeurs (graphique 1). La seule exception est l'écart entre les cotes des fumeurs occasionnels et des non-fumeurs en ce qui concerne les effets du tabagisme sur la santé.

Dans une certaine mesure, ces résultats confirment ceux d'une étude réalisée antérieurement en Ontario, étude selon laquelle les personnes n'ayant jamais fumé et les anciens fumeurs connaissent mieux les effets du tabagisme et de la fumée secondaire sur la santé et soutiennent davantage les interdictions de fumer¹³.

Les membres des trois catégories d'usage du tabac se distinguent surtout par leurs attitudes concernant les effets de la fumée secondaire sur la santé. Ce n'est que récemment qu'on a effectué des études médicales sur les effets nocifs de la fumée secondaire et qu'on s'est servi des résultats pour mettre sur pied des campagnes antitabac. Par conséquent, il faudra peut-être un certain temps avant que le public, particulièrement les fumeurs, croient à ces messages.

Peut-être aussi les fumeurs minimisent-ils les effets nocifs du tabac en vue de réduire les conflits psychologiques qui pourraient naître chez eux des discordances entre attitudes et comportements. Les personnes exposées continuellement à la fumée des autres adoptent peut-être la même stratégie. En effet, comparativement aux membres des ménages où personne ne fume (données non présentées), les participants à l'ENSP qui ont déclaré que leur ménage comptait un fumeur obtiennent une cote plus faible pour l'attitude à l'égard des effets de la fumée secondaire et accordent nettement moins d'importance aux milieux sans fumée.

D'autres travaux de recherche donnent à penser que les attitudes à l'égard de la fumée secondaire seraient en train d'évoluer. Par exemple, selon une étude réalisée à Toronto de 1983 à 1988, l'écart entre les attitudes des fumeurs et des non-fumeurs en ce

Mesure des attitudes à l'égard du tabac

Dans cet article, le terme « attitude » désigne un ensemble sommaire de croyances et d'opinions concernant l'usage du tabac. On a calculé les trois cotes d'attitude à l'égard du tabac d'après les questions de l'ENSP suivantes :

Effets de l'usage du tabac sur la santé

- La cigarette peut causer un cancer du poumon chez un fumeur.
- La cigarette peut causer des problèmes ou des maladies cardiaques chez un fumeur.
- La cigarette peut causer un accident vasculaire cérébral chez un fumeur.
- La cigarette peut causer une bronchite, de l'emphysème ou de l'asthme chez un fumeur.

Effets de la fumée secondaire sur la santé

- La fumée secondaire peut causer le cancer du poumon chez un non-fumeur.
- La fumée secondaire peut causer des problèmes ou des maladies cardiaques chez un non-fumeur.
- La fumée secondaire peut causer un accident vasculaire cérébral chez un non-fumeur.
- La fumée secondaire peut causer une bronchite, de l'emphysème ou de l'asthme chez un non-fumeur.

Importance des milieux sans fumée

- Les enfants exposés à la fumée secondaire sont plus enclins à avoir une mauvaise santé et à avoir des problèmes de développement que ceux qui n'y sont pas exposés.
- Les femmes enceintes et les personnes qui demeurent avec elles ne devraient pas fumer dans la maison durant la grossesse.
- On devrait fournir aux non-fumeurs un milieu de travail sans fumée.
- Les fumeurs devraient demander la permission avant de fumer en présence d'autres personnes.

Pour chacun de ces trois groupes de questions, le choix de réponses était « d'accord », « pas d'accord » ou « sans opinion ». On a attribué une valeur aux réponses de façon à ce que la cote d'attitude soit d'autant plus élevée que l'attitude à l'égard du tabac était négative. Par exemple, pour l'énoncé : « La cigarette peut causer un cancer du poumon chez un fumeur », on a attribué une valeur 3 à la réponse « d'accord », une valeur 1, à la réponse « pas d'accord » et une valeur 2 à la réponse « sans opinion ». Comme on a calculé les cotes à partir de quatre questions (en postulant que les réponses aux quatre questions devaient être valides), chaque personne pouvait obtenir une cote comprise entre 4 et 12 pour chaque attitude mesurée. Pour faciliter l'interprétation, on a rééchélonné les cotes de façon à ce qu'elles soient comprises entre 0 et 10.

On a posé le premier groupe de questions uniquement aux personnes qui ont répondu « oui » à la question filtre : « Croyez-vous que fumer des cigarettes peut provoquer des problèmes de santé chez un fumeur? » Les questions du deuxième groupe n'ont été posées qu'aux personnes qui ont répondu « oui » à la question filtre : « Croyez-vous que la fumée secondaire peut provoquer des problèmes de santé chez un non-fumeur? » Cependant, supprimer de l'échantillon les personnes qui ont répondu « non » à ces questions filtres biaiserait les résultats de l'analyse. Pour tenir compte des personnes qui ne reconnaissaient pas les dangers de l'usage du tabac ou de la fumée secondaire, on a imputé pour ces personnes une valeur correspondant à « pas d'accord » aux quatre questions du groupe pertinent. Cette mesure touche 1 751 enregistrements (3 %) dont la cote concernant les *effets de l'usage du tabac sur la santé* est valide et 6 674 enregistrements (14 %) dont la cote concernant les *effets de la fumée secondaire sur la santé* est valide. On n'a posé aucune question filtre avant le troisième groupe de questions.

On a évalué la cohérence interne des réponses à chaque groupe de questions sur les attitudes en calculant le coefficient alpha de Cronbach¹⁹. Ordinairement, les mesures de l'état de santé sont fiables si la valeur du coefficient alpha de Cronbach est supérieure à 0,75²⁰. Les cotes de cohérence pour les questions visant à évaluer les attitudes concernant les *effets de l'usage du tabac* et de la *fumée secondaire sur la santé* se chiffraient à 0,90 et 0,92, respectivement, tandis que celui pour le groupe de questions sur l'*importance des milieux sans fumée* était de 0,60. La cohérence interne semble moyenne pour le dernier groupe, mais les études de population réalisées sur des échantillons de grande taille permettent d'accepter des valeurs plus faibles de la mesure de la fiabilité²¹. Dans les trois cas, on a posé les questions de chaque groupe de façon séquentielle et, pour les deux premiers, l'énoncé des quatre questions était similaire. Ce fait, conjugué à l'imputation susmentionnée, pourrait avoir sur la façon de répondre aux questions un effet qui se solderait par une plus forte cohérence interne.

Pour déterminer la *catégorie d'usage du tabac*, on a posé la question : « Actuellement, est-ce que vous fumez des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » Pour toutes les analyses, sauf celle du graphique 1, on a regroupé les fumeurs quotidiens et occasionnels en une catégorie unique de « fumeurs ». On a déterminé l'*intention de renoncer au tabac* en posant la question : « Pensez-vous sérieusement à cesser de fumer au cours des six prochains mois? » On s'est servi de la question : « Est-ce qu'un membre de votre ménage fume habituellement à l'intérieur de la maison? » pour déterminer la *présence de fumeurs au foyer*.

qui concerne les effets de la fumée secondaire sur la santé s'est effectivement accentué²². Cependant, une étude menée plus récemment en Ontario montre que l'écart s'amenuise entre les attitudes des fumeurs et des non-fumeurs pour ce qui est de vivre dans un foyer sans fumée. Et pourtant, la plupart des foyers où vivent des enfants et des personnes qui fument tous les jours ne sont pas sans fumée²³.

Les attitudes relatives à l'importance des milieux sans fumée englobent des notions de politesse ainsi que des convictions quant aux effets sur la santé. Par conséquent, les cotes observées pour les fumeurs et les non-fumeurs signifient qu'en général, on convient plus volontiers de la nécessité de créer des espaces sans fumée que de l'effet nocif de la fumée secondaire.

Les attitudes des fumeurs varient aussi selon qu'ils envisagent ou non sérieusement d'arrêter de fumer. Ceux qui ont l'intention de le faire obtiennent des cotes nettement plus élevées pour les trois mesures que ceux qui n'ont pas cette intention (graphique 2). Ainsi donc, la sensibilisation aux risques pour la santé pourrait être un catalyseur important du processus

d'abandon de la cigarette. Les fumeurs qui sont prêts à cesser de fumer sont peut-être aussi plus susceptibles que les autres d'accepter et de reconnaître les risques pour la santé que pose le tabac²⁴.

Quand on tient compte de l'effet d'autres variables, la catégorie d'usage du tabac demeure une variable explicative importante dans les modèles sur les convictions au sujet des effets nocifs de la fumée secondaire et de l'importance de vivre dans un milieu sans fumée (tableau A en annexe). Toutefois, cette variable n'est pas significative dans le modèle des croyances concernant les effets nocifs de l'usage du tabac. Ce résultat reflète probablement le regroupement des fumeurs quotidiens et occasionnels en une seule catégorie (fumeurs). Comme on l'a mentionné plus haut, l'écart entre les cotes observées pour les fumeurs occasionnels et les non-fumeurs sur l'échelle des attitudes concernant les effets de l'usage du tabac sur la santé n'est pas significatif (graphique 1).

Plus grande tolérance au Québec

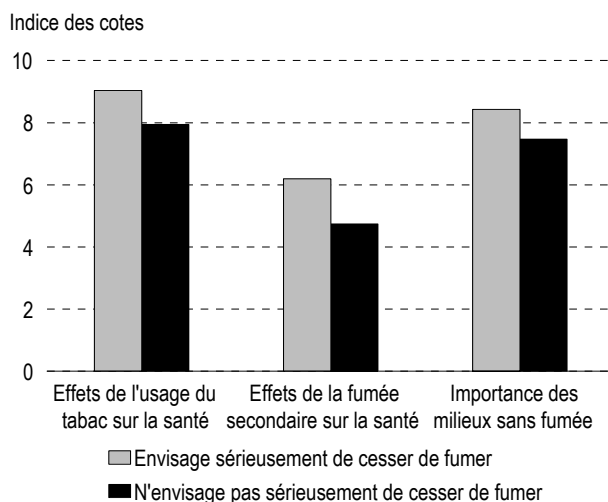
Le Québec affiche le taux de tabagisme le plus élevé au Canada depuis les années 1960². Par conséquent, il n'est pas étonnant que les attitudes des Québécois à l'égard du tabac soient nettement moins négatives que celles des autres Canadiens, même si on tient compte de l'effet de variables confusionnelles comme la catégorie d'usage du tabac, le niveau de scolarité, l'âge et le sexe (graphique 3, tableau A en annexe). Les résultats pourraient aussi témoigner de différences entre les programmes provinciaux de prévention de l'usage du tabac, les législations municipales et provinciales et les messages communiqués par les médias.

En ce qui concerne les milieux sans fumée, l'Alberta est la seule province où l'on observe une attitude nettement plus coopérative qu'en Ontario, province choisie comme référence.

Les cotes augmentent parallèlement au niveau de scolarité

Le niveau de scolarité semble être le meilleur facteur sociodémographique individuel permettant de prédire l'usage du tabac ou le renoncement au tabac¹.

Graphique 2
Cotes moyennes des attitudes des fumeurs à l'égard du tabac[†], selon l'intention de renoncer au tabac, Canada, territoires non compris, 1996-1997



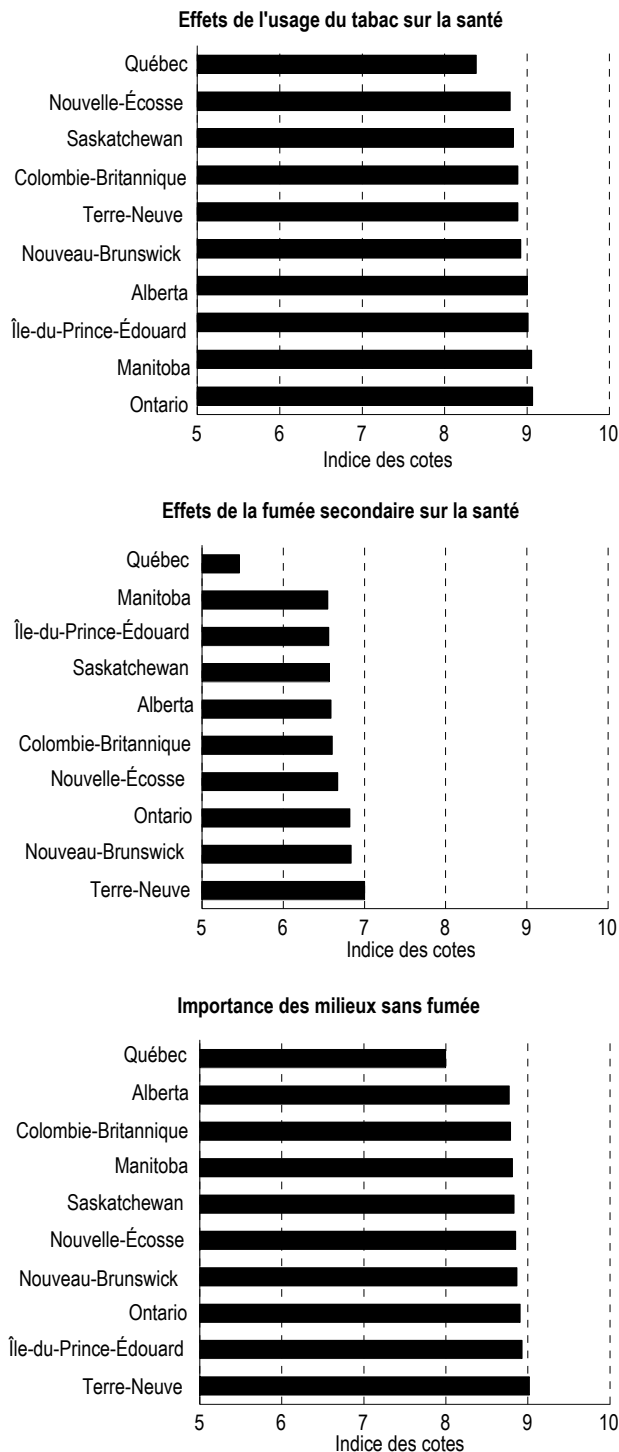
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Fichier santé

† Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

‡ Tous les écarts entre les cotes en fonction de l'intention de renoncer au tabac sont significatifs pour $\alpha = 0,05$.

Graphique 3

Cotes moyennes corrigées[†] des attitudes à l'égard du tabac[‡], selon la province, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Fichier santé

[†] Corrigées pour tenir compte de la catégorie d'usage du tabac, du sexe, de l'âge, du niveau de scolarité et des interactions catégorie d'usage du tabac * sexe, catégorie d'usage du tabac * âge et catégorie d'usage du tabac * niveau de scolarité.

[‡] Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

Par conséquent, il n'est guère surprenant d'observer un lien entre les cotes d'attitude et le niveau de scolarité (graphique 4). Les personnes qui ont au plus un diplôme d'études secondaires obtiennent des cotes nettement plus faibles que les autres pour les trois attitudes évaluées.

Il semble y avoir peu d'interaction entre la catégorie d'usage du tabac et le niveau de scolarité, puisque l'écart prononcé entre les cotes des fumeurs et des non-fumeurs varie à peine selon le niveau de scolarité. Une seule exception : les fumeurs n'ayant pas terminé leurs études secondaires, qui obtiennent des cotes d'attitude considérablement plus faibles en ce qui concerne les effets de l'usage du tabac sur la santé et l'importance des milieux sans fumée.

Les jeunes fument tout en étant contre l'usage du tabac

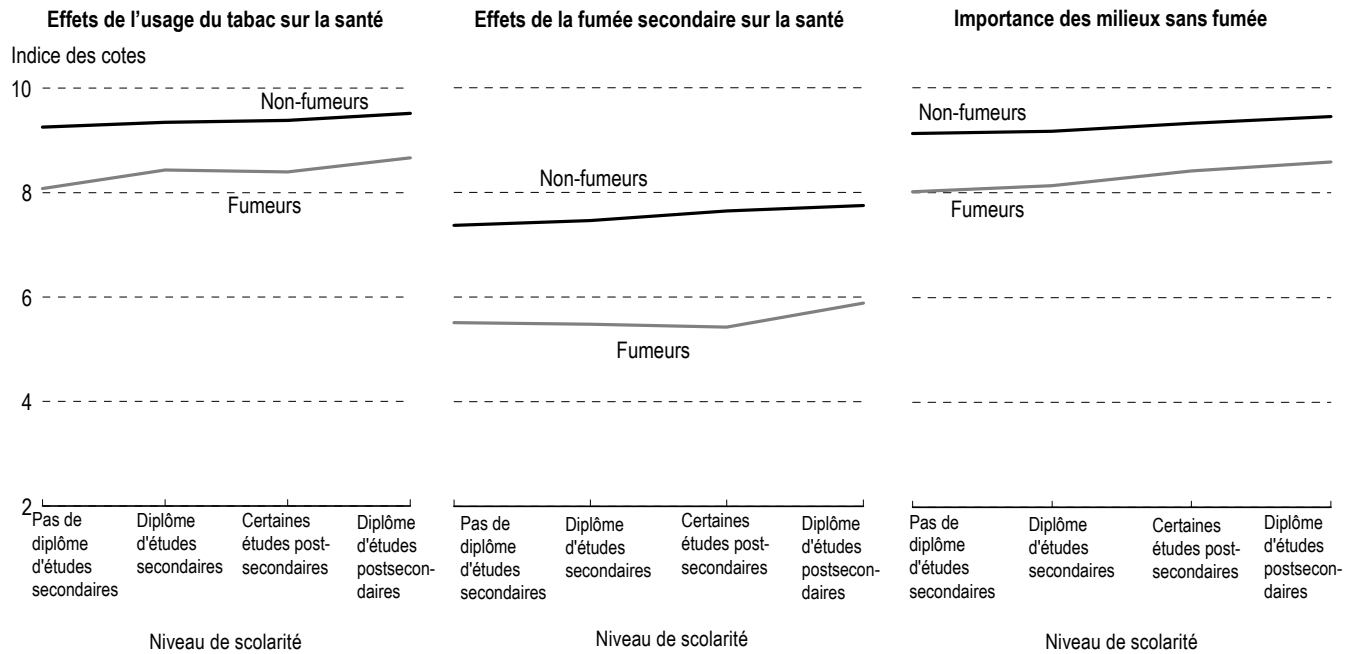
En examinant les croyances concernant les effets de l'usage du tabac et de la fumée secondaire sur la santé, on observe un effet de cohorte d'âge (graphique 5). Pour ces deux variables, les personnes de 65 ans et plus obtiennent des cotes d'attitude nettement plus faibles que celles de 12 à 24 ans.

En outre, dans les trois groupes d'âge les plus avancés les cotes des fumeurs sont considérablement plus faibles pour les trois attitudes évaluées. Les fumeurs âgés ne semblent que moyennement convaincus des effets nocifs de l'usage du tabac et se montrent beaucoup moins soucieux que les autres personnes des effets de la fumée secondaire.

Chez les personnes de 12 à 24 ans, la cohérence entre les attitudes et le comportement est moins forte. Les jeunes, fumeurs ou non, sont fermement convaincus que le tabac est nocif pour la santé. Ces convictions ne dissuadent toutefois pas les jeunes fumeurs de continuer à fumer. Les jeunes sont peut-être plus influencés par les pressions de leurs pairs ou par leur milieu familial que par des effets nocifs qu'ils ne ressentiront sans doute pas avant longtemps et qui pour cette raison ne leur semblent pas pertinents. En effet, les analyses des résultats de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes menée en 1994 par Statistique Canada indiquent que les jeunes affichaient des attitudes catégoriquement

Graphique 4

Cotes moyennes corrigées[†] des attitudes à l'égard du tabac[‡], selon le niveau de scolarité et la catégorie d'usage du tabac, Canada, territoires non compris, 1996-1997



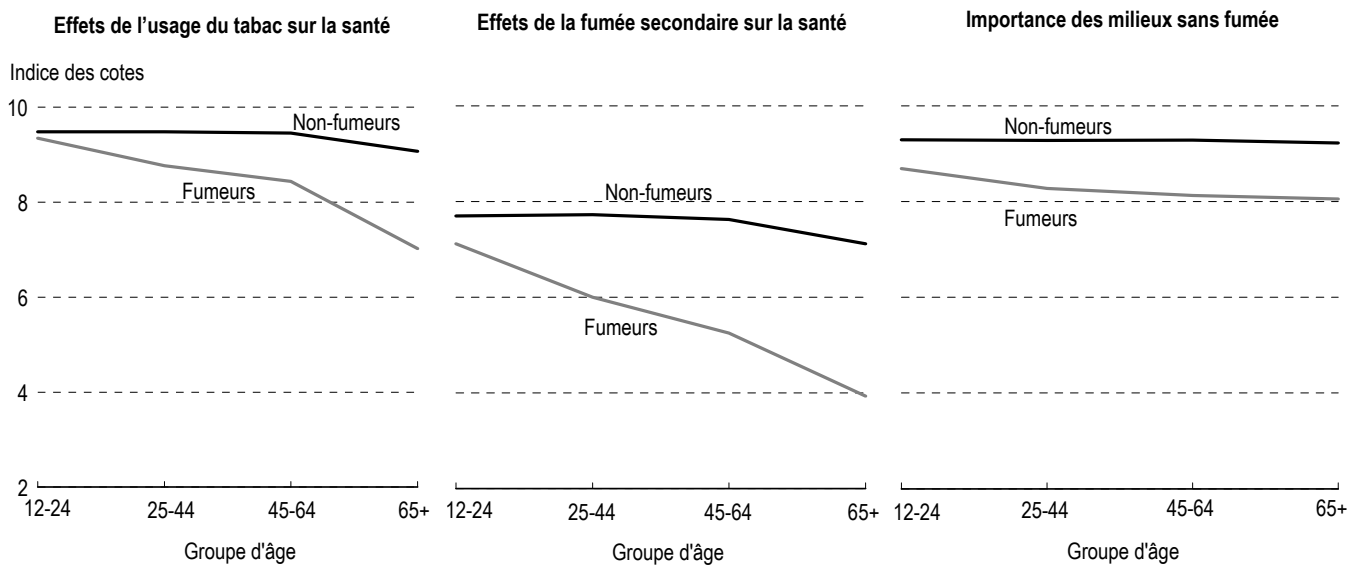
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Fichier santé

[†] Corrigées pour tenir compte des effets du sexe, de l'âge et de la province et des interactions catégorie d'usage du tabac * sexe et catégorie d'usage du tabac * âge.

[‡] Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

Graphique 5

Cotes moyennes corrigées[†] des attitudes à l'égard du tabac[‡], selon le groupe d'âge et la catégorie d'usage du tabac, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Fichier santé

[†] Corrigées pour tenir compte des effets du sexe, du niveau de scolarité et de la province et des interactions catégorie d'usage du tabac * sexe et catégorie d'usage du tabac * niveau de scolarité.

[‡] Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

négatives à l'égard du tabac, pensant que la fumée secondaire est nocive, que le tabac provoque une accoutumance et que les fumeurs ne sont pas capables de cesser de fumer quand ils le veulent, et pourtant nombre de ces jeunes fumaient²⁵. Les campagnes visant à empêcher les jeunes de commencer à fumer pourraient tenir compte de cette discordance entre leur attitude et leur comportement, et choisir plutôt de souligner d'autres effets négatifs du tabagisme, comme le fait d'avoir une haleine déplaisante et d'avoir moins d'argent dans les poches.

Les hommes et les femmes ont les mêmes attitudes

Les travaux de recherche laissent entendre que les femmes fument pour d'autres raisons que les hommes^{11,26}, ce qui, en principe, devrait produire des attitudes différentes à l'égard du tabac. Toutefois, les questions utilisées durant l'ENSP n'ont pas permis de saisir ces différences. Par exemple, les cotes d'attitude sont un peu plus faibles pour les

femmes que pour les hommes, mais, si on élimine l'effet de la catégorie d'usage du tabac, de l'âge, du niveau de scolarité et de la province, l'écart n'est pas statistiquement significatif. Ce résultat est curieux, étant donné la diminution assez faible de la prévalence du tabagisme chez les femmes, comparativement à la situation chez les hommes^{1,2,27,28}. Les femmes accordent une plus grande importance au fait de vivre dans un milieu sans fumée, mais ce résultat n'est pas, lui non plus, significatif.

Conséquences

Les attitudes à l'égard du tabac varient selon les caractéristiques sociodémographiques. En outre, comme il faut s'y attendre, les fumeurs se montrent plus indulgents que les non-fumeurs. Il se peut que cette attitude témoigne d'une méconnaissance des méfaits du tabac ou encore, étant donné le recul du tabagisme, que les fumeurs forment maintenant un groupe plus homogène et plus déterminé, réfractaire aux nombreux efforts déployés en vue de prévenir l'usage du tabac. Admettre que le tabac a des effets nocifs suscite sans doute un déséquilibre gênant pour le fumeur, et qui résulte de la contradiction entre ses attitudes et son comportement. Par conséquent, les fumeurs minimisent probablement les effets indésirables du tabac pour des raisons psychologiques.

Les jeunes fumeurs fument tout en reconnaissant que ce comportement a des conséquences néfastes. Peut-être approuvent-ils la création de milieux sans fumée parce que, toute leur vie, ils ont connu des interdictions de fumer dans les lieux publics. Néanmoins, le taux de tabagisme des jeunes n'a cessé d'augmenter durant les années 1990. Les jeunes expriment donc peut-être des attitudes négatives à l'égard du tabac simplement parce qu'il s'agit d'attitudes qui sont socialement plus souhaitables.

Quant aux convictions sur les effets qu'a le tabac sur la santé, particulièrement ceux de la fumée secondaire, c'est chez les fumeurs âgés qu'elles sont les moins bien ancrées et cela a des répercussions importantes en matière de santé publique. En effet, si les fumeurs âgés admettaient que la fumée

Limites

La présente analyse s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle il existe un lien entre les attitudes et le comportement. Cependant, la nature transversale de l'étude ne permet pas de déterminer quel facteur précède l'autre.

Toutes les données ayant été autodéclarées, on ne connaît pas leur degré de validité. Certains fumeurs pourraient avoir dit qu'ils ne fumaient pas ou pourraient avoir exagéré leurs attitudes négatives à l'égard du tabac parce que ce genre de réponse est plus acceptable sur le plan social.

Une autre limite tient à la façon dont sont interprétées les questions. Par exemple, certaines personnes pourraient croire que la consommation de cigarettes ne cause le cancer que chez les personnes qui fument beaucoup pendant longtemps. Pareillement, certaines personnes pourraient avoir interprété l'exposition à la fumée secondaire comme étant une exposition brève, occasionnelle et, par conséquent, ne pas considérer que cette exposition pourrait avoir des répercussions sur la santé; d'autres pourraient avoir supposé que la question sous-entendait l'exposition quotidienne à la maison ou au travail et avoir répondu différemment.

secondaire pose un danger pour la santé et qu'ils étaient bien renseignés sur ce danger, ils seraient peut-être moins enclins à y exposer les autres.

Mot de la fin

La majorité des Canadiens semblent convaincus que le tabagisme a des effets nocifs pour la santé, peut-être, en partie, grâce aux messages antitabac. La diminution de la proportion de fumeurs, qui est passée de plus de la moitié à moins du tiers de la population ces 30 dernières années, est sans doute le meilleur indice du succès des mesures de santé publique prises pour enrayer la morbidité et la mortalité liées à l'usage du tabac. Malheureusement, les campagnes visant à communiquer que la fumée secondaire est nocive pour la santé n'ont pas eu d'écho chez nombre de personnes, particulièrement les fumeurs âgés. Qui plus est, les attitudes à l'égard du tabac restent assez tolérantes au Québec. Enfin, la sensibilisation aux risques pour la santé que pose le tabagisme et l'acceptation des milieux sans fumée ne semblent pas dissuader les jeunes de fumer. De toute évidence, l'effet nocif pour la santé n'est qu'un des nombreux facteurs qui influent sur le comportement d'une personne à l'égard du tabac. ●

Références

1. US Department of Health and Human Services, *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress, A Report of the US Surgeon General* (DHHS 89-8411), Washington, DC, Centers for Disease Control, 1989.
2. 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).
3. A.K. Hackshaw, M.R. Law et N.J. Wald, « The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke », *British Medical Journal*, 315, (7114) 1997, p. 980-988.
4. M.R. Law, J.K. Morris et N.J. Wald, « Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence », *British Medical Journal*, 315, 1997, p. 973-980.
5. D.P. Strachan et D.G. Cook, « Health effects of passive smoking. 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood », *Thorax*, 52, 1997, p. 905-914.
6. S. Basavaraj, « Smoking and the loss of longevity in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 84(5), 1993, p. 341-345.
7. E. Single, L. Robson, X. Xie *et al.*, « The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992 », *Addiction*, 93(7), 1998, p. 991-1006.
8. E.M. Illing et M.J. Kaiserman, « Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991 », *Canadian Journal of Public Health*, 86(4), 1995, p. 257-265.
9. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, *Composante des ménages : Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion* (Statistique Canada, n° 82-M0009GPE au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1998.
11. R.C. Brownson, J. Jackson-Thompson, J.C. Wilkerson *et al.*, « Demographic and sociodemographic differences in beliefs about the health effects of smoking », *American Journal of Public Health*, 82, 1992, p. 99-103.
12. J. Elder, B. Rosbrook, W. Choi *et al.*, « Public objections to environmental tobacco smoke », *Preventive Medicine*, 21, 1992, p. 701-709.
13. L.L. Pederson, S.B. Bull, M.J. Ashley *et al.*, « A population survey in Ontario regarding restrictive measures on smoking: relationship of smoking status to knowledge, attitudes, and predicted behaviour », *International Journal of Epidemiology*, 16, 1987, p. 383-391.
14. N.A. Ross et S.M. Taylor, « Geographical variation in attitudes towards smoking: Findings from the COMMIT communities », *Social Science and Medicine*, 46(6), 1998, p. 703-717.
15. N.E. Grunberg, S.E. Winders et M.E. Wewers, « Gender differences in tobacco use », *Health Psychology*, 10, 1991, p. 143-153.
16. E.P. Bettinghaus, « Health promotion and the knowledge-attitude-behaviour continuum », *Preventive Medicine*, 15, 1986, p. 475-491.
17. I. Ajzen et M. Fishbein, *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1980.
18. W.H. McBroom et F.W. Reed, « Toward a reconceptualization of attitude-behaviour consistency », *Social Psychology Quarterly*, 155, 1992, p. 205-216.
19. J.M. Bland et D.G. Altman, « Cronbach's alpha », *British Medical Journal*, 314, (7080) 1997, p. 572.
20. C.A. Mahoney, D.L. Thombs et C.Z. Howe, « The art and science of scale development in health education research », *Health Education Research: Theory and Practice*, 10, 1995, p. 1-10.
21. I. McDowell et C. Newell, *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 2e édition, New York, Les Presses de l'Université d'Oxford, 1996.
22. S.B. Bull, L.L. Pederson et M.J. Ashley, « Relationship of smoking status to changes in knowledge and attitudes concerning restrictions on smoking », *Canadian Journal of Public Health*, 85(2), 1994, p. 103-105.
23. M.J. Ashley, J. Cohen, R. Ferrence *et al.*, « Smoking in the home: changing attitudes and current practices », *American Journal of Public Health*, 88, 1998, p. 797-800.

24. C.C. DiClemente, J.O. Prochaska, S.K. Fairhurst *et al.*, « The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of quitting », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 1991, p. 295-304.
25. W. Clark, « Le tabagisme chez les jeunes au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, 41, 1996, p. 2-6 (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue)
26. B. Jacobson, *The Ladykillers: Why Smoking is a Feminist Issue*, New York, Continuum, 1982.
27. W. Millar, « Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité », *Rapports sur la santé*, 8(2), 1996, p. 13-23 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
28. Santé et Bien-être social Canada, *Enquête promotion de la santé Canada, 1990*, Rapport technique, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1993.

Annexe

Tableau A
Résultats de la régression des cotes en fonction des attitudes à l'égard du tabac[†], Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Effets de l'usage du tabac sur la santé			Effets de la fumée secondaire sur la santé			Importance des milieux sans fumée		
	Coefficient non standardisé (b)	Intervalle de confiance de 95 %	Coefficient standardisé (bêta)	Coefficient non standardisé (b)	Intervalle de confiance de 95 %	Coefficient standardisé (bêta)	Coefficient non standardisé (b)	Intervalle de confiance de 95 %	Coefficient standardisé (bêta)
Fumeurs	0,19	-0,13, 0,51	0,04	-0,63*	-1,09,-0,17	-0,08	-0,26*	-0,51, 0,00 [§]	-0,06
Femmes	-0,05	-0,13, 0,03	-0,01	-0,03	-0,17, 0,12	0,00	0,03	-0,04, 0,10	0,01
Âge									
12-24 [‡]									
25-44	0,00	-0,11, 0,11	0,00	0,02	-0,20, 0,24	0,00	-0,01	-0,12, 0,09	0,00
45-64	-0,02	-0,14, 0,09	0,00	-0,08	-0,31, 0,15	-0,01	-0,01	-0,13, 0,11	0,00
65+	-0,41*	-0,55, -0,28	-0,06	-0,52*	-0,78, -0,27	-0,05	-0,07	-0,18, 0,05	-0,01
Niveau de scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires	-0,26*	-0,37, -0,15	-0,05	-0,38*	-0,62, -0,14	-0,05	-0,32*	-0,41, -0,22	-0,08
Diplôme d'études secondaires	-0,17*	-0,28, -0,05	-0,03	-0,28*	-0,50, -0,07	-0,03	-0,28*	-0,39, -0,16	-0,05
Certaines études post-secondaires	-0,13*	-0,22, -0,03	-0,02	-0,10	-0,28, 0,08	-0,01	-0,12*	-0,21, -0,03	-0,03
Diplôme d'études post-secondaires [‡]									
Province									
Terre-Neuve	-0,02	-0,17, 0,13	0,00	0,18	-0,12, 0,48	0,01	0,02	-0,12, 0,17	0,00
Île-du-Prince-Édouard	0,01	-0,10, 0,12	0,00	-0,48*	-0,80, -0,15	-0,01	-0,01	-0,18, 0,15	0,00
Nouvelle-Écosse	-0,11	-0,29, 0,06	-0,01	-0,37*	-0,70, -0,05	-0,02	0,07	-0,07, 0,20	0,01
Nouveau-Brunswick	-0,13	-0,30, 0,05	-0,01	-0,15	-0,52, 0,21	-0,01	-0,03	-0,18, 0,12	0,00
Québec	-0,47*	-0,62, -0,32	-0,09	-1,51*	-1,76, -1,27	-0,18	-0,58*	-0,70, -0,46	-0,13
Ontario [‡]									
Manitoba	0,03	-0,04, 0,10	0,00	-0,22*	-0,38, -0,05	-0,01	0,01	-0,06, 0,08	0,00
Saskatchewan	-0,30*	-0,47, -0,13	-0,02	-0,47*	-0,80, -0,15	-0,02	-0,11	-0,29, 0,07	-0,01
Alberta	-0,07	-0,18, 0,04	-0,01	-0,25*	-0,51, 0,00 [§]	-0,02	0,12*	0,02, 0,22	0,02
Colombie-Britannique	-0,01	-0,10, 0,09	0,00	-0,12	-0,35, 0,12	-0,01	0,04	-0,05, 0,14	0,01
Termes d'interaction									
Fumeur, femmes	-0,10	-0,33, 0,12	-0,02	-0,05	-0,38, 0,28	0,00	-0,14	-0,31, 0,04	-0,02
Fumeur, 25-44	-0,58*	-0,86, -0,30	-0,09	-1,13*	-1,56, -0,70	-0,10	-0,40*	-0,65, -0,14	-0,07
Fumeur, 45-64	-0,89*	-1,18, -0,61	-0,10	-1,79*	-2,24, -1,34	-0,12	-0,55*	-0,84, -0,27	-0,07
Fumeur, 65+	-1,93*	-2,42, -1,44	-0,12	-2,66*	-3,30, -2,03	-0,10	-0,58*	-0,94, -0,23	-0,04
Fumeur n'ayant pas de diplôme d'études secondaires	-0,32*	-0,61, -0,02	-0,04	0,01	-0,44, 0,47	0,00	-0,25*	-0,48, -0,02	-0,04
Fumeur ayant un diplôme d'études secondaires	-0,05	-0,35, 0,25	-0,01	-0,11	-0,55, 0,32	-0,01	-0,17	-0,41, 0,07	-0,02
Fumeur ayant fait certaines études postsecondaires	-0,13	-0,42, 0,15	-0,02	-0,35	-0,76, 0,07	-0,02	-0,05	-0,28, 0,18	-0,01
Fumeur à Terre-Neuve	-0,30	-0,67, 0,06	-0,01	0,02	-0,67, 0,70	0,00	0,18	-0,08, 0,45	0,01
Fumeur à l'Île-du-Prince-Édouard	-0,12	-0,46, 0,22	0,00	0,44	-0,20, 1,07	0,00	0,08	-0,24, 0,41	0,00
Fumeur en Nouvelle-Écosse	-0,31	-0,80, 0,18	-0,01	0,45	-0,28, 1,18	0,01	-0,24	-0,63, 0,15	-0,01
Fumeur au Nouveau-Brunswick	-0,02	-0,42, 0,37	0,00	0,34	-0,31, 1,00	0,01	-0,01	-0,28, 0,25	0,00
Fumeur au Québec	-0,42*	-0,72, -0,12	-0,05	0,32	-0,11, 0,74	0,02	-0,65*	-0,89, -0,41	-0,09
Fumeur au Manitoba	-0,08	-0,29, 0,14	0,00	-0,11	-0,49, 0,27	0,00	-0,22*	-0,40, -0,03	-0,01
Fumeur en Saskatchewan	0,16	-0,20, 0,52	0,01	0,44	-0,19, 1,08	0,01	0,08	-0,29, 0,44	0,00
Fumeur en Alberta	0,03	-0,30, 0,36	0,00	0,05	-0,51, 0,60	0,00	-0,50*	-0,81, -0,18	-0,04
Fumeur en Colombie-Britannique	-0,33	-0,70, 0,04	-0,03	-0,19	-0,86, 0,47	-0,01	0,31*	-0,61, -0,02	0,03
Coordonnée à l'origine	9,75	9,63, 9,88	0,00	8,24	8,00, 8,49	0,00	9,50	9,39, 9,61	0,00

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Fichier santé

† Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

‡ Catégorie de référence

§ Les limites de l'intervalle de confiance incluent zéro due à l'arrondissement.

* Significatif pour alpha = 0,05

Tableau B

Cotes moyennes non corrigées des attitudes à l'égard du tabac†, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Effets de l'usage du tabac sur la santé	Effets de la fumée secondaire sur la santé	Importance des milieux sans fumée
Âge selon la catégorie d'usage du tabac			
12-24, non-fumeur	9,4	7,6	9,2
25-44, non-fumeur	9,5	7,7	9,3
45-64, non-fumeur	9,4	7,5	9,2
65+, non-fumeur	9,0	7,0	9,1
12-24, fumeur	9,1	6,8	8,4
25-44, fumeur	8,7	5,8	8,1
45-64, fumeur	8,3	5,0	7,9
65+, fumeur	6,8	3,6	7,7
Niveau de scolarité selon la catégorie d'usage du tabac			
Non-fumeur :			
Pas de diplôme d'études secondaires	9,2	7,2	9,0
Diplôme d'études secondaires	9,4	7,5	9,1
Certaines études post-secondaires	9,4	7,6	9,3
Diplôme d'études post-secondaires	9,6	7,8	9,4
Fumeur :			
Pas de diplôme d'études secondaires	8,2	5,6	7,8
Diplôme d'études secondaires	8,7	5,6	8,0
Certaines études post-secondaires	8,7	5,6	8,2
Diplôme d'études post-secondaires	8,8	5,9	8,3
Province			
Terre-Neuve	9,2	7,6	9,1
Île-du-Prince-Édouard	9,3	7,0	9,1
Nouvelle-Écosse	9,1	7,1	9,1
Nouveau-Brunswick	9,2	7,3	9,0
Québec	8,7	5,9	8,3
Ontario	9,4	7,5	9,1
Manitoba	9,4	7,2	9,1
Saskatchewan	9,1	7,0	9,0
Alberta	9,3	7,2	9,1
Colombie-Britannique	9,3	7,3	9,1
Sexe selon la catégorie d'usage du tabac			
Hommes, non-fumeur	9,4	7,6	9,2
Femmes, non-fumeur	9,4	7,5	9,2
Hommes, fumeur	8,6	5,7	8,1
Femmes, fumeur	8,5	5,6	8,0

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Fichier santé

† Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives. La fourchette de valeurs possibles va de 0 à 10.