

Le **TABAGISME**

en Abitibi-Témiscamingue

Janvier 2009



Ses effets sur la santé

Sommaire

Avant-propos	3
Précision méthodologique	4
L'usage du tabac	4
• Évolution dans le temps	4
• Selon le sexe et l'âge	5
• Selon le revenu des ménages	6
• Selon la scolarité	6
• Selon le type de consommation	6
• Selon l'intensité de consommation	7
L'exposition à la fumée secondaire	8
• À la maison	8
• Dans les lieux publics	9
La mortalité associée au tabagisme	10
• Mortalité pour l'ensemble des conditions associées au tabagisme	11
• Mortalité pour certaines conditions associées au tabagisme	13
Faits saillants	16
Notes	18

Édition

produite par

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 797-1947
Site Web : www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Rédaction

Guillaume Beaulé, agent de recherche
Direction de santé publique
guillaume_beaulé@ssss.gouv.qc.ca

Mise en page

Annette Picard, agente administrative
Direction de santé publique

Conception graphique

Manon Cliche, agente administrative
Service des communications et de la qualité

Collaboration

Sylvie Bellot, Direction de santé publique
Marie-Claire Lacasse, Direction de santé publique
Muguette Lacerte, Direction de santé publique
Chantal Pioch-Brégand, Direction de santé publique

ISBN : 978-2-89391-380-6 (Version imprimé)
978-2-89391-381-0 (PDF)

Prix : 6,00 \$

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

Avant-propos

Depuis une trentaine d'années, une accumulation de preuves scientifiques¹ révèle que le tabagisme est associé à plus d'une vingtaine de maladies et d'affections, autant chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Chez les fumeurs, on retrouve notamment :

- le cancer du poumon, dont 85 % des nouveaux cas sont directement liés au tabagisme; 60 % des personnes atteintes en meurent dans l'année suivant le diagnostic ;
- d'autres sièges de cancer (larynx, lèvres, bouche, pharynx (gorge), oesophage, estomac, reins, vessie et pancréas) ;
- les maladies cardiovasculaires, soit des troubles ou des lésions du muscle cardiaque, des vaisseaux sanguins du cœur ou du système de vaisseaux sanguins dans le corps; les fumeurs ont 70 % plus de risque d'en mourir que les non-fumeurs ;
- d'autres problèmes spécifiques comme :
 - . la bronchite chronique et l'emphysème ;
 - . l'ostéoporose ;
 - . le dysfonctionnement érectile ;
- en plus des effets négatifs sur la femme enceinte et son bébé à naître (risque de fausse couche, de complication ou d'avortement spontané, bébé de petit poids, mortinaissance, etc.).

Chez les non-fumeurs exposés à la fumée secondaire, soit la fumée expirée par un fumeur ou celle émanant du tabac en combustion de sa cigarette et mélangée à l'air ambiant, les maladies suivantes sont clairement identifiées :

- le cancer du poumon ; environ 300 décès par an chez les non-fumeurs au Canada ;
- les maux de gorge ;

- l'asthme ;
- les otites ;
- les bronchites ;
- la réduction de la fonction pulmonaire ;
- et les maladies cardiovasculaires.

La fumée secondaire, ayant brûlé à une température plus basse, contient trois fois plus de goudron, cinq fois plus de monoxyde de carbone, six fois plus de nicotine et 40 fois plus d'ammoniac que la fumée principale. De plus, les particules générées par cette fumée étant plus petites, elles pénètrent plus profondément dans les poumons.

Le tabagisme est donc considéré comme un facteur de risque important pour la santé des fumeurs et des non-fumeurs. Par conséquent, il s'avère essentiel pour la direction de santé publique de surveiller la prévalence de l'usage du tabac dans la population afin de connaître la situation et d'orienter les actions, soit l'adoption de programmes adaptés de cessation du tabac et la promotion des saines habitudes de vie. En ce sens, des objectifs à atteindre et des mesures à prendre sont inscrits dans le Programme national de santé publique² ainsi que dans le Plan d'action régional de santé publique en Abitibi-Témiscamingue³.

Précision méthodologique

Les pages qui suivent présentent des indicateurs en lien avec le tabagisme. À l'exception de la mortalité pour des conditions associées au tabagisme, ces indicateurs proviennent tous de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée par Statistique Canada. Les données issues du cycle 3.1, en 2005, font ici l'objet d'une analyse plus détaillée. Toutefois, des séries historiques sont également présentées avec des données des cycles 1.1 (2000-2001) et 2.1 (2003), de même que quelques résultats partiels du cycle 4.1 (2007) diffusés récemment, afin d'obtenir une certaine vision de l'évolution des différents phénomènes.

Cependant, l'interprétation des résultats en fonction du temps nécessite de la prudence. En effet, en raison de modifications dans la méthodologie, certains auteurs⁴ estiment qu'il est préférable de ne pas établir de

comparaisons entre certaines données des différents cycles de l'ESCC. De plus, d'une façon générale, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'enquêtes avec un échantillon régional d'environ 1 200 personnes et une marge d'erreur. Il est donc possible que des écarts entre les taux de différentes enquêtes se situent en fait dans cette marge d'erreur et que dans la réalité, le phénomène observé soit relativement stable. Enfin, il faut spécifier que les données des cycles 1.1, 2.1 et 3.1 proviennent de l'Infocentre de l'Institut national de santé publique (INSPQ), alors que celles du cycle 4.1 ont été diffusées directement par Statistique Canada. Certaines différences méthodologiques entre ces deux sources ne permettent pas d'établir de comparaison directe entre les données. Il faut ainsi examiner ces séries historiques sous l'angle d'une tendance approximative.

L'usage du tabac

Évolution dans le temps

La figure 1 (page suivante) illustre la proportion de fumeurs, selon le sexe, dans la population de 12 ans et plus de l'Abitibi-Témiscamingue en 2000-2001, 2003, 2005 et 2007. Dans l'ensemble (sexes réunis), le pourcentage varie de 32 % en 2000-2001 à 28 % en 2007⁵. À première vue, il semblerait que la proportion ait diminué de 2000-2001 à 2005 pour ensuite remonter légèrement en 2007. Toutefois, en tenant compte de la marge d'erreur, un seul écart est significatif, celui de 2000-2001 à 2003. Pour les autres années, les écarts se situent dans la marge d'erreur. Autrement dit, à la suite d'une certaine diminution de 2000-2001 à 2003, la proportion de fumeurs demeurerait par la suite relativement stable en Abitibi-Témiscamingue.

En ce qui concerne les hommes, la proportion de fumeurs se situe à près de 34 % en 2000-2001 pour

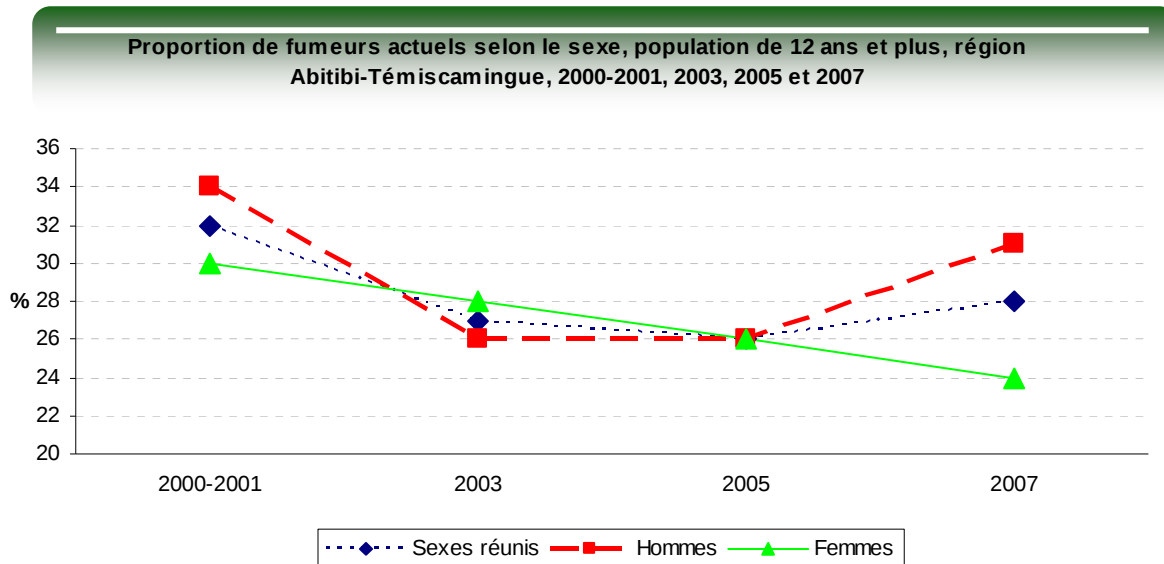
ensuite diminuer à environ 26 % en 2003 et 2005. Elle connaît finalement une hausse en 2007 pour s'établir à 31 %. Toutefois, en tenant compte de la marge d'erreur, comme pour l'ensemble de la population, un seul écart significatif se situe de 2000-2001 à 2003. Par conséquent, à la suite de cette diminution, la proportion d'hommes fumeurs serait relativement stable.

Enfin, chez les femmes, le pourcentage de fumeurs varie de 30 % à 24 % entre 2000-2001 et 2007. Même si à première vue, la proportion semble diminuer au fil des ans, l'observation des marges d'erreur révèle en fait qu'elle est relativement stable durant cette période de temps.

Figure 1

Sources :

Statistique Canada, ESCC 2000-2001 (cycle 1.1), ESCC 2003 (cycle 2.1), ESCC 2005 (cycle 3.1) (traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec) et ESCC 2007 (cycle 4.1).



Pour ces différentes années, les tests statistiques établissant une comparaison entre les données régionales et celles pour le reste du Québec^o ne détectent pas de

différences significatives. Ainsi, les proportions de fumeurs en Abitibi-Témiscamingue sont comparables à celles du reste de la province, peu importe le sexe.

Selon le sexe et l'âge

En 2005, le pourcentage de fumeurs au sein de la population de 12 ans et plus de l'Abitibi-Témiscamingue se situe donc à environ 26 %, ce qui représente près de 31 000 personnes, soit environ 15 600 hommes et 15 200 femmes.

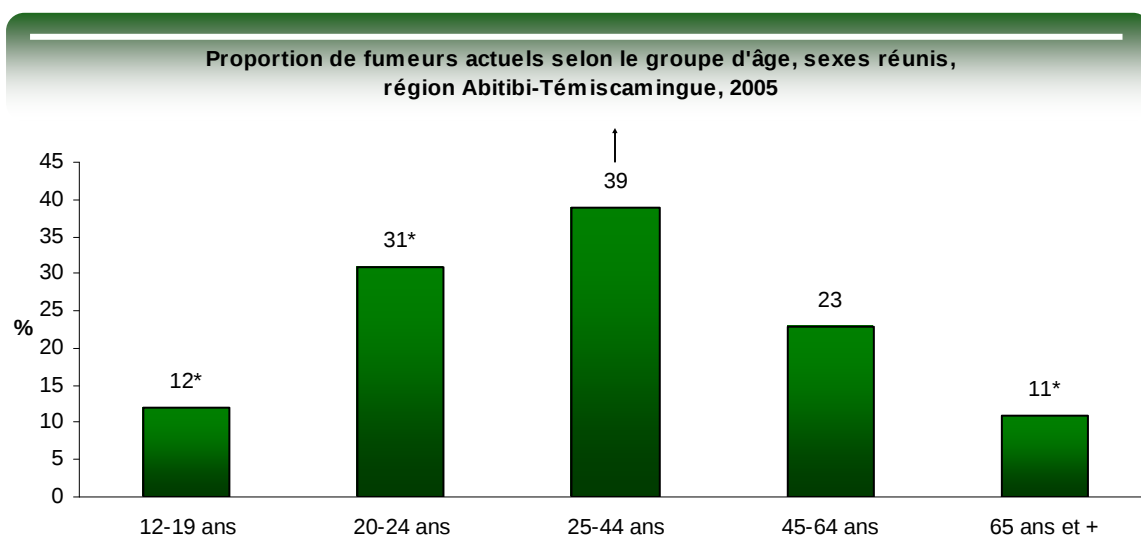
Pour sa part, la figure 2 présente le pourcentage de fumeurs, sexes réunis, en fonction du groupe d'âge. La

proportion la plus élevée, soit 39 %, se retrouve chez les individus âgés de 25 à 44 ans. À noter que cette dernière est aussi significativement plus élevée que la proportion dans le reste du Québec, qui se situe à 29 %. Le taux de fumeurs le plus bas, soit 11 %, se situe chez les individus de 65 ans et plus. Toutefois, en raison de la qualité moyenne de l'estimation, il faut interpréter cette donnée avec prudence.

Figure 2

Sources :

Statistique Canada, ESCC 2005 (cycle 3.1) (traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec)



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

↑ Proportion significativement supérieure à celle du reste du Québec.

Selon le revenu des ménages

Dans la région, la répartition des fumeurs en fonction du revenu des ménages donne un portrait intéressant. Ainsi, en 2005⁷, le pourcentage de personnes ayant déclaré fumer régulièrement ou à l'occasion s'avère de 41 % dans les deux premiers quintiles⁸, soit dans les ménages ayant les revenus les plus bas. Par contre, la proportion de fumeurs diminue à 26 % pour les deux derniers

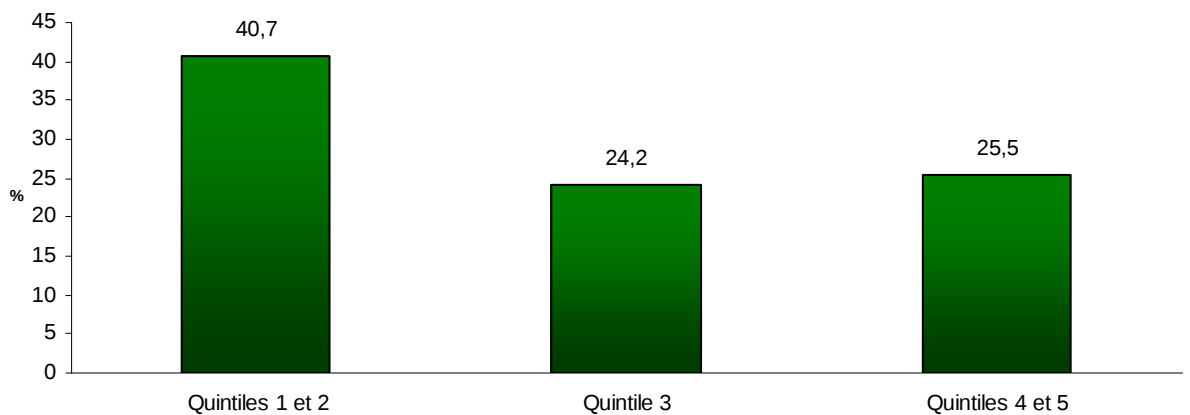
quintiles, soit les ménages ayant les revenus les plus élevés. Autrement dit, il existe une association entre le tabagisme et le revenu, les personnes ayant de plus faibles revenus étant relativement plus nombreuses, en proportion, à fumer que celles ayant des revenus élevés, ce que confirment plusieurs études⁹ de même que les données québécoises de l'ESCC 2005.

Selon la scolarité

Contrairement au revenu, il ne semble pas y avoir de lien entre la scolarité et la consommation de tabac. En effet, selon l'ESCC 3.1 (2005), 26 % des fumeurs de la région ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires alors que 24 % ont terminé des études postsecondaires. Une tendance similaire est également observée à l'échelle de la province.

Figure 3

Proportion de fumeurs actuels selon le quintile de revenu, sexes réunis, région Abitibi-Témiscamingue, 2005



Sources :

Statistique Canada, ESCC 2005 (cycle 3.1), données tirées du fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD).

Selon le type de consommation

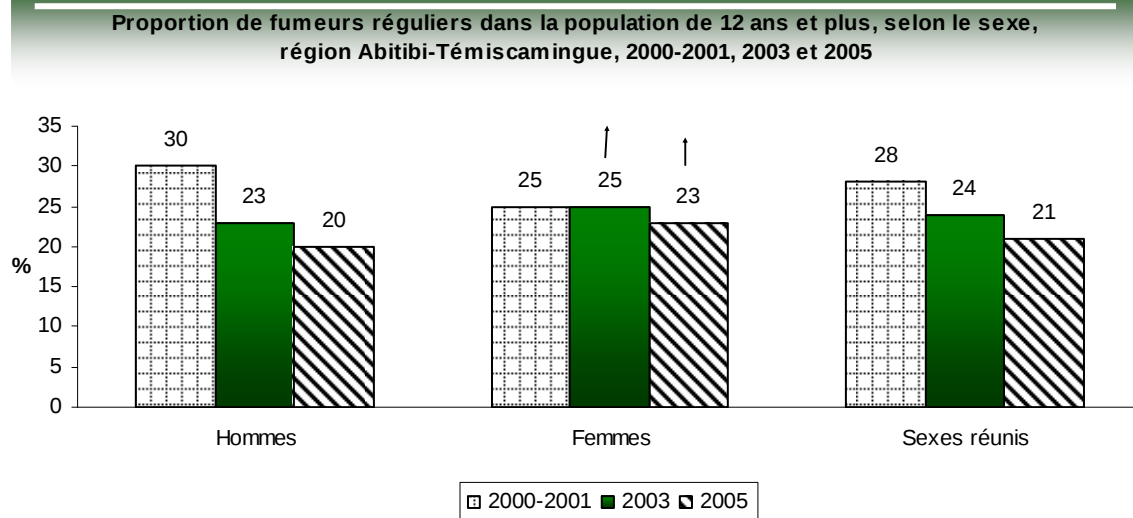
En 2005, les fumeurs réguliers, c'est-à-dire faisant usage de tabac tous les jours, représentent environ 21 % de la population de 12 ans et plus en Abitibi-Témiscamingue. Chez les hommes, la proportion se situe à 20 %, ce qui représente environ 12 200 individus, alors qu'elle est de 23 % chez les femmes, soit près de 14 000 personnes. Dans ce dernier cas, cette proportion s'avère significativement supérieure à celle du reste de la province, établie à près de 18 %. Il y aurait par conséquent davantage de fumeuses régulières, toute proportion gardée, dans la région comparativement au reste du Québec.

De plus, comme le démontre la figure 4, (page suivante) le pourcentage de fumeurs réguliers semble diminuer au fil des ans. Ainsi, pour l'ensemble de la population, il passe de 28 % en 2000-2001 à 24 % en 2003 et à 21 % en 2005. Néanmoins, en tenant compte des marges d'erreur, ces variations ne sont pas significatives sur le plan statistique. La situation semble donc relativement stable. Le même phénomène est observé chez les femmes, de façon un peu plus visible. Le pourcentage est de 25 % en 2000-2001 et 2003, et de 23 % en 2005.

Figure 4

Sources :

Statistique Canada, ESCC 2000-2001 (cycle 1.1), ESCC 2003 (cycle 2.1) et ESCC 2005 (cycle 3.1) (traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec).



Chez les hommes, la situation est différente. En 2000-2001, le taux de fumeurs réguliers est de 30 %. Il diminue à 23 % en 2003 et à 20 % en 2005. L'analyse des marges d'erreur révèle que la baisse est significative de 2000-2001 à 2005. Il y aurait par conséquent moins d'hommes, en proportion, consommant

régulièrement du tabac dans la région en 2005.

En ce qui concerne les fumeurs occasionnels, soit ceux qui ne fument pas tous les jours, le pourcentage s'élève à environ 4 % pour l'ensemble de la population de 12 ans et plus en 2005, plus précisément

6 % chez les hommes et 3 % chez les femmes. Toutefois, en raison de la qualité des estimations, il faut interpréter ces données avec prudence. Notons également que ces proportions s'avèrent relativement stables au fil des ans, pour les enquêtes du cycle 1.1 et 2.1.

Selon l'intensité de la consommation

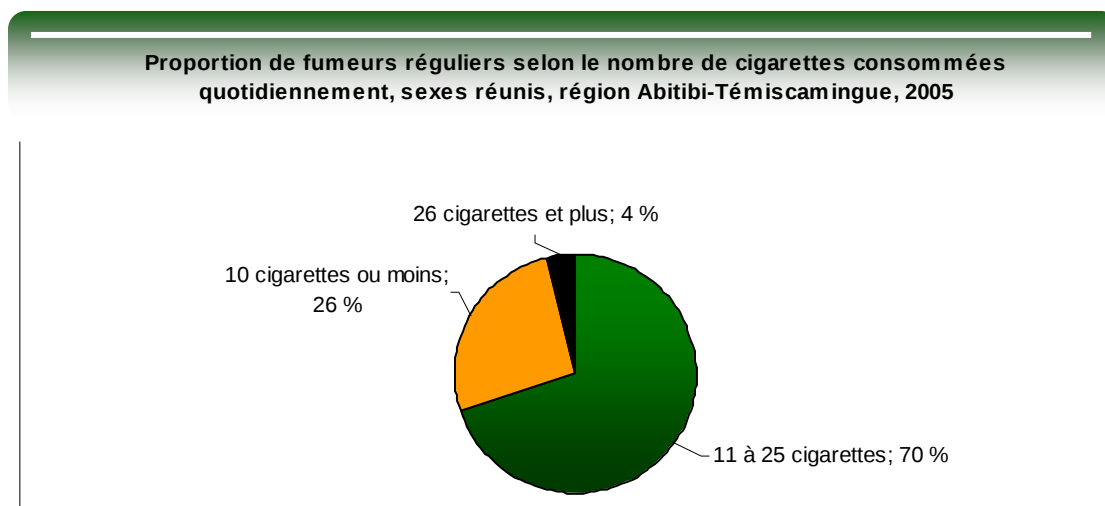
En 2005, la majorité des fumeurs réguliers de la région, soit environ 70 %, consomment un demi à un paquet complet par jour, ce qui représente de 11 à 25 cigarettes. Près de 26 % fument 10 cigarettes ou moins quotidiennement. Ces proportions sont comparables à celles pour le reste du Québec. De

plus, elles diffèrent peu de celles estimées lors du cycle 2.1 de l'ESCC en 2003. Par conséquent, il n'existerait qu'une faible minorité de fumeurs consommant plus d'un paquet de cigarettes par jour. Bien qu'il semble exister une réelle diminution de nombre de cigarettes consommées

au quotidien au cours de la dernière décennie, il faut tout de même demeurer prudent avec les résultats. L'usage du tabac étant autodéclaré, il est possible que les personnes interrogées sous-estiment le nombre réel de cigarettes fumées en raison de la désirabilité sociale¹⁰.

Figure 5

Sources : Statistique Canada, ESCC 2005 (cycle 3.1) (traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec).



L'exposition à la fumée secondaire

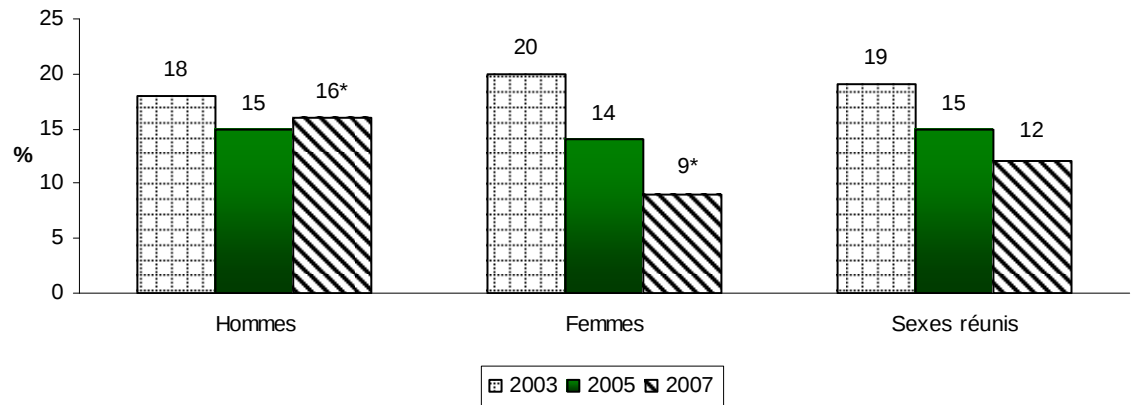
À la maison

Tel que présenté en introduction, la fumée secondaire peut également avoir des effets nocifs sur la santé des non-fumeurs. La figure 6 expose l'évolution de la situation dans le temps en ce qui a trait à l'exposition des non-fumeurs à la maison. Ainsi, pour l'ensemble des non-fumeurs de 12 ans et plus de l'Abitibi-Témiscamingue, environ 19 % sont exposés à la fumée secondaire à la maison en 2003. Cette proportion diminue ensuite à 15 % en 2005, puis à 12 % en 2007. Toutefois, en tenant compte

des marges d'erreur, un seul écart s'avèrerait significatif, soit de 2003 à 2007. Il pourrait donc y avoir une réelle diminution du pourcentage de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison durant cette période. À noter que la donnée pour le cycle 1.1 de l'enquête ne peut être utilisée à des fins de comparaison en raison de la formulation différente de la question.

Figure 6

Proportion de non-fumeurs, 12 ans et plus, exposés à la fumée secondaire à la maison, région Abitibi-Témiscamingue, 2003, 2005 et 2007



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Sources :
Statistique Canada, ESCC 2003 (cycle 2.1), ESCC 2005 (cycle 3.1) (traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec) et ESCC 2007 (cycle 4.1).

Chez les hommes, le pourcentage de non-fumeurs exposés à la maison passe de 18 % en 2003 à 15 % en 2005 et remonte légèrement à 16 % en 2007, cette dernière donnée étant à interpréter avec prudence en raison de la qualité moyenne de l'estimation. Chez les femmes, la proportion de non-fumeurs est d'environ 20 % en 2003, 14 % en 2005 et 9 % en 2007. Néanmoins, dans ce dernier cas et comme chez les hommes, la donnée doit être analysée avec discernement en raison de la qualité de l'estimation. Autant chez les hommes que chez les femmes, il semble exister une tendance à la baisse en ce qui concerne la proportion de non-fumeurs exposées à la fumée secondaire à la maison. Cependant, lorsque les marges d'erreur sont prises en compte, l'analyse révèle plutôt une situation relativement stable, les écarts n'étant pas significatifs sur le plan statistique.

Plus précisément pour l'année 2005, dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, la proportion de non-fumeurs

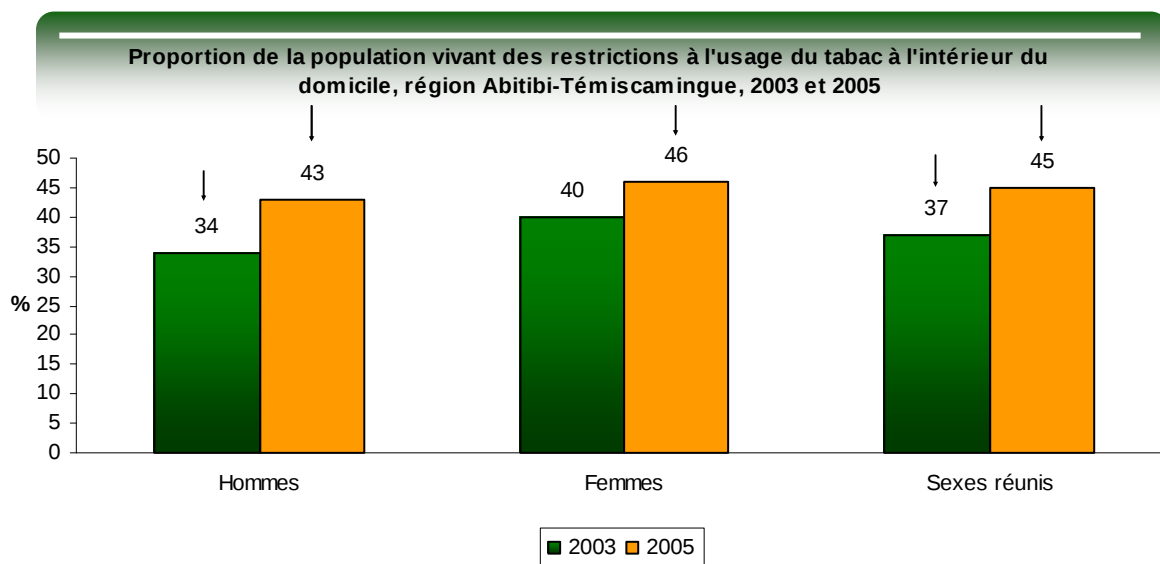
exposés à la fumée secondaire à la maison est d'environ 15 %, soit 15 % chez les hommes et 14 % chez les femmes. Ces taux sont comparables à ceux du reste du Québec, les tests ne détectant pas d'écarts significatifs sur le plan statistique. Dans la région, ces proportions représentent environ 6 800 hommes et 6 300 femmes de 12 ans et plus, pour un total d'un peu plus de 13 000 personnes.

Il est intéressant de noter que la relative diminution de la proportion de non-fumeurs (sexes réunis) exposés à la fumée secondaire à la maison, de 2003 à 2007, est accompagnée en parallèle par un certain accroissement du pourcentage de la population vivant des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile, comme l'illustre la figure 7 (page suivante). Ces restrictions comprennent entre autres l'interdiction de fumer dans la maison, celle de fumer dans certaines pièces seulement ou encore l'interdiction de fumer en présence des enfants¹¹.

Figure 7

Sources :

Statistique Canada, ESCC 2003 (cycle 2.1) et ESCC 2005 (cycle 3.1) (traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec).



↓ Proportion significativement supérieure à celle du reste du Québec.

Ainsi, dans la région, près de 37 % de la population vit de telles restrictions en 2003. Le pourcentage augmente à 45 % en 2005, un écart qui est significatif en tenant compte des marges d'erreur. Chez les hommes et chez les femmes, analysés séparément, les proportions s'accroissent également de 2003 à 2005 mais les marges d'erreur témoignent malgré tout d'une situation relativement stable.

Plus particulièrement, selon l'ESCC 3.1 (2005), la proportion de la population vivant des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile s'avère donc de 45 %, soit 43 % chez les hommes et 46 % chez les femmes.

Cela représente environ 26 100 hommes et 27 600 femmes en Abitibi-Témiscamingue. Ces pourcentages sont significativement inférieurs sur le plan statistique à ceux du reste du Québec, ce qui signifie qu'il y aurait, toutes proportions gardées, moins de personnes vivant des restrictions dans la région. À titre indicatif, pour le reste du Québec, 52 % des personnes connaissent des restrictions à l'intérieur du domicile, soit 50 % des hommes et 54 % des femmes.

Enfin, l'analyse des données en fonction des revenus du ménage révèle que les personnes ayant de plus faibles revenus sont moins nombreuses, en proportion, à vivre

des restrictions que celles bénéficiant de revenus plus élevés. En effet, en Abitibi-Témiscamingue, la proportion de personnes vivant des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile est d'environ 37 % dans le premier quintile de revenu, soit celui des revenus les plus bas, et grimpe à 43 % pour le deuxième quintile et à près de 49 % pour les quintiles suivants. Il semble donc y avoir une certaine association entre le revenu et les restrictions à l'usage du tabac. Cette tendance est également observée pour l'ensemble du Québec.

Dans les lieux publics

Les différentes enquêtes¹² permettent également d'obtenir de l'information sur les non-fumeurs de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire, chaque jour ou presque, dans les lieux publics¹³. En effet, la figure 8 (page suivante) révèle qu'en 2003 et 2005, les proportions de personnes exposées dans les lieux publics sont relativement stables en Abitibi-Témiscamingue, autour de 30 % en

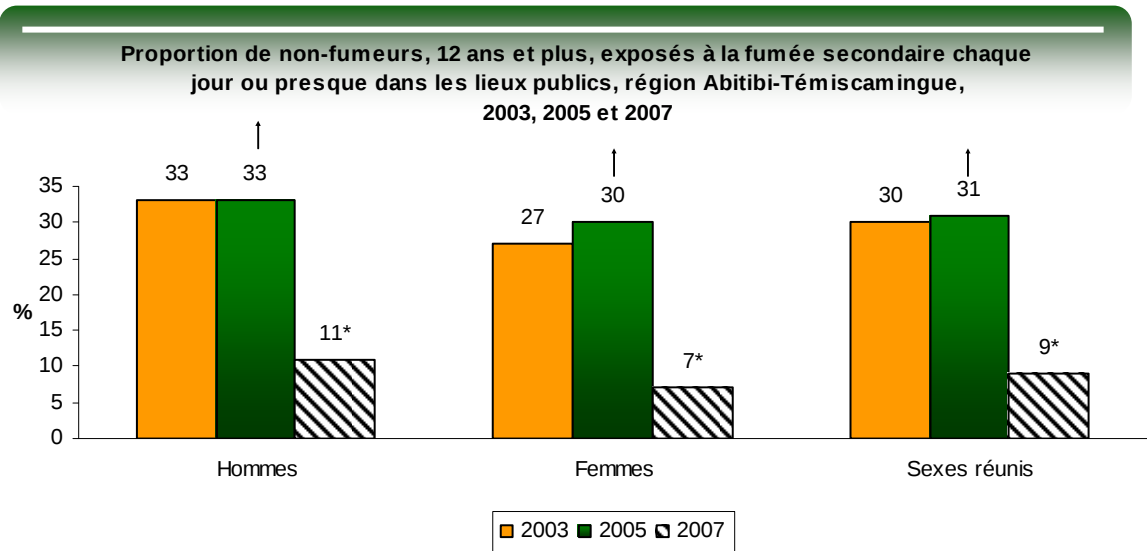
général, 33 % chez les hommes et de 27 à 30 % chez les femmes. Cependant, en 2007, les résultats partiels de l'enquête indiquent une baisse marquée de ces proportions, bien qu'il faille interpréter ces données avec prudence en raison de la qualité des estimations. Le pourcentage chute ainsi à 9 % en général, 11 % chez les hommes et 7 % chez les femmes. À première vue,

cette baisse pourrait s'expliquer par l'entrée en vigueur, en mai 2006, de la *Loi sur le tabac* qui interdit totalement de fumer dans tous les lieux publics fermés au Québec. Toutefois, il sera intéressant de valider cette tendance avec les résultats complets de l'enquête ESCC cycle 4.1.

Figure 8

Sources :

Statistique Canada, ESCC 2003 (cycle 2.1), ESCC 2005 (cycle 3.1) (traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec) et ESCC 2007 (cycle 4.1).



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

↑ Proportion significativement supérieure à celle du reste du Québec.

Les données de 2005 indiquent donc que la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics était d'environ 31 % dans la région, plus particulièrement 33 % chez les hommes et 30 % chez les femmes. Cela représente près de 15 000 hommes et 14 000 femmes. Ces proportions sont toutes significativement supérieures à celles du reste du

Québec. Par conséquent, il y avait relativement plus de personnes exposées à la fumée secondaire dans les lieux publics en Abitibi-Témiscamingue, toute proportion gardée, que dans le reste du Québec, où le taux global est de 23 %, soit respectivement 26 % chez les hommes et 20 % chez les femmes.

La mortalité associée au tabagisme

Même si certaines modifications ont été observées dans les habitudes de vie au cours de la dernière décennie, par exemple une relative diminution du pourcentage de fumeurs ou encore une possible baisse de la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison ou dans les lieux publics, il reste néanmoins qu'une certaine part de la mortalité s'avère toujours fortement liée au tabagisme. Il faut préciser que cette tendance, observable aujourd'hui, résulte d'une consommation élevée de tabac il y a une vingtaine d'années. Les effets néfastes peuvent prendre quelques décennies avant de se manifester, comme le cancer du poumon.

Le taux de mortalité pour des conditions associées au tabagisme constitue un indicateur intéressant à analyser afin de prendre la mesure du phénomène. Il s'agit de la mortalité identifiée à partir de causes initiales de décès, soit des problèmes de santé, reconnues dans la documentation scientifique comme étant associées au

tabagisme. Plus précisément, il s'agit du cancer de la bouche, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de l'oesophage, de décès par cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales ou encore maladies chroniques des voies respiratoires inférieures. Toutefois, cet indicateur ne constitue pas « un estimé de la mortalité attribuable au tabagisme, qui est plus complexe et difficile à calculer. Il peut permettre des comparaisons géographiques et peut être utilisé pour mieux suivre les tendances dans les décès associés au tabagisme¹⁴ ».

Bref, l'indicateur permet globalement de saisir les grandes tendances de la mortalité associée au tabagisme. Dans le cadre de ce fascicule, l'indicateur sera tout d'abord présenté dans sa globalité, suivi ensuite par les taux de mortalité pour les différentes conditions individuellement.

Mortalité pour l'ensemble des conditions associées au tabagisme

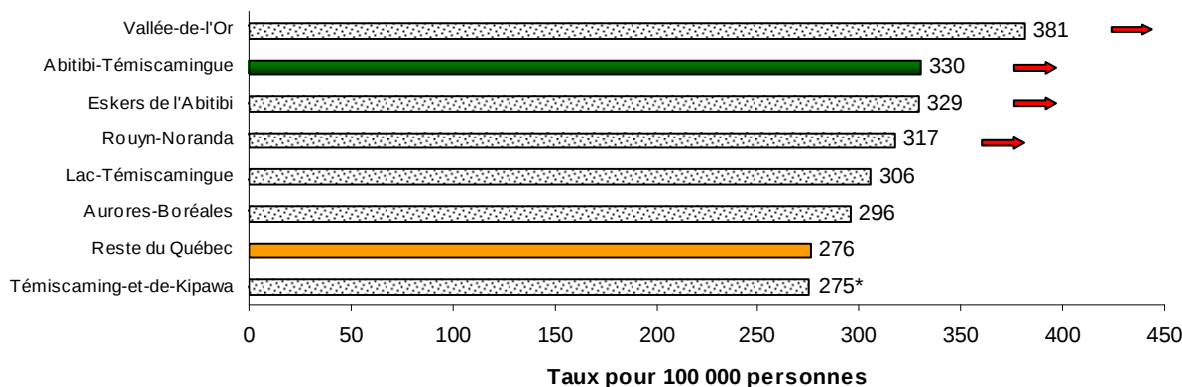
La figure 9 expose les taux¹⁵ de mortalité pour l'ensemble des causes associées au tabagisme, sexes réunis, de 2000 à 2003, dans les territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, de même que le taux régional et le taux pour le

reste du Québec, soit l'ensemble de la province excluant l'Abitibi-Témiscamingue, ce taux servant de référence pour les comparaisons avec les différents territoires. En ce qui concerne la région, le taux de mortalité est de 330 décès pour 100 000 personnes. Il est

significativement supérieur au taux de référence qui s'établit à 276 pour 100 000. Par conséquent, il y a proportionnellement plus de décès associés au tabagisme en Abitibi-Témiscamingue que dans le reste du Québec. Cela représente une moyenne de 432 décès par année.

Figure 9

Taux de mortalité pour l'ensemble des conditions associées au tabagisme, sexes réunis, selon les territoires des CSSS, région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2000 à 2003



* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 → Taux significativement supérieur à celui du reste du Québec.

Sources : MSSS, Fichier des décès version octobre 2005 ; traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

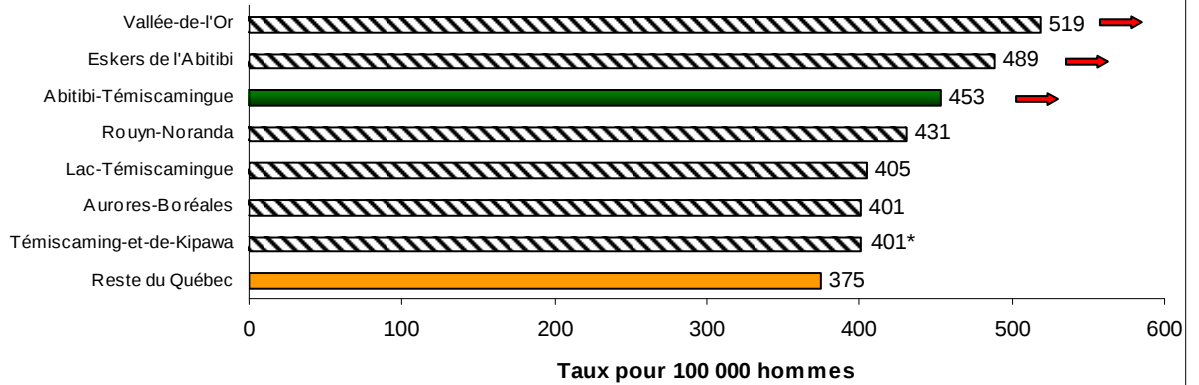
Parmi les territoires des CSSS, celui de la Vallée-de-l'Or possède le taux le plus élevé, soit 381 décès pour 100 000 personnes, suivi par Les Eskers de l'Abitibi (329) et Rouyn-Noranda (317). Ces taux sont tous significativement supérieurs au taux du reste du Québec. Le territoire du CSSS du Lac-Témiscamingue (306) de même que celui des Aurores-Boréales (296) ont des taux comparables au taux de référence. Enfin, le territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa détient un taux de 275 décès pour 100 000 personnes, le plus bas de la région. Toutefois, il faut l'interpréter avec prudence en raison de la qualité des estimations dans ce territoire.

L'analyse des données selon le sexe indique que les décès pour des conditions associées au tabagisme sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes et ce, autant dans la région que dans l'ensemble du Québec. Tout d'abord, chez les hommes, le taux régional se situe à 453 décès pour 100 000 hommes, ce qui représente une moyenne annuelle de 260 décès en Abitibi-Témiscamingue. Ce taux est significativement supérieur au taux de référence québécois, qui est de 375 décès pour 100 000. En ce qui a trait aux territoires des CSSS (voir la figure 10 à la page suivante), le plus haut taux de mortalité se retrouve dans celui de la Vallée-de-l'Or, 519

décès pour 100 000 hommes, suivi par le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi avec 489 décès pour 100 000. Ces deux taux sont également supérieurs au taux du reste du Québec. Toutefois, les tests statistiques ne détectent pas de différences significatives pour les territoires de Rouyn-Noranda (431), du Lac-Témiscamingue (405) et des Aurores-Boréales (401). Toujours en raison de la faible qualité des estimations, le taux dans le territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa, qui est également de 401 décès pour 100 000 hommes, doit être interprété avec prudence.

Figure 10

Taux de mortalité pour l'ensemble des conditions associées au tabagisme, hommes, selon les territoires des CSSS, région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2000 à 2003



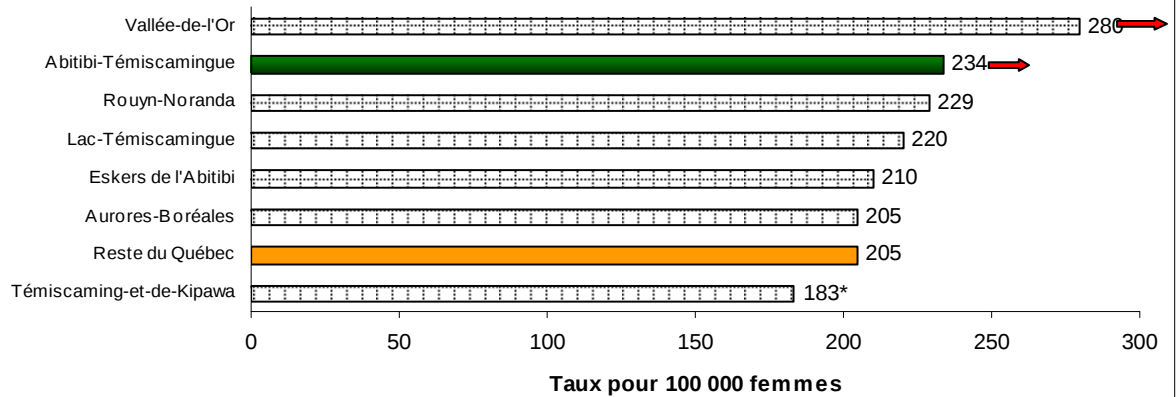
* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 → Taux significativement supérieur à celui du reste du Québec.

Enfin, en ce qui concerne les femmes, comme l'illustre la figure 11, le taux de mortalité pour l'ensemble des causes associées au tabagisme s'établit à 234 décès pour 100 000 en Abitibi-Témiscamingue, soit une moyenne de 172 décès annuellement. Comme chez les

hommes, ce taux s'avère significativement supérieur au taux québécois de référence qui est de 205 décès pour 100 000 femmes. Il y a donc relativement plus de décès chez les femmes de la région que dans le reste du Québec.

Figure 11

Taux de mortalité pour l'ensemble des conditions associées au tabagisme, femmes, selon les territoires des CSSS, région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2000 à 2003



* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 → Taux significativement supérieur à celui du reste du Québec.

Dans les territoires des CSSS, la Vallée-de-l'Or détient toujours le taux le plus élevé, soit 280 décès pour 100 000 femmes. Ce taux est également supérieur au taux québécois de référence. Suivent ensuite Rouyn-Noranda (229), Lac-Témiscamingue (220), Les Eskers de l'Abitibi (210) et finalement des Aurores-Boréales (205). Ces taux

sont comparables à celui du reste de la province. Le territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa détient encore une fois le taux le plus bas, 183 décès pour 100 000 femmes, taux à interpréter avec discernement en raison de la qualité des estimations.

Mortalité pour certaines conditions associées au tabagisme

Seules les données les plus significatives statistiquement sont présentées ici, soit celles pour l'ensemble de la population (sexes

réunis) et concernant plus spécifiquement les quatre conditions suivantes : cardiopathie ischémique, tumeur maligne du poumon, maladie

vasculaire cérébrale et maladie chronique des voies respiratoires inférieures.

Cardiopathies ischémiques

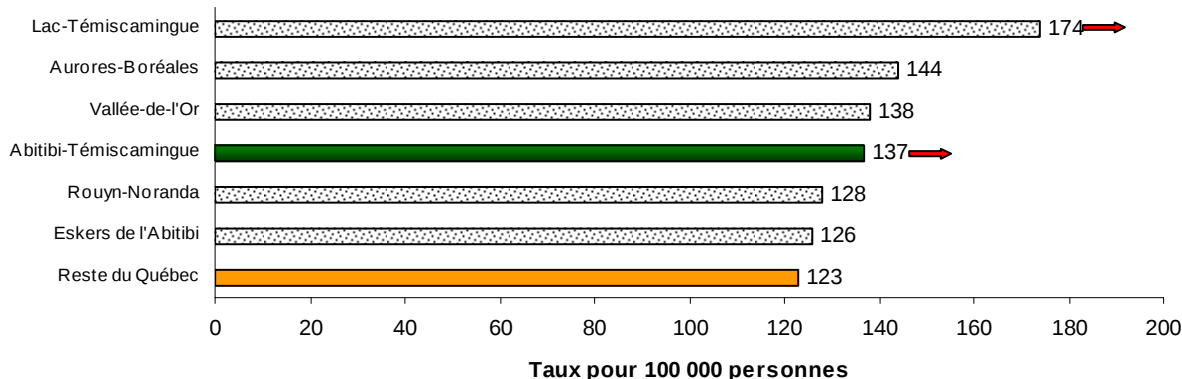
La cardiopathie ischémique est une condition qui affecte les vaisseaux apportant au muscle cardiaque le sang, l'oxygène et les substances nutritives. L'obstruction complète de ces vaisseaux sanguins peut provoquer un infarctus du myocarde,

communément appelé une crise cardiaque. La figure 12 présente les taux annuels moyens de mortalité par cardiopathies ischémiques pour l'ensemble de la population dans les territoires des CSSS et la région de l'Abitibi-Témiscamingue de 2000 à

2003. Le taux régional s'établit à 137 décès pour 100 000 personnes, taux significativement supérieur à celui du reste du Québec qui se situe à 123 pour 100 000. Cela représente en moyenne 178 décès annuellement pour la période étudiée.

Figure 12

Taux de mortalité par cardiopathies ischémiques, sexes réunis, selon les territoires des CSSS, région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2000 à 2003



Sources : MSSS, Fichier des décès version octobre 2005 ; traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

→ Taux significativement supérieur à celui du reste du Québec.

Dans les territoires des CSSS, le taux le plus élevé, 174 décès pour 100 000 personnes, se retrouve au Lac-Témiscamingue. Les tests statistiques révèlent que ce taux est significativement supérieur au taux de référence. Il y a donc proportionnellement plus de décès

par cardiopathies ischémiques dans ce territoire que dans le reste de la province. Le territoire des Aurores-Boréales suit avec un taux de 144 pour 100 000, puis la Vallée-de-l'Or (138), Rouyn-Noranda (128) et finalement Les Eskers de l'Abitibi (126). Ces taux sont comparables à celui

du reste du Québec. À noter que le taux pour le territoire de Témiscaming-et-de-Kipawa n'apparaît pas en raison de la faible qualité de l'estimation, résultant du très petit nombre de décès dans ce territoire.

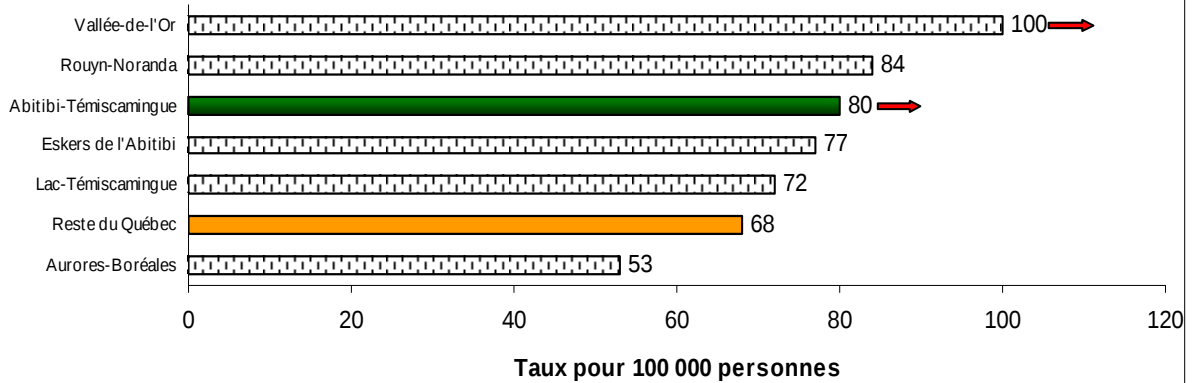
Tumeurs malignes du poumon

Cette catégorie comprend les tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon. En Abitibi-Témiscamingue, le taux de mortalité par tumeurs malignes du poumon se situe à 80 décès pour 100 000 personnes, ce qui est significativement supérieur au taux de référence (68 pour

100 000). Il y a donc relativement plus de décès par tumeurs du poumon dans la région que dans le reste du Québec. Ce taux correspond à une moyenne annuelle de 108 décès dans la région.

Figure 13

Taux de mortalité par tumeurs malignes du poumon, sexes réunis, selon les territoires des CSSS, région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2000 à 2003



→ Taux significativement supérieur à celui du reste du Québec.

Le territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or possède le taux le plus élevé, soit 100 décès pour 100 000 personnes, taux qui est également supérieur statistiquement à celui du reste de la province. Rouyn-Noranda détient le deuxième taux le plus élevé (84), suivi par Les Eskers de l'Abitibi (77), Lac-Témiscamingue (72) et des Aurores-

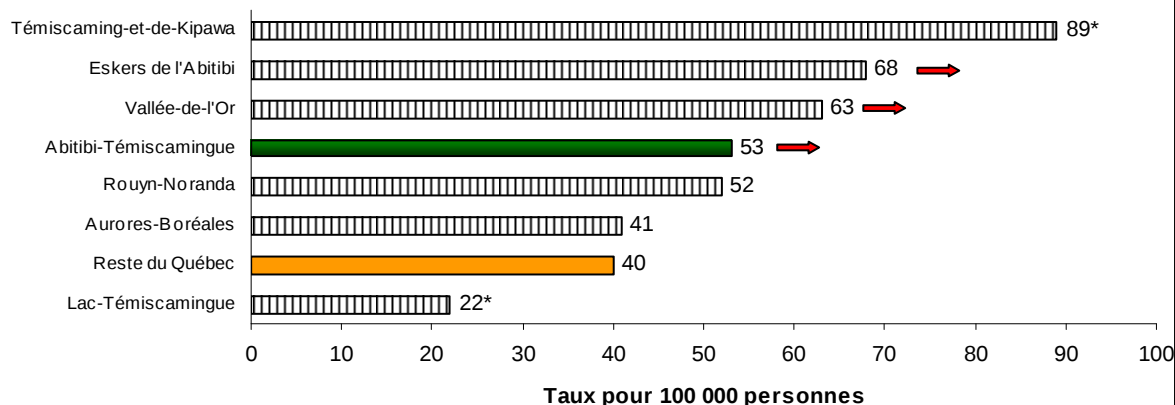
Boréales (53). Pour ces territoires, les tests statistiques ne permettent pas de détecter d'écarts significatifs avec le taux de référence. Ici également, la donnée pour le territoire de Témiscamingue-et-de-Kipawa est absente en raison de la grande variabilité des taux.

Maladies vasculaires cérébrales

La plupart des accidents vasculaires cérébraux surviennent à la suite d'une interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en lien avec la formation d'un caillot et le rétrécissement des artères qui alimentent le cerveau en sang. Comme l'indique la figure 14 (page suivante), le taux régional de mortalité

par maladies vasculaires cérébrales est de 53 décès pour 100 000 personnes, ce qui représente une moyenne de 68 décès annuellement de 2000 à 2003. Une fois de plus, ce taux est significativement supérieur au taux de référence qui se situe à 40 décès pour 100 000.

Figure 14

Taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales, sexes réunis, selon les territoires des CSSS, région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2000 à 2003


* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 ➔ Taux significativement supérieur à celui du reste du Québec.

Le taux le plus élevé se retrouve dans le territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa, soit 89 décès pour 100 000. Néanmoins, aucune comparaison ne peut être effectuée avec le reste du Québec en raison de la qualité de l'estimation, résultant du faible nombre de décès dans ce territoire. Suivent ensuite Les Eskers de l'Abitibi et la Vallée-de-l'Or avec des taux respectifs de 68 et 63 décès pour 100 000 personnes. Comme dans

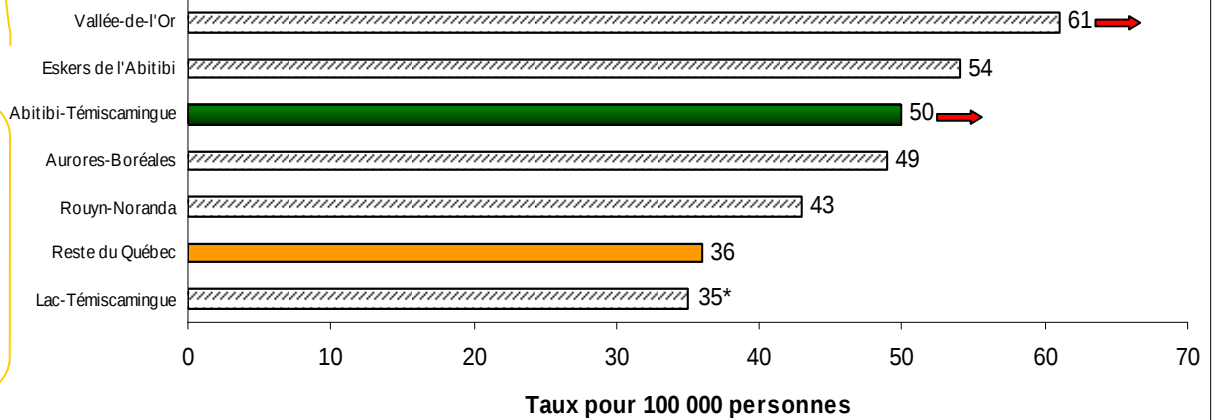
l'ensemble de la région, ces taux sont significativement supérieurs à celui du reste de la province. Pour leur part, Rouyn-Noranda (52) et des Aurores-Boréales (41) détiennent des taux comparables au taux de référence. Finalement, le taux le plus bas se retrouve dans le territoire du Lac-Témiscamingue, 22 décès pour 100 000. Toutefois, en raison de la faible qualité de l'estimation, il faut interpréter cette dernière donnée avec prudence.

Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures

Également appelées maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), ces maladies comprennent notamment les bronchites et l'emphysème. Dans la région, le taux de mortalité associé à ces maladies est de 50 décès pour 100 000 personnes, un taux significativement supérieur à celui du reste du Québec qui est de 36 pour 100 000 (voir la figure 15 à la page suivante). Il y a donc proportionnellement plus de décès par maladies chroniques des voies respiratoires inférieures en Abitibi-Témiscamingue que dans le reste de la province. Dans la région, cela représente annuellement une moyenne de 64 décès.

Figure 15

Taux de mortalité par maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, sexes réunis, selon les territoires des CSSS, région Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2000 à 2003



Sources : MSSS, Fichier des décès version octobre 2005 ; traitement des données réalisé par l'Infocentre de santé publique du Québec.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 → Taux significativement supérieur à celui du reste du Québec.

Dans les territoires des CSSS, la Vallée-de-l'Or possède le taux le plus élevé, 61 décès pour 100 000, ce qui est également supérieur au taux de référence québécois. Les Eskers de l'Abitibi a le deuxième plus haut taux, 54 pour 100 000, suivi des Aurores-Boréales (49) et de Rouyn-Noranda (43). Pour ces derniers territoires, les tests statistiques ne détectent pas d'écarts significatifs avec le reste du Québec. Enfin, le territoire du CSSS du Lac-

Témiscamingue détient le taux le plus bas, 35 pour 100 000. Toutefois, en raison du faible nombre de décès dans ce territoire et de la qualité moyenne de l'estimation, il faut interpréter cette donnée avec prudence. À noter que le taux pour le territoire du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa est absent en raison de sa trop grande variabilité résultant aussi du petit nombre de décès.

Faits saillants

L'usage du tabac en 2005

- En Abitibi-Témiscamingue, environ une personne sur quatre consomme du tabac, une situation comparable à celle du reste du Québec.
- Toute proportion gardée, le tabagisme touche autant d'hommes que de femmes, surtout chez les gens âgés de 25 à 44 ans.
- Le pourcentage de fumeurs est plus élevé dans les ménages ayant un plus faible revenu.
- Environ une personne sur cinq fume régulièrement. La majorité de ces fumeurs consomment de 11 à 25 cigarettes quotidiennement.

L'exposition à la fumée secondaire en 2005

- Comme dans le reste de la province, environ un non-fumeur sur sept est exposé à la fumée secondaire à la maison.
- Près d'une personne sur deux vit des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile. Bien que cette proportion soit à la hausse, elle s'avère néanmoins significativement inférieure à celle du reste du Québec.
- Les individus dans les ménages ayant les plus faibles revenus sont moins nombreux, en proportion, à vivre des restrictions à l'intérieur du domicile que ceux dans les ménages à revenus élevés.
- Près d'un non-fumeur sur trois est exposé à la fumée secondaire dans les lieux publics, une proportion qui est significativement supérieure à celle du reste de la province.

La mortalité associée au tabagisme de 2000 à 2003

- Globalement, dans la région, le taux de mortalité pour l'ensemble des conditions associées au tabagisme est significativement supérieur au taux du reste du Québec. On observe une situation semblable dans les territoires des CSSS de la Vallée-de-l'Or, Les Eskers de l'Abitibi et Rouyn-Noranda.
- Le taux de mortalité pour l'ensemble des conditions associées au tabagisme s'avère plus élevé chez les hommes de la région que chez les femmes. Dans les deux cas, ils sont significativement supérieurs au taux québécois de référence.
- Dans la région comme dans le territoire du CSSS du Lac-Témiscamingue, le taux de mortalité par cardiopathies ischémiques s'avère significativement supérieur à celui du reste du Québec.
- Le taux régional de mortalité par tumeurs malignes du poumon est significativement supérieur à celui du reste du Québec. Parmi les territoires des CSSS, celui de la Vallée-de-l'Or se distingue aussi avec un taux supérieur au taux de référence.
- Dans la région, le taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales s'avère significativement supérieur à celui du reste du Québec, ce qui est aussi le cas pour les territoires des CSSS Les Eskers de l'Abitibi et de la Vallée-de-l'Or.
- Enfin, l'Abitibi-Témiscamingue possède un taux de mortalité par maladies chroniques des voies respiratoires inférieures significativement supérieur à celui du reste de la province, situation qui caractérise également le territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

Même s'il semble se dégager certaines notes positives des dernières enquêtes, notamment la diminution du pourcentage de fumeurs de 2000-2001 à 2003, la possible diminution de la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire à la maison de 2003 à 2007 et celle des non-fumeurs exposés à cette fumée dans les lieux publics de 2005 à 2007, de même que l'accroissement du pourcentage d'individus vivant des restrictions à l'usage du tabac à l'intérieur du domicile, il n'en demeure pas moins que la mortalité associée au tabagisme demeure toujours particulièrement élevée dans la région, témoignant ainsi des taux de tabagisme élevés dans les décennies passées. De plus, bien que le pourcentage de jeunes fumeurs continue de diminuer¹⁶, le tabagisme semble toujours demeurer une habitude

attirante chez ces derniers, comme le reflète d'ailleurs l'épisode au printemps 2008 des cigarillos aromatisés au Québec¹⁷.

Par conséquent, il serait important de maintenir et de développer les activités de prévention, tels les projets de Gang allumée, de même que les services pour la cessation du tabagisme comme les Centres d'abandon du tabagisme ou encore le Défi « J'arrête j'y gagne ! ». De plus, la poursuite de l'application de mesures législatives sur la vente et la consommation de tabac (exemple la *Loi sur le tabac*), est essentielle afin de limiter l'accès aux produits du tabac, de réduire davantage le taux de tabagisme et de limiter à long terme ses effets néfastes sur la santé de la population.

Notes

1. L'ensemble des informations présentées ici proviennent de diverses sources. Pour plus de détails, le lecteur est invité à consulter les sites Internet suivant :
 - Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/body-corps/disease-maladie/index-fra.php>)
 - Ministère de la Santé et des services sociaux (<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?aid=77>)
 - Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/topics/tobacco/fr/>)
 - Institut national de santé publique du Québec (<http://www.inspq.qc.ca/publications/liste.asp?E=p&Theme=73>)
 - Conseil québécois sur le tabac et la santé (<http://www.cqts.qc.ca/fumee-secondaire/index.html>)
2. MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications du MSSS, pages 45 et 46.
3. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (2004). *Plan d'action régional de santé publique en Abitibi-Témiscamingue 2004-2007*, Rouyn-Noranda, page 26.
4. Notamment Côté Luc, Robert Courtemanche et Bernard Caron (2005). *Comparabilité entre les cycles 1.1 et 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : impact du changement apporté à la répartition de l'échantillon selon la base de sondage*, Québec ISQ, 64 pages et Bernier, Sylvie et Denis Hamel (2006). *Évolution de l'usage de la cigarette chez les Québécois de 15 ans et plus de 1994-1995 à 2003*, Québec, INSPQ, 104 pages.
5. À titre indicatif, il était de 43 % chez les personnes de 15 ans et plus en 1987 (source : Bellot, Sylvie (1993). *Le tabagisme en Abitibi-Témiscamingue*, Rouyn-Noranda, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue).
6. Le reste du Québec représente l'ensemble de la province excluant l'Abitibi-Témiscamingue. De plus, il est à noter que les données des régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas incluses. L'intervalle de confiance utilisé est de 95 %.
7. Les données en lien avec le revenu, contrairement aux autres données, proviennent directement du fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) fourni par Statistique Canada. Contrairement au traitement fait par l'Infocentre, la non-réponse partielle n'a pas été répartie dans les autres catégories.
8. La population est répartie en cinq groupes égaux, selon les revenus. Par exemple, les individus identifiés par le quintile 1 font partie des 20 % de la population ayant les revenus les plus bas.
9. Tel que décrit dans Bellot, Sylvie (2004). *L'usage du tabac en Abitibi-Témiscamingue en 2000-2001*, Rouyn-Noranda, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, page 7.
10. Bernier, Sylvie et Denis Hamel (2006), *Op. cit.*, page 10.
11. Au Canada, à l'aide des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population, une étude indique également une diminution du taux de fumeurs qui accompagne la hausse des restrictions à la maison et au travail (Margot Shields (2007). « Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette », *Rapports sur la santé*, Vol. 18, N.3, pages 9 à 26).
12. À noter que la donnée pour le cycle 1.1 de l'ESCC ne peut être utilisée à des fins de comparaison en raison de la formulation différente de la question.
13. Par exemple : les bars, les restaurants, les centres commerciaux, les arénas, les salles de bingo ou les salles de quilles.
14. INSPQ (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Gouvernement du Québec, page 162.

- ¹⁵ Il s'agit de taux ajustés afin d'effectuer des comparaisons entre des territoires ayant des populations avec des structures d'âge différentes. Le taux est ajusté selon la méthode de standardisation directe avec la population du Québec de 2001 comme population de référence.
- ¹⁶ Chez les élèves du secondaire, il est passé de 30 % en 1998 à 15 % en 2006 (source : Institut de la statistique du Québec (2007). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006*, Québec, publication du Québec, page 44).
- ¹⁷ Face à une croissance de 300 % de 2000 à 2005 de la consommation de cigarillos aromatisés chez les jeunes, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec fut contraint d'adopter un règlement pour en interdire la vente à l'unité, afin de rendre le produit moins accessible (source : <http://www.cyberpresse.ca/article/20080123/CPACTUALITES/80123130/1019/CPACTUALITES>).

Agence de la santé
et des services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue

Québec



www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca