



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 16, n° 3

- Relations sexuelles précoces
- Port du condom et MTS
- Insécurité alimentaire
- Abandon du tabac
- Adolescence et tabac



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-1746).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

Service national de renseignements

Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants

Renseignements concernant le Programme des bibliothèques de dépôt

Télécopieur pour le Programme des bibliothèques de dépôt

Renseignements par courriel

Site Web

1 800 263-1136

1 800 363-7629

1 800 700-1033

1 800 889-9734

infostats@statcan.ca

www.statcan.ca

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Le produit no 82-003-XIF au catalogue est publié trimestriellement sous format électronique au prix de 17 \$CAN l'exemplaire et de 48 \$CAN pour un abonnement annuel. Pour obtenir un exemplaire ou s'abonner, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.ca et de choisir la rubrique Nos produits et services.

Ce produit est aussi disponible en version imprimée standard au prix de 22 \$CAN l'exemplaire et de 63 \$CAN pour un abonnement annuel. Les frais de livraison supplémentaires suivant s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

	Exemplaire	Abonnement annuel
États-Unis	6 \$CAN	24 \$CAN
Autres pays	10 \$CAN	40 \$CAN

Les prix ne comprennent pas les taxes de vente.

La version imprimée peut être commandée par

- Téléphone (Canada et États-Unis) **1 800 267-6677**
- Télécopieur (Canada et États-Unis) **1 877 287-4369**
- Courriel **infostats@statcan.ca**
- Poste
Statistique Canada
Division des finances
Immeuble R.-H. Coats, 6^e étage
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
- En personne auprès des agents et librairies autorisés.

Lorsque vous signalez un changement d'adresse, veuillez nous fournir l'ancienne et la nouvelle adresse.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136. Les normes de services à la clientèle sont aussi publiées sur www.statcan.ca sous À propos de Statistique Canada > Offrir des services aux Canadiens.



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Volume 16, numéro 3

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2005

Tous droits réservés. L'utilisation de ce produit est limitée au détenteur de licence et à ses employés. Le produit ne peut être reproduit et transmis à des personnes ou organisations à l'extérieur de l'organisme du détenteur de licence.

Des droits raisonnables d'utilisation du contenu de ce produit sont accordés seulement à des fins de recherche personnelle, organisationnelle ou de politique gouvernementale ou à des fins éducatives. Cette permission comprend l'utilisation du contenu dans des analyses et dans la communication de résultats et conclusions de ces analyses, y compris la citation de quantités limitées de renseignements complémentaires extraits du produit de données dans ces documents. Cette documentation doit servir à des fins non commerciales seulement. Si c'est le cas, la source des données doit être citée comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, les utilisateurs doivent d'abord demander la permission écrite aux Services d'octroi de licences, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Mai 2005

N° 82-003-XPF au catalogue, vol. 16, n° 3
ISSN 1492-7128

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 16, n° 3
ISSN 1209-1375

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

SIGNES CONVENTIONNELS

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément dans les publications de Statistique Canada :

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- P préliminaire
- r rectifié
- x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- E à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'« American National Standard for Information Sciences » - « Permanence of Paper for Printed Library Materials », ANSI Z39.48 - 1984.



Au sujet de *Rapports sur la santé*

Rédactrice en chef
Anik Lacroix

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

Rédacteur adjoint
Marc Saint-Laurent

Chargée de production
Nicole Leduc

Production et composition
Agnes Jones
Robert Pellarin

Administration
Céline Desfonds

Rédacteurs associés
Owen Adams
Gary Catlin
Arun Chockalingham
Elizabeth Lin
Nazeem Muhajarine
Yves Péron
Georgia Roberts
Geoff Rowe
Eugene Vayda

R*apports sur la santé* est une publication produite tous les trimestres par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Elle s'adresse à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Elle vise à fournir des données exhaustives, pertinentes et de grande qualité sur l'état de santé de la population et le système de soins de santé. Elle traite de divers sujets sous la forme d'analyses originales et opportunes des données sur la santé et de l'état civil. L'information provient habituellement de bases de données administratives ou d'enquêtes nationales, provinciales ou territoriales.

Rapports sur la santé comporte les principaux volets suivants : « Travaux de recherche » et « Santé en bref ». Le volet « Travaux de recherche » présente des analyses approfondies soumises à un examen anonyme par des pairs et répertoriées dans Index Medicus et MEDLINE. Le volet « Santé en bref » offre de courts articles essentiellement descriptifs qui reposent principalement sur des données d'enquêtes et sur des données administratives produites par la Division de la statistique de la santé.

Vous trouverez des renseignements sur les commandes ou les abonnements sous la rubrique « Pour commander les publications ». D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, 3^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1807. Télécopieur : (613) 951-4436.

Demandes de réimpression

Il est interdit de reproduire cette publication, en tout ou en partie, sans avoir reçu au préalable le consentement écrit de Statistique Canada. Pour obtenir ce consentement, on doit soumettre le formulaire *Demande d'autorisation de reproduction*. On peut se procurer ce formulaire auprès de l'agent de permission de la reproduction, Division du marketing, Statistique Canada, par télécopieur au (613) 951-1134.

Version électronique

Rapports sur la santé est une publication offerte aussi sous forme électronique, fichiers PDF. Il est possible de commander des numéros à l'unité, en utilisant une carte Visa ou MasterCard, à partir du site Web de Statistique Canada, de les télécharger et de les consulter avec l'aide d'Adobe Acrobat Reader. Pour commander un numéro récent de *Rapports sur la santé*, visitez notre site à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Nos produits et services » à la page suivante. Choisissez ensuite « Parcourir les publications Internet (PDF ou HTML) », « Payantes »; vous trouverez *Rapports sur la santé*, n° 82-003-XIF au catalogue, à la rubrique « Santé ».

Recommandation concernant les citations

La publication *Rapports sur la santé* est inscrite au catalogue de Statistique Canada sous un numéro unique : 82-003-XPF dans le cas de la version sur papier et 82-003-XIF dans le cas de la version électronique française. Ce numéro de catalogue permet de faciliter l'entreposage et la recherche de la publication en bibliothèque, que cela se fasse manuellement ou électroniquement. Ainsi, nous demandons que les auteurs qui citent un article de *Rapports sur la santé* dans d'autres documents publiés incluent le numéro au catalogue dans la citation.

Exemple :

G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, « Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe », *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 9-18 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Travaux de recherche

Relations sexuelles précoces 11

Didier Garriguet

Dès l'âge de 14 ou 15 ans, plus de 10 % des garçons et des filles ont déjà eu des relations sexuelles. Chez les garçons, une mauvaise relation avec les parents, la vie dans un ménage à faible revenu et le fait d'avoir essayé de fumer sont autant de facteurs associés aux relations sexuelles précoces. Chez les filles, le début de la puberté, une faible image de soi et le fait d'avoir essayé de fumer ou de consommer de l'alcool étaient associés à une sexualité active.

Cheminement vers l'abandon du tabac 23

Margot Shields

En 2003, 19 % des Canadiens de 18 ans et plus étaient des fumeurs quotidiens, soit une proportion de 7 points de pourcentage inférieure à ce qu'elle était il y a 10 ans. Depuis le milieu des années 1990, et ce, tout au cours de périodes successives de deux ans, le taux d'abandon du tabac chez les fumeurs quotidiens a progressé, tandis que le taux de rechute chez les anciens fumeurs quotidiens est resté stable. Tant les foyers que les lieux de travail sans fumée étaient associés à une consommation réduite de cigarettes.

Santé en bref

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes 47

Michelle Rotermann

- *Entre 15 et 17 ans, 28 % des jeunes ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles; entre 20 et 24 ans, la proportion était de 80 %.*
- *Le tiers des jeunes de 15 à 24 ans qui étaient actifs sexuellement ont eu des relations avec plus d'un partenaire l'année dernière.*
- *Environ 1 jeune sur 4 ayant eu plusieurs partenaires n'avait pas utilisé de condom lors de ses dernières relations sexuelles.*
- *Parmi les jeunes de 15 à 24 ans qui ont eu des relations sexuelles au moins une fois au cours de leur vie, 4 % ont reçu un diagnostic de maladie transmise sexuellement.*



Insécurité alimentaire 55

Ingrid Ledrou et Jean Gervais

- *En 2000-2001, près de 15 % des personnes de 12 ans et plus ont déclaré avoir connu une certaine forme d'insécurité alimentaire au cours de l'année précédente.*
- *Les femmes monoparentales et les Autochtones courraient plus de risques de se retrouver en situation d'insécurité alimentaire.*
- *Les trois territoires sont les endroits où la prévalence de l'insécurité alimentaire était la plus élevée.*

Usage du tabac chez les jeunes 61

Margot Shields

- *En 2003, environ 1 jeune sur 10 âgés de 12 à 17 ans fumaient des cigarettes; la moitié d'entre eux étaient des fumeurs quotidiens.*
- *La proportion de jeunes qui commencent à fumer a chuté depuis le milieu des années 1990.*
- *Les jeunes qui demeurent dans un foyer sans fumée sont moins susceptibles de fumer que ne le sont ceux qui habitent là où il est permis de fumer.*

**Pour commander
les publications**

..... 69

Information sur les produits et services de la Division de la statistique de la santé, y compris les prix et la façon de commander

.....

Errata

Volume 16, numéro 2

Les blessures non mortelles chez les Autochtones

Page 14

Dans le tableau, sous la colonne « Provinces », en regard de la « Limitation des activités due à une blessure », et sous l'entrée « Situation quant à l'emploi », le pourcentage 11,9 (A travaillé toute l'année précédente) devrait être marqué d'un astérisque ; les astérisques dont sont marqués les pourcentages 18,9 (A travaillé une partie de l'année précédente) et 18,0 (N'a pas travaillé l'année précédente) devraient être enlevés.

L'allaitement maternel

Page 28

La troisième phrase du premier paragraphe sous le sous-titre « Pourquoi n'allaitent-elles pas ? » (page 27) devrait se lire comme suit : « En outre, 20 % ont indiqué l'état de santé de la mère et 4 % ont déclaré fumer. » Dans le graphique 1 (page 27), la valeur associée à la barre « La mère fume » devrait être 4 % ; la valeur associée à la barre « Autre » devrait être 12 %.

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse

Page 37

La première phrase sous le sous-titre « Provinces participantes » devrait se lire comme suit : « En Colombie-Britannique et en Alberta, les pourcentages de personnes de 12 ans et plus ayant été le passager d'un conducteur en état d'ivresse sont significativement plus élevés que la moyenne observée à l'endroit des six provinces participantes. »

La deuxième phrase sous ce même sous-titre devrait se lire comme suit : « En outre, la Colombie-Britannique et le Québec se distinguent par des proportions supérieures à la moyenne de jeunes de 15 à 29 ans s'étant trouvés dans un véhicule conduit par une personne ayant trop bu. »

Dans le deuxième graphique, l'astérisque jouxtant la barre des 12 ans et plus pour le Québec devrait être enlevé.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



The graphic features a dark grey background with white and light grey elements. On the left, there are stylized human figures. The top figure has a face with two small squares for eyes, a vertical bar for a nose, and a horizontal bar for a mouth. Below it, another figure is partially visible. At the bottom, a large gear is shown with a stylized human profile superimposed on it. The profile has a large, white, circular shape for the eye. The overall style is modern and minimalist.

Travaux de recherche

Des recherches et des analyses
approfondies effectuées dans les
domaines de la statistique de la
santé et de l'état civil

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Relations sexuelles précoces

Didier Garriguet

Résumé

Objectifs

La présente analyse vise à estimer le pourcentage d'adolescents qui ont déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 14 ou 15 ans et à déterminer, parmi les caractéristiques observées à l'âge de 12 ou 13 ans, celles qui sont associées à une activité sexuelle précoce.

Source des données

Les données proviennent des cycles de 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001 de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes réalisée par Statistique Canada.

Techniques d'analyse

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour déterminer la proportion d'adolescents de 14 ou 15 ans qui avaient eu des relations sexuelles. La régression logistique a permis de modéliser l'activité sexuelle à l'âge de 14 ou 15 ans en fonction des caractéristiques des adolescents à l'âge de 12 ou 13 ans.

Principaux résultats

Les pourcentages de garçons et de filles qui avaient eu des relations sexuelles à l'âge de 14 ou 15 ans sont à peu près les mêmes, soit 12 % et 13 %, mais les caractéristiques associées à ce comportement diffèrent. Chez les filles, la région de résidence, le début de la puberté, une faible image de soi, l'essai du tabac ou de l'alcool et l'absence de surpoids sont des facteurs associés significativement à une activité sexuelle précoce. Chez les garçons, un âge plus avancé, une mauvaise relation avec les parents, la vie dans un ménage à faible revenu et l'essai du tabac sont des facteurs significatifs.

Mots-clés

Comportement sexuel, comportement à l'adolescence, comportement à risque, mode de vie.

Auteur

Didier Garriguet (613-951-7187; Didier.Garriguet@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

Un nombre important d'adolescents canadiens deviennent actifs sexuellement à un assez jeune âge. La proportion de ceux et celles qui déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 15 ans est à la hausse depuis le début des années 1980¹.

L'activité sexuelle précoce peut avoir des conséquences sérieuses. Les jeunes sont exposés d'autant plus longtemps au risque d'une grossesse non souhaitée ou d'une infection transmise sexuellement qu'ils commencent tôt à avoir des relations sexuelles². Les mères adolescentes ont de la difficulté à terminer leurs études, si bien que leurs perspectives économiques et professionnelles sont limitées³⁻⁷ et que la probabilité qu'elles vivent dans la pauvreté est assez forte⁸. En outre, le risque de mettre au monde un bébé prématuré, dont le poids est faible ou qui pourrait mourir avant l'âge d'un an est plus élevé chez les adolescentes^{9,10}.

Plusieurs études réalisées récemment aux États-Unis ont permis d'établir le profil caractéristique des jeunes ayant eu des relations sexuelles^{7,11-13}. Cependant, la généralisation de ces résultats aux adolescentes et adolescents canadiens pourrait mener à des conclusions erronées. De surcroît, les

études susmentionnées se concentraient habituellement sur des adolescents de plus de 15 ans. Or peu d'attention n'a jusqu'ici été accordée à l'activité sexuelle chez les jeunes adolescents, eux qui d'ailleurs sont exposés le plus longtemps aux

risques connexes. Bien qu'un profil de ces jeunes soit informatif en soi, il pourrait être encore plus utile de cerner les caractéristiques qui sont des précurseurs de l'activité sexuelle précoce.

Méthodologie

Source des données

Cette analyse est fondée sur les données des deuxième, troisième et quatrième cycles de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). La collecte des données de ces cycles a débuté en septembre de 1996, 1998 et 2000, respectivement, et a duré 10 mois. La variable dépendante (avoir eu des relations sexuelles) a été dérivée des troisième et quatrième cycles. L'échantillon sélectionné pour le premier cycle de l'ELNEJ (1994-1995) était représentatif de la population en 1994. Par conséquent, l'analyse porte sur deux groupes d'enfants : ceux qui avaient 8 ou 9 ans en 1994-1995 et avaient donc 14 ou 15 ans en 2000-2001 (cycle 4), et ceux qui avaient 10 ou 11 ans en 1994-1995 et avaient donc 14 ou 15 ans en 1998-1999 (cycle 3). Les caractéristiques de ces enfants à l'âge de 12 ou 13 ans (en 1998-1999 pour le premier groupe et en 1996-1997 pour le deuxième) ont été examinées afin de déterminer les facteurs associés au fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 14 ou 15 ans.

La base de sondage utilisée pour sélectionner le premier échantillon de l'ELNEJ était la liste des ménages ayant répondu à l'Enquête sur la population active. Les ménages échantillonnés devaient compter au moins un membre âgé de 0 à 11 ans en 1994¹⁴.

Dans chaque ménage, la personne considérée comme étant celle connaissant le mieux l'enfant (habituellement la mère) a répondu à un ensemble de questions posées par téléphone. Si l'enfant sélectionné avait 10 ans ou plus, l'intervieweur s'est rendu à son domicile et lui a demandé de répondre à un questionnaire par écrit, en privé. Pour s'assurer que les réponses de l'enfant demeurent confidentielles, celui-ci a placé le questionnaire dans une enveloppe qu'il a scellée avant de la remettre à l'intervieweur.

Le taux de non-réponse à la composante autodéclarée du questionnaire est assez élevé, soit 14 % pour le cycle 3 et 24 % pour le cycle 4. Les données ont été repondérées d'après le sexe et la province. La présente analyse porte sur 3 212 enfants qui avaient 14 ou 15 ans en 1998-1999 ou en 2000-2001 (tableau A en annexe).

Techniques d'analyse

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour estimer la proportion de jeunes de 14 ou 15 ans qui avaient eu des relations sexuelles en fonction de certaines caractéristiques de ces jeunes lorsqu'ils avaient 12 ou 13 ans. Les pourcentages ont été calculés

au moyen des poids longitudinaux établis lors des troisième et quatrième cycles pour les enfants qui avaient participé au premier cycle. Les poids sont mutuellement exclusifs et représentent la population de 8 à 11 ans des 10 provinces en 1994.

La régression logistique a été utilisée pour modéliser le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 14 ou 15 ans en fonction des caractéristiques de l'enfant à 12 ou 13 ans. D'après une revue de la littérature et les données fournies par l'ELNEJ, on a inclus dans le modèle complet les variables suivantes : sexe, cohorte, âge, région, début de la puberté, indice de masse corporelle, image de soi, relation parent-enfant, usage du tabac, consommation d'alcool, revenu familial, participation à des services religieux, niveau de scolarité du ménage, type de famille, temps passé seul à la maison, problèmes émotionnels, nombre d'amis, et relations avec les amis (tableau B en annexe). Le modèle final utilisé pour comparer les garçons et les filles contenait encore les variables suivantes : sexe, cohorte, âge, région, début de la puberté, image de soi, relation parent-enfant, usage du tabac, consommation d'alcool, revenu familial, indice de masse corporelle et participation à des services religieux. Pour s'assurer que la taille de l'échantillon soit suffisante, une catégorie « données manquantes » a été incluse pour certaines variables indépendantes, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les coefficients de variation, les erreurs-types et les intervalles de confiance ont été calculés selon la méthode du *bootstrap*^{15,16}. Le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Limites

La validité des données autodéclarées analysées ici n'a pas été confirmée. Les adolescents pourraient répondre aux questions portant sur des sujets comme l'activité sexuelle, la consommation d'alcool et l'usage du tabac d'une façon socialement acceptable qui ne reflète pas fidèlement leur comportement. Par ailleurs, ils pourraient aussi exagérer leur expérience dans ces domaines. Des erreurs de remémoration sont également possibles¹⁷.

L'expression « relations sexuelles » n'a pas été définie dans la question de l'ELNEJ. Par conséquent, certains jeunes pourraient avoir considéré des comportements particuliers comme étant des relations sexuelles, tandis que d'autres pas.

Le présent article repose sur des données tirées des deuxième, troisième et quatrième cycles de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). Ces données permettent d'examiner quelles sont les caractéristiques observées à l'âge de 12 ou 13 ans qui sont associées au fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 14 ou 15 ans (voir *Méthodologie* et *Définitions*). Les variables indépendantes choisies pour l'analyse sont les caractéristiques démographiques, socioéconomiques et personnelles qui ont tendance à accroître la probabilité d'avoir des relations sexuelles ou sont des facteurs de protection qui réduisent cette probabilité.

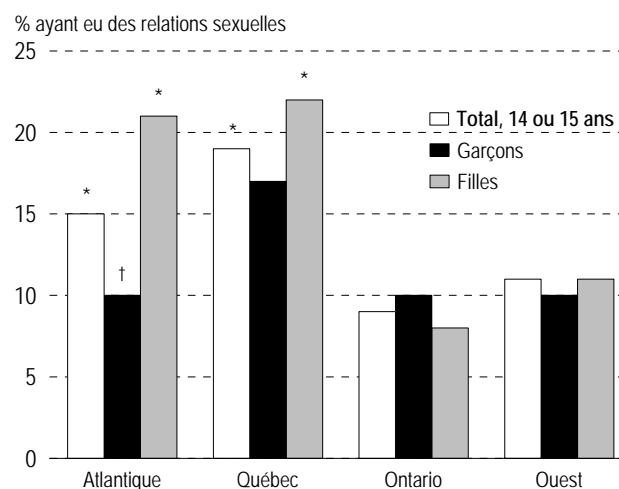
Plus d'un sur dix

À l'âge de 14 ou 15 ans, environ 13 % des adolescents canadiens ont déjà eu des relations sexuelles, et ce, dans des proportions quasi identiques chez les garçons comme chez les filles, soit 12 % et 13 %, respectivement (tableau A en annexe). Cependant, les variables associées aux relations sexuelles précoces ne sont pas les mêmes chez les garçons et les filles. Ces facteurs peuvent inclure le développement physique, comme le début de la puberté ou le poids; des traits psychologiques, tels que l'image de soi; la relation parent-enfant; le statut socioéconomique; et la disposition à adopter d'autres comportements à risque, comme la consommation d'alcool et l'usage du tabac (voir *Définitions*). En outre, ces caractéristiques n'existent pas isolément. Par exemple, un adolescent qui adopte des comportements comme la consommation d'alcool et l'usage du tabac pourrait avoir une mauvaise relation avec ses parents.

Prévalence forte dans l'Est, faible dans l'Ouest

Les jeunes adolescents des provinces de l'Est et du Québec étaient plus susceptibles de déclarer être actifs sexuellement que ceux de l'Ontario et de l'Ouest (graphique 1). À l'âge de 14 ou 15 ans, 15 % des adolescents des provinces de la région de l'Atlantique et 18 % de ceux du Québec ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles, comparativement à environ 10 % en Ontario et dans les provinces de l'Ouest.

Graphique 1
Pourcentage de garçons et de filles de 14 ou 15 ans ayant déclaré, en 1998-1999 ou en 2000-2001, avoir déjà eu des relations sexuelles, selon la région, population à domicile, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, fichier longitudinal, 1998-1999 et 2000-2001

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour l'Ontario ($p < 0,05$).
† Valeur significativement plus faible que l'estimation pour les filles dans la même région ($p < 0,05$).

Cependant, si l'on examine les résultats séparément pour les garçons et les filles, et que l'on tient compte des effets d'autres facteurs physiques, psychologiques, socioéconomiques et familiaux, ces différences régionales ne persistent que chez les filles (tableau 1). La cote exprimant le risque d'avoir des relations sexuelles précoces est plus forte chez les filles des provinces de la région de l'Atlantique et du Québec que chez celles de l'Ontario. Chez les garçons, la cote exprimant le risque qu'ils soient déjà actifs sexuellement à l'âge de 14 ou 15 ans ne varie pas significativement d'une région à l'autre.

Âge et développement physique

Le pourcentage de jeunes de 15 ans ayant eu des relations sexuelles est bien entendu plus élevé que celui observé chez les jeunes de 14 ans. Toutefois, après correction pour tenir compte de l'effet des autres variables, seuls les garçons présentaient à cet égard des écarts significatifs. Les filles de 14 ans n'étaient, quant à elles, pas moins susceptibles que celles de 15 ans d'être actives sexuellement.

Définitions

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) contient la question : « As-tu déjà eu une relation sexuelle? ». Cette question figurait dans un questionnaire imprimé que les adolescents de 14 ou 15 ans ont rempli eux-mêmes, puis placé dans une enveloppe qu'ils ont scellée et remise à l'intervieweur.

Les variables indépendantes utilisées dans la présente analyse ont trait aux caractéristiques des adolescents à l'âge de 12 ou 13 ans. Certaines de ces variables sont tirées du questionnaire à remplir soi-même.

Les adolescents de 12 et 13 ans ont été classés selon qu'ils avaient ou non atteint la puberté. Chez les filles, l'indicateur était les premières règles, et chez les garçons, le changement de la voix.

L'*indice de masse corporelle (IMC)* est calculé d'après la taille et le poids de l'adolescent; plus précisément, le poids exprimé en kilogrammes est divisé par le carré de la taille exprimée en mètres. Les jeunes qui ont répondu au questionnaire ont été classés comme ayant ou non un surpoids d'après les valeurs de l'IMC selon l'âge et le sexe définies par Cole *et al*⁸.

Le surpoids correspond à un indice de masse corporelle égal ou supérieur à :

Âge	Garçons	Filles
12	21,56	22,14
13	22,27	22,98

Pour évaluer l'*image de soi*, on a demandé aux adolescents de répondre à quatre énoncés au moyen d'une échelle de cinq points : faux (cote 0), plutôt faux (1), parfois faux/parfois vrai (2), plutôt vrai (3) et vrai (4) :

- En général, je m'aime comme je suis.
- Dans l'ensemble, j'ai beaucoup de raisons d'être fier(fièrè).
- J'ai beaucoup de qualités.
- Quand je fais quelque chose, je le fais bien.

La cote globale pouvait varier de 0 à 16, une cote élevée indiquant une forte image de soi. Une cote égale ou inférieure à 10 (décile inférieur de la distribution pondérée) a été considérée comme indiquant une faible image de soi.

Les jeunes qui avaient *essayé de fumer la cigarette* ont été comparés à ceux qui ne l'avaient pas fait.

On a demandé aux adolescents s'ils avaient déjà pris un verre d'alcool. Au cycle 2, les choix de réponse étaient « Oui » ou « Non »;

au cycle 3, les réponses « Oui, au moins un verre » et « Oui, seulement quelques gorgées » ont été combinées pour former la catégorie « Oui ». Tous ceux qui ont donné ces réponses ont été considérés comme ayant *essayé de boire de l'alcool*.

Les autres variables indépendantes proviennent du questionnaire rempli par la « personne connaissant le mieux » l'enfant, habituellement par la mère.

La *relation parent-enfant* est basée sur une échelle de résolution de problème dont les valeurs varient de 0 à 28, selon les réponses du parent à huit énoncés vrai/faux au sujet de ses relations avec l'adolescent(e) :

- Nous sommes en désaccord et nous nous querellons.
- Nous nous agaçons et nous nous tombons sur les nerfs.
- Nous nous crions après les uns les autres.
- Quand nous nous disputons, nous restons fâchés pendant très longtemps.
- Quand nous sommes en désaccord, nous refusons de nous parler.
- Quand nous sommes en désaccord, l'un de nous sort fâché(e) de la pièce, ou de la maison, ou de la cour.
- Nous nous réconcilions facilement quand nous avons une querelle (cote inverse).
- Lorsque nous sommes en désaccord, nous réglons le problème ensemble (cote inverse).

Une cote globale élevée est un indicateur de grand conflit. La relation parent-enfant a été considérée comme étant mauvaise si la cote était égale ou supérieure à 12 (neuvième décile de la distribution pondérée).

A l'aide de l'Indice des prix à la consommation, Statistique Canada établit les seuils de faible revenu (SFR), qui sont des seuils de revenu calculés pour diverses catégories géographiques et tailles de famille. Pour les besoins de la présente analyse, le SFR calculé en 1996 a servi à déterminer si le *revenu familial* d'un(e) adolescent(e) le(la) plaçait sous le SFR ou au-dessus de celui-ci.

Les réponses concernant la *participation à des services religieux* (services ou célébrations du culte) ont été regroupées en deux catégories : l'adolescent(e) avait ou n'avait pas participé à un service religieux (à l'exclusion des occasions spéciales, comme les mariages ou les funérailles) au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête.

Le développement physique est étroitement lié à l'âge auquel les adolescents ont des relations sexuelles pour la première fois. Parmi les jeunes devenus pubères à l'âge de 12 ou 13 ans, près de 15 % des garçons et 18 % des filles ont déclaré dès l'âge de 14 ou 15 ans qu'ils avaient déjà eu des relations sexuelles. Chez ceux et celles dont la puberté n'avait pas encore

débuté à l'âge de 12 ou 13 ans, les proportions ayant déclaré une activité sexuelle étaient de 8 % et 6 %, respectivement (graphique 2).

Si l'on tient compte des effets d'autres variables, le début de la puberté n'est relié significativement aux relations sexuelles précoces que chez les filles (tableau 1). Il pourrait en être ainsi parce que

Tableau 1

Pourcentage et rapports de cotes corrigés, garçons et filles de 14 ou 15 ans ayant déclaré, en 1998-1999 ou en 2000-2001, avoir déjà eu des relations sexuelles, selon certaines caractéristiques à l'âge de 12 ou 13 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris

	Garçons			Filles		
	%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Cohorte						
2000-2001 (8 ou 9 ans en 1994-1995)	1,35	1,72*	1,04- 2,81	12,5	0,86	0,52- 1,40
1998-1999 (10 ou 11 ans en 1994-1995)†	10,0	1,00	...	14,4	1,00	...
Âge						
14†	8,4	1,00	...	11,4	1,00	...
15	15,1*	1,77*	1,04- 2,82	15,5	0,93	0,61- 1,46
Région						
Atlantique	10,7	0,86	0,44- 1,71	20,7*	2,80*	1,68- 5,47
Québec	17,1	1,45	0,72- 2,90	22,1*	2,30*	1,37- 4,45
Ontario†	10,2	1,00	...	8,2	1,00	...
Ouest	9,9	0,83	0,49- 1,56	11,4	1,04	0,61- 2,01
Début de la puberté						
Oui†	14,5*	1,23	0,74- 2,19	17,8*	3,46*	1,91- 5,72
Non†	9,4	1,00	...	5,7	1,00	...
Indice de masse corporelle						
Surpoids†	10,0	1,00	...	10,2	1,00	...
Pas d'excès de poids	12,1	1,11	0,53- 2,42	13,9	2,10*	1,01- 4,66
Image de soi						
Forte†	12,6	1,00	...	10,9	1,00	...
Faible	9,3	0,42*	0,21- 0,89	19,4*	1,84*	1,02- 3,07
Relation parent-enfant‡						
Mauvaise	21,6*	3,05*	1,69- 5,23	21,0*	1,70	0,98- 3,06
Bonne†	10,1	1,00	...	12,0	1,00	...
A essayé de fumer la cigarette						
Oui†	26,7*	6,95*	4,06- 11,69	27,8*	3,75*	2,23- 6,74
Non†	6,4	1,00	...	7,1	1,00	...
A essayé de boire de l'alcool						
Oui†	17,2*	1,41	0,79- 2,53	21,9*	2,18*	1,27- 3,90
Non†	7,4	1,00	...	8,4	1,00	...
Revenu familial‡						
Inférieur au SFR	21,4*	2,23*	1,17- 3,84	18,6	0,99	0,49- 1,77
Égal ou supérieur au SFR†	10,0	1,00	...	12,3	1,00	...
Participation à des services religieux au cours des 12 derniers mois‡						
Oui†	11,6	1,00	...	12,7	1,00	...
Non	12,2	0,90	0,50- 1,51	16,0	1,31	0,80- 2,31

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, fichier longitudinal, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

Nota : Les modèles sont fondés sur les résultats obtenus pour 1 593 garçons et 1 619 filles. Une variable « données manquantes » a été introduite dans le modèle pour le début de la puberté, l'image de soi, la relation parent-enfant, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'indice de masse corporelle et la participation à des services religieux, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

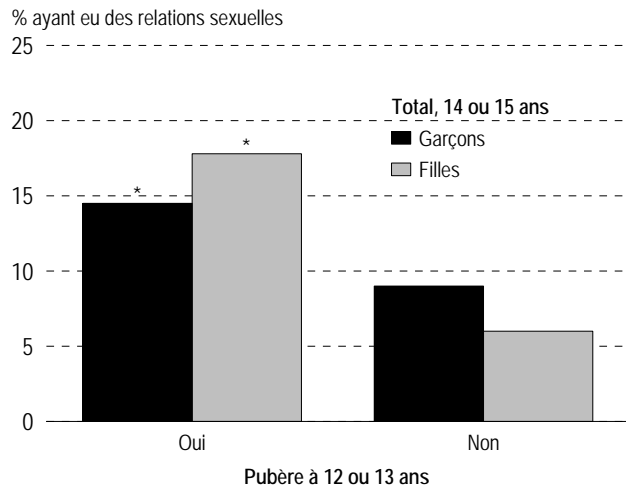
‡ Déclaré par le parent.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Graphique 2

Pourcentage de garçons et de filles de 14 ou 15 ans ayant déclaré, en 1998-1999 ou en 2000-2001, avoir déjà eu des relations sexuelles, selon le début de la puberté à 12 ou 13 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, fichier longitudinal, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour les jeunes de même sexe non pubères ($p < 0,05$).

l'indicateur de puberté utilisé pour les garçons (changement de la voix) n'est pas une aussi bonne mesure du développement que celui utilisé pour les filles (premières règles).

Cette association entre la puberté et les relations sexuelles précoces chez les filles n'est pas nécessairement une relation de cause à effet. La proportion de filles ayant eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans est à la hausse depuis environ deux décennies¹⁹, alors que la plupart des études récentes ne témoignent d'aucune variation réelle au cours du temps de l'âge au moment des premières règles²⁰. Or d'autres facteurs que le seul début de la puberté sont certes associés à l'activité sexuelle précoce.

Chez les filles, il existe un lien entre le poids et le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles à 14 ou 15 ans. La cote exprimant le risque d'avoir eu des relations sexuelles était deux fois plus élevée chez les filles qui ne présentaient aucun surpoids à 12 ou 13 ans que chez celles ayant un surpoids. Par contre,

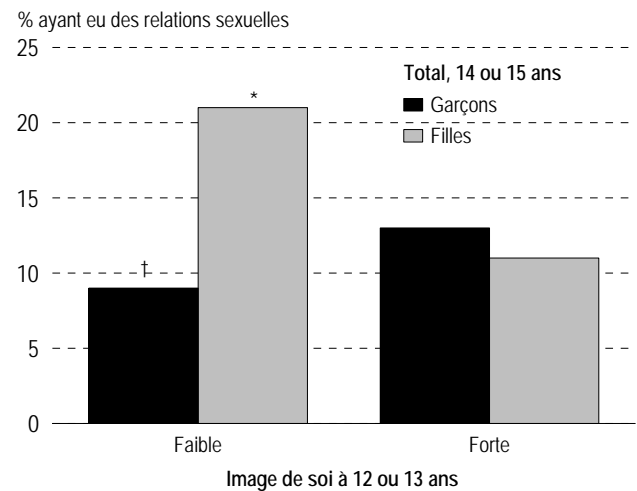
chez les garçons, le poids n'était aucunement associé au fait d'avoir eu des relations sexuelles.

Image de soi

L'image de soi désigne la façon dont l'adolescent se perçoit. En général, s'aime-t-il comme il est? A-t-il beaucoup de raisons d'être fier? Se juge-t-il compétent? Les filles dont l'image de soi était faible à l'âge de 12 ou 13 ans étaient nettement plus susceptibles d'avoir déjà eu des relations sexuelles dès l'âge de 14 ou 15 ans que celles dont l'image de soi était forte (graphique 3). L'inverse est vrai pour les garçons – ceux dont l'image de soi était faible étaient moins susceptibles d'avoir eu des relations sexuelles. Même en tenant compte de l'influence d'autres variables, ces associations opposées entre l'image de soi et les relations sexuelles persistent (tableau 1).

Graphique 3

Pourcentage de garçons et de filles de 14 ou 15 ans ayant déclaré, en 1998-1999 ou en 2000-2001, avoir déjà eu des relations sexuelles, selon l'image de soi à 12 ou 13 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, fichier longitudinal, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour les filles ayant une forte image de soi ($p < 0,05$).

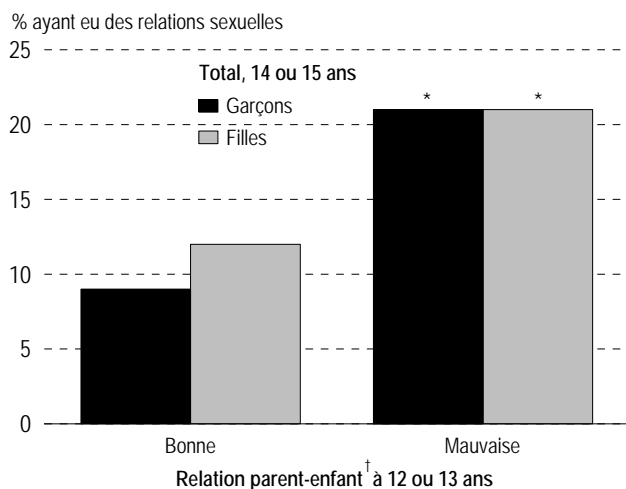
† Valeur significativement plus faible que l'estimation pour les garçons ayant une forte image de soi ($p < 0,05$).

À la maison

Selon l'analyse des données de l'ELNEJ, environ 20 % des garçons et des filles dont l'un des parents a déclaré que la relation avec son enfant était mauvaise lorsque ce dernier avait 12 ou 13 ans avaient déjà eu des relations sexuelles au moment où ils avaient atteint l'âge de 14 ou 15 ans (graphique 4). Cette proportion est environ deux fois plus élevée qu'elle ne l'est chez les jeunes dont l'un des parents a déclaré que la relation avec son enfant était bonne. Cependant, si l'on tient compte des autres facteurs liés au développement des adolescents, la relation parent-enfant n'est associée significativement au fait d'avoir des relations sexuelles précoces que chez les garçons (tableau 1).

Les adolescents vivant dans un ménage à faible revenu étaient plus susceptibles d'avoir eu des relations sexuelles que ceux appartenant à un ménage dont le revenu était supérieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada. Cependant, de nouveau, la prise en compte des effets d'autres facteurs révèle que l'association entre le faible revenu et le fait d'avoir eu des relations sexuelles n'est significative que chez les garçons.

Graphique 4
Pourcentage de garçons et de filles de 14 ou 15 ans ayant déclaré, en 1998-1999 ou en 2000-2001, avoir déjà eu des relations sexuelles, selon la relation parent-enfant à 12 ou 13 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, fichier longitudinal, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

† Déclaré par le parent.

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour les jeunes de même sexe ayant une bonne relation avec leurs parents ($p < 0,05$).

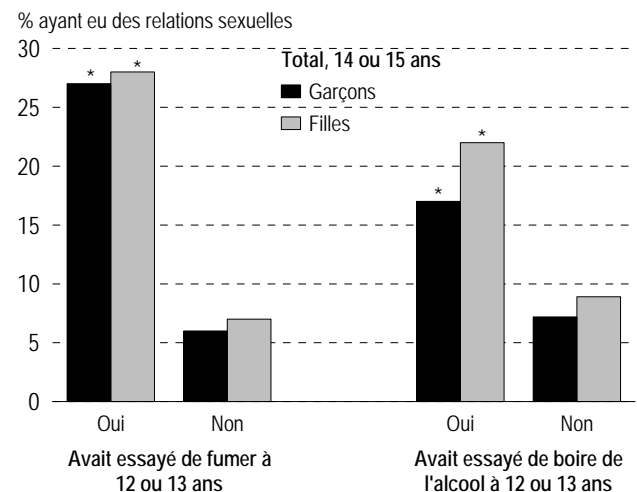
Preneurs de risque

Une étude antérieure a révélé des associations entre la consommation d'alcool, l'usage du tabac et l'activité sexuelle chez les adolescents²¹. Bien que ces trois comportements à risque soient étroitement liés et aient tendance à être adoptés à peu près en même temps, nul ne peut conclure que l'un soit à l'origine d'un autre. Il existe plutôt un groupe de comportements caractéristique des adolescents et adolescentes « preneurs de risque ».

À l'âge de 12 ou 13 ans, 26 % des garçons et 31 % des filles ont déclaré avoir essayé de fumer la cigarette (tableau A en annexe). À l'âge de 14 ou 15 ans, plus du quart d'entre eux ont dit avoir eu des relations sexuelles. Par contre, à peine 6 % de ceux qui, à l'âge de 12 ou 13 ans, n'avaient jamais essayé de fumer avaient eu des relations sexuelles (graphique 5). Même si l'on tient compte des effets d'autres facteurs, l'association entre l'usage du tabac et les relations sexuelles précoces est significative pour les deux sexes (tableau 1).

Près de la moitié (45 %) des garçons et plus du tiers (37 %) des filles ont déclaré, à l'âge de 12 ou 13 ans, avoir déjà consommé de l'alcool. Parmi ceux

Graphique 5
Pourcentage de garçons et de filles de 14 ou 15 ans ayant déclaré, en 1998-1999 ou en 2000-2001, avoir déjà eu des relations sexuelles, selon l'usage du tabac et selon la consommation d'alcool à 12 ou 13 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, fichier longitudinal, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour les jeunes de même sexe qui n'avaient pas essayé de fumer ou de boire ($p < 0,05$).

qui l'avaient fait, 17 % des garçons et 22 % des filles ont déclaré dès l'âge de 14 ou 15 ans qu'ils avaient déjà fait l'expérience de la sexualité, comparativement à 7 % et 9 %, respectivement, de ceux et celles qui n'avaient pas consommé d'alcool. Cependant, la prise en compte de l'effet d'autres facteurs révèle que l'association entre la consommation d'alcool et les relations sexuelles précoces n'est significative que chez les filles.

Participation aux services religieux

L'un des facteurs d'influence le plus étudié aux États-Unis en ce qui concerne l'activité sexuelle des adolescents est la religion. Des études américaines ont montré que la probabilité d'avoir des relations sexuelles est plus élevée chez les adolescents qui ne pratiquent pas de religion que chez ceux qui sont pratiquants¹³. En revanche, selon l'analyse des données de l'ELNEJ, il n'en est pas de même au Canada. Les jeunes de 12 ou 13 ans qui ont déclaré ne pas avoir participé à des services religieux l'année précédente n'étaient ni plus ni moins susceptibles d'être actifs sexuellement à l'âge de 14 ou 15 ans que ceux qui l'avaient fait (tableau 1).

Cependant, un changement dans les habitudes de participation aux services religieux est relié à la probabilité d'avoir eu des relations sexuelles. Entre l'âge de 12 ou 13 ans et l'âge de 14 ou 15 ans, la proportion d'adolescents ne participant pas régulièrement à des services religieux est passée de 23 % à 32 % (données non présentées). Les jeunes

qui avaient cessé d'assister à ces services étaient, dès l'âge de 14 ou 15 ans, significativement plus susceptibles d'avoir eu des relations sexuelles que ceux qui avaient continué d'y participer (tableau 2). Cependant, les jeunes qui avaient commencé à assister à des services religieux n'étaient ni plus ni moins susceptibles que les autres d'avoir eu des relations sexuelles.

Mot de la fin

Selon les résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, à l'âge de 14 ou 15 ans, 13 % des adolescents avaient déjà eu des relations sexuelles. Plusieurs caractéristiques observées à l'âge de 12 ou 13 ans sont associées à une activité sexuelle précoce. Cependant, ces caractéristiques ne sont pas les mêmes chez les garçons et les filles. Chez ces dernières, les facteurs importants ont tendance à être plus personnels et individuels que ceux qui semblent jouer un rôle chez les garçons, chez qui ces facteurs paraissent davantage liés au contexte social. Chez les filles, le poids, le début de la puberté, une faible image de soi et le fait d'avoir essayé de fumer ou de consommer de l'alcool sont des facteurs associés significativement aux relations sexuelles précoces. Chez les garçons, un âge plus avancé, une mauvaise relation parent-enfant, un faible revenu familial et avoir essayé de fumer sont des facteurs qui jouent un rôle significatif. En outre, une faible image de soi réduit la cote exprimant le risque que les garçons aient eu des relations sexuelles lorsqu'ils atteignent l'âge de 14 ou 15 ans.

La présente analyse met en évidence des relations temporelles entre plusieurs caractéristiques observées à l'âge de 12 ou 13 ans et le fait d'avoir eu des relations sexuelles deux ans plus tard, mais elles ne devraient pas être interprétées comme des associations de cause à effet. Ces caractéristiques sont toutefois des précurseurs, et reconnaître les signes précoces pourrait permettre aux parents, aux enseignants et aux professionnels de la santé de mieux cibler les messages sur les conséquences de l'activité sexuelle précoce afin qu'ils soient entendus par les jeunes qui courent le plus grand risque de s'adonner à ce genre de comportement. ●

Tableau 2

Pourcentage de jeunes de 14 ou 15 ans ayant déclaré, en 1998-1999 ou en 2000-2001, avoir déjà eu des relations sexuelles, selon la participation à des services religieux au cours du temps, population à domicile, Canada, territoires non compris

Participation à des services religieux (12 ou 13 ans → 14 ou 15 ans)	% ayant déclaré des relations sexuelles à 14 ou 15 ans
Participation → participation [†]	10
Participation → non-participation	23*
Non-participation → participation	14
Non-participation → non-participation	14

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, fichier longitudinal, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

[†] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Références

1. E. Matika-Tyndale, M. Barrett et A. McKay, « Adolescent sexual and reproductive health in Canada: A review of national data sources and their limitations », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9(1), 2000, p. 41-65.
2. Institut canadien d'information sur la santé, Chapitre 25, Différences entre les sexes dans les maladies transmissibles sexuellement, Rapport de surveillance de la santé des femmes, 2003, disponible à : http://secure.cibi.ca/cibiweb/disPage.jsp?cw_page=PG_29_F&cw_topic=29&cw_rel=AR_342_F.
3. H. Dryburgh, « Grossesse chez les adolescentes », *Rapports sur la santé*, 12(1), 2000, p. 9-21 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. J. Coté et A. Allahar, *Generation on Hold*, Toronto, Stoddard Publishing, 1994.
5. R. Maynard, *Kids Having Kids*, Washington, The Urban Institute Press, 1996.
6. J. Gruber, *Risky Behaviour among Youths*, Chicago, The University of Chicago Press, 2001.
7. The Alan Guttmacher Institute, *Facts in Brief: Teen Sex and Pregnancy, 1999*, New York, The Alan Guttmacher Institute, 1999.
8. K.A. Moore, D. Myers, D.R. Morrison *et al.*, « Age at childbirth and later poverty », *Journal of Research on Adolescence*, 3(4), 1993, p. 393-422.
9. M. Bissel, « Socio-economic outcomes of teen pregnancy and parenthood : a review of the literature », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9(3), 2000, p. 191-204.
10. Santé Canada, Grossesses chez les adolescentes, Santé Canada, 1999, disponible à : http://www.bc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/meas-baut/mu_ee_f.html.
11. K.L. Robinson, S.K. Telljohann et J.H. Price, « Predictors of sixth graders engaging in sexual intercourse », *The Journal of School Health*, 69(9), 1999, p. 369-375.
12. R. Kaltiala-Heino, E. Kosunen et M. Rimpelä, « Pubertal timing, sexual behaviour, and self-reported depression in middle adolescence », *Journal of Adolescence*, 26, 2003, p. 531-545.
13. A. Meier, « Adolescents' transition to first intercourse, religiosity and attitudes about sex », *Social Forces*, 81(3), 2003, p. 1031-1052.
14. Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Statistique Canada, 2003, disponible à : http://www.statcan.ca/français/sdds/4450_f.htm.
15. 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).
16. 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.
17. Communications, « Virginité: a state of mind... but not necessarily of body », *The Journal of School Health*, 71(3), 2001, p. 87-88.
18. T.J. Cole, M.C. Bellizzi, K.M. Flegal *et al.*, « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *British Medical Journal*, 320(7244), 2000, p. 1240-1243.
19. Institut canadien d'information sur la santé, Chapitre 23, Santé sexuelle, Rapport de surveillance de la santé des femmes 2003, disponible à : http://secure.cibi.ca/cibiweb/disPage.jsp?cw_page=PG_29_F&cw_topic=29&cw_rel=AR_342_F.
20. W.C. Chumlea, C.M. Schubert, A.F. Roche *et al.*, « Age at menarche and racial comparisons in US girls », *Pediatrics*, 111(1), 2003, p. 110-113.
21. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, « Comportements à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, 10(2), 1998, p. 9-21 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Tableau A
Répartition de certaines caractéristiques des jeunes de 12 ou 13 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997 et 1998-1999

	Garçons			Filles		
	Taille de l'échantillon	Population estimée milliers	%	Taille de l'échantillon	Population estimée milliers	%
Total	1 593	812	100	1 619	770	100
Relations sexuelles à 14 ou 15 ans						
Oui	211	95	12	254	103	13
Non	1 382	717	88	1 365	667	87
Âgé de 14 ou 15 ans en :						
2000-2001	672	405	50	689	385	50
1998-1999	921	407	50	930	386	50
Âge au moment de la question sur les relations sexuelles						
14 ans	894	405	50	905	385	50
15 ans	699	407	50	714	386	50
Région						
Atlantique	373	68	8	409	65	8
Québec	281	185	23	310	176	23
Ontario	411	302	37	395	286	37
Ouest	528	257	32	505	244	32
Début de la puberté[†]						
Non	838	435	54	572	277	36
Oui	533	267	33	817	374	49
Données manquantes	222	110	13	230	119	15
Indice de masse corporelle[†]						
Surpoids	275	133	16	233	98	13
Pas de surpoids	1 318	679	84	1 386	673	87
Image de soi[†]						
Forte	1 221	603	74	1 162	544	71
Faible	249	137	17	334	164	21
Données manquantes	123	72	9	123	62	8
Relation parent-enfant[†]						
Mauvaise	220	116	14	258	124	16
Bonne	1 319	665	82	1 300	608	79
Données manquantes	54	31	4	61	38	5
A essayé de fumer la cigarette[†]						
Oui	447	214	26	534	236	31
Non	956	497	61	923	437	57
Données manquantes	190	101	12	162	97	13
A essayé de boire de l'alcool[†]						
Oui	690	363	45	622	285	37
Non	748	365	45	861	401	52
Données manquantes	155	84	10	136	84	11
Revenu familial[†]						
Inférieur au SFR	250	124	15	248	134	17
Egal ou supérieur au SFR	1 277	652	80	1 305	597	78
Données manquantes	66	36	4	66	39	5
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage[†]						
Diplôme d'études postsecondaires	1 259	655	81	1 260	602	78
Pas de diplôme d'études postsecondaires	291	132	16	320	140	18
Données manquantes	43	25	3	39	28	4
Type de famille[†]						
Monoparentale	243	126	16	259	128	17
Biparentale	1 309	663	82	1 321	614	80
Données manquantes	41	24	3	39	28	4
Temps passé seul(e) à la maison[†]						
Une heure ou plus par jour	507	258	32	557	226	30
Moins d'une heure par jour	871	439	54	879	440	57
Données manquantes	215	115	14	183	104	14
Problèmes émotionnels[†]						
Oui	111	54	7	179	88	11
Non	1 242	637	78	1 221	573	74
Données manquantes	240	121	15	219	109	14
Relations avec les amis[†]						
Mauvaises	237	119	15	138	74	10
Bonne	1 237	630	78	1 365	628	82
Données manquantes	119	64	8	116	68	9
Participation à des services religieux au cours des 12 derniers mois[†]						
Oui	1 102	546	67	1 157	523	68
Non	339	193	24	334	177	23
Données manquantes	152	73	9	128	70	9

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, fichier longitudinal, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

† À l'âge de 12 ou 13 ans.

Tableau B

Rapports de cotes corrigés pour la déclaration de relations sexuelles à 14 ou 15 ans en 1998-1999 ou en 2000-2001, selon certaines caractéristiques à 12 ou 13 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris

	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe			A essayé de boire de l'alcool		
Garçons†	1.00	...	Oui	1.81 *	1.21, 2.75
Filles	0.95	0.70, 1.36	Non†	1.00	...
Cohorte			Revenu familial		
2000-2001 (8 ou 9 ans en 1994-1995)	1.13	0.78, 1.61	Inférieur au SFR	1.31	0.76, 1.99
1998-1999 (10 ou 11 ans en 1994-1995)†	1.00	...	Égal ou supérieur au SFR†	1.00	...
Âge			Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage		
14 ans†	1.00	...	Pas de diplôme d'études postsecondaires	1.17	0.76, 1.64
15 ans	1.22	0.85, 1.69	Diplôme d'études postsecondaires†	1.00	...
Région			Type de famille		
Atlantique	1.79 *	1.23, 2.91	Monoparentale	1.18	0.80, 1.79
Québec	1.99 *	1.28, 3.32	Biparentale†	1.00	...
Ontario†	1.00	...	Temps passé seul(e) à la maison		
Ouest	1.05	0.72, 1.62	Une heure ou plus par jour	1.17	0.82, 1.66
Début de la puberté			Moins d'une heure par jour†	1.00	...
Non†	1.00	...	Problèmes émotionnels		
Oui	1.87 *	1.30, 2.74	Oui†	1.00	...
Indice de masse corporelle			Non	1.33	0.71, 2.23
Surpoids†	1.00	...	Nombre d'amis		
Pas de surpoids	1.53	0.89, 2.72	Plus grand nombre du sexe opposé†	1.00	...
Image de soi			Nombre égal des deux sexes ou plus grand du même sexe	1.14	0.56, 2.42
Forte†	1.00	...	Relations avec les amis		
Faible	1.33	0.83, 2.11	Bonnes	1.91	0.87, 4.53
Relation parent-enfant			Mauvaises†	1.00	...
Mauvaise	2.16 *	1.43, 3.18	Participation à des services religieux au cours des 12 derniers mois		
Bonne†	1.00	...	Non	1.01	0.70, 1.53
A essayé de fumer la cigarette			Oui†	1.00	...
Oui	4.60 *	3.18, 6.85			
Non†	1.00	...			

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



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).

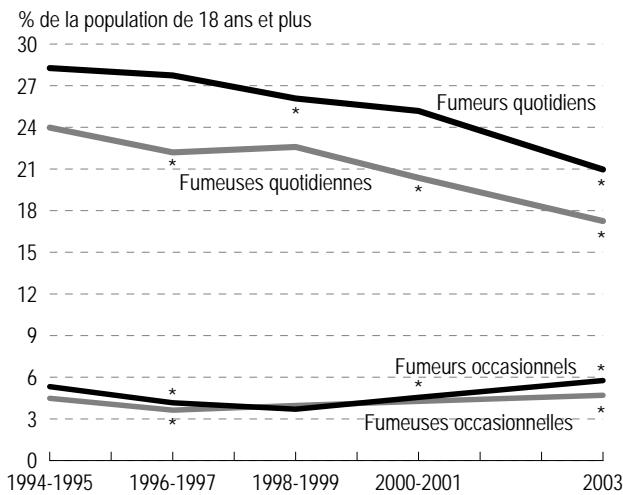
Taux de renoncement à la hausse

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.

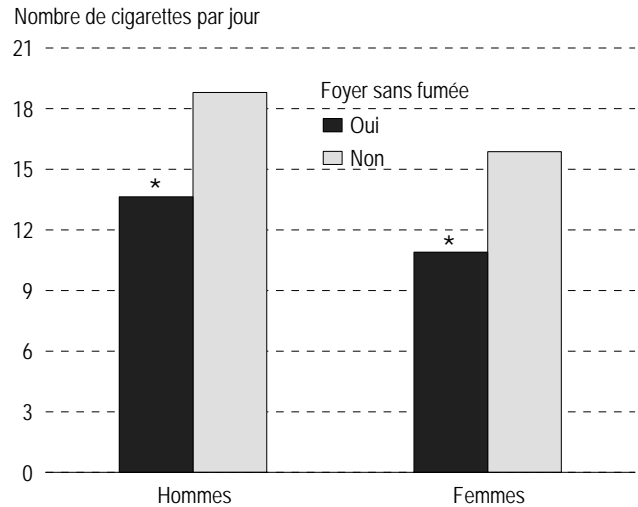
Néanmoins, il existe un lien entre les restrictions imposées en matière d'usage du tabac tant à domicile que dans les endroits publics et la baisse de la consommation de tabac²⁶⁻²⁸. Les hommes qui sont des fumeurs quotidiens qui vivent dans un foyer sans fumée consomment en moyenne 14 cigarettes par 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

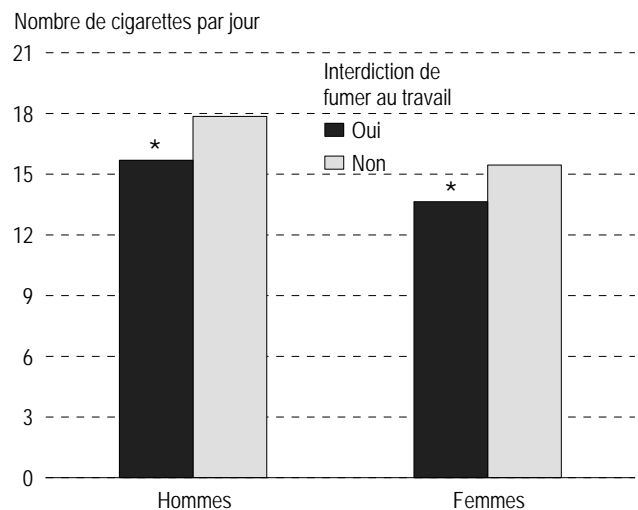


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* 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

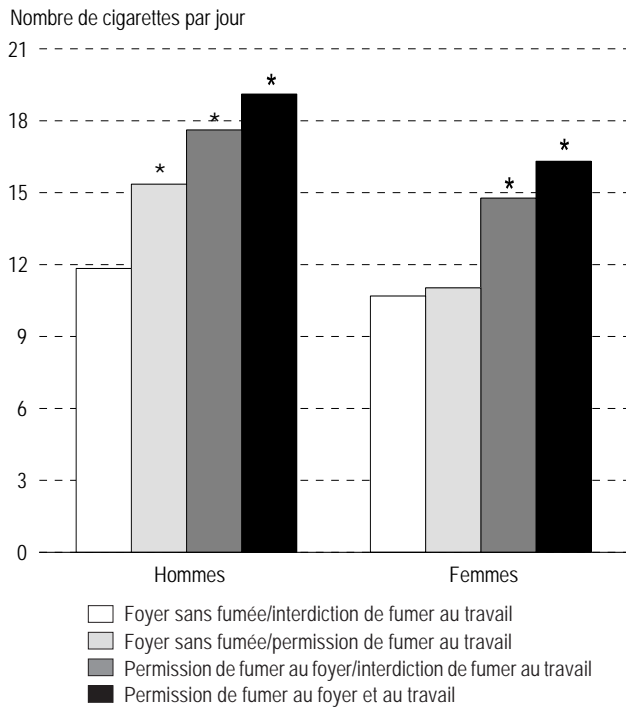
Le nombre d'années depuis l'abandon du tabac était un puissant prédicteur de rechute. Par conséquent, dans le premier ensemble de régressions, la rechute a été examinée en relation avec chaque facteur de risque, en tenant compte de l'effet du nombre d'années écoulées depuis l'abandon du tabac. Dans le 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

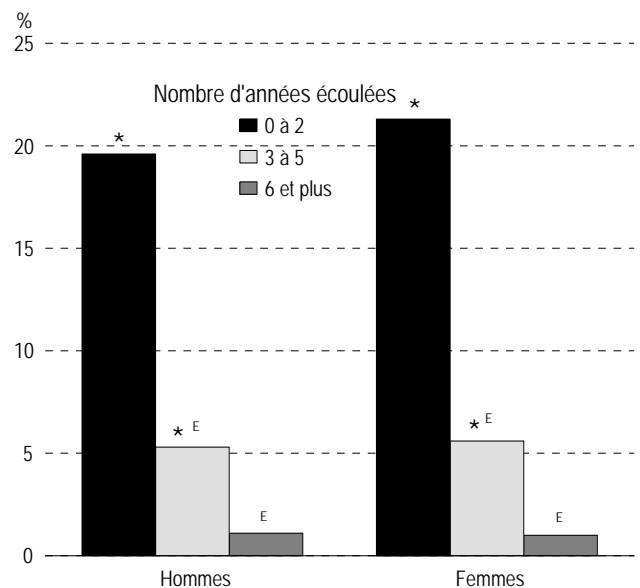
Taux de rechute sur deux ans chez les anciens fumeurs quotidiens, selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	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 *poids* 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								
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
6 et plus [†]	1,0	...	1,0	...	Intense	1,0	0,5- 1,8	0,9
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
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
18 ans et plus [†]	1,0	...	1,0	...	6 facteurs de stress ou plus (élevé)	1,3	0,6- 2,7	1,0
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
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
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
Aucun [†]	1,0	...	1,0	...	Diplôme d'études secondaires	1,2	0,6- 2,1	1,1
Respiratoires					Études postsecondaires partielles	1,2	0,7- 2,0	1,1
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
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
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.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



A stylized graphic on the left side of the page. It features a dark grey background with white outlines. The top part shows a person's face with a neutral expression, defined by simple geometric shapes for the eyes, nose, and mouth. Below the face, there are thick white lines that curve and loop, resembling a stylized neck or a decorative element. At the bottom, a large gear is partially visible, with a white outline and a dark grey center. The overall style is modern and minimalist.

Santé en bref

De courts articles descriptifs qui
présentent de l'information
récente tirée d'enquêtes sur la
santé ou de bases de données
administratives

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



RELATIONS SEXUELLES, CONDOMS ET MTS CHEZ LES JEUNES

par Michelle Rotermann

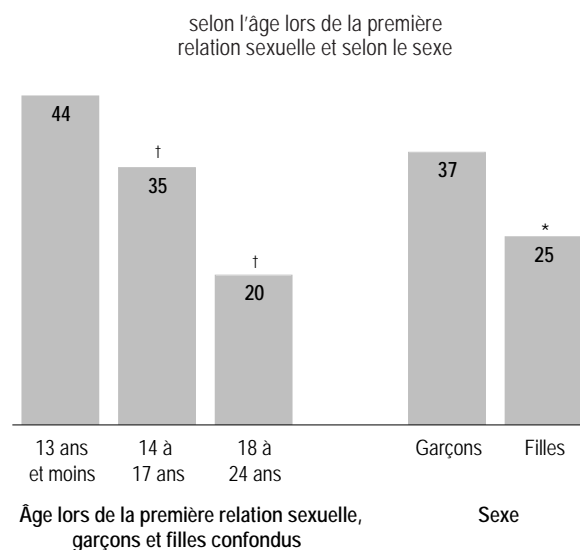
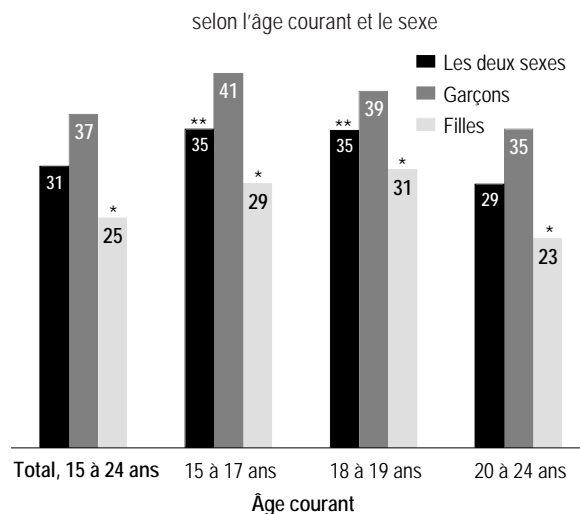
En 2003, environ 6 jeunes sur 10 âgés de 15 à 24 ans ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au moins une fois au cours de leur vie (tableau A). La proportion était la même chez les garçons comme chez les filles (62 %) et la plupart de ces jeunes étaient demeurés actifs sexuellement après leur première expérience. L'âge moyen lors de la première relation sexuelle était également le même chez les garçons comme chez les filles, soit 16 ans et demi (données non présentées).

La proportion de jeunes de 15 à 24 ans ayant eu des relations sexuelles était nettement plus élevée que la moyenne nationale au Québec (74 %), à Terre-Neuve-et-Labrador et au Nouveau-Brunswick (68 % dans les deux cas). En revanche, des proportions significativement inférieures à cette moyenne (de l'ordre de 55 % à 58 %) ont été observées en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, en Alberta et en Ontario (tableau A).

L'approche de l'âge adulte

La probabilité d'avoir des relations sexuelles augmente

Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans actifs sexuellement qui ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires l'année précédente...



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

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les garçons ($p < 0,05$).

** Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe des 20 à 24 ans ($p < 0,05$).

† Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe des 13 ans et moins ($p < 0,05$).

bien entendu à mesure que les adolescents approchent de l'âge adulte. Chez les jeunes de 15 à 17 ans, 28 % ont dit avoir eu des relations sexuelles. En guise de comparaison, les proportions correspondantes étaient de 65 % chez les jeunes de 18 et 19 ans et de 80 % chez ceux de 20 à 24 ans.

Multiples partenaires

Parmi les jeunes de 15 à 24 ans qui avaient été actifs sexuellement l'année précédente, environ le tiers avaient eu plus d'un partenaire. Les garçons étaient à cet égard plus susceptibles que les filles d'avoir eu de multiples partenaires, soit 37 % contre 25 %.

Il existe un lien entre l'âge au moment de la première expérience sexuelle et la probabilité d'avoir plus d'un partenaire. Les jeunes qui avaient déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 13 ans étaient, en général, nettement plus susceptibles d'avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours de l'année précédente que ceux dont la première expérience avait eu lieu plus tard.

De plus fortes proportions de jeunes de 15 à 17 ans et de 18 et 19 ans que de jeunes de 20 à 24 ans avaient eu des relations sexuelles avec plusieurs partenaires au cours de l'année précédente. Cette différence pourrait refléter une tendance à nouer

des relations monogames de plus longue durée à mesure que l'âge augmente.

Questions

Le pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans ayant eu des relations sexuelles au moins une fois au cours de leur vie ou étant actifs sexuellement est fondé sur les réponses « Oui »/ « Non » aux questions suivantes tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 :

- Avez-vous déjà eu des relations sexuelles?
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles?

On a demandé aux participants à l'enquête quel âge ils avaient « la première fois », ce qui a permis d'établir l'âge moyen au moment de la première relation sexuelle.

Le pourcentage de jeunes qui avaient eu des relations sexuelles avec plus d'un ou une partenaire l'année précédente est fondé sur le nombre de partenaires que les participants à l'enquête ont déclaré avoir eu au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

Les estimations de l'usage du condom chez les jeunes qui étaient actifs sexuellement et qui avaient eu plusieurs partenaires l'année précédente et(ou) qui étaient célibataires sont fondées sur les réponses à la question suivante :

- Avez-vous utilisé un condom la dernière fois que vous avez eu des relations sexuelles?

Comme la détermination de l'usage du condom est fondée sur la relation sexuelle la plus récente, les chiffres ne reflètent pas nécessairement le comportement typique d'un individu. Il est également possible que la question proprement dite crée une certaine confusion, car il n'est pas précisé s'il s'agit d'un condom masculin ou féminin.

La prévalence des maladies transmises sexuellement (MTS), également appelées infections transmises sexuellement (ITS), chez les jeunes qui étaient actifs sexuellement est fondée sur les réponses à la question suivante :

- A-t-on déjà diagnostiqué chez vous une maladie transmise sexuellement?

Condom

Un peu moins de 4 jeunes sur 10 âgés de 15 à 24 ans qui étaient actifs sexuellement et qui avaient eu plusieurs partenaires l'année précédente et(ou) qui étaient célibataires n'avaient pas utilisé de condom la dernière fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles. À cet égard, la proportion était significativement plus faible à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et en Ontario, et significativement plus élevée au Québec (tableau B).

L'utilisation d'un condom dépend bien sûr de nombreux autres facteurs. Ainsi, en tenant compte des effets de l'âge, de l'âge lors de la première relation sexuelle, du statut d'autochtone et de l'état matrimonial, la cote exprimant le risque d'avoir des relations sexuelles sans utiliser de condom était plus forte pour les jeunes femmes au Québec et au Nouveau-Brunswick, comparativement à leurs homologues de l'Ontario (données non présentées).

Relations sexuelles sans condom

Les filles étaient plus susceptibles que les garçons d'avoir des relations sexuelles sans condom (tableau B), comme en témoignent d'ailleurs d'autres études¹⁻⁴. La différence que révèle la présente analyse tient peut-être, en partie, à l'énoncé de la question concernant l'utilisation d'un condom, « Avez-vous utilisé un condom...? ». Ainsi, les filles pourraient avoir pensé qu'on leur demandait si elles avaient utilisé un condom féminin et non si leur partenaire en portait un.

Chez les femmes, il existe un lien entre la déclaration de relations sexuelles sans condom et l'âge de la première expérience. Près de 60 % des filles qui avaient déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 13 ans ont déclaré ne pas avoir utilisé de condom lors de leurs dernières relations. Il en allait de même de 46 % des filles qui avaient commencé à avoir des relations sexuelles entre 14 et 17 ans et de 37 % de celles qui avaient commencé entre 20 et 24 ans. En outre, la cote exprimant le risque de ne pas utiliser de condom est plus élevée chez les filles qui avaient

commencé à avoir des relations sexuelles au début de l'adolescence, et ce, en dépit de la prise en compte d'autres facteurs d'influence (données non présentées).

Utilisation du condom selon le nombre de partenaires et l'âge

Les jeunes qui n'avaient eu qu'un seul partenaire sexuel l'année précédente étaient moins susceptibles de déclarer avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles que ceux ayant eu plus d'un partenaire. Cette association persiste aussi même en tenant compte de l'effet d'autres facteurs (données non présentées).

L'omission du port du condom dans les relations sexuelles était plus fréquente chez les jeunes de 20 à 24 ans. En fait, 44 % de ces derniers ont déclaré ne pas avoir utilisé de condom la dernière fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels (tableau B). Les proportions correspondantes sont de 33 % pour le groupe de 18 et 19 ans et de 22 % pour celui des 15

à 17 ans. Même en tenant compte d'autres facteurs, ce lien entre l'âge et l'usage du condom persiste. De nouveau, il se peut que les relations de longue durée avec un seul partenaire soient plus fréquentes chez le groupe plus âgé et que l'usage du condom soit par conséquent perçu comme moins important.

Les relations sexuelles sans protection étaient presque aussi fréquentes chez les jeunes autochtones que chez les jeunes non autochtones. Cependant, si l'on analyse les données séparément pour les garçons et pour les filles et que l'on tient compte d'autres facteurs d'influence, la cote exprimant le risque de ne pas utiliser de condom est presque deux fois plus élevée pour les jeunes hommes autochtones que pour leurs homologues non autochtones (données non présentées).

Maladies transmises sexuellement

S'il est utilisé correctement et systématiquement, le condom s'avère une barrière efficace qui protège contre de nombreuses maladies transmises sexuellement (MTS), aujourd'hui appelées infections transmises sexuellement (ITS), dont la gonorrhée et l'infection à Chlamydia. Or le port du condom chez les jeunes de 15 à 24 ans demeure erratique^{1,8-10}, et ce, quoique de récentes études aient révélé que la prévalence de ces maladies chez les jeunes est encore élevée, voire à la hausse¹¹⁻¹².

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, 4 % des jeunes de 15 à 24 ans (environ 106 000) qui avaient eu des relations sexuelles au moins une fois au cours de leur vie ont dit avoir reçu un diagnostic de MTS (tableau C). Étant donné la possible absence de symptômes et(ou) le manque de sensibilisation au problème, ces chiffres ne représentent vraisemblablement qu'une fraction du nombre réel d'infections chez ce groupe d'âge.

En 2003, un nombre plus de deux fois plus élevé de filles que de garçons de 15 à 24 ans ont déclaré qu'on avait déjà diagnostiqué chez elles une MTS. À ce propos, les soins de santé génésique pour lesquels les filles doivent consulter un médecin sont

Source des données

La prévalence des relations sexuelles, de l'usage du condom et des maladies transmises sexuellement chez les jeunes de 15 à 24 ans a été estimée au moyen de données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, réalisée de janvier à décembre de cette année-là. L'ESCC a pour champ d'observation la population de 12 ans et plus vivant à domicile. Elle n'inclut pas les habitants des réserves indiennes, ni ceux des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées⁵.

Le taux global de réponse était de 80,6 %; la taille totale de l'échantillon était de 135 573. La présente analyse est fondée sur un échantillon de 18 084 personnes, pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population à domicile de 15 à 24 ans en 2003. Toutes les écarts ont été soumis à des tests afin d'en déterminer la signification statistique, dont le niveau a été fixé à 0,05. Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*^{6,7}.

sans doute ce pourquoi davantage de diagnostics de MTS sont posés chez ces dernières^{13,14}. En outre, certains programmes de dépistage des MTS visent les femmes^{13,14}.

Âge et risque de MTS

Sans doute parce qu'ils étaient actifs sexuellement depuis un plus grand nombre d'années, les jeunes adultes de 20 à 24 ans étaient nettement plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic de MTS à un moment donné que les jeunes de 15 à 17 ans (tableau C). En outre, d'un point de vue géographique, les jeunes des territoires et du Manitoba étaient plus susceptibles d'être dans cette situation que ceux des autres provinces (données non présentées).

Avoir eu une première relation sexuelle à un âge précoce, être autochtone et avoir eu des relations sexuelles avec plusieurs partenaires l'année précédente sont autant de facteurs qui accroissent

le risque de MTS. Les jeunes qui avaient déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 13 ans étaient deux fois plus susceptibles de déclarer une MTS que ceux dont la première expérience avait eu lieu à un âge plus avancé. La proportion de jeunes autochtones déclarant une MTS était 2,5 fois plus élevée que la proportion correspondante chez les jeunes non autochtones.

Ne pas utiliser de condom est bien entendu associé à un risque plus élevé de MTS. À cet égard, la proportion de jeunes ayant déclaré une MTS était deux fois plus élevée chez ceux qui n'avaient pas utilisé de condom lors de leur dernière relation sexuelle que chez ceux qui l'avaient fait (6 % contre 3 %).

Michelle Rotermann (613-951-3166; Michelle.Rotermann@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Références

1. K. Martin et Z. Wu, « Contraceptive use in Canada: 1984-1995 », *Family Planning Perspectives*, 32(2), 2000, p. 65-73.
2. Matika-Tyndale, A. McKay et M. Barrett, Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries—Country Report For Canada 2001, disponible à : http://www.guttmacher.org/pubs/canada_teen.pdf, site consulté le 9 août 2004.
3. Matika-Tyndale, M. Barrett et A. McKay, « Adolescent sexual and reproductive health in Canada: A review of national data sources and their limitations », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9(1), 2000, p. 41-65.
4. Ford, W. Sohn et J. Lepkowski, « Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods », *Family Planning Perspectives*, 33(3), 2001, p. 101-105, 132.
5. 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).
6. 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).
7. 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.
8. D.A. Gleit, « Measuring contraceptive use patterns among teenage and adult women », *Family Planning Perspectives*, 31(2), 1999, p. 73-80.
9. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, « Comportements à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, 10(2), 1998, p. 9-21 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. B.H. Thomas, A. CiCenso et L. Griffith, « Adolescent sexual behaviour: results from an Ontario sample », *La revue canadienne de santé publique*, 89(2), 1998, p. 94-97.
11. Santé Canada, Maladies transmissibles sexuellement (MTS) au Canada : Rapport de surveillance 1998 et 1999, disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00pdf/cdr26s6f.pdf>, site consulté le 9 août 2004.
12. Agence de santé publique du Canada, Rapport de surveillance 2002 des infections transmises sexuellement (ITS) au Canada : Version préliminaire, disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stddata_pre06_04/index_f.html, site consulté le 19 novembre 2004.
13. C. Panchaud, S. Singh, D. Feivelson *et al.*, « Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries », *Family Planning Perspectives*, 32(1), 2000, p. 24-32, 45.
14. T. Wong, S. Singh, J. Mann *et al.*, Gender differences in bacterial STIs in Canada. *BMC Women's Health* 2004, 4(supplément 1), p. S26, disponible à : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-4-S1-S26.pdf>, site consulté le 19 novembre 2004.

Tableau A

Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui avaient eu des relations sexuelles au moins une fois, selon le sexe et certaines caractéristiques, Canada, 2003

	Total		Garçons		Filles [†]	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	2 604,2	61,9	1 321,1	61,5	1 283,1	62,3
Groupe d'âge						
15 à 17 ans [†]	349,7	28,1	173,4	27,4	176,3	28,8
18 à 19 ans	515,9	64,7*	265,3	65,6*	250,6	63,8*
20 à 24 ans	1 738,6	80,2*	882,4	79,4*	856,1	81,1*
État matrimonial						
Célibataire (jamais marié(e)/séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve))	2 224,2	58,5*	1 189,7	59,2*	1 034,6	57,6*
Marié(e)/Union libre [†]	378,2	94,1	130,8	94,7	247,4	93,8
Autochtone						
Oui	135,3	75,7*	54,9	70,5*	80,4	79,7*
Non [†]	2 384,3	62,8	1 221,2	62,5	1 163,2	63,0
Province ou territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	51,1	67,9 [§]	25,4	63,9	25,7	72,3 [§]
Île-du-Prince-Édouard	11,9	62,7	5,7	60,1	6,1	65,3
Nouvelle-Écosse	80,8	64,2	38,6	61,0	42,2	67,5
Nouveau-Brunswick	66,3	68,0 [§]	33,8	65,1	32,6	71,3 [§]
Québec	704,0	73,8 [§]	361,7	73,3 [§]	342,3	74,3 [§]
Ontario	961,7	58,1 [§]	489,7	58,0 [§]	472,0	58,3 [§]
Manitoba	89,5	61,8	44,5	63,5	45,0	60,2
Saskatchewan	78,3	56,4 [§]	37,0	53,8 [§]	41,3	58,9
Alberta	258,4	57,3 [§]	132,5	56,1 [§]	125,9	58,6
Colombie-Britannique	292,1	54,8 [§]	147,9	56,0 [§]	144,2	53,6 [§]
Territoires	10,0	67,2	4,3	60,4	5,7	73,3 [§]

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

[†] Groupe de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence ($p < 0,05$).

§ Valeur significativement différente de l'estimation pour le total du Canada ou pour le total des garçons/filles ($p < 0,05$).

Tableau B

Non-usage du condom chez les jeunes de 15 à 24 ans actifs sexuellement qui étaient célibataires et/ou avaient eu des relations sexuelles avec plus d'un(e) partenaire l'année précédente, selon le sexe et certaines caractéristiques, Canada, 2003

	N'a pas utilisé de condom la dernière fois					
	Total		Garçons		Filles ¹	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	771,8	37,8	350,0	32,7 [§]	421,8	43,5
Groupe d'âge						
15 à 17 ans	65,4	21,5 [†]	22,3	14,8 [§]	43,1	28,0
18 à 19 ans	146,2	32,5 [†]	58,1	25,2 [§]	88,0	40,0
20 à 24 ans	560,3	43,6 [†]	269,5	39,1 [§]	290,7	48,8
Nombre de partenaires						
Un(e) [†]	533,2	41,0	243,1	38,4 [§]	290,1	43,6
Plus d'un(e)	238,6	32,3 [*]	106,8	24,6 [§]	131,7	43,4
Deux	133,4	34,0 [*]	49,3	24,2 [§]	84,1	44,4
Trois	50,4	30,5 [*]	26,3	25,7 [§]	24,1	38,5
Quatre ou plus	54,8	30,3 [*]	31,2	24,2 [§]	23,5	45,5
Âge lors de la première relation sexuelle						
13 ans et moins [†]	49,4	42,8	22,1	32,1 [§]	27,3	58,8
14 à 17 ans	522,2	38,9	235,6	33,0 [§]	286,5	45,7 [*]
18 ans et plus	200,2	34,4 [*]	92,3	32,1	108,0	36,5 [*]
Autochtone						
Oui	41,4	42,4	16,2 ^E	41,7	25,1	42,8
Non [†]	703,2	37,5	320,9	32,3 [§]	382,3	43,5
État matrimonial						
Célibataire (jamais marié(e)/séparé(e)/divorcé(e)/veuf(e))	754,8	37,5 [*]	344,1	32,5 [§]	410,7	43,0
Marié(e)/Union libre [†]	16,0 ^E	63,3 ^E	F	49,2 ^E	10,3 ^E	75,3
Province ou territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	11,7 ^E	29,6 [*]	4,9 ^E	23,1 ^E	6,9 ^E	37,0
Île-du-Prince-Édouard	2,5 ^E	27,5 ^E	F	F	2,0 ^E	43,3
Nouvelle-Écosse	18,2	28,6 [*]	6,8 ^E	22,9 ^E	11,4 ^E	33,5
Nouveau-Brunswick	20,1	38,9	7,6 ^E	28,2 ^{§E}	12,5	50,6
Québec	241,4	44,3 [*]	106,6	37,0 [§]	134,8	52,4
Ontario	270,5	34,9 [*]	130,5	32,0 [§]	140,0	38,1
Manitoba	26,5	36,5	12,5 ^E	33,3 ^E	14,0	39,8
Saskatchewan	19,4	33,9	7,1 ^E	24,7 ^{§E}	12,3	43,3
Alberta	76,0	40,4	36,4	36,3	39,6	45,1
Colombie-Britannique	83,4	36,3	36,2	29,8 [§]	47,2	43,5
Territoires	2,0	29,9	0,9 ^E	28,4 ^E	1,2 ^E	31,0 ^E

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

[†] Groupe de référence.

[‡] Valeur significativement différente de l'estimation pour tous les autres groupes ($p < 0,05$).

[§] Valeur significativement différente de l'estimation pour les filles ($p < 0,05$).

^{*} Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence ou de l'estimation pour le total du Canada ou pour le total des garçons/filles ($p < 0,05$).

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

^F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Tableau C

MTS autodéclarées, jeunes de 15 à 24 ans ayant déjà eu des relations sexuelles, selon le sexe et certaines caractéristiques, Canada, 2003

	Total		Garçons		Filles [†]	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	105,7	4,1	30,5	2,3 [§]	75,2	6,0
Groupe d'âge						
15 à 17 ans [†]	6,3 ^E	1,8 ^E	F	F	4,3 ^E	2,5 ^E
18 à 19 ans	12,2	2,4	2,7 ^E	1,0 ^{1E}	9,5 ^E	3,8 ^E
20 à 24 ans	87,3	5,1*	25,8	3,0 [†]	61,4	7,3
Nombre de partenaires						
Un(e) [†]	57,4	3,5	12,1 ^E	1,6 ^{1E}	45,3	5,1
Plus d'un(e)	45,7	6,2*	17,9 ^E	4,1 ^{1E}	27,7	9,1
Deux	19,0 ^E	4,8	3,8 ^E	1,9 ^{1E}	15,2 ^E	8,1 ^E
Trois	7,8 ^E	4,7 ^E	F	F	4,5 ^E	7,2 ^E
Quatre ou plus	18,8 ^E	10,4 ^E	10,8 ^E	8,4 ^E	8,0 ^E	15,5 ^E
Âge lors de la première relation sexuelle						
13 ans et moins [†]	16,3	10,7	3,6 ^E	4,2 ^{1E}	12,7 ^E	19,1
14 à 17 ans	69,0	4,2*	21,0	2,5 [†]	48,0	6,0
18 ans et plus	20,4 ^E	2,7* ^E	F	F	14,5 ^E	3,7 ^E
Usage du condom la dernière fois						
Oui [†]	37,3	2,9*	13,5 ^E	1,9* ^{1E}	23,8	4,4*
Non [†]	48,8	6,3	13,7 ^E	3,9 ^{1E}	35,1	8,3
Autochtone						
Oui [†]	12,8 ^E	9,7*	3,9 ^E	7,5 ^E	8,9 ^E	11,1 ^E
Non	91,1	3,9	26,5	2,2 [†]	64,6	5,6

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

[†] Groupe de référence.

[‡] Valeur significativement différente de l'estimation pour les filles ($p < 0,05$).

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence ($p < 0,05$).

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

^F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

par Ingrid Ledrou et Jean Gervais

L'existence au Canada de banques d'alimentation et de programmes de petits déjeuners à l'école montre bien qu'une alimentation saine et équilibrée n'est pas accessible à tous. Une alimentation insuffisante, tant en quantité qu'en qualité, peut causer des carences en vitamines et en minéraux, voire des problèmes de santé graves^{1,2}.

En 2000-2001, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), on a demandé aux personnes de 12 ans et plus si, l'année précédente, à cause d'un manque d'argent, elles ou un membre de leur ménage n'avaient pas mangé des aliments de la qualité ou de la variété désirées, si elles s'étaient inquiétées de ne pas avoir suffisamment de nourriture ou si elles n'avaient effectivement pas eu assez à manger. Or les personnes qui s'étaient trouvées dans au moins l'une de ces situations à cause d'un manque d'argent ont été considérées comme vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire. Selon cette définition, environ 3,7 millions de Canadiens, soit 14,7 % de la population de 12 ans et plus, avaient été en situation d'insécurité alimentaire.

Reflét du revenu

Puisque l'insécurité alimentaire est définie en termes de moyens financiers, les taux reflètent le revenu du ménage^{3,4}. Ainsi, plus de 40 % des personnes vivant dans un ménage à revenu inférieur ou moyen-inférieur ont dit avoir été en situation d'insécurité alimentaire l'année précédente. Même dans les ménages à revenu moyen, près de 25 % des personnes ont déclaré au

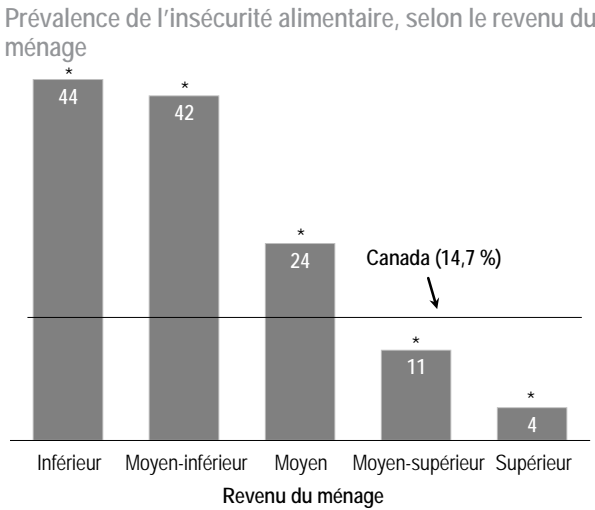
moins l'un des aspects du problème. Quoique dans une mesure nettement moindre, l'insécurité alimentaire n'en touche pas moins les ménages à revenu élevé. À cet égard, 11 % des personnes appartenant à un ménage à revenu moyen-supérieur et 4 % des personnes appartenant à un ménage à revenu supérieur ont mentionné au moins l'un des aspects du problème.

L'insécurité alimentaire au sein des ménages à revenu élevé tient peut-être au caractère ponctuel de la mesure du revenu annuel, laquelle n'est pas sensible aux variations économiques soudaines susceptibles de mener à des épisodes temporaires d'insécurité alimentaire⁵. Ainsi, l'effet d'une perte d'emploi ou du décès d'un soutien de famille au moment de l'interview de l'ESCC ne serait pas reflété dans le revenu déclaré du ménage, puisqu'il se rapporte aux 12 mois précédents⁶.

À risque

Une personne était d'autant plus susceptible de déclarer une insécurité alimentaire qu'elle était jeune. Environ 18 % des personnes de 12 à 44 ans avaient connu un épisode d'insécurité alimentaire (tableau A). Or le revenu plus faible des jeunes qui sont encore aux études ou qui sont entrés récemment sur le marché du travail pourrait en partie être à l'origine d'une telle situation. Cette précarité sur le plan alimentaire

pourrait également être attribuable aux obligations financières de nombreuses jeunes familles, comme le paiement d'une maison et l'éducation des enfants.



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada (p < 0,05).

Bien qu'à peine 7 % des personnes âgées aient fait état d'une insécurité alimentaire, des facteurs autres que les seules ressources financières peuvent compromettre la nutrition. Par exemple, la maladie ou les limitations physiques pourraient réduire la capacité qu'ont les personnes âgées de magasiner et de préparer des repas.

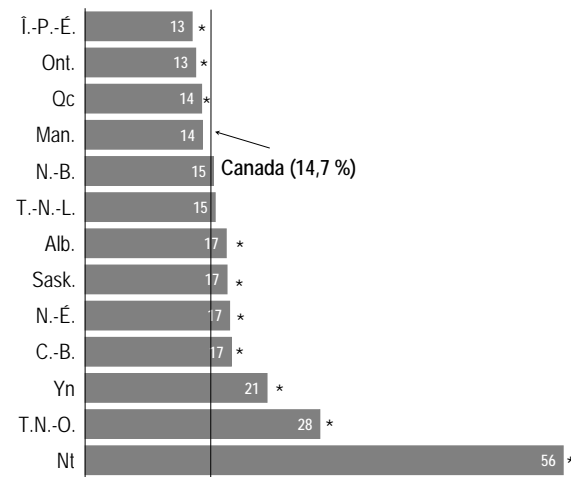
Un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes ont déclaré une insécurité alimentaire, soit 16 % contre 13 %. Cependant, cet écart est en grande partie imputable à des facteurs tels que le revenu du ménage et la structure familiale. En fait, la prise en compte de l'effet de ces facteurs révèle que les femmes ne sont pas plus susceptibles que les hommes de déclarer une insécurité alimentaire (données non présentées).

Quoi qu'il en soit, le risque n'en demeure pas moins particulièrement élevé à l'endroit d'un groupe de femmes : le tiers (33 %) des femmes chef de famille monoparentale ont déclaré une insécurité alimentaire⁷. Cette proportion est près de deux fois plus élevée que celle observée chez leurs homologues masculins (18 %). En revanche, à peine 9 % des personnes faisant partie d'un couple sans enfant ont fait une telle déclaration.

Le taux était également sensiblement élevé chez les

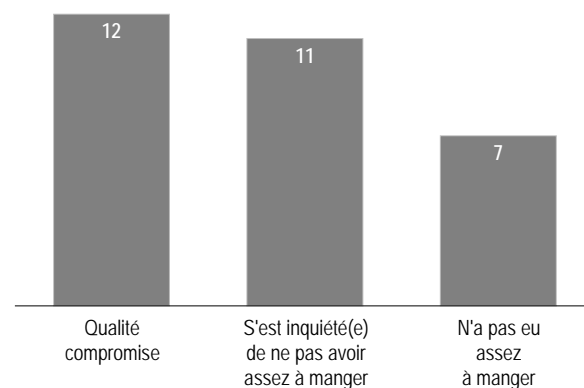
Autochtones hors réserve : 31 % ont répondu affirmativement à au moins l'une des questions sur l'insécurité alimentaire, taux deux fois plus élevé que celui enregistré chez les non-Autochtones (14 %).

Prévalence de l'insécurité alimentaire, selon la province ou le territoire



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001
 * Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ($p < 0,05$).

Pourcentage de la population ayant déclaré un aspect de l'insécurité alimentaire



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Différences entre les provinces ou les territoires

L'insécurité alimentaire est étroitement liée aux caractéristiques géographiques, et les résidents des territoires sont particulièrement vulnérables. Au Nunavut, plus de la moitié de la population (56 %) a déclaré une insécurité alimentaire. Les taux observés dans les Territoires du Nord-Ouest (28 %) et au Yukon (21 %) étaient également nettement supérieurs à la moyenne nationale.

L'insécurité alimentaire était toutefois moins fréquente dans les provinces. Sa prévalence était tout de même significativement supérieure à la moyenne nationale en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan et en Alberta où, dans chaque cas, elle était de l'ordre d'environ 17 %. En revanche, la prévalence de l'insécurité alimentaire était significativement inférieure à la moyenne nationale au Québec, en Ontario et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Niveau de gravité

Les trois dimensions de l'insécurité alimentaire ne présentent pas toutes la même gravité. Ne pas manger d'aliments de la qualité ou de la variété souhaitée et « avoir peur » de ne pas avoir suffisamment de nourriture sont des situations moins graves que n'avoir effectivement pas assez à manger. En outre, les dimensions de l'insécurité alimentaire suivent une progression typique, les personnes qui déclarent le niveau le plus grave faisant aussi état des niveaux moins graves.

En 2000-2001, 7 % des Canadiens ont déclaré que, l'année précédente, eux ou un membre de leur ménage n'avaient pas eu suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent. Un pourcentage plus élevé de Canadiens avaient réduit la qualité ou la variété de leur régime (12 %), ou s'étaient inquiétés de ne pas avoir assez à manger (11 %). Il n'est donc pas étonnant que ce soit dans les ménages à faible revenu que chaque dimension de l'insécurité alimentaire ait été la plus fréquente.

Questions

Il y a *insécurité alimentaire* quand la disponibilité d'aliments sûrs et nutritionnellement appropriés ou la capacité d'acheter des aliments par des moyens socialement acceptables est limitée et incertaine⁸. Au cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne (2000-2001), l'insécurité alimentaire a été évaluée au moyen de trois questions. « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence est-il arrivé que vous, ou quelqu'un d'autre de votre ménage :

- n'avez pas mangé des aliments de la qualité ou de la variété désirées à cause d'un manque d'argent? »
- vous soyez inquiet(e) du fait qu'il n'y aurait pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent? »
- n'avez pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent? »

Pour chaque question, le choix de réponse était : souvent, parfois ou jamais. Les personnes qui ont répondu « souvent » ou « parfois » à au moins l'une des questions ont été considérées comme ayant été en situation d'insécurité alimentaire. Celles qui ont répondu « jamais » aux trois questions ne l'avaient pas été.

Pas assez à manger

Dans l'ensemble, 28 % des personnes vivant dans un ménage dont le revenu était inférieur ou moyen-inférieur n'avaient pas eu suffisamment de nourriture à un moment donné au cours de l'année précédente, comparativement à 5 % des personnes appartenant à un ménage à revenu moyen ou moyen-supérieur.

Dans presque toutes les provinces, au moins le quart des personnes vivant dans un ménage à revenu inférieur ou moyen-inférieur ont déclaré avoir connu, l'année précédente, un épisode au cours duquel elles n'avaient pas eu suffisamment de nourriture. La proportion variait de 24 % à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan à environ 30 % en Alberta et en Colombie-Britannique.

Source des données

Les estimations de la prévalence de l'insécurité alimentaire sont calculées d'après les données du premier cycle (1.1) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) qui a été réalisée de septembre 2000 à octobre 2001. L'ESCC est une enquête-santé générale qui couvre la population à domicile de 12 ans et plus. Son champ d'observation n'inclut pas les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes ni de certaines régions éloignées. Le taux de réponse global au premier cycle a été de 85 %; la taille totale de l'échantillon était de 131 535.

Tous les écarts ont été soumis à des tests afin d'en vérifier la signification statistique. Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*^{9,10}. Un niveau de signification de 5 % ($p < 0,05$) a été appliqué dans tous les cas.

La prévalence de l'insécurité alimentaire pourrait être sous-estimée, parce que le champ d'observation de l'ESCC n'inclut pas les sans-abri ni les Autochtones vivant dans les réserves indiennes, deux groupes parmi lesquels la prévalence de l'insécurité alimentaire pourrait être assez élevée.

Comme l'analyse est fondée sur des données transversales, aucune conclusion ne peut être tirée quant aux relations de cause à effet.

Le problème avait tendance à être encore plus fréquent dans les ménages à revenu inférieur et moyen-inférieur dans les territoires. Au Nunavut, les deux tiers (68 %) des personnes vivant dans ce genre de ménage s'étaient retrouvées à au moins une occasion durant l'année précédente dans une situation où elles n'avaient pas eu assez à manger à cause d'un manque d'argent. Dans les Territoires du Nord-Ouest, le chiffre correspondant était de 49 %. En revanche, le pourcentage observé au Yukon (30 %) ne s'écartait pas de la moyenne nationale.

En outre, tant au Nunavut que dans les Territoires du Nord-Ouest, des proportions significativement élevées de résidents appartenant à un ménage à revenu élevé ont déclaré ne pas avoir eu suffisamment de nourriture au moins une fois l'année précédente : 40 % et 12 %, respectivement.

L'insécurité alimentaire reste un concept subjectif qui n'est pas compris de la même façon par tout le monde. De surcroît, les résultats sont fondés sur l'hypothèse que tous les membres d'un ménage

Prévalence de l'insécurité alimentaire et de l'insuffisance de nourriture, selon le revenu du ménage

	Insécurité alimentaire totale			Insuffisance de nourriture		
	Total	Revenu inférieur/moyen	Revenu moyen à supérieur	Total	Revenu inférieur/moyen	Revenu moyen à supérieur
	%			%		
Canada	15	42	12	7	28	5
Terre-Neuve-et-Labrador	15	45	9*	8	28	3*
Île-du-Prince-Édouard	13*	34*	10*	6	24	4
Nouvelle-Écosse	17*	46	12	8	26	5
Nouveau-Brunswick	15	46	10	7	28	4*
Québec	14*	42	10*	7	28	4*
Ontario	13*	41	11*	7*	27	5
Manitoba	14	39	11	7	26	5
Saskatchewan	17*	42	13*	7	24*	5
Alberta	17*	43	15*	9*	29	7*
Colombie-Britannique	17*	46*	14*	8*	30	6*
Yukon	21*	58*	18*	10	30 ^E	7 ^E
Territoires du Nord-Ouest	28*	61*	22*	18*	49*	12*
Nunavut	56*	74*	47*	49*	68*	40*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada.

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

répondraient de la même façon que la personne sélectionnée pour participer à l'ESCC, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Ainsi, les enfants qui vivent dans un ménage considéré comme étant en situation d'insécurité alimentaire ne sont pas obligatoirement dans une telle situation, parce qu'il arrive que les adultes compromettent leur alimentation afin d'épargner leurs enfants^{6,11}.

Le cycle 2.2 de l'ESCC, qui a été réalisé

en 2004 sur le thème de la nutrition, fournira des renseignements plus détaillés sur la prévalence et les corrélats de l'insécurité alimentaire au Canada. Cette enquête contenait des questions en profondeur sur la nature de l'insécurité alimentaire, ainsi que sur les adultes et les enfants qui en souffrent.

Ingrid Ledrou (613-951-6567; Ingrid.Ledrou@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6. Jean Gervais travaillait antérieurement à Statistique Canada.

Références

1. J.T. Cook, « Clinical implications of household food insecurity: Definitions, monitoring and policy », *Nutrition and Clinical Care*, 5(4), 2002, p. 152-167.
2. V.S. Tarasuk et N.T. Vozoris, « Household food insufficiency is associated with poorer health », *Journal of Nutrition*, 133, 2003, p. 120-126.
3. S. Sarlie-Lahteenkorva et E. Lahelma, « Food insecurity is associated with past and present economic disadvantage », *Journal of Nutrition*, 131(11), 2001, p. 2880-2884.
4. R.S. Tingay, C.J. Tan, N.C. Tan *et al.*, « Food insecurity and low income in an English inner city », *Journal of Public Health and Medicine*, 25(2), 2003, p. 156-159.
5. D. Rose, « Economic determinants and dietary consequences of food insecurity in the United States », *Journal of Nutrition*, 129(supplément), 1999, p. S517-S520.
6. J. Che et J. Chen, « L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens », *Rapports sur la santé*, 12(4), 2002, p. 11-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. L. McIntyre, N.T. Glanville, S. Officer *et al.*, « Food insecurity of low-income lone mothers and their children in Atlantic Canada », *La revue canadienne de santé publique*, 93(6), 2002, p. 411-415.
8. S.A. Anderson, « Core indicators of nutritional state for difficult-to-sample populations », *Journal of Nutrition*, 120(supplément), 1990, p. 1557-1660.
9. 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).
10. 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.
11. L. McIntyre, N.T. Glanville, K.D. Raine *et al.*, « Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 168(6), 2003, p. 686-691.

Tableau A

Prévalence de l'insécurité alimentaire, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001

	Estimation de la population en situation d'insécurité d'alimentaire	
	milliers	%
Total	3 739	14,7
Sexe		
Hommes	1 679	13
Femmes	2 060	16
Groupe d'âge		
12 à 17 ans	428	18*
18 à 24 ans	537	19*
25 à 44 ans	1 659	18*
45 à 64 ans	859	12
65 ans et plus	256	7*
Revenu du ménage		
Inférieur	388	44*
Moyen-inférieur	741	42*
Moyen	1 256	24*
Moyen-supérieur	882	11*
Supérieur	248	4*
Données manquantes	223	9*
Type de famille		
Couple avec enfant(s) de moins de 25 ans	1 584	13*
Couple sans enfant(s) de moins de 25 ans	544	9*
Mère seule avec enfant(s) de moins de 25 ans	625	33*
Père seul avec enfant(s) de moins de 25 ans	80	18*
Personne seule	812	19*
Autre	44	15
Autochtone		
Oui	252	31*
Non	3 448	14
Province ou territoire		
Terre-Neuve-et-Labrador	70	15
Île-du-Prince-Édouard	15	13*
Nouvelle-Écosse	133	17*
Nouveau-Brunswick	96	15
Québec	844	14*
Ontario	1 316	13*
Manitoba	124	14
Saskatchewan	133	17*
Alberta	406	17*
Colombie-Britannique	578	17*
Yukon	5	21*
Territoires du Nord-Ouest	9	28*
Nunavut	11	56*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada (p < 0,05).

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



USAGE DU TABAC CHEZ LES JEUNES

par Margot Shields

D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), en 2003, environ 1 jeune de 12 à 17 ans sur 10 fumait des cigarettes. Plus de la moitié d'entre eux (58 %) le faisaient quotidiennement.

Les garçons et les filles de 12 à 17 ans étaient presque aussi susceptibles les uns que les autres de déclarer qu'ils fumaient : 10 % des garçons et 11 % des filles. Cependant, le taux d'usage du tabac était cinq fois plus élevé chez les 15 à 17 ans que chez les 12 à 14 ans (17 % contre 3 %).

Revenu, niveau de scolarité

L'usage du tabac est lié au statut socioéconomique. Les jeunes vivant dans un ménage appartenant au groupe inférieur ou moyen-inférieur de revenu étaient plus susceptibles de fumer (13 %) que ceux vivant dans un ménage appartenant au groupe supérieur de revenu (9 %). Il existe en outre un lien marqué entre l'usage du tabac chez les jeunes et le niveau de scolarité des membres du ménage. Ainsi, on comptait 9 % de jeunes fumeurs au sein des ménages où le niveau de scolarité le plus élevé correspondait à un diplôme d'études postsecondaires. En revanche, la proportion de

Taux d'usage du tabac chez les jeunes de 12 à 17 ans, selon certaines caractéristiques

	Ensemble des fumeurs		Fumeurs quotidiens	
	milliers	%	milliers	%
Total	255,2	10,2	148,5	5,9
Sexe				
Garçons [†]	123,9	9,6	69,7	5,4
Filles	131,3	10,8	78,8	6,5
Groupe d'âge				
12 à 14 ans [†]	43,5	3,4	20,3	1,6
15 à 17 ans	211,7	17,1*	128,2	10,3*
Revenu du ménage				
Inférieur/moyen-inférieur	22,5	12,7*	15,1	8,5*
Moyen/moyen-supérieur/supérieur [†]	147,1	9,3	83,2	5,3
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage				
Pas de diplôme d'études secondaires				
	30,3	22,9 [†]	19,6	14,9 [†]
Diplôme d'études secondaires	33,2	10,3	21,7	6,7
Études postsecondaires partielles	19,8 ^E	11,8	13,1 ^E	7,8 ^E
Diplôme d'études postsecondaires	157,6	8,9 [†]	85,4	4,8 [†]
Lieu de résidence				
Région urbaine [†]	195,3	9,9	115,1	5,8
Région rurale	59,9	11,1	33,4	6,2
Province ou territoire				
Terre-Neuve-et-Labrador	6,2	13,0	4,5 ^F	9,4 ^{FE}
Île-du-Prince-Édouard	1,2 ^E	9,3 ^E	1,0 ^E	7,7 ^E
Nouvelle-Écosse	6,8 ^E	8,7 ^E	4,4 ^E	5,6 ^E
Nouveau-Brunswick	5,0 ^E	8,5 ^E	3,5 ^E	5,9 ^E
Québec	80,5	14,5 [†]	48,2	8,7 [†]
Ontario	88,3	9,1 [†]	47,2	4,9 [†]
Manitoba	9,3 ^E	10,0 ^E	6,2 ^E	6,6 ^E
Saskatchewan	9,7	10,9	5,0 ^E	5,6 ^E
Alberta	23,9	8,8	14,1	5,2
Colombie-Britannique	21,7	6,7 [†]	12,6 ^E	3,9 ^{FE}
Yukon	F	F	F	F
Territoires du Nord-Ouest	0,9 ^E	21,8 ^{FE}	0,7 ^E	15,7 ^{FE}
Nunavut	F	51,5 ^{FE}	F	F

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

Nota : Étant donné l'exclusion de la catégorie « données manquantes » pour certaines variables, la somme des données peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

[†] Catégorie de référence.

[‡] Valeur significativement différente de l'estimation pour le total ($p < 0,05$).

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

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

^F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

jeunes fumeurs était de l'ordre de 23 % dans les ménages où aucun membre n'avait obtenu son diplôme d'études secondaires.

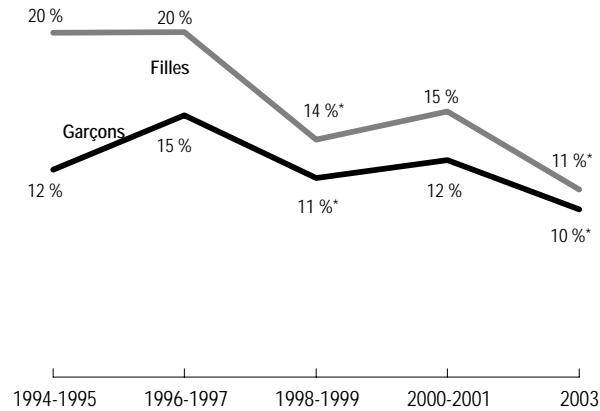
Variations interprovinciales

Les jeunes vivant en milieu rural n'étaient ni plus ni moins susceptibles de fumer que leurs homologues vivant en région urbaine. Cependant, les écarts entre les provinces ou les territoires étaient prononcés. Le taux d'usage du tabac chez les jeunes était significativement plus élevé que le taux national au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Québec, et considérablement plus faible en Colombie-Britannique et en Ontario.

Taux à la baisse

Au Canada, la proportion de jeunes qui fument a diminué au cours des années 1970 et au début des années 1980, s'est stabilisée à la fin des années 1980, puis a augmenté au début des années 1990¹. Ce profil reflète les tendances observées aux États-Unis². Vers le milieu des années 1990, la prévalence de l'usage du tabac chez les jeunes au Canada a recommencé à diminuer. L'écart entre les pourcentages de garçons et de filles qui fumaient

Pourcentage de jeunes de 12 à 17 ans qui fument, selon le sexe, 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 du tabac chez les filles est significativement plus élevé que le taux chez les garçons pour 1994-1995, 1996-1997 et 2000-2001.

* Valeur significativement plus faible que l'estimation pour la période précédente ($p < 0,05$).

s'est également amenuisé. De 1996-1997 à 2003, la proportion de garçons qui fumaient est passée de 15 % à 10 %; chez les filles, la proportion correspondante est passée de 20 % à 11 %.

Trois processus distincts pourraient expliquer la tendance à la baisse de l'usage du tabac chez les jeunes : le nombre de jeunes qui commencent à fumer pourrait avoir diminué (début de l'usage du tabac), un plus grand nombre de jeunes pourraient arrêter (abandon), et (ou) un moins grand nombre de jeunes pourraient recommencer à fumer après avoir arrêté (rechute). Les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) permettent d'examiner la contribution de chaque processus à la diminution de la prévalence de l'usage du tabac chez les jeunes.

Commencer

Le calcul du taux de début de l'usage du tabac est fondé sur les jeunes qui, lors d'un cycle de l'ENSP, ont indiqué qu'ils ne fumaient pas et ne l'avaient

jamais fait, mais qui ont déclaré lors de l'entrevue qui a eu lieu deux ans plus tard qu'ils fumaient. Au cours de la période de huit ans allant de 1994-1995 à 2002-2003, les taux de début de l'usage du tabac sont passés de 14 % (entre 1994-1995 et 1996-1997) à 5 % (entre 2000-2001 et 2002-2003). En comparaison, le taux de début de l'usage du tabac chez les adultes a été stable, mais nettement plus faible (environ 2 %), lors de chaque période de deux ans (voir l'article intitulé *Cheminement vers l'abandon du tabac*).

Taux sur deux ans du début de l'usage du tabac, de l'abandon du tabac et de la rechute chez les jeunes de 12 à 17 ans, selon certaines caractéristiques

	Taux du début de l'usage du tabac (n'ayant jamais fumé) %	Taux d'abandon du tabac (fumeurs) %	Taux de rechute (anciens fumeurs) %
Taux moyens sur deux ans (1994-1995 à 2002-2003)	8,9	17,4	35,0
Période de deux ans			
1994-1995 à 1996-1997	13,7	16,9 ^E	40,6
1996-1997 à 1998-1999	6,3 [†]	20,0 ^E	32,5
1998-1999 à 2000-2001	10,2	15,1 ^E	36,4
2000-2001 à 2002-2003	4,8 [†]	16,3 ^E	29,9
Sexe			
Garçons	8,1	12,1 ^E	35,5
Filles [‡]	9,8	21,4*	34,5
Groupe d'âge			
12 à 14 ans [†]	8,7	16,0 ^E	35,3
15 à 17 ans	9,2	17,8	34,8
Catégorie de fumeur			
Quotidien [†]	...	10,2 ^E	...
Occasionnel	...	31,7*	...
Ancien fumeur quotidien [†]	57,4
Ancien fumeur occasionnel	30,7*
Foyer sans fumée			
Oui	6,8*	20,7 ^E	30,3*
Non [†]	13,9	15,3	40,9

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

[†] Valeur significativement plus faible que l'estimation pour la période de deux ans précédente ($p < 0,05$).

[‡] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

Arrêter

Le taux d'abandon du tabac est égal au pourcentage de jeunes qui fumaient quotidiennement ou à l'occasion lors d'un cycle de l'ENSP et qui ont déclaré deux ans plus tard qu'ils ne fumaient pas. Sur la période de huit ans, le taux d'abandon du tabac sur deux ans chez les fumeurs de 12 à 17 ans est resté assez stable (autour de 17 %) et aucun écart entre les périodes de deux ans successives n'est significatif. Par contre, chez les adultes, la proportion de fumeurs qui ont arrêté a augmenté, pour passer de 14 % entre 1994-1995 et 1996-1997 à 22 % entre 2000-2001 et 2002-2003³.

Recommencer à fumer

Le calcul des taux de rechute est fondé sur les jeunes qui ont déclaré qu'ils étaient des anciens fumeurs, c'est-à-dire qu'ils ne fumaient pas au moment de l'entrevue de l'enquête, mais qu'ils avaient fumé dans le passé. Ceux qui deux ans plus tard avaient recommencé à fumer ont été considérés comme des « rechuteurs ». Le taux moyen de rechute des jeunes sur deux ans au cours de la période de huit ans était de 35 %, soit un taux nettement supérieur à celui observé chez les fumeurs adultes (7 %) (données non présentées). Cet écart est vraisemblablement dû à la forte association entre la rechute et le nombre d'années d'abstinence. Les adultes qui réussissent à ne pas fumer pendant plus de cinq ans sont nettement moins susceptibles de recommencer que ceux qui se sont abstenus de fumer pendant tout au plus deux ans³. Les jeunes fumeurs n'ont bien sûr pas eu la possibilité de connaître une longue période d'abstinence. Néanmoins, les taux de rechute sur deux ans sont demeurés relativement stables au cours des huit ans, tant chez les jeunes que chez les adultes.

Ces tendances concernant le début de l'usage du tabac, l'abandon du tabac et la rechute au cours de périodes de deux ans successives montrent que le recul de l'usage du tabac chez les jeunes est attribuable à une diminution du taux de jeunes qui commencent à fumer. Par contre, chez les adultes,

Sources des données

Les taux d'usage du tabac chez les jeunes de 12 à 17 ans selon certains facteurs sociodémographiques ont été produits d'après les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003⁴. L'ESCC est une enquête-santé générale ayant pour champs d'observation la population à domicile de 12 ans et plus. Ce champ n'inclut pas les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Le taux global de réponse à l'ESCC de 2003 était de 80,6 %. Le présent article porte sur un échantillon de 14 136 jeunes de 12 à 17 ans.

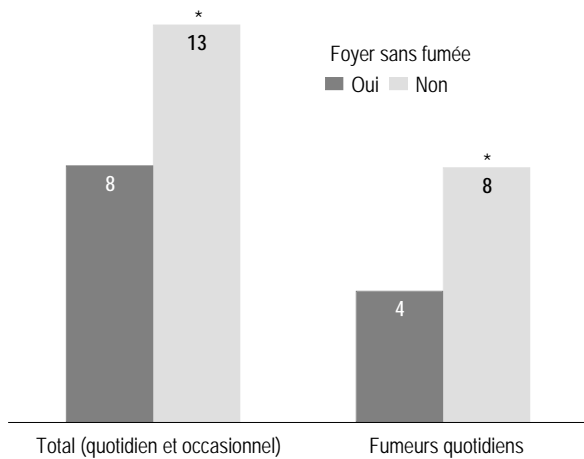
Les estimations historiques des taux d'usage du tabac chez les jeunes sont fondées sur les données des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'ESCC et des cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP).

Les taux sur deux ans de début de l'usage du tabac, d'abandon du tabac et de rechute ont été calculés au moyen de données longitudinales de l'ENSP recueillies auprès d'un panel de personnes qui ont été interviewées tous les deux ans. Les taux sont basés sur quatre cohortes d'observation regroupées. Les années de référence sont 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001. Les taux de début de l'usage du tabac sont basés sur les jeunes de 12 à 17 ans qui, lors des années de référence, ont déclaré qu'ils n'avaient jamais fumé mais qui, deux ans plus tard, ont déclaré fumer quotidiennement ou à l'occasion. Les taux d'abandon du tabac sont basés sur les jeunes qui fumaient lors des années de référence, mais qui ont déclaré deux ans plus tard qu'ils ne fumaient pas. Les taux de rechute sont basés sur les jeunes qui ont déclaré être des anciens fumeurs lors des années de référence et qui ont déclaré deux ans plus tard qu'ils avaient recommencé à fumer. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des rapports parus antérieurement^{5,6}.

L'association entre l'usage du tabac chez les jeunes et la situation en ce qui concerne la vie dans un foyer sans fumée a été étudiée au moyen de données provenant de l'ESCC de 2003, des fichiers longitudinaux de l'ENSP et de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ) de 2002. D'octobre à décembre 2002, la collecte des données de l'ETJ a été réalisée auprès de 19 018 enfants de la 5^e à la 9^e année faisant partie d'un échantillon de classes sélectionnées à partir d'une liste de toutes les écoles publiques et privées des 10 provinces.

Les estimations sont fondées sur des données pondérées. L'erreur type et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*, qui permet de tenir compte des effets du plan de sondage^{7,9}.

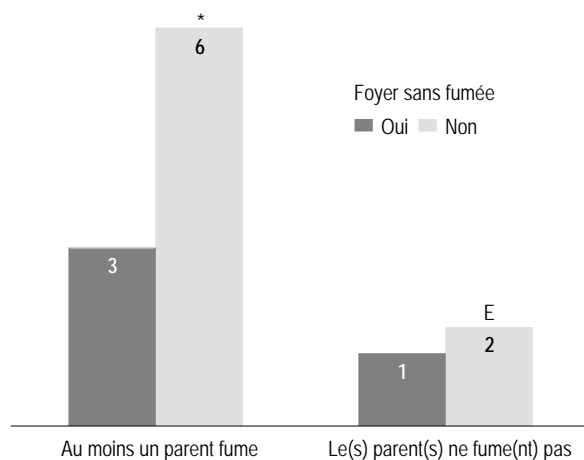
Pourcentage de jeunes de 12 à 17 ans qui fument, selon qu'ils vivent ou non dans un foyer sans fumée



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

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour un foyer sans fumée ($p < 0,05$).

Pourcentage des élèves de la 5^e à la 9^e année qui fument, selon la situation des parents face à l'usage du tabac et selon qu'ils vivent ou non dans un foyer sans fumée



Source des données : Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, 2002

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour un foyer sans fumée ($p < 0,05$).

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

la diminution de la prévalence de l'usage du tabac est imputable à la hausse du taux de personnes qui arrêtent de fumer.

Foyer sans fumée

Selon les données de l'ESCC de 2003, 56 % des jeunes de 12 à 17 ans vivaient dans un foyer où il était demandé de s'abstenir de fumer dans la maison. Ces jeunes étaient moins susceptibles de fumer (8 %) que ceux qui vivaient dans un foyer où il était permis de fumer (13 %). Le pourcentage de jeunes vivant dans un foyer sans fumée qui fumaient *quotidiennement* était de 4 %, soit la moitié du pourcentage observé chez ceux vivant dans un foyer où il était permis de fumer (8 %).

Le critère appliqué pour repérer les foyers sans fumée était moins strict dans le cas de l'ENSP et de l'ESCC de 2000-2001 que dans celui de l'ESCC de 2003. Ainsi, les participants à l'enquête se sont vu demander si un membre du ménage fumait régulièrement dans la maison. Selon cette définition, le pourcentage de jeunes de 12 à 17 ans vivant dans un foyer sans fumée est passé de 61 % en 1994-1995 à 68 % en 2000-2001 (données non présentées).

Les données longitudinales de l'ENSP indiquent que les jeunes vivant dans un foyer sans fumée étaient nettement moins susceptibles de commencer à fumer sur une période de deux ans que ceux qui étaient exposés régulièrement à la fumée dans leur foyer, soit 7 % comparativement à 14 %. Le taux de rechute était également plus faible chez les jeunes qui vivaient dans un foyer sans fumée (30 % contre 41 %).

Influence parentale

Les taux plus faibles de prévalence de l'usage du tabac chez les jeunes vivant dans un foyer sans fumée sont sans doute dus, en partie, au comportement des parents à l'égard du tabac. Selon l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes de 2002, 2,7 % des élèves de la 5^e à la 9^e année (groupe des 9 à 15 ans) fumaient. Ceux qui ont déclaré qu'au moins un de leurs parents fumait étaient quatre fois plus susceptibles de fumer

eux-mêmes que ceux dont les parents ne fumaient pas : 5,0 % contre 1,2 %. Chez les enfants vivant dans une famille biparentale, le taux d'usage du tabac était de 7,2 % si les deux parents fumaient, de 3,7 % si un seul parent fumait et de 1,1 % si ni l'un ni l'autre parent ne fumait (données non présentées).

Cependant, même si les parents fumaient, le fait de vivre dans un foyer sans fumée avait une influence. Chez les enfants dont au moins un des parents fumait, le taux d'usage du tabac était de 2,9 % pour ceux vivant dans un foyer sans fumée, mais de 6,4 % pour ceux vivant dans un foyer où il était permis de fumer. D'aucuns soutiennent que

les parents (même ceux qui fument) qui interdisent l'usage du tabac à la maison font comprendre clairement qu'il s'agit d'un comportement qui n'est pas approuvé¹⁰, ce qui pourrait contribuer à faire baisser le taux d'usage du tabac chez les jeunes.

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.

Références

1. 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 au catalogue).
2. US Department of Health and Human Services, *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, 1994.
3. M. Shields, « Cheminement vers l'abandon du tabac », *Rapports sur la santé*, 16(3), 2005, p. 23-43 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. 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).
5. 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).
6. 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).
7. 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).
8. 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.
9. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
10. A.J. Farkas, E.A. Gilpin, M.M. White *et al.*, « Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking », *Journal of the American Medical Association*, 284(6), 2000, p. 717-722.

Questions

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) contenaient toutes deux la question : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? ». Les *fumeurs quotidiens* sont les personnes qui ont répondu « tous les jours »; les *fumeurs occasionnels* sont celles qui ont répondu « à l'occasion ». L'*ensemble des fumeurs* comprend les fumeurs quotidiens et occasionnels.

Dans le cadre de l'ENSP, on a demandé aux personnes qui ne fumaient pas : « Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque? » et « Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours? ». Les *anciens fumeurs occasionnels* sont les personnes qui ont répondu « oui » à la première question et « non » à la deuxième; les *anciens fumeurs quotidiens* sont les personnes qui ont répondu « oui » aux deux questions.

Lors de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ) de 2002, deux questions ont permis de classer les *fumeurs au moment de l'enquête* : « As-tu fumé 100 cigarettes ou plus au cours de ta vie? » et « Au cours des 30 derniers jours, quel est le nombre de jours où tu as fumé au moins une cigarette? ». Les fumeurs sont les jeunes qui ont répondu « oui » à la première question et indiqué au moins un jour à la deuxième. Le taux d'usage du tabac chez les 12 à 14 ans fondé sur l'ETJ était de 3,2 %, valeur très proche du taux fondé sur les données de l'ESCC de 2003 pour le même groupe d'âge (3,4 %).

Dans l'ETJ, la *situation des parents face à l'usage du tabac* a été évaluée au moyen des questions : « Est-ce que ton père fume? » et « Est-ce que ta mère fume? ». Les jeunes qui ne vivaient pas avec leur père (ou leur mère), mais qui vivaient la plupart du temps avec une personne qui jouait le rôle de père (ou de mère), ont reçu l'instruction de répondre à la question au sujet de cette personne.

L'ESCC de 2003 contenait deux questions qui ont été utilisées pour repérer les *foyers sans fumée* : « Existe-t-il des restrictions concernant la consommation de cigarettes à votre domicile? ». Aux personnes qui ont répondu « oui », on a demandé : « Quelles sont les restrictions concernant la cigarette à votre domicile?... 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; autre restriction. ». Les jeunes qui ont dit que les fumeurs étaient priés de s'abstenir de fumer dans la maison ont été considérés comme vivant dans un foyer sans fumée.

Pour les analyses fondées sur les données longitudinales de l'ENSP, les foyers sans fumée ont été déterminés d'après la réponse « non » à la question : « Est-ce qu'un membre du ménage fume habituellement à l'intérieur de la maison? ».

Pour l'ETJ, les foyers sans fumée ont été déterminés à l'aide des mêmes questions et définitions que celles utilisées dans l'ESCC de 2003. Les questions ont été posées durant une enquête de suivi réalisée auprès d'un parent de chaque jeune faisant partie de l'échantillon de l'ETJ.



Pour commander les publications

Un inventaire des produits et services d'information de la Division de la statistique de la santé comprenant les publications (sur papier, disquette, microfiche ou dans Internet), les fichiers de microdonnées et les totalisations spéciales

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





Pour obtenir les produits ci-dessous, veuillez communiquer avec :

Finance
Statistique Canada
6e étage, immeuble R.-H. Coats
120 avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
Téléphone (Canada et États-Unis) : 1 800 267-6677
Télécopieur (Canada et États-Unis) : 1 877 287-4369
Courriel : infostats@statcan.ca

Ou visiter notre site Web : www.statcan.ca

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Guide de la statistique sur la santé			
L'information sur la santé en direct de Statistique Canada <i>(Ce guide vous permet d'accéder rapidement à de l'information reliée à la santé dans le site Web de Statistique Canada. Disponible en format html et ne peut être téléchargé.)</i>	82-573-GIF	Internet	Gratuit
Avortements provoqués			
Statistiques sur les avortements provoqués	82-223-XIF	Internet	Gratuit
Cancer			
Statistiques sur le cancer (Incidence du cancer au Canada; Statistiques sur la survie au cancer; Manuels du Registre canadien du cancer; La filière du cancer, bulletin des registres du cancer au Canada)	84-601-XIF	Internet	Gratuit
Enquête nationale sur la santé de la population			
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier Internet	10 \$ 8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier Internet	35 \$ 26 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – établissements de soins de santé	82M0010GPF	Papier	50 \$
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes			
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être	82-617-XIF	Internet	Gratuit
Contenu optionnel et autres tableaux connexes, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-577-XIF	Internet	Gratuit
Profiles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-576-XIF	Internet	Gratuit
Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001	82-575-XIF	Internet	Gratuit
Espérance de vie			
Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997	84-537-XIF	Internet	15 \$
Établissements de soins			
Établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1998-1999 <i>(Disponible sous forme de totalisations spéciales en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle.)</i>			

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) [†]
État civil			
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001XPB	Papier	22 \$
Causes de décès	84-208-XIF	Internet	Gratuit
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XPB	Papier	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes, 1997	84F0209XIB	Internet	Gratuit
Naissances	84F0210XPB	Papier	20 \$
Décès	84F0211XIF	Internet	Gratuit
Mariages	84F0212XPB	Papier	22 \$
Divorces	84F0213XPB	Papier	20 \$
Causes principales de décès	84F0503XPB	Papier	20 \$
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPF	Papier	45 \$
	84-214-XIF	Internet	33 \$
Autre			
Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada	84F0013XIF	Internet	Gratuit
Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) (Pour obtenir le FCCP+, les clients doivent d'abord acheter le FCCP.)	82F0086XDB	Disquette	Gratuit
Hospitalisation			
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$
Indicateurs de la santé			
Indicateurs de la santé	82-221-XIF	Internet	Gratuit
Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires	82-401-XIF	Internet	Gratuit
Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement	82-402-XIF	Internet	Gratuit
Maladies cardiovasculaires			
Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada	82F0076XIF	Internet	Gratuit
Maladies et lésions professionnelles			
Dépistage des maladies et lésions professionnelles au Canada : mortalité par cause chez les travailleurs, 1965-1991	84-546-XCB	CD-ROM	500 \$
Rapports analytiques			
Rapports sur la santé			
· par année	82-003-XPF	Papier	63 \$
· l'exemplaire			22 \$
· par année	82-003-XIF	Internet	48 \$
· l'exemplaire			17 \$
La santé de la population canadienne - Rapport annuel 2004	82-003-SIF	Internet	Gratuit
	82-003-SPF	Papier	22 \$
Rapport statistique sur la santé de la population canadienne	82-570-XIF	Internet	Gratuit
Usage du tabac			
Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001	82F0077XIF	Internet	Gratuit

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



La Division de la statistique de la santé offre un service de totalisations spéciales pour répondre à des besoins particuliers, ainsi que des données publiées tirées d'enquêtes supplémentaires, payables en fonction du service demandé. Il est possible de créer des tableaux personnalisés à partir des nombreuses sources de données sur la santé et l'état civil dont s'occupe la Division.

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

‡ Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



Fichiers de microdonnées

Les demandes de produits tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

Enquête nationale sur la santé de la population

Cycle 4, 2000-2001

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
------------------------	---------	---------	--	--

Cycle 3, 1998-1999

Composante des ménages	Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$
------------------------	--	------------	--------	----------

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Cycle 2, 1996-1997

Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	500 \$
------------------------	---	------------	--------	--------

Composante des établissements de soins de santé	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	250 \$
			Les clients qui achètent la composante des ménages des fichiers de microdonnées 1996-1997 recevront gratuitement la composante des établissements de soins de santé	

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Cycle 1, 1994-1995

Composante des ménages	Données, fureteur Beyond 20/20 – fichier texte ASCII, Guide de l'utilisateur	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$
------------------------	--	------------	--------	--------

Composante des établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	75 \$
---	---------------------	------------	-----------	-------

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Numéro du produit

Version

Prix (\$CAN)[†]

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 Cycle 1.1 fichier de microdonnées à grande diffusion	82M0013XCB	CD-ROM	2 000 \$
Fichiers de données transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé.			Gratuit pour le secteur de la santé

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



ENQUÊTES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS)

Cette enquête fournit des renseignements détaillés sur l'accès aux services de soins de santé (services de premier contact 24 heures sur 24, sept jours sur sept (24/7) et services spécialisés. Ces données sont disponibles au niveau national.

Enquête conjointe Canada-États-Unis sur la santé (ECES)

Cette enquête a recueilli de l'information, à la fois des résidents du Canada et des États-Unis, concernant la santé, l'utilisation des soins de santé et les restrictions fonctionnelles.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Ménages - La composante des ménages vise les résidents des ménages de toutes les provinces, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées du Québec et de l'Ontario.

Établissements - La composante des établissements vise les résidents à long terme (devant y séjourner plus de six mois) des établissements de soins comportant quatre lits ou plus dans toutes les provinces, à l'exclusion du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Nord - La composante du Nord vise les résidents des ménages du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines des régions les plus au nord.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Cycle 1.1 : Cette enquête fournit des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 133 régions sociosanitaires réparties partout au Canada et dans les territoires.

Cycle 1.2 : Santé mentale et bien-être : cette enquête fournit des estimations transversales des déterminants de la santé mentale, de l'état de santé mentale et de l'utilisation des services de santé mentale, au niveau provincial.

Cycle 2.1 : Le deuxième cycle de l'ESCC fournit des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 134 régions sociosanitaires réparties partout au Canada.

Pour plus de renseignements sur ces enquêtes, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm

Le Canada en statistiques

Obtenez des tableaux de données gratuits sur divers aspects de l'économie, du territoire, de la société et du gouvernement du Canada.

Pour plus de renseignements sur ces tableaux, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/health_f.htm

Le programme des centres de données de recherche

Le programme des centres de données de recherche (CDR) s'inscrit dans une initiative de Statistique Canada, du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et de consortiums d'universités visant à renforcer la capacité de recherche sociale du Canada et à soutenir le milieu de la recherche sur les politiques.

Les CDR permettent aux chercheurs d'accéder aux microdonnées d'enquêtes sur les ménages et sur la population. Les centres comptent des employés de Statistique Canada. Ils sont exploités en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique et sont administrés conformément à toutes les règles de confidentialité. Ils ne sont accessibles qu'aux chercheurs dont les propositions ont été approuvées et qui ont prêté serment en qualité de personnes réputées être employées de Statistique Canada.

On trouve des CDR à travers le pays. Ainsi, les chercheurs n'ont pas à se déplacer vers Ottawa pour avoir accès aux microdonnées de Statistique Canada. Pour plus de renseignements, communiquez avec Gustave Goldmann au (613) 951-1472, Directeur du programme des centres de données de recherche.

Pour plus de renseignements sur ce programme, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/rdc/index_f.htm