

C

Cheminement vers l'abandon du tabac

Margot Shields

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les tendances qui caractérisent l'usage du tabac au cours des 10 dernières années chez les personnes de 18 ans et plus. Les facteurs associés à l'abandon du tabac et à la rechute sont examinés, de même que ceux associés au fait de ne pas avoir l'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois.

Sources des données

Les données proviennent des composantes des ménages transversales et longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995 à 2002-2003) (ENSP) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et 2003, toutes deux réalisées par Statistique Canada.

Techniques d'analyse

Les tendances concernant les taux d'usage du tabac ont été calculées à partir de données transversales tirées de l'ENSP et de l'ESCC. Pour examiner les facteurs associés à l'abandon du tabac et à la rechute, on a eu recours au regroupement des observations répétées sur des périodes de deux ans et à la régression logistique en utilisant les données longitudinales de l'ENSP couvrant la période de 1994-1995 à 2002-2003. Les facteurs associés au fait de ne pas prévoir cesser de fumer ont été analysés par régression logistique en utilisant les données transversales de l'ESCC de 2003.

Principaux résultats

En 2003, 19 % de la population canadienne âgée de 18 ans et plus fumaient des cigarettes tous les jours, proportion inférieure de 7 points de pourcentage à celle observée 10 ans plus tôt. L'abandon du tabac, la rechute et le fait de ne pas prévoir cesser de fumer étaient tous associés aux degrés d'accoutumance, notamment le nombre de cigarettes fumées par jour. Les foyers sans fumée et les interdictions de fumer au travail étaient liés à une consommation plus faible de cigarettes.

Mots-clés

Prévalence de l'usage du tabac, usage du tabac, stress psychologique, études longitudinales, étapes du changement.

Auteure

Margot Shields (613-951-4177; Margot.Shields@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Malgré les baisses importantes du nombre de fumeurs au cours de la dernière décennie, près d'un Canadien sur quatre âgé de 18 ans et plus fumait en 2003. Étant donné que l'usage du tabac demeure la principale cause évitable de décès au Canada¹, ce taux est inacceptablement élevé. En 1998, environ 48 000 décès au Canada étaient attribuables à l'usage du tabac, une hausse de près de 25 % par rapport à 1989¹. Des estimations récentes laissent supposer que 50 % des fumeurs décéderont d'une maladie liée à l'usage du tabac². En outre, la fumée secondaire est nocive pour les non-fumeurs; en 1998, environ 1 000 décès au Canada étaient attribuables à l'exposition à la fumée de tabac ambiante¹.

L'usage du tabac est l'une des causes du cancer du poumon et d'autres formes de cancer, de la maladie coronarienne, de l'accident vasculaire cérébral et des maladies pulmonaires chroniques; renoncer au tabac réduit le risque de souffrir de ces maladies³⁻⁵. En fait, quel que soit l'âge du fumeur, arrêter de fumer augmente l'espérance de vie². On estime que le risque de mortalité chez un ancien fumeur qui a abandonné le tabac depuis 10 à 15 ans est à peu près le même que chez les personnes qui n'ont jamais fumé⁴.

Bien qu'arrêter de fumer soit l'une des décisions les plus importantes que peut prendre un fumeur pour améliorer sa santé, cela n'est certainement pas facile. Le tabac provoque un effet d'accoutumance très marqué, de sorte que l'effort requis pour cesser de fumer est énorme. Le processus d'abandon du tabac comprend habituellement cinq étapes distinctes, soit celles de la précontemplation, de la

contemplation, de la préparation, de l'action et du maintien (voir *Étapes du changement*)⁶. Étant donné que les facteurs associés aux diverses étapes ne sont pas nécessairement les mêmes^{3,6-8}, il est essentiel de bien comprendre ce qui est important à chaque étape pour élaborer des programmes de santé publique destinés à réduire le taux d'usage du tabac.

Sources des données

Les données sur l'usage du tabac pour la période allant de 1994-1995 à 2003 proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les taux pour le milieu des années 1960 sont calculés d'après les données de l'Enquête sur les habitudes de fumer de 1966 et sont fondés sur la population à domicile de 17 ans et plus.

Enquête nationale sur la santé de la population

Depuis 1994-1995, Statistique Canada réalise tous les deux ans l'Enquête nationale sur la santé de la population en vue de recueillir des renseignements sur la santé de la population canadienne. L'enquête couvre la population à domicile et les résidents des établissements de santé de toutes les provinces et de tous les territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées.

Pour chacun des trois premiers cycles de l'ENSP (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999), on a produit deux fichiers transversaux. Le Fichier général contient des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques et certains renseignements sur la santé pour tous les membres des ménages participants (recueillis au moyen du questionnaire général). Le Fichier santé contient des renseignements détaillés supplémentaires sur la santé (recueillis au moyen du questionnaire sur la santé) au sujet d'un membre du ménage sélectionné au hasard, ainsi que les renseignements généraux sur cette personne provenant du Fichier général. À partir du cycle de 2000-2001 (cycle 4), l'ENSP est devenue une enquête strictement longitudinale et les questionnaires général et sur la santé ont été combinés.

Pour les trois premiers cycles, deux taux de réponse transversaux ont été calculés, soit au niveau du ménage et au niveau individuel. Le taux de réponse au niveau du ménage est le pourcentage de ménages pour lesquels on a recueilli au moins toutes les réponses au questionnaire général pour le membre du ménage sélectionné au hasard. Le taux de réponse au niveau individuel est le pourcentage de ménages participants pour lesquels les réponses au questionnaire sur la santé ont été recueillies pour le membre du ménage sélectionné au hasard. Pour 1994-1995, le taux de réponse au niveau du ménage est de 88,7 % et le taux de réponse au niveau individuel, de 96,1 %. Pour 1996-1997, les taux correspondants sont de 82,6 % et de 95,6 %, et pour 1998-1999, de 87,6 % et de 98,5 %.

Les données chronologiques sur l'usage du tabac pour 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 ont été produites d'après les Fichiers santé

transversaux de l'ENSP. Le calcul des taux est fondé sur la population à domicile de 18 ans et plus habitant dans les 10 provinces.

Un fichier longitudinal est également produit pour chaque cycle de l'ENSP. En 1994-1995, on a sélectionné un sous-ensemble des membres des ménages choisis au hasard (17 626) pour former le panel longitudinal et ces membres ont été suivis au fil du temps. Pour les cycles subséquents, les taux de réponse pour ce panel étaient de 92,8 % pour le cycle 2 (1996-1997), de 88,2 % pour le cycle 3 (1998-1999), de 84,8 % pour le cycle 4 (2000-2001) et de 80,6 % pour le cycle 5 (2002-2003). Les analyses des facteurs associés au renoncement au tabac et à la rechute sont fondées sur le fichier longitudinal « carré » du cycle 5 (2002-2003) qui contient les enregistrements pour tous les membres du panel sélectionné au départ pour lesquels l'information du cycle 1 est disponible, que l'on ait recueilli ou non l'information à leur sujet au cours des cycles ultérieurs. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des rapports parus antérieurement^{9,10}.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les taux chronologiques d'usage du tabac pour 2001-2002 et 2003 sont calculés d'après les données sur la population de 18 ans et plus provenant des cycles 1.1 et 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Les associations entre les foyers et lieux de travail sans fumée et l'intensité de l'usage du tabac sont fondées sur les données de 2003. L'analyse des facteurs associés au fait d'être un fumeur invétéré (de ne pas avoir l'intention de renoncer au tabac dans un avenir rapproché) est fondée sur les données de 2003 pour Terre-Neuve, le Québec et la Saskatchewan.

L'ESCC est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements transversaux sur la santé de la population canadienne. Elle couvre la population à domicile de 12 ans et plus des provinces et des territoires, sauf les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Le premier cycle (1.1) a débuté en septembre 2000 et s'est poursuivi pendant 14 mois. Le taux de réponse a été de 84,7 %, ce qui a produit un échantillon de 131 535 personnes. Le cycle 2.1 a débuté en janvier 2003 et s'est terminé en décembre de cette année-là. Le taux de réponse a été de 80,6 %, ce qui a donné un échantillon de 135 573 personnes. La méthodologie de l'ESCC est décrite dans un rapport paru antérieurement¹¹.

À l'aide de données tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (voir *Sources des données*), le présent article fait le point sur les tendances en matière d'usage du tabac parmi la population canadienne de 18 ans et plus (voir *Techniques d'analyse, Définitions et Limites*). L'association entre les milieux sans fumée et la consommation de cigarettes est examinée à l'aide des données de

Étapes du changement

Selon certaines études, le processus d'abandon du tabac comprend cinq étapes distinctes^{3,6,12,13}. Il n'est pas rare que des fumeurs passent par ces étapes à plusieurs reprises avant de réussir à renoncer au tabac.

- À l'étape de la *précontemplation*, le fumeur ne prévoit pas renoncer au tabac dans l'avenir prévisible. Dans le présent article, les fumeurs qui en sont à l'étape de la précontemplation sont appelés des fumeurs « invétérés ».
- À l'étape de la *contemplation*, le fumeur est conscient du problème et pense sérieusement à changer de comportement, habituellement au cours des six prochains mois, bien qu'il ne s'arrête pas nécessairement de fumer au cours de cette période.
- À l'étape de la *préparation*, le fumeur prend le ferme engagement de cesser de fumer. À cette étape, les fumeurs ont habituellement pris certaines mesures initiales pour modifier leur comportement et ils prévoient cesser de fumer dans l'immédiat⁶.
- À l'étape de l'*action*, le fumeur a changé de comportement — il a cessé de fumer. Pour les besoins de la présente analyse, l'étape de l'action s'entend de la transition de la personne qui passe de l'état de fumeur quotidien à celui de non-fumeur entre deux cycles consécutifs de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (voir *Techniques d'analyse*).
- À l'étape du *maintien*, l'ancien fumeur tâche de prolonger la période d'abstinence de manière à réussir à abandonner le tabac. Même si la possibilité d'une rechute est la plus forte dans l'année qui suit l'abandon du tabac, elle se produit parfois après plusieurs années sans fumer. Dans la présente analyse, des paires de cycles consécutifs du fichier longitudinal de l'ENSP ont été utilisées pour identifier les anciens fumeurs quotidiens qui, au moment de l'entrevue de suivi deux ans plus tard, ont déclaré fumer tous les jours.

l'ESCC de 2003. Les taux d'abandon du tabac et de rechute sont estimés d'après les données longitudinales provenant de cinq cycles de l'ENSP (1994-1995 à 2002-2003), qui servent également à examiner les facteurs associés à l'abandon du tabac et à la rechute. Les données transversales de l'ESCC de 2003 sont utilisées pour déterminer les caractéristiques des fumeurs qui ne prévoient pas cesser de fumer dans un avenir proche. Comme certaines recherches donnent à penser que les facteurs associés au changement de comportement chez les fumeurs de sexe masculin et ceux de sexe féminin diffèrent¹⁴⁻¹⁷, l'analyse est réalisée séparément pour les hommes et pour les femmes.

Usage du tabac moins répandu

Au milieu des années 1960, près de la moitié des adultes canadiens fumaient la cigarette; en 2003, la proportion était de 24 % (données non présentées). La baisse des taux d'usage du tabac au cours des 40 dernières années a été beaucoup plus prononcée chez les hommes que chez les femmes. Au milieu des années 1960, le taux d'usage du tabac chez les hommes surpassait de 22 points de pourcentage celui observé chez les femmes (59 % contre 37 %); en 2003, l'écart n'était plus que de 5 points de pourcentage (27 % contre 22 %).

La plupart des personnes qui fument le font tous les jours. Cependant, les tendances quant à l'usage quotidien et quant à l'usage occasionnel diffèrent. Depuis 1994-1995, les taux d'usage quotidien du tabac ont diminué, tandis que les taux d'usage occasionnel sont demeurés assez stables (graphique 1).

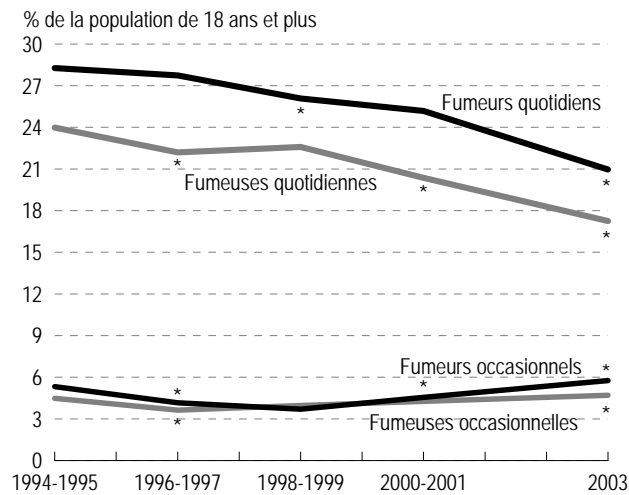
Taux de renoncement à la hausse

Dans la présente analyse, le taux d'abandon du tabac s'entend du pourcentage de personnes qui fumaient lors d'un cycle de l'ENSP, mais qui, lors d'une nouvelle entrevue deux ans plus tard, ont déclaré qu'elles ne fumaient pas.

Au cours de la dernière décennie, le pourcentage de fumeurs quotidiens qui ont cessé de fumer sur une période de deux ans a augmenté (tableau 1). Entre 1994-1995 et 1996-1997, 9 % des hommes qui étaient des fumeurs quotidiens ont renoncé au

tabac; entre 2000-2001 et 2002-2003, la proportion était de 18 %. Chez les femmes, le pourcentage de celles qui ont arrêté de fumer au cours des mêmes intervalles de deux ans est passé de 11 % à 16 %.

Graphique 1
Pourcentage de fumeurs, selon le sexe et le type de fumeur, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2003



Sources des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003
Nota : Le taux d'usage quotidien du tabac est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour toutes les périodes. Le taux d'usage occasionnel du tabac est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour 2003.
* Valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ($p < 0,05$).

De l'ordre d'environ 40 %, les taux d'abandon du tabac sur deux ans étaient beaucoup plus élevés chez les fumeurs occasionnels. Toutefois, la plupart des fumeurs occasionnels ont un plus faible degré d'accoutumance que les fumeurs quotidiens, de sorte que les taux élevés d'abandon ne sont pas étonnants. Comme les fumeurs occasionnels sont un groupe particulier de petite taille, l'analyse des facteurs associés à l'abandon du tabac dans le présent article est limitée aux fumeurs quotidiens.

Les fumeurs quotidiens ne sont pas tous aussi susceptibles les uns que les autres de cesser de fumer. En fait, environ le tiers d'entre eux ne prévoient pas arrêter dans l'avenir immédiat (voir *Fumeurs invétérés*). Certaines caractéristiques et situations semblent faciliter le processus, tandis que d'autres pourraient l'entraver. En outre, des facteurs qui pourraient être importants, comme le comportement à l'égard du tabac, l'état de santé, le mode de vie, des variables psychosociales et des caractéristiques sociodémographiques, n'existent pas isolément. L'analyse des données longitudinales de l'ENSP couvrant huit années, en tenant compte des corrélations éventuelles, révèle que seulement certaines de ces variables sont associées significativement à l'abandon du tabac.

Degrés d'accoutumance

Selon certains auteurs, l'accoutumance à la nicotine est l'obstacle principal au renoncement au tabac¹⁸.

Tableau 1
Pourcentage de fumeurs quotidiens et de fumeurs occasionnels qui ont arrêté de fumer sur une période de deux ans, selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Tous les fumeurs			Fumeurs quotidiens			Fumeurs occasionnels		
	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes
	%			%			%		
Taux global d'abandon du tabac sur deux ans	17,0	17,2	16,7	12,7	13,1	12,2	40,6	40,1	41,1
1994-1995 à 1996-1997	14,2	12,7	15,8	9,6	8,7	10,7	38,7	34,5	43,1
1996-1997 à 1998-1999	15,9	16,6*	15,0	11,8*	12,7*	10,8	41,1	40,6	41,7
1998-1999 à 2000-2001	17,5*	18,4*	16,6	13,9*	15,0*	12,8	39,9	42,1	38,1
2000-2001 à 2002-2003	21,5*	22,7*	20,3*	16,8*	17,9*	15,6*	43,1	45,1	41,1

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé (carré), 1994-1995 à 2002-2003
* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour 1994-1995 à 1996-1997 ($p < 0,05$).

Les études réalisées révèlent systématiquement une association négative entre le nombre de cigarettes fumées par jour et l'abandon du tabac^{8,14,16,17,19-23}. À cet égard, l'analyse des données de l'ENSP révèle que la cote exprimant la possibilité d'abandonner le

tabac est nettement plus élevée chez les petits fumeurs (moins de 10 cigarettes par jour) que chez les grands fumeurs (25 cigarettes ou plus par jour) (tableaux 2 et 3).

Tableau 2

Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques des hommes fumeurs quotidiens et l'abandon du tabac sur une période de deux ans, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [‡]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [‡]	Intervalle de confiance de 95 %
Hommes								
Nombre de cigarettes par jour								
1 à 9 (petit fumeur)	2,9*	2,0- 4,1	2,5*	1,7- 3,7				
10 à 24 (fumeur moyen)	1,2	0,9- 1,6	1,1	0,9- 1,5				
25 et plus (grand fumeur) [†]	1,0	...	1,0	...				
Première cigarette de la journée[§]								
Dans les 30 minutes après le réveil								
	0,5*	0,4- 0,7	0,6*	0,4- 0,8				
De 31 à 60 minutes après le réveil								
	0,8	0,5- 1,1	0,8	0,5- 1,1				
Plus de 60 minutes après le réveil [†]								
	1,0	...	1,0	...				
Âge au début de l'usage du tabac								
Moins de 18 ans [†]	1,0	...	1,0	...				
18 ans et plus	1,6*	1,3- 2,0	1,4*	1,1- 1,7				
Foyer sans fumée								
Oui	1,4*	1,0- 1,9	1,1	0,8- 1,6				
Non [†]	1,0	...	1,0	...				
Interdiction de fumer au travail[§]								
(travailleurs de 18 à 54 ans)								
Oui	1,1	0,8- 1,6	0,9	0,7- 1,4				
Non [†]	1,0	...	1,0	...				
Problèmes de santé chroniques								
Vasculaires								
Au moins un nouveau problème								
	2,7*	1,9- 3,9	2,9*	2,0- 4,2				
Au moins un problème existant								
	0,8	0,6- 1,2	0,8	0,6- 1,2				
Aucun [†]								
	1,0	...	1,0	...				
Respiratoires								
Au moins un nouveau problème								
	0,8	0,5- 1,5	0,8	0,5- 1,5				
Au moins un problème existant								
	0,7	0,5- 1,1	0,8	0,5- 1,2				
Aucun [†]								
	1,0	...	1,0	...				
Indice de masse corporelle (IMC)								
Pas de surpoids (< 25) [†]								
	1,0	...	1,0	...				
Embonpoint/obèse (≥ 25)								
	1,2	0,9- 1,5	1,1	0,9- 1,4				
Abus d'alcool								
Oui								
	0,7*	0,5- 0,9	0,8	0,6- 1,0				
Non [†]								
	1,0	...	1,0	...				
Détresse psychologique								
Faible [†]								
	1,0	...	1,0	...				
Moyenne								
	0,7*	0,6- 0,9	0,7*	0,6- 0,9				
Intense								
	0,6*	0,4- 0,8	0,7*	0,5- 1,0				
Faible soutien émotionnel^{††}								
Oui								
	0,6*	0,4- 0,8	0,6*	0,4- 0,9				
Non [†]								
	1,0	...	1,0	...				
Stress chronique^{‡‡}								
0 à 1 facteur de stress (faible) [†]								
	1,0	...	1,0	...				
2 à 5 facteurs de stress (moyen)								
	1,1	0,7- 1,6	1,2	0,8- 1,9				
6 facteurs de stress ou plus (élevé)								
	0,9	0,5- 1,5	1,0	0,6- 1,7				
Groupe d'âge								
18 à 29 ans								
	0,9	0,7- 1,2	1,0	0,8- 1,4				
30 à 64 ans [†]								
	1,0	...	1,0	...				
65 ans et plus								
	1,3	0,9- 1,9	1,3	0,9- 1,9				
Niveau de scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires								
	1,1	0,8- 1,5	1,2	0,8- 1,6				
Diplôme d'études secondaires [†]								
	1,0	...	1,0	...				
Études postsecondaires partielles								
	1,5*	1,0- 2,1	1,6*	1,1- 2,2				
Diplôme d'études postsecondaires								
	1,6*	1,1- 2,2	1,5*	1,1- 2,2				
Revenu du ménage								
Inférieur/moyen-inférieur [†]								
	1,0	...	1,0	...				
Moyen/moyen-supérieur/supérieur								
	1,9*	1,4- 2,5	1,7*	1,2- 2,3				
Enfant(s) de 5 ans ou moins dans le ménage								
Oui								
	1,5*	1,1- 1,9	1,4*	1,0- 1,8				
Non [†]								
	1,0	...	1,0	...				

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé (carré), 1994-1995 à 2002-2003

[†] Catégorie de référence.

[‡] Corrigé pour tenir compte du nombre de cigarettes par jour, de l'âge au début de l'usage du tabac, de la situation de foyer sans fumée, des problèmes de santé chroniques (vasculaires et respiratoires), de l'IMC, de l'abus d'alcool, de la détresse psychologique, de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de la présence d'enfants de 5 ans ou moins dans le ménage (voir Techniques d'analyse).

[§] Fondé sur les cohortes 2, 3 et 4 (voir Techniques d'analyse).

^{††} Fondé sur les cohortes 1 et 2 (voir Techniques d'analyse).

^{‡‡} Fondé sur les cohortes 1 et 4 (voir Techniques d'analyse).

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau 3

Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques des femmes fumeuses quotidiennes et l'abandon du tabac sur une période de deux ans, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé†	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé†	Intervalle de confiance de 95 %
Femmes								
Nombre de cigarettes par jour								
1 à 9 (petite fumeuse)	2,0*	1,4- 2,9	1,7*	1,1- 2,5				
10 à 24 (fumeuse moyenne)	1,1	0,8- 1,4	1,0	0,7- 1,4				
25 et plus (grande fumeuse)†	1,0	...	1,0	...				
Première cigarette de la journée§								
Dans les 30 minutes après le réveil	0,6*	0,5- 0,8	0,7*	0,5- 1,0				
De 31 à 60 minutes après le réveil	0,9	0,7- 1,3	1,0	0,7- 1,4				
Plus de 60 minutes après le réveil†	1,0	...	1,0	...				
Âge au début de l'usage du tabac								
Moins de 18 ans†	1,0	...	1,0	...				
18 ans et plus	1,3*	1,0- 1,6	1,3*	1,0- 1,6				
Foyer sans fumée								
Oui	1,5*	1,1- 2,1	1,3	1,0- 1,9				
Non†	1,0	...	1,0	...				
Interdiction de fumer au travail§								
(travailleuses de 18 à 54 ans)								
Oui	0,9	0,7- 1,3	0,8	0,6- 1,2				
Non†	1,0	...	1,0	...				
Problèmes de santé chroniques								
Vasculaires								
Au moins un nouveau problème	2,1*	1,6- 2,8	2,4*	1,7- 3,3				
Au moins un problème existant	1,0	0,7- 1,4	1,1	0,7- 1,5				
Aucun†	1,0	...	1,0	...				
Respiratoires								
Au moins un nouveau problème	0,7	0,4- 1,1	0,7	0,4- 1,2				
Au moins un problème existant	1,0	0,7- 1,3	1,0	0,7- 1,4				
Aucun†	1,0	...	1,0	...				
Indice de masse corporelle (IMC)								
Pas de surpoids (< 25)†	1,0	...	1,0	...				
Embonpoint/obèse (≥ 25)	1,0	0,8- 1,3	1,1	0,8- 1,3				
Abus d'alcool								
Oui	0,7*	0,5- 1,0	0,7*	0,5- 0,9				
Non†	1,0	...	1,0	...				
Détresse psychologique								
Faible†	1,0	...	1,0	...				
Moyenne	1,0	0,7- 1,2	0,9	0,7- 1,2				
Intense	1,0	0,7- 1,3	0,9	0,7- 1,3				
Faible soutien émotionnel††								
Oui	0,8	0,5- 1,2	0,8	0,5- 1,3				
Non†	1,0	...	1,0	...				
Stress chronique††								
0 à 1 facteur de stress (faible)†	1,0	...	1,0	...				
2 à 5 facteurs de stress (moyen)	0,7	0,5- 1,0	0,8	0,5- 1,2				
6 facteurs de stress ou plus (élevé)	0,6*	0,4- 0,8	0,5*	0,3- 0,8				
Groupe d'âge								
18 à 29 ans	1,4*	1,0- 1,7	1,5*	1,1- 2,0				
30 à 64 ans†	1,0	...	1,0	...				
65 ans et plus	1,4	1,0- 1,9	1,1	0,7- 1,5				
Niveau de scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires	1,2	0,9- 1,6	1,2	0,9- 1,7				
Diplôme d'études secondaires†	1,0	...	1,0	...				
Études postsecondaires partielles	1,3	0,9- 1,7	1,2	0,9- 1,7				
Diplôme d'études postsecondaires	1,5*	1,1- 2,1	1,4*	1,1- 1,9				
Revenu du ménage								
Inférieur/moyen-inférieur†	1,0	...	1,0	...				
Moyen/moyen-supérieur/supérieur	1,4*	1,1- 1,8	1,4*	1,1- 1,8				
Enfant(s) de 5 ans ou moins dans le ménage								
Oui	0,9	0,7- 1,2	0,9	0,7- 1,2				
Non†	1,0	...	1,0	...				

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé (carré), 1994-1995 à 2002-2003

† Catégorie de référence.

‡ Corrigé pour tenir compte du nombre de cigarettes par jour, de l'âge au début de l'usage du tabac, de la situation de foyer sans fumée, des problèmes de santé chroniques (vasculaires et respiratoires), de l'IMC, de l'abus d'alcool, de la détresse psychologique, de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de la présence d'enfants de 5 ans ou moins dans le ménage (voir Techniques d'analyse).

§ Fondé sur les cohortes 2, 3 et 4 (voir Techniques d'analyse).

†† Fondé sur les cohortes 1 et 2 (voir Techniques d'analyse).

‡‡ Fondé sur les cohortes 1 et 4 (voir Techniques d'analyse).

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Fumeurs invétérés

De toute évidence, le premier pas que le fumeur doit faire sur le chemin qui mène à l'abandon du tabac est de décider de cesser de fumer. Dans le présent article, on qualifie de fumeurs « invétérés » ceux qui n'ont pas encore franchi ce pas. Ces personnes sont celles qui ont répondu « non » à la question « Envisagez-vous sérieusement de cesser de fumer au cours des six prochains mois? » Dans le modèle des « étapes du changement », ces fumeurs seraient à l'étape de la « précontemplation » (voir *Étapes du changement*).

L'analyse des données de l'ENSP de 1996-1997 révèle que la moitié des fumeurs quotidiens (51 % des hommes et 53 % des femmes) ne prévoyaient pas cesser de fumer dans l'avenir immédiat. Effectivement, deux ans plus tard, juste 19 % des hommes et 13 % des femmes dans ce groupe ont déclaré qu'ils avaient tâché de cesser de fumer ou réussi à cesser de fumer, comparativement à 31 % des fumeurs quotidiens qui avaient envisagé sérieusement de cesser de fumer en 1996-1997.

Dans l'ESCC de 2003, la question permettant d'identifier les fumeurs invétérés a été posée dans trois provinces seulement. Dans chacune d'elle, le pourcentage de fumeurs quotidiens qui ne prévoyaient pas cesser de fumer avait diminué sensiblement depuis 1996-1997, passant de 60 % à 35 % à Terre-Neuve, de 60 % à 37 % au Québec et de 49 % à 35 % en Saskatchewan.

En 2003, dans le cas des femmes mais non des hommes, le fait d'être un fumeur invétéré était fortement associé à la consommation de cigarettes. La cote exprimant le risque d'être une fumeuse invétérée était environ deux fois plus élevée pour les femmes qui fumaient 25 cigarettes ou plus par jour que chez les petites fumeuses (tableaux A et B en annexe). Chose étonnante, les hommes dont la consommation de cigarettes était modérée étaient en réalité moins susceptibles que les petits fumeurs d'être des fumeurs invétérés; pour les grands fumeurs, il n'y avait pas de différence significative.

Tant chez les hommes que chez les femmes, le fait de vivre dans un foyer où il était interdit de fumer fait baisser la cote exprimant le risque d'être un fumeur invétéré, mais la relation n'était pas significative chez les hommes après prise en compte des effets des autres variables.

La cote exprimant la possibilité d'être un fumeur invétéré était environ deux fois plus élevée chez les personnes âgées que chez celles de 30 à 64 ans. Les fumeurs plus âgés opposent peut-être une plus grande résistance au renoncement au tabac, de sorte que des programmes d'intervention spéciaux peuvent être nécessaires pour les convaincre d'envisager d'abandonner le tabac²⁴.

Plusieurs associations ont été observées entre le statut socioéconomique et le fait d'être un fumeur invétéré. Cependant, la seule qui est demeurée significative après prise en compte des effets des autres facteurs était la non-obtention du diplôme d'études secondaires, chez les hommes. En outre, les hommes vivant dans des ménages avec de jeunes enfants étaient moins susceptibles d'être des fumeurs invétérés que ceux vivant dans des ménages sans jeunes enfants.

Le moment où est fumée la première cigarette de la journée témoigne aussi du degré d'accoutumance²⁵. Les hommes et les femmes qui fument leur première cigarette dans les 30 minutes après le réveil sont moins susceptibles de cesser de fumer que ceux et celles qui attendent plus d'une heure. En outre, les hommes et les femmes qui avaient moins de 18 ans lorsqu'ils ont commencé à fumer sont moins susceptibles de renoncer à la cigarette que ceux et celles qui ont commencé à fumer à un âge plus avancé.

Des milieux sans fumée

Un nombre croissant de restrictions ont été imposées quant à l'usage du tabac dans les lieux publics et privés. En 2003, des pourcentages assez élevés d'hommes et de femmes qui étaient des fumeurs quotidiens vivaient dans un foyer sans fumée et travaillaient dans un milieu où l'usage du tabac était interdit (tableau 4).

Toutefois, selon les analyses des données de l'ENSP, les restrictions quant à l'usage du tabac dans les lieux de travail ne sont pas reliées à l'abandon du tabac. Bien que la probabilité d'arrêter de fumer soit plus forte chez les hommes et les femmes qui vivent dans un foyer sans fumée, cette association n'est pas

Tableau 4
Pourcentage de la population déclarant des restrictions quant à l'usage du tabac, selon le sexe et l'usage du tabac, Canada, territoires non compris, 2003

	Hommes	Femmes
	%	
Foyer sans fumée (population de 18 ans et plus)		
Total	56	58*
Fumeur quotidien	32	24*
Fumeur occasionnel	54 [†]	53 [†]
Non-fumeur	63 [†]	65 ^{†*}
Interdiction de fumer au travail (travailleurs de 18 à 54 ans)		
Total	57	75*
Fumeur quotidien	43	62*
Fumeur occasionnel	52 [†]	73 ^{†*}
Non-fumeur	62 [†]	78 ^{†*}

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).
† Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour la catégorie précédente ($p < 0,05$).

significative lorsqu'on tient compte des effets des autres facteurs, notamment l'intensité de l'usage du tabac. Les fumeurs qui vivent dans de tels foyers ont tendance à être de petits fumeurs et sont les plus susceptibles de renoncer au tabac.

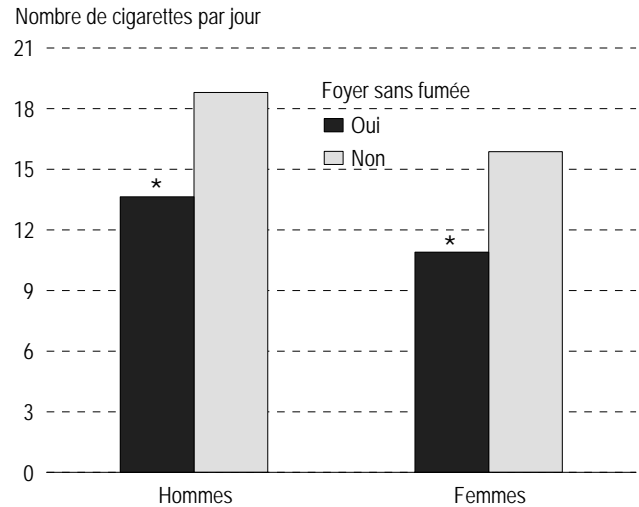
Néanmoins, il existe un lien entre les restrictions imposées en matière d'usage du tabac tant à domicile que dans les endroits publics et la baisse de la consommation de tabac²⁶⁻²⁸. Les hommes qui sont des fumeurs quotidiens qui vivent dans un foyer sans fumée consomment en moyenne 14 cigarettes par jour, comparativement à 19 pour ceux vivant dans un ménage où il est permis de fumer (graphique 2). Chez les femmes, les moyennes correspondantes sont de 11 et de 16 cigarettes par jour. En outre, les hommes qui fument tous les jours mais qui travaillent dans un milieu où l'usage du tabac est interdit consomment en moyenne 15 cigarettes par jour, comparativement à 18 cigarettes par jour pour ceux qui ont le droit de fumer au travail; chez les femmes, les moyennes correspondantes sont de 14 et de 15 cigarettes par jour (graphique 3).

Combinés, la vie dans un foyer sans fumée et le travail dans un lieu où il est interdit de fumer ont un effet encore plus important sur la consommation de cigarettes (graphique 4). Les hommes fumant tous les jours auxquels ces restrictions étaient imposées consommaient en moyenne 7 cigarettes de moins par jour que ceux qui étaient autorisés à fumer à la maison et au travail. Dans le cas des femmes, la différence est de 6 cigarettes de moins par jour.

La relation entre les restrictions en matière d'usage du tabac et la consommation de cigarettes est importante pour deux raisons. En premier lieu, il y a une relation dose-réponse entre le nombre de cigarettes fumées par jour et le risque de maladie et de décès : plus le nombre de cigarettes fumées est élevé, plus élevé également est le risque de tomber malade et de mourir⁵. En outre, comme le montre l'analyse des données de l'ENSP, une plus faible consommation est associée à une plus forte probabilité de cesser de fumer. Par conséquent, même si les interdictions de fumer à la maison et au travail n'ont pas un effet immédiat sur l'abandon du

Graphique 2

Nombre moyen de cigarettes par jour, selon les restrictions quant à l'usage du tabac dans le ménage et selon le sexe, fumeurs quotidiens de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2003

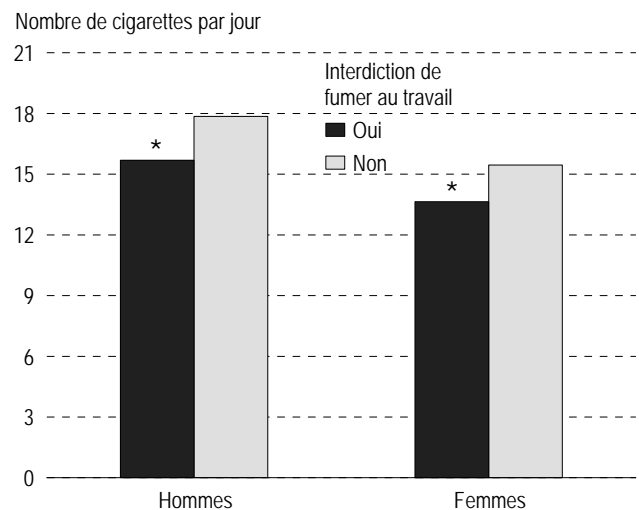


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement plus faible que l'estimation pour la catégorie « non » ($p < 0,05$).

Graphique 3

Nombre moyen de cigarettes par jour, selon les restrictions quant à l'usage du tabac au lieu de travail et selon le sexe, fumeurs quotidiens ayant un emploi âgés de 18 à 54 ans, Canada, territoires non compris, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement plus faible que l'estimation pour la catégorie « non » ($p < 0,05$).

Techniques d'analyse

Les taux d'usage quotidien et occasionnel du tabac pour 1994-1995 à 2003 sont estimés d'après les données transversales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Les analyses des facteurs associés à l'abandon du tabac et à la rechute sont fondées sur les données longitudinales provenant des cycles 1 à 5 (1994-1995 à 2002-2003) de l'ENSP. Pour les deux ensembles d'analyses, on a utilisé une méthode de « regroupement des observations répétées » combinée à l'analyse par régression logistique^{14,29}. Cette méthode est particulièrement utile pour prédire le risque à court terme d'un événement quand on s'attend à ce que les facteurs de risque associés à l'événement évoluent au fil du temps¹⁴. Les fumeurs qui essaient de renoncer au tabac peuvent rechuter plusieurs fois avant d'arrêter de fumer pour de bon et les facteurs de risque tels que les niveaux de soutien émotionnel et de stress peuvent varier⁴.

L'analyse des facteurs associés à l'abandon du tabac est fondée sur les fumeurs quotidiens de 18 ans et plus. L'abandon du tabac a été défini comme étant une transition de l'état de fumeur quotidien à celui de non-fumeur entre deux cycles consécutifs de l'ENSP.

L'analyse a porté sur quatre cohortes d'observations regroupées. Les années de référence pour les quatre cohortes sont 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001. Pour chaque année de référence, tous les fumeurs quotidiens de 18 ans et plus ont été sélectionnés. Ils ont été considérés comme étant des « renoncateurs » si, lors de l'entrevue de suivi menée deux ans plus tard, ils ont déclaré ne jamais fumer.

Taille des échantillons pour les fumeurs quotidiens et les « renoncateurs »

Cohorte	Référence	Suivi	Fumeurs quotidiens (référence)		« Renoncateurs » (suivi)	
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1	1994-1995	1996-1997	1 650	1 701	146	180
2	1996-1997	1998-1999	1 538	1 532	189	157
3	1998-1999	2000-2001	1 325	1 413	180	195
4	2000-2001	2002-2003	1 095	1 145	178	181
Total			5 608	5 791	693	713

Cet ensemble d'observations regroupées a ensuite été soumis à l'analyse par régression logistique pour examiner les caractéristiques des fumeurs durant l'année de référence en relation avec l'abandon du tabac deux ans plus tard. On a calculé des rapports de cotes non corrigés pour examiner la relation individuelle entre chaque facteur et l'abandon du tabac, et utilisé l'analyse par régression logistique multiple pour estimer l'effet de chaque facteur conditionnellement aux effets d'une combinaison de facteurs. Les variables incluses dans le modèle multivarié ont été sélectionnées en tenant compte des documents de référence déjà parus sur le sujet et des données recueillies dans le cadre de l'ENSP; ces variables incluent les comportements face à l'usage du tabac, les problèmes de santé chroniques, les comportements ayant un effet sur la santé, les facteurs psychosociaux et les caractéristiques socioéconomiques (voir *Définitions*). Certaines variables qui, selon les documents de référence, pourraient être reliées à l'abandon du

tabac et à la rechute ne sont pas incluses dans chaque cycle de l'ENSP. En pareils cas, les modèles de régression logistique ont été exécutés uniquement sur les cohortes pour lesquelles l'information avait été recueillie pour l'année de référence. Ces variables incluent le moment de la première cigarette de la journée (cohortes 2, 3 et 4), les interdictions de fumer au lieu de travail (cohortes 2, 3 et 4), le soutien émotionnel (cohortes 1 et 2) et le stress chronique (cohortes 1 et 4).

L'analyse des facteurs associés à la rechute a été réalisée de la même façon. Pour chacune des quatre années de référence, on a sélectionné les anciens fumeurs de 18 ans et plus (personne qui ne fumait pas au moment de l'entrevue, mais qui avait fumé quotidiennement dans le passé). Un « rechuteur » a été défini comme étant un ancien fumeur quotidien qui a déclaré qu'il fumait quotidiennement lors de l'entrevue de suivi deux ans plus tard.

Taille des échantillons pour les anciens fumeurs quotidiens et les « rechuteurs »

Cohorte	Référence	Suivi	Anciens fumeurs quotidiens (référence)		« Rechuteurs » (suivi)	
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1	1994-1995	1996-1997	1 602	1 429	68	69
2	1996-1997	1998-1999	1 595	1 449	72	84
3	1998-1999	2000-2001	1 522	1 382	67	48
4	2000-2001	2002-2003	1 575	1 551	54	64
Total			6 294	5 811	261	265

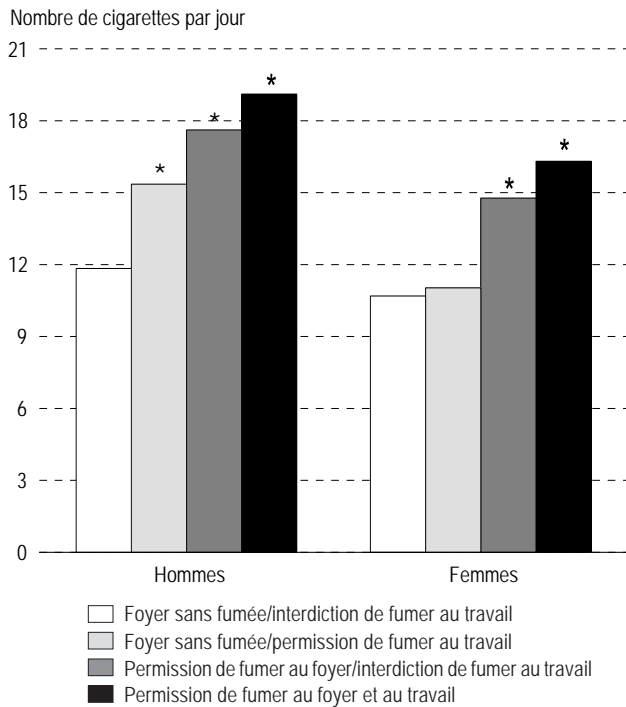
Le nombre d'années depuis l'abandon du tabac était un puissant prédicteur de rechute. Par conséquent, dans le premier ensemble de régressions, la rechute a été examinée en relation avec chaque facteur de risque, en tenant compte de l'effet du nombre d'années écoulées depuis l'abandon du tabac. Dans le deuxième ensemble, les variables supplémentaires étaient similaires à celles utilisées dans les modèles d'abandon et, de nouveau, on a étudié les associations avec les variables pour lesquelles des données n'ont été recueillies que lors de certains cycles de l'ENSP en se fondant sur les cohortes pertinentes.

L'analyse des facteurs associés au fait de ne pas prévoir cesser de fumer au cours des six prochains mois (fumeurs invétérés) était fondée sur les données transversales de l'ESCC de 2003 recueillies pour Terre-Neuve, le Québec et la Saskatchewan. Dans ces provinces, les tailles des échantillons de fumeurs quotidiens étaient 3 606 pour les hommes et 3 833 pour les femmes. De ces fumeurs quotidiens, 1 311 hommes et 1 538 femmes ne prévoyaient pas cesser de fumer. De nouveau, on a utilisé la régression logistique et estimé les cotes non corrigées et corrigées associées au fait d'être un fumeur invétéré au moyen de modèles similaires à ceux utilisés pour l'abandon du tabac.

La variance des taux de prévalence de l'usage du tabac, des taux d'abandon du tabac, des taux de rechute, des différences entre les taux et des différences entre les rapports de cotes a été calculée selon la méthode du *bootstrap*, qui tient compte des effets du plan de sondage^{30,32}.

Graphique 4

Nombre moyen de cigarettes par jour, selon les restrictions quant à l'usage du tabac au lieu de travail et dans le ménage et selon le sexe, fumeurs quotidiens ayant un emploi âgés de 18 à 54 ans, Canada, territoires non compris, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour la (les) catégorie(s) précédente(s) ($p < 0,05$).

tabac, la consommation réduite qu'imposent aux fumeurs les milieux sans fumée pourrait, en dernière analyse, rendre cet abandon plus facile.

Santé physique et émotionnelle

Même en tenant compte de la forte influence des indicateurs d'accoutumance, plusieurs facteurs liés à la santé influent sur la probabilité d'arrêter de fumer (tableaux 2 et 3).

La cote exprimant la possibilité d'arrêter de fumer était plus de deux fois plus élevée pour les fumeurs quotidiens chez lesquels on avait récemment diagnostiqué un problème vasculaire (maladie cardiaque, hypertension, accident vasculaire cérébral ou diabète) que pour ceux chez lesquels ce genre de problème de santé ne s'était pas manifesté. Toutefois, les problèmes vasculaires préexistants ne sont pas associés à l'abandon du tabac. D'autres études montrent également qu'il n'y a pas de lien entre une

maladie de longue date et l'abandon du tabac^{16,19}, mais que les problèmes de santé survenus récemment peuvent inciter un fumeur à arrêter^{8,14}. Fait un peu étonnant, ni l'existence préalable ni le diagnostic récent d'une maladie respiratoire (bronchite chronique, emphysème ou asthme) n'est associé à l'abandon du tabac.

La relation entre le poids et l'abandon du tabac est complexe. Bien que les fumeurs qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses puissent être motivés à arrêter de fumer à cause des risques supplémentaires que cela pose pour la santé, la crainte de prendre davantage de poids après avoir arrêté de fumer pourrait les décourager. Selon les données de l'ENSP, les fumeurs quotidiens obèses ou faisant de l'embonpoint ne sont ni plus ni moins susceptibles de renoncer au tabac que ceux dont le poids se situe dans une fourchette normale.

Comme en témoignent nombre d'études parues jusqu'ici^{16,21,23,33}, la consommation abusive d'alcool réduit la probabilité d'arrêter de fumer chez l'un et l'autre sexe. Toutefois, lorsque d'autres facteurs sont pris en compte, la relation ne reste pas significative pour les hommes.

Chez les fumeurs de sexe masculin, une détresse psychologique d'intensité moyenne ou forte et un faible soutien émotionnel réduisent la cote exprimant la possibilité d'arrêter de fumer. Chez les fumeuses, par contre, ni la détresse psychologique ni le soutien émotionnel n'influent sur la cote exprimant la possibilité d'arrêter de fumer. En outre, chez les femmes, le stress chronique est un facteur plus important; ainsi, la cote exprimant la possibilité de cesser de fumer est inférieure de moitié chez celles qui déclarent six facteurs de stress ou plus comparativement à celles qui n'en déclarent qu'un seul ou aucun.

Facteurs sociodémographiques

De nombreuses études ont établi un lien entre le statut socioéconomique et l'abandon du tabac^{3,8,12-14,17,19,21-23,28}. Selon les analyses des données de l'ENSP, tant chez les hommes que chez les femmes, il existe un lien entre un niveau élevé de scolarité et de revenu du ménage et l'abandon du tabac, même lorsqu'on tient compte des effets des autres variables (tableaux 2 et 3).

Chez les hommes, la cote exprimant la possibilité de cesser de fumer ne varie pas selon l'âge. Par contre, la cote exprimant la possibilité d'arrêter de fumer est plus élevée chez les femmes de 18 à 29 ans que chez celles de 30 à 64 ans. En ce qui concerne l'abandon du tabac, l'avantage des jeunes femmes pourrait en partie être lié à la planification ou à la survenue effective d'une grossesse. À ce propos, les femmes sont plus susceptibles de cesser de fumer durant la grossesse qu'à tout autre moment durant leur vie⁵. Une autre possibilité est que les professionnels de la santé conseillent vivement aux femmes en âge de procréer qui utilisent des contraceptifs oraux de cesser de fumer.

Les fumeurs de sexe masculin qui vivent dans un foyer comptant de jeunes enfants sont plus susceptibles d'arrêter de fumer que ceux qui vivent dans un ménage sans enfant. Par contre, chez les femmes qui fument, la présence de jeunes enfants dans le ménage n'est pas associée à l'abandon du tabac, peut-être parce que bon nombre de celles qui sont les plus susceptibles de cesser de fumer ont déjà arrêté durant leur grossesse.

Taux de rechute

Les fumeurs qui arrêtent de fumer ne le font pas tous définitivement. Plusieurs tentatives sont parfois nécessaires sur plusieurs années avant de réussir^{6,12}. Les données de l'ENSP permettent de repérer les non-fumeurs qui avaient déclaré antérieurement qu'ils fumaient quotidiennement. Lorsque ces personnes ont été réinterviewées deux ans plus tard, certaines avaient recommencé à fumer. Ces personnes sont classées dans la catégorie des « rechuteurs ». Au cours de la période de huit ans allant de 1994-1995 à 2002-2003, le taux de rechute sur deux ans est demeuré stable, s'établissant à environ 4 % tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 5).

La rechute est fortement associée au temps écoulé depuis que la personne a cessé de fumer. Environ 20 % de ceux qui ne fumaient plus depuis tout au plus deux ans ont recommencé au cours des deux années suivantes. Par contre, 5 % des anciens fumeurs qui n'avaient pas fumé depuis trois à

Tableau 5

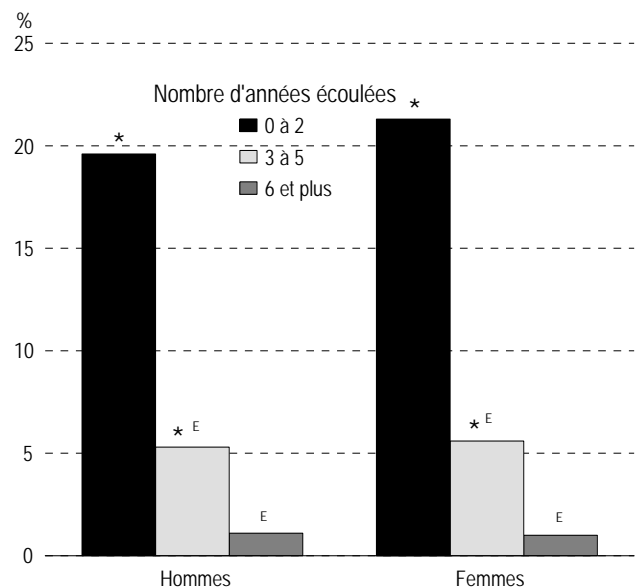
Taux de rechute sur deux ans chez les anciens fumeurs quotidiens, selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
	%	%	%
Taux global de rechute sur deux ans	4,2	3,8	4,7
1994-1995 à 1996-1997	4,2	3,6 ^E	4,9
1996-1997 à 1998-1999	4,7	4,1	5,5
1998-1999 à 2000-2001	4,0	4,3	3,6 ^E
2000-2001 à 2002-2003	4,0	3,3	4,7 ^E

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé (carré), 1994-1995 à 2002-2003
E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %.

Graphique 5

Taux de rechute sur deux ans, selon le nombre d'années écoulées depuis l'abandon du tabac et selon le sexe, anciens fumeurs quotidiens de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé (carré), 1994-1995 à 2002-2003

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour le(s) groupe(s) subséquent(s) ($p < 0,05$).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %.

cinq ans ont recommencé à fumer et, parmi ceux qui avaient arrêté depuis plus de cinq ans, la proportion n'est que de 1 % (graphique 5).

Les facteurs associés à la rechute ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux associés à

Définitions

Pour classer les fumeurs, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) contiennent les questions suivantes :

1. Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?

2. Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?

Les *fumeurs quotidiens* sont ceux qui ont répondu « tous les jours » à la question 1; les *fumeurs occasionnels* sont ceux qui ont répondu « à l'occasion ». Les *anciens fumeurs quotidiens* sont ceux qui ont répondu « jamais » à la question 1 et « oui » à la question 2.

Pour définir l'*abandon du tabac* et la *rechute*, on a comparé les paires successives de cycles de l'ENSP, qui sont réalisés tous les deux ans. Pour chaque paire de cycles, on a déterminé la situation face à l'usage du tabac pour l'entrevue de référence et pour l'entrevue de suivi. Les personnes qui ont arrêté de fumer, c'est-à-dire les « *renonceurs* », sont celles qui ont déclaré qu'elles fumaient des cigarettes tous les jours au moment de l'entrevue de référence et qu'elles ne fumaient jamais au moment de l'entrevue de suivi. Les « *rechuteurs* » sont les anciens fumeurs quotidiens au moment de l'entrevue de référence qui ont déclaré qu'ils fumaient tous les jours au moment de l'entrevue de suivi deux ans plus tard.

On a défini comme étant des *fumeurs invétérés* les fumeurs quotidiens qui ont répondu « non » à la question suivante : « Envisagez-vous sérieusement de cesser de fumer au cours des six prochains mois? » Dans l'ENSP de 1996-1997, on a posé cette question à tous les fumeurs quotidiens, mais dans l'ESCC de 2003, on a posé la question dans trois provinces seulement : Terre-Neuve, Québec et Saskatchewan.

Pour évaluer l'*intensité de l'usage du tabac*, on a demandé aux fumeurs quotidiens et aux anciens fumeurs quotidiens le nombre de cigarettes qu'ils fumaient chaque jour. Les *petits fumeurs* sont ceux qui ont répondu de 1 à 9, les *fumeurs moyens*, de 10 à 24 et les *grands fumeurs*, 25 et plus.

Le moment de la *première cigarette de la journée* a été déterminé au moyen de la question : « Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette? » Les catégories de réponses possibles étaient : dans les 5 premières minutes, 6 à 30 minutes après le réveil, 31 à 60 minutes après le réveil, plus de 60 minutes après le réveil.

L'*âge au début de l'usage du tabac* a été déterminé au moyen de la question : « À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours? » Les réponses ont été regroupées en deux catégories : moins de 18 ans et 18 ans et plus.

Aux fins des analyses fondées sur les données de l'ENSP, l'existence d'un *foyer sans fumée* a été déterminée par une réponse « non » à la question : « Est-ce qu'un membre du ménage fume habituellement à l'intérieur de la maison? ». Aux fins des analyses fondées sur les données de l'ESCC, l'existence d'un *foyer sans fumée* a été déterminée par les réponses à deux questions, dont la première était : « Existe-t-il des restrictions concernant la consommation de cigarettes à votre domicile? » À ceux qui ont répondu « oui », on a demandé : « Quelles sont les restrictions concernant la cigarette à votre domicile? » Les réponses possibles étaient : les fumeurs sont priés de s'abstenir de fumer dans la

maison, il n'est permis de fumer que dans certaines pièces, il est interdit de fumer en présence de jeunes enfants, et autre restriction. On a défini comme habitant dans un foyer sans fumée les personnes qui ont déclaré que les fumeurs sont priés de s'abstenir de fumer dans la maison.

Les *interdictions de fumer au lieu de travail* ont été évaluées en demandant aux personnes qui avaient un emploi si l'usage du tabac à leur lieu de travail était complètement défendu, permis seulement dans des endroits désignés, défendu seulement en certains endroits ou pas défendu du tout. On a comparé le groupe de personnes qui ont répondu « complètement défendu » aux trois autres catégories regroupées.

On a demandé aux participants à l'enquête s'ils souffraient de « problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé qui persistent ou qui devraient persister six mois ou plus ». L'intervieweur a ensuite lu une liste de problèmes de santé chroniques. Deux groupes de *problèmes de santé chroniques* ont été retenus pour l'analyse : les problèmes vasculaires (hypertension, maladie cardiaque, troubles dus à un accident vasculaire cérébral et diabète) et les *problèmes respiratoires* (asthme et bronchite chronique ou emphyseme). Dans l'analyse de l'abandon du tabac, on a considéré trois sous-catégories pour chaque groupe de problèmes de santé chroniques : les personnes chez lesquelles on a diagnostiqué au moins un nouveau problème entre l'entrevue de référence et l'entrevue de suivi, celles chez lesquelles on n'a pas diagnostiqué de nouveau problème, mais qui avaient déclaré au moins un problème au moment de l'entrevue de référence, et celles qui n'ont déclaré aucun problème.

On a défini le *ponds* en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC), qui se calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. L'IMC ne se calcule pas pour les femmes enceintes. D'après les normes de l'Organisation mondiale de la Santé³⁴, deux catégories d'IMC ont été définies : embonpoint ou obèse (IMC égal ou supérieur à 25) et pas de surpoids (IMC inférieur à 25).

Pour déterminer l'*abus d'alcool*, on a demandé aux participants à l'enquête le nombre de fois qu'ils ont bu cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion l'année précédente. On a considéré comme de grands buveurs ceux qui ont répondu au moins une fois par mois. (Au cycle 1, on a demandé aux participants à l'ENSP le nombre exact de fois qu'ils avaient bu cinq verres ou plus en une même occasion l'année qui a précédé l'enquête. On a classé dans la catégorie des grands buveurs les personnes qui ont répondu 12 fois ou plus.)

L'évaluation de la *détresse psychologique* est fondée sur les réponses aux énoncés suivants :

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) :

... si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire?

... nerveux(se)?

... agité(e) ou ne tenant pas en place?

... désespéré(e)?

... bon(ne) à rien?

... à quelle fréquence avez-vous senti que tout était un effort?

Définitions - suite

La réponse à chaque question était donnée au moyen d'une échelle à cinq points : tout le temps (score 4), la plupart du temps (3), parfois (2), rarement (1) ou jamais (0). Le score total peut varier de 0 à 24. Un score égal ou supérieur à 7 (score moyen par énoncé supérieur à 1) a été défini comme correspondant à une forte détresse, un score de 1 à 6, à une détresse moyenne et un score nul, à une faible détresse.

Le *soutien émotionnel* perçu a été évalué au moyen de quatre questions à réponse « oui/non ».

- Avez-vous une personne à qui vous confier ou à qui vous pouvez parler de vos sentiments ou préoccupations intimes?
- Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?
- Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter pour des conseils lorsque vous devez prendre des décisions personnelles importantes?
- Connaissez-vous quelqu'un qui vous donne le sentiment d'être aimé(e) et choyé(e)?

Les personnes qui ont répondu « non » à au moins une question ont été considérées comme ayant un faible soutien émotionnel.

Pour évaluer le *stress chronique*, on a utilisé 17 énoncés pour chacun desquels il fallait indiquer s'il était « vrai » ou « faux » :

- 1) Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.
- 2) Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.
- 3) Les autres attendent trop de votre part.
- 4) Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
- 5) Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.
- 6) Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.
- 7) Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.
- 8) Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un/une avec qui vous êtes compatible.
- 9) Un de vos enfants semble être très malheureux.
- 10) Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement.
- 11) Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
- 12) Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
- 13) Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.
- 14) L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.
- 15) Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.

16) Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.

17) Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

Le stress a été considéré comme étant intense si la réponse était « vrai » dans le cas de six énoncés ou plus, modéré (2 à 5 énoncés) et faible (1 ou aucun énoncé).

Dans l'ESCC de 2003, l'*autoévaluation du stress* a été mesurée en posant aux participants à l'enquête la question suivante : « En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : ... pas du tout stressantes? ... pas tellement stressantes? ... peu stressantes? ... assez stressantes? ... extrêmement stressantes? » On a classé dans la catégorie des personnes ayant un niveau de stress autoévalué élevé celles qui ont donné l'une des deux dernières réponses.

Trois *groupes d'âge* ont été établis pour l'analyse : 18 à 29 ans, 30 à 64 ans et 65 ans et plus.

Les participants à l'enquête ont été regroupés selon quatre niveaux de scolarité, d'après le plus haut niveau atteint : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Les groupes de *revenu du ménage* ont été définis d'après la taille du ménage et le revenu total provenant de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4	Moins de 10 000 \$ Moins de 15 000 \$
	5 ou plus	
Moyen-inférieur	1 ou 2	10 000 à 14 999 \$ 10 000 à 19 999 \$ 15 000 à 29 999 \$
	3 ou 4	
	5 ou plus	
Moyen	1 ou 2	15 000 à 29 999 \$ 20 000 à 39 999 \$ 30 000 à 59 999 \$
	3 ou 4	
	5 ou plus	
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 à 59 999 \$ 40 000 à 79 999 \$ 60 000 à 79 999 \$
	3 ou 4	
	5 ou plus	
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus 80 000 \$ et plus
	3 ou plus	

l'abandon du tabac. Autrement dit, les circonstances et caractéristiques qui sont significatives à une « étape du changement » peuvent ne pas être importantes à une autre étape.

Alors qu'une forte consommation de cigarettes est étroitement associée à une plus faible possibilité

de cesser de fumer, la relation avec la rechute est moins claire (tableaux 6 et 7)^{8,12,14,20,35}. Par exemple, les femmes qui ont été de moyennes ou de grandes fumeuses sont plus susceptibles de rechuter que celles qui ont été de petites fumeuses, mais la tendance n'est pas la même chez les hommes. Alors

Tableau 6

Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques des hommes anciens fumeurs quotidiens et la rechute sur une période de deux ans, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [‡]	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [‡]	Intervalle de confiance de 95 %
Hommes									
Nombre d'années écoulées depuis l'abandon					Détresse psychologique				
0 à 2	23,0*	15,5-34,1	18,9*	12,0-29,7	Faible [†]	1,0	...	1,0	...
3 à 5	5,2*	3,1- 8,9	4,3*	2,4- 7,6	Moyenne	1,1	0,8- 1,6	1,0	0,7- 1,5
6 et plus [†]	1,0	...	1,0	...	Intense	1,0	0,5- 1,8	0,9	0,5- 1,7
Nombre de cigarettes par jour (avant d'arrêter)					Faible soutien émotionnel^{††}				
1 à 9 (petit fumeur) [†]	1,0	...	1,0	...	Oui	0,8	0,5- 1,5	0,9	0,5- 1,6
10 à 24 (fumeur moyen)	2,2*	1,2- 3,9	2,1*	1,2- 3,7	Non [†]	1,0	...	1,0	...
25 et plus (grand fumeur)	1,6	0,8- 3,0	1,6	0,8- 3,2	Stress chronique^{††}				
Âge au début de l'usage du tabac					0 à 1 facteur de stress (faible) [†]	1,0	...	1,0	...
Moins de 18 ans	1,1	0,7- 1,8	1,1	0,7- 1,7	2 à 5 facteurs de stress (moyen)	1,1	0,6- 1,9	1,0	0,5- 1,8
18 ans et plus [†]	1,0	...	1,0	...	6 facteurs de stress ou plus (élevé)	1,3	0,6- 2,7	1,0	0,4- 2,3
Foyer sans fumée					Groupe d'âge				
Oui	0,6*	0,4- 0,9	0,6*	0,4- 0,9	18 à 29 ans	1,2	0,7- 1,9	1,0	0,7- 1,7
Non [†]	1,0	...	1,0	...	30 à 64 ans [†]	1,0	...	1,0	...
Problèmes de santé chroniques					65 ans et plus	0,5*	0,3- 0,9	0,5	0,3- 1,1
Vasculaires					Niveau de scolarité				
Au moins un problème	0,8	0,5- 1,2	1,0	0,6- 1,6	Pas de diplôme d'études secondaires	1,0	0,6- 1,6	1,1	0,6- 1,8
Aucun [†]	1,0	...	1,0	...	Diplôme d'études secondaires	1,2	0,6- 2,1	1,1	0,6- 1,9
Respiratoires					Études postsecondaires partielles	1,2	0,7- 2,0	1,1	0,6- 1,8
Au moins un problème	1,2	0,7- 2,2	1,3	0,7- 2,5	Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...
Aucun [†]	1,0	...	1,0	...	Revenu du ménage				
Indice de masse corporelle (IMC)					Inférieur/moyen-inférieur	1,4	0,9- 2,2	1,4	0,9- 2,4
Pas de surpoids (< 25) [†]	1,0	...	1,0	...	Moyen/moyen-supérieur/supérieur [†]	1,0	...	1,0	...
Embonpoint/obèse (≥ 25)	0,7*	0,5- 1,0	0,6*	0,5- 0,9	Enfant(s) de 5 ans ou moins dans le ménage				
Abus d'alcool					Oui	1,6*	1,0- 2,5	1,5	1,0- 2,4
Oui	1,2	0,8- 1,7	1,1	0,7- 1,5	Non [†]	1,0	...	1,0	...
Non [†]	1,0	...	1,0	...					

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé (carré), 1994-1995 à 2002-2003

[†] Catégorie de référence.

[‡] Corrigé pour tenir compte du nombre d'années écoulées depuis l'abandon du tabac.

[§] Corrigé pour tenir compte du nombre d'années écoulées depuis l'abandon du tabac, du nombre de cigarettes par jour, de l'âge au début de l'usage du tabac, de la situation de foyer sans fumée, des problèmes de santé chroniques (vasculaires et respiratoires), de l'IMC, de l'abus d'alcool, de la détresse psychologique, de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de la présence d'enfants de 5 ans ou moins dans le ménage (voir Techniques d'analyse).

^{††} Fondé sur les cohortes 1 et 2 (voir Techniques d'analyse).

^{†††} Fondé sur les cohortes 1 et 4 (voir Techniques d'analyse).

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau 7

Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques des femmes anciennes fumeuses quotidiennes et la rechute sur une période de deux ans, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [§]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [§]	Intervalle de confiance de 95 %
Femmes								
Nombre d'années écoulées depuis l'abandon					Détresse psychologique			
0 à 2	25,9*	17,0-39,5	18,3*	11,1-30,1	Faible [†]	1,0	...	1,0
3 à 5	5,7*	3,2-10,3	4,4*	2,4- 8,2	Moyenne	1,0	0,7- 1,5	0,9
6 et plus [†]	1,0	...	1,0	...	Intense	2,0*	1,1- 3,4	1,7*
Nombre de cigarettes par jour (avant d'arrêter)					Faible soutien émotionnel^{††}			
1 à 9 (petite fumeuse) [†]	1,0	...	1,0	...	Oui	1,4	0,7- 2,7	1,6
10 à 24 (fumeuse moyenne)	2,2*	1,3- 3,6	2,5*	1,5- 4,3	Non [†]	1,0	...	1,0
25 et plus (grande fumeuse)	2,4*	1,4- 4,1	2,9*	1,6- 5,4	Stress chronique^{††}			
Âge au début de l'usage du tabac					0 à 1 facteur de stress (faible) [†]	1,0	...	1,0
Moins de 18 ans	1,6*	1,1- 2,4	1,2	0,8- 1,8	2 à 5 facteurs de stress (moyen)	2,1*	1,2- 3,6	1,9*
18 ans et plus [†]	1,0	...	1,0	...	6 facteurs de stress ou plus (élevé)	2,5*	1,3- 4,6	2,8*
Foyer sans fumée					Groupe d'âge			
Oui	0,9	0,5- 1,4	1,0	0,6- 1,6	18 à 29 ans	1,8*	1,2- 2,8	2,1*
Non [†]	1,0	...	1,0	...	30 à 64 ans [†]	1,0	...	1,0
Problèmes de santé chroniques					65 ans et plus	0,6*	0,3- 1,0	0,7
Vasculaires					Niveau de scolarité			
Au moins un problème	0,5*	0,3- 0,9	0,7	0,4- 1,1	Pas de diplôme d'études secondaires	1,2	0,7- 2,0	1,3
Aucun [†]	1,0	...	1,0	...	Diplôme d'études secondaires	1,1	0,7- 1,9	1,1
Respiratoires					Études postsecondaires partielles	1,4	0,9- 2,0	1,3
Au moins un problème	0,6*	0,3- 1,0	0,5*	0,3- 1,0	Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0
Aucun [†]	1,0	...	1,0	...	Revenu du ménage			
Indice de masse corporelle (IMC)					Inférieur/moyen-inférieur	1,2	0,8- 1,7	1,2
Pas de surpoids (< 25) [†]	1,0	...	1,0	...	Moyen/moyen-supérieur/supérieur [†]	1,0	...	1,0
Embonpoint/obèse (≥ 25)	1,0	0,7- 1,4	1,1	0,8- 1,5	Enfant(s) de 5 ans ou moins dans le ménage			
Abus d'alcool					Oui	1,1	0,8- 1,7	0,9
Oui	1,6	0,9- 2,8	1,4	0,7- 2,5	Non [†]	1,0	...	1,0
Non [†]	1,0	...	1,0	...				

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé (carré), 1994-1995 à 2002-2003

[†] Catégorie de référence.

[‡] Corrigé pour tenir compte du nombre d'années écoulées depuis l'abandon du tabac.

[§] Corrigé pour tenir compte du nombre d'années écoulées depuis l'abandon du tabac, du nombre de cigarettes par jour, de l'âge au début de l'usage du tabac, de la situation de foyer sans fumée, des problèmes de santé chroniques (vasculaires et respiratoires), de l'IMC, de l'abus d'alcool, de la détresse psychologique, de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de la présence d'enfants de 5 ans ou moins dans le ménage (voir Techniques d'analyse).

^{††} Fondé sur les cohortes 1 et 2 (voir Techniques d'analyse).

^{†††} Fondé sur les cohortes 1 et 4 (voir Techniques d'analyse).

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Limites

Pour les besoins du présent article, les taux d'usage quotidien du tabac au cours des 10 dernières années ont été estimés d'après les données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les questions sur l'usage du tabac dans l'une et l'autre enquête ont été posées dans le contexte d'une enquête générale sur la santé. La prévalence de l'usage du tabac peut également être estimée d'après les données de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) réalisée par Statistique Canada, qui a été conçue de manière à produire des taux d'usage du tabac sur une base semi-annuelle. Les tendances basées sur les données de l'ESUTC sont similaires à celles qui se dégagent de l'ENSP et de l'ESCC, en ce sens que la prévalence est à la baisse, mais les taux de l'ESUTC sont systématiquement plus faibles³⁶. Selon une étude menée pour déterminer pourquoi les taux diffèrent, il semble que les gens soient plus enclins à parler de consommation de tabac quand ce sujet est inséré dans une enquête plus large³⁷.

L'ENSP est conçue pour recueillir des renseignements sur la situation quant à l'usage du tabac auprès des participants sélectionnés uniquement; aucune information n'est recueillie sur l'usage du tabac par les autres membres du ménage. Par conséquent, on n'a pas pu déterminer si la présence d'autres fumeurs dans le ménage est associée à l'abandon du tabac, à la rechute ou au fait d'être un fumeur invétéré. De surcroît, si l'on avait pu tenir compte de l'effet de cette variable, les associations avec l'existence d'un foyer sans fumée auraient peut-être été différentes.

Le soutien émotionnel autoévalué a été examiné en relation avec diverses étapes de l'abandon du tabac, mais nul ne sait si le soutien visait à aider le fumeur à cesser de fumer. Selon d'autres études, le soutien visant tout particulièrement à aider le fumeur à cesser de fumer est associé positivement à l'abandon du tabac et négativement à la rechute^{38,39}.

La définition de l'abandon du tabac utilisée pour la présente analyse exige uniquement que les fumeurs déclarent qu'ils ne fumaient pas lors de l'entrevue de suivi réalisée deux ans après l'entrevue de référence. Toutefois, ce groupe de « renoncateurs » se compose de personnes qui ont arrêté de fumer le jour avant l'entrevue de suivi ainsi que des personnes qui ne fumaient plus depuis presque deux ans. De même, certains anciens fumeurs qui ont déclaré avoir recommencé à fumer pourraient avoir rechuté le jour avant l'entrevue de suivi ou près de deux ans plus tôt. La mesure dans laquelle cette diversité parmi les renoncateurs et les rechuteurs influe sur les associations avec les facteurs observés au moment de l'entrevue de référence est inconnue.

Pour maximiser la taille de l'échantillon et augmenter la précision des estimations, l'échantillon considéré pour les analyses de l'abandon du tabac et de la rechute comprend toutes les personnes qui ont participé au cycle 1 de l'ENSP, indépendamment de leur situation de réponse lors des cycles subséquents. Dans le cas de

l'analyse de l'abandon du tabac, on a créé des enregistrements d'abandon du tabac au cours des deux dernières années pour les personnes qui fumaient quotidiennement lors de l'entrevue de référence et pour lesquelles la situation quant à l'usage du tabac était connue lors de l'entrevue de suivi (voir *Techniques d'analyse*). De même, pour l'analyse de la rechute, on a créé des enregistrements de rechute au cours des deux dernières années pour les personnes qui étaient des anciens fumeurs quotidiens lors de l'entrevue de référence et dont la situation quant à l'usage du tabac était connue lors de l'entrevue de suivi. Aucun enregistrement n'a été créé en vue d'être inclus dans l'analyse pour les cas de non-réponse lors de l'entrevue de référence ou de l'entrevue de suivi. Les poids d'échantillonnage utilisés ont été déterminés d'après la situation de réponse au cycle 1 et n'ont pas été rajustés pour tenir compte de la non-réponse subséquente, ce qui aurait pu introduire un biais dans les estimations si les caractéristiques des personnes qui ont continué de participer au panel longitudinal avaient été différentes de celles des non-répondants.

Pour évaluer le biais éventuel de non-réponse dans l'analyse de l'abandon du tabac, on a comparé les caractéristiques au moment de l'entrevue de référence des personnes qui ont continué de participer à l'enquête et de celles qui ont décroché. (Les personnes qui ont continué étaient les personnes pour lesquelles la situation quant à l'usage du tabac était connue lors de l'entrevue de suivi par rapport à celles qui ont été exclues de l'analyse en raison de non-réponse à l'entrevue de suivi.) En tout, 12 750 personnes ont été identifiées comme étant des fumeurs quotidiens lors des quatre entrevues de référence, 11 399 ont été incluses dans l'analyse et 1 351 en ont été exclues à cause d'une non-réponse lors de l'entrevue de suivi (décrocheurs). Pour l'analyse de la rechute, 13 083 anciens fumeurs quotidiens ont été identifiés lors des quatre entrevues de référence, 12 105 ont été inclus dans l'analyse et 978 ont été éliminés parce qu'ils avaient cessé de participer à l'enquête. Dans l'un et l'autre cas, les personnes qui ont cessé de participer à l'enquête étaient un peu plus susceptibles d'être de sexe masculin, d'être jeunes (18 à 29 ans) et d'avoir un faible revenu. Pour l'analyse de l'abandon du tabac, le décrochage est également associé au fait de ne pas avoir obtenu de diplôme d'études secondaires. L'intensité de l'usage du tabac n'est associée au décrochage dans aucune des deux analyses.

Dans certains cas, la petite taille de l'échantillon a empêché d'examiner certaines variables. Par exemple, alors que le diagnostic d'un cancer pourrait être associé à l'abandon du tabac, les tailles d'échantillon sont trop faibles pour tenir compte de cette variable. En outre, les contraintes de taille d'échantillon ont rendu nécessaire l'utilisation de groupes d'âge plus étendus (18 à 29 ans, 30 à 64 ans et 65 ans et plus), ce qui pourrait masquer certaines associations qui seraient évidentes si une ventilation selon l'âge plus fine avait été possible.

que les hommes qui ont été des fumeurs moyens sont plus susceptibles de rechuter que ceux qui ont été de petits fumeurs, ceux qui ont été de grands fumeurs ne sont ni plus ni moins susceptibles de rechuter.

La présence de fumeurs dans le ménage ou dans l'environnement social immédiat d'un ancien fumeur a été décrite comme un prédicteur de rechute^{12,35}. Selon les résultats de l'analyse des données de l'ENSP, la cote exprimant le risque de recommencer à fumer est plus faible chez les hommes qui vivent dans un foyer sans fumée que chez ceux qui font partie d'un ménage où d'autres membres fument. En revanche, vivre dans un foyer sans fumée n'est pas corrélée à la rechute chez les femmes.

En 1998-1999, les participants à l'ENSP, tant fumeurs que non-fumeurs, ont pour la première fois été interrogés au sujet des interdictions de fumer au travail. Même si les tailles des échantillons étaient trop petites pour permettre de tenir compte de cette variable dans les modèles multivariés, il a été possible de calculer les taux de rechute après deux ans. Les femmes qui travaillent dans un endroit où il est interdit de fumer sont moins susceptibles de rechuter que celles qui peuvent fumer au travail. Par contre, les taux de rechute chez les hommes sont comparables, qu'il leur soit ou non permis de fumer au travail (données non présentées).

Dans le cas des personnes souffrant d'un problème respiratoire, la cote exprimant le risque de rechuter est faible chez les femmes mais non chez les hommes. Chez les hommes, la cote exprimant le risque de rechuter est plus faible chez les hommes obèses ou faisant de l'embonpoint, tandis que chez les femmes, le poids n'est pas un facteur significatif.

Certaines études prétendent qu'il existe un lien entre la consommation d'alcool et la rechute des anciens fumeurs^{12,21,33}. Toutefois, selon les données de l'ENSP, une forte consommation d'alcool n'est en aucun cas associée de façon significative à la rechute ni chez les hommes, ni chez les femmes.

Le soutien émotionnel n'est pas associé à la rechute chez les anciens fumeurs quotidiens. Toutefois, les femmes qui éprouvent au moins un niveau de stress chronique moyen ou un niveau élevé de détresse psychologique sont plus susceptibles de

recommencer à fumer que celles dont les niveaux de stress et de détresse psychologique sont faibles.

Les femmes de 18 à 29 ans sont plus susceptibles que les femmes d'âge mûr de renoncer au tabac, mais elles sont plus susceptibles de recommencer à fumer. Les anciens fumeurs, hommes et femmes, de 65 ans et plus sont moins susceptibles que les personnes d'âge mûr de rechuter, mais cette association disparaît lorsqu'on tient compte des autres facteurs.

Même si les hommes qui vivent dans un ménage comptant de jeunes enfants sont plus susceptibles de cesser de fumer, ils sont également plus susceptibles de rechuter. Toutefois, lorsque tous les autres facteurs sont pris en compte, cette association ne fait que s'approcher du niveau de signification statistique ($p = 0,052$).

Mot de la fin

En 2003, 19 % des Canadiens de 18 ans et plus étaient des fumeurs quotidiens. Cette proportion est inférieure de 7 points de pourcentage à celle observée au début des années 1990, mais elle demeure élevée, compte tenu de la gravité des conséquences de l'usage du tabac pour la santé³.

Selon une étude récente, l'écart entre l'espérance de vie des fumeurs et celle des non-fumeurs s'est creusé au cours des dernières décennies². Les cohortes récentes de fumeurs ont commencé à fumer à un âge plus jeune et ont consommé un nombre considérablement plus élevé de cigarettes au cours de leur vie, entraînant de ce fait une hausse des taux de mortalité. Cette tendance inquiétante souligne l'importance des programmes d'abandon du tabac pour tous les âges, ce qui rend d'autant plus nécessaire de tâcher de comprendre les étapes que franchit le fumeur sur le chemin qui mène à l'abandon du tabac.

L'analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes montre que les facteurs associés à l'abandon du tabac, à la rechute et au fait de ne pas prévoir cesser de fumer ne sont pas nécessairement les mêmes. Toutefois, le nombre de cigarettes fumées par jour apparaît comme étant l'un des facteurs les plus importants.

Les constatations liées aux interdictions de fumer à la maison et au travail sont particulièrement intéressantes. L'un et l'autre type d'interdiction est associé à une consommation réduite. Étant donné la forte association entre le nombre de cigarettes fumées par jour et l'abandon du tabac, les interdictions de fumer peuvent être un moyen indirect de réduire la consommation de cigarettes et, ultérieurement, de faciliter l'abandon du tabac.

Chez les anciens fumeurs, la probabilité de rechute diminue au fil du temps. Cela donne à penser que le soutien fourni aux étapes initiales du processus d'abandon peut être particulièrement utile en raffermissant dans leur résolution ceux qui ont pris la décision difficile de cesser de fumer. ●

Références

1. E.M. Makomaski Illing et M.J. Kaiserman, « Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998 », *La Revue canadienne de santé publique*, 95(1), 2004, p. 38-44.
2. R. Doll, R. Peto, J. Boreham *et al.*, « Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors », *British Medical Journal*, 328(7455), 2004, p. 1519.
3. US Department of Health and Human Services, *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*, publication du DHHC n° (CDC) 89-8411, Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, 1989.
4. US Department of Health and Human Services, *The Health Benefits of Smoking Cessation*, publication du DHHC n° (CDC) 90-8416, Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, 1990.
5. US Department of Health and Human Services, *Women and Smoking. A Report of the Surgeon General – 2001*, Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, 2001.
6. J.O. Prochaska, C.C. DiClemente et J.C. Norcross, « In search of how people change. Applications to addictive behaviours », *American Psychologist*, 47(9), 1992, p. 1102-1114.
7. B.A. Pizacani, D.P. Martin, M.J. Stark *et al.*, « A prospective study of household smoking bans and subsequent cessation related behaviour: the role of stage of change », *Tobacco Control*, 13(1), 2004, p. 23-28.
8. W.P. McWhorter, G.M. Boyd et M.E. Mattson, « Predictors of quitting smoking: the NHANES I follow-up experience », *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(12), 1990, p. 1399-1405.
9. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. 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).
11. Y. Béland, Y. Bélanger, J. Dufour *et al.*, *Comparaison méthodologique entre l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC): Rapport interne du groupe de travail*, Ottawa, Statistique Canada, 2002.
12. S.J. Curry et C.M. McBride, « Relapse prevention for smoking cessation: review and evaluation of concepts and interventions », *Annual Review of Public Health*, 15, 1994, p. 345-366.
13. M. Lindstrom et S.O. Isacson, « Smoking cessation among daily smokers, aged 45-69 years: a longitudinal study in Malmo, Sweden », *Addiction*, 97(2), 2002, p. 205-215.
14. K.M. Freund, R.B. D'Agostino, A.J. Belanger *et al.*, « Predictors of smoking cessation: the Framingham Study », *American Journal of Epidemiology*, 135(9), 1992, p. 957-964.
15. N.S. Godtfredsen, E. Prescott, M. Osler *et al.*, « Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of Danish moderate and heavy smokers », *Preventive Medicine*, 33(1), 2001, p. 46-52.
16. M. Osler, E. Prescott, N. Godtfredsen *et al.*, « Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study », *Preventive Medicine*, 29(1), 1999, p. 57-62.
17. P. Tillgren, B.J. Haglund, M. Lundberg *et al.*, « The sociodemographic pattern of tobacco cessation in the 1980s: results from a panel study of living condition surveys in Sweden », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50(6), 1996, p. 625-630.
18. US Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*, publication du DHHC n° (CDC) 88-8406, Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, 1988.
19. O. Lundberg, B. Rosen et M. Rosen, « Who stopped smoking? Results from a panel survey of living conditions in Sweden », *Social Science and Medicine*, 32(5), 1991, p. 619-622.
20. R. Hellman, K.M. Cummings, B.P. Haughey *et al.*, « Predictors of attempting and succeeding at smoking cessation », *Health Education Research*, 6(1), 1991, p. 77-86.
21. N. Hymowitz, M. Sexton, J. Ockene *et al.*, « Baseline factors associated with smoking cessation and relapse. MRFIT Research Group », *Preventive Medicine*, 20(5), 1991, p. 590-601.

22. C.W. Monden, N.D. de Graaf et G. Kraaykamp, « How important are parents and partners for smoking cessation in adulthood? An event history analysis », *Preventive Medicine*, 36(2), 2003, p. 197-203.
23. M. Osler et E. Prescott, « Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults », *Tobacco Control*, 7(3), 1998, p. 262-267.
24. C.A. Derby, T.M. Lasater, K. Vass *et al.*, « Characteristics of smokers who attempt to quit and of those who recently succeeded », *American Journal of Preventive Medicine*, 10(6), 1994, p. 327-334.
25. A.J. Farkas, J.P. Pierce, S.H. Zhu *et al.*, « Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation », *Addiction*, 91(9), 1996, p. 1271-1280.
26. A.J. Farkas, E.A. Gilpin, J.M. Distefan *et al.*, « The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviours », *Tobacco Control*, 8(3), 1999, p. 261-265.
27. S. Chapman, R. Borland, M. Scollo *et al.*, « The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States », *American Journal of Public Health*, 89(7), 1999, p. 1018-1023.
28. S. Kinne, A.R. Kristal, E. White *et al.*, « Work-site smoking policies: their population impact in Washington State », *American Journal of Public Health*, 83(7), 1993, p. 1031-1033.
29. L.A. Cupples, R.B. D'Agostino, K. Anderson *et al.*, « Comparison of baseline and repeated measure covariate techniques in the Framingham Heart Study », *Statistics in Medicine*, 7(1-2), 1988, p. 205-222.
30. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
31. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
32. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, Maryland, août 1999.
33. R.S. Zimmerman, G.J. Warheit, P.M. Ulbrich *et al.*, « The relationship between alcohol use and attempts and success at smoking cessation », *Addictive Behaviors*, 15(3), 1990, p. 197-207.
34. Organisation mondiale de la Santé, *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*, rapport d'un comité OMS d'experts (OMS, Série de rapports techniques n° 854), Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.
35. K.B. Matheny et K.E. Weatherman, « Predictors of smoking cessation and maintenance », *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 1998, p. 223-235.
36. J. Gilmore, *Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001*, 2002 (Statistique Canada, n° 82F0077XIF au catalogue).
37. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
38. R. Mermelstein, S. Cohen, E. Lichtenstein *et al.*, « Social support and smoking cessation and maintenance », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 1986, p. 447-453.
39. S.B. Gulliver, J.R. Hughes, L.J. Solomon *et al.*, « An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters », *Addiction*, 90(6), 1995, p. 767-772.

Annexe

Tableau A

Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques et le fait d'être des hommes fumeurs quotidiens invétérés, population à domicile de 18 ans et plus, Terre-Neuve, Québec et Saskatchewan, 2003

	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %
Hommes									
Nombre de cigarettes par jour					Indice de masse corporelle (IMC)				
1 à 9 (petit fumeur) [‡]	1,0	...	1,0	...	Pas de surpoids (< 25) [‡]	1,0	...	1,0	...
10 à 24 (fumeur moyen)	0,7*	0,5- 0,9	0,7*	0,5- 1,0	Embonpoint/obèse (≥ 25)	1,1	0,8- 1,4	1,1	0,8- 1,4
25 et plus (grand fumeur)	1,2	0,8- 1,7	1,1	0,8- 1,7	Abus d'alcool				
Première cigarette de la journée[§]					Oui	0,9	0,7- 1,2	1,0	0,8- 1,4
Dans les 5 minutes après le réveil	1,0	0,7- 1,5	0,8	0,5- 1,3	Non [†]	1,0	...	1,0	...
6 à 30 minutes après le réveil	0,9	0,6- 1,3	0,8	0,6- 1,3	Autoévaluation du stress				
31 à 60 minutes après le réveil	0,7	0,5- 1,1	0,7	0,4- 1,2	Faible-moyen [†]	1,0	...	1,0	...
Plus de 60 minutes après le réveil [†]	1,0	...	1,0	...	Élevé	0,9	0,7- 1,2	0,9	0,7- 1,2
Âge au début de l'usage du tabac					Groupe d'âge				
Moins de 18 ans	1,2	0,9- 1,5	1,1	0,9- 1,4	18 à 29 ans	1,1	0,8- 1,5	1,2	0,9- 1,7
18 ans et plus [†]	1,0	...	1,0	...	30 à 64 ans [†]	1,0	...	1,0	...
Foyer sans fumée					65 ans et plus	2,1*	1,5- 3,0	1,9*	1,2- 2,7
Oui	0,7*	0,5- 0,9	0,8	0,5- 1,2	Niveau de scolarité				
Non [†]	1,0	...	1,0	...	Pas de diplôme d'études secondaires	1,6*	1,2- 2,1	1,5*	1,1- 2,0
Interdiction de fumer au travail					Diplôme d'études secondaires	1,3	0,8- 1,9	1,3	0,8- 1,9
(travailleurs de 18 à 54 ans)					Études postsecondaires partielles	1,2	0,7- 2,0	1,3	0,7- 2,2
Oui	0,9	0,7- 1,3	1,0	0,7- 1,4	Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...
Non [†]	1,0	...	1,0	...	Revenu du ménage				
Problèmes de santé chroniques					Inférieur/moyen-inférieur	1,5*	1,0- 2,2	1,4	1,0- 2,0
Vasculaires					Moyen/moyen-supérieur/supérieur [†]	1,0	...	1,0	...
Au moins un problème	1,4*	1,0- 1,8	1,1	0,8- 1,5	Enfant(s) de 5 ans ou moins dans le ménage				
Aucun [†]	1,0	...	1,0	...	Oui	0,6*	0,4- 0,9	0,6*	0,4- 0,9
Respiratoires					Non [†]	1,0	...	1,0	...
Au moins un problème	1,0	0,7- 1,5	0,8	0,6- 1,1					
Aucun [†]	1,0	...	1,0	...					

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

[†] Catégorie de référence.

[‡] Corrigé pour tenir compte du nombre de cigarettes par jour, de l'âge au début de l'usage du tabac, de la situation de foyer sans fumée, des problèmes de santé chroniques (vasculaires et respiratoires), de l'IMC, de l'abus d'alcool, de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de la présence d'enfants de 5 ans ou moins dans le ménage.

[§] Fondé sur les données du Québec et de la Saskatchewan (la question n'a pas été posée à Terre-Neuve).

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau B

Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques et le fait d'être des femmes fumeuses quotidiennes invétérées, population à domicile de 18 ans et plus, Terre-Neuve, Québec et Saskatchewan, 2003

	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %
Femmes									
Nombre de cigarettes par jour					Indice de masse corporelle (IMC)				
1 à 9 (petite fumeuse) [†]	1,0	...	1,0	...	Pas de surpoids (< 25) [†]	1,0	...	1,0	...
10 à 24 (fumeuse moyenne)	1,0	0,8- 1,3	0,9	0,7- 1,2	Embonpoint/obèse (≥ 25)	1,1	0,9- 1,4	1,0	0,8- 1,3
25 et plus (grande fumeuse)	1,9*	1,4- 2,6	1,8*	1,3- 2,5					
Première cigarette de la journée[§]					Abus d'alcool				
Dans les 5 minutes après le réveil	1,7*	1,2- 2,3	1,3	0,9- 1,8	Oui	1,1	0,8- 1,5	1,1	0,8- 1,5
6 à 30 minutes après le réveil	1,4*	1,0- 1,9	1,2	0,9- 1,7	Non [†]	1,0	...	1,0	...
31 à 60 minutes après le réveil	1,1	0,8- 1,6	1,0	0,7- 1,4	Autoévaluation du stress				
Plus de 60 minutes après le réveil [†]	1,0	...	1,0	...	Faible-moyen [†]	1,0	...	1,0	...
Âge au début de l'usage du tabac					Élevé	1,0	0,8- 1,3	1,1	0,9- 1,4
Moins de 18 ans	1,0	0,8- 1,3	1,0	0,8- 1,2	Groupe d'âge				
18 ans et plus [†]	1,0	...	1,0	...	18 à 29 ans	1,0	0,8- 1,3	1,3	0,9- 1,7
Foyer sans fumée					30 à 64 ans [†]	1,0	...	1,0	...
Oui	0,6*	0,4- 0,9	0,7*	0,5- 1,0	65 ans et plus	1,7*	1,2- 2,3	1,7*	1,1- 2,5
Non [†]	1,0	...	1,0	...	Niveau de scolarité				
Interdiction de fumer au travail					Pas de diplôme d'études secondaires	1,4*	1,1- 1,8	1,3	0,9- 1,7
(travailleuses de 18 à 54 ans)					Diplôme d'études secondaires	1,2	0,9- 1,7	1,2	0,9- 1,7
Oui	0,9	0,7- 1,2	1,1	0,8- 1,4	Études postsecondaires partielles	0,8	0,5- 1,3	0,8	0,5- 1,2
Non [†]	1,0	...	1,0	...	Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...
Problèmes de santé chroniques					Revenu du ménage				
Vasculaires					Inférieur/moyen-inférieur	1,1	0,9- 1,5	1,1	0,8- 1,4
Au moins un problème	1,1	0,8- 1,4	1,0	0,7- 1,3	Moyen/moyen-supérieur/supérieur [†]	1,0	...	1,0	...
Aucun [†]	1,0	...	1,0	...	Enfant(s) de 5 ans ou moins dans le ménage				
Respiratoires					Oui	0,9	0,6- 1,2	1,0	0,7- 1,4
Au moins un problème	0,9	0,7- 1,3	0,8	0,6- 1,1	Non [†]	1,0	...	1,0	...
Aucun [†]	1,0	...	1,0	...					

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

[†] Catégorie de référence.

[‡] Corrigé pour tenir compte du nombre de cigarettes par jour, de l'âge au début de l'usage du tabac, de la situation de foyer sans fumée, des problèmes de santé chroniques (vasculaires et respiratoires), de l'IMC, de l'abus d'alcool, de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de la présence d'enfants de 5 ans ou moins dans le ménage.

[§] Fondé sur les données du Québec et de la Saskatchewan (la question n'a pas été posée à Terre-Neuve).

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.