

ENQUÊTE SANTÉ CÔTE-NORD 2010

RAPPORT THÉMATIQUE N° 1

LES HABITUDES DE VIE : LE TABAGISME

10 DÉCEMBRE 2014

Coordination du projet

Yves Therriault, Ph.D.

Agent de planification, de programmation et de recherche

Direction de santé publique de la Côte-Nord

Traitement des données, analyse, rédaction du texte, conception des tableaux et figures

Yves Therriault, Ph.D.

Révision des textes : Principaux faits saillants de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 et 7.4 Prévention du tabagisme et objectif de réduction**Rédaction du texte : 7.5 Actions préventives**

Ellen Ward, agente de planification, de programmation et de recherche

Révision générale

Nicole Boudreau, chef de service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation

François Desbiens, directeur de santé publique intérimaire

Stéphane Trépanier, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour les projets d'étude et d'évaluation.

Note au lecteur

La forme masculine utilisée dans le texte désigne, lorsqu'il y a lieu, autant les hommes que les femmes et n'est utilisée qu'à seule fin d'alléger le texte.

Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (www.agencesante09.gouv.qc.ca).

© Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2014

Dépôt légal – 4^e trimestre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque de l'Assemblée nationale

ISBN 978-2-89003-288-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-89003-289-7 (PDF)

REMERCIEMENTS

Une enquête de cette envergure ne pourrait être réalisée sans la collaboration et les encouragements de plusieurs personnes :

- D^r Raynald Cloutier, directeur de santé publique en fonction lors du lancement de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010, qui a vu la pertinence de réaliser cette quatrième enquête quinquennale;
- les professionnels et gestionnaires de la Direction de santé publique et des autres directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour leurs commentaires et suggestions lors de l'élaboration du questionnaire;
- ma supérieure immédiate, Nicole Boudreau, chef de service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation, pour son appui constant de même que ses commentaires toujours judicieux;
- l'équipe de Léger Marketing qui, par son professionnalisme, a contribué au succès de l'enquête. Un merci tout spécial à Sébastien Dallaire qui était chargé de projet chez Léger Marketing. Merci pour son infaillible disponibilité et sa grande implication dans la concrétisation de cette enquête;
- et, finalement, mille mercis aux 3 178 répondants nord-côtiers qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à l'enquête. Sans leur confiance et la générosité de leur temps, cette enquête n'aurait évidemment jamais vu le jour.

Yves Therriault, Ph. D.
Agent de planification, de programmation
et de recherche
Responsable principal de
l'Enquête Santé Côte-Nord 2010

AVANT-PROPOS

Je vous présente, avec plaisir, ce premier rapport thématique issu de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010. Ce document explore en détails le tabagisme chez les Nord-Côtiers âgés de 18 ans et plus. Les preuves scientifiques des effets néfastes de cette habitude de vie sur la santé ont été largement démontrées. Il s'agit d'un des principaux facteurs de risque modifiables de plusieurs problèmes de santé : le cancer dont celui du poumon, les maladies cardiovasculaires, etc. Étant donné qu'environ 80 % des cas de cancer du poumon sont directement attribuables au tabagisme, il importe de poursuivre nos efforts de prévention pour inciter les gens qui fument à arrêter et à éviter que les non-fumeurs commencent à le faire.

La présente édition de l'Enquête Santé Côte-Nord (ESCN) est la quatrième réalisée depuis 1995. La publication de ce rapport s'inscrit dans le cadre des responsabilités du directeur de santé publique, soit de diffuser des données pertinentes sur l'état de santé et de bien-être de la population nord-côtière ainsi que sur les déterminants qui l'influencent. Non seulement le présent document présente-t-il des informations à l'échelle de la Côte-Nord, il le fait également à l'échelle locale, soit celle des territoires de réseaux locaux de services (RLS). En ce sens, l'ESCN 2010 comporte un avantage sur d'autres telles que les différentes éditions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) dont les données ne concernent que la région nord-côtière. L'Enquête Santé Côte-Nord permet en effet aux établissements du réseau d'obtenir des informations généralement indisponibles ailleurs concernant plusieurs indicateurs de l'état de santé et de bien-être de la population de leur territoire. Elle est destinée, entre autres, à appuyer les gestionnaires, les professionnels et les divers intervenants œuvrant dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) au regard de leurs efforts visant à améliorer l'état de santé et de bien-être de l'ensemble de leurs populations respectives.

Par ailleurs, en raison de cette nouvelle responsabilité, la santé d'une population n'est plus l'apanage des seuls acteurs du réseau et, par conséquent, interpelle aussi d'autres acteurs, professionnels et personnes : la population elle-même, les municipalités, le réseau de l'éducation, les organismes communautaires, etc. Dans ce contexte, les données de l'Enquête Santé Côte-Nord s'adressent également à ces personnes.

Enfin, je remercie les milliers de Nord-Côtiers qui ont participé à cette enquête et tous les professionnels de la Direction de santé publique ou des autres directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord qui, directement ou indirectement, y ont contribué.

Bonne lecture!

D^r François Desbiens
Directeur de santé publique intérimaire

AVERTISSEMENT

- Afin de faciliter la lecture, les proportions égales ou supérieures à 5 % sont généralement arrondies à l'unité dans le texte, mais à une décimale dans les tableaux et figures.
- Les estimations relatives au nombre de personnes sont arrondies à la centaine la plus près. Elles ne sont toutefois pas corrigées, le cas échéant, pour tenir compte de la non-réponse partielle. En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties. Les proportions rapportées excluent, le cas échéant, la non-réponse partielle.
- Afin de restreindre l'analyse, pour la plupart des thématiques, la recherche d'associations significatives entre une caractéristique d'intérêt (ex. : être fumeur régulier ou occasionnel) et d'autres variables ne porte que sur certains aspects choisis de chacune des dimensions suivantes : sociodémographiques, socioéconomiques, comportements ou conditions physiques et facteurs psychosociaux.
- La nature transversale de l'enquête implique qu'on ne peut pas établir de liens de cause à effet lorsqu'on parle d'une association significative entre deux variables.
- Une proportion accompagnée d'un astérisque « * » signifie qu'elle est relativement imprécise (coefficient de variation supérieur à 16,66 %, mais inférieur ou égal à 33,33 %). Par conséquent, elle doit être interprétée avec prudence. Les proportions ayant un coefficient de variation supérieur à 33,33 % ne sont pas diffusées en raison de leur forte imprécision. Inversement, l'absence d'astérisque dans les tableaux ou figures signifie que les estimations ont une bonne précision (coefficient de variation $\leq 16,66$ %).
- À moins d'indications contraires, toutes les différences présentées sont significatives à un seuil de 5 %.
- Pour ce texte, le traitement des données a été effectué par l'auteur de ce rapport en utilisant le logiciel IBM SPSS Complex Samples. Ce logiciel spécialisé permet de tenir compte de l'effet de plan de l'enquête dans le calcul des marges d'erreur des estimations ainsi que dans les tests statistiques.
- Les résultats de cette enquête ne sont pas directement comparables à ceux issus d'autres enquêtes fédérales ou provinciales pour diverses raisons d'ordre méthodologique : population visée, construction de la base de sondage, sélection des répondants, formulation des questions, etc. Quant à la comparabilité avec les éditions antérieures de l'ESCN, celle-ci n'est possible que pour les 18 à 74 ans en autant que la question et l'univers couvert soient rigoureusement identiques.

TABLE DES MATIÈRES

Principaux faits saillants de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010	1
Chapitre 1 : Méthodologie.....	7
Chapitre 2 : Où en est-on avec le tabagisme sur la Côte-Nord en 2010?	19
Chapitre 3 : Profil de la consommation de tabac	43
Chapitre 4 : Cessation tabagique	47
Chapitre 5 : Tabagisme et grossesse.....	57
Chapitre 6 : État de santé physique et psychosociale des fumeurs actuels et des non-fumeurs.....	61
Chapitre 7 : Discussion et éléments de réflexion pour l'action	65
Références	69
Annexes	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Stratification de l'échantillon Enquête Santé Côte-Nord 2010	10
Tableau 2	Thèmes de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010.....	12
Tableau 3A	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon diverses caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010	35
Tableau 3B	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon diverses caractéristiques d'état de santé psychosociale et mentale, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010	36
Tableau 3C	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon diverses caractéristiques d'état de santé physique et d'habitudes de vie, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010.....	37
Tableau 3D	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon diverses caractéristiques reliées au travail, population âgée de 18 à 64 ans, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010.....	38
Tableau 4	Nombre de fumeurs réguliers ou occasionnels selon diverses caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010.....	39
Tableau 5A	Associations globales entre le tabagisme (SMK01R) et diverses caractéristiques démographiques et socioéconomiques, au seuil de 5 %, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010.....	40
Tableau 5B	Associations globales entre le tabagisme (SMK01R) et diverses caractéristiques de santé mentale et psychosociale, au seuil de 5 %, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010.....	40
Tableau 5C	Associations globales entre le tabagisme (SMK01R) et diverses caractéristiques d'état de santé physique et d'habitudes de vie, au seuil de 5 %, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010	41
Tableau 5D	Associations globales entre le tabagisme (SMK01R) et diverses caractéristiques reliées au travail au seuil de 5 %, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010	41
Tableau A1	Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le statut de fumeur quotidien ou occasionnel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	76
Tableau A2	Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques des hommes nord-côtières et le statut de fumeur quotidien ou occasionnel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	77

Tableau A3	Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques des femmes nord-côtières et le statut de fumeuse quotidienne ou occasionnelle, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	78
Tableau A4	Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques des fumeurs quotidiens et le désir d'arrêter de fumer dans les six mois suivant l'Enquête Santé Côte-Nord 2010, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	79
Tableau A5	Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le fait de se retrouver à l'étape de la précontemplation/contemplation dans le cheminement de la cessation tabagique, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	80
Tableau A6	Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le fait de se retrouver à l'étape de l'action/maintien dans le cheminement de la cessation tabagique, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	81
Tableau A7	Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le statut d'ancien fumeur quotidien ou occasionnel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	82
Tableau A8	Non-réponse partielle aux principales variables sur le tabagisme, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010.....	83
Tableau A9	Calcul des marges d'erreur pour l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (population 18 ans et plus), simulation basée sur 3 600 répondants, échantillon stratifié non proportionnel (excluant la population vivant sur une réserve amérindienne)	84

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	22
Figure 2	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le sexe, population âgée de 18 à 74 ans, Côte-Nord, 2010 et 2005	23
Figure 3	Statut de fumeur selon la consommation quotidienne et occasionnelle de cigarettes et selon le sexe, population âgée de 18 à 74 ans, Côte-Nord, 2010 et 2005	23
Figure 4	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le RLS de résidence et le reste de la Côte-Nord, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	24
Figure 5	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	26
Figure 6	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le niveau de revenu du ménage, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	27
Figure 7	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon certaines caractéristiques reliées au travail, travailleurs âgés de 18 à 64 ans, Côte-Nord, 2010	32
Figure 8	Consommation quotidienne de cigarettes depuis 10 ans et plus chez les fumeurs quotidiens selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	44
Figure 9	Consommation supérieure à 10 cigarettes chez les fumeurs quotidiens selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	46
Figure 10	Intention d'arrêter de fumer dans les six mois suivant l'enquête chez les fumeurs quotidiens selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	48
Figure 11	Répartition des fumeurs réguliers ou occasionnels et des anciens fumeurs selon le cheminement vers l'abandon du tabac et selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	50
Figure 12	Répartition des fumeurs réguliers ou occasionnels et des anciens fumeurs selon le cheminement vers l'abandon du tabac et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	51
Figure 13	Anciens fumeurs quotidiens ou occasionnels selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010.....	55
Figure 14	Prévalence de l'asthme, de l'hypertension artérielle, du diabète et d'une maladie de cœur selon le statut tabagique, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	63
Figure A1	Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon l'indice régional de défavorisation matérielle et sociale, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010	75

PRINCIPAUX FAITS SAILLANTS DE L'ENQUÊTE SANTÉ CÔTE-NORD 2010

Prévalence du tabagisme sur la Côte-Nord

- Selon les résultats de l'ESCN 2010, dans l'ensemble de la région, une personne sur cinq (19 %) affirme fumer la cigarette à tous les jours et environ 6 % le font occasionnellement. En conséquence, la proportion régionale de fumeurs réguliers ou occasionnels chez les adultes s'élève donc à 25 %, ce qui correspond à quelque 17 400 personnes.
- Un peu moins de la moitié (48 %) des non-fumeurs actuels sont en fait des anciens fumeurs.
- La comparaison en regard de 2005 n'est possible que pour les moins de 75 ans. Chez les 18 à 74 ans, la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels se chiffre à 26 %; cette donnée témoigne d'une amélioration significative par rapport aux 32 % enregistrés en 2005. Ce fléchissement significatif entre les deux enquêtes s'explique par celui observé chez les femmes (de 32 % à 24 %). Du côté des hommes, on observe une tendance à la baisse du taux de tabagisme (de 31 % à 28 %), mais celle-ci ne se révèle pas statistiquement significative.
- Le RLS de Port-Cartier enregistre une proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels significativement plus élevée, au seuil de 5 % que le reste de la Côte-Nord (29 % c. 24 %).
- Chez les 18 à 74 ans, on observe, dans tous les RLS, que la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels tend à baisser entre 2005 et 2010. Cependant, la diminution se révèle significative que dans deux RLS, soit Sept-Îles et Minganie.
- Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à fumer sur une base régulière ou occasionnelle (27 % c. 23 %).
- Les données de l'enquête font ressortir une association significative entre l'âge et l'usage régulier ou occasionnel de cigarettes. Les catégories plus jeunes ont tendance à compter, en proportion, davantage de fumeurs que les autres groupes d'âge. Ainsi, 29 % des personnes de 30 à 44 ans fument alors que c'est le cas pour près de 27 % des 45 à 64 ans et de 12 % des gens âgés de 65 ans et plus.
- Sur la Côte-Nord, le tabagisme est significativement associé au revenu. Cette association s'explique par le fait que l'usage de la cigarette est plus répandu dans les ménages où les revenus sont les moins élevés, tandis que c'est l'inverse pour les ménages à revenus élevés.
- L'usage de la cigarette diminue au fur et à mesure que le niveau de scolarité augmente, surtout à partir de la 5^e secondaire. Ainsi, on dénombre proportionnellement davantage de fumeurs chez les Nord-Côtiers qui n'ont pas de diplôme de 5^e secondaire (29 %) que dans le reste de la population nord-côtière (24 %).
- À l'échelle régionale, l'enquête démontre une association entre le taux de tabagisme et la perception de l'état de santé. Plus précisément, la proportion d'usagers de la cigarette s'avère significativement plus faible parmi les individus qui perçoivent leur état de santé sous un angle favorable (24 %) que chez ceux qui déclarent être en moins bonne santé (34 %).
- On dénombre proportionnellement moins de fumeurs chez les personnes hypertendues que chez celles qui ne le sont pas (19 % c. 26 %).
- Dans la région, près du tiers (34 %) des personnes sédentaires fument comparativement à 22 % des gens actifs. Pour l'ESCN 2010, on définit la sédentarité comme le fait de ne pratiquer aucune activité physique de

loisir d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, ou d'en avoir fait moins d'une fois par semaine dans l'année précédant l'enquête.

Profil de la consommation de tabac

- Les résultats régionaux de l'enquête de 2010 indiquent que près d'un fumeur quotidien (fumeur régulier) sur deux, soit 49 %, aurait commencé à fumer à tous les jours entre l'âge de 15 et 19 ans.
- L'âge moyen d'initiation à l'usage quotidien du tabac se situe à 17 ans environ.
- Bon nombre de fumeurs réguliers disent avoir cette habitude depuis longtemps. En effet, un peu moins de la moitié d'entre eux (45 %) rapportent qu'ils fument sur une base quotidienne depuis 30 ans et plus.
- Environ 4 % des fumeurs quotidiens se classent dans la catégorie des grands fumeurs (plus de 25 cigarettes par jour). La majorité des fumeurs réguliers (68 %) déclare un niveau de consommation modéré ou élevé, soit de 11 cigarettes et plus par jour, tandis qu'environ 33 % affirment qu'ils fument de 1 à 10 cigarettes quotidiennement. En moyenne, ils en fument environ 16.
- Les personnes qui déclarent fumer plus de 10 cigarettes par jour sont, en proportion, plus nombreuses parmi celles qui fument chaque jour depuis 10 ans et plus que chez les autres fumeurs quotidiens (70 % c. 54 %).

Arrêter de fumer ... les tentatives et les moyens pris pour y arriver

a) Ceux qui veulent arrêter ...

- En 2010, sur la Côte-Nord, plus de 6 fumeurs quotidiens ou occasionnels sur 10 (62 %) prévoyaient arrêter de fumer au cours des six mois suivant l'enquête. En proportion, cette intention se rencontre davantage chez les fumeurs occasionnels (72 %) que chez les fumeurs quotidiens (59 %).
- Le nombre d'années de consommation quotidienne de tabac n'est pas lié significativement au désir d'arrêter de fumer. En effet, environ 60 % de ceux qui fument à chaque jour depuis 10 ans et plus expriment le souhait d'abandonner le tabac en regard d'environ 58 % chez ceux qui fument régulièrement depuis moins longtemps.

b) ... et les tentatives pour arrêter de fumer

- Si un peu plus de la moitié des fumeurs quotidiens ou occasionnels (53 %) mentionnent n'avoir fait aucune tentative de cesser de fumer durant au moins 24 heures dans l'année précédant l'enquête, près de 16 % rapportent une tentative. Un peu moins du quart (23 %) a fait entre deux et cinq essais; environ *3,5 %¹ indiquent de 6 à 9 tentatives et *4,9 % environ auraient tenté de cesser de le faire à au moins dix reprises.

c) Rechutes

- Les données indiquent donc qu'un peu moins de la moitié (47 %) des fumeurs quotidiens ou occasionnels ont tenté d'abandonner le tabac dans l'année précédant l'enquête.
- Environ 34 % des personnes qui ont fait au moins une tentative d'arrêter, mais qui ont recommencé à fumer, mentionnent le stress comme raison principale de leur rechute. Environ 30 % invoquent la

1. * Coefficient de variation supérieur à 16,66 %, mais égal ou inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

dépendance, l'habitude ou l'accoutumance et environ 8 % mentionnent le fait que des membres de la famille ou des amis fument comme l'une des explications de leur rechute.

- Bien que l'écart ne soit pas significatif au plan statistique, les données montrent que les femmes tendent davantage que les hommes à signaler que le stress les a amenées à recommencer à fumer (37 % c. 31 %).
- Lorsqu'on considère l'âge, on voit que les personnes ayant de 30 à 44 ans sont, en proportion, plus nombreuses que les autres à invoquer ce motif (49 % c. 28 %).
- Environ 28 % de ceux qui ont rechuté croient que l'habitude ou la dépendance expliquent en partie pourquoi ils ont recommencé à fumer. Cette proportion ne varie pas significativement selon le sexe. Par contre, les individus ayant de 45 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreux que ceux des autres groupes d'âge à invoquer ce motif (37 % c. 22 %).

d) Moyens utilisés pour arrêter de fumer

- Environ 19 % des anciens fumeurs ont utilisé des produits vendus en pharmacie (timbres de nicotine, gommes de nicotine, etc.). On ne remarque pas d'écart significatif entre les hommes et les femmes à ce sujet, ni de variations significatives avec les autres caractéristiques socioéconomiques ou sociodémographiques.
- Parmi les adultes nord-côtiers qui fument quotidiennement ou occasionnellement et qui ont tenté au moins une fois d'arrêter durant l'année précédant l'enquête, environ 51 % ont employé des produits pharmaceutiques. Les jeunes de 18 à 29 ans sont moins susceptibles d'avoir utilisé des produits vendus en pharmacie que les personnes de 30 ans et plus (*32 % c. 56 %).
- Les fumeurs quotidiens et occasionnels, qui ont indiqué avoir sérieusement l'intention d'arrêter de fumer dans les six mois suivant l'enquête, ont été invités à spécifier à qui ils s'adresseraient en tout premier lieu s'ils avaient besoin d'aide pour ce faire. Environ 43 % choisiraient d'abord de consulter un médecin, 16 % consulteraient un autre type de professionnel de la santé œuvrant dans un Centre d'abandon du tabagisme, 13 % s'adresseraient à un pharmacien et *9 % se tourneraient vers des amis ou des parents. Environ 14 % soutiennent qu'ils ne consulteraient personne en particulier dans la mesure où ils estiment ne pas avoir besoin d'aide ou qu'ils sont capables d'arrêter d'eux-mêmes.

e) Conseils d'un professionnel de la santé pour arrêter de fumer

- Environ 13 % des anciens fumeurs quotidiens ou occasionnels mentionnent avoir reçu des conseils d'un professionnel de la santé (médecin, infirmière, pharmacien, etc.) pour cesser de fumer. Les hommes sont proportionnellement un peu plus nombreux que les femmes à avoir bénéficié de tels conseils (16 % c. 11 %).
- Parmi les personnes qui fument toujours sur une base quotidienne ou occasionnelle et qui ont un médecin régulier, environ 47 % rapportent avoir reçu des conseils d'un professionnel de la santé afin d'abandonner l'usage de la cigarette. Cette proportion se situe à 41 % lorsqu'on considère aussi les individus qui n'ont pas de médecin régulier.

Ceux qui ont réussi à arrêter de fumer (anciens fumeurs quotidiens ou occasionnels)

- Un peu moins de la moitié (48 %) des non-fumeurs actuels sont en fait des anciens fumeurs. En moyenne, ils ont arrêté de fumer depuis un peu plus de 16 ans (16,2; IC à 95 % = 15,4 – 17,1). Cette moyenne se révèle significativement plus élevée chez les hommes (17,4 ans) que chez les femmes (14,9 ans). Environ 65 % des anciens fumeurs ont abandonné l'usage du tabac depuis au moins 10 ans et environ 6 % depuis moins d'un an.

- L'enquête ne permet pas de détecter un lien significatif selon le sexe, quoique les anciens fumeurs tendent à être un plus nombreux chez les hommes (50 %) que chez les femmes (46 %).
- Les personnes qui ont déjà fumé dans leur vie sont, en proportion, moins nombreuses aux niveaux supérieurs de scolarité. Par exemple, cette proportion se chiffre à 40 % chez les détenteurs d'un diplôme universitaire en regard de 58 % chez ceux qui n'ont pas complété d'études secondaires.

Tabagisme et grossesse sur la Côte-Nord

a) Usage de tabac durant la grossesse

- En 2010, environ *14 % des Nord-Côtières âgées de 18 à 44 ans, enceintes au moment de l'enquête ou qui l'ont été dans les cinq années précédentes, rapportent avoir fait usage de tabac durant leur dernière grossesse.
- Selon l'ESCN 2010, quelque 37 % des fumeuses quotidiennes ou occasionnelles nord-côtières, du même groupe d'âge, rapportent avoir été enceintes au cours des cinq années antérieures à l'enquête. Chez ces femmes, environ la moitié (50 %) ont fumé durant leur grossesse.

b) Exposition à la fumée secondaire de tabac durant la grossesse

- Nonobstant leur statut quant à l'usage du tabac, environ *13 % des femmes nord-côtières enceintes au moment de l'enquête ou qui l'ont été dans les cinq années précédentes affirment que leur conjoint fume ou a fumé régulièrement à l'intérieur du domicile durant leur grossesse. Fait à noter, cette proportion est beaucoup plus forte si elles ont fumé durant leur grossesse (*41 %) que si elles n'ont pas fumé (*8 %).
- Environ *15 % des femmes enceintes ou qui ont vécu une grossesse dans les cinq années antérieures à l'enquête ont été exposées à la fumée secondaire produite par d'autres membres du ménage, de visiteurs réguliers ou l'ont été à l'intérieur d'un véhicule pendant leur grossesse.
- Si l'on inclut cette fois la consommation de tabac par le conjoint, les résultats montrent qu'environ 25 % des femmes ont été régulièrement en présence d'autres fumeurs au cours de leur dernière grossesse, et ce, qu'elles aient fumé ou non.
- Toutefois, les femmes qui ont fumé durant leur dernière grossesse sont bien plus sujettes à s'exposer également à la fumée des autres que celles qui n'ont pas consommé de cigarettes (*60 % c. *20 %). Présenté autrement, environ le tiers (*33 %) des femmes qui se sont fréquemment retrouvées en présence d'autres fumeurs durant leur grossesse ont mentionné avoir fait usage de tabac pendant cette période en regard de *8 % des femmes non exposées à d'autres fumeurs.

État de santé physique et psychosociale des fumeurs actuels, des anciens fumeurs et celui des personnes n'ayant jamais fumé

- L'ESCN 2010 permet aussi de mesurer la prévalence de certains problèmes de santé physique et celle touchant des états non spécifiques de la santé mentale des Nord-Côtières et donc de comparer les non-fumeurs aux fumeurs. Le statut au regard du tabagisme a été défini selon trois catégories : « fumeur actuel », « ancien fumeur » et « n'a jamais fumé ». Pour cet exercice seulement, la catégorie « fumeur actuel » comprend aussi les personnes qui ont abandonné l'usage du tabac depuis moins d'un an, étant donné que les rechutes sont fréquentes dans l'année suivante. Le groupe « ancien fumeur » désigne donc les individus qui ont cessé de fumer depuis plus d'un an.

a) Tabagisme et asthme

- Selon l'Enquête Santé Côte-Nord, en 2010, environ 11 % de la population adulte régionale est atteinte d'asthme. L'analyse bidimensionnelle démontre que l'on retrouve, en proportion, davantage de personnes asthmatiques chez les fumeurs actuels (14 %) et les anciens adeptes du tabac (12 %) que chez les individus qui n'ont jamais fumé (8 %).

b) Tabagisme et hypertension artérielle

- Les données régionales recueillies par l'ESCN 2010 montrent qu'environ 20 % des adultes nord-côtiers auraient reçu un diagnostic médical d'hypertension. Cette proportion représente quelque 13 700 personnes. On constate que l'hypertension s'avère significativement plus élevée chez les anciens fumeurs (25 %) que chez les usagers actuels de la cigarette (15 %) et les individus n'ayant jamais fumé (18 %). On n'observe pas d'écart significatif entre ces derniers et les fumeurs actuels (18 % c. 15 %).

c) Tabagisme et diabète

- Environ 8 % des adultes nord-côtiers (5 400 personnes) vivaient avec le diabète en 2010 selon les résultats de l'Enquête Santé Côte-Nord. Des analyses bivariées font ressortir un lien significatif entre la prévalence de cette maladie et l'usage du tabac. En effet, on dénombre proportionnellement davantage de diabétiques chez les anciens fumeurs (11 %) que parmi les fumeurs (7 %) ou les individus qui déclarent n'avoir jamais fait usage de tabac (6 %).

d) Tabagisme et maladies de cœur

- En 2010, on retrouvait environ 4 300 personnes atteintes d'une maladie cardiaque sur la Côte-Nord selon les données obtenues dans l'enquête. Ce nombre représente environ 6 % de la population adulte régionale. L'examen des résultats selon le statut tabagique montre que, toutes proportions gardées, les anciens fumeurs nord-côtiers sont proportionnellement plus nombreux à avoir reçu un diagnostic médical de maladie cardiaque (10 %) que les fumeurs actuels (*4,8 %) ou ceux qui n'ont jamais fumé (4,1 %).

e) Tabagisme et détresse psychologique

- Les Nord-Côtiers, qui au moment de l'enquête fumaient toujours ou avaient abandonné le tabac depuis moins d'un an (fumeurs actuels), se retrouvent davantage au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (29 %) que les anciens fumeurs (21 %) ou les personnes qui n'ont jamais fumé (21 %).

f) Tabagisme et stress ressenti dans la vie quotidienne

- La ventilation des résultats selon le statut tabagique révèle que les fumeurs actuels tendent à affirmer davantage vivre un stress élevé dans la vie quotidienne (24 %) que les ex-fumeurs (20 %)² ainsi que les Nord-Côtiers qui n'ont jamais fumé de leur vie (21 %).

2. Cet écart se situe très près du seuil de signification pour les comparaisons multiples. Il est toutefois significatif au seuil de 5 %.

CHAPITRE 1 : MÉTHODOLOGIE

1.1 CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ENQUÊTE

L'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (ESCN 2010) s'inscrit dans le cadre d'un processus continu de surveillance de l'état de santé de la population et dans la continuité des trois enquêtes de santé réalisées dans la région en 1995, 2000 et 2005. La surveillance de l'état de santé de la population est l'une des fonctions attribuées au directeur de santé publique par la Loi sur la santé publique.

Par ailleurs, la fonction de surveillance est régie par un plan commun de surveillance depuis 2005 en vertu de la Loi sur la santé publique. Ce plan demande au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à chaque région du Québec de suivre une gamme d'indicateurs touchant diverses facettes de la santé et du bien-être, ainsi que leurs déterminants. Mentionnons, entre autres, les habitudes de vie telles que l'usage du tabac, la pratique d'activité physique, la consommation d'alcool, les habitudes alimentaires, etc. De plus, le Programme national de santé publique 2003-2012 et son pendant régional, le Plan d'action régional de santé publique 2004-2012 Côte-Nord, commandent de mettre en place des activités de prévention sur le territoire nord-côtier.

L'ESCN 2010 constitue un autre moyen de répondre à une ou plusieurs des finalités de la fonction de surveillance. Il existe des enquêtes générales de santé réalisées à l'échelle régionale par d'autres organismes. On pense, par exemple, à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. Toutefois, cette enquête est représentative de l'ensemble de la Côte-Nord seulement. Aucune information n'est disponible à l'échelle des territoires de réseaux locaux de services. Pareillement, les données nord-côtières de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 (EQSP) ne peuvent pas être inférées aux territoires locaux. Au contraire, l'ESCN 2010 a permis de recueillir des renseignements sur l'état de santé et de bien-être de la population de la région et de celle des réseaux locaux de services (sauf le RLS de Kawawachikamach). Elle a aussi servi à obtenir des données sur quelques-uns des principaux déterminants pouvant possiblement être associés à l'état de santé et de bien-être de la population régionale.

1.2 OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'ESCN 2010 vise, entre autres, à :

- soutenir les programmes de surveillance en santé en produisant des données sur la santé à l'échelle régionale et infrarégionale;
- offrir une source unique de renseignements pour la recherche sur la santé des populations des réseaux locaux de services et de celle de la région;
- obtenir de l'information sur des problèmes en émergence liés à la santé de la population;
- diffuser de l'information aux gestionnaires, professionnels et intervenants du réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux, aux divers partenaires du réseau, à la population en général, etc.

Comme objectifs secondaires, l'ESCN 2010 a pour but de :

- documenter des thèmes ou des problématiques non couvertes ou qui le sont insuffisamment à l'échelle régionale par les grandes enquêtes fédérales et provinciales de santé;
- identifier les domaines ou les groupes prioritaires d'intervention;
- aider les décideurs et les professionnels régionaux et locaux à mieux cerner les besoins de la population;
- soutenir la planification des actions et des ressources en santé publique (notamment en prévention) ou dans les autres sphères d'activités du domaine de la santé et des services sociaux;
- vérifier si certains des objectifs du Programme national de santé publique 2003-2012 seront atteints ou non.

Comme l'exige la Loi sur la santé publique, le projet d'Enquête Santé Côte-Nord a été présenté en 2010 au Comité d'éthique de santé publique du Québec (Institut national de santé publique du Québec) qui a émis un avis favorable en janvier 2011³.

1.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Tout au long du déroulement du projet, une attention particulière a été portée au respect de diverses considérations éthiques qui ont été expliquées dans le projet présenté au Comité d'éthique de santé publique du Québec. On pense, entre autres, à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels, au consentement libre et éclairé des répondants, à la formulation des questions (clarté), à l'ordonnancement de certaines questions dans l'instrument d'enquête pour éviter tout biais potentiel pouvant orienter la réponse d'une personne. Au nombre des considérations éthiques, mentionnons aussi le souci d'être à l'affût de toute manifestation de malaises ou d'inconfort quelconques que pouvaient susciter certaines questions et de prévoir des mesures en conséquence, sans juger a priori des thèmes qui pourraient engendrer de tels malaises.

1.4 COMITÉ SCIENTIFIQUE

Un comité scientifique dirigé par le directeur de santé publique de la Côte-Nord a été mis sur pied pour orienter l'enquête et chapeauter chacune des étapes du processus. En plus du directeur de santé publique, ce comité comprenait la chef de service en surveillance et évaluation à la Direction de santé publique et le responsable principal du projet ESCN 2010, ainsi que deux membres désignés par le Comité de concertation régional de santé publique (CCR). Plus précisément, il avait pour mandat de :

- entériner la méthodologie proposée par le responsable principal du projet (population cible, base de sondage, méthode d'échantillonnage, etc.);
- sélectionner les thèmes;
- juger la pertinence et la justification des questions soumises;
- vérifier les biais possibles reliés à la formulation des questions;
- établir l'ordre de priorité des éléments proposés;
- approuver la version finale de l'instrument d'enquête;
- approuver les plans d'analyse des résultats.

1.5 PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE ET STRATÉGIE DE COLLECTE

1.5.1 Population cible

La population ciblée par l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 est l'ensemble des résidents de la Côte-Nord âgés de 18 ans et plus, vivant en ménage privé, capables de s'exprimer en français ou en anglais et pouvant être joints par téléphone, à l'exception de la population vivant dans les réserves amérindiennes. Les résultats de l'enquête ne peuvent donc pas être inférés aux autochtones nord-côtiers habitant dans les réserves. Cette particularité de l'échantillon peut produire une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé à l'étude. Les autochtones vivant hors réserve font, par contre, partie de la population cible.

1.5.2 Base de sondage et méthode de sélection

La base de sondage a été construite par la génération aléatoire de numéros de téléphone en fonction des circonscriptions téléphoniques en usage sur la Côte-Nord afin de former un ensemble de banques valides de numéros. Une banque correspond aux huit premiers chiffres du numéro de téléphone incluant l'indicatif régional. Par conséquent, une banque comprend 100 numéros (de 00 à 99). Une banque valide a au moins un numéro résidentiel listé dans un répertoire téléphonique. Si une banque ne contient aucun numéro résidentiel, elle est

3. Disponible sur Internet : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1211_ProjetEnqueteSanteCoteNord2010.pdf.

considérée comme invalide et n'est donc pas incluse dans la base de sondage. Pour diverses considérations, notamment sur le plan éthique, les ménages qui ne possédaient pas de ligne téléphonique fixe, mais uniquement un ou plusieurs téléphones cellulaires, n'étaient pas admissibles.

Au total, 12 193 numéros de téléphone ont été générés pour l'ensemble de la Côte-Nord. De ce nombre, 1 880 étaient invalides, soit qu'ils étaient hors service, ne correspondaient pas à un numéro résidentiel, étaient un doublon (généré deux fois) ou étaient attribués à un télécopieur/modem/cellulaire/téléavertisseur. Dans ce dernier cas, on dénombrait 184 numéros sur les 12 193 générés, soit 1,5 % de l'ensemble.

La sélection de l'échantillon repose sur un plan de sondage à deux degrés avec répartition non proportionnelle entre les strates (les territoires) au premier degré. En d'autres termes, le nombre de numéros par territoire de RLS n'est pas proportionnel à la taille de sa population adulte en regard de l'ensemble de la population nord-côtière ciblée par l'enquête. Cette répartition non proportionnelle était nécessaire pour pouvoir obtenir des statistiques fiables par territoire de RLS pour la plupart des indicateurs. Au premier degré du plan d'échantillonnage, un numéro de téléphone a été généré de manière aléatoire pour joindre un ménage potentiel. Pour chaque numéro généré, l'intervieweur de la firme devait s'assurer, à l'aide d'une question prédéfinie, qu'il s'agissait bien d'un ménage privé admissible. Au deuxième degré, une personne a été, à son tour, choisie au hasard parmi tous les résidents de ce ménage âgés de 18 ans et plus. S'il n'y avait aucun adulte, le ménage était considéré inéligible. Aucune substitution de répondants n'était permise. En d'autres termes, une personne sélectionnée aléatoirement ne pouvait pas, en aucun temps et pour quelque raison que ce soit, être remplacée par un autre membre du même ménage, et ce, afin de respecter le caractère aléatoire de la constitution de l'échantillon. Des instructions précises ont été données à la firme de sondage en ce sens. Soulignons que toutes les personnes adultes d'un ménage sélectionné avaient la même probabilité de répondre à l'enquête sauf, évidemment, celles appartenant à l'échantillon supplémentaire de personnes diabétiques.

À cet égard, une méthodologie spécifique a été élaborée par la firme Léger Marketing⁴ pour constituer un échantillonnage supplémentaire de 118 personnes diabétiques dans les ménages où le répondant initial n'était pas lui-même diabétique. Les répondants non diabétiques ont répondu à une question à la fin de la section sur les maladies chroniques pour vérifier si d'autres personnes adultes du ménage vivaient avec le diabète. Dans l'affirmative, le répondant était invité à spécifier le nombre de personnes concernées. Une procédure de sélection aléatoire était alors utilisée et l'intervieweur devait demander s'il était possible de lui parler à la fin de l'entretien. Une entrevue complétée auprès de cette personne était alors versée dans l'échantillon supplémentaire.

Il n'a pas été envisagé d'interroger d'autres personnes diabétiques dans un ménage où le répondant initial vivait avec cette maladie chronique. Ce choix s'explique par le fait que nous voulions éviter de se retrouver avec un échantillonnage en grappes car, dans ces situations, les calculs des variances des estimations deviennent beaucoup plus complexes. Le nombre total de répondants diabétiques requis (environ 425) a été déterminé pour permettre des analyses régionales, par groupe d'âge ou sexe, et selon certaines caractéristiques : état de santé physique et psychosociale, habitudes de vie, présence d'autres maladies chroniques, soins et services reçus au regard du diabète. La taille de l'échantillon régional de personnes diabétiques ne permet généralement pas d'analyses plus poussées dans tous les territoires de RLS.

Une fois que le nombre initialement prévu de répondants à l'enquête a été atteint (3 600), il manquait un certain nombre d'entrevues pour obtenir le nombre attendu de répondants diabétiques. Des ménages supplémentaires ont alors été sélectionnés au hasard suivant la procédure décrite plus haut. Si le ménage ne comptait qu'une seule personne diabétique adulte, cette dernière était alors invitée à participer à l'enquête. Une sélection aléatoire a été faite dans les cas où le ménage contacté comprenait aux moins deux adultes diabétiques. Le ménage était considéré comme inéligible si aucun adulte diabétique n'y vivait. Les personnes diabétiques de l'échantillon supplémentaire ont été invitées à répondre à un sous-ensemble de questions provenant du questionnaire adressé à la population générale.

4. Cette firme a été sélectionnée pour réaliser le sondage à la suite d'un appel d'offres public.

1.5.3 Taille d'échantillon

Le professionnel de la Direction de santé publique en charge du projet a déterminé la taille de l'échantillon nécessaire à l'obtention de statistiques comportant un niveau de précision acceptable pour chacun des territoires de RLS. Le nombre attendu de répondants par RLS a été fixé selon la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels observée chez les 18 à 74 ans dans l'édition 2005 de l'Enquête Santé Côte-Nord. Le scénario proposé (tableau A9 en annexe) a été entériné par la firme Léger Marketing.

Le tableau suivant présente la répartition de l'échantillon.

Tableau 1 : Stratification de l'échantillon Enquête Santé Côte-Nord 2010

RLS	Entrevue visée	Entrevue complétée	Échantillon supplémentaire de personnes diabétiques	Total
Haute-Côte-Nord	520	571	21	592
Manicouagan	600	650	21	671
Port-Cartier	500	526	22	548
Sept-Îles	590	619	8	627
Caniapiscau	450	330	16	346
Minganie	480	560	27	587
Basse-Côte-Nord	460	344	3	347
Total	3 600	3 600	118	3 718

1.5.4 Méthode de collecte

1.5.4.1 Stratégie de collecte

La période de collecte de données s'est étendue du 3 mai 2011 au 19 août 2011. Afin de maximiser les taux de réponse, jusqu'à 10 rappels pouvaient être faits à des heures et à des journées différentes pour joindre un ménage qui ne l'a pas été lors du premier appel. En cas de refus circonstanciel seulement, des intervieweurs spécialisés dans la récupération des refus ont tenté de contacter les personnes concernées afin de les convaincre de participer à l'enquête. Pour des considérations éthiques, aucune relance n'a été faite en cas de refus ferme et définitif, manifesté lors du premier appel. La durée moyenne des entrevues téléphoniques fut de 26 minutes. Les entrevues téléphoniques étaient assistées par ordinateur.

Avant le début de l'enquête, des communiqués de presse ont été transmis aux médias locaux. Le but poursuivi était d'informer la population nord-côtière de la tenue d'une enquête sur la santé, de faire connaître les raisons justifiant ce sondage et d'inviter les gens à y répondre s'ils étaient contactés. Une page Web, au format questions-réponses, a été déposée sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord afin de fournir des informations plus complètes aux personnes désireuses d'en apprendre davantage sur la nature de l'enquête.

Afin de s'assurer d'obtenir le consentement éclairé des personnes invitées à participer à l'enquête, les intervieweurs, après s'être présentés et avoir mentionné le nom de la firme Léger Marketing, devaient mentionner explicitement, en début d'entrevue, que la participation était libre et volontaire, mais très importante. Ils devaient aussi mentionner clairement que l'enquête était réalisée pour le compte de la Direction de santé publique de la Côte-Nord. Les intervieweurs devaient aussi être attentifs aux hésitations des personnes. Ces dernières avaient la possibilité d'interrompre l'entrevue en tout temps. Par ailleurs, des garanties étaient données aux répondants pour assurer leur anonymat ainsi que le caractère confidentiel des données recueillies.

Dans le tableau précédent, on peut constater que deux RLS, soit Caniapiscou et Basse-Côte-Nord, ont un nombre inférieur d'entrevues complétées à celui visé. Malgré l'intensité des efforts consentis par la firme Léger Marketing, il a été impossible d'y compléter le nombre prévu d'entrevues. Il est fort plausible que l'une des raisons expliquant cette situation est le fait que la collecte de données s'est déroulée durant la période estivale de 2011. Le 4 août 2011, le nombre de répondants était atteint, voire même dépassé, dans deux territoires de RLS. Dans trois autres RLS, les quotas n'étaient pas encore atteints. Nous avons donc convenu, avec Léger Marketing, qu'une fois complété le nombre anticipé d'entrevues dans ces trois territoires, les entrevues à réaliser pour atteindre 3 600 répondants seraient réparties entre les RLS de la Haute-Côte-Nord, Manicouagan, Port-Cartier et Sept-Îles au prorata de leur population adulte respective.

Léger Marketing a transmis les rapports sommaires finaux de l'enquête à l'automne 2012. Un premier rapport porte sur les résultats régionaux. Les sept autres présentent les principales données de chacun des territoires de RLS. Tous ces documents sont disponibles sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

1.5.4.2 Instrument d'enquête

Le questionnaire a été conçu par le responsable principal du projet à la Direction de santé publique de la Côte-Nord en collaboration avec d'autres professionnels de la direction et des autres directions de l'Agence. Léger Marketing a procédé à une vérification du questionnaire et à sa traduction anglaise. Cependant, cette firme devait obligatoirement utiliser la version anglaise déjà validée des questions empruntées telles quelles à d'autres enquêtes comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes par exemple.

Un prétest a été effectué auprès de 14 répondants (dix entrevues complètes en français et quatre entrevues complètes en anglais) du 21 avril au 1^{er} mai 2011. La version finale du questionnaire tient compte des corrections mineures apportées à la suite du prétest. Ces appels téléphoniques n'ont pas été inclus dans l'échantillon final et ne sont donc pas pris en compte dans le calcul du taux de réponse de l'enquête.

Le questionnaire comprend 161 questions réparties en huit sections ou thèmes : l'état de santé en général, les habitudes de vie et les comportements préventifs, les problèmes de santé chroniques, la santé environnementale, la santé au travail, la violence conjugale, les agressions sexuelles et les informations sociodémographiques. Le tableau suivant fait état des thèmes abordés.

Tableau 2 : Thèmes de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010

Module	Thème
Renseignements généraux	Âge, sexe, nombre d'enfants de 5 ans et moins à la maison, nombre d'enfants de 6 à 17 ans à la maison, occupation principale au cours des 12 derniers mois.
Santé générale (physique et mentale)	État de santé physique et mentale autorapporté, satisfaction avec la vie en général, stress quotidien perçu, détresse psychologique (échelle de Kessler – K6), grossesse chez les femmes de 18 à 49 ans, poids et image corporelle.
Habitudes de vie et comportements préventifs	Alimentation, activité physique de loisir, tabagisme, consommation d'alcool, jeux de hasard, allaitement maternel, utilisation de certains soins de santé et comportements préventifs.
Problèmes de santé chroniques diagnostiqués	Cancer, asthme, hypertension, bronchite chronique et emphysème, maladie cardiaque, diabète, soins et services aux personnes diabétiques par des professionnels de la santé, soins et services aux personnes diabétiques donnés par d'autres personnes.
Santé environnementale	Préoccupation au regard de l'environnement, l'exposition à la fumée secondaire, l'eau (consommation et traitement), la ventilation de la résidence.
Santé au travail	Préoccupation de la santé des travailleurs dans le milieu de travail, facteurs psychosociaux du travail, perception du stress quotidien au travail.
Violence conjugale	Perception de la population, connaissance des services offerts.
Agressions sexuelles	Connaissance de la population au regard des services offerts, motifs perçus de l'absence de recours aux services d'aide, perception relative à la dénonciation des agressions à la police.
Autres renseignements sociodémographiques	Intention de quitter la Côte-Nord dans les cinq années suivant l'enquête, originaire ou non de la Côte-Nord, nombre d'années de résidence sur la Côte-Nord de la population provenant de l'extérieur de la région, composition du ménage, statut matrimonial légal, appartenance à au moins un groupe autochtone (identité autochtone), revenu, plus haut niveau de scolarité complété, utilisation d'Internet à la maison.

Les répondants n'avaient pas nécessairement à se prononcer sur chacune des questions. Le nombre variait en fonction de caractéristiques faisant en sorte que certaines questions n'étaient pas pertinentes pour certaines personnes (sexe, âge, présence ou non de certains problèmes de santé, habitudes de vie, etc.).

1.5.4.3 Taux de réponse

Le taux de réponse global obtenu dans le cadre de cette étude est de 44 %, tandis que les taux de réponse par réseau local de services varient de 37 % (Minganie et Basse-Côte-Nord) à 53 % (Haute-Côte-Nord). En 2005, le taux de réponse régional se situait à 67 %. Dans le contexte d'une baisse généralisée des taux de réponse aux sondages téléphoniques au cours des dernières années, peu importe la nature des enquêtes, la firme Léger Marketing qualifie « d'excellent » celui observé pour l'ESCN 2010. Pour la firme, cette diminution généralisée s'explique notamment par la prolifération des appels de télémarketing qui ont amené une « fatigue des sondages » au sein de la population québécoise. En outre, la multiplication des moyens de communication a rendu la ligne téléphonique fixe moins importante pour une part grandissante de la population. Enfin, la tenue du sondage en période estivale a engendré une contrainte supplémentaire pour joindre les gens à la maison en raison des vacances et autres activités extérieures. En 2005, la période de collecte des données s'était déroulée à l'automne, soit du 27 septembre au 27 novembre.

1.5.4.4 Validation

Comme les entrevues téléphoniques étaient assistées par ordinateur, le processus de validation des données s'en trouve facilité. La grande majorité des questions de l'ESCN 2010 sont à choix fermé et les réponses sont déjà associées à un code. L'intervieweur n'avait alors qu'à cocher la réponse et le code correspondant était automatiquement généré, ce qui limitait les erreurs de saisie. Ces logiciels permettent aussi de programmer des

instructions pour maximiser la cohérence du questionnaire, notamment au regard des sauts logiques selon des réponses données à des questions filtres. Ainsi, on s'est assuré de ne pas poser aux répondants des questions auxquelles ils ne devaient pas répondre. À titre d'exemple, une personne qui a indiqué ne pas fumer n'a pas eu à répondre à la plupart des questions sur le tabagisme.

Une validation du fichier de données de l'enquête par l'auteur de ce document a permis de détecter un nombre très minime d'anomalies en lien avec deux ou trois indices en santé au travail chez un petit nombre de répondants. Ces anomalies s'expliquent par le fait que la valeur « 0 », au lieu d'une valeur manquante, a été parfois automatiquement attribuée à certains des répondants qui n'avaient pas à se prononcer sur les questions touchant la santé au travail. Comme le « 0 » représente une valeur valide entrant dans la construction de ces indices, Léger Marketing a promptement remplacé ces codes erronés par une valeur manquante dans le fichier final de données. Aucun autre problème particulier n'a été détecté.

1.5.5 Précision des estimations

1.5.5.1 Erreurs dues à l'échantillonnage

Comme à la très grande majorité des enquêtes par sondage, les estimations provenant de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 ne constituent pas des valeurs exactes. Elles sont invariablement entachées d'erreurs, dites d'échantillonnage, qui s'expliquent par le fait qu'une partie seulement de la population nord-côtière a été sélectionnée pour participer à l'enquête. En termes simples, l'erreur d'échantillonnage peut être comprise comme l'écart entre une estimation provenant d'un échantillon et celle qu'aurait donné un recensement complet de la population visée par l'enquête avec le même questionnaire et les mêmes méthodes de collecte de données. Cet écart dépend de plusieurs facteurs dont la taille de l'échantillon et la nature du plan de sondage de cette enquête. L'allocation non proportionnelle de l'échantillon entre les strates (territoires de RLS) engendre une influence notable sur la précision des estimations. Ne pas tenir compte de l'effet du plan de sondage risquerait de conduire à des conclusions incorrectes lors des tests statistiques. En d'autres termes, on risquerait de conclure trop souvent à des différences significatives qui ne le sont pas réellement au sein de la population, parce qu'on sous-estime alors la variance des estimations.

L'effet de plan régional nous renseigne sur le gain ou la perte de précision du plan de sondage choisi pour l'ESCN 2010 comparativement à la précision qu'aurait donné un échantillon aléatoire simple de même taille. Cet effet de plan se chiffre à 1,38. Compte tenu de cet effet de plan, la marge d'erreur globale pour l'ensemble de la Côte-Nord s'établit à 1,89 %, 19 fois sur 20. Elle correspond à ce qu'aurait donné un échantillon aléatoire simple de 2 685 répondants, alors que la taille totale réelle de l'échantillon régional se chiffre à 3 718. Il est important de noter que l'effet de plan n'a pas d'impact sur la valeur des proportions ou sur d'autres estimations comme la moyenne.

Pour les RLS, la firme Léger Marketing a calculé les marges d'erreur suivantes :

RLS de la Haute-Côte-Nord :	4,0 %;
RLS de Manicouagan :	3,8 %;
RLS de Port-Cartier :	4,2 %;
RLS de Sept-Îles :	3,9 %;
RLS de Caniapiscau :	5,3 %;
RLS de la Minganie :	4,0 %;
RLS de la Basse-Côte-Nord :	5,3 %.

Dans cette étude, la précision des estimations est évaluée à l'aide du coefficient de variation (c.v.). Il s'agit d'une mesure relative exprimée en pourcentage. Ce coefficient est calculé en faisant le rapport de l'erreur-type de l'estimation sur l'estimation elle-même. Plus le coefficient de variation est faible, plus la mesure est précise et vice versa. Dans les tableaux et figures, les estimations accompagnées d'un astérisque (*) témoignent d'une relative imprécision en raison d'un coefficient de variation supérieur à 16,66 %, mais égal ou inférieur à 33,33 %. Dans ce contexte, les estimations doivent être interprétées avec prudence. Lorsque le coefficient de variation est supérieur

à 33,33 %, l'estimation n'est généralement pas présentée; elle s'avère peu fiable et est remplacée par la mention **n.p. (c'est-à-dire non présentée).

Dans les figures, l'erreur d'estimation est aussi illustrée par une barre verticale **I**. En fait, il s'agit d'un intervalle de confiance qui représente une étendue de valeurs dans laquelle on retrouve, 19 fois sur 20 (niveau de confiance de 95 %), la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à déterminer dans la population visée par l'enquête. Exprimé autrement, si on refaisait la même enquête un grand nombre de fois avec un échantillon de même taille, 19 intervalles de confiance sur 20 contiendraient la valeur réelle du paramètre. Ces intervalles montrent donc qu'il y a 95 % des chances que le vrai paramètre que l'on cherche à estimer se situe entre les deux bornes et 5 % de risques de se retrouver en dehors de ces bornes. Un intervalle est d'autant plus étroit qu'une estimation est précise. De larges intervalles de confiance témoignent d'une plus grande imprécision ou variabilité de l'estimation. Les intervalles illustrent donc que les données provenant d'un échantillon ne sont pas des valeurs « exactes ».

Les statistiques ont été générées à l'aide de nombreux programmes informatiques écrits par l'auteur de ce rapport. Le logiciel utilisé, IBM SPSS Complex Samples (version 19.0), tient compte de la complexité du plan de sondage. Par conséquent, il permet de calculer correctement l'erreur d'échantillonnage (erreur-type) et l'intervalle des estimations selon le niveau de confiance désiré. Ce logiciel fournit donc les valeurs adéquates des coefficients de variation. Le fichier *.csplan, servant à définir le plan de sondage et que l'on doit obligatoirement utiliser dans les traitements statistiques, a été défini par la firme Léger Marketing. Les spécifications prennent aussi en compte la correction pour populations finies puisque, dans certains territoires, le nombre de personnes échantillonnées représente une proportion assez importante de la population totale ciblée par l'enquête.

1.5.5.2 Erreurs non dues à l'échantillonnage

Un autre type d'erreur, plus difficile à mesurer, se produit généralement dans toute enquête statistique. Ces erreurs, non dues à l'échantillonnage comme tel, proviennent d'autres sources : le faible taux de réponse, la formulation des questions qui peut faire en sorte que certains répondants éprouvent de la difficulté à en comprendre le sens, la difficulté de se rappeler des événements passés, le phénomène de la désirabilité sociale qui peut amener des personnes à répondre en fonction de ce qui est « socialement bien vu » plutôt que selon leur situation réelle. Toutes les précautions ont été prises pour atténuer ce type d'erreur. On pense, par exemple, à des mesures d'assurance de la qualité aux diverses étapes de l'enquête : observation sur place du travail des intervieweurs au tout début de la collecte de données en vue de cerner immédiatement d'éventuels problèmes dans la passation du questionnaire (notamment au regard de la compréhension des instructions), contrôle de la cohérence des informations saisies, vérification rigoureuse des sauts logiques du questionnaire afin de s'assurer que seules les personnes admissibles répondent à des blocs de questions spécifiques, etc.

1.5.6 Traitement des données

1.5.6.1 Pondération

Afin de rendre l'échantillon représentatif de la population et de pouvoir inférer les résultats à l'ensemble de la population adulte ciblée par l'ESCN 2010, les données brutes ont été pondérées d'abord selon la probabilité de sélection du répondant dans un ménage et, dans un second temps, en fonction de la distribution de la population nord-côtière selon la taille réelle de la population totale (excluant les réserves autochtones), la strate (sept territoires de RLS), le groupe d'âge (cinq groupes) et le sexe du répondant (poststratification). Le poids associé à un répondant est donc le nombre de personnes qu'il représente au sein de la population, incluant lui-même bien entendu. Ainsi, on s'assure que la somme des poids de tous les répondants correspond bien aux effectifs totaux de cette population. Pour la pondération seulement, Léger Marketing a attribué la valeur par défaut « 65 ans et plus » aux répondants ayant préféré ne pas indiquer leur âge. Cette procédure n'a touché que 26 répondants. La pondération tient aussi compte du type de municipalité (urbaine ou rurale) afin de permettre d'éventuelles analyses régionales sous cet angle. Pour cet exercice, les municipalités de 5 000 habitants et plus (Baie-Comeau,

Sept-Îles et Port-Cartier) sont considérées comme urbaines. Toutes les autres sont regroupées dans la catégorie rurale. Cette classification est faite indépendamment du statut juridique officiel des municipalités.

Les données utilisées pour la pondération reposent sur les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Ces projections ont été faites pour le MSSS à partir des données corrigées du Recensement de 2006. Les effectifs de population sont ceux du 1^{er} juillet 2010. Toutes les informations requises pour la pondération initiale ont été fournies à la firme Léger Marketing par le responsable de l'enquête à la Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Léger Marketing a intégré, à la base totale des répondants de la Côte-Nord (n = 3 600), l'échantillon supplémentaire de 118 répondants atteints de diabète. Dans un premier temps, cette firme a pondéré ce suréchantillon selon le profil des diabétiques de l'échantillon initial pour le rendre représentatif du sous-groupe visé. Parmi les 3 600 répondants de la base totale, 308 répondants ont affirmé souffrir de diabète. La firme Léger Marketing s'est donc basée sur le profil de ces 308 répondants pour pondérer les 118 répondants de l'échantillon supplémentaire. Les variables utilisées pour la pondération sont le sexe, l'âge et le réseau local de services.

À la suite de la pondération des répondants de ce deuxième échantillon de diabétiques, Léger Marketing a fusionné cette nouvelle base de données au premier fichier de données. Pour éviter une surreprésentation des diabétiques dans le fichier fusionné, une seconde pondération a été appliquée aux taux d'incidence des diabétiques en fonction du pourcentage obtenu préalablement avant l'ajout de l'échantillon supplémentaire. Ce taux était de 8 % avant son inclusion et il est redevenu à 8 % à la suite de l'application du deuxième facteur de pondération. Toutes les données présentées dans ce texte tiennent donc compte de la pondération.

1.5.6.2 Construction des variables

Un cahier complet d'instructions a été fourni par la Direction de santé publique à Léger Marketing pour spécifier les nouvelles variables à construire, notamment au regard des regroupements des variables initiales en nouvelles catégories et de l'élaboration des divers indices ou échelles employés dans cette enquête. Dans le cas de quelques indices, des instructions précises ont été données pour inverser le code de certaines questions pour les ramener dans le même sens que les autres questions entrant dans la construction du même indice ou la même échelle. C'est le cas, notamment, de celles énoncées sous une forme négative alors que les autres questions de l'indice sont rédigées sous une forme positive ou vice versa.

1.5.6.3 Plan d'analyse

Un plan d'analyse a aussi été transmis à Léger Marketing. Ce plan précise les variables de croisement à utiliser dans une première production des principaux tableaux des résultats de l'enquête.

1.5.6.4 Non-réponse partielle⁵

Nous avons exclu la non-réponse partielle dans l'estimation des proportions. Pour une question donnée, la non-réponse partielle consiste en l'absence de réponse de la part d'une personne interviewée. Cela se produit, par exemple, quand un répondant refuse de se prononcer (« NRP ») ou quand celui-ci répond par « ne sait pas » (« NSP »). Pour ce faire, il s'agit de programmer une valeur manquante lorsqu'on rencontre l'une ou l'autre de ces conditions lors du traitement des données. Le questionnaire a été conçu cependant pour la minimiser. En fait, des éléments d'explications supplémentaires ont été prévus à certaines questions pouvant engendrer de l'incompréhension chez certains répondants. En cas de besoin, ces explications, susceptibles de clarifier le sens d'une question, étaient fournies au répondant par l'intervieweur.

5. Cette section s'inspire des sections 2.3 et 2.5 de l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*, Gouvernement du Québec, 2010.

Par ailleurs, si la pondération permet en principe de corriger la non-réponse totale (le fait que des personnes ont refusé de répondre à l'ensemble du questionnaire), ce n'est pas le cas de la non-réponse partielle. En effet, aucun ajustement n'a été apporté dans la pondération de l'ESCN 2010 pour compenser la non-réponse à certaines questions. Un taux de non-réponse partielle élevé à une question particulière risque d'induire un biais d'estimation d'autant plus élevé. Dans ces conditions, la probabilité que les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants sera plus grande. À ce sujet, nous avons adopté, pour la Côte-Nord et ses territoires de RLS, les mêmes standards que ceux de l'ISQ au regard de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 (EQSP). Pour l'EQSP 2008, l'ISQ tolère un taux de non-réponse partielle de 5 % pour l'ensemble du Québec et de 10 % dans les régions comme seuil raisonnable d'acceptation de l'hypothèse voulant que les non-répondants possèdent des caractéristiques similaires aux répondants⁶. Le tableau A8 en annexe présente les taux de non-réponse partielle aux indicateurs abordés dans cette publication. L'information est ventilée selon l'ensemble de la Côte-Nord et les territoires de RLS. On peut constater que les taux de non-réponse partielle se situent souvent sous les 5 %.

Exclure la non-réponse partielle lors du traitement des données revient à faire l'hypothèse que les non-répondants se distribuent dans les différentes catégories d'une variable de la même manière que les répondants. Si le taux de non-réponse partielle se situe sous les seuils critiques définis au préalable, cette procédure permet d'estimer la proportion d'individus possédant telle ou telle caractéristique.

Cependant, dans certains cas, nous mentionnons le nombre d'individus de la population possédant la caractéristique étudiée. Or, ce nombre n'a pas été corrigé pour tenir compte de la non-réponse partielle. Cette sous-estimation dépend, bien sûr, de l'ampleur de la non-réponse partielle. Dans le cas de la prévalence du tabagisme pour l'ensemble de la population régionale, ce biais est pratiquement inexistant vu le très faible taux de non-réponse partielle à la question sur le statut de fumeur. Qui plus est, les nombres sont arrondis à la centaine la plus près. Le biais pourrait cependant s'avérer plus important pour l'estimation des effectifs des fumeurs réguliers ou occasionnels dans les catégories d'une variable de croisement pour laquelle on observerait une non-réponse partielle élevée.

1.5.7 Méthodes d'analyse

1.5.7.1 Analyses bivariées

Les données contenues dans ce rapport sont essentiellement descriptives et sont fondées sur des analyses bivariées.

1.5.7.2 Analyses multivariées

Dans certains cas, nous avons eu recours à la régression logistique multiple pour tenir compte de l'influence simultanée de plusieurs facteurs sur le fait de posséder ou non une certaine caractéristique (ex. : le fait d'être fumeur). Cette technique permet d'aller au-delà des analyses bivariées. Les variables explicatives incluses dans les modèles de régression logistique sont celles qui se révèlent initialement associées de manière significative avec la variable d'analyse au seuil de 5 %. Toutes les variables indépendantes ont été entrées en même temps dans le modèle et non par bloc ou groupe de variables. Nous avons utilisé la procédure CSLogistic du logiciel IBM Complex Samples.

6. Voir : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 ...*, p. 24.

1.5.7.3 Tests statistiques

Deux tests principaux sont utilisés dans ce rapport : le test du khi-deux et le test de comparaisons de proportions. Le test du khi-deux sert à déterminer s'il existe ou non une association significative entre la variable d'analyse et la variable de croisement. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 %. Les tests statistiques tiennent toujours compte du plan de sondage. Lorsque les deux variables ne comportent que deux catégories, une valeur « p » inférieure à 0,05 indique une différence significative du domaine d'intérêt entre les modalités d'une variable de croisement (ex. : proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels chez les hommes vs celle observée chez les femmes). Dans ces situations, il n'est pas nécessaire de procéder à des tests de différence de proportions.

Lorsque la variable d'analyse ou la variable de croisement avaient plus de deux catégories et en présence d'un khi-deux significatif, des tests de différence de proportions ont été effectués pour trouver la ou les sources de cette différence. Le test utilisé est la *valeur Z de la différence de proportions*. Par exemple, les données régionales de l'ESCN 2010 montrent que la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels varie de manière significative selon l'âge. Or, l'âge a été ventilé en quatre catégories : 18 à 29 ans, 30 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. Nous avons donc comparé les proportions de fumeurs réguliers ou occasionnels de chacune des catégories par rapport à celles enregistrées dans l'ensemble des autres (ex. : 30 à 44 ans comparativement à l'ensemble des autres groupes d'âge). Dans ce contexte, quatre comparaisons sont donc réalisées. Pour que ces quatre comparaisons s'effectuent au seuil global de 5 % et afin de minimiser les risques de trouver par coïncidence une différence significative, nous avons dû abaisser le seuil de signification pour tenir compte des comparaisons multiples. La correction utilisée est celle de Bonferroni⁷. Ainsi, chacune des catégories est comparée à l'ensemble des autres sur la base d'un seuil ajusté de 1,25 % (soit 5 % divisé par 4, puisqu'on a quatre groupes d'âge). Pour l'âge, la valeur critique de Z s'établit à 2,498. Dans le cas présent, le test global se révèle significatif si on obtient au moins une valeur Z inférieure à -2,498 ou supérieure à 2,498. Sous ces conditions, on peut ensuite chercher la ou les sources de cette différence au seuil usuel de 5 % (valeur Z +/-1,96). L'équation utilisée est la suivante :

$$(1) Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{v_{p1} + v_{p2}}}$$

où : p_i désigne la proportion;

v_p désigne la variance de la proportion, laquelle correspond au carré de l'erreur-type de la proportion.

Afin de réduire le nombre de tests, nous avons choisi de ne pas effectuer toutes les comparaisons deux à deux. Avec quatre catégories d'âge, nous aurions dû alors procéder à six tests au lieu de quatre. Tous les tests statistiques ont été effectués avec le logiciel Excel de Microsoft.

1.5.8 Présentation des résultats

Les résultats présentés dans les tableaux et figures de ce rapport le sont, en général, sous la forme de pourcentage. Dans les tableaux, la prévalence du tabagisme, selon diverses variables de croisement, est rapportée pour l'ensemble de la Côte-Nord et chacun des territoires de RLS visé par l'enquête. Afin de faciliter la lecture, dans ce texte, les proportions égales ou supérieures à 5 % sont arrondies à l'unité, mais à une décimale dans les tableaux et figures. Nous avons conservé une décimale pour les proportions inférieures à 5 % et nous recourons à une formulation qui rend compte du fait que les données de cette enquête ne représentent pas des valeurs exactes.

7. Pour plus de détails, voir la note 17 au chapitre 2.

CHAPITRE 2 : OÙ EN EST-ON AVEC LE TABAGISME SUR LA CÔTE-NORD EN 2010?

INTRODUCTION

La science a démontré depuis longtemps les effets néfastes de la fumée du tabac sur la santé. En fait, le tabagisme constitue l'une des plus importantes causes de décès et de maladies évitables. Au Québec seulement, on lui attribue de 10 000 à 13 000 morts prématurées annuellement, c'est-à-dire environ un décès sur cinq. Chez les personnes ayant fumé une grande partie de leur vie, environ une sur deux connaîtra une mort prématurée^[1] ou décèdera d'une maladie découlant de l'usage du tabac^[2, 3]. À titre d'exemple, on estime qu'en l'an 2000, le tabagisme a causé 2,43 millions de morts prématurées dans les pays industrialisés et 2,41 millions dans les pays en voie de développement⁸.

Le tabagisme est lié à plusieurs types de cancer, mais principalement celui du poumon. Dans la population globale, le cancer du poumon serait directement attribuable à l'usage du tabac dans 82 % des cas environ⁹. Selon cette même source, le tabagisme serait relié à environ 69 % des cancers de l'œsophage et à 67 % des cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx. Les risques de survenue du cancer sont accrus par le nombre d'années de consommation. Le tabagisme passif, c'est-à-dire l'exposition à la fumée secondaire de la cigarette des autres, constitue aussi un facteur de risque de cancer, notamment celui du poumon. Pour la période 2004-2008, on observe sur la Côte-Nord une moyenne annuelle de 70 nouveaux cas de cancer du poumon chez les hommes comparativement à 44 chez les femmes. Au cours des années 2005-2009, le cancer du poumon a tué environ 57 hommes et 33 femmes par année dans la région^[4].

Le tabagisme représente également un facteur de risque de survenue d'autres problèmes de santé comme les maladies cardiovasculaires et les accidents cérébrovasculaires (AVC), ainsi que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) comme la bronchite chronique et l'emphysème. L'incidence de la maladie cardiaque augmente en fonction du niveau de consommation de produits du tabac^[5]. L'usage du tabac serait lié à un accroissement du risque, soit de développer un diabète de type 2^[6, 7], soit de développer des complications liées au diabète, comme la rétinopathie^[8] ou la néphropathie^[9]. Des liens significatifs sont aussi rapportés entre le tabagisme et certains aspects non spécifiques de la santé mentale, notamment la détresse psychologique^[10-12]. Par ailleurs, des associations significatives ont aussi été établies entre le tabagisme passif et les maladies du système respiratoire^[13-15] et du système cardiovasculaire^[16-19].

Au-delà des méfaits qu'engendre le tabagisme sur la santé individuelle, celui-ci entraîne aussi des coûts économiques¹⁰ et sociaux importants. En conséquence, il demeure toujours un enjeu de santé publique majeur pour la région nord-côtière, tout comme il est d'ailleurs à l'échelle du Québec et du Canada.

Il est reconnu que les bienfaits rattachés à l'abandon du tabac se font sentir assez rapidement. Ainsi, une année après avoir cessé de fumer, les risques de mourir d'une maladie de cœur associée au tabagisme diminuent de moitié; après 15 ans, les risques seraient presque les mêmes que ceux d'une personne n'ayant jamais fumé. Il en

8. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking : A Report of the Surgeon General (2004), cité par KRUEGER, H. and Associates Inc. Prévention du cancer : Panorama de certains cancers et des facteurs de risque modifiables au Canada, Mai 2008, p. 10. Lorsque les chiffres en exposant apparaissent entre des crochets, ils renvoient aux numéros correspondants dans les références à la fin du document.

9. Ibid., p. 10.

10. Par exemple, l'usage du tabac entraînerait des dépenses de plusieurs milliards de dollars annuellement au Canada, uniquement au chapitre des soins de santé. À cela s'ajoutent des coûts indirects en termes de perte de productivité, d'incapacité et de décès prématurés. Voir : REHM, J., D. BALLUNAS, S. BROCHU et coll. *The Costs of Substance Abuse in Canada 2002 : Highlights*. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), 2006, cité par WONG, Suzan L., Margot SHIELDS, Scott LEATHERDALE et coll. « Évaluation de la validité de la situation d'usage du tabac autodéclarée », dans *Rapports sur la santé*, Vol. 23, N° 1, Mars 2012 (Statistique Canada, N° 82-003-XPB au catalogue), p. 1. Selon J. REHM et autres, l'usage du tabac serait relié à environ 2,21 millions de journées d'hospitalisation en soins aigus au Canada en 2002 (p. 4).

est de même de l'espérance de vie. Après 15 ans, elle rejoindrait celle des individus qui n'ont jamais fait usage de tabac¹¹. Chez les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), cesser de fumer pourrait rajouter de six à sept années d'espérance de vie^[22].

2.1 ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

2.1.1 Source des questions

La plupart des questions sur le tabagisme ont été empruntées à l'ESCC ou à l'Enquête de surveillance sur l'usage du tabac au Canada (ESUTC). La question suivante a été adressée à chacun des répondants pour estimer la prévalence de la cigarette :

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

Dans un premier temps, la population nord-côtière de 18 ans et plus a été répartie selon le type d'usage de la cigarette. Trois catégories ont été définies : les individus qui fument à tous les jours, peu importe le nombre de cigarettes consommées, sont considérés comme des fumeurs réguliers; les fumeurs occasionnels sont ceux qui fument moins souvent qu'à tous les jours; enfin, les non-fumeurs regroupent les individus qui ne fumaient plus au moment de l'enquête, de même que les personnes qui n'ont jamais fumé. Dans le calcul du taux de tabagisme, les non-fumeurs comprennent donc les personnes qui, au moment de l'entrevue, avaient renoncé au tabac depuis moins d'un an. Nous avons fait ce choix même si, dans certaines études, en raison du taux élevé de rechute dans l'année suivant la cessation tabagique, on a plutôt opté de considérer qu'un fumeur a cessé de fumer quand il n'avait pas consommé de cigarettes pendant une période d'un an^[23, 24]. Toutefois, au chapitre 5, nous avons considéré ces derniers comme des fumeurs en construisant une catégorie désignée « fumeur actuel ». L'état de santé des fumeurs actuels (fumeurs quotidiens, occasionnels et ex-fumeurs depuis moins d'un an) et celui des anciens fumeurs (non-fumeurs depuis plus d'un an) sont comparés à celui des individus qui n'ont jamais fumé.

Le lecteur doit se rappeler que, pour diverses considérations d'ordre méthodologique, les résultats de l'ESCN 2010 ne peuvent être directement comparés à ceux d'autres enquêtes fédérales ou québécoises. Quant aux comparaisons avec les autres éditions de l'ESCN, elles doivent être restreintes qu'aux personnes de 18 à 74 ans, pour autant que la formulation des questions et les choix de réponses soient rigoureusement identiques.

2.1.2 Limites dans l'interprétation

Puisque l'usage du tabac est autorapporté, il est possible que, par désirabilité sociale, on se retrouve avec une certaine sous-déclaration de l'usage du tabac, surtout si l'on considère que la question a été posée dans le cadre d'une enquête portant spécifiquement sur la santé. En d'autres termes, il est possible que certaines personnes aient répondu en fonction de leur perception de ce qui est « socialement acceptable », puisqu'il pourrait s'avérer embêtant d'avouer être fumeur dans ce type d'enquête. Cette sous-déclaration pourrait aussi être partiellement induite par les mesures législatives interdisant l'usage du tabac dans les endroits publics et les mises en garde bien en vue sur les paquets de cigarettes quant aux dangers du tabac, car ces mesures viendraient renforcer la perception que fumer est socialement indésirable^[21].

11. 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 Human Services, 1990, cité par SHIELDS, Margot. « Cheminement vers l'abandon du tabac », dans *Rapports sur la santé*, Vol. 16, N° 3, Mai 2005 (Statistique Canada, N° 82-003-XPF au catalogue), p. 23.

Cependant, des enquêtes ont été faites au Canada et dans le monde pour vérifier empiriquement ce biais de sous-déclaration en comparant la concentration de la cotinine¹² dans le sang ou l'urine des répondants par rapport aux données autorapportées^[25]. Au Canada, une telle étude a été réalisée lors de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)¹³ conduite pour la première fois de 2007 à 2009^[21]. Les résultats obtenus indiquent que la prévalence déclarée du tabagisme s'avère très proche de celle obtenue par la mesure de la concentration de cotinine dans l'urine. En fait, les écarts observés ne seraient pas significatifs pour aucun des groupes d'âge-sexe. On a aussi observé de fortes corrélations entre l'usage du tabac autodéclaré et celui inféré de l'analyse de la cotinine^[21].

Les réponses relatives aux tentatives d'arrêter de fumer peuvent être, elles aussi, sujettes à un biais de désirabilité sociale. Il est possible que certains fumeurs aient pu donner une réponse selon ce qu'ils percevaient comme socialement acceptable, en mentionnant avoir tenté de cesser de fumer même si ce n'était pas nécessairement le cas^[24].

Il convient d'indiquer que seul l'usage de la cigarette est exploré dans l'Enquête Santé Côte-Nord 2010. Aucune question ne portait sur la consommation d'autres produits du tabac. Il se peut donc que la prévalence de la consommation de tabac dans la population soit en réalité un peu plus élevée que celle rapportée.

Par ailleurs, certaines réponses peuvent être sujettes à des biais de mémoire. C'est le cas notamment de celles portant sur l'âge à partir duquel un fumeur quotidien a commencé à fumer à tous les jours. En effet, un fumeur peut avoir passé par plusieurs étapes avant de le faire sur une base quotidienne : expérimentation, consommation régulière, consommation quotidienne, abandon, consommation occasionnelle et consommation quotidienne encore. Dans ce contexte, il se peut que des personnes qui fument depuis très longtemps aient pu rapporter un âge erroné^[23]. Le même phénomène est possible quant au temps écoulé depuis l'arrêt définitif de l'usage de la cigarette.

2.2 RÉSULTATS DESCRIPTIFS

2.2.1 Prévalence du tabagisme sur la Côte-Nord

En 2010, environ un adulte sur quatre (25 %) fume la cigarette de façon quotidienne ou occasionnelle.

Cette section fait état d'un portrait sommaire de la prévalence du tabagisme sur la Côte-Nord en 2010. D'autres dimensions de l'ESCN 2010 se rapportant à l'usage du tabac, comme l'âge où la personne a commencé à fumer, la cessation tabagique et les moyens pris pour arrêter, les rechutes, etc., seront aussi abordées plus loin dans ce texte.

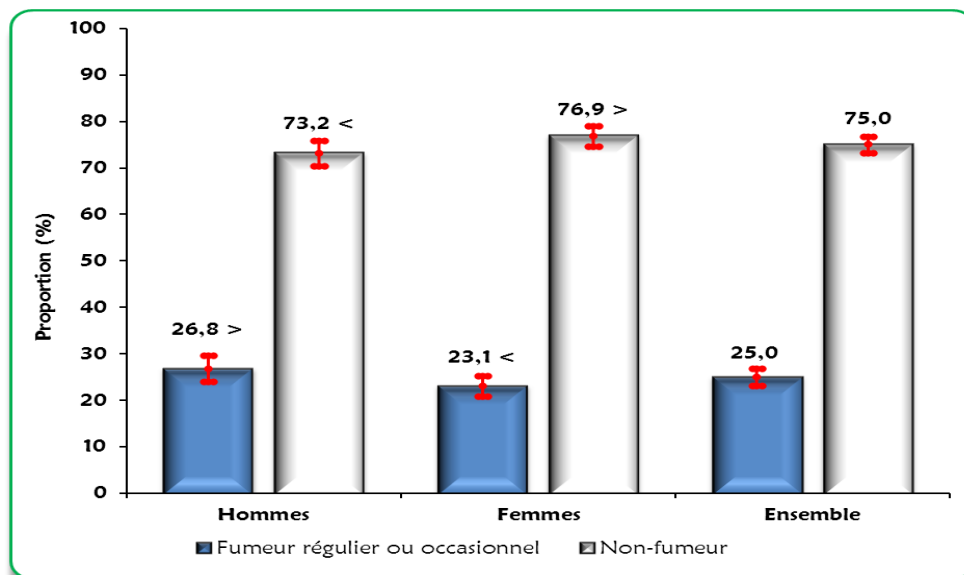
Selon les résultats de l'ESCN 2010, dans l'ensemble de la région, une personne sur cinq (19 %) affirme fumer la cigarette à tous les jours et environ 6 % le font occasionnellement. En conséquence, la proportion régionale de

12. La concentration de la cotinine dans l'urine serait considérée comme un excellent marqueur du tabagisme. Voir : BERNY, C., C. BOYER, B. CAPOLAGHI et coll. « Les marqueurs spécifiques du tabagisme », dans *Annales de biologie clinique*, Vol. 60, N° 3, Mai-juin 2002, p. 263-272, [En ligne] <http://www.jle.com/e-docs/00/00/C4/93/article.phtml>, page consultée le 22 avril 2014. La cotinine est une substance (métabolite) générée par le métabolisme par l'absorption directe (usage du tabac) ou indirecte (tabagisme passif) de nicotine. Voir également : WONG, Suzan L., Margot SHIELDS, Scott LEATHERDALE et coll. « Évaluation de la validité de la situation d'usage du tabac autodéclarée »..., p. 1. Selon ce que rapportent ces auteurs, la cotinine aurait une demi-vie d'environ 16 à 20 heures.

13. L'ECMS comportait un volet « entrevue à domicile » visant à recueillir des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques, la santé et le mode de vie auprès de personnes de 6 à 79 ans. Cette entrevue « (...) était suivie d'une visite dans un centre d'examen (clinique) mobile où des mesures directes ont été prises et des échantillons d'urine prélevés » (p. 2). La visite à la clinique mobile a eu lieu environ 13 jours, en moyenne, après l'entrevue à domicile. Le lecteur trouvera aussi des détails supplémentaires sur la méthodologie utilisée dans l'article de Suzan L. Wong et al.

fumeurs réguliers ou occasionnels chez les adultes s'élève donc à 25 % (tableau 3A et figure 1)¹⁴, ce qui correspond à quelque 17 400 personnes (tableau 4)¹⁵. Un peu moins de la moitié (48 %) des non-fumeurs sont en fait des anciens fumeurs. Cette proportion représente aux environs de 25 200 personnes (donnée non présentée).

Figure 1 : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

< ou > Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

■ Intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

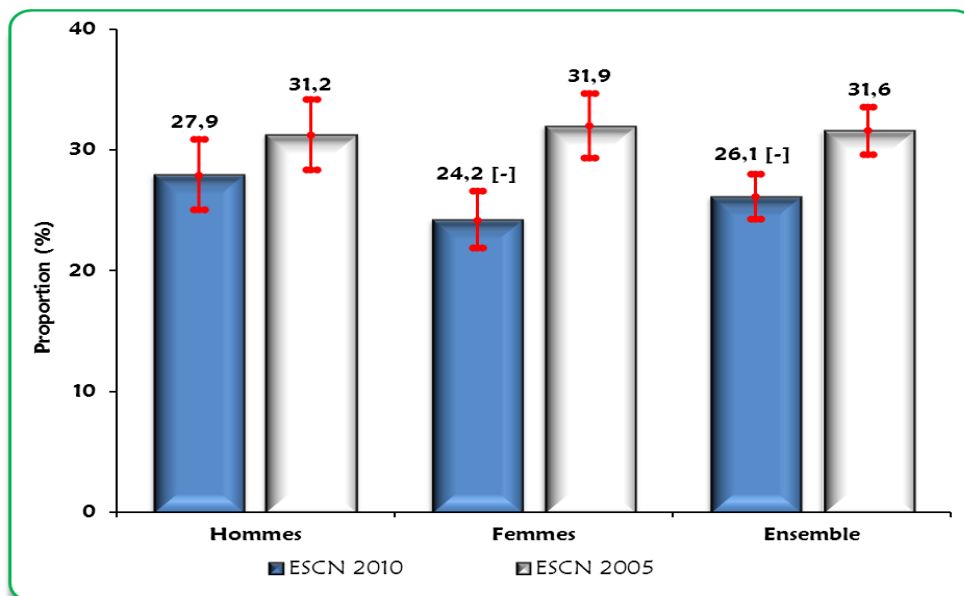
La comparaison en regard de 2005 n'est possible que pour les moins de 75 ans. Chez les 18 à 74 ans, la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels se chiffre à 26 %; cette donnée témoigne d'une amélioration significative par rapport aux 32 % enregistrés en 2005 (tableau 3A et figure 2). Alors que la région comptait environ 20 800 fumeurs chez les 18 à 74 ans en 2005, ce nombre est passé à 16 900 en 2010 dans le même groupe d'âge. Ce fléchissement significatif entre les deux enquêtes s'explique par celui observé chez les femmes (de 32 % à 24 %). Du côté des hommes, bien que l'on note également une tendance à la baisse du taux de tabagisme (de 31 % à 28 %), celle-ci ne se révèle pas statistiquement significative.

Plus précisément, le recul du tabagisme enregistré dans la population féminine nord-côtière de 18 à 74 ans est entièrement redevable à la baisse significative de la consommation quotidienne de cigarettes (de 26 % à 18 %), alors que la proportion de fumeuses occasionnelles est demeurée stable (environ 6 %) dans les deux enquêtes. Chez les hommes de cet âge, on remarque, au contraire, une stabilité de la proportion de fumeurs quotidiens (22 % environ) tandis qu'un fléchissement significatif de la proportion de consommateurs occasionnels s'est produit (de 9 % à 6 %) (figure 3).

14. Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % sont habituellement arrondis à l'unité dans le texte, mais à une décimale dans les tableaux et figures. Dans ces dernières, les barres verticales ■ correspondent à l'intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une plage de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Plus l'intervalle est étroit, plus la valeur est précise. En revanche, de larges intervalles indiquent une forte variabilité (une moins bonne précision) de l'estimation. Le logiciel utilisé, Complex Samples de IBM SPSS, tient compte du plan de sondage dans le calcul des erreurs-types pour la construction de ces intervalles.

15. Le nombre estimé de personnes est arrondi selon les pratiques de Statistique Canada. Cette estimation n'est toutefois pas corrigée pour la non-réponse partielle, contrairement aux pratiques recommandées par l'Institut de la statistique du Québec. Par conséquent, il peut en résulter une sous-estimation du nombre d'individus possédant la caractéristique analysée. Par ailleurs, puisque les nombres sont arrondis, il se peut que les totaux indiqués n'égalent pas tout à fait la somme des parties.

Figure 2 : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le sexe, population âgée de 18 à 74 ans, Côte-Nord, 2010 et 2005

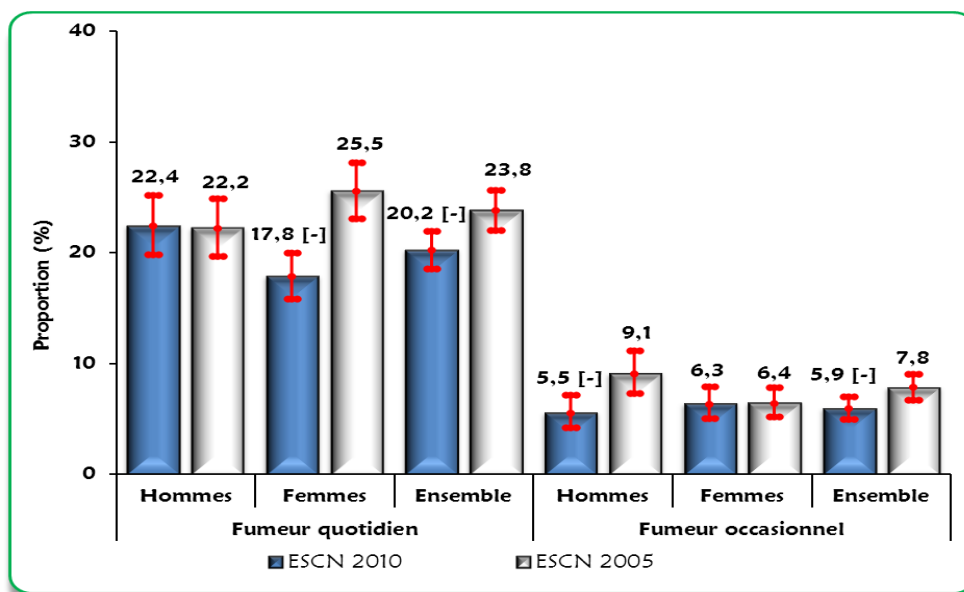


Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Enquête Santé Côte-Nord 2005. Direction de santé publique de la Côte-Nord.
Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

[-] Valeur de 2010 significativement inférieure à celle de 2005, au seuil de 5 %.

■ Intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

Figure 3 : Statut de fumeur selon la consommation quotidienne et occasionnelle de cigarettes et selon le sexe, population âgée de 18 à 74 ans, Côte-Nord, 2010 et 2005



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Enquête Santé Côte-Nord 2005. Direction de santé publique de la Côte-Nord.
Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

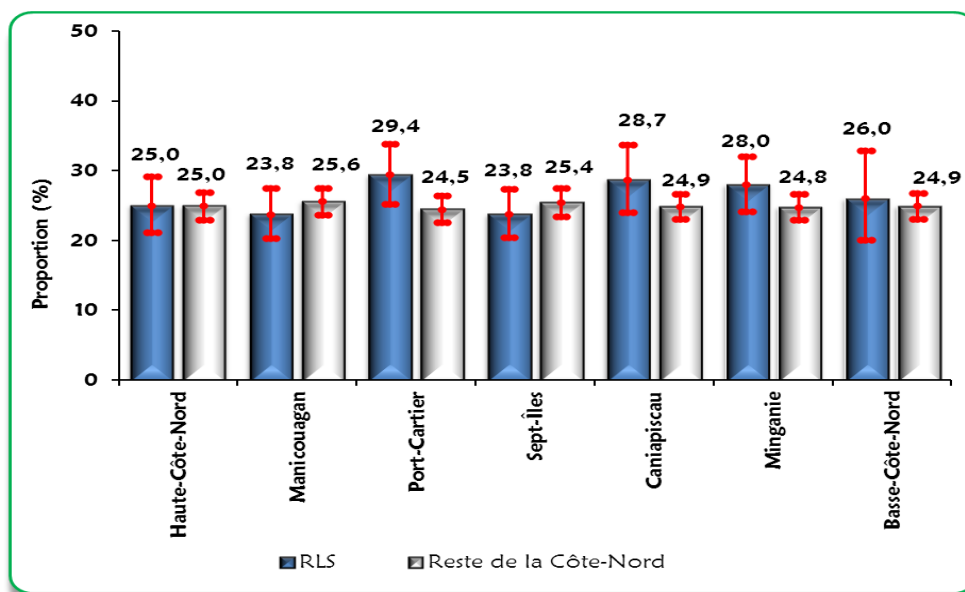
[-] Valeur de 2010 significativement inférieure à celle de 2005, au seuil de 5 %.

■ Intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

2.2.2 Situation dans l'ensemble de la population des territoires de RLS

Dans les RLS, le pourcentage de la population de 18 ans et plus qui fait usage de cigarettes sur une base quotidienne ou occasionnelle varie de 24 % (Manicouagan et Sept-Îles) à 29 % (Port-Cartier). Selon une perspective d'analyse régionale, on observe qu'aucun territoire de RLS ne se différencie significativement du reste de la Côte-Nord¹⁶ (figure 4). En revanche, la situation se présente autrement lorsqu'on adopte une perspective locale, ce qui serait le cas, par exemple, d'une étude portant spécifiquement sur un RLS. Dans ce contexte, le RLS de Port-Cartier enregistre une proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels significativement plus élevée que le reste de la Côte-Nord (29 % c. 24 %).

Figure 4 : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le RLS de résidence et le reste de la Côte-Nord¹, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Theriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

1. Côte-Nord moins le territoire de RLS concerné.

■ Intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

Note : Aucun RLS ne se démarque significativement du reste de la Côte-Nord. Les tests statistiques ont été faits en appliquant la correction de Bonferroni pour tenir compte des comparaisons multiples. Si on n'applique pas la correction de Bonferroni, Port-Cartier présente alors une proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels significativement supérieure à celle du reste de la Côte-Nord (29,4 % c. 24,5 %).

16. Selon les tests statistiques tenant compte des comparaisons multiples. Dans une perspective régionale, on doit poser l'hypothèse nulle « aucun RLS n'est différent du reste de la Côte-Nord » versus l'hypothèse alternative « au moins un RLS est différent du reste de la Côte-Nord ». Dans cette étude, nous recourons à des tests bilatéraux puisqu'on ne présuppose pas une différence dans un sens ou un autre. Pour s'assurer que le test statistique bilatéral se fasse globalement au seuil de 5 %, il faut employer une correction, celle de Bonferroni dans le cas présent. Elle permet de tenir compte de la multiplicité des comparaisons et de réduire les risques de trouver une différence significative par coïncidence. Ainsi, chacune des catégories (en l'occurrence les RLS dans le cas présent) est comparée au reste de la Côte-Nord sur la base d'un seuil ajusté de 0,71 % (soit 5 % divisé par 7, puisqu'on a sept territoires de RLS). Si l'on trouve au moins une comparaison ajustée significative, sur la base de la correction de Bonferroni, on peut conclure que le test global est significatif. L'hypothèse nulle selon laquelle aucun RLS ne diffère du reste de la Côte-Nord est ainsi rejetée. On peut alors chercher la ou les sources de cette différence au seuil usuel de 5 %. Adapté de l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 1.1, 2.1, 3.1 et 2007-2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 45-46 et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le Groupe de travail des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique du Québec (2013). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) à l'Infocentre de santé publique*, Québec, p. 69-70.

Chez les 18 à 74 ans, on observe, dans tous les RLS, que la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels tend à baisser entre 2005 et 2010. Cependant, la diminution se révèle significative que dans deux RLS, soit ceux de Sept-Îles et Minganie. Dans le territoire de Sept-Îles, le taux de tabagisme est passé de 35 % à 24 %. En Minganie, ce taux a reculé de 39 % à 29 % (tableau 3A). Concrètement, dans le territoire de Sept-Îles, le nombre de fumeurs de 18 à 74 ans est passé de 6 500 à 4 400 personnes. En Minganie, ce nombre a chuté de 1 600 à 1 100 durant la même période (tableau 4).

2.2.3 Variations selon le sexe

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à fumer sur une base régulière ou occasionnelle (27 % c. 23 %) (tableau 3A et figure 1). Le nombre estimé de fumeurs chez les hommes nord-côtiers s'établit à environ 9 600 comparativement à 7 800 chez les femmes (tableau 4).

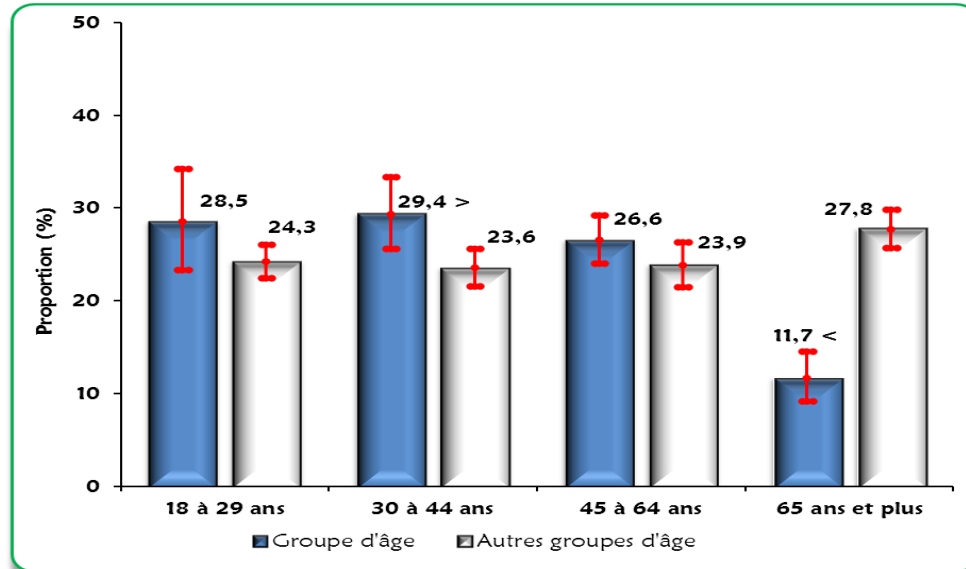
Le lien constaté entre le taux de tabagisme et le sexe à l'échelle de la Côte-Nord ne se concrétise pas dans les territoires de RLS, bien que les hommes tendent également à fumer en plus grand nombre que les femmes. En d'autres termes, la différence entre les sexes n'y est pas significative. Chez les hommes, le taux de tabagisme varie de 24 % dans le RLS de Sept-Îles à 32 % dans le RLS de Port-Cartier. Il convient de mentionner que, dans chacun des RLS, l'enquête ne permet pas de conclure que les hommes se distinguent significativement de ceux du reste de la Côte-Nord. Le même constat peut être fait chez les femmes puisque l'on n'observe pas d'écarts statistiques entre le taux de tabagisme des populations féminines des RLS et celui des femmes du reste de la Côte-Nord. La proportion de fumeuses quotidiennes ou occasionnelles oscille entre 20 % en Basse-Côte-Nord et environ 26 % dans les RLS de Port-Cartier et Caniapiscau (tableau 3A).

2.2.4 Variations selon l'âge

Dans l'ensemble de la Côte-Nord, les données de l'enquête font ressortir une association significative entre l'âge et l'usage régulier ou occasionnel de cigarettes. Les catégories plus jeunes ont tendance à compter, en proportion, davantage de fumeurs que les autres groupes d'âge. Ainsi, 29 % des personnes de 30 à 44 ans fument alors que c'est le cas pour près de 27 % des 45 à 64 ans et de 12 % des gens âgés de 65 ans et plus (figure 5 et tableau 3A). D'ailleurs, ces derniers sont proportionnellement moins nombreux à fumer que l'ensemble des autres groupes d'âge (12 % c. 28 %) (figure 5). Le taux de tabagisme des jeunes de 18 à 29 ans tend à surpasser celui du reste de la Côte-Nord (ou des autres groupes d'âge réunis) (29 % c. 24 %). Cet écart n'est toutefois pas statistiquement significatif.

L'association entre l'âge et le taux de tabagisme s'observe aussi dans les RLS de la Haute-Côte-Nord, Manicouagan, Sept-Îles et Minganie, mais pas dans les autres territoires. Quelle que soit la catégorie d'âge considérée, l'enquête ne fait pas ressortir d'écarts statistiques dans chacun des RLS avec le reste de la Côte-Nord (tableau 3A).

Figure 5 : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

< ou > Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'ensemble des autres catégories d'âge, au seuil de 5 %.

Intervalles de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

Note : Les tests statistiques ont été faits en tenant compte de la correction de Bonferroni. Les tests au seuil de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence au seuil de comparaisons multiples puisque la variable de croisement avait plus de deux catégories.

2.2.5 Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques

2.2.5.1 Selon le revenu

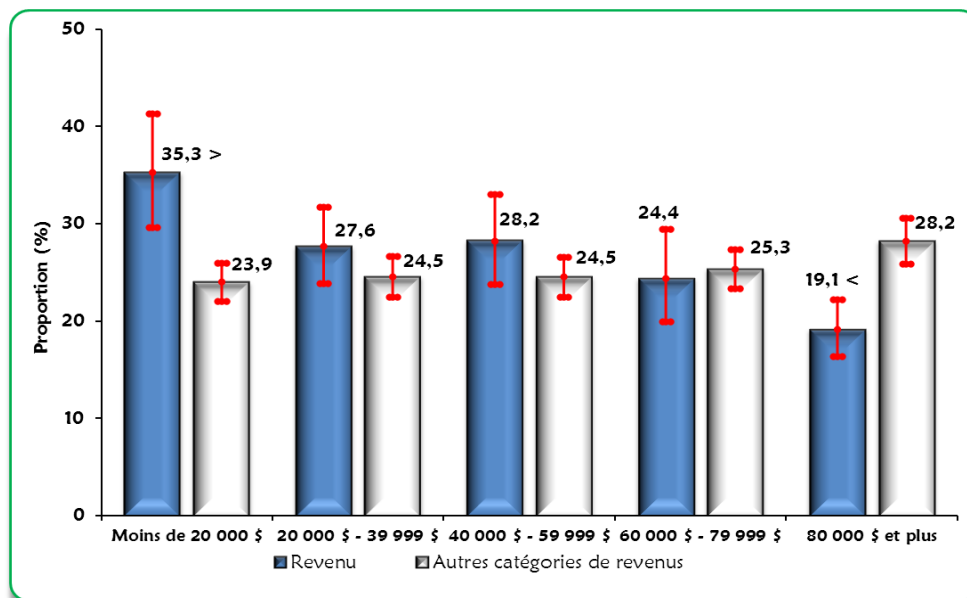
Sur la Côte-Nord, le tabagisme est significativement associé au revenu. Cette association s'explique par le fait que l'usage de la cigarette est plus répandu dans les ménages où les revenus sont les moins élevés, tandis que c'est l'inverse pour les ménages à revenus élevés. Ainsi, plus du tiers des individus (35 %) qui habitent un ménage dont le revenu total se situe sous les 20 000 \$ par année sont des fumeurs comparativement à 19 % de ceux qui vivent dans un ménage gagnant 80 000 \$ et plus annuellement (figure 6 et tableau 3A). Le lien significatif entre la prévalence du tabagisme et le revenu s'avère également présent dans les RLS de Manicouagan, Port-Cartier et Sept-Îles (tableau 3A). Par exemple, dans le RLS de Manicouagan, le taux de tabagisme enregistré chez les personnes vivant dans un ménage gagnant moins de 20 000 \$ annuellement (*38 %)¹⁷ surpasse de manière significative celui observé dans l'ensemble des autres niveaux de revenus (22 %) (donnée non présentée).

La proportion de fumeurs chez les résidents du RLS de Port-Cartier dont le revenu familial s'établit entre 20 000 \$ et 40 000 \$ (53 %) (tableau 3A) surpasse significativement celle des autres Nord-Côtiers qui déclarent le même revenu (26 %) (donnée non présentée). Selon une perspective régionale de l'analyse des données, on ne détecte aucune différence statistique entre un RLS spécifique et le reste de la région nord-côtière dans chacune des catégories de revenus. La situation s'avère différente lorsqu'on adopte une perspective locale. Dans ce cas, on enregistre des écarts significatifs chez les personnes bénéficiant d'un revenu familial annuel de 80 000 \$ et plus. Chez ces dernières, les proportions de fumeurs réguliers ou occasionnels des résidents des RLS de Manicouagan (*14 %) et Caniapiscau (26 %) diffèrent de celles du reste de la Côte-Nord (respectivement 21 % et 19 %) (données

17. *Coefficient de variation supérieur à 16,66 %, mais égal ou inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence. Dans le reste du texte, la même convention est utilisée lorsque le coefficient de variation se situe dans cette fourchette de valeurs.

non présentées). Dans le cas du RLS de Manicouagan, on dénombre donc, en proportion, moins de fumeurs chez les individus ayant un revenu familial d'au moins 80 000 \$ comparativement aux autres Nord-Côtiers du même niveau de revenu. Dans le RLS de Caniapiscau, l'enquête fait ressortir le constat inverse. La population qui réside dans un ménage ayant un revenu familial d'au moins 80 000 \$ par année est proportionnellement plus nombreuse à fumer sur une base régulière ou occasionnelle que le reste des Nord-Côtiers de la même catégorie de revenus.

Figure 6 : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon le niveau de revenu du ménage, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

< ou > Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'ensemble des autres catégories de revenu, au seuil de 5 %.

Intervalles de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

Note : Les tests statistiques ont été faits en tenant compte de la correction de Bonferroni. Les tests au seuil de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence au seuil de comparaisons multiples puisque la variable de croisement avait plus de deux catégories.

2.2.5.2 Selon la scolarité

Le fait d'être fumeur régulier ou occasionnel varie significativement en fonction de la scolarité. L'usage de la cigarette diminue au fur et à mesure que le niveau de scolarité augmente, surtout à partir de la 5^e secondaire. Ainsi, on dénombre proportionnellement davantage de fumeurs chez les Nord-Côtiers qui n'ont pas de diplôme de 5^e secondaire (29 %) que dans le reste de la population nord-côticière (24 %) (donnée non présentée). Les personnes ayant uniquement un diplôme de 5^e secondaire comptent également davantage de fumeurs (30 %) que le reste de la Côte-Nord (23 %) (donnée non présentée). Enfin, toutes proportions gardées, les personnes titulaires d'un grade universitaire (au moins un baccalauréat) rapportent fumer en moins grand nombre (13 %) que le reste de la population adulte régionale (27 %) (donnée non présentée).

La variation significative observée à l'échelle régionale se produit aussi dans les RLS de Manicouagan, Sept-Îles et Minganie. Par ailleurs, en ce qui concerne les RLS, l'ESCN 2010 ne détecte pas de différences significatives au seuil de comparaisons multiples, entre la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels observée au sein d'un niveau de scolarité donné et le reste des Nord-Côtiers ayant la même scolarité (tableau 3A). En revanche, un test fait au seuil usuel de 5 % montre que la proportion de fumeurs chez les personnes n'ayant pas de 5^e secondaire est significativement supérieure dans le RLS de Port-Cartier (38 %) que le reste des Nord-Côtiers du même groupe (28 %) (donnée non présentée).

2.2.6 Variations selon le type de ménage

Au plan régional, l'enquête démontre l'existence d'un lien statistique entre le type de ménage et l'usage de la cigarette. Ainsi, les fumeurs réguliers ou occasionnels se retrouvent, toutes proportions gardées, en plus grand nombre parmi les personnes vivant seules (32 %) (tableau 3A) que dans l'ensemble des autres genres de ménage (23 %) (donnée non présentée). Les fumeurs sont aussi, en proportion, moins nombreux dans les ménages comptant un couple, avec ou sans enfant (respectivement 20 % et 21 %) que le reste de la population régionale. La proportion la plus élevée de fumeurs (40 %) s'observe dans la catégorie « Autres types de ménage » qui comprend différents types de ménages : famille avec autres personnes, personnes apparentées seulement (frères et sœurs, etc.), personnes non apparentées seulement (ex. : colocataires, familles multiples, etc.).

2.2.7 Variations selon la présence d'enfants de 5 ans et moins à la maison

Les données régionales et infrarégionales montrent que le taux de tabagisme ne varie pas selon la présence ou non d'enfants de cinq ans et moins à la maison. Dans l'ensemble de la Côte-Nord et la plupart des RLS, les individus qui vivent avec des enfants de six ans et moins à la maison tendent à fumer en plus grand nombre que les autres Nord-Côtiers.

2.2.8 Variations selon certaines caractéristiques d'état de santé psychosociale et mentale

2.2.8.1 Selon la perception de l'état de santé

Les réponses à la question relative à la perception de l'état de santé ont été combinées en deux catégories : la première regroupe la population qui estime son état de santé comme excellent, très bon ou bon; la seconde catégorie comprend les gens qui évaluent leur santé comme mauvaise ou passable.

À l'échelle régionale, l'enquête démontre une association entre le taux de tabagisme et la perception de l'état de santé. Plus précisément, la proportion d'usagers de la cigarette s'avère significativement plus faible parmi les individus qui perçoivent leur état de santé sous un angle favorable (24 %) que chez ceux qui déclarent être en moins bonne santé (34 %) (tableau 3B).

Même si on remarque la même tendance dans la plupart des RLS, l'ESCN 2010 ne permet pas de conclure que les personnes qui s'estiment en meilleure santé sont significativement moins nombreuses à fumer que les individus qui perçoivent leur santé comme mauvaise ou passable, sauf en ce qui concerne les résidents des RLS de Manicouagan et Port-Cartier. Fait particulier dans le cas des résidents du RLS de la Basse-Côte-Nord, les fumeurs tendent à être plus nombreux chez ceux qui se perçoivent en bonne santé que parmi les individus s'estimant en mauvaise santé (27 % c. *20 %). La différence ne se veut pas significative toutefois (tableau 3B).

Les analyses régionales montrent que, pour l'une ou l'autre des modalités de la perception de l'état de santé, aucun RLS de la Côte-Nord ne se différencie significativement du reste de la région¹⁸. En revanche, sous une perspective locale¹⁹, l'enquête fait ressortir que les personnes du territoire du RLS de Port-Cartier, qui se considèrent en mauvaise santé, sont proportionnellement plus nombreuses à fumer (48 %) que le reste des Nord-Côtiers percevant leur santé de la même façon (33 %) (donnée non présentée). Dans le RLS de la Basse-Côte-Nord, la tendance inverse prévaut. Le taux de tabagisme des individus, qui affirment être en mauvaise santé, y est moindre (*20 %) (tableau 3B) que dans le reste de la Côte-Nord (35 %) (donnée non présentée).

18. Sur la base des tests de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).

19. Tests faits au seuil de 5 %, c'est-à-dire sans la correction de Bonferroni.

2.2.8.2 Selon la perception de la santé mentale, le stress quotidien et le niveau de détresse psychologique

Les réponses à la question sur l'autoévaluation de la santé mentale ont été regroupées similairement aux réponses à la question sur l'état de santé en général. Par conséquent, deux catégories ont été créées : la première réfère à la population qui voit sa santé mentale comme excellente, très bonne ou bonne; la deuxième comprend ceux qui la jugent défavorablement (passable ou mauvaise). Quant au stress quotidien, les répondants ont été départagés en fonction du fait qu'ils jugent la plupart de leurs journées comme étant pas du tout à un peu stressantes ou assez à extrêmement stressantes.

Selon l'Enquête Santé Côte-Nord 2010, le taux de tabagisme varie significativement selon la perception de la santé mentale. En effet, chez les Nord-Côtiers, la proportion de ceux qui fument régulièrement ou occasionnellement est plus élevée parmi les personnes qui ont une vision défavorable de leur santé mentale (38 %) que chez les individus qui en ont une perception favorable (25 %).

Les données régionales permettent d'établir un lien entre le stress quotidien perçu et l'usage de la cigarette. Ainsi, on retrouve une proportion plus faible de fumeurs chez les individus peu ou pas stressés que chez les personnes qui le sont (24 % c. 30 %) (tableau 3B). Le même constat prévaut aussi dans le RLS de la Minganie où les personnes aux prises avec un stress quotidien intense sont plus sujettes à fumer que les autres (38 % c. 26 %). L'enquête fait ressortir une tendance semblable, mais non significative au plan statistique dans les autres territoires de RLS (tableau 3B).

D'après l'enquête, le taux de tabagisme sur la Côte-Nord fluctue en relation avec l'indice de détresse psychologique²⁰ de la population adulte nord-côtière. En effet, près du tiers (32 %) des personnes situées au niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique fument la cigarette en regard d'environ 23 % de celles classées au niveau faible à modéré. Cette relation se confirme dans le RLS de la Haute-Côte-Nord et celui de Port-Cartier. Quant aux autres territoires, une tendance similaire se dessine bien que non significative. Par ailleurs, dans le RLS de Port-Cartier, on compte, en proportion, presque deux fois plus de fumeurs parmi les individus regroupés au niveau élevé de détresse psychologique (46 %) que chez les autres résidents de ce territoire (25 %) (tableau 3B). En outre, ils sont aussi proportionnellement plus nombreux à fumer que l'ensemble des autres Nord-Côtiers situés au niveau élevé de détresse psychologique (31 %) (donnée non présentée).

2.2.8.3 Selon la satisfaction au regard de la vie

On constate également que le tabagisme varie en relation inverse avec la satisfaction. Toutes proportions gardées, les Nord-Côtiers qui se disent insatisfaits de leur vie en général fument en bien plus grand nombre que les gens très satisfaits ou satisfaits (52 % c. 24 %). En raison de la faible taille de l'échantillon des RLS dans les autres niveaux de satisfaction, les taux de tabagisme ne peuvent pas être présentés.

20. Fondé sur l'échelle à six questions (K6) élaborées par Kessler. Les répondants étaient invités à se prononcer sur six questions touchant la fréquence à laquelle, au cours du mois précédant l'enquête, ils se sont sentis nerveux, désespérés, agités, si déprimés que plus rien ne pouvait les faire sourire. Ils ont eu l'impression que tout leur demandait un effort ou, finalement, ont eu le sentiment d'être bons à rien. Le niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique correspond au quintile supérieur de la distribution des scores. L'indice ne mesure pas la prévalence proprement dite de la détresse psychologique au sein d'une population. Son utilité repose sur le fait qu'il permet d'estimer, au sein de divers groupes de personnes, la proportion de celles qui vivent certains symptômes affectifs dont le nombre et la fréquence peuvent engendrer des impacts négatifs dans différents domaines de leur vie.

2.2.9 Variations selon certaines conditions physiques et habitudes de vie

2.2.9.1 Selon la présence de certaines conditions physiques

L'ESCN 2010 ne permet pas de détecter d'écarts significatifs entre les personnes de 30 ans et plus qui déclarent être atteintes d'au moins une maladie chronique²¹ et les autres qui ne le sont pas. Sur la Côte-Nord, la proportion de fumeurs se chiffre aux environs de 24 % dans les deux cas. Dans les RLS de Manicouagan et Sept-Îles, le taux de tabagisme des individus vivant avec un problème de santé chronique tend à surpasser celui enregistré dans le reste de la population, mais les écarts observés ne sont pas statistiquement significatifs. Dans les autres territoires de RLS, ce taux tend à être un peu plus faible au sein de la population qui déclare au moins un problème chronique de santé. Les données de l'enquête ne permettent cependant pas de conclure à une différence significative (tableau 3C).

Le tableau 3C fait également de la prévalence du tabagisme chez les adultes de 18 ans et plus faisant de l'hypertension artérielle ou du diabète. Dans l'ensemble de la région nord-côtière, on dénombre proportionnellement moins de fumeurs chez les personnes hypertendues que chez les autres Nord-Côtiers (19 % c. 26 %). Cette association se confirme uniquement dans le RLS de Port-Cartier (22 % c. 32 %), mais non dans les autres territoires sociosanitaires quoique la même tendance y émerge.

La propension à fumer n'est pas associée significativement au fait d'être diabétique ou non, bien que le taux de tabagisme tend à être légèrement moindre au sein de la population diabétique que chez les non-diabétiques (21 % c. 25 %). Un constat similaire prévaut dans presque tous les autres RLS. Dans celui de la Minganie, la prévalence du tabagisme s'avère significativement plus faible chez les diabétiques que chez les non-diabétiques (*18 % c. 29 %). Dans le RLS de Manicouagan, on remarque plutôt que le taux de tabagisme des diabétiques tend à dépasser celui des non-diabétiques (*28 % c. 24 %). L'écart n'est toutefois pas significatif.

2.2.9.2 Selon le statut pondéral

Le statut pondéral est établi à partir des questions sur la grandeur et le poids corporel. À partir des valeurs recueillies, l'indice de masse corporelle (IMC)²² est calculé en excluant les femmes enceintes au moment de l'enquête. Trois catégories de poids ont été définies : poids insuffisant, poids normal et embonpoint ou obésité. Les gens qui font de l'embonpoint (IMC : 25,0 – 29,9) ou qui sont obèses (IMC $\geq$ 30) se trouvent donc en « surplus de poids ».

Deux catégories ont été définies : les personnes en surplus de poids qui font de l'embonpoint ou de l'obésité sont regroupées dans la catégorie « Oui » à la variable « Embonpoint/Obésité » du tableau 3C. Celles qui n'ont pas de surplus de poids sont classées dans la catégorie « Non ». La très grande majorité d'entre elles ont un poids normal (IMC : 18,5 – 24,9). Une faible proportion est considérée comme ayant un poids insuffisant (IMC < 18,5).

21. Les maladies chroniques étudiées dans l'enquête sont le cancer, l'asthme, l'hypertension artérielle, la bronchite chronique, l'emphysème, la maladie cardiaque et le diabète. À noter que chacun de ces problèmes de santé devait durer depuis au moins six mois et avoir été formellement diagnostiqué par un médecin. Par ailleurs, pour calculer la proportion d'individus vivant avec au moins une de ces conditions, seules les personnes de 30 ans et plus sont considérées, puisque celles de moins de 30 ans n'avaient pas à répondre aux questions sur la bronchite chronique et l'emphysème. THERRIAULT, Yves. *Enquête Santé Côte-Nord 2010 : Reformatage de variables et spécification des variables dérivées*, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Direction de santé publique, Mai 2011, p. 36 (document de travail non publié). Ce document a été transmis à la firme Léger Marketing pour fournir des instructions précises au regard de la construction de plusieurs variables et indices à inclure dans le fichier de données.

22. Cet indice comporte certaines limites. Mentionnons, entre autres, qu'il ne tient pas compte de la masse adipeuse ou de la masse musculaire qu'une personne peut avoir. En outre, lorsqu'il est fondé sur des données autodéclarées, on constate souvent une sous-déclaration du surplus de poids par rapport à des valeurs mesurées. Les hommes en surplus de poids auraient tendance à surestimer leur taille, tandis que les femmes présenteraient plutôt une tendance à sous-estimer leur poids.

Le statut tabagique s'avère significativement associé au poids corporel. En effet, toutes proportions gardées, on enregistre une plus faible proportion de fumeurs chez les individus en surplus de poids que chez les autres Nord-Côtiers (23 % c. 30 %) (tableau 3C). Le même phénomène se produit dans les territoires de RLS, sauf dans ceux de Manicouagan et Basse-Côte-Nord.

Par ailleurs, on peut remarquer que les individus du RLS de Port-Cartier, qui ne font pas d'embonpoint ou d'obésité, fument en plus grande proportion (42 %) (tableau 3C) que les autres résidents nord-côtiers (29 %) (donnée non présentée). Il en est de même dans le RLS de la Minganie (39 %) (tableau 3C) en comparaison du reste des Nord-Côtiers (29 %) (donnée non présentée). Cependant, l'écart s'avère significatif uniquement au seuil de 5 %. Chez les personnes en surplus de poids, les données ne permettent pas de déceler d'écarts statistiques entre chacun des territoires de RLS et le reste de la Côte-Nord.

2.2.9.3 Selon l'activité physique de loisir

Nous avons défini la sédentarité comme le fait de ne pratiquer aucune activité physique de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, ou d'en avoir fait moins d'une fois par semaine dans l'année précédant l'enquête²³.

Les données recueillies démontrent un lien entre la sédentarité et le tabagisme. Il se manifeste sur l'ensemble de la Côte-Nord et dans plusieurs territoires de RLS. Dans la région, on remarque que près du tiers (34 %) des personnes sédentaires fument comparativement à 22 % des gens actifs. Dans le RLS de Manicouagan, les fumeurs sont, toutes proportions gardées, environ deux fois plus nombreux parmi les personnes sédentaires (36 %) que chez les individus actifs (19 %). Dans le RLS de Caniapiscau, ces proportions se situent respectivement à 45 % et 25 %. Ces liens significatifs se confirment aussi dans les RLS de Port-Cartier et Sept-Îles. Un phénomène similaire émerge dans les RLS de la Haute-Côte-Nord et Minganie, mais il ne s'agit que de tendances non confirmées au plan statistique (tableau 3C).

2.2.9.4 Selon la consommation élevée d'alcool

En 2010, une consommation élevée d'alcool désigne les individus qui ont pris cinq verres et plus, en une même occasion, au moins une fois par mois dans l'année précédant l'enquête. Le même barème s'applique aux hommes et aux femmes. Cette définition est congruente avec celle qu'utilisait Statistique Canada dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Cependant, l'édition 2011-2012 de l'ESCC a abaissé ce seuil chez les femmes à quatre verres et plus. Il est demeuré à cinq verres et plus pour les hommes.

Selon les résultats de l'ESCN 2010, l'usage de la cigarette est significativement plus fréquent chez les Nord-Côtiers qui ont une consommation abusive d'alcool comparativement à ceux qui boivent plus modérément ou aux non-buveurs (31 % c. 23 %). On note des tendances similaires dans les territoires de RLS, mais les écarts demeurent insuffisants pour devenir statistiquement significatifs ($p > 0,05$), exception faite de ceux de la Haute-Côte-Nord et Minganie (tableau 3C).

2.2.10 Variations selon certaines caractéristiques liées au travail

L'ESCN 2010 contient des questions rattachées aux contraintes psychosociales²⁴ des travailleurs nord-côtiers âgés de 18 à 64 ans. L'un des objectifs poursuivi était d'explorer les liens existant entre ces caractéristiques et certains

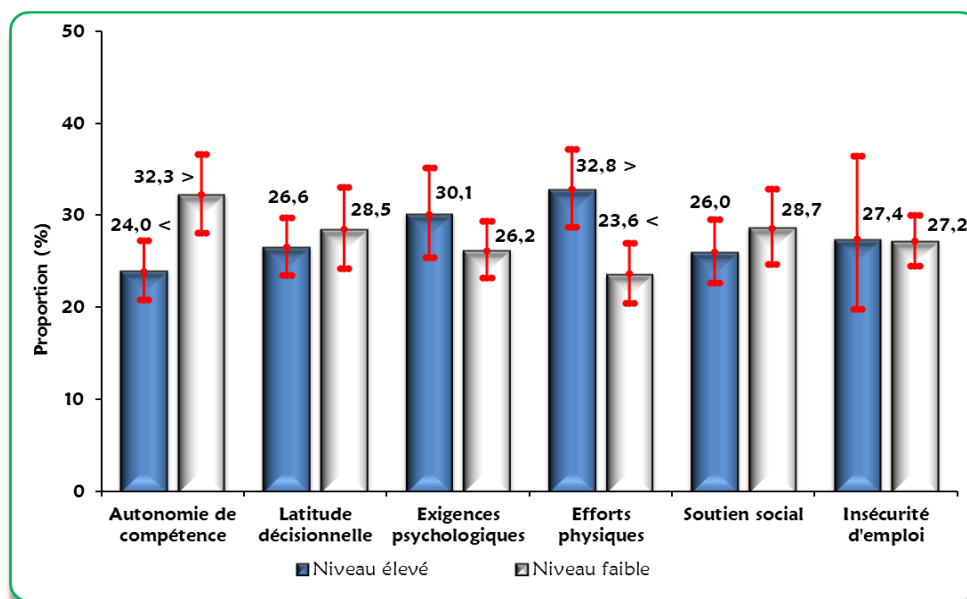
23. Ces activités ne comprennent pas celles réalisées, par exemple, pour se rendre au travail, au marché, ou encore les efforts physiques exigés dans le cadre du travail. Dans les enquêtes de santé, la période de référence s'établit habituellement aux trois derniers mois, notamment lorsque la cueillette de données se déroule sur une année complète. Pour l'ESCN 2010, nous avons modifié la question pour élargir aux 12 derniers mois la période de référence. Une période de référence plus longue augmente certes les risques de biais de mémoire des répondants. Toutefois, comme les entrevues téléphoniques ont commencé en mai 2011, limiter cette période à trois mois aurait inclus une partie de l'hiver pour bon nombre de répondants. Il fallait minimiser les risques de sous-déclaration associés à une pratique possiblement plus sporadique d'activités physiques à l'extérieur de la maison durant la saison hivernale.

24. Il s'agit des indicateurs suivants : autonomie de compétence, latitude décisionnelle, exigences psychologiques, efforts physiques, soutien social et insécurité d'emploi.

indicateurs de santé, de santé mentale, de santé physique et d'habitudes de vie. Il s'agit d'une première dans l'histoire de l'Enquête Santé Côte-Nord.

Pour l'ensemble de la Côte-Nord, les résultats montrent que le taux de tabagisme est associé significativement au niveau d'autonomie de compétence au travail²⁵. Ainsi, on dénombre une proportion significativement plus forte de fumeurs chez les travailleurs nord-côtiers qui rapportent une faible utilisation de leurs compétences au travail que chez ceux bénéficiant d'une autonomie élevée (32 % c. 24 %) (tableau 3D et figure 7).

Figure 7 : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon certaines caractéristiques reliées au travail, travailleurs âgés de 18 à 64 ans, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

< ou > Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre catégorie de la caractéristique, au seuil de 5 %.

I Intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

Une faible utilisation des compétences au travail s'avère aussi associée à une propension plus forte à fumer chez les résidents des RLS de Manicouagan (34 % c. 23 %) et Caniapiscau (35 % c. 23 %). On observe des tendances similaires dans les territoires de Port-Cartier et de Sept-Îles, mais l'enquête ne permet pas de conclure à des différences significatives. Par ailleurs, peu importe le niveau d'autonomie considéré, aucun RLS ne se démarque statistiquement du reste de la Côte-Nord quant au taux de tabagisme (tableau 3D).

Les données révèlent que, parmi les autres contraintes psychosociales du travail abordées dans l'enquête, seul l'effort physique est lié à l'usage de la cigarette. Celui-ci s'avère en effet plus fréquent, toutes proportions gardées, chez les Nord-Côtiers qui fournissent d'intenses efforts physiques au travail que chez les autres travailleurs (33 % c. 24 %). Cette relation, significative dans l'ensemble de la région, ne se confirme que dans les territoires des RLS de

25. Cet indicateur, comme les autres caractéristiques psychosociales du travail présentées au tableau 3D, concerne les adultes de moins de 65 ans qui, au moment de l'enquête, occupaient un emploi rémunéré ou avaient travaillé dans les 12 mois précédents. Composé de trois questions, l'indice traduit la diversité des tâches de l'emploi principal des répondants. Ces derniers étaient invités à : 1) préciser s'ils devaient continuellement apprendre de nouvelles choses; 2) si leur travail exigeait un degré élevé de compétences; 3) si ce travail consistait à refaire toujours les mêmes choses. Les individus dont le score à l'indice les situait au-dessus de la médiane pondérée de la distribution ont un faible niveau d'autonomie de compétence au travail. Les autres sont considérés comme bénéficiant d'un niveau élevé d'autonomie.

la Minganie (37 % c. 24 %) et Caniapiscau (37 % c. *20 %). Dans les autres territoires, la même tendance peut être observée, mais les écarts demeurent insuffisants pour être déclarés significatifs au plan statistique.

2.3 ANALYSE MULTIVARIÉE DE LA PRÉVALENCE DE L'USAGE DE LA CIGARETTE

Dans la partie précédente, nous avons étudié les liens avec le tabagisme au moyen d'analyses bidimensionnelles. Pour ce faire, nous avons calculé les taux de tabagisme d'après 23 variables de croisement regroupées en quatre groupes (tableaux 3A à 3D). Les tableaux 5A à 5D présentent la synthèse des résultats quant à l'existence ou non d'une association statistiquement significative entre le tabagisme et chacune des variables choisies. Le test du khi-deux a été utilisé pour établir ces associations. Les tests tiennent compte du plan de sondage de l'enquête.

Les facteurs socioéconomiques retenus dans cette enquête s'avèrent liés à l'usage du tabac à l'échelle régionale (tableau 5A). Rappelons notamment que les personnes résidant dans les ménages aux revenus annuels les plus faibles, soit moins de 20 000 \$, sont plus nombreuses à fumer (35 %) (tableau 3A) que les autres (24 %) (donnée non présentée). En contrepartie, le tabagisme est moins fréquent chez les individus dont le ménage gagne au moins 80 000 \$ par année (19 %). Les résultats régionaux montrent aussi que les Nord-Côtiers les moins scolarisés, c'est-à-dire sans diplôme d'études secondaires, sont plus sujets à s'adonner à la cigarette que les diplômés universitaires (29 % c. 13 %). D'autres analyses montrent que les personnes vivant dans des aires géographiques défavorisées au plan matériel ou social²⁶ tendent davantage à s'adonner à la cigarette que les résidents de zones favorisées. Les écarts ne s'avèrent toutefois pas significatifs (figure A1 en annexe).

Le deuxième bloc de variables se rapporte à cinq variables de perception de l'état de santé physique et mentale. Les données de l'enquête ont permis d'établir un lien significatif entre chacune de ces variables et la prévalence de l'usage quotidien ou occasionnel du tabac (tableau 5B). Par exemple, les Nord-Côtiers qui perçoivent défavorablement leur santé physique sont proportionnellement plus nombreux à fumer que ceux qui la voient sous un angle plus favorable (34 % c. 24 %) (tableau 3B).

En troisième lieu, nous avons regroupé huit variables de l'état de santé physique des répondants et de leurs habitudes de vie. Cinq d'entre elles sont significativement associées au tabagisme : l'hypertension artérielle, l'asthme, le statut pondéral (embonpoint/obésité), l'activité physique de loisir et la consommation élevée d'alcool (tableau 5C).

Enfin, le quatrième bloc comprend six variables se rapportant à des caractéristiques psychosociales du travail chez les adultes de 18 à 64 ans. Les analyses statistiques révèlent que seules deux d'entre elles s'avèrent associées au taux de tabagisme, soit l'autonomie de compétence au travail et l'intensité des efforts physiques requis par le travail (tableau 5D).

Chacune des variables liées significativement au statut tabagique d'après les analyses bidimensionnelles a été intégrée dans des modèles de régression logistique pour réévaluer cette relation conditionnellement aux effets simultanés de l'ensemble des autres facteurs²⁷. Auparavant, nous avons construit des modèles avec une seule variable explicative (variable indépendante). La mesure d'association utilisée est le rapport de cotes (RC)²⁸ (« odds ratio » en anglais). Ensuite, un dernier modèle, comprenant l'ensemble des variables, tient compte de leur effet conjoint sur la propension de la population nord-côtière à fumer. Un tel modèle sert à statuer sur le lien spécifique qu'entretient chaque facteur avec un phénomène particulier (en l'occurrence, le tabagisme) lorsqu'on contrôle l'ensemble des autres variables. Les mesures d'association sont déterminées à l'aide des RC ajustés. Trois analyses

26. Selon les valeurs régionales de l'indice 2006 de défavorisation matérielle et sociale.

27. Sauf les deux facteurs psychosociaux du travail. Nous avons dû faire ce choix car ils ne concernaient que les travailleurs de 18 à 64 ans, alors que tous les autres facteurs se rapportent également aux 65 ans et plus.

28. Pour chacune des variables, le rapport de cotes est établi en fonction d'une catégorie de référence. Par exemple, dans le cas de l'âge, la catégorie de référence est composée des personnes de 65 ans et plus. Le rapport de cotes de la catégorie de référence est toujours égal à 1,0. Dans les analyses produites pour cette section, ce rapport exprime la probabilité d'être fumeur comparativement à celle observée dans la catégorie de référence. Le rapport de cotes est significatif si son intervalle de confiance ne comprend pas la valeur 1.

ont été produites : une pour l'ensemble de la population et deux autres, séparément pour les hommes et les femmes, puisque le comportement au regard du tabagisme pourrait différer selon le sexe. Les résultats apparaissent aux tableaux A1 à A3 en annexe²⁹. Les intervalles de confiance des rapports de cotes tiennent compte de l'effet du plan de sondage. Mentionnons que nous avons ajouté la variable « sexe » dans le modèle appliqué à l'ensemble de la population.

Les rapports de cotes corrigés inscrits au tableau A1 montrent que, dans la population nord-côtière, le sexe n'est plus associé à l'usage de la cigarette après ajustement pour tenir compte des autres facteurs. Il en est de même au regard de la perception de l'état de santé en général, celle de la santé mentale et du stress quotidien. Les liens initiaux avec la détresse psychologique, l'hypertension et l'asthme s'estompent également. Par contre, l'association du tabagisme avec l'âge, les facteurs socioéconomiques, la composition du ménage, le statut pondéral, l'activité physique et la consommation abusive d'alcool persistent. Ainsi, la cote exprimant la probabilité de fumer se révèle nettement plus élevée chez les jeunes de 18 à 29 ans (RC = 5,8) que chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Elle s'avère aussi relativement plus forte du côté des individus sans études secondaires complétées ou qui n'ont que ce diplôme en comparaison de la population détentrice d'un grade universitaire. Les données révèlent aussi que les gens insatisfaits de leur vie en général sont plus portés à fumer (RC = 2,4) que les Nord-Côtiens qui se disent ni satisfaits, ni insatisfaits.

Chez les hommes, sept variables demeurent significativement associées à l'usage du tabac. Par exemple, comparativement aux hommes de 65 ans et plus, ceux de chacun des autres groupes d'âge présentent une propension plus grande d'être fumeurs (RC = 5,5 à 3,4) (tableau A2). Les données montrent que les probabilités de s'adonner au tabac sont plus grandes chez les hommes vivant dans un ménage ayant un revenu annuel inférieur à 60 000 \$ (RC = 2,1 à 1,9) que chez ceux déclarant un revenu familial de 80 000 \$ par année. Les hommes qui vivent seuls sont aussi plus susceptibles de fumer (RC = 2,0) que ceux vivant en couple sans enfant à la maison. Comparativement aux hommes actifs physiquement durant leurs loisirs, les sédentaires ont une probabilité plus forte de se retrouver dans la catégorie des fumeurs (RC = 1,7).

Dans le cas des femmes, les modèles ont permis d'identifier quatre facteurs explicatifs sur les 14 testés : âge, scolarité, statut pondéral et activité physique de loisir (tableau A3). Contrairement aux hommes, le revenu familial et la composition du ménage ne constituent pas des variables significativement associées au fait d'être fumeuses après avoir pris en compte les autres variables. La scolarité joue un rôle significatif, indépendamment de l'influence concomitante des autres facteurs. En regard des détentrices d'un diplôme universitaire, les autres femmes sont toutes plus susceptibles d'être fumeuses (RC = 4,4 à 2,4). Le tableau A3 révèle que les jeunes femmes de 18 à 29 ans font part d'une inclination à fumer beaucoup plus forte (RC = 11,2) que celles de 65 ans et plus. À l'instar des hommes, les femmes sédentaires durant leurs loisirs sont plus susceptibles de fumer (RC = 1,8) que celles physiquement actives durant leurs loisirs.

Après avoir brossé ce profil général de la prévalence de l'usage de la cigarette dans la population nord-côtière, les deux prochaines sections investiguent davantage la consommation de tabac proprement dite. Dans un premier temps, nous nous intéressons à l'âge où les fumeurs quotidiens actuels ont commencé à fumer et à la quantité de cigarettes consommées à chaque jour. Puis, nous dresserons un état de situation sur l'intention d'arrêter de fumer et des tentatives faites en ce sens. Par exemple, la quantité de cigarettes consommées quotidiennement est-elle liée ou non au fait de vouloir arrêter de fumer? Où en sont les usagers de la cigarette dans les diverses étapes menant à la cessation tabagique? Les anciens fumeurs ont-ils recouru à des moyens spécifiques pour les aider? Précisons qu'en raison de la taille plus restreinte de l'échantillon des fumeurs quotidiens dans les territoires de RLS, ces analyses porteront sur l'ensemble de la région nord-côtière seulement.

29. Les enregistrements qui comportent au moins une valeur manquante pour l'une ou l'autre des variables sont exclus de l'analyse.

Tableau 3A : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon diverses caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 (%)

Caractéristique	Test statistique	Valeur de comparaison	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Canapiscou
Population totale			25,0	25,0	23,8	29,4 +	23,8	28,0	26,0	28,7
Sexe			p = 0,038	p = 0,129	p = 0,314	p = 0,182	p = 0,923	p = 0,063	p = 0,072	p = 0,278
Homme	✓	r-CN	26,8 >	28,0	25,6	32,0	23,6	31,6	* 31,4	31,0
Femme	✓	r-CN	23,1 <	21,9	22,0	26,3	23,9	24,3	20,5	25,6
Âge			p = 0,000	p = 0,012	p = 0,003	p = 0,101	p = 0,016	p = 0,002	p = 0,346	p = 0,800
18 à 29 ans	✓	r-CN	28,5	* 29,5	* 24,6	* 28,7	* 29,2	41,9 >	XX	* 28,0
30 à 44 ans	✓	r-CN	29,4 >	29,7	27,8	35,3	28,3	31,2	* 30,4	31,8
45 à 64 ans	✓	r-CN	26,6	28,6	27,8	31,7	22,6	27,3	22,5	26,7
65 ans et plus	✓	r-CN	11,7 <	* 10,6 <	* 8,6 <	* 17,3	* 12,4 <	* 14,2 <	* 19,4	XX
Âge										
18 à 74 ans (ESCN 2010)	✓	E-2005	26,1 [-]	27,1	25,4	30,0	24,0 [-]	29,3 [-]	27,6	28,7
18 à 74 ans (ESCN 2005)	✓	s.o.	31,6	29,6	27,5	30,4	35,5	38,8	32,3	30,1
Revenu du ménage			p = 0,000	p = 0,438	p = 0,003	p = 0,000	p = 0,032	p = 0,622	p = 0,755	p = 0,235
Moins de 20 000 \$	✓	r-CN	35,3 >	34,4	* 37,9 >	* 40,6	* 36,8	* 24,4	** n.p.	XX
20 000 \$ à 39 999 \$	✓	r-CN	27,6	24,9	24,4	53,1 (+)>	25,7	32,4	* 26,4	XX
40 000 \$ à 59 999 \$	✓	r-CN	28,2	* 23,0	30,5	* 25,5	29,8	* 24,8	* 27,7	XX
60 000 \$ à 79 999 \$	✓	r-CN	24,4	* 24,2	* 25,5	* 27,0	* 19,1	* 30,0	* 32,5	XX
80 000 \$ et plus	✓	r-CN	19,1 <	* 21,6	* 14,4 - <	22,1 <	18,9	24,6	* 33,4	25,7 +
Scolarité			p = 0,000	p = 0,120	p = 0,007	p = 0,057	p = 0,001	p = 0,001	p = 0,630	p = 0,119
Moins d'un 5 ^e secondaire	✓	r-CN	29,2 >	26,6	29,4	38,2 +	29,5	28,5	* 22,0	* 29,1
Diplôme d'études secondaires	✓	r-CN	29,6 >	31,2	26,9	27,7	31,0 >	35,6 >	* 31,1	34,8
Diplôme d'études collégiales	✓	r-CN	23,1	* 20,1	23,6	29,7	20,4	28,7	* 21,4	28,1
Diplôme universitaire	✓	r-CN	12,9 <	* 17,7	* 10,2 <	* 17,7	* 10,9 <	** n.p.	** n.p.	* 16,2
Type de ménage			p = 0,000	p = 0,161	p = 0,000	p = 0,001	p = 0,010	p = 0,003	p = 0,969	p = 0,121
Personne seule	✓	r-CN	32,0 >	33,9	33,1 >	42,3 + >	26,2	31,1	* 26,8	40,0
Couple sans enfant à la maison	✓	r-CN	20,7 <	19,6	17,2 <	26,1	22,7	20,0 <	* 24,0	* 24,6
Couple avec enfant à la maison	✓	r-CN	20,4 <	* 24,7	* 17,8 <	* 20,5 <	18,4	28,6 +	* 26,3	25,1
Famille monoparentale	✓	r-CN	34,4	XX	* 34,6	XX	* 31,4	XX	XX	XX
Autre type de ménage	✓	r-CN	40,0 >	* 24,2 -	XX	XX	XX	* 42,3	XX	XX
Enfants âgés de 5 ans ou moins à la maison			p = 0,367	p = 0,501	p = 0,829	p = 0,227	p = 0,278	p = 0,641	p = 0,426	p = 0,521
Oui	✓	r-CN	27,2	* 29,3	* 24,8	* 22,7	* 28,6	* 31,0	* 32,3	* 25,6
Non	✓	r-CN	24,7	24,7	23,5	31,0 +	23,0	27,9	24,5	29,7

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

(+) Pour une catégorie donnée, ce symbole indique une valeur du RLS significativement supérieure à celle du reste de la population nord-côtière (r-CN) de la même catégorie au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil est fondé sur sept comparaisons : (valeur Z = + ou - 2,690, soit un niveau de confiance de 99,26 %).

[-] Valeur significativement inférieure à celle de l'Enquête Santé Côte-Nord 2005 (E-2005), avec un risque d'erreur de 5 % ou moins.

< ou > Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'ensemble des autres catégories de la variable, au seuil de 5 %. Pour les variables de croisement ayant plus de deux catégories, en présence d'une association significative globale au plan statistique, des tests au seuil usuel de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil varie suivant le nombre de catégories de la variable.

+ ou - Accompagnés d'une trame grise, ces symboles indiquent, pour une catégorie donnée, une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtière (r-CN) de la même catégorie au seuil de 5 %, mais non significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.

** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée en raison de son imprécision trop élevée.

XX L'estimation est basée sur moins de 30 répondants (en fréquences marginales). Elle n'est pas présentée peu importe la valeur du coefficient de variation.

s.o. Sans objet.

Tableau 3B : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon diverses caractéristiques d'état de santé psychosociale et mentale, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 (%)

Caractéristique	Test statistique	Valeur de comparaison	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
Population totale			25,0	25,0	23,8	29,4 +	23,8	28,0	26,0	28,7
Perception de l'état de santé			p = 0,000	p = 0,154	p = 0,001	p = 0,002	p = 0,701	p = 0,182	p = 0,374	p = 0,760
Excellent, très bon, bon	✓	r-CN	23,8 <	23,9	21,8 <	27,3 <	23,6	26,9	26,8	28,8
Passable, mauvais	✓	r-CN	34,0 >	* 32,3	39,1 >	47,9 + >	* 25,7	34,7	* 20,1 -	XX
Perception de la santé mentale			p = 0,010	p = 0,081	p = 0,489	p = 0,000	p = 0,237	p = 0,101	p = 0,828	p = 0,936
Excellente, très bonne, bonne	✓	r-CN	24,6 <	24,2	23,6	28,3 <	23,4	27,6	26,1	28,6
Passable, mauvaise	✓	r-CN	37,7 >	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Perception du stress quotidien			p = 0,006	p = 0,245	p = 0,337	p = 0,083	p = 0,086	p = 0,035	p = 0,103	p = 0,335
Pas du tout, un peu	✓	r-CN	23,7 <	23,9	22,8	27,6	22,0	26,1 <	24,7	27,7
Assez ou extrêmement	✓	r-CN	29,9 >	* 30,1	27,0	37,3	29,1	37,7 >	* 37,6	* 34,4
Satisfaction au regard de la vie			p = 0,000	p = 0,452	p = 0,001	p = 0,118	p = 0,051	p = 0,807	p = 0,005	p = 0,801
Satisfait(e) ou très satisfait(e)	✓	r-CN	24,1 <	24,4	22,3 <	28,4	23,2	27,8	25,0	28,5
Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	✓	r-CN	* 30,2	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Insatisfait(e) ou très insatisfait(e)	✓	r-CN	52,4 >	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
Niveau de détresse psychologique (Échelle de Kessler - K6)			p = 0,000	p = 0,000	p = 0,051	p = 0,000	p = 0,248	p = 0,469	p = 0,436	p = 0,157
Faible à modéré	✓	r-CN	22,8 <	20,6 <	21,5	24,9 <	22,7	27,5 +	25,2	27,0
Élevé	✓	r-CN	32,0 >	37,8 >	29,7	45,8 (+) >	27,7	31,1	* 30,9	35,6

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

- (+) Pour une catégorie donnée, ce symbole indique une valeur du RLS significativement supérieure à celle du reste de la population nord-côtère (r-CN) de la même catégorie au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil est fondé sur sept comparaisons : (valeur Z = + ou - 2,690, soit un niveau de confiance de 99,26 %).
- < ou > Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'ensemble des autres catégories de la variable, au seuil de 5 %. Pour les variables de croisement ayant plus de deux catégories, en présence d'une association significative globale au plan statistique, des tests au seuil usuel de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil varie suivant le nombre de catégories de la variable.
- + ou - Accompagnés d'une trame grise, ces symboles indiquent, pour une catégorie donnée, une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtère (r-CN) de la même catégorie au seuil de 5 %, mais non significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).
- * Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.
- XX L'estimation est basée sur moins de 30 répondants (en fréquences marginales). Elle n'est pas présentée peu importe la valeur du coefficient de variation.

Tableau 3C : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon diverses caractéristiques d'état de santé physique et d'habitudes de vie, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 (%)

Caractéristique	Test statistique	Valeur de comparaison	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
Population totale			25,0	25,0	23,8	29,4 +	23,8	28,0	26,0	28,7
Problème de santé chronique¹			p = 0,991	p = 0,377	p = 0,447	p = 0,407	p = 0,583	p = 0,564	p = 0,118	p = 0,318
Oui	✓	r-CN	24,2	22,2	25,5	27,6	23,4	23,6	* 19,5	* 24,0
Non	✓	r-CN	24,1	25,7	22,6	31,4 +	21,3	26,0	27,5	30,1
Hypertension artérielle			p = 0,000	p = 0,072	p = 0,105	p = 0,049	p = 0,077	p = 0,253	p = 0,070	p = 0,477
Oui	✓	r-CN	18,7 <	* 18,7	* 17,9	* 22,1 <	* 17,3	* 22,8	* 18,3	* 24,3
Non	✓	r-CN	26,2 >	26,8	24,8	31,6 + >	24,9	28,5	28,7	29,3
Asthme			p = 0,006	p = 0,978	p = 0,112	p = 0,430	p = 0,023	p = 0,003	p = 0,521	p = 0,645
Oui	✓	r-CN	32,2 >	* 25,1	* 31,3	* 34,5	34,6 >	49,4 + >	XX	XX
Non	✓	r-CN	24,1 <	* 25,3	22,6	29,1 +	22,3 <	26,7 <	26,4	29,1
Maladie cardiaque			P = 0,151	P = 0,783	P = 0,427	P = 0,999	P = 0,812	P = 0,023	P = 0,075	P = 0,168
Oui	✓	r-CN	20,1	* 23,1	* 18,7	* 29,4	** n.p.	** n.p.	XX	XX
Non	✓	r-CN	25,3	25,2	24,2	29,4	23,9	29,5	27,2	29,1
Diabète			p = 0,175	p = 0,130	p = 0,394	p = 0,131	p = 0,298	p = 0,042	p = 0,322	p = 0,323
Oui	✓	r-CN	21,4	* 17,5	* 28,4	* 19,3	* 18,7	* 18,3 <	n.p.	XX
Non	✓	r-CN	25,3	25,6	23,5	30,2 +	24,3	29,1 >	26,5	29,1
Embonpoint/Obésité			p = 0,000	p = 0,021	p = 0,585	p = 0,000	p = 0,021	p = 0,000	p = 0,421	p = 0,039
Oui	✓	r-CN	22,7 <	22,1 <	23,5	24,2 <	20,5 <	22,3 <	27,5	25,2 <
Non	✓	r-CN	30,0 >	32,3 >	25,6	41,6 (+) >	29,0 >	39,0 + >	* 22,1	35,9 >
Activité physique de loisir			p = 0,000	p = 0,104	p = 0,000	p = 0,007	p = 0,025	p = 0,080	p = 0,656	p = 0,001
Sédentaire ²	✓	r-CN	33,6 >	30,0	36,0 >	38,7 + >	31,1 >	33,1	* 24,2	44,9 >
Actif	✓	r-CN	21,7 <	22,8	18,9 <	25,6 <	21,5 <	25,5	26,9	24,6 <
Consommation élevée d'alcool³			p = 0,000	p = 0,030	p = 0,068	p = 0,120	p = 0,169	p = 0,000	p = 0,749	p = 0,136
Oui	✓	r-CN	30,7 >	32,8 >	29,3	35,3	27,9	39,1 >	* 28,0	33,3
Non	✓	r-CN	22,7 <	21,9 >	21,7	27,2	22,3	22,9 <	25,2	25,7

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

1. Chez les personnes de 30 ans et plus.

2. Pratique d'activités physiques de loisir, d'une durée de 20 à 30 minutes par séance, selon une fréquence inférieure à une fois par semaine durant l'année précédant l'enquête.

3. Prise de cinq verres et plus d'alcool, en une même occasion. La consommation élevée correspond au fait de prendre cinq verres et plus, en une même occasion, au moins une fois par mois dans l'année précédant l'enquête.

< ou > Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'ensemble des autres catégories de la variable, au seuil de 5 %. Pour les variables de croisement ayant plus de deux catégories, en présence d'une association significative globale au plan statistique, des tests au seuil usuel de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil varie suivant le nombre de catégories de la variable.

+ Accompagné d'une trame grise, ce symbole indique, pour une catégorie donnée, une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtère (r-CN) de la même catégorie au seuil de 5 %, mais non significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).

(+) Pour une catégorie donnée, ce symbole indique une valeur du RLS significativement supérieure à celle du reste de la population nord-côtère (r-CN) de la même catégorie au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil est fondé sur sept comparaisons : (valeur Z = + ou - 2,690, soit un niveau de confiance de 99,3 %).

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.

** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée en raison de son imprécision trop élevée.

XX L'estimation est basée sur moins de 30 répondants (en fréquences marginales). Elle n'est pas présentée peu importe la valeur du coefficient de variation.

Tableau 3D : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon diverses caractéristiques reliées au travail, population âgée de 18 à 64 ans, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 (%)

Caractéristique	Test statistique	Valeur de comparaison	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
Population totale (18 ans et plus)			25,0	25,0	23,8	29,4 +	23,8	28,0	26,0	28,7
Autonomie de compétence au travail^{1,2}			p = 0,002	p = 0,871	p = 0,031	p = 0,116	p = 0,141	p = 0,859	p = 0,911	p = 0,037
Faible	✓	r-CN	32,3 >	* 28,3	34,4 >	38,5	29,8	30,0	* 30,9	35,1 >
Élevée	✓	r-CN	24,0 <	27,3	22,6 <	28,3	22,0	29,0	* 29,7	22,8 <
Latitude décisionnelle au travail^{1,3}			p = 0,482	p = 0,964	p = 0,762	p = 0,975	p = 0,684	p = 0,149	p = 0,976	p = 0,457
Faible	✓	r-CN	28,5	* 27,6	28,4	32,4	* 25,8	35,6	** n.p.	* 30,8
Élevée	✓	r-CN	26,6	27,9	26,7	32,2	23,6	26,7	* 30,3	26,2
Exigence psychologique du travail^{1,4}			p = 0,178	p = 0,187	p = 0,209	p = 0,163	p = 0,686	p = 0,846	p = 0,971	p = 0,180
Faible	✓	r-CN	26,2	24,4	25,4	29,0	25,8	29,5	* 30,4	25,3
Élevée	✓	r-CN	30,1	* 33,6	32,9	38,6	* 23,7	* 28,3	* 30,0	* 34,0
Niveau d'effort physique au travail^{1,5}			p = 0,001	p = 0,052	p = 0,066	p = 0,071	p = 0,429	p = 0,027	p = 0,506	p = 0,004
Faible	✓	r-CN	23,6 <	* 22,8	23,4	27,7	23,0	24,0 <	* 25,9	* 20,2 <
Élevé	✓	r-CN	32,8 >	35,5	33,4	39,5	27,1	37,0 >	* 33,4	36,9 >
Niveau de soutien social au travail^{1,6}			p = 0,331	p = 0,900	p = 0,086	p = 0,213	p = 0,278	p = 0,449	p = 0,330	p = 0,802
Faible	✓	r-CN	28,7	* 29,0	32,0	36,0	21,5 -	* 26,5	* 38,1	27,8
Élevé	✓	r-CN	26,0	28,2	22,8	27,9	27,0	31,0	* 26,9	26,4
Niveau d'insécurité d'emploi^{1,7}			p = 0,972	p = 0,883	p = 0,656	p = 0,008	p = 0,083	p = 0,874	p = 0,787	p = 0,688
Non-buveur	✓	r-CN	27,2	27,2	27,0	29,9 <	25,8	29,1	* 30,0	27,9
Consommation élevée	✓	r-CN	27,4	XX	* 30,8	XX	** n.p.	* 27,8	XX	XX

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

- Chez les personnes de 18 à 64 ans ayant occupé un emploi rémunéré à un moment ou l'autre dans les 12 mois ayant précédé l'enquête.
 - Cet indicateur réfère à la diversité des tâches dans le cadre de l'emploi principal au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les répondants devaient-ils continuellement apprendre de nouvelles choses? Leur travail exigeait-il un degré élevé de compétences ou consistait-il à refaire toujours les mêmes choses?
 - Cet indicateur détermine si le principal emploi du répondant au cours de la période de référence lui permettait une marge de manoeuvre suffisante et s'il lui permettait d'avoir son mot à dire dans le déroulement des choses.
 - L'indicateur détermine si le répondant recevait des demandes contradictoires des autres employés et si l'horaire de son emploi principal était très chargé.
 - Cet indicateur détermine si le principal emploi durant la période de référence exigeait beaucoup d'efforts physiques.
 - L'indicateur détermine si le superviseur et les collègues du répondant l'aidaient ou non dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il réfère au fait d'être exposé ou non à de l'hostilité ou à des conflits de la part des collègues dans le cadre de l'emploi principal occupé dans les 12 mois de la période de référence.
 - L'indicateur réfère à la perception du répondant au regard de sa sécurité d'emploi (crainte de perdre son travail).
- < ou > Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'ensemble des autres catégories de la variable, au seuil de 5 %. Pour les variables de croisement ayant plus de deux catégories, en présence d'une association significative globale au plan statistique, des tests au seuil usuel de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni). Ce seuil varie suivant le nombre de catégories de la variable.
- + ou - Accompagnés d'une trame grise, ces symboles indiquent, pour une catégorie donnée, une différence significative du RLS avec le reste de la population nord-côtière (r-CN) de la même catégorie au seuil de 5 %, mais non significative au seuil de comparaisons multiples (correction de Bonferroni).
- * Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur est relativement imprécise et doit donc être interprétée avec prudence.
- ** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée en raison de son imprécision trop élevée.
- XX L'estimation est basée sur moins de 30 répondants (en fréquences marginales). Elle n'est pas présentée peu importe la valeur du coefficient de variation.

Tableau 4 : Nombre¹ de fumeurs réguliers ou occasionnels selon diverses caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010 (%)

Caractéristique	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
Population totale	17 400	2 400	5 800	1 800	4 700	1 200	800	600
Sexe								
Homme	9 600	1 400	3 200	1 000	2 400	700	* 500	400
Femme	7 800	1 000	2 600	800	2 300	500	300	200
Âge								
18 à 29 ans	3 400	* 400	* 1 000	* 300	* 1 000	* 300		
30 à 44 ans	5 000	* 600	* 1 500	* 600	1 500	* 300		
45 à 64 ans	7 500	1 200	2 800	800	1 700	500		
65 ans et plus	1 400	* 200	* 400	* 200	* 400	* 100		
Âge								
18 à 74 ans (ESCN 2010)	16 900	2 400	5 700	1 800	4 400	1 100	800	600
18 à 74 ans (ESCN 2005)	20 800	2 700	6 400	2 000	6 500	1 600	1 000	600
Revenu du ménage								
Moins de 20 000 \$	2 400	* 500	* 800	* 200	* 700			
20 000 \$ à 39 999 \$	3 700	600	* 1 200	* 500	900	300		
40 000 \$ à 59 999 \$	3 300	* 400	* 1 200	* 300	* 900			
60 000 \$ à 79 999 \$	2 600	* 300	* 1 100	* 200	* 600	* 200		
80 000 \$ et plus	4 100	* 300	* 1 000	600	1 300	* 300		
Scolarité								
Moins d'un 5 ^e secondaire	4 700	800	1 600	600	* 1 000	300		
Diplôme d'études secondaires	6 400	900	2 100	500	1 800	400	* 300	300
Diplôme d'études collégiales	4 800	* 400	1 600	* 600	1 500			
Diplôme universitaire	1 400	* 200	* 400	* 100	* 300			
Type de ménage								
Personne seule	5 000	700	1 900	600	* 1 200	* 300		
Couple sans enfant à la maison	4 800	* 600	1 400	500	1 400	300		
Couple avec enfant à la maison	4 500	* 700	* 1 400	* 400	* 1 200	300	* 300	* 200
Famille monoparentale	1 700							
Autre type de ménage	1 400							

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

- Les nombres sont arrondis à la centaine la plus près conformément aux pratiques de Statistique Canada. Par ailleurs, en raison de cet arrondissement et en raison des valeurs manquantes pour certaines catégories des variables de croisement, il se peut que la somme des effectifs des catégories n'égale pas ceux de l'ensemble de la population. En outre, il faut noter que l'estimation du nombre n'est toutefois pas corrigée pour la non-réponse partielle, contrairement aux pratiques recommandées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Par conséquent, il peut en résulter une sous-estimation du nombre d'individus possédant la caractéristique analysée. L'ampleur de la sous-estimation dépend de l'importance de la non-réponse partielle.
- * Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence. À noter qu'il se peut qu'un nombre soit affecté d'un astérisque alors que la proportion correspondante au tableau 3A ne le soit pas et inversement. Les cellules avec motif résultent de l'application de règles de masquage pour préserver l'anonymat des répondants. En vertu de ces règles, on doit parfois masquer une cellule adjacente pour ne pas trouver, par déduction, la valeur d'une cellule masquée.

Tableau 5A : Associations globales¹ entre le tabagisme² (SMK01R) et diverses caractéristiques démographiques et socioéconomiques, au seuil de 5 %, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010

Territoire	Âge	Sexe	Revenu	Scolarité	Type de ménage	Enfant 0 à 5 ans
Côte-Nord	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Haute-Côte-Nord	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Manicouagan	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non
Port-Cartier	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non
Sept-Îles	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non
Caniapiscau	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Minganie	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non
Basse-Côte-Nord	Non	Non	Non	Non	Non	Non

1. Test du khi-deux tenant compte du plan de sondage.
2. Usage de la cigarette sur une base quotidienne ou occasionnelle.

Tableau 5B : Associations globales¹ entre le tabagisme² (SMK01R) et diverses caractéristiques de santé mentale et psychosociale, au seuil de 5 %, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010

Territoire	Perception de l'état de santé en général	Perception de la santé mentale	Stress quotidien ressenti	Satisfaction de la vie en général	Détresse psychologique (Échelle Kessler)
Côte-Nord	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Haute-Côte-Nord	Non	Non	Non	Non	Oui
Manicouagan	Oui	Non	Non	Oui	Non
Port-Cartier	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Sept-Îles	Non	Non	Non	Non	Non
Caniapiscau	Non	Non	Non	Non	Non
Minganie	Non	Non	Oui	Non	Non
Basse-Côte-Nord	Non	Non	Non	Oui	Non

1. Test du khi-deux tenant compte du plan de sondage.
2. Usage de la cigarette sur une base quotidienne ou occasionnelle.

Tableau 5C : Associations globales¹ entre le tabagisme² (SMK01R) et diverses caractéristiques d'état de santé physique et d'habitudes de vie, au seuil de 5 %, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010

Territoire	Problème de santé chronique	Hypertension	Asthme	Maladie cardiaque	Diabète	Embonpoint/Obésité	Activité physique de loisir	Consommation élevée d'alcool
Côte-Nord	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Haute-Côte-Nord	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui
Manicouagan	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Port-Cartier	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non
Sept-Îles	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non
Caniapiscau	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non
Minganie	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Basse-Côte-Nord	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

1. Test du khi-deux tenant compte du plan de sondage.
2. Usage de la cigarette sur une base quotidienne ou occasionnelle.

Tableau 5D : Associations globales¹ entre le tabagisme² (SMK01R) et diverses caractéristiques reliées au travail au seuil de 5 %, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010

Territoire	Autonomie de compétence au travail	Autorité décisionnelle au travail	Exigence psychologique du travail	Niveau d'efforts physiques au travail	Niveau de soutien social au travail	Niveau d'insécurité d'emploi
Côte-Nord	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
Haute-Côte-Nord	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Manicouagan	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Port-Cartier	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Sept-Îles	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Caniapiscau	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
Minganie	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Basse-Côte-Nord	Non	Non	Non	Non	Non	Non

1. Test du khi-deux tenant compte du plan de sondage.
2. Usage de la cigarette sur une base quotidienne ou occasionnelle.

CHAPITRE 3 : PROFIL DE LA CONSOMMATION DE TABAC

3.1 ÂGE DU DÉBUT DE LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE CIGARETTES

La question suivante a été posée aux répondants qui fument la cigarette à chaque jour :

À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours?

En 2010, environ un fumeur quotidien sur deux (49 %) avait commencé à le faire à chaque jour entre 15 et 19 ans.

Les résultats régionaux de l'enquête de 2010 nous indiquent que près d'un fumeur quotidien (fumeur régulier) sur deux, soit 49 %, aurait commencé à fumer à tous les jours entre l'âge de 15 et 19 ans. Environ un sur quatre (23 %) situe le début de sa consommation quotidienne entre 12 et 14 ans. Environ *3,4 % des fumeurs réguliers rapportent avoir débuté à fumer à chaque jour entre 6 et 11 ans. Enfin, le quart affirme fumer quotidiennement depuis l'âge de 20 ans et plus. L'âge moyen s'établit à 17 ans environ (17,5; IC à 95 % = 16,9 – 18,0) (données non présentées).

3.1.1 Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Les résultats ne permettent pas de détecter une variation significative entre les sexes. On remarque toutefois que les usagers de la cigarette qui ont commencé à fumer quotidiennement entre 12 et 14 ans tendent à être plus nombreux chez les filles (26 %) que chez les garçons (21 %) (données non présentées).

Environ la moitié (49 %) des fumeurs réguliers âgés de 45 à 64 ans ont commencé leur consommation quotidienne de cigarettes lorsqu'ils avaient entre 15 et 19 ans. Cette proportion atteint 52 % chez les 30 à 44 ans et aux environs de 48 % dans le cas des jeunes de 18 à 29 ans (données non présentées).

De l'ensemble des caractéristiques démographiques et socioéconomiques considérées dans cette étude (voir tableau 3A), seule la scolarité s'avère significativement liée à l'âge du début de la consommation quotidienne de la cigarette chez les Nord-Côtiers qui, au moment de l'enquête, ont rapporté encore fumer à tous les jours. Ainsi, la proportion de ceux qui ont commencé plus tardivement (20 ans et plus) est significativement plus importante chez les détenteurs d'un diplôme universitaire (*54 %) que chez les individus qui n'ont complété que leurs études secondaires (19 %) ou qui n'ont pas de diplôme de 5^e secondaire (21 %). Elle tend à être aussi plus importante que celle observée chez les détenteurs d'un diplôme d'études collégiales (26 %), mais l'écart n'est pas statistiquement significatif (données non présentées).

Les tests statistiques réalisés montrent qu'aucune des variables se rapportant aux caractéristiques d'état de santé psychosociale et mentale des Nord-Côtiers n'est associée de manière significative avec l'âge de début de l'usage quotidien de la cigarette. Un constat similaire ressort de l'analyse des caractéristiques d'état de santé physique de la population régionale ou de ses habitudes de vie (données non présentées).

3.2 DURÉE DE LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE TABAC

En 2010, environ un peu moins d'un fumeur quotidien sur deux (45 %) le fait depuis au moins 30 ans.

Cette donnée est importante dans la mesure où le risque d'être atteint d'un cancer du poumon ou de certaines autres formes de cancer ainsi que d'autres problèmes de santé augmente avec le nombre d'années de consommation du tabac. On estime même qu'à dose égale, une personne serait plus à risque de développer un cancer du poumon si elle fume depuis beaucoup plus longtemps qu'une autre^[28].

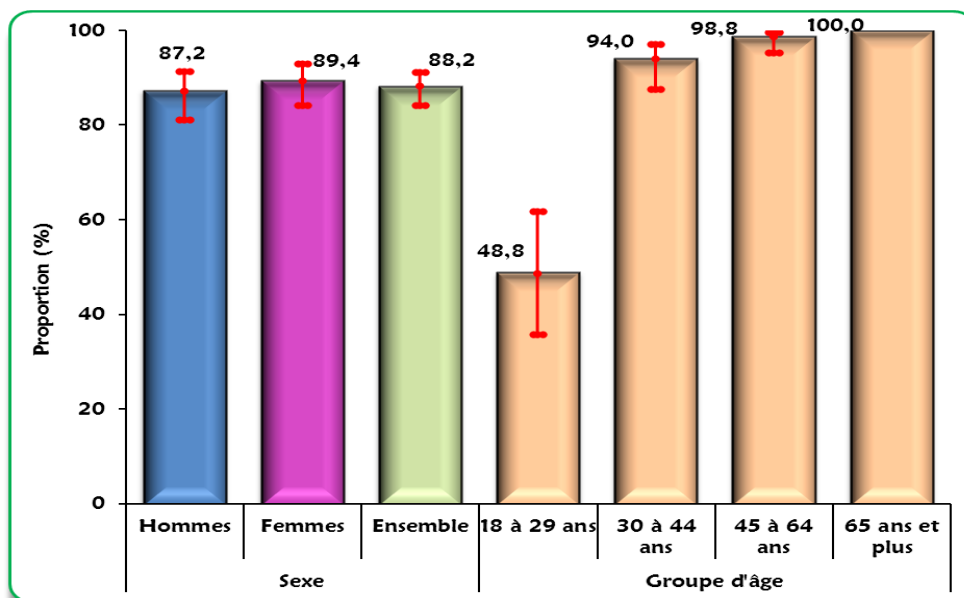
D'après les données recueillies, bon nombre de fumeurs réguliers disent avoir cette habitude depuis longtemps. En effet, un peu moins de la moitié d'entre eux (45 %) rapportent qu'ils fument sur une base quotidienne depuis 30 ans et plus (donnée non présentée).

3.2.1 Variations selon certaines caractéristiques

Les données régionales ne révèlent pas d'écarts significatifs entre les hommes et les femmes relativement au nombre d'années d'usage quotidien du tabac. Sans surprise, il existe une association avec l'âge puisque les gens plus âgés, qui fument quotidiennement, le font depuis plus longtemps que les plus jeunes.

Les données régionales montrent en fait que la grande majorité des fumeurs quotidiens ont cette habitude depuis plusieurs années puisque 88 % d'entre eux s'adonnent à la cigarette depuis au moins 10 ans (figure 8). Chez les 18 à 29 ans, près de la moitié des fumeurs réguliers le sont depuis 10 ans et plus (49 %; environ 1 200 personnes), c'est le cas de 94 % de ceux âgés de 30 à 44 ans et de la quasi-totalité de ceux ayant 45 ans et plus (figure 8).

Figure 8 : Consommation quotidienne de cigarettes depuis 10 ans et plus chez les fumeurs quotidiens selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

■ Intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

La consommation quotidienne à long terme de tabac est liée de manière significative au revenu du ménage. Par exemple, ceux qui en font usage depuis 10 ans et plus sont moins nombreux, en proportion, dans les ménages disposant d'un revenu annuel de 60 000 \$ à 80 000 \$ (85 %) que dans les ménages gagnant entre 20 000 \$ et 40 000 \$ (96 %) (donnée non présentée).

On n'observe pas de variation significative d'après le niveau de scolarité alors qu'il en existe une avec le type de ménage. Cette association résulte du fait que ces fumeurs quotidiens à long terme sont, toutes proportions gardées, moins nombreux dans les ménages de type « autre » (65 %) que dans l'ensemble des autres ménages (90 %). Notons toutefois que cette relation s'estompe complètement lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge, sauf chez les jeunes de 18 à 29 ans où on enregistre une plus faible proportion de fumeurs réguliers à long terme dans les ménages de type « autre » (donnée non présentée).

Parmi les usagers réguliers de la cigarette, fumer à chaque jour depuis 10 ans et plus représente un phénomène significativement moins fréquent chez ceux vivant avec des enfants de cinq ans et moins à la maison (79 %) que chez ceux n'en ayant pas (90 %). Toutefois, ce lien ne persiste dans aucun des groupes d'âge (données non présentées).

Ce comportement s'avère lié à certaines caractéristiques d'état de santé physique et mentale. Les fumeurs quotidiens sont plus susceptibles de l'être depuis 10 ans et plus s'ils ont une perception défavorable de leur état de santé que s'ils en ont une vision favorable (99 % c. 86 %). Cette proportion se révèle aussi significativement plus forte chez les fumeurs quotidiens rapportant une mauvaise perception de leur santé mentale en comparaison de ceux qui l'évaluent sous un angle plus favorable (98 % c. 88 %). Les données ne permettent pas de déceler de variations statistiques selon la perception du stress quotidien et de la satisfaction à l'égard de la vie en général. Quant à la santé physique, l'enquête n'établit un lien significatif qu'avec le diabète. Les fumeurs quotidiens diabétiques ont une propension significativement plus élevée de l'être depuis au moins 10 ans (99 %) que les fumeurs quotidiens non diabétiques (87 %) (données non présentées).

3.3 QUANTITÉ DE CIGARETTES CONSOMMÉES QUOTIDIENNEMENT

Les fumeurs quotidiens ont été invités à répondre à la question suivante :

Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?

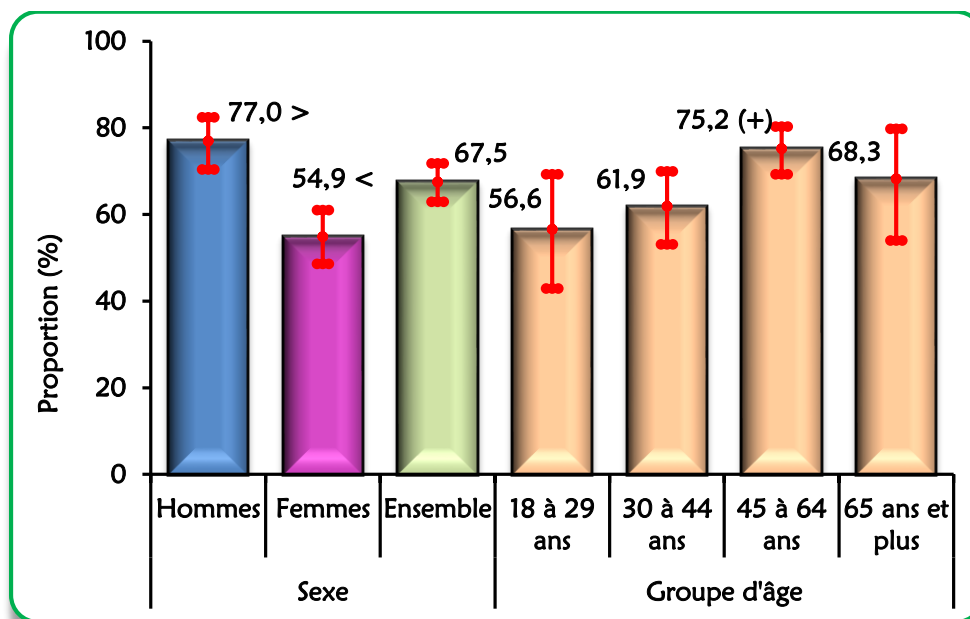
En 2010, environ 4 % des fumeurs quotidiens fumaient plus de 25 cigarettes par jour.

Selon les résultats de l'ESCN 2010, environ 4 % des fumeurs quotidiens se classent dans la catégorie des grands fumeurs (plus de 25 cigarettes par jour). Cette proportion correspond aux environs de 500 personnes. La majorité des fumeurs réguliers (68 %) déclare un niveau de consommation modéré ou élevé, soit de 11 cigarettes et plus par jour, tandis qu'environ 33 % affirment qu'ils fument de 1 à 10 cigarettes quotidiennement (données non présentées). En moyenne, ils en fument environ 16 (16,4; IC à 95 % = 15,7 – 17,2) (données non présentées).

3.3.1 Variations selon certaines caractéristiques

L'enquête révèle un lien significatif selon le sexe. En effet, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à présenter un niveau moyen ou élevé de consommation de cigarettes (77 % c. 55 %) (figure 9). On constate aussi une variation significative selon l'âge : on en retrouve davantage chez les fumeurs réguliers âgés de 45 à 64 ans (75 %) (figure 9) que dans l'ensemble des autres groupes d'âge (61 %) (donnée non présentée).

Figure 9 : Consommation supérieure à 10 cigarettes chez les fumeurs quotidiens selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

< ou > Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'autre sexe, au seuil de 5 %.

(+) Valeur significativement supérieure à celle de l'ensemble des autres catégories d'âge, au seuil de 5 %.

Intervalles de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

Note : Les tests statistiques pour l'âge ont été faits en tenant compte de la correction de Bonferroni. Les tests au seuil de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence au seuil de comparaisons multiples puisque la variable de croisement avait plus de deux catégories.

On n'observe pas de différences statistiques selon le revenu. Par exemple, la proportion de fumeurs qui consomment plus de 10 cigarettes par jour tend certes à être plus faible chez ceux qui résident dans un ménage gagnant 80 000 \$ (62 %) et plus par année que chez les personnes déclarant un revenu familial de 20 000 \$ à 30 000 \$ (76 %) (données non présentées), mais cet écart ne s'avère pas significatif.

Toujours chez les fumeurs réguliers, on retrouve, en proportion, moins d'individus qui fument un tel nombre de cigarettes à chaque jour chez les diplômés universitaires (*45 %) que parmi les Nord-Côtiers qui n'ont pas complété leurs études secondaires (72 %). Par ailleurs, ils sont aussi moins nombreux, en proportion, dans les ménages avec enfants de cinq ans et moins que dans les autres ménages (54 % c. 70 %) (données non présentées).

Les résultats de l'enquête montrent que la perception de l'état de santé est associée à la quantité de cigarettes consommées. En effet, les fumeurs réguliers qui jugent leur état de santé comme passable ou mauvais sont davantage portés à fumer plus de 10 cigarettes par jour que les personnes qui perçoivent favorablement leur santé (80 % c. 65 %) (données non présentées).

L'ESCN 2010 révèle également que le nombre d'années depuis lesquelles une personne fume à tous les jours est associé de manière significative à la quantité consommée. Ainsi, les personnes qui déclarent fumer plus de 10 cigarettes par jour sont, en proportion, plus nombreuses parmi celles qui fument chaque jour depuis 10 ans et plus que chez les autres fumeurs quotidiens (70 % c. 54 %) (données non présentées).

CHAPITRE 4 : CESSATION TABAGIQUE

4.1 CEUX QUI VEULENT ARRÊTER ...

La question suivante a été posée aux fumeurs quotidiens ou occasionnels :

Envisagez-vous sérieusement de cesser de fumer au cours des six prochains mois?

Rappelons que près de la moitié des fumeurs québécois fument à chaque jour depuis au moins 30 ans. Or, un plus grand nombre d'années d'usage quotidien du tabac peut entraîner un plus fort degré d'accoutumance à la nicotine que d'aucuns perçoivent comme le principal obstacle au renoncement au tabac³⁰.

En 2010, sur la Côte-Nord, plus de 6 fumeurs quotidiens ou occasionnels sur 10 (62 %) prévoyaient arrêter de fumer au cours des six mois suivant l'enquête. En proportion, cette intention se rencontre davantage chez les fumeurs occasionnels (72 %) que chez les fumeurs quotidiens (59 %) (données non présentées)³¹. Mentionnons que la durée de consommation quotidienne de tabac n'est pas liée significativement au désir d'arrêter de fumer. En effet, environ 60 % de ceux qui fument à chaque jour depuis 10 ans et plus expriment le souhait d'abandonner le tabac en regard d'environ 58 % chez ceux qui fument régulièrement depuis moins longtemps (données non présentées).

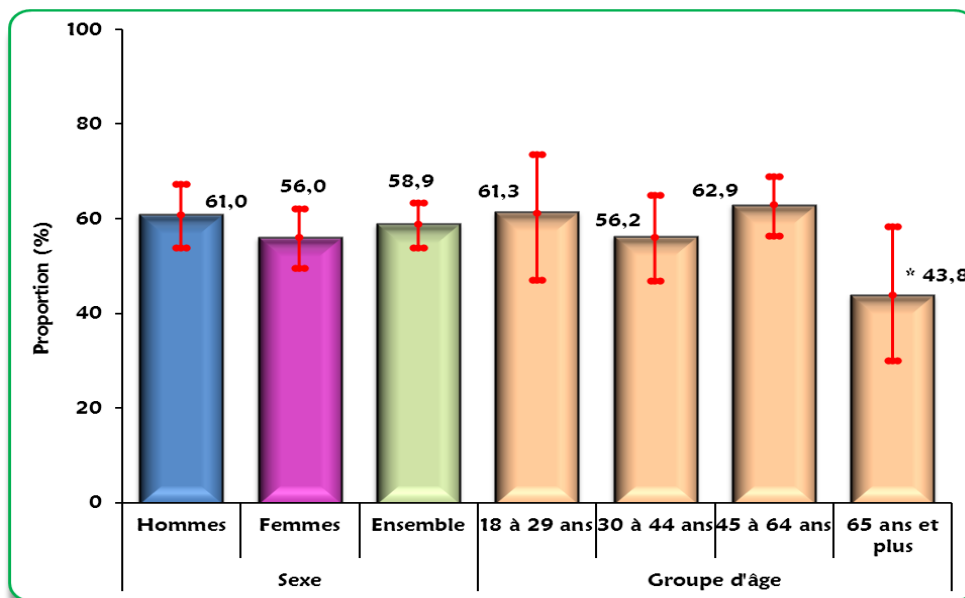
4.1.1 Variations selon certaines caractéristiques

Chez les fumeurs quotidiens, les données régionales ne font pas ressortir un écart significatif à cet égard entre les hommes et les femmes (61 % c. 56 %). Pour leur part, les personnes âgées de 65 ans et plus tendent à exprimer ce souhait en moins grand nombre (*44 %) (figure 10) bien qu'elles ne se différencient pas statistiquement des autres groupes d'âge.

30. Voir : SHIELDS, Margot. « Cheminement vers l'abandon du tabac »..., p. 26-27.

31. Cette observation a déjà aussi été faite ailleurs : TONG E.K., M.K. ONG, E. VITTINGHOFF et E.J. PÉREZ-STABLE. « Nondaily smokers should be asked and advised to quit », dans « American Journal of Preventive Medicine », 2006; 30 (1), p. 23-30, cité par LEATHERDALE, Scott et Margot SHIELDS. « Smoking cessation : intentions, attempts and techniques », dans *Health Reports*, Vol. 20, N° 3, September 2009 (Statistique Canada, N° 82-003-XPE au catalogue), p. 1.

Figure 10 : Intention d'arrêter de fumer dans les six mois suivant l'enquête chez les fumeurs quotidiens selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Intervalles de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

La proportion de fumeurs réguliers qui, en 2010, disent vouloir cesser de fumer dans les six mois suivant l'enquête varie de manière significative selon le revenu du ménage. En fait, les usagers quotidiens de la cigarette sont moins susceptibles de vouloir arrêter de fumer s'ils vivent dans un ménage comptant sur un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ (46 %) comparativement aux autres Nord-Côtiers (61 %) ³². En contrepartie, dans les autres catégories de revenus annuels, ils sont plus nombreux, en proportion, lorsqu'ils gagnent un revenu familial de 60 000 \$ à 80 000 \$ (70 % c. 56 %) ou de 80 000 \$ et plus par année (68 % c. 56 %) (données non présentées).

Concernant les caractéristiques d'état de santé physique, l'enquête fait ressortir un seul lien significatif avec la volonté de cesser de fumer; il s'agit du diabète. Les diabétiques qui fument quotidiennement expriment ce souhait en moins grand nombre, toutes proportions gardées, que les non-diabétiques (*43 % c. 60 %) (données non présentées). Quant aux autres habitudes de vie, une association est observée avec la consommation élevée d'alcool. Les fumeurs réguliers qui consomment de l'alcool de façon excessive mentionnent davantage, que les autres fumeurs, l'intention d'arrêter de fumer (67 % c. 55 %). Les fumeurs quotidiens qui ne prennent jamais d'alcool s'avèrent moins nombreux, en proportion, à vouloir arrêter de fumer que ceux qui en prennent modérément ou de manière excessive (45 % c. 62 %) (données non présentées).

Les analyses bidimensionnelles ont permis de découvrir trois variables associées au désir d'arrêter de fumer : le revenu familial, vivre avec le diabète et l'abus d'alcool. Chacun de ces trois facteurs a été inclus dans des modèles de régression logistique pour réévaluer cette relation conditionnellement aux effets simultanés des deux autres.

32. Mentionnons que pour l'âge aucune différence n'est significative au seuil de comparaisons multiples. Les écarts observés ne sont significatifs qu'au seuil usuel de 5 %.

Étant donné la taille relativement petite de l'échantillon, les modèles présentés dans le tableau A4 (en annexe) s'appliquent aux sexes réunis³³.

Les rapports de cotes corrigés révèlent que le diabète n'est plus associé avec l'intention de cesser de fumer. Par contre, les liens initiaux avec le revenu et la consommation abusive d'alcool persistent. Ainsi, en comparaison de ceux qui n'ont pas une consommation abusive, la cote exprimant le souhait d'abandonner l'usage de la cigarette s'avère significativement plus élevée chez ceux qui ont une telle consommation (RC = 1,7).

4.2 ... ET LES ÉTAPES DU CHEMINEMENT VERS L'ABANDON DU TABAC

L'Enquête Santé Côte-Nord 2010 comprend non seulement une question sur le désir d'abandonner l'usage de la cigarette dans un avenir proche (six mois), mais aussi sur les tentatives déjà entreprises en ce sens dans l'année précédant l'enquête.

Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous arrêté de fumer pendant au moins 24 heures parce que vous essayez de cesser de fumer?

Avec les réponses fournies par les anciens fumeurs sur la période écoulée depuis qu'ils ont arrêté de fumer, il devient possible de construire un algorithme du cheminement de l'abandon du tabac.

Certains écrits scientifiques identifient cinq étapes dans le cheminement d'abandon du tabac, étapes par lesquelles un fumeur peut passer à plusieurs reprises avant de réussir pour de bon : précontemplation, contemplation, préparation, action et, finalement, maintien.

À l'étape de la *précontemplation*, le fumeur n'envisage pas de cesser de fumer³⁴. À celle de la *contemplation*, il manifeste le souhait de le faire, bien que cette intention peut ne pas se concrétiser et le fumeur n'a fait aucune tentative en ce sens dans l'année précédant l'entrevue. À l'étape de la *préparation*, le fumeur a déjà fait au moins une tentative d'arrêter durant la même période et souhaite toujours réessayer dans les six mois suivant l'enquête. En ce sens, son intention est plus affirmée. Pour leur part, les personnes qui avaient cessé de fumer depuis moins d'un an ont été classées à l'étape de l'*action*, tandis que les anciens fumeurs depuis plus d'un an sont rendus à l'étape du *maintien*³⁵. Indiquons toutefois que la taille de l'échantillon nord-côtier nous a amené à redéfinir cet axe selon une typologie comprenant trois catégories : *précontemplation/contemplation*, *préparation*, *action/maintien*.

Selon l'Enquête Santé Côte-Nord 2010, 25 % du groupe réuni des fumeurs et anciens fumeurs en sont à l'étape de la *précontemplation/contemplation*. Près d'une personne sur sept (14 %) se situe à l'étape de la *préparation* tandis qu'environ 61 % sont rendus à l'action/maintien. En d'autres termes, on retrouve, dans la population nord-côtière, davantage d'anciens fumeurs que de personnes qui persistent à le faire.

33. Comme précédemment, les premiers modèles comportent une seule variable explicative (variable indépendante). Puis, un dernier modèle comprend les trois facteurs. Nous n'avons pas intégré la variable « sexe » dans le modèle puisque, dans les analyses bidimensionnelles, elle n'est pas associée de manière significative avec l'intention d'arrêter de fumer.

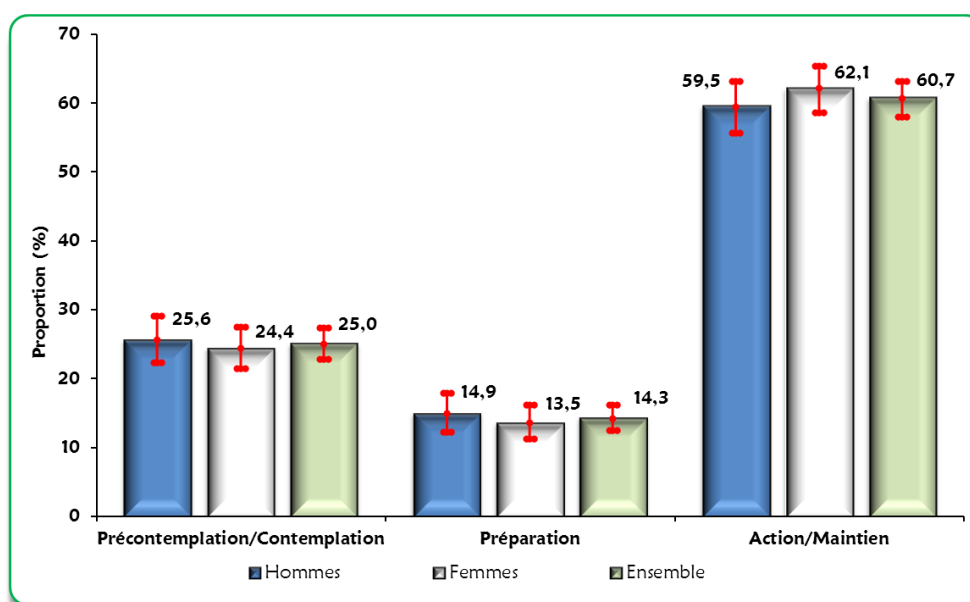
34. Il s'agit des fumeurs quotidiens ou occasionnels qui ont répondu « non » à la question s'ils envisageaient de cesser de fumer dans les six prochains mois.

35. Selon le modèle « transthéorique » proposé par PROCHASKA, J.O., C.C. DICLEMENTE, et J.C. NORCROSS. « In search of how people change : Applications to addictive behaviors », dans *American Psychologist*, 47 (9), 1992, p. 1102-1114 et PROCHASKA, J.O., C.A. REDDING et K.E. EVERS. « The Transtheoretical Model and the Stages of Change », publié sous la direction de GLANTZ, S.A., K.B. RIMMER et F.M. LEWIS. *Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice*, San Francisco, Jossey-Bass, 2002, p. 99-120. Voir : SHIELDS, Margot. « Cheminement vers l'abandon du tabac », p. 25 et SHIELDS, Margot. « Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette », dans *Rapports sur la santé*, Vol. 18, N° 3, Août 2007 (Statistique Canada, N° 82-003-XPF au catalogue), p. 10 et 13. Nous avons dû adapter légèrement cet algorithme, puisque l'ESCN 2010 ne comporte pas de questions sur l'intention de cesser de fumer dans les 30 jours suivant l'enquête.

4.2.1 Variations selon certaines caractéristiques

Aucune différence significative n'est détectée selon le sexe (figure 11) alors que la répartition entre les différentes étapes varie selon l'âge (figure 12). L'analyse des données selon l'âge révèle que seules les personnes de 45 à 64 ans ne se démarquent pas statistiquement de l'ensemble des autres groupes d'âge à quelque étape que ce soit. Les Nord-Côtiers qui se situent à l'étape de la *précontemplation/contemplation* sont plus nombreux, en proportion, chez les 18 à 29 ans (35 %) que chez les autres groupes d'âge (23 %) (donnée non présentée). Le même phénomène prévaut chez les 30 à 44 ans (33 %) en comparaison des autres groupes d'âge réunis (23 %) (donnée non présentée). En contrepartie, ils sont proportionnellement moins nombreux parmi les 65 ans et plus (12 %). Les constats dégagés pour cette étape s'appliquent également aux personnes en *préparation*. Enfin, les individus rendus à l'étape de l'action/maintien sont plus nombreux, en proportion, chez les 65 ans et plus (82 %) que dans les autres groupes d'âge réunis (56 %) (donnée non présentée).

Figure 11 : Répartition des fumeurs réguliers ou occasionnels et des anciens fumeurs selon le cheminement vers l'abandon du tabac et selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010

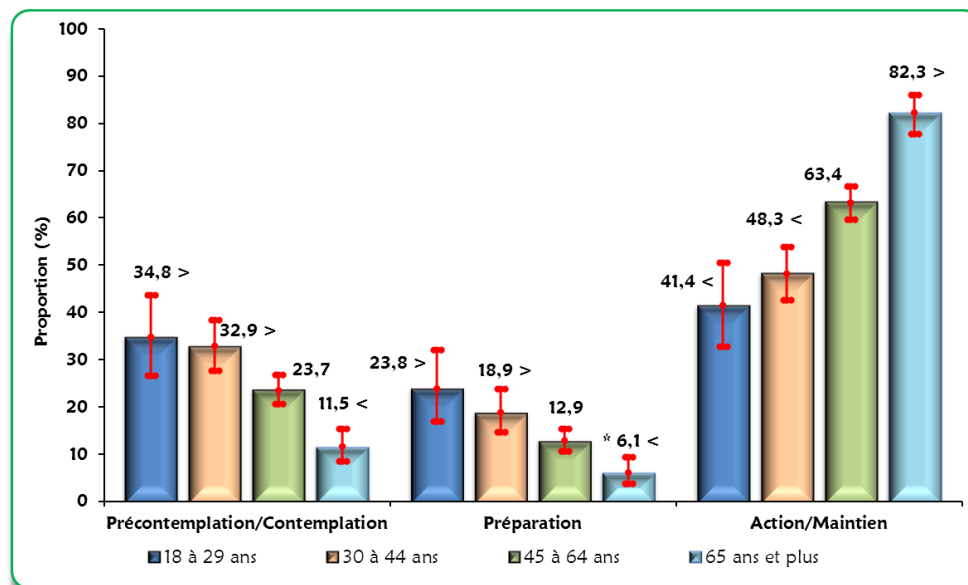


Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

■ Intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

Figure 12 : Répartition des fumeurs réguliers ou occasionnels et des anciens fumeurs selon le cheminement vers l'abandon du tabac et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Theriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

< ou > Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'ensemble des autres catégories d'âge, au seuil de 5 %.

Intervalles de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

Note : Les tests statistiques ont été faits en tenant compte de la correction de Bonferroni. Les tests au seuil de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence au seuil de comparaisons multiples puisque la variable de croisement avait plus de deux catégories.

Au regard des autres caractéristiques socioéconomiques et démographiques, les analyses bidimensionnelles ont également révélé des associations significatives avec le revenu familial, la scolarité ainsi que le type de ménage. Nous avons intégré ces variables avec d'autres facteurs dans des modèles de régression logistique selon les mêmes approches que celles utilisées précédemment pour réexaminer les caractéristiques associées au fait de se retrouver aux deux premières étapes du cheminement (*précontemplation/contemplation*) ou aux deux dernières (*action/maintien*). Les tableaux A5 et A6 (en annexe) font état des résultats pour les sexes réunis.

Les rapports de cotes corrigés inscrits au tableau A5 révèlent que cinq facteurs sont liés au fait de se situer à l'étape de la *précontemplation/contemplation* : âge, revenu familial, type de ménage, embonpoint/obésité et activité physique de loisir. En rapport avec l'âge par exemple, les probabilités de ne pas vouloir arrêter de fumer ou de ne pas considérer l'éventualité de le faire s'avèrent bien plus fortes chez les 18 à 29 ans (RC = 5,9) et les 30 à 44 ans (RC = 6,6) comparativement aux personnes de 65 ans et plus. Les associations initiales décelées par les analyses bidimensionnelles avec la scolarité, la détresse psychologique, l'hypertension et la consommation d'alcool disparaissent lorsqu'on contrôle les effets simultanés de chacun des autres facteurs.

Par ailleurs, lorsqu'on tient compte des effets simultanés de divers facteurs, on constate par exemple que la cote exprimant la probabilité d'être à l'étape de l'action/maintien est plus faible chez tous les groupes d'âge de moins de 65 ans (RC = 0,1 à 0,2) comparativement aux personnes âgées de 65 ans et plus (tableau A6). Elle se révèle plus élevée chez les personnes en excès de poids (embonpoint/obésité, RC = 1,4) en comparaison des individus qui n'en font pas. Plusieurs associations significatives détectées par les analyses bidimensionnelles persistent dans le modèle multifactoriel : âge, revenu, scolarité, type de ménage, satisfaction au regard de la vie, embonpoint/obésité et activité physique. D'autres liens, initialement significatifs, se sont estompés : perception du stress quotidien, détresse psychologique, hypertension artérielle, diabète et consommation élevée d'alcool (tableau A6).

4.3 TENTATIVES POUR ARRÊTER DE FUMER

Plusieurs tentatives peuvent s'avérer nécessaires pour qu'une personne puisse cesser de fumer définitivement^[3]. Selon l'ESCN 2010, un peu plus de la moitié des fumeurs quotidiens ou occasionnels (53 %) mentionnent n'avoir fait aucune tentative de cesser de fumer durant au moins 24 heures dans l'année précédant l'enquête. Près de 16 % rapportent une tentative; un peu moins du quart (23 %) a fait entre deux et cinq essais; environ *3,5 % indiquent de six à neuf tentatives et *4,9 % environ auraient tenté de cesser de le faire à au moins dix reprises (données non présentées).

Tenter d'abandonner le tabac varie significativement suivant que l'on est un fumeur quotidien ou occasionnel. Cet écart s'explique du fait que le nombre de personnes qui rapportent dix tentatives et plus est proportionnellement plus faible chez les fumeurs quotidiens (*3,4 %) que chez les fumeurs occasionnels (11 %). Bien que l'écart ne soit pas significatif au plan statistique, on observe que les Nord-Côtiers qui n'ont pas fait de tentative pour cesser l'usage du tabac tendent à être plus nombreux chez ceux qui fument tous les jours plutôt qu'à l'occasion (55 % c. 45 %) (données non présentées).

Le nombre d'essais rapportés par les usagers quotidiens ou occasionnels de la cigarette ne varie, ni selon le sexe, ni selon aucune autre des variables sociodémographiques ou socioéconomiques testées dans les analyses bidimensionnelles. En d'autres termes, l'enquête ne permet pas de détecter de différences significatives au regard de ces caractéristiques entre ceux qui ont tenté de cesser de fumer au moins une fois durant les 12 mois précédents et les personnes qui ne l'ont pas fait. Elle n'a pas décelé non plus de liens significatifs avec les autres aspects de la santé physique, psychosociale et mentale des Nord-Côtiers ou avec l'activité physique de loisir de même qu'avec la consommation d'alcool.

Mentionnons que l'enquête ne permet pas d'établir après combien de tentatives infructueuses les anciens fumeurs quotidiens ou occasionnels ont définitivement abandonné l'usage du tabac.

4.4 RECHUTES

Les données indiquent donc qu'un peu moins de la moitié (47 %) des fumeurs quotidiens ou occasionnels ont tenté d'abandonner le tabac dans l'année précédant l'enquête. Ces derniers se sont vu poser la question suivante :

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez recommencé à fumer?

Les répondants avaient la possibilité de mentionner spontanément jusqu'à trois raisons. Aucun motif ne leur était d'emblée proposé lors de l'entrevue.

Environ 34 % des personnes qui ont fait au moins une tentative d'arrêter, mais qui ont recommencé à fumer, mentionnent le stress comme raison principale de leur rechute. Dans ce contexte, la cigarette leur apparaît comme un moyen de relaxer ou de se calmer. Environ 30 % invoquent la dépendance, l'habitude ou l'accoutumance et environ 8 % mentionnent le fait que des membres de la famille ou des amis fument comme l'une des explications de leur rechute.

Bien que l'écart ne soit pas significatif au plan statistique, les données montrent que les femmes tendent davantage que les hommes à signaler que le stress les a amenées à recommencer à fumer (37 % c. 31 %) (données non présentées). D'autres études ont aussi fait le même constat^[30].

Les personnes de 30 à 44 ans sont, en proportion, plus nombreuses que les autres à invoquer ce motif (49 % c. 28 %). L'enquête ne révèle pas de lien selon la scolarité ou le revenu du ménage. Par contre, les personnes seules mentionnent cette raison plus souvent que celles vivant selon d'autres modes d'organisation familiale (45 % c. 30 %) (données non présentées).

La proportion des Nord-Côtiers qui attribuent leur rechute au stress s'avère d'ailleurs significativement plus élevée chez ceux qui affirment vivre un stress quotidien élevé (28 %) comparativement aux personnes peu ou pas stressées (12 %). Le même phénomène ressort chez les individus situés au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique en regard de ceux classés au niveau faible à moyen (25 % c. 12 %). Les personnes qui ont une perception défavorable de leur état de santé en général sont également plus sujettes à rapporter le stress comme facteur de rechute que celles en ayant une vision favorable (*25 % c. 14 %). Les analyses bidimensionnelles ne dégagent pas de liens significatifs avec les autres caractéristiques d'état de santé physique et mentale ou avec d'autres habitudes de vie telles que l'activité physique de loisir et la consommation d'alcool (données non présentées).

Environ 28 % de ceux qui ont rechuté croient que l'habitude ou la dépendance expliquent en partie pourquoi ils ont recommencé à fumer. Cette proportion ne varie pas significativement selon le sexe. Par contre, les individus ayant de 45 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreux que ceux des autres groupes d'âge à invoquer ce motif (37 % c. 22 %). Les résultats régionaux de l'enquête ne montrent pas de différences significatives selon les autres caractéristiques de la population retenues dans ce texte (données non présentées).

4.5 MOYENS UTILISÉS POUR ARRÊTER DE FUMER

D'après certains, les usagers de la cigarette augmentent leurs chances de réussir à cesser de fumer s'ils utilisent diverses méthodes formelles de cessation plutôt que de tenter d'arrêter par eux-mêmes. Les jeunes et les personnes faiblement scolarisées seraient les plus à risque de rechute^[30].

La question suivante a été posée aux personnes qui avaient fait au moins une tentative d'arrêter de fumer dans les 12 mois précédant l'enquête, de même qu'à celles qui ne fumaient plus, mais qui avaient déjà fumé quotidiennement ou occasionnellement.

Avez-vous utilisé des produits vendus en pharmacie pour vous aider à arrêter de fumer (timbres de nicotine, gommes de nicotine, etc.)?

Aucune sous-question ne permettait de différencier les produits vendus sous ordonnance médicale de ceux en vente libre.

4.5.1 Anciens fumeurs quotidiens ou occasionnels

Selon l'ESCN 2010, environ 19 % des anciens fumeurs ont utilisé de tels produits. On ne remarque pas d'écart significatif entre les hommes et les femmes à ce sujet, ni de variations significatives avec les autres caractéristiques socioéconomiques ou sociodémographiques. Les analyses bidimensionnelles n'ont pas permis d'identifier de liens significatifs entre les autres habitudes de vie retenues dans cette étude et l'utilisation de produits vendus en pharmacie.

4.5.2 Fumeurs quotidiens ou occasionnels au moment de l'enquête

Parmi les adultes nord-côtiers qui fument quotidiennement ou occasionnellement et qui ont tenté au moins une fois d'arrêter durant l'année précédant l'enquête, environ 51 % ont employé des produits pharmaceutiques. Cette proportion ressemble à celle estimée par l'édition 2006 de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (Statistique Canada), mais chez les fumeurs de 15 ans et plus (48 %)^[30]. On ne détecte pas de différence significative entre les hommes et les femmes (environ 51 % pour chaque sexe). Selon les données de l'ESCN, les jeunes de 18 à 29 ans sont moins susceptibles d'avoir utilisé des produits vendus en pharmacie que les personnes de 30 ans et plus (*32 % c. 56 %). Cependant, on en retrouve proportionnellement davantage chez les personnes de 45 à 64 ans qu'au sein de l'ensemble des autres groupes d'âge (61 % c. 44 %) (données non présentées).

Les personnes qui ressentent un stress quotidien intense rapportent davantage, que celles peu ou pas stressées s'être procuré des produits vendus en pharmacie pour tenter de cesser de fumer (61 % c. 47 %). Pour leur part, les

individus hypertendus tendent davantage à employer ce type de moyens que ceux ne l'étant pas (62 % c. 48 %), mais l'écart demeure insuffisant pour devenir statistiquement significatif. Par ailleurs, on en dénombre proportionnellement davantage chez les individus sédentaires que chez les personnes actives durant leurs loisirs (65 % c. 44 %) (données non présentées).

Les fumeurs quotidiens et occasionnels qui ont indiqué avoir sérieusement l'intention d'arrêter de fumer dans les six mois suivant l'enquête ont été invités à spécifier à qui ils s'adresseraient en tout premier lieu s'ils avaient besoin d'aide. Environ 43 % choisiraient d'abord de consulter un médecin, 16 % consulteraient un autre type de professionnel de la santé œuvrant dans un Centre d'abandon du tabagisme, 13 % s'adresseraient à un pharmacien et 9 % se tourneraient vers des amis ou des parents. Environ 14 % soutiennent qu'ils ne consulteraient personne en particulier dans la mesure où ils estiment ne pas avoir besoin d'aide ou qu'ils sont capables d'arrêter d'eux-mêmes. Les proportions se rapportant aux autres moyens déclarés sont trop imprécises pour être publiées dans ce rapport. Les analyses bidimensionnelles ne permettent pas d'identifier de liens significatifs avec les caractéristiques sociodémographiques ou socioéconomiques (données non présentées).

4.5.3 Conseils d'un professionnel de la santé pour arrêter de fumer

Environ 13 % des anciens fumeurs quotidiens ou occasionnels mentionnent avoir reçu des conseils d'un professionnel de la santé (médecin, infirmière, pharmacien, etc.) pour cesser de fumer. Les hommes sont proportionnellement un peu plus nombreux que les femmes à avoir bénéficié de tels conseils (16 % c. 11 %). Cette proportion ne varie pas significativement selon l'âge (données non présentées).

Par ailleurs, parmi les personnes qui fument toujours sur une base quotidienne ou occasionnelle et qui ont un médecin régulier, environ 47 % rapportent avoir reçu des conseils d'un professionnel de la santé (médecin, infirmière, pharmacien, etc.) afin d'abandonner l'usage de la cigarette. Cette proportion se situe à 41 % lorsqu'on considère aussi les individus qui n'ont pas de médecin régulier (données non présentées).

Le fait d'avoir reçu ce type de conseils est lié à l'âge. Ce lien s'explique par la situation observée chez les 18 à 29 ans et les 45 à 64 ans. Par rapport aux autres groupes d'âge, les personnes ayant reçu des conseils professionnels sont moins nombreuses, en proportion, chez les 18 à 29 ans (*25 % c. 45 %), mais plus nombreuses chez les 45 à 64 ans (50 % c. 34 %). Quant aux associations avec les caractéristiques de l'état de santé, les résultats régionaux révèlent qu'il est plus fréquent pour les fumeurs diabétiques de recevoir des conseils pour les aider à abandonner le tabac que pour les fumeurs non diabétiques (60 % c. 40 %) (données non présentées).

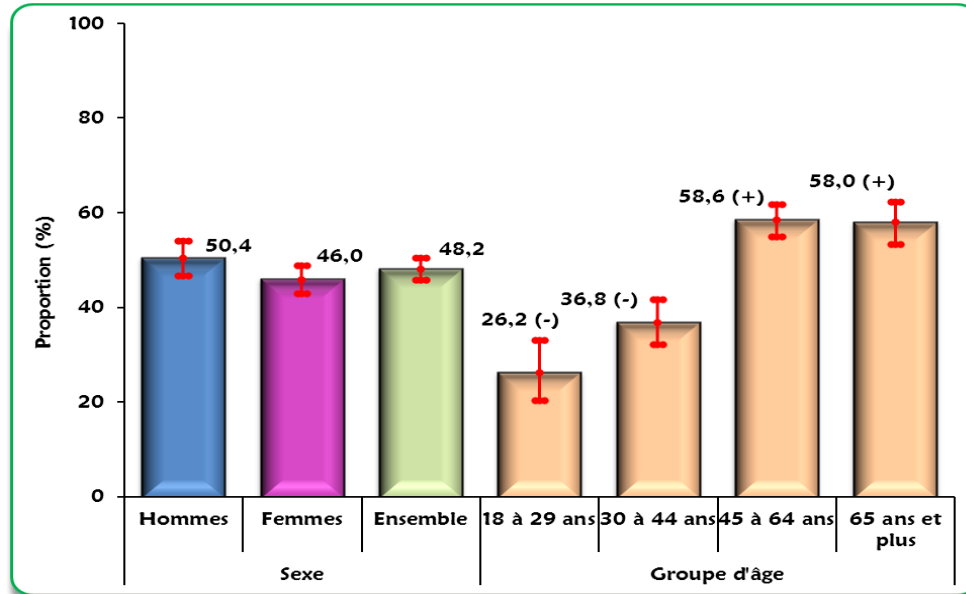
4.6 CEUX QUI ONT RÉUSSI À ARRÊTER DE FUMER (ANCIENS FUMEURS QUOTIDIENS OU OCCASIONNELS)

Comme nous l'avons vu antérieurement, un peu moins de la moitié (48 %) des non-fumeurs actuels sont en fait des anciens fumeurs. En moyenne, ils ont arrêté de fumer depuis un peu plus de 16 ans (16,2; IC à 95 % = 15,4 – 17,1). Cette moyenne se révèle significativement plus élevée chez les hommes (17,4 ans) que chez les femmes (14,9 ans). Environ 65 % des anciens fumeurs ont abandonné l'usage du tabac depuis au moins dix ans et environ 6 % depuis moins d'un an (données non présentées).

4.6.1 Variations selon certaines caractéristiques

L'enquête ne permet pas de détecter un lien significatif selon le sexe quoique les anciens fumeurs tendent à être un plus nombreux chez les hommes (50 %) que chez les femmes (46 %). On constate aussi une variation significative selon l'âge : la proportion d'anciens fumeurs réguliers ou occasionnels augmente avec l'avancée en âge jusqu'à 64 ans, par la suite, elle se stabilise. Ainsi, en regard des autres groupes d'âge, on dénombre proportionnellement moins d'anciens fumeurs chez les 18 à 29 ans (26 %) et les 30 à 44 ans (37 %) que parmi les individus âgés de 45 à 64 ans (59 %) et de 65 ans et plus (58 %) (figure 13).

Figure 13 : Anciens fumeurs quotidiens ou occasionnels selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

(+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'ensemble des autres catégories d'âge, au seuil de 5 %.

Intervalles de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

Note : Les tests statistiques pour l'âge ont été faits en tenant compte de la correction de Bonferroni. Les tests au seuil de 5 % ont été effectués après avoir trouvé au moins une différence au seuil de comparaisons multiples puisque la variable de croisement avait plus de deux catégories.

Il existe un lien selon le niveau de scolarité. Ainsi, les personnes qui ont déjà fumé dans leur vie sont, en proportion, moins nombreuses aux niveaux supérieurs de scolarité. Par exemple, cette proportion se chiffre à 40 % chez les détenteurs d'un diplôme universitaire en regard de 58 % chez ceux qui n'ont pas complété d'études secondaires et de 49 % chez les diplômés du secondaire. L'écart observé entre les détenteurs d'un diplôme du secondaire et ceux qui n'en ont pas s'avère significatif au plan statistique (données non présentées).

Les données ont permis de faire ressortir un lien statistique avec le type de ménage. Ainsi, par rapport à l'ensemble des autres catégories de ménage, on dénombre une plus forte proportion d'anciens fumeurs chez les personnes qui vivent en couple sans enfant à la maison (57 % c. 43 %). En revanche, elle se révèle plus faible chez les individus en couple avec enfant au domicile (42 % c. 51 %) (données non présentées).

Toutes proportions gardées, les anciens fumeurs se retrouvent en plus grand nombre chez les résidents nord-côtiers qui témoignent d'une perception défavorable de leur état de santé comparativement à ceux qui s'estiment en meilleure santé (57 % c. 47 %). En comparaison des autres Nord-Côtiers, le même constat prévaut chez les personnes hypertendues (56 % c. 46 %), les diabétiques (62 % c. 47 %) et, dans le cas des adultes de 30 ans et plus, chez celles vivant avec au moins une maladie chronique (58 % c. 48 %). Les autres analyses bidimensionnelles effectuées n'ont révélé de lien significatif qu'avec le statut pondéral; les anciens fumeurs sont en fait un peu plus nombreux, en proportion, chez les personnes ayant un surplus de poids en comparaison du reste de la population (50 % c. 44 %) (données non présentées).

Les sept facteurs, qui sont associés au fait d'être ou non un ancien fumeur, ont été retenus dans des analyses de régression logistique. Les résultats apparaissent au tableau A7 (en annexe). De ces sept variables, trois seulement apportent toujours une contribution significative lorsqu'on tient compte de l'effet simultané de tous les autres dans le modèle : l'âge, la scolarité et le type de ménage.

Les rapports de cotes corrigés inscrits au tableau A7 montrent que, dans la population nord-côtière, la perception de l'état de santé n'est plus associée au fait d'être un ancien fumeur. Il en est de même de la présence d'hypertension ou de diabète. Le lien initial avec le statut pondéral s'efface également. Par contre, comme nous venons de le mentionner, l'association avec l'âge, la scolarité et la composition du ménage se maintient. Ainsi, la cote exprimant la probabilité d'être un ancien fumeur se révèle nettement plus faible chez les jeunes de 18 à 29 ans ($RC = 0,3$) et les personnes de 30 à 44 ans ($RC = 0,5$) que chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Elle s'avère relativement plus forte du côté des individus sans études secondaires complétées ($RC = 1,5$) ou qui possèdent un diplôme d'études collégiales ($RC = 1,4$) en comparaison de la population détentrice d'un grade universitaire. Les données révèlent aussi que les personnes seules sont un peu moins susceptibles d'avoir déjà fumé dans leur vie ($RC = 0,7$) que les personnes vivant en couple sans enfant à la maison.

CHAPITRE 5 : TABAGISME ET GROSSESSE

5.1 USAGE DE TABAC LORS DE LA GROSSESSE

En 2010, environ *14 % des femmes nord-côtières de 18 à 44 ans, enceintes au moment de l'enquête ou qui l'ont été dans les cinq années précédentes, ont fait usage de tabac durant leur dernière grossesse.

Le tabagisme chez les femmes enceintes demeure une préoccupation constante de la santé publique. La littérature scientifique a amplement démontré que l'usage de tabac par la femme enceinte accroît les risques de survenue de divers problèmes sur la grossesse ou pour le bébé : avortements spontanés, retard de croissance intra-utérine, prématurité et faible poids à la naissance^[34-40], malformations congénitales du cœur^[41, 42]. Des liens entre le tabagisme chez la femme enceinte et le syndrome de la mort subite du nourrisson ont aussi été mentionnés^[43-47]. D'autres études ont aussi mis en évidence des associations significatives avec le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant^[48-53]. Certains écrits ont rapporté, indépendamment d'autres facteurs, des répercussions plus tardives chez les adolescents et les adultes, notamment au regard de problèmes d'apprentissage^[54, 55]. Il appert que l'exposition du fœtus à la nicotine pourrait induire une plus forte susceptibilité de développer plus tard une dépendance à ce produit^[56], et ce, d'autant plus si la mère était une grande fumeuse^[57]. Par ailleurs, le tabagisme chez les femmes enceintes engendre des coûts importants pour le système de santé quant aux soins supplémentaires requis par les bébés affectés^[58].

Quelques questions de l'ESCN 2010 permettent d'estimer la prévalence du tabagisme chez les femmes de 18 à 44 ans qui étaient enceintes au moment de l'entrevue ou qui l'ont été dans les cinq années précédentes. D'autres questions permettent d'estimer l'exposition à la fumée secondaire au domicile durant la dernière grossesse en les interrogeant sur les habitudes tabagiques de leur conjoint et sur la présence régulière (membres du ménage, visiteurs) d'autres fumeurs dans leur domicile. Une question supplémentaire porte sur l'exposition à la fumée secondaire dans une automobile ou tout autre véhicule privé.

Comme l'usage du tabac pendant la grossesse repose sur des données autodéclarées, il convient de souligner que la prévalence du tabagisme durant cette période pourrait être sous-estimée. Premièrement, comme la dernière grossesse pouvait remonter jusqu'à cinq années avant l'enquête, il se peut que certaines femmes aient éprouvé quelques difficultés à se remémorer leur comportement tabagique. Il est possible que d'autres aient hésité ou évité carrément de déclarer avoir fumé pendant qu'elles étaient enceintes. On se retrouverait donc, soit avec un biais de rappel, soit avec un biais de désirabilité sociale.

Deuxièmement, pour des considérations pratiques, méthodologiques et éthiques, il était évidemment impossible, dans le cadre de cette enquête, de confirmer le statut tabagique par des analyses indépendantes, notamment quant à la présence de cotinine dans l'urine ou dans le sang. Certaines études réalisées ailleurs ont mis en évidence certaines disparités à ce sujet entre des données autodéclarées et des mesures indépendantes, ce qui a amené des auteurs à reclasser un certain nombre de femmes enceintes selon leur statut tabagique réel^[59].

Ces mises en garde étant faites, d'après les données de l'ESCN 2010, environ *14 % des femmes nord-côtières de ce groupe d'âge rapportent avoir fait usage de tabac durant leur dernière grossesse. À titre indicatif seulement, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001, 17 % des femmes canadiennes de 15 à 54 ans, qui avaient donné naissance à un enfant dans les cinq années précédentes, avaient fumé durant leur grossesse^[60]. Selon l'ESCN 2010, chez les 18 à 44 ans, quelque 37 % des fumeuses quotidiennes ou occasionnelles de la Côte-Nord rapportent avoir été enceintes au cours des cinq années antérieures à l'enquête. Chez ces femmes, environ la moitié (50 %) n'ont pas fumé durant leur grossesse (données non présentées). En raison de la petite taille de l'échantillon nord-côtier, il n'est pas possible d'analyser les principales caractéristiques associées au fait que certaines femmes nord-côtières fument pendant leur grossesse. Cependant, l'ESCC 2009-2010 a révélé que le taux de tabagisme pendant la grossesse (23 %) était significativement plus élevé chez les femmes à faible statut socioéconomique. Il s'avérait aussi plus élevé chez celles qui n'avaient pas de médecin

régulier, chez celles ayant une perception défavorable de leur santé en général et celles ayant déclaré au moins un problème de santé mentale^[58]. Pour sa part, l'édition 2003 de l'ESCC a révélé que l'usage de tabac pendant la grossesse était significativement plus fréquent chez les femmes québécoises que chez les autres Canadiennes. Par ailleurs, alors qu'un peu plus du tiers des Québécoises provenant de milieux moins favorisés auraient fumé durant leur dernière grossesse, cette proportion s'établirait à environ 8 % chez les Québécoises plus favorisées au plan socioéconomique^[61]. D'autres enquêtes canadiennes, comme l'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM), démontrent aussi que les taux de tabagisme pendant la grossesse s'avéraient significativement plus hauts en milieu défavorisé économiquement^{36 [62]}.

5.2 EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE DE TABAC LORS DE LA GROSSESSE

En 2010, environ *13 % des femmes nord-côtières de 18 à 44 ans, enceintes au moment de l'enquête ou qui l'ont été dans les cinq années précédentes, ont été régulièrement exposées à la fumée secondaire produite par leur conjoint lors de leur dernière grossesse.

L'exposition des femmes enceintes à la fumée secondaire produite par le tabac est reconnue par des écrits scientifiques comme un facteur de risque de certains problèmes : retard de croissance intra-utérine^[63, 64], interruptions spontanées de grossesse ou mauvaise implantation de l'embryon^[65-68], naissance prématurée^[63, 69], faible poids à la naissance^[34, 70, 71], etc. Les risques sont accrus si, en plus d'être exposées à la fumée secondaire, les femmes enceintes fument également^[64]. Deux composantes de la fumée de cigarette, soit le monoxyde carbone et la nicotine, influencent négativement la croissance du fœtus parce qu'elles réduisent son apport en oxygène. En outre, la nicotine peut traverser le placenta et agir sur le système cardiovasculaire et le système nerveux central du fœtus^[72].

Nonobstant leur statut quant à l'usage du tabac, environ *13 % des femmes nord-côtières, de 18 à 44 ans, enceintes au moment de l'enquête ou qui l'ont été dans les cinq années précédentes, affirment que leur conjoint fume ou a fumé régulièrement à l'intérieur du domicile durant leur grossesse. Fait à noter, cette proportion est beaucoup plus forte si elles ont elles-mêmes fumé durant leur grossesse (*41 %) que si elles n'ont pas fumé (*8 %). Chez les femmes de 30 à 44 ans, plus de la moitié (*53 %) de celles qui ont fumé pendant leur dernière grossesse signalent que leur partenaire a aussi fumé de façon régulière dans le domicile. Cette proportion s'établit à *8 % chez celles qui n'ont pas fumé durant la même période (données non présentées).

Les femmes dont le conjoint ne fume pas ou n'a pas fumé au domicile durant leur dernière grossesse peuvent quand même être exposées à la fumée secondaire de cigarette. La section « Santé environnementale » de l'ESCN 2010 renferme deux questions visant à estimer la proportion de la population nord-côtière exposée à la fumée des autres. La première question porte sur le tabagisme des membres du ménage ou des visiteurs réguliers. La seconde réfère à l'exposition à la fumée secondaire dans une automobile ou tout autre véhicule privé. D'après les données obtenues, environ *15 % des femmes enceintes ou qui ont vécu une grossesse dans les cinq années antérieures à l'enquête ont été exposées à la fumée secondaire d'autres membres du ménage, de visiteurs réguliers ou l'ont été dans un véhicule pendant qu'elles étaient enceintes (données non présentées).

Finalement, si l'on inclut cette fois la consommation de tabac par le conjoint, les résultats montrent qu'environ 25 % des femmes ont été régulièrement en présence d'autres fumeurs au cours de leur dernière grossesse. Cette proportion tend à être un peu plus élevée chez les femmes de 18 à 29 ans que chez celles de 30 à 44 ans (*31 % c. *19 %), mais l'écart n'est pas statistiquement significatif (données non présentées). En revanche, elle s'avère bien

36. « La population visée par l'EEM est constituée de mères biologiques âgées de 15 ans et plus ayant accouché d'un enfant vivant unique au cours des trois mois précédant le Recensement de la population canadienne de 2006, avec lequel elles vivaient au moment de la collecte de données. À partir du Recensement de 2006, on a déterminé un échantillon aléatoire stratifié de 8 244 femmes jugées admissibles. Parmi ces femmes, 6 421 (78 %) ont répondu principalement par téléphone à un questionnaire de 45 minutes au cours de la période allant du 5^e au 14^e mois après la naissance de leur enfant. La population visée par l'EEM excluait les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve et les femmes en établissement institutionnel ». Voir : AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa, 2009, p. 11.

plus forte chez les femmes qui ont aussi fumé durant leur grossesse que chez celles qui n'ont pas consommé de cigarettes (*60 % c. *20 %). Présenté autrement, environ le tiers (*33 %) des femmes qui se sont fréquemment retrouvées en présence d'autres fumeurs durant leur grossesse ont mentionné avoir fumé pendant cette période. En revanche, cette proportion se chiffre aux environs de *8 % chez les femmes non exposées à d'autres fumeurs (données non présentées). Ces constats sont congruents à ceux rapportés par d'autres^[60].

CHAPITRE 6 : ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOSOCIALE DES FUMEURS ACTUELS ET DES NON-FUMEURS

Cette section vise à contraster très brièvement les fumeurs actuels et les non-fumeurs au regard des problèmes chroniques suivants : asthme, hypertension artérielle, diabète et maladie cardiaque. Nous abordons aussi deux problèmes non spécifiques de santé mentale : la détresse psychologique et le stress ressenti. Pour cet exercice, le statut tabagique comprend trois catégories : fumeur actuel, ancien fumeur et n'a jamais fumé. Nous avons déjà mentionné que plusieurs tentatives sont souvent nécessaires avant qu'un fumeur arrête définitivement. Les rechutes s'avèrent fréquentes dans l'année suivant une tentative de cessation. Conséquemment, les individus qui, au moment de l'enquête, avaient abandonné l'usage du tabac depuis moins de 12 mois sont encore considérés comme des fumeurs actuels dans les analyses qui suivent. Pour leur part, les non-fumeurs sont répartis en deux catégories : les personnes qui ont abandonné la cigarette depuis au moins un an (ancien fumeur) et celles qui n'ont jamais fumé.

6.1 TABAGISME ET ASTHME

Selon l'Enquête Santé Côte-Nord 2010, environ 11 % de la population adulte régionale est atteinte d'asthme. L'analyse bidimensionnelle démontre que l'on retrouve, en proportion, davantage de personnes asthmatiques chez les fumeurs actuels (14 %) et les anciens adeptes du tabac (12 %) que chez les individus qui n'ont jamais fumé (8 %) (figure 14).

Toutefois, d'après les analyses de régression logistique multiple, les fumeurs actuels ($RC = 1,5$) (donnée non présentée) ne se démarquent plus significativement des individus qui ne se sont jamais adonnés au tabagisme³⁷. En revanche, les anciens fumeurs nord-côtiers sont encore davantage sujets à faire de l'asthme ($RC = 1,6$) que les personnes qui n'ont pas fumé à un moment quelconque dans leur vie (données non présentées).

6.2 TABAGISME ET HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Les données régionales recueillies par l'ESCN 2010 montrent qu'environ 20 % des adultes nord-côtiers auraient reçu un diagnostic médical d'hypertension. Cette proportion représente quelque 13 700 personnes (données non présentées). On constate que l'hypertension s'avère significativement plus élevée chez les anciens fumeurs (25 %) que chez les usagers actuels de la cigarette (15 %) et les individus n'ayant jamais fumé (18 %). On n'observe pas d'écart significatif entre ces derniers et les fumeurs actuels (18 % c. 15 %) (figure 14).

Cette variation significative de la prévalence de l'hypertension artérielle révélée par une analyse bidimensionnelle s'estompe complètement lorsqu'on prend en compte l'influence concomitante d'autres variables³⁸. Les fumeurs actuels ($RC = 0,8$) et ceux qui ont arrêté de fumer depuis au moins un an ($RC = 1,0$) ont une probabilité similaire de faire de l'hypertension que les Nord-Côtiers n'ayant jamais fumé (données non présentées).

37. Après correction pour les facteurs suivants : sexe, âge, revenu du ménage, scolarité, composition du ménage, perception de l'état de santé, diabète, hypertension, statut pondéral, activité physique de loisir, consommation élevée d'alcool.

38. Après correction pour les facteurs suivants : sexe, âge, revenu du ménage, scolarité, composition du ménage, perception de l'état de santé, diabète, asthme, statut pondéral, activité physique de loisir, consommation élevée d'alcool.

6.3 TABAGISME ET DIABÈTE

Environ 8 % des adultes nord-côtiers (5 400 personnes) vivaient avec le diabète en 2010 selon les résultats de l'Enquête Santé Côte-Nord (données non présentées). Des analyses bivariées font ressortir un lien significatif entre la prévalence de cette maladie et l'usage du tabac. En effet, on dénombre proportionnellement davantage de diabétiques chez les anciens fumeurs (11 %) que parmi les fumeurs (7 %) ou les individus qui déclarent n'avoir jamais fait usage de tabac (6 %) (figure 14).

Cependant, tout comme dans le cas de l'hypertension, le lien initial entre l'usage de tabac et le diabète disparaît totalement après ajustement pour l'effet simultané d'un ensemble de facteurs³⁹. La cote exprimant le risque d'un ancien fumeur de vivre avec le diabète ($RC = 1,3$) ne diffère pas significativement de celle d'un individu n'ayant jamais fumé (1,0 par définition dans nos analyses). Le même constat prévaut pour les individus qui, au moment de l'enquête, étaient des fumeurs actuels ($RC = 1,1$) (données non présentées).

6.4 TABAGISME ET MALADIE DU CŒUR

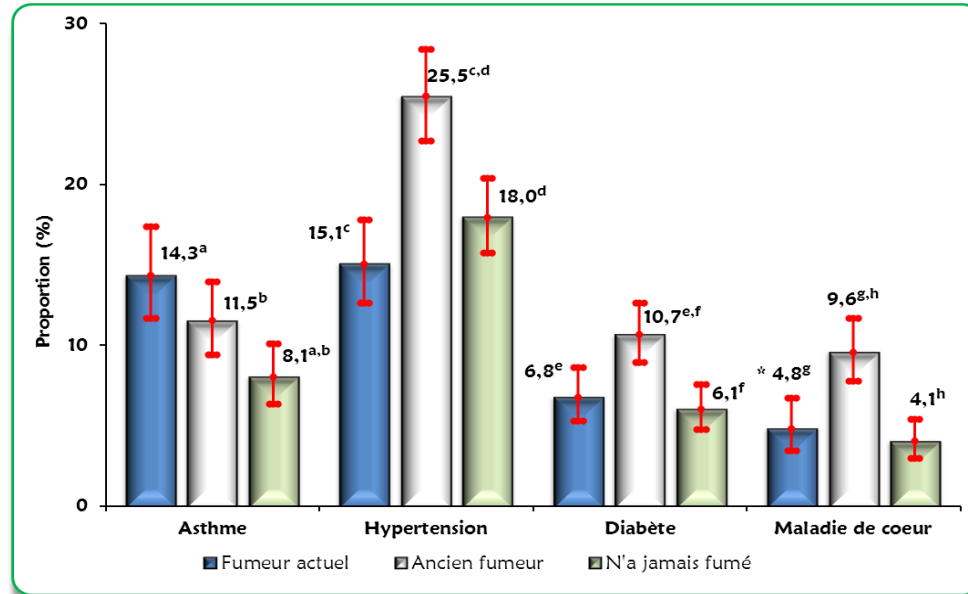
En 2010, on retrouvait environ 4 300 personnes atteintes d'une maladie cardiaque sur la Côte-Nord selon les données obtenues dans l'enquête. Ce nombre représente environ 6 % de la population adulte régionale (données non présentées). L'examen des résultats selon le statut tabagique montre que, toutes proportions gardées, les anciens fumeurs nord-côtiers sont proportionnellement plus nombreux à avoir reçu un diagnostic médical de maladie cardiaque (10 %) que les fumeurs actuels (*4,8 %) ou ceux qui n'ont jamais fumé (4,1 %) (figure 14).

Comparativement au groupe de référence composé d'individus n'ayant jamais fumé ($RC = 1,0$), l'ancien fumeur quotidien ou occasionnel a un risque accru d'être atteint d'une maladie cardiaque ($RC = 2,1$)⁴⁰. On n'observe pas de différence significative entre les fumeurs actuels ($RC = 1,2$) et le groupe de référence (données non présentées).

39. Après correction pour les facteurs suivants : sexe, âge, revenu du ménage, scolarité, composition du ménage, perception de l'état de santé, hypertension, asthme, statut pondéral, activité physique de loisir, consommation élevée d'alcool.

40. Après correction pour les facteurs suivants : sexe, âge, revenu du ménage, scolarité, composition du ménage, perception de l'état de santé, hypertension, diabète, statut pondéral, activité physique de loisir, consommation élevée d'alcool.

Figure 14 : Prévalence de l'asthme, de l'hypertension artérielle, du diabète et d'une maladie de cœur selon le statut tabagique¹, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010. Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

1. La catégorie « fumeur actuel » comprend les personnes qui ont cessé de fumer depuis moins d'un an.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

± Intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population. Le calcul des intervalles de confiance tient compte de l'effet du plan de sondage.

Note : Le même exposant exprime une différence significative entre deux catégories du statut tabagique. Les tests statistiques au seuil de 5 % ont été faits après avoir trouvé au moins une différence au seuil de comparaisons multiples puisque la variable de croisement avait plus de deux catégories.

6.5 TABAGISME ET DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Nous avons vu plus haut que le taux de tabagisme des personnes situées au niveau élevé de détresse psychologique surpasse de manière significative celui des individus situés au niveau faible à moyen (32 % c. 23 %) (tableau 3B). Inversement, les fumeurs réguliers ou occasionnels sont plus nombreux, en proportion, à figurer dans la catégorie élevée de l'indice que les non-fumeurs (30 % c. 21 %) (données non présentées). Les Nord-Côtiens, qui au moment de l'enquête fumaient toujours ou avaient abandonné le tabac depuis moins d'un an (fumeurs actuels), se retrouvent davantage au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (29 %) que les anciens fumeurs (21 %) ou les personnes qui n'ont jamais fumé (21 %) (données non présentées).

Ce lien initialement décelé par l'analyse bidimensionnelle disparaît complètement lorsqu'un ensemble de facteurs⁴¹ est pris en compte. La cote exprimant le risque de se situer au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique est presque la même chez les fumeurs actuels (RC = 1,1) que chez les anciens fumeurs (RC = 1,0) et ceux qui n'ont jamais fumé (RC = 1,0) (données non présentées).

41. Après correction pour les facteurs suivants : sexe, âge, revenu du ménage, scolarité, composition du ménage, perception de l'état de santé, hypertension, diabète, statut pondéral, activité physique de loisir, consommation élevée d'alcool.

6.6 TABAGISME ET STRESS RESSENTI DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Comme il a été mentionné antérieurement, les données régionales font ressortir un lien significatif entre le stress quotidien perçu et l'usage de la cigarette. Ainsi, on retrouve une proportion plus élevée de fumeurs quotidiens ou occasionnels chez les individus vivant un stress élevé comparativement aux personnes qui le sont peu ou pas du tout (30 % c. 24 %) (tableau 3B). Pareillement, ceux qui fument sur une base quotidienne ou occasionnelle sont plus susceptibles de rapporter un stress élevé que les non-fumeurs (25 % c. 20 %) (données non présentées). La ventilation des résultats selon le statut tabagique révèle que les fumeurs actuels tendent à affirmer davantage vivre un stress élevé dans la vie quotidienne (24 %) que les ex-fumeurs (20 %)⁴², ainsi que les Nord-Côtiers qui n'ont jamais fumé de leur vie (21 %) (données non présentées).

Les analyses de régression logistique ne démontrent pas de différence significative entre les fumeurs actuels ou les anciens fumeurs comparativement à la population qui n'a jamais fumé⁴³.

42. Cet écart se situe très près du seuil de signification pour les comparaisons multiples. Il est toutefois significatif au seuil de 5 %.

43. Dans le modèle avec une seule variable indépendante (statut tabagique) et le modèle comprenant les facteurs suivants : sexe, âge, revenu du ménage, scolarité, composition du ménage, perception de l'état de santé, hypertension, diabète, statut pondéral, activité physique de loisir, consommation élevée d'alcool.

CHAPITRE 7 : DISCUSSION ET ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR L'ACTION

Au terme de cette étude, il convient de rappeler certains des grands constats dégagés et de proposer quelques réflexions relatives aux actions à poursuivre ou à entreprendre pour prévenir le tabagisme dans la population nord-côtière.

7.1 TAUX DE TABAGISME SUR LA CÔTE-NORD

Les résultats de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 montrent que la proportion d'usagers de la cigarette demeure importante dans la région puisque environ le quart (25 %) de la population adulte affirme fumer la cigarette sur une base quotidienne ou occasionnelle. Certains progrès sont cependant observés depuis 2005 chez les 18 à 74 ans⁴⁴. En effet, le pourcentage de fumeurs est passé de 32 % à 26 %. Cette amélioration significative est due à la diminution de la proportion de fumeuses (de 32 % à 24 %). Chez les hommes, la prévalence du tabagisme suit aussi une tendance à la baisse, mais non significative au plan statistique (de 31 % à 28 %) (figure 2).

Particularité intéressante : la consommation quotidienne de cigarettes a fléchi significativement chez les femmes de 18 à 74 ans entre 2005 et 2010 (26 % c. 18 %), alors que l'usage occasionnel n'a pratiquement pas changé (6 % environ). Chez les hommes du même âge, la proportion de fumeurs quotidiens s'est stabilisée autour de 22 %, tandis que les fumeurs occasionnels étaient proportionnellement moins nombreux en 2010 qu'en 2005 (6 % c. 9 %) (figure 3).

Les données nord-côtières font aussi ressortir des disparités selon l'âge. Dans l'ensemble de la région, la proportion de fumeurs chez les 30 à 44 ans (29 %) surpasse de manière significative celle enregistrée dans les autres groupes d'âge (24 %). En contrepartie, les personnes de 65 ans et plus sont, en proportion, les moins nombreuses à fumer (12 % c. 28 %) (figure 5).

Pour l'ensemble de la population nord-côtière, les analyses statistiques multivariées ont permis de montrer que le tabagisme est significativement associé avec l'âge, certains facteurs socioéconomiques, la composition du ménage, le statut pondéral, l'activité physique, la consommation abusive d'alcool ainsi qu'avec une insatisfaction vis-à-vis la vie en général (tableau A1). Chez les hommes, de tels modèles statistiques identifient sept variables : l'âge, le revenu du ménage, la scolarité, le type de ménage, l'hypertension, l'embonpoint/obésité et l'activité physique de loisir (tableau A2). Dans le cas des femmes, on en relève quatre : âge, scolarité, statut pondéral et activité physique de loisir (tableau A3).

7.2 PROFIL DE CONSOMMATION DE TABAC

L'habitude de fumer commence tôt dans la vie. Les résultats régionaux de l'enquête montrent qu'environ 49 % des fumeurs quotidiens ont commencé à fumer tous les jours lorsqu'ils étaient âgés entre 15 et 19 ans; l'âge moyen se situant vers 17 ans. Or, il est plus que probable que ces Nord-Côtiers ont amorcé leur consommation de cigarettes en fumant de façon sporadique et non pas nécessairement à tous les jours. L'enquête ne permet toutefois pas de déterminer vers quel âge ils ont commencé à le faire de façon occasionnelle ou à quel moment ils seraient passés d'une consommation irrégulière à un usage régulier de tabac.

L'ESCN 2010 ne visait pas la population de moins de 18 ans. Cependant, l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 (EQSJS) fournit des informations sur le taux de tabagisme, en lien avec la consommation de cigarettes, chez les jeunes nord-côtiers aux études secondaires. En 2010-2011, environ 6 % des élèves nord-côtiers du secondaire ont indiqué fumer la cigarette sur une base quotidienne et 2,9 % de façon occasionnelle. Par conséquent, la proportion de fumeurs actuels s'établit à environ 9 % comparativement à 7 %

44. Rappelons que la comparaison avec les éditions antérieures de l'enquête n'est possible que pour ce groupe d'âge, puisque les personnes de 75 ans et plus ne faisaient alors pas partie du champ d'observation.

pour ceux de l'ensemble du Québec. Cet écart entre la Côte-Nord et l'ensemble du Québec, bien que mince, s'avère significatif au plan statistique. Cette différence s'explique par la situation observée chez les filles : celles de la Côte-Nord sont plus nombreuses, en proportion, à fumer de façon régulière ou occasionnelle que celles du Québec (10 % c. 7 %). Par ailleurs, les élèves nord-côtiers fréquentant les trois premières années du secondaire ne se démarquent pas significativement de ceux du Québec. En revanche, en 4^e et 5^e secondaire, les fumeurs actuels sont proportionnellement plus nombreux sur la Côte-Nord qu'au Québec (respectivement 14 % c. 9 % et 15 % c. 11 %) (données non présentées).

L'EQSJS a l'avantage de fournir des informations relatives à l'âge où les jeunes ont commencé à fumer. D'après les données régionales, en 2010-2011, environ 12 % de tous les élèves du secondaire, âgés de 13 ans et plus, ont fumé leur première cigarette avant l'âge de 13 ans. Cette proportion surpasse significativement celle du Québec (8 %). La différence entre la Côte-Nord et le Québec se vérifie autant chez les garçons (11 % c. 8 %) que chez les filles (13 % c. 8 %). On ne détecte toutefois pas de variations selon les sexes sur la Côte-Nord (garçons : 11 %; filles : 13 %) ou au Québec (8 % dans les deux cas).

Pour en revenir à la population adulte nord-côtière, bon nombre de fumeurs quotidiens affirment avoir cette habitude depuis longtemps. En effet, environ 45 % d'entre eux fument sur une base quotidienne depuis 30 ans et plus.

Par ailleurs, environ 4 % des fumeurs quotidiens se classent dans la catégorie des grands fumeurs (plus de 25 cigarettes par jour). La majorité des fumeurs réguliers (68 %) rapporte un niveau de consommation modéré ou élevé, soit 11 cigarettes et plus par jour. Selon l'EQSJS, parmi les jeunes nord-côtiers qui fument tous les jours (6 % des jeunes du secondaire), environ 28 % affirment avoir fumé plus de 10 cigarettes en moyenne quotidiennement dans les 30 jours précédant l'enquête. Cette proportion se compare à celle enregistrée au Québec (26 %). Pour chacun des niveaux du secondaire, les données ne permettent pas de détecter, chez les fumeurs quotidiens, des écarts statistiques entre la Côte-Nord et le Québec, hormis la 5^e secondaire où on en dénombre proportionnellement plus sur la Côte-Nord qu'au Québec (*37 % c. 19 %) (données non présentées).

7.3 TABAC ET GROSSESSE

D'un point de vue de santé publique, le tabagisme des femmes enceintes demeure une préoccupation constante puisque l'usage de tabac durant la grossesse augmente les risques d'issue défavorables pour le bébé. Même si les effets néfastes de l'usage du tabac pendant la grossesse sont connus et diffusés, il n'en demeure pas moins que cette habitude demeure ancrée chez un nombre quand même assez substantiel de femmes.

Les résultats régionaux de l'ESCN 2010 révèlent que, chez les 18 à 44 ans, environ *14 % des Nord-Côtières enceintes au moment de l'enquête ou qui l'ont été dans les cinq années antérieures rapportent avoir fait usage de tabac durant leur dernière grossesse.

La petite taille de l'échantillon nord-côtier n'a pas permis d'analyser les principales caractéristiques associées au fait que certaines femmes nord-côtières fument pendant leur grossesse. Il a été mentionné cependant que, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010, le taux de tabagisme pendant la grossesse était significativement plus haut chez les femmes à faible statut socioéconomique. Il s'avérait aussi plus élevé chez celles qui n'avaient pas de médecin régulier, chez celles ayant une perception défavorable de leur santé en général et celles ayant déclaré au moins un problème de santé mentale^[58].

Dans une recherche menée auprès de femmes enceintes québécoises provenant de milieux défavorisés et plus favorisés, Louise Guyon et des collègues^[73] rapportent que pratiquement toutes les femmes interrogées tenaient des propos démontrant une certaine conscientisation des effets nuisibles du tabac sur la grossesse. Néanmoins, les effets du tabagisme et les dangers de la fumée secondaire semblaient moins bien compris. Ces connaissances s'avéraient plutôt vagues chez les deux groupes de femmes, même si les femmes provenant de milieux plus aisés semblaient manifester des connaissances un peu plus précises. En outre, les femmes n'auraient pas la même perception du risque encouru du fait de fumer pendant la grossesse. Celles qui vivent dans des milieux moins

nantis seraient davantage portées à se baser sur les opinions des autres femmes de leur entourage, plutôt qu'à s'en remettre aux avis des professionnels de la santé.

Guyon et des collègues estiment que les femmes enceintes sont exposées à une multitude de « conseils » sur les comportements à adopter ou à ne pas adopter durant leur grossesse, notamment au regard des habitudes de vie. Il se pourrait donc qu'elles aient de la difficulté à les hiérarchiser. Ces femmes seraient davantage sujettes à le faire en se fondant sur leurs propres comportements et sur ceux de leur entourage plutôt que sur des faits et sur des connaissances scientifiques. Le message rattaché aux dangers du tabagisme pendant la grossesse se perd alors dans l'ensemble des autres messages qu'elles reçoivent.

Enfin, selon ces chercheuses, « [l']influence du milieu, particulièrement celle du partenaire et de la famille immédiate [...] devrait constituer une piste dans l'élaboration des messages et des programmes destinés aux femmes enceintes » (p. 130). En termes de prévention, les auteures estiment que les messages préventifs destinés aux femmes enceintes devraient éviter de multiplier les directives et les interdits pour ne pas induire une banalisation des comportements à risque (p. 135).

7.4 PRÉVENTION DU TABAGISME ET OBJECTIF DE RÉDUCTION

Le *Plan d'action régional et local de santé publique 2009-2010 Côte-Nord* (PAR-PAL) visait à abaisser de 32 % à 20 % la proportion de fumeurs réguliers et occasionnels dans la région nord-côtière⁴⁵. Cet objectif n'a pas été atteint compte tenu, rappelons-le, que le taux de tabagisme en 2010 chez les Nord-Côtiers se situe à 25 % au sein de la population adulte de 18 ans et plus et à 26 % chez les 18 à 74 ans.

Chez les 18 à 29 ans, l'objectif déterminé par le PAR-PAL était d'abaisser le taux de tabagisme de 40 % à 30 %. Or, d'après les données de l'ESCN 2010, cet objectif a été atteint puisque la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels dans cette tranche d'âge se chiffrait à 29 % environ (tableau 3A).

Le PAR-PAL n'a pas d'objectif spécifique au regard de l'exposition des non-fumeurs à la fumée de cigarette à l'intérieur de leur domicile. Il est utile de mentionner toutefois qu'on assiste, chez les 18 à 74 ans, à une diminution de la proportion de non-fumeurs qui affirment être en contact journallement à la fumée secondaire : de 17 % en 2005 à 9 % en 2010. Si on inclut toutefois les usagers du tabac, l'objectif du PAR-PAL était de réduire de 37 % à 25 % la proportion des Nord-Côtiers exposés, chaque jour, à la fumée de cigarette dans leur domicile. Qu'en est-il de la situation en 2010? D'après les résultats de l'enquête, cette proportion se chiffre à 19 % chez les 18 à 74 ans et à 18 % si on considère l'ensemble de la population adulte régionale. En ce sens, l'objectif déterminé par le PAR-PAL est rencontré (données non présentées).

Dans la même optique, l'objectif de réduction de l'exposition à la fumée secondaire dans un véhicule, spécifié dans le PAR-PAL, ne vise pas spécifiquement les non-fumeurs. Toutefois, mentionnons que, en 2005, environ 16 % des non-fumeurs âgés de 18 à 74 ans ont déclaré être en contact, chaque jour ou presque, avec la fumée des autres à l'intérieur d'un véhicule au cours du mois précédant l'enquête. On assiste, en 2010, à un fléchissement significatif puisque la proportion passe à 12 % (données non présentées). Lorsqu'on inclut les fumeurs réguliers ou occasionnels, on remarque plutôt une certaine tendance à la hausse, mais non significative, de la proportion des gens qui affirment avoir été régulièrement exposés à la fumée des autres dans un véhicule privé (de 16 % à 18 %).

45. En fait, selon l'Enquête Santé Côte-Nord 2005, la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels chez les Nord-Côtiers se chiffrait à 31,6 %. Rappelons qu'il s'agit toutefois de la population de 18 à 74 ans.

7.5 ACTIONS PRÉVENTIVES

Le Plan québécois de lutte contre le tabagisme balise l'intervention de la lutte au tabagisme sous trois objectifs généraux :

- prévenir l'initiation au tabagisme. Le Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes définit les actions spécifiques à cet objectif;
- encourager et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques;
- assurer la protection des non-fumeurs contre la fumée de tabac dans l'environnement.

L'actualisation de ces objectifs au plan régional passe par les activités de sept centres d'abandon du tabagisme qui desservent la Côte-Nord dans chacun des centres de santé et de services sociaux. Plusieurs campagnes promotionnelles sont également déployées sur le territoire, principalement la Semaine pour un Québec sans tabac, le Défi j'arrête, j'y gagne et la Famille sans fumée. Finalement, chaque année, des projets de prévention du tabagisme sont animés en milieu scolaire et en maison de jeunes par le financement de projets La gang allumée.

Le maintien d'une réduction constante du tabagisme représente un défi de taille. Il sera possible par l'implication de tous les acteurs interpellés par la lutte au tabagisme, autant par les gestionnaires que les professionnels provenant de différents milieux.

Toutes ces actions se font en complémentarité avec certaines politiques publiques comme les taxes sur les cigarettes, l'interdiction de vente aux mineurs, les règles concernant l'affichage et la disponibilité du produit dans les points de vente, l'interdiction de fumer dans les endroits publics, etc. La Direction de santé publique se tient également au courant des derniers avis de santé concernant la cigarette électronique et ajustera ses interventions en conséquence.

RÉFÉRENCES

1. Monteil RA : **Tabagisme, génétique et cancer buccal.** *J Dent Que* 2005, **42** (Septembre) : 323-326.
2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I : **Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male British doctors.** *BMJ* 2004, **328** (7455) : 1519.
3. Shields M : **Cheminement vers l'abandon du tabac.** *Rapports sur la santé* 2005, **16** (3) : 23-43.
4. Therriault Y : **Portrait de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord - Maladies chroniques : le cancer et Éléments de réflexion pour l'action.** Baie-Comeau : Direction de santé publique de la Côte-Nord; 2014 : 148.
5. Johansen H, Nargundkar M, Nair C, Taylor G, elSaadany S : **Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute.** *Rapports sur la santé* 1998, **9** (4) : 19-30.
6. Wannamethee SG, Shaper AG, Perry IJ, British Regional Heart S : **Smoking as a modifiable risk factor for type 2 diabetes in middle-aged men.** *Diabetes Care* 2001, **24** (9) : 1590-1595.
7. Cho NH, Chan JC, Jang HC, Lim S, Kim HL, Choi SH : **Cigarette smoking is an independent risk factor for type 2 diabetes : a four-year community-based prospective study.** *Clin Endocrinol (Oxf)* 2009, **71** (5) : 679-685.
8. Gaedt Thorlund M, Borg Madsen M, Green A, Sjolie AK, Grauslund J : **Is smoking a risk factor for proliferative diabetic retinopathy in type 1 diabetes?** *Ophthalmologica* 2013, **230** (1) : 50-54.
9. Gambaro G, Bax G, Fusaro M, Normanno M, Manani SM, Zanella M, Dangelo A, Fedele D, Favaro S : **Cigarette smoking is a risk factor for nephropathy and its progression in type 2 diabetes mellitus.** *Diabetes, nutrition & metabolism* 2001, **14** (6) : 337-342.
10. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR : **Non-specific psychological distress, smoking status and smoking cessation : United States National Health Interview Survey 2005.** *BMC Public Health* 2011, **11** : 256.
11. Sung HY, Prochaska JJ, Ong MK, Shi Y, Max W : **Cigarette smoking and serious psychological distress : a population-based study of California adults.** *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2011, **13** (12) : 1183-1192.
12. Dube SR, Caraballo RS, Dhingra SS, Pearson WS, McClave AK, Strine TW, Berry JT, Mokdad AH : **The relationship between smoking status and serious psychological distress : findings from the 2007 Behavioral Risk Factor Surveillance System.** *International journal of public health* 2009, **54 Suppl 1** : 68-74.
13. Minov J, Karadzinska-Bislimovska J, Vasilevska K, Risteska-Kuc S, Stoleski S : **Effects of passive smoking at work on respiratory symptoms, lung function, and bronchial responsiveness in never-smoking office cleaning women.** *Arh Hig Rada Toksikol* 2009, **60** (3) : 327-334.
14. Chatzimicael A, Tsalkidis A, Cassimos D, Gardikis S, Spathopoulos D, Tripsianis GA, Kambouri K, Aivazis V, Vaos G, Bouros D : **Effect of passive smoking on lung function and respiratory infection.** *Indian J Pediatr* 2008, **75** (4) : 335-340.
15. Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Toren K, Burney P, European Community Respiratory Health S : **Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function, and total serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey : a cross-sectional study.** *Lancet* 2001, **358** (9299) : 2103-2109.
16. Shiue I : **Modeling the effects of indoor passive smoking at home, work, or other households on adult cardiovascular and mental health : the Scottish Health Survey, 2008-2011.** *Int J Environ Res Public Health* 2014, **11** (3) : 3096-3107.
17. Metsios GS, Flouris AD, Angioi M, Koutedakis Y : **Passive smoking and the development of cardiovascular disease in children : a systematic review.** *Cardiol Res Pract* 2010, **2011**.
18. Vardavas CI, Panagiotakos DB : **The causal relationship between passive smoking and inflammation on the development of cardiovascular disease: a review of the evidence.** *Inflammation & allergy drug targets* 2009, **8** (5) : 328-333.
19. Minicucci MF, Azevedo PS, Paiva SA, Zornoff LA : **Cardiovascular remodeling induced by passive smoking.** *Inflammation & allergy drug targets* 2009, **8** (5) : 334-339.
20. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J, Popova S, Sarnocinska-Hart A, Taylor B, Adlaf E : **The Costs of Substance Abuse in Canada 2002.** 2006.

21. Wong SL, Shields M, Leatherdale S, Malaisson E, Hammond D : **Évaluation de la validité de la situation d'usage du tabac autodéclarée.** *Rapports sur la santé* 2012, **23** (1) : 1-9.
22. Aalbers J : **Update on smoking cessation techniques.** *Cardiovasc J Afr* 2010, **21** (5) : 289-290.
23. Chen J, Millar WJ : **Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune?** *Rapports sur la santé* 1998, **9** (4) : 39-48.
24. Stephens M, Siroonian J : **L'habitude de fumer et les tentatives de s'en défaire.** *Rapports sur la santé* 1998, **9** (4) : 31-38.
25. Berny C, Boyer J-C, Capolaghi B, de l'Homme G, Desch G, Garelik D, Hayder R, Houdret N, Jacob N, Koskas T : **Les marqueurs spécifiques du tabagisme.** *Ann Biol Clin (Paris)* : 2002; 2002 : 263-272.
26. Institut de la statistique du Québec, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : **Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 1.1, 2.1, 3.1 et 2007-2008.** Québec : Gouvernement du Québec; 2011 : 103.
27. Institut national de santé publique du Québec : **Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) à l'Infocentre de santé publique.** Québec : Gouvernement du Québec; 2013 : 171.
28. Hill C, Laplanche A : **Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques.** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2003, **22-23** (Mai) : 98-100.
29. Tong EK, Ong MK, Vittinghoff E, Perez-Stable EJ : **Nondaily smokers should be asked and advised to quit.** *Am J Prev Med* 2006, **30** (1) : 23-30.
30. Leatherdale ST, Shields M : **Smoking cessation : intentions, attempts and techniques.** *Health Rep* 2009, **20** (3) : 31-39.
31. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC : **In search of how people change. Applications to addictive behaviors.** *Am Psychol* 1992, **47** (9) : 1102-1114.
32. Shields M : **Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette.** *Rapports sur la santé* 2007, **18** (3) : 9-26.
33. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE : **The transtheoretical model and the stages of change.** *Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice* edn. Edited by Glantz SA, Rimer KB, Lewis FM. San Francisco : Jossey-Bass; 2002 : 99-120.
34. Badlissi D, Guillemette A, Fadin A : **Prématurité et petit poids à la naissance : les effets du tabagisme actif et passif durant la grossesse.** *Revue canadienne de santé publique* 2001, **92** (4) : 272-275.
35. Erickson AC, Arbour LT : **Heavy smoking during pregnancy as a marker for other risk factors of adverse birth outcomes : a population-based study in British Columbia, Canada.** *BMC Public Health* 2012, **12** : 102.
36. Oster G, Delea TE, Colditz GA : **Maternal smoking during pregnancy and expenditures on neonatal health care.** *Am J Prev Med* 1988, **4** (4) : 216-219.
37. Ko TJ, Tsai LY, Chu LC, Yeh SJ, Leung C, Chen CY, Chou HC, Tsao PN, Chen PC, Hsieh WS : **Parental smoking during pregnancy and its association with low birth weight, small for gestational age, and preterm birth offspring : a birth cohort study.** *Pediatr Neonatol* 2014, **55** (1) : 20-27.
38. Lin YJ : **Low birth weight, preterm births, and intrauterine growth retardation in relation to parental smoking during pregnancy.** *Pediatr Neonatol* 2014, **55** (1) : 3-4.
39. Fenercioglu AK, Yildirim G, Karatekin G, Goker N : **The relationship of gestational smoking with pregnancy complications and sociodemographic characteristics of mothers.** *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2009, **10** (3) : 148-151.
40. Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, Eskenazi B, Bernert JT, Jr., Graham S, Pearl M, Pirkle J : **Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome.** *Epidemiology* 2004, **15** (6) : 660-670.
41. Alverson CJ, Strickland MJ, Gilboa SM, Correa A : **Maternal smoking and congenital heart defects in the Baltimore-Washington Infant Study.** *Pediatrics* 2011, **127** (3) : e647-653.
42. Lee LJ, Lupo PJ : **Maternal smoking during pregnancy and the risk of congenital heart defects in offspring : a systematic review and metaanalysis.** *Pediatr Cardiol* 2013, **34** (2) : 398-407.
43. DiFranza JR, Lew RA : **Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome.** *J Fam Pract* 1995, **40** (4) : 385-394.
44. McDonnell-Naughton M, McGarvey C, O'Regan M, Matthews T : **Maternal smoking and alcohol consumption during pregnancy as risk factors for sudden infant death.** *Ir Med J* 2012, **105** (4) : 105-108.

45. Pollack HA : **Sudden infant death syndrome, maternal smoking during pregnancy, and the cost-effectiveness of smoking cessation intervention.** *Am J Public Health* 2001, **91** (3) : 432-436.
46. Schlaud M, Kleemann WJ, Poets CF, Sens B : **Smoking during pregnancy and poor antenatal care: two major preventable risk factors for sudden infant death syndrome.** *Int J Epidemiol* 1996, **25** (5) : 959-965.
47. Schoendorf KC, Kiely JL : **Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy.** *Pediatrics* 1992, **90** (6) : 905-908.
48. Langley K, Heron J, Smith GD, Thapar A : **Maternal and paternal smoking during pregnancy and risk of ADHD symptoms in offspring : testing for intrauterine effects.** *Am J Epidemiol* 2012, **176** (3) : 261-268.
49. Ellis LC, Berg-Nielsen TS, Lydersen S, Wichstrom L : **Smoking during pregnancy and psychiatric disorders in preschoolers.** *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012, **21** (11) : 635-644.
50. Obel C, Linnet KM, Henriksen TB, Rodriguez A, Jarvelin MR, Kotimaa A, Moilanen I, Ebeling H, Bilenberg N, Taanila A *et al* : **Smoking during pregnancy and hyperactivity-inattention in the offspring--comparing results from three Nordic cohorts.** *Int J Epidemiol* 2009, **38** (3) : 698-705.
51. Langley K, Holmans PA, van den Bree MB, Thapar A : **Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and associated antisocial behaviour : investigation in a clinical sample.** *BMC Psychiatry* 2007, **7** : 26.
52. Langley K, Rice F, van den Bree MB, Thapar A : **Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review.** *Minerva Pediatr* 2005, **57** (6) : 359-371.
53. Yoshimasu K, Kiyohara C, Minami T, Yoshikawa N, Kihira S, Toyonaga K, Yamamoto A, Shinosaki K, Yamashita H, Miyashita K *et al* : **Maternal smoking during pregnancy and offspring attention-deficit/hyperactivity disorder : a case-control study in Japan.** *Atten Defic Hyperact Disord* 2009, **1** (2) : 223-231.
54. Clifford A, Lang L, Chen R : **Effects of maternal cigarette smoking during pregnancy on cognitive parameters of children and young adults: a literature review.** *Neurotoxicol Teratol* 2012, **34** (6) : 560-570.
55. D'Onofrio BM, Van Hulle CA, Goodnight JA, Rathouz PJ, Lahey BB : **Is maternal smoking during pregnancy a causal environmental risk factor for adolescent antisocial behavior? Testing etiological theories and assumptions.** *Psychol Med* 2012, **42** (7) : 1535-1545.
56. Taylor AE, Howe LD, Heron JE, Ware JJ, Hickman M, Munafo MR : **Maternal smoking during pregnancy and offspring smoking initiation : assessing the role of intrauterine exposure.** *Addiction* 2014.
57. Buka SL, Shenassa ED, Niaura R : **Elevated risk of tobacco dependence among offspring of mothers who smoked during pregnancy: a 30-year prospective study.** *Am J Psychiatry* 2003, **160** (11) : 1978-1984.
58. Cui Y, Shooshtari S, Forget EL, Clara I, Cheung KF : **Smoking during pregnancy : findings from the 2009-2010 Canadian Community Health Survey.** *PLoS One* 2014, **9** (1) : e84640.
59. England LJ, Grauman A, Qian C, Wilkins DG, Schisterman EF, Yu KF, Levine RJ : **Misclassification of maternal smoking status and its effects on an epidemiologic study of pregnancy outcomes.** *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2007, **9** (10) : 1005-1013.
60. Millar WJ, Hill G : **Grossesse et usage du tabac.** *Rapports sur la santé* 2004, **15** (4) : 55-58.
61. Guyon L, Chayer L, Audet C, April N, De Koninck M : **Prévention du tabagisme chez les femmes enceintes.** Institut national de santé publique du Québec; 2008 : 20.
62. Heaman M, Lindsay J, Kaczorowski J : **Chapitre 10 Usage du tabac.** *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité.* Agence de la santé publique du Canada; 2009 : 82-87.
63. Goel P, Radotra A, Singh I, Aggarwal A, Dua D : **Effects of passive smoking on outcome in pregnancy.** *J Postgrad Med* 2004, **50** (1) : 12-16.
64. Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO, Sjoberg NO, Marsal K : **Does passive smoking in early pregnancy increase the risk of small-for-gestational-age infants?** *Am J Public Health* 1998, **88** (10) : 1523-1527.
65. Meeker JD, Missmer SA, Cramer DW, Hauser R : **Maternal exposure to second-hand tobacco smoke and pregnancy outcome among couples undergoing assisted reproduction.** *Hum Reprod* 2007, **22** (2) : 337-345.
66. Meeker JD, Missmer SA, Vitonis AF, Cramer DW, Hauser R : **Risk of spontaneous abortion in women with childhood exposure to parental cigarette smoke.** *Am J Epidemiol* 2007, **166** (5) : 571-575.
67. Benedict MD, Missmer SA, Vahratian A, Berry KF, Vitonis AF, Cramer DW, Meeker JD : **Secondhand tobacco smoke exposure is associated with increased risk of failed implantation and reduced IVF success.** *Hum Reprod* 2011, **26** (9) : 2525-2531.

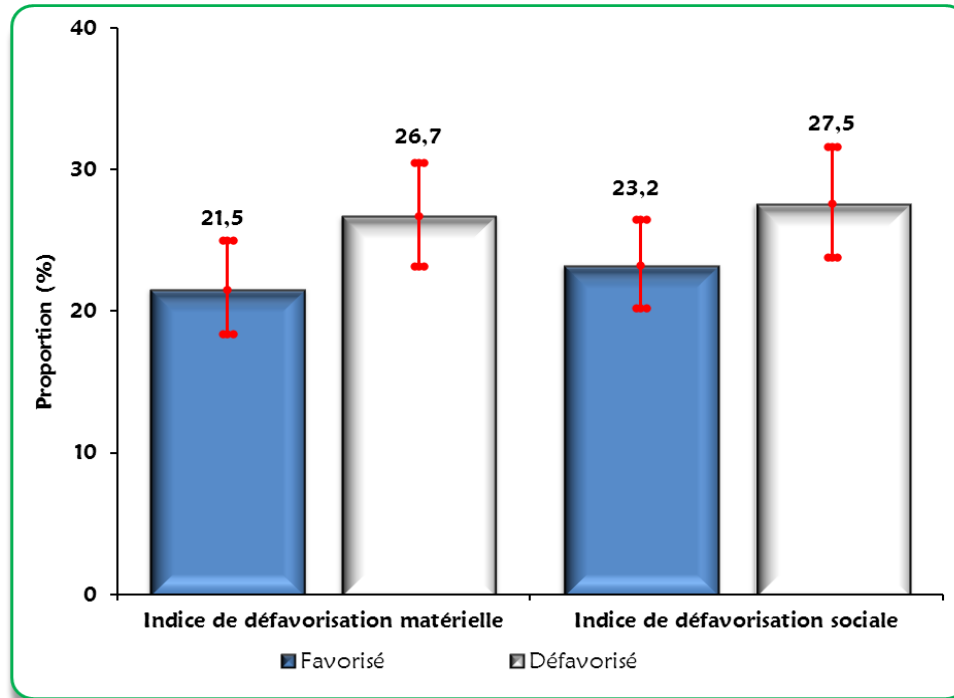
68. Hyland A, Piazza KM, Hovey KM, Ockene JK, Andrews CA, Rivard C, Wactawski-Wende J : **Associations of lifetime active and passive smoking with spontaneous abortion, stillbirth and tubal ectopic pregnancy : a cross-sectional analysis of historical data from the Women's Health Initiative.** *Tob Control* 2014.
69. Fantuzzi G, Aggazzotti G, Righi E, Facchinetti F, Bertucci E, Kanitz S, Barbone F, Sansebastiano G, Battaglia MA, Leoni V *et al* : **Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy : a case-control study from Italy.** *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007, **21** (3) : 194-200.
70. Fantuzzi G, Vaccaro V, Aggazzotti G, Righi E, Kanitz S, Barbone F, Sansebastiano G, Battaglia MA, Leoni V, Fabiani L *et al* : **Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term.** *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008, **21** (9) : 643-647.
71. Hrubá D, Kachlik P : **Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birthweight in newborns.** *Cent Eur J Public Health* 2000, **8** (4) : 249-252.
72. Fried PA : **Incidences de l'usage du tabac pendant la grossesse sur le développement de l'enfant.** *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet]*. Edited by Tremblay RE, Barr RG, Peters RD. Montréal; 2002 : 1-5.
73. Guyon L, Audet C, April N, De Koninck M : **Tabagisme et grossesse. Représentations sociales chez des mères québécoises.** *Drogues, santé et société* 2007, **6** (1) : 105.



ANNEXES



Figure A1 : Consommation quotidienne ou occasionnelle de cigarettes selon l'indice régional de défavorisation matérielle et sociale, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010



Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord.

Compilation : Yves Therriault, Service de prévention et promotion de la santé, surveillance et évaluation.

■ Intervalle de l'estimation au niveau de confiance de 95 %. Il s'agit d'une étendue de valeurs dans laquelle se situe, 19 fois sur 20, la valeur réelle du paramètre que l'on cherche à estimer dans la population.

Tableau A1 : Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le statut de fumeur quotidien ou occasionnel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010

Caractéristique	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé ^{††}	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe				
Homme	1,2	[1,0 ; 1,5]	1,1	[0,9 ; 1,4]
Femme [†]	1,0	...	1,0	...
Âge				
18 à 29 ans	3,0	[2,1 ; 4,4]	5,8	[3,5 ; 9,6]
30 à 44 ans	3,2	[2,3 ; 4,3]	6,0	[3,9 ; 9,3]
45 à 64 ans	2,7	[2,0 ; 3,7]	4,2	[2,9 ; 5,9]
65 ans et plus [†]	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage				
Moins de 20 000 \$	2,3	[1,7 ; 3,2]	1,8	[1,1 ; 2,8]
20 000 \$ à 39 999 \$	1,6	[1,2 ; 2,1]	1,5	[1,1 ; 2,1]
40 000 \$ à 59 999 \$	1,7	[1,2 ; 2,2]	1,5	[1,1 ; 2,1]
60 000 \$ à 79 999 \$	1,4	[1,0 ; 1,9]	1,2	[0,9 ; 1,7]
80 000 \$ et plus [†]	1,0	...	1,0	...
Scolarité				
Moins d'un 5 ^e secondaire	2,8	[1,9 ; 4,0]	2,9	[1,8 ; 4,6]
Diplôme d'études secondaires	2,8	[2,0 ; 4,0]	2,5	[1,6 ; 3,8]
Diplôme d'études collégiales	2,0	[1,4 ; 2,9]	1,7	[1,1 ; 2,5]
Diplôme universitaire [†]	1,0	...	1,0	...
Type de ménage				
Personne seule	1,8	[1,4 ; 2,3]	1,7	[1,2 ; 2,3]
Couple sans enfant à la maison [†]	1,0	...	1,0	...
Couple avec enfant à la maison	1,0	[0,8 ; 1,3]	0,7	[0,5 ; 1,0]
Famille monoparentale	2,0	[1,4 ; 2,9]	1,2	[0,8 ; 1,9]
Autre type de ménage	2,6	[1,7 ; 3,9]	1,8	[1,0 ; 3,1]
Perception de l'état de santé				
Excellent, très bon, bon [†]	1,0	...	1,0	...
Passable, mauvais	1,6	[1,3 ; 2,1]	1,2	[0,8 ; 1,7]
Perception de la santé mentale				
Excellente, très bonne, bonne [†]	1,0	...	1,0	...
Passable, mauvaise	1,9	[1,2 ; 3,0]	0,8	[0,4 ; 1,5]
Perception du stress quotidien				
Peu ou pas stressé(e) [†]	1,0	...	1,0	...
Assez ou très stressé(e)	1,4	[1,1 ; 1,7]	1,2	[0,9 ; 1,6]
Satisfaction au regard de la vie				
Satisfait(e) ou très satisfait(e)	0,7	[0,4 ; 1,2]	1,0	[0,5 ; 1,9]
Ni satisfait(e), ni insatisfait(e) [†]	1,0	...	1,0	...
Insatisfait(e) ou très insatisfait(e)	2,5	[1,2 ; 5,3]	2,4	[1,0 ; 5,8]
Détresse psychologique				
Niveau faible à modéré [†]	1,0	...	1,0	...
Niveau élevé	1,6	[1,3 ; 2,0]	1,1	[0,8 ; 1,4]
Hypertension				
Oui	0,6	[0,5 ; 0,8]	0,8	[0,6 ; 1,0]
Non [†]	1,0	...	1,0	...
Asthme				
Oui	1,5	[1,1 ; 2,0]	1,1	[0,8 ; 1,6]
Non [†]	1,0	...	1,0	...
Embonpoint/Obésité				
Oui (IMC ≥ 25,0)	0,7	[0,6 ; 0,8]	0,7	[0,5 ; 0,9]
Non (IMC < 25,0) [†]	1,0	...	1,0	...
Activité physique de loisir				
Sédentaire	1,8	[1,5 ; 2,2]	1,7	[1,3 ; 2,2]
Actif [†]	1,0	...	1,0	...
Consommation élevée d'alcool				
Oui	1,5	[1,2 ; 1,9]	1,3	[1,0 ; 1,7]
Non [†]	1,0	...	1,0	...

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

† Renvoi à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des cotes est toujours de 1,0.

†† Corrigé pour tenir compte de l'effet simultané des 14 autres variables (facteurs) dans le modèle.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

Note : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1.

Tableau A2 : Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques des hommes nord-côtiers et le statut de fumeur quotidien ou occasionnel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010

Caractéristique	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé ^{††}	Intervalle de confiance de 95 %
Âge				
18 à 29 ans	2,3	[1,3 ; 4,0]	3,7	[1,8 ; 7,7]
30 à 44 ans	2,9	[1,8 ; 4,6]	5,5	[3,0 ; 10,2]
45 à 64 ans	2,3	[1,5 ; 3,4]	3,4	[2,1 ; 5,6]
65 ans et plus [†]	1,0	---	1,0	---
Revenu du ménage				
Moins de 20 000 \$	3,0	[1,8 ; 5,1]	2,1	[1,1 ; 4,3]
20 000 \$ à 39 999 \$	1,9	[1,2 ; 2,8]	1,7	[1,0 ; 2,9]
40 000 \$ à 59 999 \$	1,9	[1,2 ; 2,9]	1,9	[1,2 ; 3,0]
60 000 \$ à 79 999 \$	1,6	[1,0 ; 2,5]	1,4	[0,9 ; 2,3]
80 000 \$ et plus [†]	1,0	---	1,0	---
Scolarité				
Moins d'un 5 ^e secondaire	2,2	[1,3 ; 3,7]	2,1	[1,0 ; 4,2]
Diplôme d'études secondaires	2,1	[1,2 ; 3,4]	1,7	[0,9 ; 3,3]
Diplôme d'études collégiales	1,5	[0,9 ; 2,6]	1,1	[0,6 ; 2,2]
Diplôme universitaire [†]	1,0	---	1,0	---
Type de ménage				
Personne seule	2,4	[1,6 ; 3,4]	2,0	[1,3 ; 3,0]
Couple sans enfant à la maison [†]	1,0	---	1,0	---
Couple avec enfant à la maison	1,0	[0,7 ; 1,5]	0,7	[0,4 ; 1,2]
Famille monoparentale	1,7	[0,9 ; 3,3]	1,0	[0,5 ; 2,1]
Autre type de ménage	3,5	[1,9 ; 6,6]	2,0	[0,9 ; 4,4]
Perception de l'état de santé				
Excellent, très bon, bon [†]	1,0	---	1,0	---
Passable, mauvais	1,7	[1,1 ; 2,5]	1,1	[0,7 ; 1,8]
Perception de la santé mentale				
Excellente, très bonne, bonne [†]	1,0	---	1,0	---
Passable, mauvaise	2,0	[1,0 ; 4,0]	1,2	[0,5 ; 3,0]
Perception du stress quotidien				
Peu ou pas stressé [†]	1,0	---	1,0	---
Assez ou très stressé	1,4	[1,0 ; 2,0]	1,3	[0,9 ; 2,0]
Satisfaction au regard de la vie				
Satisfait ou très satisfait	0,8	[0,3 ; 1,6]	1,0	[0,4 ; 2,5]
Ni satisfait, ni insatisfait [†]	1,0	---	1,0	---
Insatisfait ou très insatisfait	3,1	[1,1 ; 9,3]	2,8	[0,8 ; 9,7]
Détresse psychologique				
Niveau faible à modéré [†]	1,0	---	1,0	---
Niveau élevé	1,3	[0,9 ; 1,8]	0,8	[0,5 ; 1,2]
Hypertension				
Oui	0,6	[0,4 ; 0,8]	0,7	[0,4 ; 1,0]
Non [†]	1,0	---	1,0	---
Asthme				
Oui	1,4	[0,9 ; 2,3]	1,1	[0,6 ; 1,9]
Non [†]	1,0	---	1,0	---
Embonpoint/Obésité				
Oui (IMC ≥ 25,0)	0,6	[0,4 ; 0,8]	0,7	[0,5 ; 1,0]
Non (IMC < 25,0) [†]	1,0	---	1,0	---
Activité physique de loisir				
Sédentaire	1,9	[1,4 ; 2,5]	1,7	[1,2 ; 2,5]
Actif [†]	1,0	---	1,0	---
Consommation élevée d'alcool				
Oui	1,3	[0,9 ; 1,7]	1,3	[0,9 ; 1,9]
Non [†]	1,0	---	1,0	---

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

[†] Renvoi à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des cotes est toujours de 1,0.

^{††} Corrigé pour tenir compte de l'effet simultané des 13 autres variables (facteurs) dans le modèle.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

Note : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1.

Tableau A3 : Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques des femmes nord-côtières et le statut de fumeuse quotidienne ou occasionnelle, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010

Caractéristique	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé ^{††}	Intervalle de confiance de 95 %
Âge				
18 à 29 ans	4,1	[2,5 ; 6,8]	11,2	[5,6 ; 22,3]
30 à 44 ans	3,4	[2,2 ; 5,3]	7,0	[3,9 ; 12,9]
45 à 64 ans	3,4	[2,3 ; 5,1]	5,5	[3,3 ; 9,0]
65 ans et plus [†]	1,0	---	1,0	---
Revenu du ménage				
Moins de 20 000 \$	2,0	[1,3 ; 3,0]	1,3	[0,7 ; 2,3]
20 000 \$ à 39 999 \$	1,4	[1,0 ; 2,0]	1,0	[0,6 ; 1,7]
40 000 \$ à 59 999 \$	1,4	[0,9 ; 2,1]	1,1	[0,7 ; 1,8]
60 000 \$ à 79 999 \$	1,0	[0,7 ; 1,6]	1,0	[0,6 ; 1,6]
80 000 \$ et plus [†]	1,0	---	1,0	---
Scolarité				
Moins d'un 5 ^e secondaire	3,5	[2,2 ; 5,7]	4,4	[2,4 ; 8,0]
Diplôme d'études secondaires	3,8	[2,4 ; 6,2]	3,7	[2,2 ; 6,4]
Diplôme d'études collégiales	2,7	[1,7 ; 4,3]	2,4	[1,4 ; 4,0]
Diplôme universitaire [†]	1,0	---	1,0	---
Type de ménage				
Personne seule	1,2	[0,9 ; 1,7]	1,5	[1,0 ; 2,3]
Couple sans enfant à la maison [†]	1,0	---	1,0	---
Couple avec enfant à la maison	1,0	[0,7 ; 1,3]	0,8	[0,5 ; 1,2]
Famille monoparentale	2,3	[1,5 ; 3,6]	1,7	[1,0 ; 3,0]
Autre type de ménage	1,8	[1,0 ; 3,2]	1,9	[0,9 ; 4,0]
Perception de l'état de santé				
Excellent, très bon, bon [†]	1,0	---	1,0	---
Passable, mauvais	1,6	[1,1 ; 2,2]	1,4	[0,8 ; 2,2]
Perception de la santé mentale				
Excellente, très bonne, bonne [†]	1,0	---	1,0	---
Passable, mauvaise	1,7	[0,9 ; 3,1]	0,6	[0,2 ; 1,3]
Perception du stress quotidien				
Peu ou pas stressée [†]	1,0	---	1,0	---
Assez ou très stressée	1,4	[1,0 ; 1,8]	1,0	[0,7 ; 1,4]
Satisfaction au regard de la vie				
Satisfaite ou très satisfaite	0,7	[0,4 ; 1,4]	1,0	[0,4 ; 2,3]
Ni satisfaite, ni insatisfaite [†]	1,0	---	1,0	---
Insatisfaite ou très insatisfaite	1,9	[0,7 ; 5,0]	2,0	[0,6 ; 6,4]
Détresse psychologique				
Niveau faible à modéré [†]	1,0	---	1,0	---
Niveau élevé	2,0	[1,5 ; 2,6]	1,3	[1,0 ; 1,9]
Hypertension				
Oui	0,7	[0,5 ; 1,0]	1,0	[0,7 ; 1,5]
Non [†]	1,0	---	1,0	---
Asthme				
Oui	1,6	[1,2 ; 2,3]	1,2	[0,8 ; 1,8]
Non [†]	1,0	---	1,0	---
Embonpoint/Obésité				
Oui (IMC ≥ 25,0)	0,7	[0,6 ; 1,0]	0,6	[0,5 ; 0,9]
Non (IMC < 25,0) [†]	1,0	---	1,0	---
Activité physique de loisir				
Sédentaire	1,8	[1,3 ; 2,3]	1,8	[1,3 ; 2,5]
Active [†]	1,0	---	1,0	---
Consommation élevée d'alcool				
Oui	1,9	[1,4 ; 2,5]	1,3	[0,9 ; 1,9]
Non [†]	1,0	---	1,0	---

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

[†] Renvoi à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des cotes est toujours de 1,0.

^{††} Corrigé pour tenir compte de l'effet simultané des 13 autres variables (facteurs) dans le modèle.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

Note : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1.

Tableau A4 : Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques des fumeurs quotidiens et le désir d'arrêter de fumer dans les six mois suivant l'Enquête Santé Côte-Nord 2010, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010

Caractéristique	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé ^{††}	Intervalle de confiance de 95 %
Revenu du ménage				
Moins de 20 000 \$	0,4	[0,2 ; 0,8]	0,5	[0,2 ; 0,9]
20 000 \$ à 39 999 \$	0,6	[0,3 ; 1,0]	0,6	[0,3 ; 1,1]
40 000 \$ à 59 999 \$	0,5	[0,3 ; 1,0]	0,6	[0,3 ; 1,1]
60 000 \$ à 79 999 \$	1,1	[0,5 ; 2,2]	1,1	[0,5 ; 2,1]
80 000 \$ et plus [†]	1,0	...	1,0	...
Diabète				
Oui	0,5	[0,3 ; 1,0]	0,6	[0,3 ; 1,2]
Non [†]	1,0	...	1,0	...
Consommation élevée d'alcool				
Oui	1,7	[1,1 ; 2,6]	1,7	[1,1 ; 2,8]
Non [†]	1,0	...	1,0	...

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

† Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des cotes est toujours de 1,0.

†† Corrigé pour tenir compte de l'effet simultané des 2 autres variables (facteurs) dans le modèle.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

Note : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1.

Tableau A5 : Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le fait de se retrouver à l'étape de la précontemplation/contemplation dans le cheminement de la cessation tabagique, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010

Caractéristique	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé ^{††}	Intervalle de confiance de 95 %
Âge				
18 à 29 ans	4,1	[2,5 ; 6,8]	5,9	[3,2 ; 10,8]
30 à 44 ans	3,8	[2,5 ; 5,7]	6,6	[3,9 ; 11,3]
45 à 64 ans	2,4	[1,6 ; 3,5]	3,2	[2,1 ; 5,0]
65 ans et plus [†]	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage				
Moins de 20 000 \$	1,8	[1,2 ; 2,7]	1,6	[0,9 ; 2,9]
20 000 \$ à 39 999 \$	1,7	[1,2 ; 2,5]	2,0	[1,3 ; 3,1]
40 000 \$ à 59 999 \$	1,5	[1,0 ; 2,2]	1,6	[1,0 ; 2,5]
60 000 \$ à 79 999 \$	1,6	[0,8 ; 1,8]	1,4	[0,9 ; 2,1]
80 000 \$ et plus [†]	1,0	...	1,0	...
Scolarité				
Moins d'un 5 ^e secondaire	1,5	[0,9 ; 2,3]	1,1	[0,6 ; 2,0]
Diplôme d'études secondaires	2,1	[1,4 ; 3,4]	1,6	[1,0 ; 2,7]
Diplôme d'études collégiales	1,2	[0,8 ; 2,0]	0,8	[0,5 ; 1,4]
Diplôme universitaire [†]	1,0	...	1,0	...
Type de ménage				
Personne seule	2,0	[1,5 ; 2,8]	1,9	[1,3 ; 2,8]
Couple sans enfant à la maison [†]	1,0	...	1,0	...
Couple avec enfant à la maison	1,4	[1,0 ; 1,9]	0,9	[0,6 ; 1,3]
Famille monoparentale	2,6	[1,6 ; 4,3]	1,3	[0,7 ; 2,5]
Autre type de ménage	3,1	[1,8 ; 5,2]	1,9	[1,0 ; 3,4]
Perception du stress quotidien				
Peu ou pas stressé(e) [†]	1,0	...	1,0	...
Assez ou très stressé(e)	1,1	[0,9 ; 1,5]	0,9	[0,6 ; 1,2]
Satisfaction au regard de la vie				
Satisfait(e) ou très satisfait(e)	0,9	[0,5 ; 1,9]	1,3	[0,6 ; 3,1]
Ni satisfait(e), ni insatisfait(e) [†]	1,0	...	1,0	...
Insatisfait(e) ou très insatisfait(e)	2,0	[0,8 ; 5,1]	2,4	[0,8 ; 7,6]
Détresse psychologique				
Niveau faible à modéré [†]	1,0	...	1,0	...
Niveau élevé	1,3	[1,0 ; 1,8]	0,9	[0,7 ; 1,3]
Hypertension				
Oui	1,0	...	1,0	...
Non [†]	0,6	[0,4 ; 0,8]	0,7	[0,5 ; 1,1]
Diabète				
Oui	0,7	[0,5 ; 1,1]	1,0	[0,6 ; 1,6]
Non [†]	1,0	...	1,0	...
Embonpoint/Obésité				
Oui (IMC ≥ 25,0)	0,6	[0,5 ; 0,8]	0,7	[0,5 ; 0,9]
Non (IMC < 25,0) [†]	1,0	...	1,0	...
Activité physique de loisir				
Sédentaire	1,8	[1,4 ; 2,3]	2,0	[1,5 ; 2,6]
Actif [†]	1,0	...	1,0	...
Consommation élevée d'alcool				
Oui	1,4	[1,1 ; 1,8]	1,2	[0,9 ; 1,6]
Non [†]	1,0	...	1,0	...

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

† Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des cotes est toujours de 1,0.

†† Corrigé pour tenir compte de l'effet simultané des 11 autres variables (facteurs) dans le modèle.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

Note : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1.

Tableau A6 : Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le fait de se retrouver à l'étape de l'action/maintien dans le cheminement de la cessation tabagique, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010

Caractéristique	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé ^{††}	Intervalle de confiance de 95 %
Âge				
18 à 29 ans	0,2	[0,1 ; 0,2]	0,1	[0,0 ; 0,1]
30 à 44 ans	0,2	[0,1 ; 0,3]	0,1	[0,1 ; 0,2]
45 à 64 ans	0,4	[0,3 ; 0,5]	0,2	[0,2 ; 0,3]
65 ans et plus [†]	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage				
Moins de 20 000 \$	0,5	[0,3 ; 0,7]	0,5	[0,3 ; 0,9]
20 000 \$ à 39 999 \$	0,7	[0,5 ; 1,0]	0,6	[0,4 ; 0,9]
40 000 \$ à 59 999 \$	0,7	[0,5 ; 1,0]	0,7	[0,5 ; 1,0]
60 000 \$ à 79 999 \$	1,6	[0,5 ; 1,1]	0,8	[0,5 ; 1,1]
80 000 \$ et plus [†]	1,0	...	1,0	...
Scolarité				
Moins d'un 5 ^e secondaire	0,5	[0,4 ; 0,8]	0,5	[0,3 ; 0,9]
Diplôme d'études secondaires	0,4	[0,3 ; 0,7]	0,5	[0,3 ; 0,9]
Diplôme d'études collégiales	0,6	[0,4 ; 0,9]	0,9	[0,5 ; 1,4]
Diplôme universitaire [†]	1,0	...	1,0	...
Type de ménage				
Personne seule	0,5	[0,4 ; 0,6]	0,5	[0,3 ; 0,7]
Couple sans enfant à la maison [†]	1,0	...	1,0	...
Couple avec enfant à la maison	0,7	[0,6 ; 1,0]	1,4	[0,9 ; 2,0]
Famille monoparentale	0,3	[0,2 ; 0,5]	0,8	[0,4 ; 1,4]
Autre type de ménage	0,3	[0,2 ; 0,4]	0,4	[0,2 ; 0,8]
Perception du stress quotidien				
Peu ou pas stressé(e) [†]	1,0	...	1,0	...
Assez ou très stressé(e)	0,7	[0,5 ; 0,9]	0,8	[0,6 ; 1,1]
Satisfaction au regard de la vie				
Satisfait(e) ou très satisfait(e)	1,3	[0,7 ; 2,3]	0,9	[0,4 ; 1,7]
Ni satisfait(e), ni insatisfait(e) [†]	1,0	...	1,0	...
Insatisfait(e) ou très insatisfait(e)	0,4	[0,2 ; 1,0]	0,3	[0,1 ; 0,7]
Détresse psychologique				
Niveau faible à modéré [†]	1,0	...	1,0	...
Niveau élevé	0,6	[0,5 ; 0,8]	1,0	[0,7 ; 1,4]
Hypertension				
Oui	1,0	...	1,0	...
Non [†]	1,9	[1,4 ; 2,4]	1,3	[1,0 ; 1,8]
Diabète				
Oui	1,7	[1,2 ; 2,4]	1,2	[0,8 ; 1,8]
Non [†]	1,0	...	1,0	...
Embonpoint/Obésité				
Oui (IMC ≥ 25,0)	1,6	[1,3 ; 2,0]	1,4	[1,0 ; 1,8]
Non (IMC < 25,0) [†]	1,0	...	1,0	...
Activité physique de loisir				
Sédentaire	0,6	[0,5 ; 0,7]	0,5	[0,4 ; 0,7]
Actif [†]	1,0	...	1,0	...
Consommation élevée d'alcool				
Oui	0,7	[0,6 ; 0,9]	1,0	[0,7 ; 1,3]
Non [†]	1,0	...	1,0	...

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

[†] Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des cotes est toujours de 1,0.

^{††} Corrigé pour tenir compte de l'effet simultané des 11 autres variables (facteurs) dans le modèle.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

Note : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1.

Tableau A7 : Rapports de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques de la population nord-côtière et le statut d'ancien fumeur quotidien ou occasionnel, population âgée de 18 ans et plus, Côte-Nord, 2010

Caractéristique	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé ^{††}	Intervalle de confiance de 95 %
Âge				
18 à 29 ans	0,3	[0,2 ; 0,4]	0,3	[0,2 ; 0,4]
30 à 44 ans	0,4	[0,3 ; 0,6]	0,5	[0,3 ; 0,7]
45 à 64 ans	1,0	[0,8 ; 1,3]	1,1	[0,8 ; 1,4]
65 ans et plus [†]	1,0	...	1,0	...
Scolarité				
Moins d'un 5 ^e secondaire	2,1	[1,6 ; 2,8]	1,5	[1,1 ; 2,1]
Diplôme d'études secondaires	1,4	[1,1 ; 1,9]	1,3	[1,0 ; 1,8]
Diplôme d'études collégiales	1,3	[0,9 ; 1,7]	1,4	[1,0 ; 1,9]
Diplôme universitaire [†]	1,0	...	1,0	...
Type de ménage				
Personne seule	0,7	[0,5 ; 0,9]	0,7	[0,6 ; 0,9]
Couple sans enfant à la maison [†]	1,0	...	1,0	...
Couple avec enfant à la maison	0,5	[0,4 ; 0,7]	0,9	[0,7 ; 1,2]
Famille monoparentale	0,5	[0,3 ; 0,7]	0,8	[0,5 ; 1,2]
Autre type de ménage	0,5	[0,3 ; 0,8]	0,7	[0,4 ; 1,1]
Perception de l'état de santé				
Excellent, très bon, bon [†]	1,0	...	1,0	...
Passable, mauvais	1,5	[1,1 ; 2,0]	1,0	[0,7 ; 1,4]
Hypertension				
Oui	1,5	[1,2 ; 1,9]	1,0	[0,8 ; 1,2]
Non [†]	1,0	...	1,0	...
Diabète				
Oui	1,8	[1,3 ; 2,5]	1,3	[0,9 ; 1,8]
Non [†]	1,0	...	1,0	...
Embonpoint/Obésité				
Oui (IMC ≥ 25,0)	1,3	[1,0 ; 1,6]	1,1	[0,8 ; 1,3]
Non (IMC < 25,0) [†]	1,0	...	1,0	...

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique de la Côte-Nord. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

[†] Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des cotes est toujours de 1,0.

^{††} Corrigé pour tenir compte de l'effet simultané des six autres variables (facteurs) dans le modèle.

--- N'ayant pas lieu de figurer.

Note : Les cotes en caractères gras indiquent une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$). Les intervalles de confiance tiennent compte de l'effet du plan de sondage. En raison de l'arrondissement des valeurs, il se peut que des différences soient significatives même si les intervalles de confiance comprennent la valeur 1.

**Tableau A8 : Non-réponse partielle aux principales variables sur le tabagisme, population âgée de 18 ans et plus,
Côte-Nord et réseaux locaux de services de la Côte-Nord, 2010
(%)**

Variable	Description de la variable	Côte-Nord	Haute-Côte-Nord	Manicouagan	Port-Carrier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Caniapiscau
SM12F	Non-fumeur, est-il un ancien fumeur (quotidien, occasionnel)?	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SMK01	Fumeur régulier, occasionnel, ou non-fumeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
SMK02	Nombre de cigarettes fumées à chaque jour	0,4	1,8	0,0	0,0	0,0	0,4	2,1	0,0
SMK04	Grossesse dans les 5 ans précédant l'enquête	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SMK05	Tabagisme par partenaire de vie lors de la dernière grossesse	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SMK08	Renoncement au tabac dans les 6 prochains mois	3,5	3,3	1,9	0,4	4,6	4,8	5,0	5,6
SMK09	Aide externe envisagée si besoin d'aide pour arrêter de fumer	7,4	10,3	8,1	9,1	5,6	4,6	8,7	4,8
SMK10	Nombre de tentatives faites pour cesser de fumer dans les 12 mois précédant l'enquête	4,1	4,7	2,7	5,1	4,0	2,4	12,9	2,2
SMK14	Aide pharmaceutique (timbres de nicotine, gommes de nicotine) pour arrêter de fumer	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
SMK15	Aide ou conseil d'un professionnel de la santé pour arrêter de fumer	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0
SMKDEBUR	Âge regroupé début consommation quotidienne du tabac	2,1	0,0	2,1	2,0	3,6	1,1	2,9	0,4
SMKENC	Tabagisme durant la dernière grossesse (femmes 18 à 44 ans)	4,7	4,6	8,1	2,4	3,2	4,8	0,0	1,7
SMKSTOPR	Nombre d'années depuis cessation tabac	0,8	1,7	0,5	0,0	1,0	0,6	1,5	0,0

Source : Enquête Santé Côte-Nord 2010, Direction de santé publique. Compilation : Yves Therriault, Ph. D.

Tableau A9 : Calcul des marges d'erreur pour l'Enquête Santé Côte-Nord 2010 (population 18 ans et plus), simulation basée sur 3 600 répondants, échantillon stratifié non proportionnel (excluant la population vivant sur une réserve amérindienne)

Remarques :

- Permet de faire des inférences pour sept des huit réseaux locaux de services et l'ensemble de la région (excluant la population vivant sur une réserve autochtone).
- Stratification par réseau local de services (excluant CLSC Naskapi).
- L'échantillonnage est basé sur l'estimation d'une proportion : pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels dans chaque territoire de RLS selon l'ESCN 2005. Estimations non présentées dans ce tableau.
- Niveau de confiance de 95 %.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
Strate	N_i Taille population	$P_i Q_i$	$\sqrt{P_i Q_i}$	$N_i(p_i q_i)$	$N_i \sqrt{p_i q_i}$	w_i Fraction de l'échantillon	N_i^2	$N_i^2(p_i q_i)$	$\frac{N_i^2(p_i q_i)}{w_i}$	N_i Taille échantillon	$\frac{(N_i - n_i)}{N_i}$	$\frac{P_i Q_i}{n_i - 1}$	$\left(\frac{(N_i - n_i)}{N_i}\right) \left(\frac{(p_i q_i)}{n_i - 1}\right)$	$N_i^2 \times (Var)$	$\frac{1}{N^2}$	(P) * (O)	$((rac(Var))^*1,96$ marge d'erreur attendue
													Variance				
Haute-Côte-Nord	9 638	0,2084	0,4565	2 008,4050	4 399,660	13,61%	92 891 044	19 357 007	142 266 441,68	520	0,9460	0,000402	0,000380	35 284,4638			3,82%
Manicouagan	24 335	0,1994	0,4465	4 851,7906	10 865,925	33,60%	592 192 225	118 068 325	351 358 175,22	600	0,9753	0,000333	0,000325	192 249,1661			3,53%
Port-Cartier	6 275	0,2244	0,4737	1 408,1100	2 972,523	9,19%	39 375 625	8 835 890	96 118 839,48	500	0,9203	0,000450	0,000414	16 296,2630			3,99%
Sept-Îles	19 847	0,2290	0,4785	4 544,4668	9 497,054	29,37%	393 903 409	90 194 033	307 094 660,73	590	0,9703	0,000389	0,000377	148 578,6038			3,81%
Caniapiscau	2 191	0,2104	0,4587	460,9842	1 004,996	3,11%	4 800 481	1 010 016	32 497 322,13	450	0,7946	0,000469	0,000372	1 787,4688			3,78%
Minganie	4 235	0,2375	0,4873	1 005,6262	2 063,693	6,38%	17 935 225	4 258 827	66 731 110,27	480	0,8867	0,000496	0,000440	7 883,3533			4,11%
Basse-Côte-Nord	3 276	0,2187	0,4676	716,3662	1 531,932	4,74%	10 732 176	2 346 816	49 536 218,55	460	0,8596	0,000476	0,000410	4 394,9612			3,97%

Total de la région	69 797			14 995,7490	32 335,782	100,00%	4 871 621 209		1 045 602 768,05	3 600				406 474,2801	2,053E-10	0,000083	1,79%
--------------------	--------	--	--	-------------	------------	---------	---------------	--	------------------	-------	--	--	--	--------------	-----------	----------	-------

Sachant que $D = \frac{0,05^2}{1,96^2} = 0,000651$ et que

% de la pop. = 5,16%

$$N^2 D = 3 171 425,407$$

n = 328 → Taille minimale requise pour avoir une marge d'erreur de 5 % dans l'ensemble de la région nord-côtière

$$\sum_{i=1}^L N_i(p_i q_i) = 14 995,749$$

$$N^2 D + \sum_{i=1}^L N_i(p_i q_i) = 3 186 421,156$$

$$n = \frac{\sum_{i=1}^L \frac{N_i^2(p_i q_i)}{w_i}}{N^2 D + \sum_{i=1}^L N_i(p_i q_i)}$$

$$1,96 \sqrt{\frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^L N_i^2 \left(\frac{N_i - n_i}{N_i} \right) \left(\frac{\hat{p}_i \hat{q}_i}{n_i - 1} \right)}$$

Formule pour calculer la marge d'erreur dans l'ensemble des strates (excluant effet de plan)

Source : Projections de la population selon le territoire de réseau local de services, le sexe et l'année d'âge au 1^{er} juillet 2010, Institut de la statistique du Québec (ISQ), Décembre 2009; MSSS, Service de développement de l'information (SDI) - Janvier 2010.

Préparé par Yves Therriault, Ph.D., agent de recherche, Service de surveillance et évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Le 17 janvier 2011

