

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal



Montréal sans tabac

Le point sur le tabagisme



Québec 

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal



Montréal sans tabac

Le point sur le tabagisme

Marie-Ève Simoneau

Viviane Leune

2013



**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 

Une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Coordination

Mylène Drouin

Rédaction

Marie-Eve Simoneau
Viviane Leaune

Collaboration

Garbis Meshefedjian
Emanuelle Huberdeau
Céline Plante
Marie Jacques

Révision

Luigia Ferrazza

Graphisme

Paul Cloutier

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leurs précieux commentaires et conseils :
Sadoune Ait Kaci Azzou, Caroline Cejka, Anne Chabot, André Gervais, Sophie Goudreau, Mahamane Ibrahima,
Monique Lalonde, James Massie et Simon Tessier

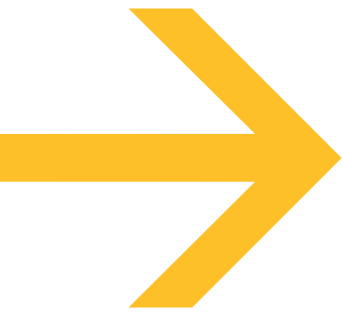
© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2013)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-250-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-89673-251-7 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2013



Mot du directeur

C'est avec plaisir que la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP) vous présente *Montréal sans tabac – Le point sur le tabagisme*. Ce rapport offre une description détaillée du tabagisme à Montréal tant chez les adultes que chez les jeunes ainsi qu'un portrait de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. De plus, il présente des données par territoires de CSSS qui témoignent des inégalités sociales de santé qui subsistent sur l'île de Montréal et qui pourraient être évitées.

Le tabagisme est la première cause de morbidité évitable et de décès prématurés à Montréal. Le tabac est un des principaux facteurs de risque de maladies chroniques. De 2005 à 2009, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète ont causé 72 % des décès chez les 20 ans et plus à Montréal. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), un fumeur sur deux en mourra. Malgré cela, 22 % des adultes montréalais fument toujours, ce qui positionne Montréal parmi les trois grandes villes canadiennes qui fument le plus, bien loin derrière la cible de 16 % fixée dans *Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015* (PLT).

Ce portrait de surveillance permettra d'offrir aux décideurs et aux partenaires engagés des informations essentielles sur :

- l'évolution de la consommation de tabac à Montréal;
- l'ampleur du tabagisme à Montréal et dans chaque territoire de CSSS;
- l'utilisation des ressources d'aide à la cessation;
- les sous-groupes de la population pour lesquels des programmes et des politiques adaptés sont nécessaires.

La surveillance est un élément essentiel de la lutte antitabac tel que reconnu par la Convention cadre de l'OMS. Appliquée à la réalité montréalaise, elle permettra d'apprécier notamment les progrès vers l'atteinte des résultats identifiés dans le PLT.

La Direction de santé publique souhaite ainsi apporter sa contribution à la réflexion collective qui guidera les choix ambitieux qui devront être faits et suivis pour faire de Montréal une ville sans tabac.

Le directeur de santé publique,

Richard Massé, M.D.

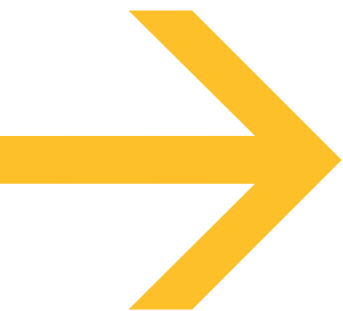
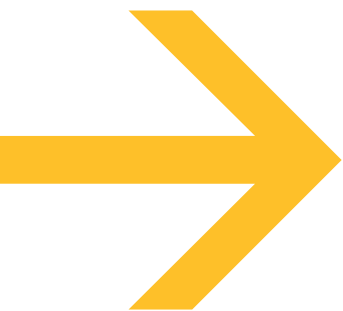


Table des matières

Mot du directeur	III
Faits saillants	IX
Introduction	1
1 Méthodologie	3
Les sources de données	3
Les indicateurs utilisés	3
Les méthodes d'analyses	5
2 Le tabagisme chez les adultes montréalais	7
La prévalence	7
La prévalence diminue, mais demeure l'une des plus élevées parmi les grandes villes canadiennes	7
La prévalence est plus élevée chez les hommes et les jeunes adultes	8
Variations territoriales importantes	9
Des inégalités qui persistent	11
Plus de fumeurs occasionnels que dans le reste du Québec	12
L'abandon de la cigarette	13
Trois fumeurs sur quatre envisagent d'arrêter de fumer	13
Moins de 10 % des fumeurs montréalais ont arrêté de fumer depuis moins d'un an	15
Exposition des fumeurs aux aides à la cessation tabagique	15
3 Le tabagisme chez les jeunes montréalais	23
La prévalence	23
Plus de jeunes fument le cigarillo que la cigarette	23
Moins de jeunes fumeurs de cigarettes que dans le reste du Québec	24
Moins d'élèves montréalais s'initient à la cigarette que dans le reste du Québec	26
Les deux tiers des jeunes hébergés en centres jeunesse fument la cigarette	27
4 La fumée de tabac dans l'environnement	29
La population générale exposée à la FTE	29
Progrès importants quant à l'exposition à la fumée secondaire au domicile	29
De moins en moins de femmes fument ou sont exposées durant la grossesse	31
1 enfant sur 10 est exposé à la fumée secondaire	33
Les 12-17 ans demeurent les plus exposés à la fumée secondaire	36
Conclusion	37
Références	39
Annexe 1	41
Annexe 2	42



Liste des graphiques

Graphique 1	Proportion (%) de fumeurs actuels de 15 ans et plus selon l'année, Montréal, ensemble du Québec et Canada, 1987 à 2009-2010	7
Graphique 2	Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus dans plusieurs villes canadiennes, 2009-2010	8
Graphique 3	Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon le sexe, Montréal et ensemble du Québec, 2009-2010	8
Graphique 4	Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon le groupe d'âge, Montréal et ensemble du Québec, 2009-2010	9
Graphique 5	Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon les niveaux de scolarité et de revenu du ménage, Montréal, 2009-2010	12
Graphique 6	Taux (%) de cessation inférieure à un an parmi les fumeurs de 18 ans et plus selon l'année, Montréal et ensemble du Québec, 2005 à 2009-2010	15
Graphique 7	Nombre de participants au <i>Défi</i> et aux groupes de cessation et nombre de clients rencontrés au CAT, Montréal, 2006-2007 à 2011-2012	16
Graphique 8	Proportion (%) d'hommes dans les CAT, le <i>Défi</i> et les groupes de cessation, Montréal, 2006-2007 à 2011-2012	17
Graphique 9	Proportion (%) des 35 ans et plus dans les CAT, le <i>Défi</i> et les groupes de cessation, Montréal, 2006-2007 à 2011-2012	17
Graphique 10	Taux (%) d'exposition des fumeurs à un <i>counselling</i> médical en cessation tabagique, selon le sexe et le groupe d'âge, usagers de services de santé, 2007-2008 à 2009-2010	19
Graphique 11	Taux (%) d'exposition à une TRN sous ordonnance selon le sexe et le groupe d'âge, Montréal, 2007 à 2011	19
Graphique 12	Distribution (%) des personnes ayant eu un traitement TRN, selon le type d'ordonnances, Montréal, 2007 à 2011	20
Graphique 13	Proportion (%) des personnes ayant eu un traitement TRN, selon certaines caractéristiques et le type d'ordonnances, Montréal, 2011	20
Graphique 14	Proportion (%) de fumeurs de cigarettes et de cigarillos chez les jeunes du secondaire selon le niveau scolaire, Québec, 2008	23
Graphique 15	Proportion (%) de fumeurs de cigarettes et de cigarillos chez les jeunes du secondaire selon l'année, Québec, 1998 à 2008	24
Graphique 16	Proportion (%) de fumeurs actuels de cigarettes chez les jeunes du secondaire selon le sexe, Montréal et ensemble du Québec, 2010-2011	24
Graphique 17	Proportion (%) de fumeurs de cigarettes chez les jeunes du secondaire selon le statut de fumeur, Montréal et ensemble du Québec, 2010-2011	25

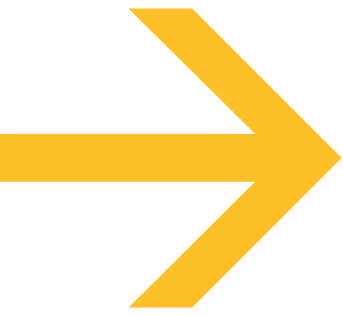
Graphique 18	Proportion (%) des élèves du secondaire ayant fumé une 1 ^{re} cigarette avant d'entrer dans le groupe d'âge, Montréal et Québec, 2010-2011	26
Graphique 19	Proportion (%) d'élèves de 6 ^e année du primaire à la 3 ^e année de secondaire selon l'usage de la cigarette, Québec, 1994 à 2008-2009	27
Graphique 20	Proportion (%) de fumeurs quotidiens de cigarettes chez les jeunes de 14 à 17 ans hébergés dans les centres jeunesse du Québec, 2008-2009	27
Graphique 21	Proportion (%) de fumeurs de cigarillos chez les jeunes de 14 à 17 ans hébergés dans les centres jeunesse du Québec selon la fréquence de consommation au cours de l'année précédant l'admission, 2008-2009	28
Graphique 22	Proportion (%) de non-fumeurs de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire de tabac au domicile, Montréal et Québec, 2003 à 2009-2010	29
Graphique 23	Proportion (%) de femmes ayant fumé et de non-fumeuses exposées à la fumée secondaire durant la grossesse, Montréal, 2000 à 2005	32
Graphique 24	Proportion (%) de femmes ayant fumé et de non-fumeuses exposées à la fumée secondaire durant la grossesse selon la scolarité, Montréal, 2000-2005	32
Graphique 25	Proportion (%) d'enfants de 6 mois à 12 ans exposés actuellement à la fumée secondaire de tabac selon l'année de naissance de l'enfant, Montréal, 2006	34
Graphique 26	Proportion (%) de non-fumeurs de 12-17 ans exposés à la FTE au domicile, Montréal et ensemble du Québec, 2005 à 2009-2010	36

Liste des tableaux

Tableau 1	Liste des indicateurs, définitions et sources utilisées	4
Tableau 2	Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon le sexe et l'âge, Montréal et CSSS, 2007-2010	11
Tableau 3	Caractéristiques sociodémographiques et tabagiques des 5 types de fumeurs de 18 ans et plus, Montréal, 2010	13
Tableau 4	Intention et tentatives pour cesser de fumer selon les 5 types de fumeurs de 18 ans et plus, Montréal, 2010	14
Tableau 5	Nombre de participants au CAT (2011-2012), au <i>Défi</i> (2012) et aux groupes de cessation (2011) et taux (%) d'exposition des fumeurs pour ces trois interventions, CSSS et Montréal	18
Tableau 6	Taux (%) d'exposition des fumeurs au <i>counselling</i> médical (2009-2010) et aux TRN par ordonnances médicales et collective (2011), CSSS et Montréal	21

Liste des cartes

Carte 1	Nombre et proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus, Montréal et CSSS, 2007-2010	10
Carte 2	Nombre et proportion (%) de gens âgés de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire de tabac au domicile, Montréal et CSSS, 2005	30
Carte 3	Nombre et proportion (%) de fumeuses durant la grossesse, Montréal et CSSS, 2000-2005	33
Carte 4	Nombre et proportion (%) d'enfants âgés de 6 mois à 12 ans exposés actuellement à la fumée secondaire de tabac au domicile, Montréal et CSSS, 2006	35



Faits saillants

Prévalence du tabagisme chez les adultes montréalais en 2009-2010

- Environ 22 % des Montréalais de 18 ans et plus, soit 339 300 adultes fument la cigarette.
- Malgré une baisse du tabagisme depuis une quarantaine d'années, Montréal est l'une des grandes villes du Canada où la prévalence est la plus élevée.
- La proportion de fumeurs est plus élevée chez les hommes (25 %) que chez les femmes (19 %).
- Les jeunes adultes de 18-34 ans ont la prévalence la plus élevée (26 %).

Caractéristiques des fumeurs montréalais en 2010

- Comparativement à l'ensemble du Québec, Montréal compte une proportion plus importante de fumeurs occasionnels (28 % versus 22 %).
- Les Montréalais fument en moyenne 12 cigarettes par jour et depuis environ 21 ans.

Abandon du tabagisme chez les adultes montréalais

- En 2010, les trois quarts des fumeurs montréalais de 18 ans et plus envisagent de cesser de fumer (72 %). Le quart d'entre eux désire le faire dans les 30 prochains jours et le tiers dans six mois. Près de trois fumeurs sur quatre ont déjà fait une tentative d'au moins 24 heures pour arrêter de fumer (71 %).
- En 2009-2010, 8 % des fumeurs ont arrêté de fumer au cours de la dernière année. Au total, on compte 403 700 anciens fumeurs à Montréal.
- Les ressources d'aide à la cessation sont peu utilisées par les fumeurs. En 2011-2012, moins de 2 % des fumeurs ont utilisé les services d'un CAT, de la ligne *j'Arrête* ou du *Défi J'arrête, j'y gagne!*. En 2009-2010, près de 9 % ont été exposés à un *counselling* médical en cessation tabagique. En 2011, environ 5 % ont reçu une ordonnance pour une thérapie de remplacement à la nicotine.

Prévalence du tabagisme chez les jeunes montréalais en 2010-2011

- Environ 5 % des élèves fréquentant une école secondaire à Montréal fument la cigarette, soit près de 5 000 jeunes. Cette prévalence est inférieure à celle de l'ensemble du Québec (7 %).
- L'initiation à la cigarette est moins répandue chez les élèves de Montréal que dans l'ensemble du Québec.

Exposition des Montréalais à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE)

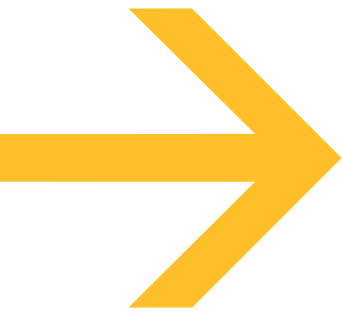
- En 2009-2010, près de 6 % des Montréalais de 12 ans et plus sont exposés quotidiennement à la FTE au domicile, et 8 % le sont dans un véhicule. Chez les jeunes de 12-17 ans, ces proportions grimpent à 22 % et 16 % respectivement.
- Près de 7 % des Montréalaises enceintes ont fumé, et 3 % ont été exposées à la FTE durant leur grossesse en 2005.
- En 2006, environ 12 % des enfants de 6 mois à 12 ans sont exposés quotidiennement à la FTE au domicile, et 5 % le sont dans un véhicule.

Variations territoriales

- En 2007-2010, les prévalences du tabagisme les plus élevées se situent dans les CSSS du Cœur-de-l'Île (29 %) et Jeanne-Mance (36 %).
- En 2005, la proportion de la population exposée à la FTE à la maison varie de 7 % à 14 % selon le CSSS de résidence.
- En 2000-2005, les CSSS du Cœur-de-l'Île, Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île ont des prévalences du tabagisme durant la grossesse supérieures à celle de Montréal.
- En 2006, l'exposition des enfants de 6 mois à 12 ans à la FTE est plus élevée dans les CSSS de la Pointe-de-l'Île, d'Ahuntsic et Montréal-Nord, du Sud-Ouest-Verdun et de Dorval-Lachine-LaSalle.
- L'exposition à la FTE est plus faible dans le CSSS de la Montagne. La population de 12 ans et plus, les femmes enceintes et les enfants de 6 mois à 12 ans y sont peu exposés.

Inégalités sociales de santé et tabagisme en 2009-2010 à Montréal

- La prévalence du tabagisme est plus élevée parmi la population ayant de faibles revenus (25 %) que celle bénéficiant de revenus supérieurs (14 %). Cette inégalité s'est accrue depuis 1987.
- L'exposition à la FTE est plus fréquente parmi la population ayant une faible scolarité (15 % versus 3 %). Cette inégalité est à la hausse depuis 2003.



Introduction

Le tabagisme est l'une des dépendances les plus dangereuses pour la santé et constitue la principale cause de mortalité évitable. La consommation de tabac diminue l'espérance de vie et augmente les risques de développer une maladie chronique telle que le cancer, les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies cardiovasculaires. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la moitié des gens qui en consomment en mourront. Le tabac tue environ 6 millions de personnes chaque année, soit 10 % de tous les décès. Le tabagisme ne nuit pas seulement à la santé des fumeurs, mais à toute la population exposée à la fumée. En effet, la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) accentue les risques de maladies cardiovasculaires et respiratoires, peut provoquer le syndrome de mort subite chez le nourrisson et entraîner un faible poids à la naissance chez l'enfant de la femme enceinte qui fume (OMS, 2012).

Par sa forte prévalence et ses conséquences néfastes sur la santé, le tabagisme représente, encore à ce jour, un lourd fardeau pour la société et engendre d'énormes coûts pour le système de santé¹. C'est pourquoi, le tabagisme constitue depuis une quinzaine d'années, un enjeu majeur pour la santé publique (Dubé, Lavoie et Laprise, 2012). Malgré une baisse considérable depuis une quarantaine d'années partout au Canada, Montréal est l'une des grandes villes où la prévalence du tabagisme est la plus élevée. Dans ce contexte, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a adopté en 2013, *Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015* (Drouin et Tessier, 2013). Ce plan vise principalement à réduire les effets dévastateurs de la cigarette sur la santé de la population en portant une attention particulière aux inégalités de santé liées au tabagisme.

L'objectif principal de ce rapport consiste à dresser un portrait détaillé du tabagisme à Montréal. Il décrit en premier lieu plusieurs aspects du tabagisme chez les adultes, notamment la prévalence et la cessation de la cigarette ainsi que l'utilisation des ressources d'aide à la cessation par la population montréalaise. La deuxième section aborde le tabagisme chez les jeunes et la dernière partie fait état de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.

¹ Au Québec, les coûts reliés à l'usage de la cigarette ont totalisé 4 milliards de dollars en 2002 (MSSS, 2012a).



Méthodologie

Les sources de données

Ce document repose sur plusieurs sources de données (tableau 1), notamment l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2000-2001 à 2009-2010, l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*, l'*Étude sur les fumeurs* de 2010 et l'*Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans* de 2006. Un cumul des deux derniers cycles de l'ESCC (2007-2008 et 2009-2010) a aussi été utilisé pour estimer la prévalence du tabagisme chez les adultes dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) montréalais. Les données concernant l'exposition aux services d'aide à la cessation proviennent des bases de données des inscriptions au *Défi J'arrête, j'y gagne !* de 2007 à 2012², de I-CLSC de 2006-2007 à 2011-2012, du *Centre Vivre mieux sans fumer* de 2006-2007 à 2011-2012 et des *Banques de données médicoadministratives jumelées* de 2007-2008 à 2009-2010. Les résultats sur l'exposition à des thérapies de remplacement de la nicotine sont issus de la base de données IMS-Brogan 2007 à 2011.

Des données montréalaises au niveau local sont disponibles uniquement dans l'*Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans*, l'ESCC 2005, l'ESCC 2007-2010 et les bases de données I-CLSC, *Défi J'arrête, j'y gagne !*, *Centre Vivre mieux sans fumer* et IMS-Brogan.

Les enquêtes qui estiment l'usage d'autres produits du tabac (cigarillos ou petits cigares) chez les jeunes offrent seulement des données au niveau provincial (l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* et l'*Enquête sur le tabagisme chez les jeunes*). Ainsi, faute d'avoir des données montréalaises, les résultats pour l'ensemble du Québec sont présentés pour ce type de consommation. De la même façon, l'étude *Sexe, drogue et autres questions de santé* offre des résultats uniquement pour l'ensemble des jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec.

Les indicateurs utilisés

Les principaux indicateurs utilisés dans ce portrait sont définis au tableau 1. La prévalence du tabagisme (ou la proportion de fumeurs actuels) est la somme des fumeurs réguliers (ou quotidiens) et occasionnels. Puisque les proportions de fumeurs sont basées sur les déclarations des répondants, il est fort possible que la prévalence du tabagisme soit sous-estimée. En effet, « la désirabilité sociale de plus en plus pressante de ne pas fumer, pourrait entraîner une sous-déclaration ou une non-réponse de plus en plus marquée de la part des fumeurs » (Aubin et Caouette, 1998, p. 26).

² Le *Défi J'arrête, j'y gagne !* ne se déroule pas sur une année entière comme les CAT et les groupes de cessation. Toutefois, pour alléger le texte, le *Défi* de 2007 correspond à l'année 2006-2007 dans les graphiques et les tableaux, et ainsi de suite pour les autres années.

Liste des indicateurs, définitions et sources utilisées

Indicateurs	Définitions	Sources
Proportion de fumeurs actuels de cigarettes chez les 18 ans et plus	$\frac{\text{Nombre de fumeurs de 18 ans et plus réguliers et occasionnels}}{\text{Population totale de 18 ans et plus}}$	<ul style="list-style-type: none"> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008 et 2009-2010 et cycles cumulés 2007-2008 et 2009-2010 Le portrait de santé. Le Québec et ses régions, 2001.
Proportion de fumeurs actuels de cigarettes chez les jeunes du secondaire de 12-17 ans	$\frac{\text{Nombre de fumeurs actuels de cigarettes chez les jeunes du secondaire}}{\text{Population totale des jeunes du secondaire}}$	<ul style="list-style-type: none"> Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), 2010-2011
Répartition des fumeurs selon le type	$\frac{\text{Nombre de fumeurs selon le type de fumeurs}}{\text{Nombre total de fumeurs}}$	<ul style="list-style-type: none"> Étude sur les fumeurs, 2010
Fumeurs ayant l'intention d'arrêter de fumer	$\frac{\text{Nombre de fumeurs qui envisagent d'arrêter de fumer}}{\text{Nombre total de fumeurs}}$	<ul style="list-style-type: none"> Étude sur les fumeurs, 2010
Fumeurs ayant fait au moins une tentative pour cesser de fumer	$\frac{\text{Nombre de fumeurs ayant déjà fait au moins une tentative d'arrêt d'au moins 24 heures}}{\text{Nombre total de fumeurs}}$	<ul style="list-style-type: none"> Étude sur les fumeurs, 2010
Taux de cessation inférieure à 1 an	$\frac{\text{Nombre d'anciens fumeurs ayant cessé depuis moins de 1 an}}{\text{Nombre de fumeurs et d'anciens fumeurs depuis moins de 1 an}}$	<ul style="list-style-type: none"> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005, 2007-2008 et 2009-2010
Taux d'exposition des fumeurs aux interventions en cessation tabagique	$\frac{\text{Nombre de personnes exposées à au moins 1 des 3 interventions en cessation tabagique Défi, CAT ou groupes de cessation}}{\text{Nombre estimé de fumeurs de 18 ans et plus}^3}$	<ul style="list-style-type: none"> Base de données des inscriptions au <i>Défi J'arrête, j'y gagne!</i>, 2007 à 2012 CAT : I-CLSC, 2006-2007 à 2011-2012 Groupes de cessation : Centre Vivre mieux sans fumer, 2006-2007 à 2011-2012 partiellement Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010 et cycles cumulés 2007-2008 et 2009-2010 Projections de la population du Québec 2006-2031
Taux d'exposition au <i>counselling</i> médical en cessation tabagique	$\frac{\text{Nombre de personnes exposées à un counselling médical en cessation tabagique}}{\text{Nombre estimé de fumeurs parmi les utilisateurs des services de santé}}$	<ul style="list-style-type: none"> Banques de données médicoadministratives jumelées, 2007-2008 à 2009-2010 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010 et cycles cumulés 2007-2008 et 2009-2010 Projections de la population du Québec 2006-2031
Taux d'exposition à une TRN	$\frac{\text{Nombre de fumeurs ayant reçu une ordonnance de TRN}}{\text{Nombre estimé de fumeurs}}$	<ul style="list-style-type: none"> IMS-Brogan, 2007 à 2011 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010 et cycles cumulés 2007-2008 et 2009-2010 Projections de la population du Québec 2006-2031
Proportion de non-fumeurs exposés à la FTE au domicile	$\frac{\text{Nombre de non-fumeurs exposés chaque jour ou presque à la FTE au domicile}}{\text{Nombre total de non-fumeurs}}$	<ul style="list-style-type: none"> Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003, 2005, 2007-2008 et 2009-2010
Proportion de femmes ayant fumé durant la grossesse	$\frac{\text{Nombre de femmes ayant fumé durant la grossesse entre 2000 et 2005}}{\text{Nombre total de femmes ayant eu un enfant entre 2000 et 2005}}$	<ul style="list-style-type: none"> Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, 2006
Proportion de femmes non-fumeuses exposées à la FTE durant la grossesse	$\frac{\text{Nombre de femmes non-fumeuses exposées à la FTE durant la grossesse entre 2000 et 2005}}{\text{Nombre total de femmes non-fumeuses ayant eu un enfant entre 2000 et 2005}}$	<ul style="list-style-type: none"> Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, 2006
Proportion d'enfants de 6 mois à 12 ans exposés à la FTE au domicile	$\frac{\text{Nombre d'enfants de 6 mois à 12 ans exposés chaque jour ou presque à la FTE au domicile}}{\text{Nombre total d'enfants de 6 mois à 12 ans}}$	<ul style="list-style-type: none"> Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans, 2006

³ La prévalence du tabagisme en 2009-2010 a été utilisée pour estimer le nombre de fumeurs total à Montréal, alors que les prévalences moyennes du tabagisme durant la période 2007-2010 ont été utilisées pour estimer le nombre de fumeurs dans les CSSS.

Les méthodes d'analyses

Toutes les différences significatives mentionnées dans ce document reposent sur des tests de comparaison d'intervalles de confiance ou de différence de proportions qui ont confirmé un écart statistique à un niveau de confiance de 95 %.

Sauf indication contraire, tous les tests statistiques ont été réalisés en comparant Montréal à l'ensemble du Québec sans Montréal (nommé *reste du Québec* dans le document). Toutefois, ce sont les résultats de l'ensemble du Québec qui sont présentés dans les graphiques et le texte. Le reste du Québec n'est utile qu'à des fins de comparaisons statistiques avec la région.

Le coefficient de variation est une mesure de précision pour une proportion. Lorsqu'il est inférieur ou égal à 16,6 %, la précision de la valeur est jugée bonne, et aucune mention n'est indiquée. S'il est supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %, la proportion doit être interprétée avec prudence et est marquée par un astérisque. Toutefois, lorsque le coefficient de variation est trop élevé (supérieur à 33,3 %), la valeur n'est pas présentée.

2

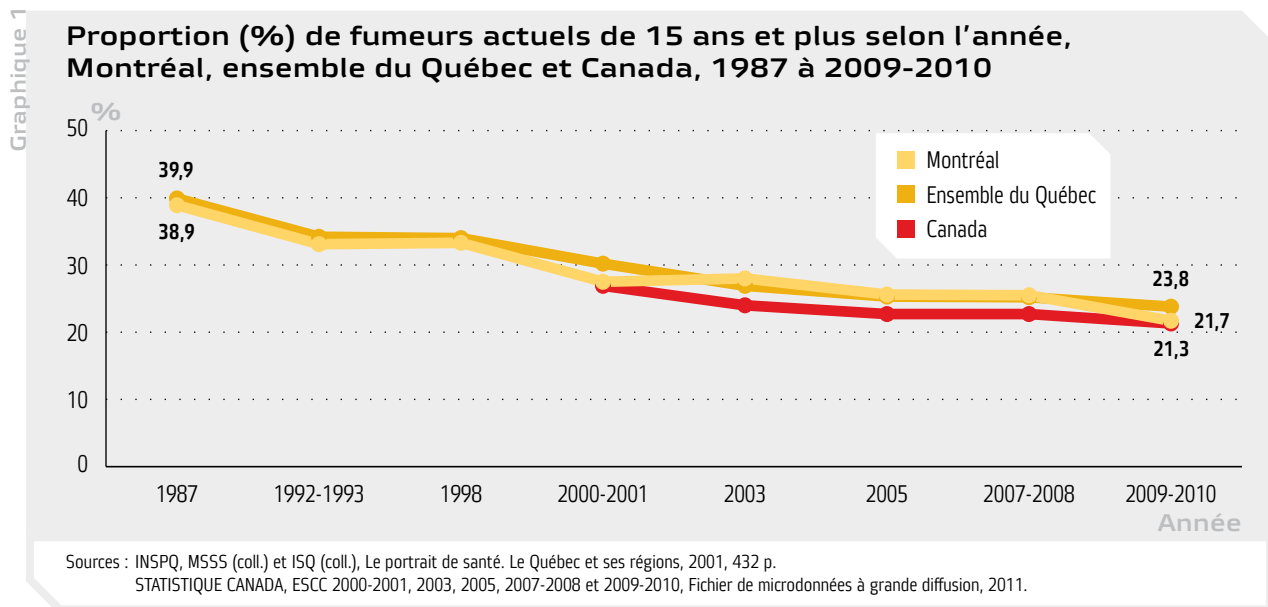
Le tabagisme chez les adultes montréalais

La prévalence

La prévalence diminue, mais demeure l'une des plus élevées parmi les grandes villes canadiennes

La prévalence du tabagisme est en baisse depuis près de 45 ans partout au Canada (Reid et Hammond, 2011). À Montréal, vers la fin des années 1980, près de 40 % des individus de 15 ans et plus⁴ fumaient la cigarette (graphique 1). Une vingtaine d'années plus tard, la prévalence se situe autour de 22 %. Le tabagisme a ainsi diminué de 44 % en 23 ans, soit une baisse annuelle moyenne de 3 %. La diminution du tabagisme à Montréal est similaire à celle de l'ensemble du Québec.

Tout porte à croire que les mesures législatives (p. ex. les lois restreignant l'usage du tabac à certains endroits, la hausse de taxe sur les produits du tabac), les campagnes éducatives (p. ex. le *Défi J'arrête, j'y gagne !*) et les services d'aide à la cessation tabagique peuvent avoir contribué à cette baisse.

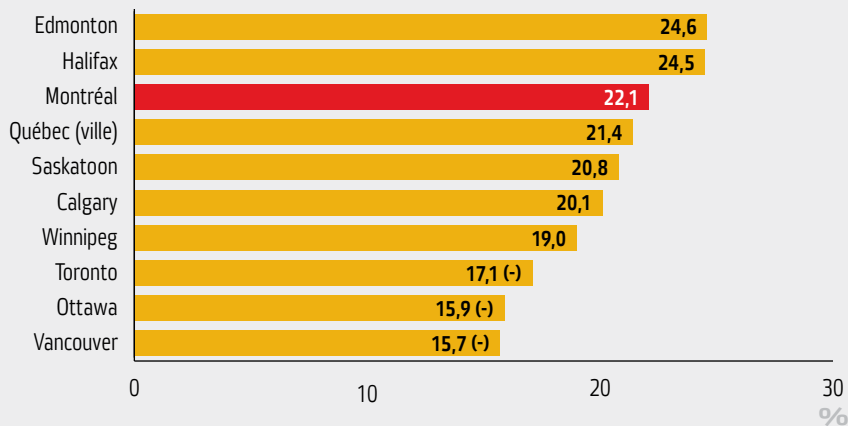


Malgré cette baisse, la prévalence du tabagisme à Montréal est l'une des plus élevées parmi les grandes villes canadiennes (graphique 2). En 2009-2010, environ une personne sur cinq, soit près de 339 300 Montréalais de 18 ans et plus fument la cigarette. Aucune autre grande ville canadienne n'affiche une proportion de fumeurs significativement supérieure à celle de Montréal.

⁴ La population des 15 ans et plus a été utilisée pour mesurer l'évolution du tabagisme, car ce sont les seules données disponibles pour les années 1987 à 1998.

Graphique 2

Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus dans plusieurs villes canadiennes, 2009-2010



(-) (+) Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de Montréal, au seuil de 5 %.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2009-2010, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2011.

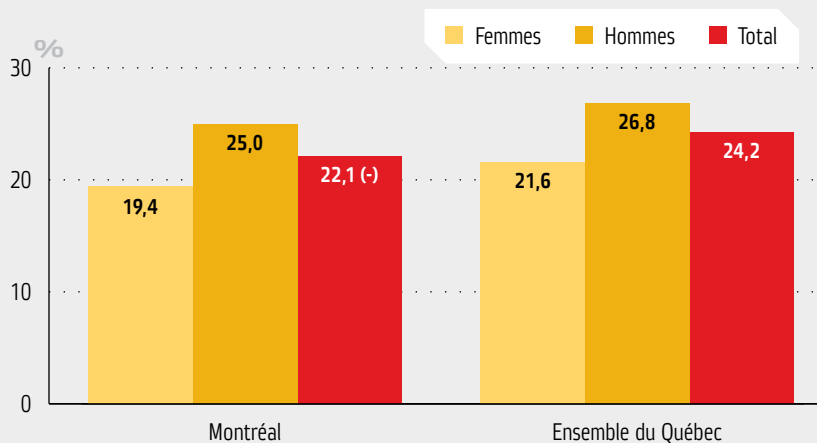
La prévalence est plus élevée chez les hommes et les jeunes adultes

En 2009-2010, à Montréal, la prévalence du tabagisme chez les adultes est inférieure à celle du Québec. Même si le tabagisme est en baisse, certains groupes de populations accusent toujours une forte prévalence et constituent ainsi des groupes plus à risque. En 2009-2010, la prévalence du tabagisme chez les hommes est supérieure à celle des femmes. Environ 152 200 Montréalaises et 187 100 Montréalais fument la cigarette, soit 19 % des femmes et 25 % des hommes (graphique 3).

Depuis 2005, la baisse du tabagisme est notée tant chez les Montréalais que chez les Montréalaises. Bien que la diminution de la prévalence chez les femmes ait débuté plus tardivement que celle des hommes (Aubin et Caouette, 1998), elle affiche une chute plus rapide depuis 2005 (19 % comparativement à 12 % chez les hommes : données non présentées).

Graphique 3

Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon le sexe, Montréal et ensemble du Québec, 2009-2010

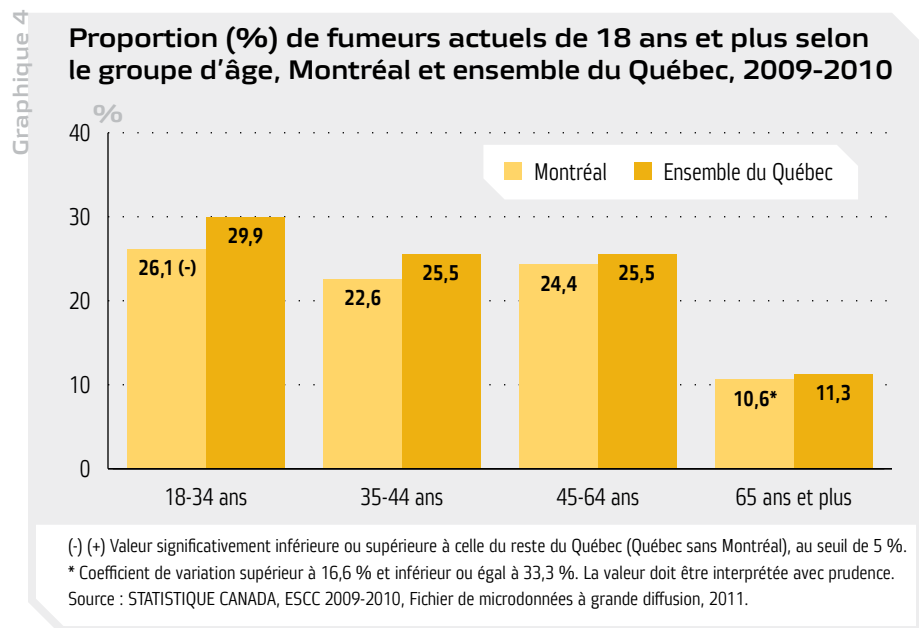


(-) (+) Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste du Québec (Québec sans Montréal), au seuil de 5 %.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2009-2010, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2011.

Selon les données de l'ESCC cycles cumulés 2007-2010 (données non présentées), la prévalence du tabagisme parmi les hommes immigrants (24 %) et non immigrants (29 %) n'est pas statistiquement différente. Une différence significative est toutefois notée chez les femmes, la proportion de fumeuses est inférieure chez les immigrantes (10 %) comparativement aux non immigrantes (27 %).

Le tabagisme est une dépendance plus fréquente chez les jeunes adultes. Le nombre et la proportion de fumeurs atteignent leur maximum chez les 18-34 ans. D'ailleurs, un peu plus du tiers de tous les fumeurs sont âgés de 18-34 ans. À Montréal, 124 400 personnes de 18 à 34 ans fument la cigarette, ce qui équivaut à une prévalence de 26 %, soit 22 % chez les femmes et 30 % chez les hommes. Cependant, les Montréalais âgés de 18 à 34 ans sont le seul groupe d'âge à afficher une prévalence inférieure à celle du Québec (graphique 4). Le recul du tabagisme est perceptible à travers tous les groupes d'âge, mais la baisse est plus marquée chez les 35-44 ans (données non présentées).

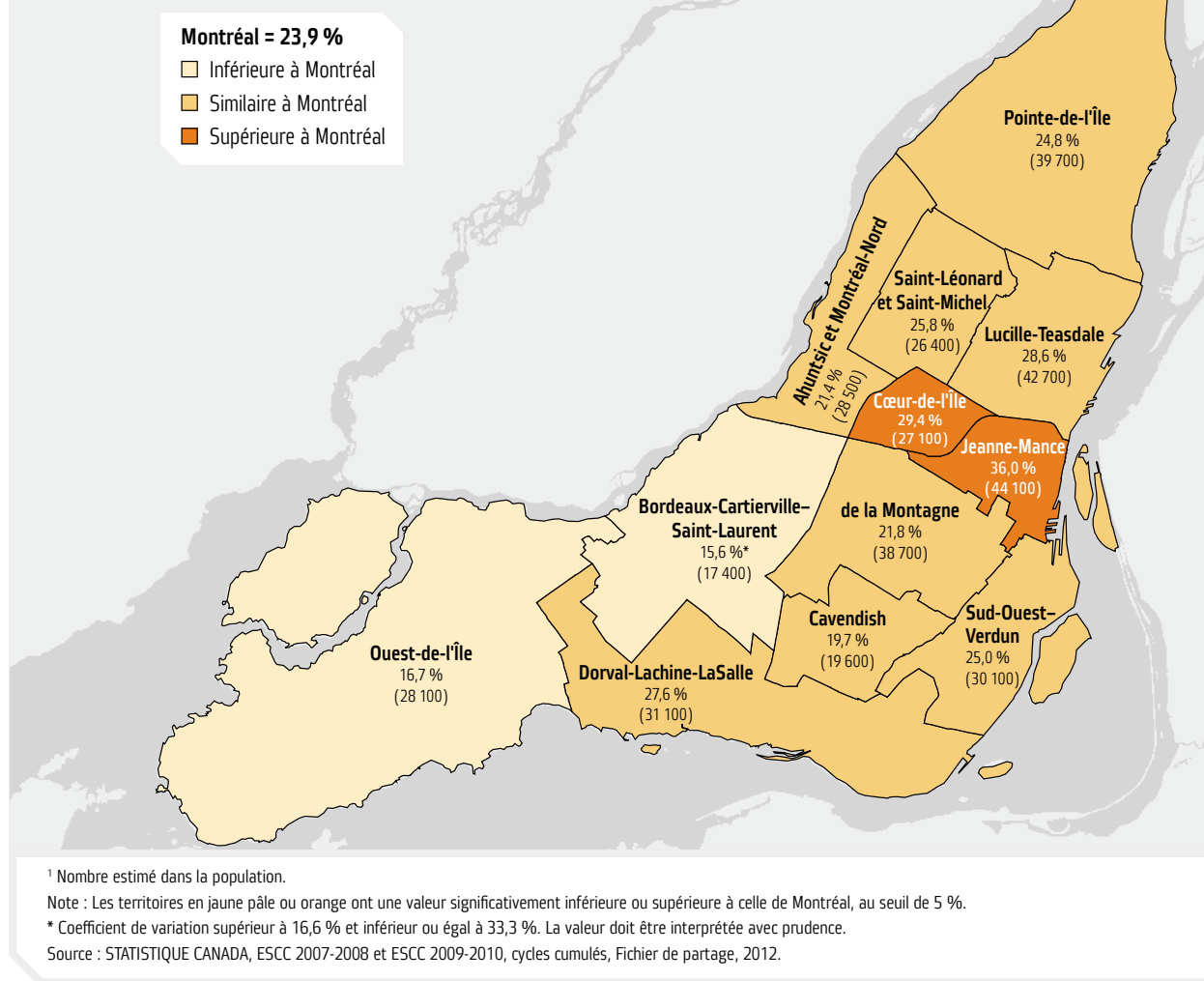


Variations territoriales importantes

Des écarts importants subsistent entre les douze CSSS de Montréal. Selon l'ESCC cycles cumulés 2007-2010, la prévalence du tabagisme varie de 16 % à 36 % à l'intérieur du territoire montréalais. Les populations des CSSS du Cœur-de-l'Île et Jeanne-Mance se démarquent avec une prévalence significativement supérieure à celle de la moyenne régionale, soit 29 % et 36 % respectivement. Ces deux CSSS regroupent à eux seuls près de 20 % de tous les fumeurs de Montréal, alors que l'importance relative de leur population est de 14 %. Les CSSS de l'Ouest-de-l'Île et de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent affichent pour leur part les plus faibles prévalences du territoire, soit environ 16 % (carte 1 et annexe 1).

Les hommes du CSSS Jeanne-Mance ainsi que les femmes des CSSS Jeanne-Mance et du Cœur-de-l'Île ont des proportions significativement plus élevées que les populations masculine et féminine de l'ensemble de Montréal. Ces trois sous-groupes ont tous une prévalence du tabagisme équivalente ou supérieure à 30 %. Avec 16 % de fumeurs, la population masculine du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent affiche une prévalence significativement inférieure à celle de l'ensemble des hommes de Montréal (tableau 2).

Nombre¹ et proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus, Montréal et CSSS, 2007-2010



En 2007-2010, la prévalence du tabagisme chez les 18-34 ans varie de 13 % dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent à 36 % dans les CSSS du Cœur-de-l'Île, Jeanne-Mance et de la Pointe-de-l'Île. Cependant, seule la proportion du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent diffère significativement de celle de Montréal. Quant à la population âgée de 35 ans et plus, seul le CSSS Jeanne-Mance a une prévalence significativement supérieure à celle de Montréal (tableau 2).

À Montréal, les CSSS ayant des prévalences élevées de fumeurs tels que Cœur-de-l'Île et Jeanne-Mance se caractérisent par un plus faible pourcentage d'immigrants et une proportion supérieure de francophones comparativement aux autres CSSS. Selon le recensement de 2006, les populations de ces deux territoires sont constituées d'au plus 25 % d'immigrants et de deux tiers de francophones⁵, alors que la moyenne montréalaise est de 31 % d'immigrants et de 50 % de francophones.

⁵ Les francophones sont définis ici comme les personnes dont la première langue apprise à la naissance et encore comprise est le français.

Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon le sexe et l'âge, Montréal et CSSS, 2007-2010

Territoires de CSSS	Femme	Homme	18-34 ans	35 ans et plus
Ouest-de-l'Île	13,2*	21,1	28,7*	13,3*
Dorval-Lachine-LaSalle	22,6*	32,7*	35,4*	24,3*
Sud-Ouest-Verdun	25,0*	25,0	27,1*	23,7
Cavendish	15,3*	23,7	21,8*	19,0
de la Montagne	17,6	25,5	25,7	19,1
Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	15,5*	15,8*(-)	12,6*(-)	16,4*
Ahuntsic et Montréal-Nord	17,1*	26,9	23,0*	20,7
Cœur-de-l'Île	29,7(+)	29,2	36,4	23,4*
Jeanne-Mance	36,5(+)	35,5(+)	36,3	35,7(+)
Saint-Léonard et Saint-Michel	18,4*	34,3*	25,7*	25,9*
Lucille-Teasdale	27,1	30,3	33,1	26,6
Pointe-de-l'Île	22,3	28,2	35,5	21,2
Montréal	20,8	27,2	29,1	21,5

(-) (+) Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de Montréal au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008 et ESCC 2009-2010, cycles cumulés, Fichier de partage, 2012.

Des inégalités qui persistent

Les personnes défavorisées socialement et économiquement sont plus susceptibles de s'initier au tabagisme, fument plus longtemps, vivent plus d'échecs lorsqu'elles tentent de cesser de fumer, sont davantage exposées à la FTE, et meurent plus souvent de façon prématurée. (Lasnier, Leclerc et Hamel, 2012, p. 1)

La prévalence du tabagisme est généralement plus élevée dans les populations plus vulnérables (Gratton, 2007 et Kairouz, Payette, Nguyen et Guyon, 2008). En 2009-2010 à Montréal, les gens ayant de plus faibles revenus sont significativement plus nombreux à fumer (graphique 5). Même si la prévalence du tabagisme semble plus élevée parmi les individus moins scolarisés, les différences ne sont pas significatives.

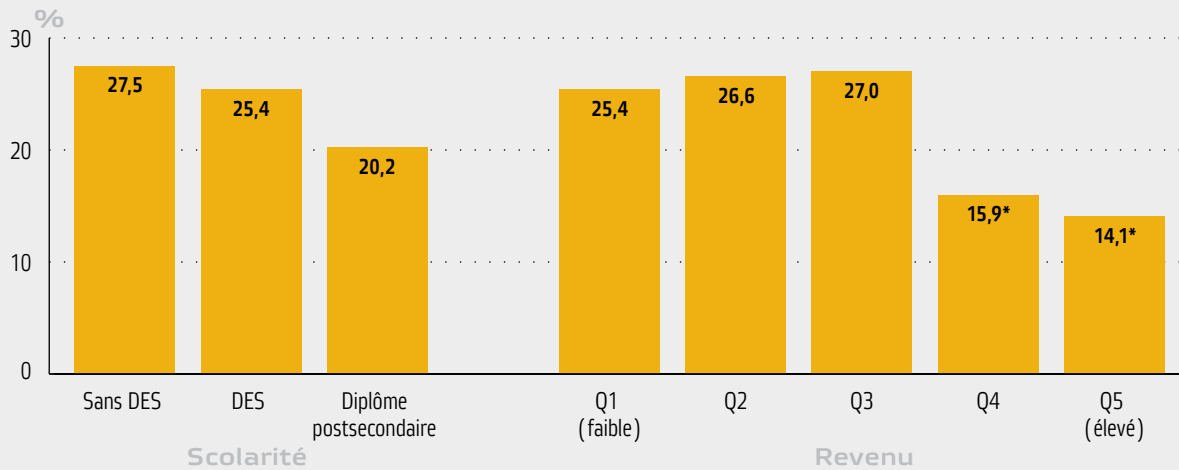
En 2007-2008, au Québec, les personnes de 18 ans et plus vivant dans des milieux défavorisés aux plans matériel et social⁶ sont plus susceptibles de fumer que celles habitant dans les secteurs favorisés (38 % comparativement à 19 %). Par ailleurs, bien que la prévalence de l'usage du tabac ait diminué depuis le début des années 2000, les inégalités sociales de santé liées au tabagisme sont demeurées relativement stables durant cette période (Lasnier, Leclerc et Hamel, 2012).

À Montréal, les données montrent que les inégalités selon le revenu⁷ liées au tabagisme sont en hausse. Des résultats de l'ESCC confirment que, de 1987 à 2009-2010, la proportion de fumeurs a chuté d'environ 50 % parmi la population ayant des revenus élevés comparativement à près de 40 % dans le groupe ayant de faibles revenus (DSP, 2011a).

⁶ Le concept de défavorisation réfère à l'indice de défavorisation matériel et social élaboré par Pampalon et Raymond. C'est une mesure écologique basée sur le milieu dans lequel vit l'individu (Pampalon et Raymond, 2000).

⁷ Les résultats de la prévalence du tabagisme selon l'indice de défavorisation matériel et social ne sont pas disponibles pour la région de Montréal.

Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon les niveaux de scolarité et de revenu du ménage, Montréal, 2009-2010



DES : Diplôme d'études secondaires et certaines études postsecondaires.

Q : Quintile

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2009-2010, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2011.

« Bien qu'il soit légitime de croire que la baisse observée du tabagisme et de l'exposition des non-fumeurs à la FTE au cours de la période considérée soit associée à la mise en œuvre d'interventions multiples et complémentaires de lutte contre le tabagisme, force est de constater que leur efficacité aura été mitigée quant à la réduction des inégalités à cet égard. » (Lasnier, Leclerc et Hamel, 2012, p. 23)

Les personnes souffrant de dépendances ou de troubles de santé mentale présentent elles aussi une forte prévalence du tabagisme. Chez les gens vivant avec des troubles de santé mentale, la proportion de fumeurs peut atteindre deux fois celle de la population générale (Lasser et al., 2000). Ces individus souffriraient davantage de maladies liées au tabagisme, et leur espérance de vie serait réduite de 25 ans par rapport à l'ensemble de la population (Prochaska, 2011). La prévalence du tabagisme varie de 11 % à 48 % chez les gens aux prises avec des problèmes d'abus d'alcool ou de drogues (Le Strat et al., 2010)⁸.

Plus de fumeurs occasionnels que dans le reste du Québec

L'Étude sur les fumeurs de la Société canadienne du cancer produit en 2010 avait pour objectif de fournir un outil de référence pour élaborer de nouvelles stratégies, campagnes ou messages pour inciter les fumeurs à abandonner le tabac. Un sondage Web a été réalisé auprès de 3 701 fumeurs québécois, dont 945 à Montréal. L'échantillon est représentatif de l'ensemble de la population de fumeurs, en ce qui a trait au sexe, l'âge, la langue parlée, la scolarité et la présence d'enfants dans le ménage. Cette étude est novatrice par sa façon de catégoriser les fumeurs. Selon les réponses à neuf variables⁹, les fumeurs ont été répartis en cinq catégories distinctes : les *invétérés*, les *optimistes*, les *modérés*, les *occasionnels conscientisés* et les *occasionnels insouciantes*.

⁸ Il n'existe actuellement aucune donnée montréalaise ou québécoise sur la prévalence du tabagisme chez les personnes souffrant de dépendances ou de troubles de santé mentale.

⁹ Les neuf variables sont : le nombre de cigarettes fumées par semaine, le nombre d'années de tabagisme, le temps écoulé après le réveil pour fumer la première cigarette, la dépendance perçue à la cigarette, la perception quant à la capacité d'arrêter de fumer, les qualificatifs associés à l'usage du tabac, l'intention d'arrêter de fumer, l'importance accordée au fait d'arrêter de fumer et la capacité des messages associés aux risques du tabagisme à les joindre.

Les *invétérés* sont majoritairement des fumeurs de longue date, très dépendants et qui fument beaucoup. Les *optimistes* sont composés surtout de fumeurs de longue date, assez ou très dépendants, mais ils fument, en moyenne, un peu moins de cigarettes quotidiennement que les fumeurs *invétérés*. En moyenne, les *modérés* consomment 8 cigarettes par jour, sont jeunes et fument depuis près de 15 ans. Les fumeurs *occasionnels conscientisés* sont plutôt jeunes, se disent peu dépendants et fument peu. Les *occasionnels insouciant*s sont, pour leur part, surtout des fumeurs sociaux et ils fument moins d'une cigarette par jour. Tous les types de fumeurs, à l'exception des *occasionnels conscientisés* et *insouciant*s, sont composés majoritairement de francophones. Montréal compte plus de fumeurs *occasionnels insouciant*s et moins de fumeurs *optimistes* que le reste du Québec¹⁰ (tableau 3).

Dans l'ensemble, les fumeurs montréalais sont moins nombreux à se considérer très ou assez dépendants à la cigarette, ont une plus faible consommation de cigarettes et fument depuis moins longtemps (tableau 3). De plus, les fumeurs de Montréal consomment leur 1^{re} cigarette moins rapidement après le réveil que les autres Québécois, et ils croient davantage que fumer est un choix personnel et non une drogue (annexe 2).

Tableau 3

Caractéristiques sociodémographiques et tabagiques des 5 types de fumeurs de 18 ans et plus, Montréal, 2010

Type de fumeurs	Invétéré	Optimiste	Modéré	Occasionnel conscientisé	Occasionnel insouciant	Total
Ensemble du Québec (n = 3 701)	(18,4 %)	(45,6 %)	(13,8 %)	(9,7 %)	(12,5 %)	(100,0 %)
Fumeurs à Montréal (n = 945)	16,7 %	38,9 % (-)	16,2 %	11,5 %	16,8 % (+)	100,0 %
Fumeurs très ou assez dépendants	96,1 %	99,5 %	61,8 %	30,5 %	n. d.	68,5 % (-)
Nombre de cigarettes fumées par jour en moyenne	24,0	17,5	8,2	2,0	0,3	12,4 (-)
Fumeurs ayant 35 ans et plus	89,2 %	73,8 %	44,8 %	55,5 %	33,9 %	62,9 %
Nombre d'années de tabagisme en moyenne	32,9 ans	23,8 ans	14,5 ans	16,3 ans	10,3 ans	20,7 ans (-)
Fumeurs ayant le français comme 1 ^{re} langue apprise et encore comprise	59,5 %	60,7 %	51,2 %	38,7 %	39,3 %	52,8 % (-)

(+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec (Québec sans Montréal), au seuil de 5 %.

n. d. : Le coefficient de variation est supérieur à 33,3 %. La valeur n'est pas présentée.

Source : SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Étude sur les fumeurs*, 2010.

L'abandon de la cigarette

Trois fumeurs sur quatre envisagent d'arrêter de fumer

Selon l'*Étude sur les fumeurs*, à Montréal, près des trois quarts des fumeurs de 15 ans et plus envisagent de cesser de fumer (tableau 4). Les fumeurs *invétérés* et *occasionnels insouciant*s sont toutefois moins nombreux à avoir l'intention d'arrêter de fumer. Parmi les fumeurs qui projettent de cesser de fumer, le tiers (33 %) l'envisage dans les six prochains mois et le quart (25 %) au cours des 30 prochains jours. Ces proportions sont sensiblement les mêmes pour tous les types de fumeurs, à l'exception des fumeurs *invétérés* qui n'envisagent pas d'arrêter de fumer à court terme et des fumeurs *occasionnels insouciant*s qui sont plus nombreux à

¹⁰ Les résultats provenant de l'ESCC 2009-2010 montrent aussi que la proportion de fumeurs occasionnels est plus importante à Montréal (32 %) que dans le reste du Québec (22 %).

vouloir arrêter au cours du prochain mois. D'ailleurs, l'*Enquête sur les habitudes tabagiques des Québécois* (EHTQ) révèle aussi que les fumeurs occasionnels sont proportionnellement plus nombreux que les fumeurs réguliers à vouloir arrêter de fumer dans un court délai (Dubé, Lavoie et Laprise, 2012).

Près du tiers des fumeurs montréalais pensent être facilement capables d'arrêter de fumer, comparativement à 23 % au Québec. Cette perception est partagée par 60 % des fumeurs *occasionnels conscientisés* et la presque totalité des fumeurs *occasionnels insouciant*s (tableau 4), alors que la moitié des fumeurs *invétérés* pensent, au contraire, ne jamais être capables d'arrêter.

Parmi les fumeurs qui désirent arrêter de fumer, près de 60 % considèrent que les produits pharmacologiques sont les ressources les plus utiles pour les aider à cesser de fumer¹¹. Les symptômes de stress ou de sevrage constituent les principales appréhensions ou les principaux obstacles à surmonter pour arrêter de fumer (67 %). Très peu de fumeurs (9 %) appréhendent une prise de poids.

Près de trois fumeurs montréalais sur quatre ont déjà fait une tentative d'au moins 24 heures pour arrêter de fumer. Les fumeurs *occasionnels insouciant*s sont peu nombreux à avoir déjà essayé (tableau 4).

Tableau 4

Intention et tentatives pour cesser de fumer selon les 5 types de fumeurs de 18 ans et plus, Montréal, 2010

	Invétéré	Optimiste	Modéré	Occasionnel conscientisé	Occasionnel insouciant	Total
Envisage de cesser de fumer	32,5 %	92,4 %	79,8 %	76,9 %	50,3 %	71,7 %
Envisage de cesser de fumer au cours des 6 prochains mois	32,3 %*	37,6 %	25,7 %	39,0 %	20,0 %*	33,2 %
Envisage de cesser de fumer au cours des 30 prochains jours	n. d.	20,8 %	26,5 %	22,8 %*	52,8 %	24,5 %
Pensent être facilement capables d'arrêter de fumer	n. d.	n. d.	31,8 %	61,0 %	97,7 %	30,5 % (+)
Ont fait au moins 1 tentative pour cesser de fumer d'au moins 24 heures	68,6 %	87,7 %	70,7 %	67,6 %	38,2 %	71,3 % (-)

(+) (-) Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec (Québec sans Montréal), au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

n. d. : Le coefficient de variation est supérieur à 33,3 %. La valeur n'est pas présentée.

Source : SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Étude sur les fumeurs*, 2010.

L'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC) révèle, qu'au Québec¹², le nombre d'individus faisant une tentative pour arrêter de fumer ainsi que le nombre de tentatives effectuées sont à la baisse depuis 10 ans. En 2009, 40 % des fumeurs ont essayé au moins une fois d'arrêter de fumer au cours de l'année, alors que cette proportion se chiffrait à 53 % en 2000. De plus, la proportion de fumeurs et d'anciens fumeurs ayant tenté au moins trois fois d'arrêter de fumer a diminué, elle est passée de 27 % en 2000 à 15 % en 2009 (Leclerc et Lasnier, 2011).

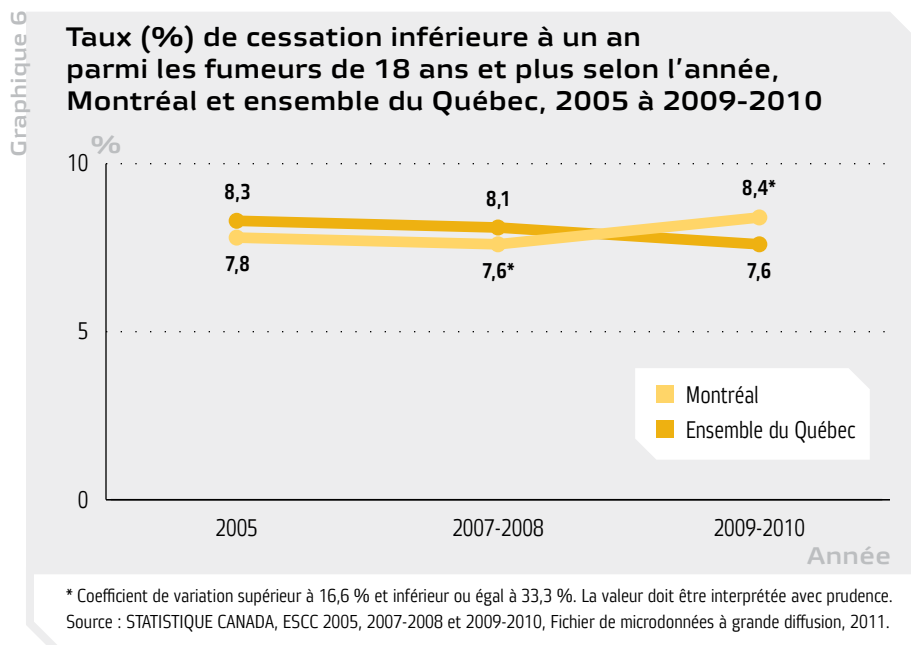
¹¹ Les ressources suggérées sont : les aides pharmacologiques (timbre, gomme, pastille, inhalateur, Zyban, Wellbutrin ou Champix), le soutien d'un professionnel de la santé (médecin, pharmacien et psychologue), les méthodes alternatives (acupuncture, traitements au laser, hypnose et produits naturels), la documentation (brochure, livre, Internet, etc.), les campagnes et les autres ressources professionnelles (groupes d'entraide, spécialistes en abandon accessibles par téléphone, consultation individuelle et autres).

¹² Il n'existe actuellement aucune donnée montréalaise concernant l'évolution des tentatives pour arrêter de fumer.

Moins de 10 % des fumeurs montréalais ont arrêté de fumer depuis moins d'un an

En 2009-2010, on comptait 403 700 anciens fumeurs de 18 ans et plus à Montréal. Parmi eux, environ 31 000 ont cessé de fumer depuis moins d'un an (8 %), 39 100 ont arrêté depuis un an à trois ans (9 %) et 333 900 depuis trois ans ou plus (83 %).

Le taux de cessation inférieure à un an permet d'estimer la proportion d'anciens fumeurs récents, c'est-à-dire ceux qui ont arrêté au cours des 12 derniers mois. À Montréal, ce taux se situe à 8 % en 2009-2010 et n'a pas varié significativement depuis 2005 (graphique 6). Il n'est pas significativement différent de celui de l'ensemble du Québec et ne varie pas statistiquement selon le sexe.



Exposition des fumeurs aux aides à la cessation tabagique

Différentes ressources d'aide à la cessation sont offertes aux fumeurs de la région de Montréal. Parmi celles-ci, citons des services d'information et de référence (le site Internet *j'Arrête*, par exemple), les interventions de *counselling* individuel de durée variant de moins de trois minutes à plus de trente minutes (réalisées par les professionnels de la santé dans le cadre de consultation), les Centres d'abandon du tabagisme (CAT) ou encore la ligne *j'Arrête* et les interventions de groupe. À ces ressources s'ajoutent des outils de soutien à l'arrêt tabagique : l'aide pharmacologique et le matériel éducatif autodidacte.

Les CAT, au nombre de 13 dans la région de Montréal (un par CSSS et un au Centre hospitalier de l'Université de Montréal), offrent gratuitement un ensemble de services d'abandon du tabac reconnus efficaces à toutes les personnes qui en font la demande. Les CAT sont situés dans un CSSS ou dans tout autre type d'établissement approprié et recommandé par la direction de santé publique de leur région.

La ligne téléphonique sans frais *j'Arrête* de la Société canadienne du cancer (SCC) offre le soutien d'agents formés spécialement en arrêt tabagique qui interviennent auprès des fumeurs selon un protocole préétabli reposant sur les étapes de changements des habitudes tabagiques. Le *Défi J'arrête, j'y gagne !* s'ajoute à l'ensemble de la gamme de services en cessation tabagique.

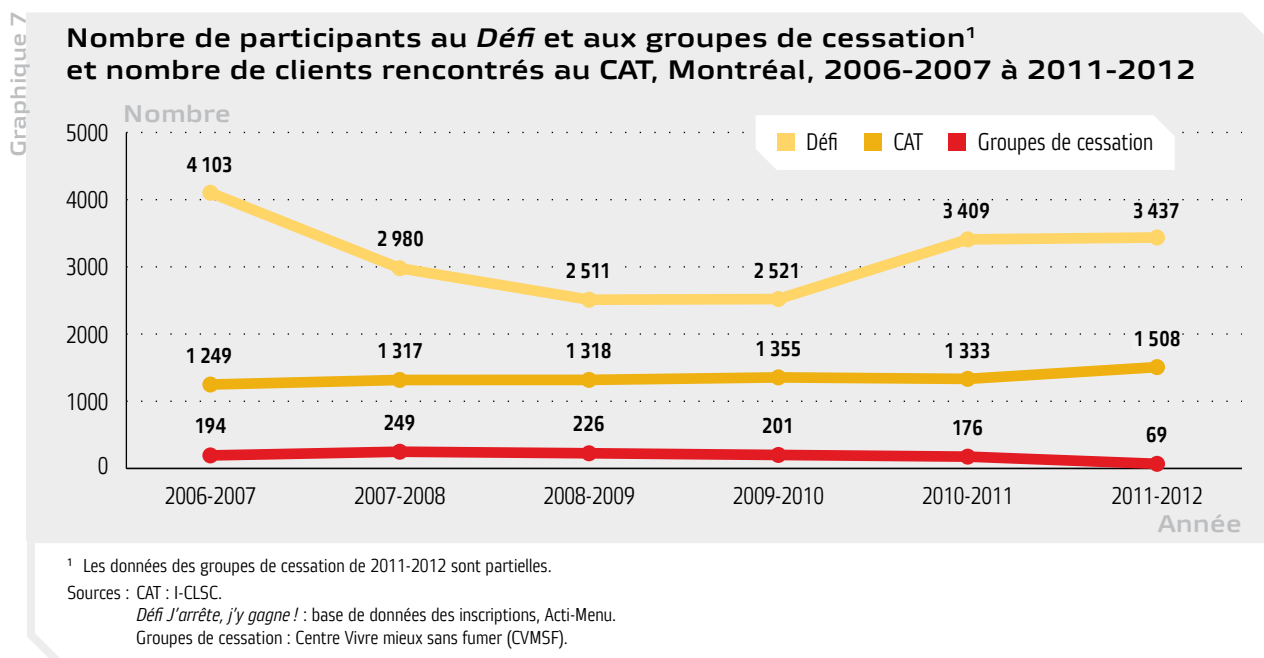
Exposition aux interventions d'aide à la cessation

Des statistiques d'utilisation sont disponibles pour quatre ressources d'aide à la cessation : les CAT, les groupes de cessation, le *Défi J'arrête, j'y gagne !*, et les thérapies de remplacement à la nicotine. Les statistiques régionales pour la ligne *J'Arrête* et pour le site Internet *J'Arrête* ne sont pas disponibles.

Le nombre de fumeurs rejoints a toujours été très supérieur par le *Défi J'arrête, j'y gagne !*, et ce, même si le nombre de participants a régulièrement baissé jusqu'en 2008-2009 (graphique 7). L'édition 2011 du *Défi* a connu une forte hausse de la participation des fumeurs. En 2012, le *Défi* a rejoint le même nombre de fumeurs que l'année précédente.

Le nombre d'utilisateurs aux CAT est quant à lui resté stable depuis 2006-2007, se situant toujours au-dessus de 1 200. En 2011-2012, le nombre d'utilisateurs s'élève à 1 508.

Le nombre de fumeurs rejoints par les groupes de cessation organisés par les CSSS est également resté stable depuis 2006-2007, plus ou moins 200 personnes annuellement.

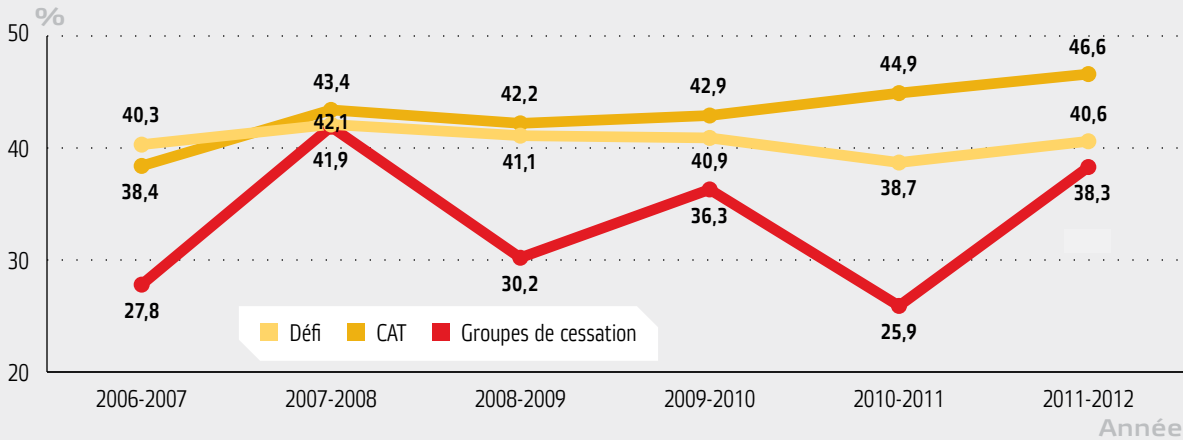


Les hommes sont moins bien rejoints que les femmes par les trois types d'intervention (graphique 8). Les participants au *Défi* et les utilisateurs des CAT sont constitués d'environ la même proportion d'hommes, plus ou moins 40 % au cours des six dernières années. Quant aux groupes de cessation, les hommes sont davantage sous-représentés.

Quant à la distribution selon l'âge des utilisateurs, on note une plus grande variation selon le type d'intervention (graphique 9). Les groupes de cessation rejoignent presque exclusivement des fumeurs âgés de 35 ans et plus (proportion toujours supérieure à 90 %). Pour les CAT, cette proportion est toujours supérieure à 80 %, alors qu'elle est nettement inférieure parmi les participants du *Défi*, se situant un peu au-dessus de 50 % entre 2006-2007 et 2010-2011 et atteignant 60 % en 2011-2012.

Graphique 8

Proportion (%) d'hommes dans les CAT, le Défi et les groupes de cessation¹, Montréal, 2006-2007 à 2011-2012



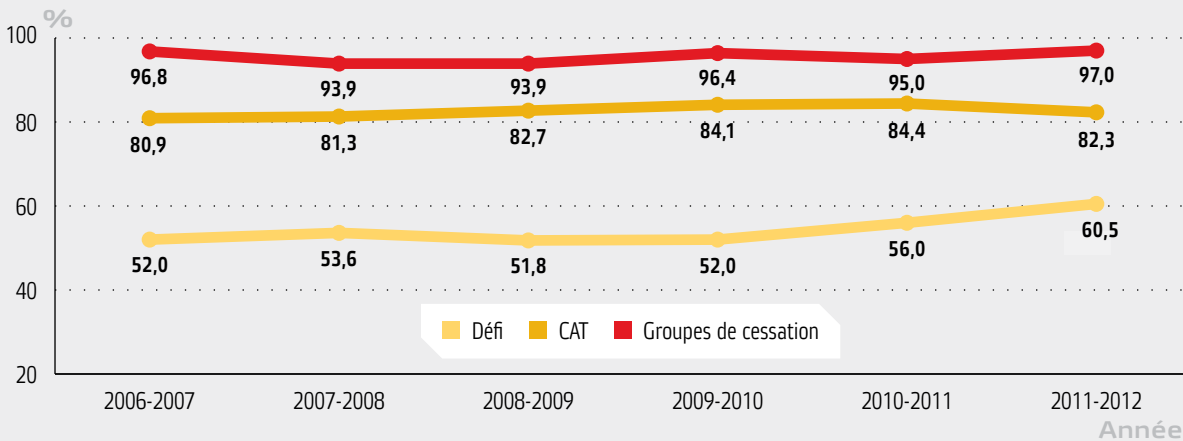
¹ Les données des groupes de cessation de 2011-2012 sont partielles.
Sources : CAT : I-CLSC.
Défi J'arrête, j'y gagne! : base de données des inscriptions, Acti-Menu.
Groupes de cessation : Centre Vivre mieux sans fumer (CVMSF).

En additionnant les utilisateurs des trois interventions (CAT, groupes de cessation et Défi J'arrête, j'y gagne!), on peut estimer un taux d'exposition des fumeurs de la région de Montréal à ces ressources d'aide à la cessation tabagique. Le taux d'exposition est le rapport du nombre d'utilisateurs de ces interventions sur le nombre estimé de fumeurs âgés de 18 ans et plus dans la population. Le tableau 5 présente le taux d'exposition estimé pour l'année 2011-2012 pour la région de Montréal et chacun des territoires de CSSS.

En 2011-2012, on estime que 1,38 % des fumeurs de la région de Montréal ont été exposés à l'une de ces trois interventions. Le taux d'exposition varie de 0,57 % à 1,83 % selon le territoire de CSSS. Huit CSSS ont un taux équivalent ou supérieur

Graphique 9

Proportion (%) des 35 ans et plus dans les CAT, le Défi et les groupes de cessation¹, Montréal, 2006-2007 à 2011-2012



¹ Les données des groupes de cessation de 2011-2012 sont partielles.
Sources : CAT : I-CLSC.
Défi J'arrête, j'y gagne! : base de données des inscriptions, Acti-Menu.
Groupes de cessation : Centre Vivre mieux sans fumer (CVMSF).

au taux régional, et quatre présentent un taux en deçà de 1 % (tableau 5). Pour neuf territoires de CSSS, une forte majorité de fumeurs exposés à une de ces interventions sont des participants du *Défi J'arrête, j'y gagne !*.

Tableau 5

Nombre de participants au CAT (2011-2012), au Défi (2012) et aux groupes de cessation (2011) et taux (%) d'exposition des fumeurs pour ces trois interventions, CSSS et Montréal

Territoires de CSSS	Intervention			Total	Taux d'exposition fumeurs (%)
	CAT	Défi	Groupes		
Ouest-de-l'Île	187	130	22	339	1,21
Dorval-Lachine-LaSalle	125	238	18	381	1,23
Sud-Ouest-Verdun	90	349	12	451	1,50
Cavendish	64	64	0	128	0,66
de la Montagne	137	138	0	275	0,71
Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	19	100	0	119	0,68
Ahuntsic et Montréal-Nord	112	347	28	487	1,71
Cœur-de-l'Île	58	338	10	406	1,50
Jeanne-Mance	119	425	21	565	1,28
Saint-Léonard et Saint-Michel	0	151	0	151	0,57
Lucille-Teasdale	114	632	35	781	1,83
Pointe-de-l'Île	126	519	30	675	1,70
Montréal¹	1 508	3 437	176	5 121	1,38

¹ Pour l'estimation du taux d'exposition pour Montréal, le nombre de clients vus dans le CAT du CHUM a été ajouté, le nombre d'usagers pour la région est donc supérieur à la somme des usagers dans chacun des CSSS.

Sources : CAT : I-CLSC; Groupes de cessation : Centre Vivre mieux sans fumer (CVMSF); *Défi J'arrête, j'y gagne !* : base de données des inscriptions, ACTI-MENU.

STATISTIQUE CANADA, ESCC 2009-2010, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2011.

STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008 et 2009-2010, cycles cumulés, Fichier de partage, 2012.

Exposition au counselling médical d'aide à l'abandon du tabagisme

Depuis 2007, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) accorde des honoraires pour le soutien médical au fumeur (« Soutien médical à l'abandon du tabagisme »). Le médecin peut le facturer une fois par année civile pour un même patient. Il peut facturer cet acte seul ou à l'occasion d'un examen effectué auprès du patient.

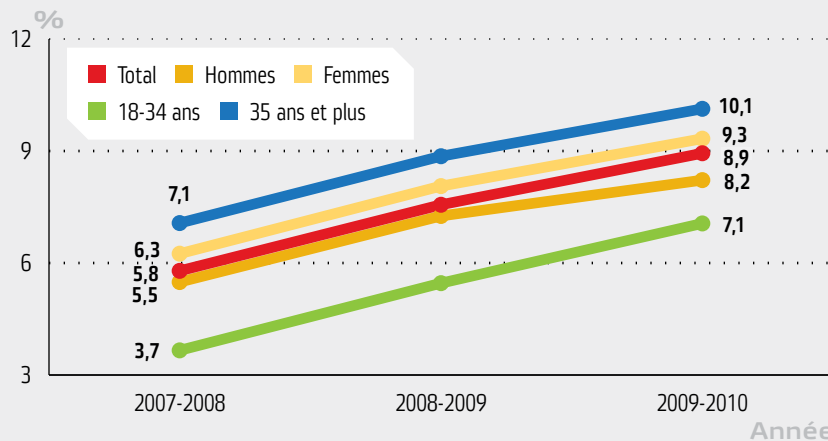
Parmi les usagers de services de santé résidant dans la région de Montréal, 18 017 fumeurs ont été exposés à un *counselling* médical en 2007-2008, 23 527 en 2008-2009 et 24 168 en 2009-2010. Une augmentation régulière du taux d'exposition des usagers fumeurs (nombre d'usagers ayant reçu un *counselling* sur le nombre estimé de fumeurs parmi les usagers) à ce *counselling* est notée, indépendamment du sexe ou du groupe d'âge (graphique 10). Cependant, ce sont les femmes et les personnes âgées de 35 ans et plus qui ont bénéficié davantage de ce *counselling* médical, et il n'y a pas de diminution des écarts selon le sexe ou le groupe d'âge au cours des trois années.

Exposition à des thérapies de remplacement à la nicotine (TRN) sous ordonnance

Le nombre de fumeurs ayant reçu une ordonnance pour une thérapie de remplacement à la nicotine a peu varié au cours des cinq dernières années, passant de 17 609 en 2007 à 19 165 en 2011. Ces chiffres doivent être examinés à l'aune de ceux portant sur l'exposition au *counselling* médical d'abandon du tabagisme.

Graphique 10

Taux (%) d'exposition des fumeurs à un *counselling* médical en cessation tabagique, selon le sexe et le groupe d'âge, usagers de services de santé, 2007-2008 à 2009-2010



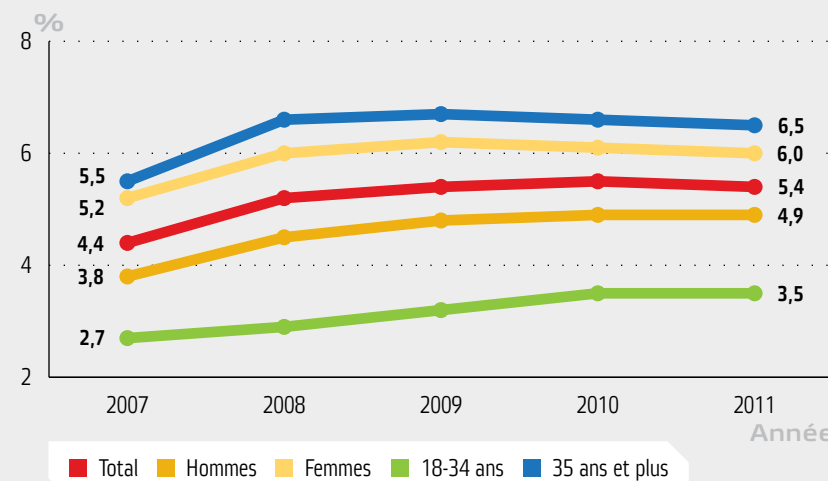
Sources : Banques de données médicoadministratives jumelées analysées par l'Équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS), une équipe conjointe de l'Institut national de santé publique du Québec et de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008 et 2009-2010, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2011.

Le nombre de personnes ayant reçu une ordonnance TRN est inférieur au nombre de celles exposées à un *counselling* médical. D'une part, le *counselling* médical ne s'accompagne pas systématiquement d'une ordonnance de TRN et, d'autre part, un certain nombre de patients n'utilisent probablement pas l'ordonnance émise par un médecin.

La proportion de fumeurs montréalais qui ont bénéficié d'une ordonnance de TRN (nombre de personnes ayant eu une ordonnance de TRN sur le nombre estimé de fumeurs) a peu fluctué depuis 2007, se situant entre 4,4 % et 5,5 % (graphique 11).

Graphique 11

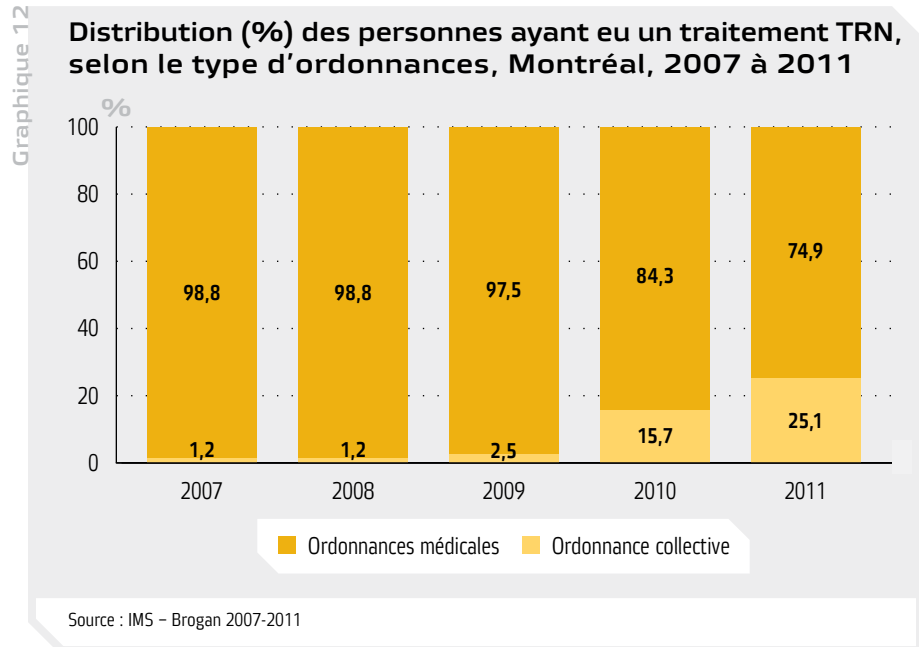
Taux (%) d'exposition à une TRN sous ordonnance selon le sexe et le groupe d'âge, Montréal, 2007 à 2011



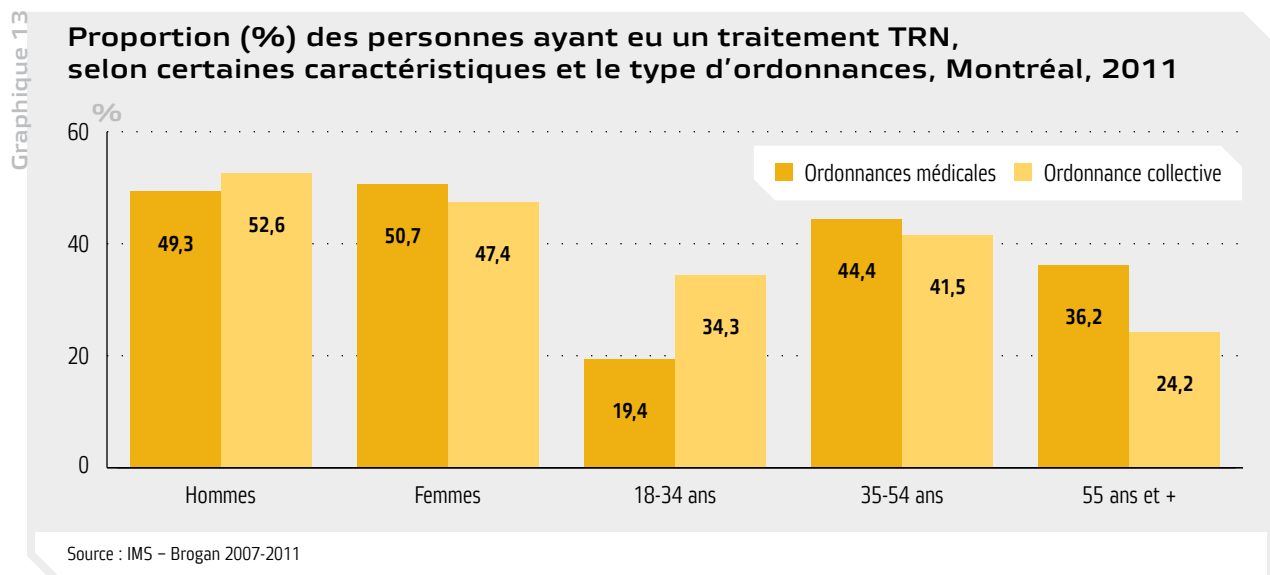
Sources : IMS – Brogan 2007-2011.
STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008 et 2009-2010, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2011.

Toutefois, les personnes âgées de 35 ans et plus ainsi que les femmes ont été plus exposées à une TRN par une ordonnance. Par ailleurs, il n'y a pas de diminution sensible des écarts selon le sexe ou le groupe d'âge entre 2007 et 2011.

Avant 2009, l'ordonnance collective devait être accompagnée d'une référence provenant d'un intervenant d'un CAT de Montréal ou de la ligne *j'Arrête*. Par la suite, les pharmaciens communautaires ont pu initier directement une ordonnance de TRN. Ce changement explique la part grandissante de l'ordonnance collective qui représente en 2011 le quart de l'ensemble des ordonnances (graphique 12). En 2011, le taux d'exposition des fumeurs aux TRN par ordonnance collective s'élève à 1,36 % (tableau 6).



En 2011, l'ordonnance collective rejoint une proportion légèrement plus élevée d'hommes que les ordonnances médicales (graphique 13). Elle permet surtout de rejoindre une proportion plus élevée de personnes âgées de 18 à 34 ans.



Variations territoriales dans l'exposition au counselling médical et aux TRN

L'exposition au *counselling* médical en abandon du tabagisme et celle aux TRN varient selon le territoire de CSSS. Concernant le *counselling* médical, deux territoires de CSSS présentent des taux supérieurs à 10 % et cinq des taux inférieurs à 7 % (tableau 6). Quatre territoires (Dorval-Lachine-LaSalle, Cavendish, de la Montagne, et Saint-Léonard et Saint-Michel) présentent des taux plus faibles d'exposition aux TRN par les ordonnances médicales (taux inférieurs à 3 %) ainsi que par l'ordonnance collective (taux inférieurs à 0,8 %). Parmi ces quatre CSSS, trois (Cavendish, de la Montagne, et Saint-Léonard et Saint-Michel) ont aussi une plus faible exposition au *counselling* médical d'abandon du tabagisme. Il est intéressant de noter que ces trois territoires ont également un faible taux d'exposition de leur population de fumeurs aux ressources d'aide à la cessation (tableau 5).

Inversement, trois territoires semblent se détacher des autres quant à la meilleure exposition de leur population de fumeurs aux différentes ressources d'aide à la cessation. Il s'agit des territoires de la Pointe-de-l'Île, de Lucille-Teasdale et du Sud-Ouest-Verdun. Les territoires du Sud-Ouest-Verdun et de la Pointe-de-l'Île présentent une exposition plus élevée pour le *counselling* médical, les TRN ainsi que pour les ressources listées au tableau 5. Quant au territoire de Lucille-Teasdale, les mêmes tendances sont observées à l'exception du *counselling* médical pour lequel l'exposition est comparable à celle de la région.

Il existe un lien entre le nombre de personnes exposées à un *counselling* médical d'abandon du tabagisme et le nombre de celles qui ont reçu une ordonnance pour une TRN. Dans trois territoires (Ouest-de-l'Île, Dorval-Lachine-LaSalle et

Tableau 6

Taux (%) d'exposition des fumeurs au *counselling* médical (2009-2010) et aux TRN par ordonnances médicales et collective (2011), CSSS et Montréal

Territoire	Counselling médical	Intervention	
		TRN - ordonnances médicales	TRN - ordonnance collective
Ouest-de-l'Île	9,32	3,07	0,55
Dorval-Lachine-LaSalle	8,87	2,73	0,74
Sud-Ouest-Verdun	11,02	5,81	1,41
Cavendish	5,81	2,12	0,50
de la Montagne	5,16	1,84	0,57
Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	8,47	3,99	1,23
Ahuntsic et Montréal-Nord	9,44	3,48	1,12
Cœur-de-l'Île	6,60	3,86	1,78
Jeanne-Mance	6,77	3,66	1,44
Saint-Léonard et Saint-Michel	5,69	2,67	0,78
Lucille-Teasdale	9,23	6,10	2,22
Pointe-de-l'Île	11,73	4,48	1,89
Montréal	9,20	4,06	1,36

Sources : Banques de données médicoadministratives jumelées analysées par l'Équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS), une équipe conjointe de l'Institut national de santé publique du Québec et de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

IMS - Brogan 2007-2011.

STATISTIQUE CANADA, ESCC 2009-2010, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2011.

STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008 et 2009-2010, cycles cumulés, Fichier de partage, 2012.

Pointe-de-l'Île), l'écart (5 points et plus de pourcentage) entre les deux taux d'exposition est plus important que celui observé au niveau régional. À l'inverse, l'écart est moindre (2 points et moins de pourcentage) parmi les territoires du Cœur-de-l'Île et de Jeanne-Mance. En l'absence de données complémentaires et plus précises, il est difficile d'expliquer clairement ces écarts, mais on peut supposer qu'ils sont en partie liés à une pratique médicale différente (une utilisation plus élevée ou plus faible des TRN) ou par un niveau plus élevé ou plus faible de compliance des patients aux ordonnances émises par leur médecin.

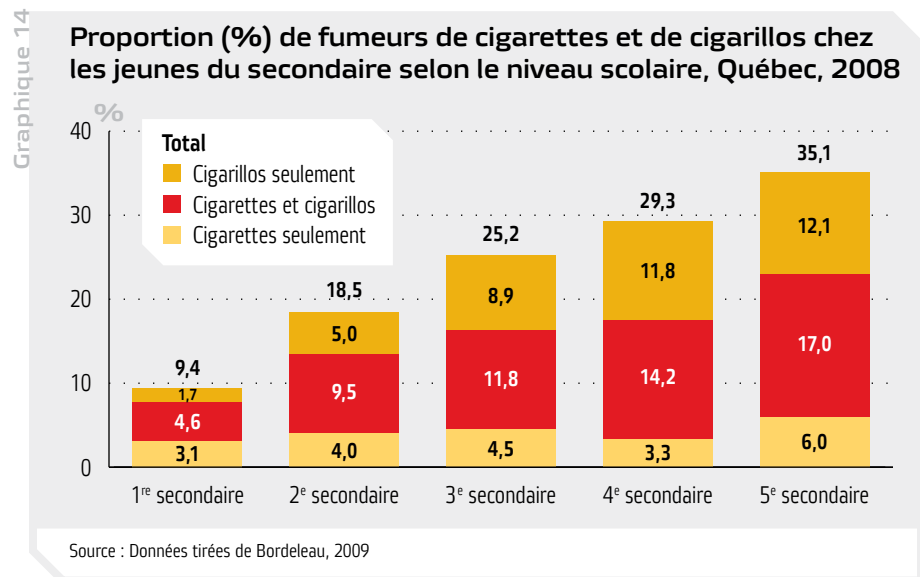
3

Le tabagisme chez les jeunes montréalais

La prévalence

Plus de jeunes fument le cigarillo que la cigarette

La cigarette n'est pas le seul produit du tabac consommé : le cigarillo ou le petit cigare¹³ sont très populaires, principalement auprès des jeunes¹⁴. Au Québec, la plus récente étude traitant de cette question, l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* (ETADJES) de 2008, révèle que 11 % des jeunes font usage à la fois de la cigarette et du cigarillo. Près de 4 % fument seulement la cigarette et 7 % uniquement le cigarillo. En combinant la consommation de cigarillos à celle de cigarettes, la prévalence totale du tabagisme atteint 22 % chez les élèves du secondaire. La consommation de cigarillos est similaire chez les filles et les garçons, mais les filles sont plus nombreuses à faire usage uniquement de la cigarette (Bordeleau, 2009). La consommation combinée de cigarettes et de cigarillos est plus importante que l'usage unique de l'un ou l'autre de ces produits du tabac, et ce, pour tous les niveaux scolaires. La prévalence totale du tabagisme atteint 35 % chez les élèves de 5^e secondaire (graphique 14).



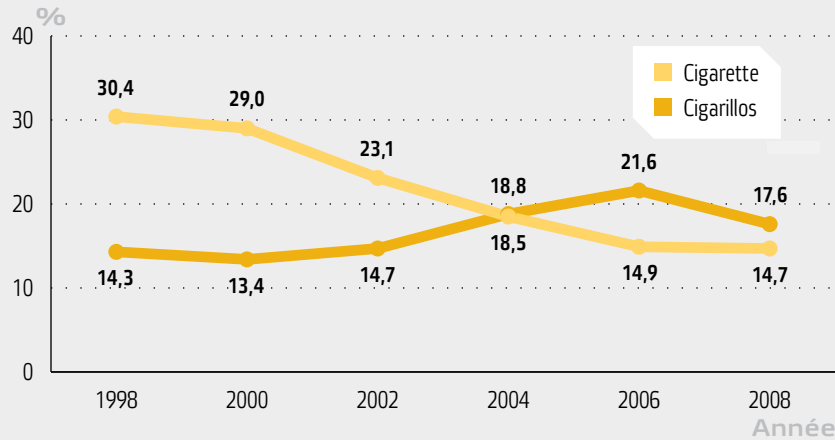
Jusqu'en 2006, la consommation de cigarettes diminuait chez les jeunes québécois, tandis que l'usage du cigarillo était en pleine croissance. Pour la première fois depuis 1998, une baisse de la consommation de cigarillos est observée. En 2008, 18 % des élèves du Québec fument le cigarillo, comparativement à 22 % en 2006 (graphique 15). L'absence de données plus récentes nous empêche de confirmer si cette baisse s'est maintenue ou non.

¹³ Le terme cigarillo est utilisé dans le but d'alléger le texte.

¹⁴ Moins de 5 % de la population adulte consomment d'autres produits du tabac tels que le cigare ou le cigarillo (Dubé, Lavoie et Laprise, 2012; Reid et Hammond, 2011).

Graphique 15

Proportion (%) de fumeurs de cigarettes et de cigarillos¹ chez les jeunes du secondaire selon l'année, Québec, 1998 à 2008



¹ Les proportions incluent les fumeurs qui consomment à la fois la cigarette et le cigarillo.
 Source : Données tirées de Bordeleau, 2009.

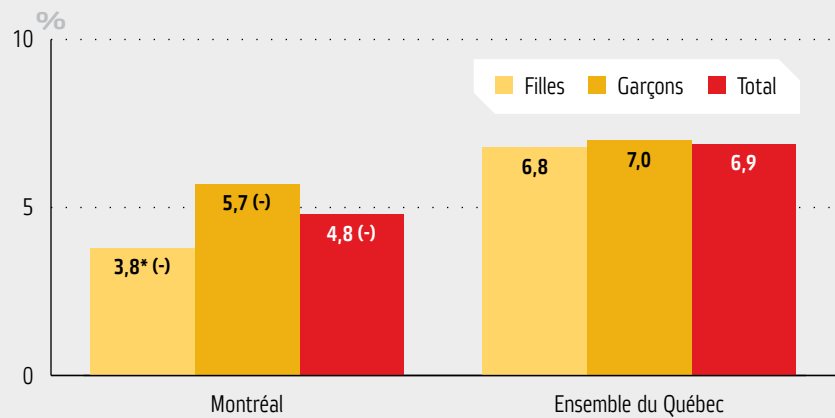
Moins de jeunes fumeurs de cigarettes que dans le reste du Québec

Selon l'ETADJES (Bordeleau, 2009), on note d'importants progrès depuis une dizaine d'années quant à la consommation de cigarettes chez les jeunes au Québec. La prévalence a diminué de moitié, passant de 30 % en 1998 à 15 % en 2008. Les lois de plus en plus strictes combinées aux actions réalisées par la santé publique pourraient avoir contribué à cette baisse chez les jeunes.

Les résultats de la récente *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* (EQSJS) de 2010-2011, révèlent qu'environ 5 % des élèves fréquentant une école secondaire à Montréal fument la cigarette, soit près de 5 000 jeunes.

Graphique 16

Proportion (%) de fumeurs actuels de cigarettes chez les jeunes du secondaire selon le sexe, Montréal et ensemble du Québec, 2010-2011

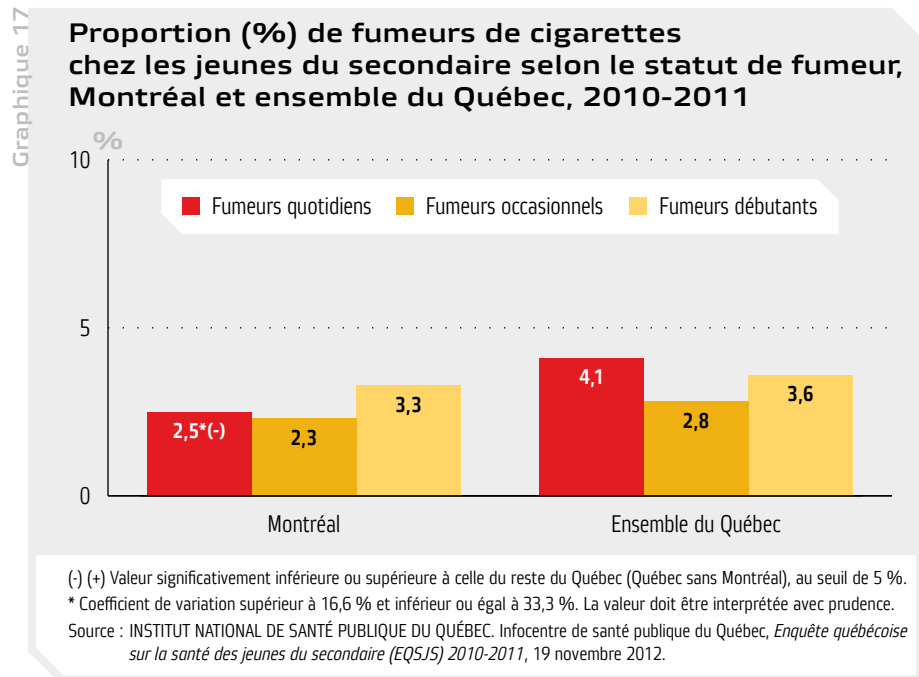


(-) (+) Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste du Québec (Québec sans Montréal), au seuil de 5 %.
 * Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 Source : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Infocentre de santé publique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011*, 19 novembre 2012.

Cette proportion est significativement inférieure à celle de l'ensemble du Québec, où la prévalence de la consommation de cigarettes est de 7 %. Il n'existe pas de différence significative entre les filles et les garçons de Montréal, mais ils sont tous deux moins nombreux que les jeunes québécoises et québécois à fumer la cigarette (graphique 16).

L'usage de la cigarette s'accroît à mesure que l'année d'étude (ou l'âge) augmente. Ainsi, la proportion de fumeurs de cigarettes à Montréal atteint 9 % en 5^e secondaire.

Parmi les 5 000 jeunes fumeurs de cigarettes montréalais, environ la moitié fume occasionnellement et l'autre moitié fume tous les jours (graphique 17). À Montréal, 3 % des jeunes sont considérés comme des fumeurs débutants. Ces proportions ne sont pas significativement différentes de celles du reste du Québec, mis à part le pourcentage de fumeurs quotidiens qui est inférieur.



Les résultats de cette enquête révèlent qu'il existe des inégalités liées à la consommation de cigarettes chez les jeunes. Au Québec¹⁵, les élèves vivant dans un milieu plus défavorisé matériellement et socialement sont plus susceptibles de fumer la cigarette (8 %) que ceux résidant dans les secteurs plus favorisés (5 %). Aussi, l'usage de la cigarette est plus fréquent chez les élèves ayant des parents ne détenant pas de diplôme d'études secondaires (13 %), comparativement à ceux ayant des parents avec une scolarité postsecondaire (6 %).

À Montréal comme au Québec, aucun écart statistique n'est décelé quant à la proportion de fumeurs de cigarettes chez les élèves selon la langue d'enseignement. La consommation de cigarettes est moins fréquente chez les jeunes vivant dans une famille biparentale (3 %) que dans un autre type de situation familiale (8 %)¹⁶.

¹⁵ La taille de l'échantillon ne permet pas de déceler de différences significatives entre les groupes à Montréal.

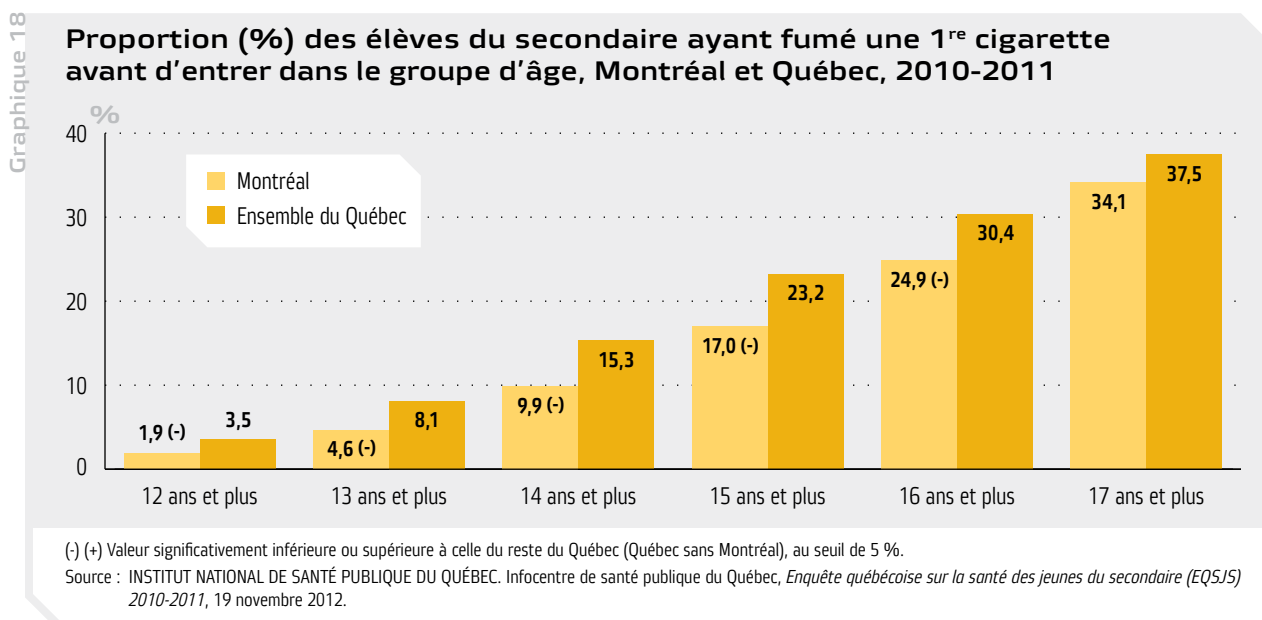
¹⁶ Les autres types de situation familiale sont, entre autres, les familles reconstituée, monoparentale et à garde partagée.

Moins d'élèves montréalais s'initient à la cigarette que dans le reste du Québec

La dépendance à la nicotine s'installe rapidement chez un individu et peut se manifester avant même qu'il fume de façon quotidienne (Gervais et *al.*, 2006). La prévention de l'initiation au tabagisme chez les jeunes prend donc toute son importance.

L'EQSJS de 2010-2011 révèle que, parmi les élèves du secondaire à Montréal âgés de 12 ans et plus, environ 2 % ont fumé leur première cigarette complète avant d'atteindre 12 ans et près de 5 % de ceux âgés de 13 ans et plus ont fumé avant l'âge de 13 ans (graphique 18). Près du quart des 16 ans et plus ont fumé une cigarette complète avant d'avoir 16 ans, et le tiers des 17 ans et plus l'ont fait avant d'avoir 17 ans. À Montréal, il n'y a aucune différence selon le sexe quant à l'âge d'initiation à la première cigarette complète.

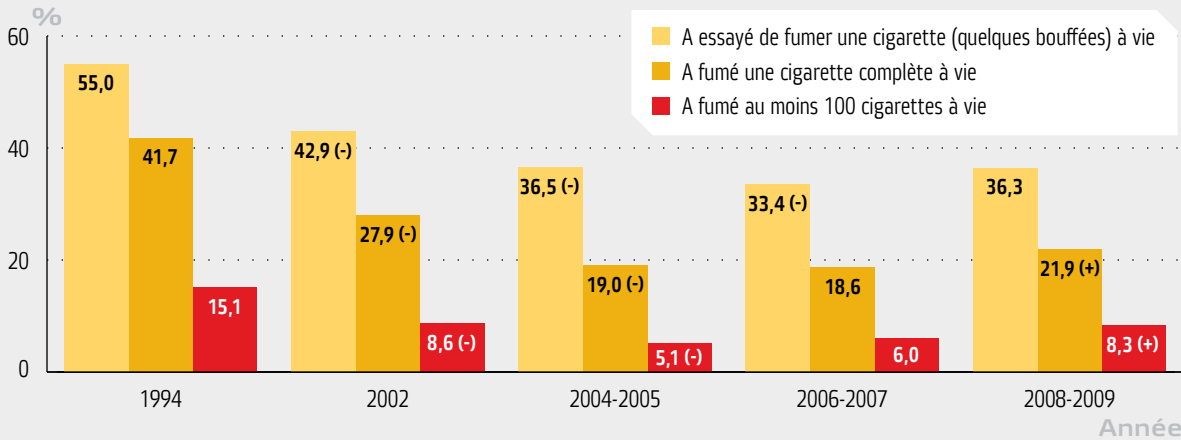
L'initiation à la cigarette est moins répandue à Montréal que dans le reste du Québec. À tous les âges, la proportion d'élèves dans les écoles montréalaises ayant déjà fumé une cigarette complète est inférieure à celle du reste du Québec (graphique 18).



L'*Enquête sur le tabagisme chez les jeunes* (ETJ) indique que, de 1994 à 2004-2005, l'initiation à la consommation de cigarettes parmi les élèves québécois de la 6^e année du primaire à la 3^e année du secondaire a diminué (graphique 19). Toutefois, depuis 2006-2007, la proportion d'élèves s'initiant au tabagisme est à la hausse chez les jeunes, à la fois pour l'initiation à la première cigarette et pour la consommation d'au moins 100 cigarettes.

L'ETADJES indique, qu'au Québec, l'âge moyen d'initiation à la cigarette a augmenté au cours des dix dernières années, passant de 12,1 ans en 1998 à 12,7 ans en 2008. Durant cette dernière année, environ la moitié des jeunes ont tenté, au cours d'une période de 12 mois, d'arrêter de fumer la cigarette. Un peu moins de la moitié de ces tentatives se termine par une réussite, 42 % des élèves ayant tenté de cesser de fumer durant la dernière année ne fumait plus au moment de l'enquête (Bordeleau, 2009).

Proportion (%) d'élèves de 6^e année du primaire à la 3^e année de secondaire selon l'usage de la cigarette, Québec, 1994 à 2008-2009

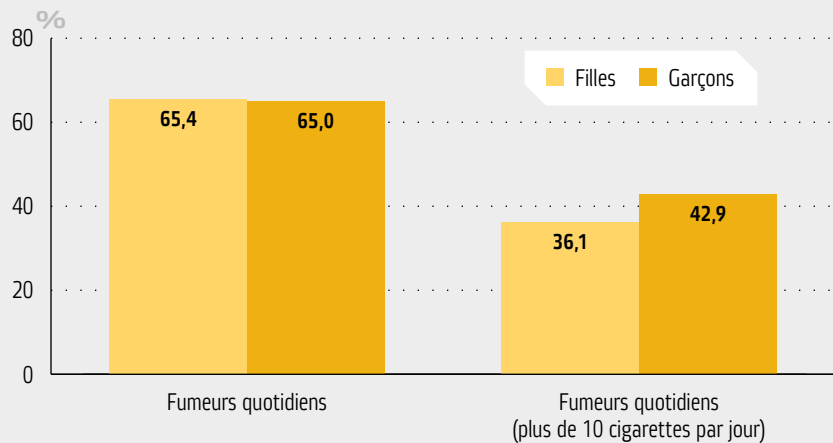


(-) (+) Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de l'enquête précédente, au seuil de 5 %.
 Note : Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.
 Source : Lasnier et Cantinotti, 2011a.

Les deux tiers des jeunes hébergés en centres jeunesse fument la cigarette

Des disparités existent entre l'état de santé et les habitudes de vie de l'ensemble des adolescents et ceux des jeunes hébergés en centres jeunesse. L'étude *Sexe, drogue et autres questions de santé* présente, entre autres, la situation du tabagisme chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec (Lambert et al., 2012). Cette enquête a été réalisée auprès de 610 jeunes âgés de 14 ans et plus vivant dans un des six centres jeunesse participant. Les résultats indiquent que l'usage de la cigarette est très répandu dans ce sous-groupe de la population. Les deux tiers des jeunes de 14 à 17 ans hébergés en centres jeunesse fument tous les jours, et plus du tiers consomment plus de dix cigarettes par jour. Les garçons sont un peu plus nombreux que les filles à fumer plus de dix cigarettes tous les jours (graphique 20).

Proportion (%) de fumeurs quotidiens de cigarettes chez les jeunes de 14 à 17 ans hébergés dans les centres jeunesse du Québec, 2008-2009

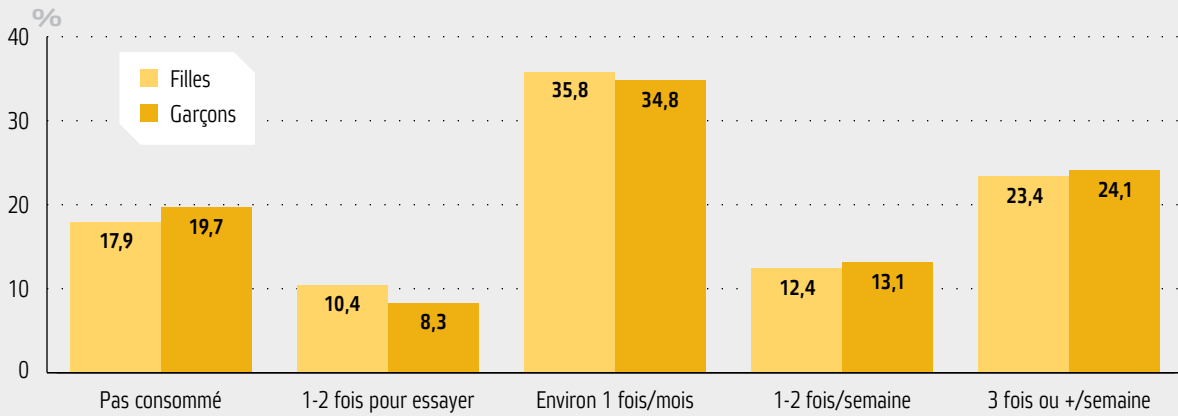


Source : Données tirées de Lambert et al., 2012.

Presque la totalité des jeunes en centres jeunesse ont consommé la cigarette ou d'autres produits du tabac¹⁷ au moins une fois au cours de leur vie. Près de 80 % ont fumé le cigarillo au cours de l'année précédant l'admission au centre jeunesse. Environ 10 % des jeunes en ont consommé une ou deux fois, et le tiers en a fumé environ une fois par mois. Près d'un jeune sur quatre a fumé le cigarillo au moins trois fois par semaine au cours de l'année précédant l'admission (graphique 21).

Graphique 21

Proportion (%) de fumeurs de cigarillos chez les jeunes de 14 à 17 ans hébergés dans les centres jeunesse du Québec selon la fréquence de consommation au cours de l'année précédant l'admission, 2008-2009



Source : Données tirées de Lambert et al., 2012.

¹⁷ Les autres produits du tabac sont le cigarillo, le cigare, les « beedies » (petites cigarettes d'origine indienne composées de tabac roulé dans des feuilles de temburini – proche de l'eucalyptus), la pipe, le tabac à mâcher ou à priser et les « kreteks » (cigarettes indonésiennes à base de tabac et de clou de girofle).

4

La fumée de tabac dans l'environnement

La fumée de tabac dans l'environnement (FTE) se compose de la fumée expirée par le fumeur et celle de l'extrémité de la cigarette allumée. Cette dernière est très toxique, voire davantage que la fumée respirée et rejetée par les fumeurs. Au Québec, environ 200 décès par cancer du poumon ou maladie cardiovasculaire par année sont causés par la fumée secondaire de tabac (MSSS, 2012c).

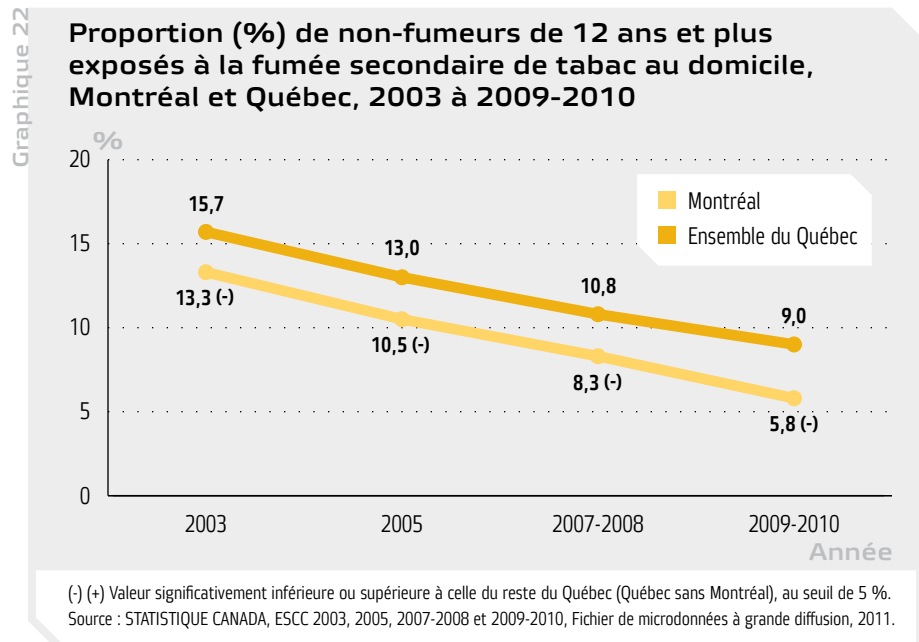
La population générale exposée à la FTE

En 2003, à Montréal, le quart des non-fumeurs de 12 ans et plus se disaient exposés à la fumée secondaire chaque jour ou presque dans un lieu public (bar, restaurant, centres commerciaux, aréna, salle de quilles, salles de bingo, etc.). Depuis l'entrée en vigueur en 2006 de nouvelles dispositions de la loi sur le tabac interdisant de fumer dans plusieurs lieux publics au Québec, cette proportion a chuté à 11 %. Le pourcentage de Montréalaises et Montréalais exposés quotidiennement à la fumée dans une voiture est passé de 11 % en 2003 à 8 % en 2009-2010.

Progrès importants quant à l'exposition à la fumée secondaire au domicile

L'exposition à la fumée de tabac au domicile est en nette régression depuis le début des années 2000. En 2003, 13 % des non-fumeurs montréalais sont exposés chaque jour ou presque à la FTE à la maison, alors qu'en 2009-2010, cette proportion est de 6 %. À Montréal, l'exposition à la FTE est, depuis 2003, toujours inférieure à celle du Québec (graphique 22).

En fait, en 2003, le tiers des Montréalais et Montréalaise (39 %) interdisaient complètement l'usage du tabac à l'intérieur de leur résidence. Cette proportion a augmenté à 56 % en 2007-2008 (données non présentées).

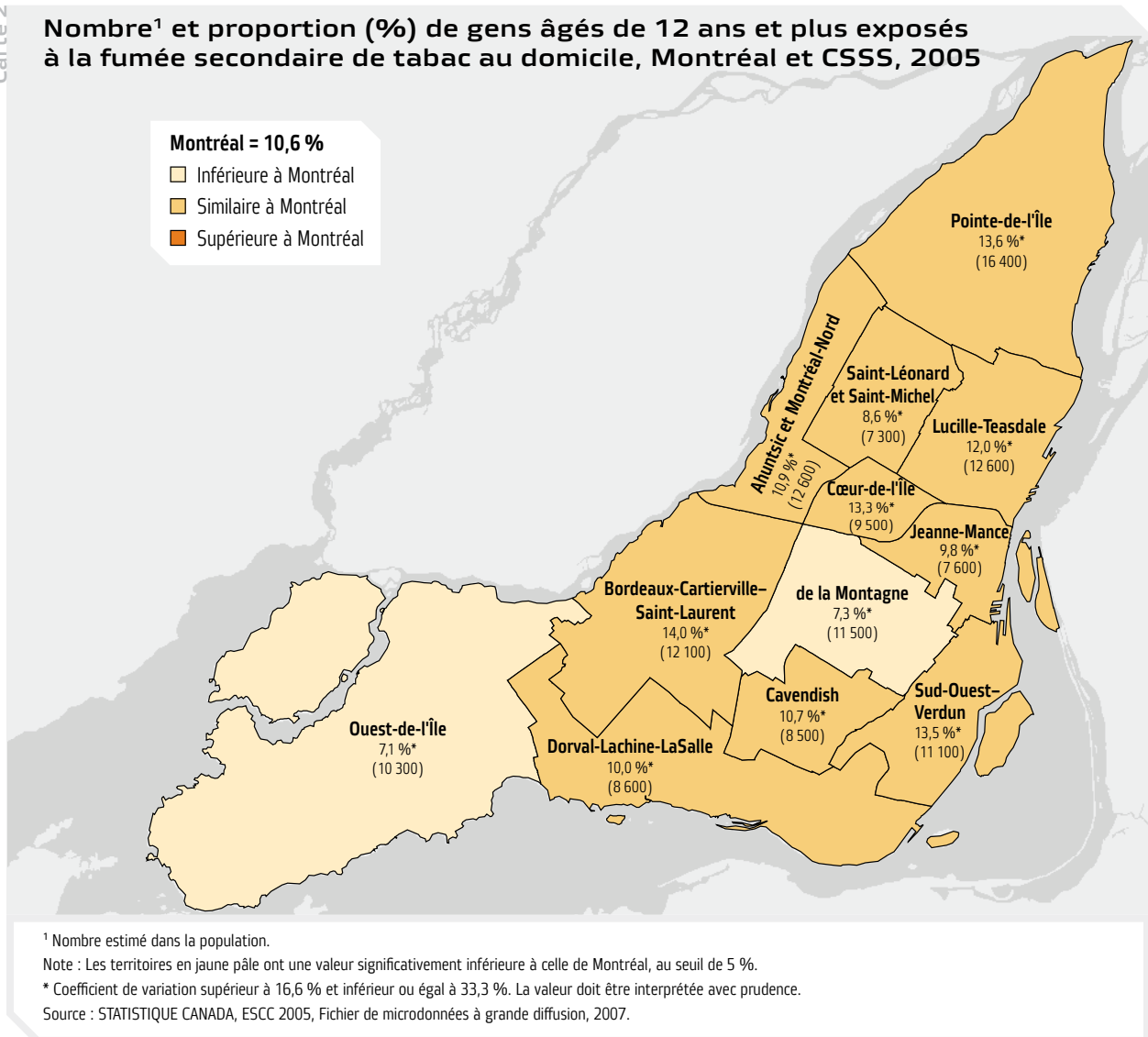


Même si, en général, l'exposition à la FTE est à la baisse, il n'en demeure pas moins que certains territoires ou groupes de population sont encore fortement exposés. Les jeunes de 12-17 ans et les populations défavorisées sont les plus exposés, tandis que les enfants et les femmes enceintes demeurent des groupes vulnérables, en raison des effets plus dommageables que la FTE a sur eux.

En 2005, la proportion de la population montréalaise exposée à la FTE à la maison varie de 7 % à 14 % dans les CSSS. Cependant, aucun CSSS n'affiche de proportion supérieure à la moyenne régionale. Les populations de deux territoires, Ouest-de-l'Île et de la Montagne, sont plus faiblement exposées à la FTE que l'ensemble des Montréalais (carte 2). Parallèlement, le CSSS de l'Ouest-de-l'Île affiche aussi une faible proportion de fumeurs (carte 1).

Carte 2

Nombre¹ et proportion (%) de gens âgés de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire de tabac au domicile, Montréal et CSSS, 2005



Selon l'ESCC 2009-2010, à Montréal, il existe des inégalités liées à l'exposition à la FTE au domicile selon le niveau de scolarité des individus. Les gens détenant un diplôme d'études postsecondaires sont généralement moins nombreux à être exposés à la FTE (3 % versus 15 % chez les individus sans diplôme d'études secondaires). Cette inégalité est à la hausse, puisque l'exposition à la FTE a diminué plus rapidement depuis 2003 dans le groupe ayant un diplôme d'études postsecondaires (baisse de 77 % versus 13 %).

En 2007-2008, au Québec, il appert également que les populations défavorisées ou ayant de faibles revenus¹⁸ sont, en proportion, plus nombreuses à être exposées à la fumée secondaire (Lasnier, Leclerc et Hamel, 2012).

De moins en moins de femmes fument ou sont exposées durant la grossesse

Fumer ou être exposé à la fumée des autres durant la grossesse accroît les risques de mortalité et de morbidité périnatale, en plus d'affecter le développement du fœtus et du système reproducteur (Chayer, 2008).

L'Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans menée en 2006 par la Direction de santé publique a été réalisée auprès de 8 000 parents d'enfants résidant sur l'île de Montréal. Elle visait à déterminer les taux de prévalence de certaines maladies respiratoires (asthme, infections respiratoires et rhinite allergique hivernale) chez les enfants montréalais et à identifier les facteurs associés à leur distribution. L'exposition à la fumée secondaire est l'un des facteurs de risque présent dans cette étude (DSP, 2011b).

Cette étude révèle que les femmes enceintes sont de moins en moins nombreuses à fumer activement ou à être exposées à la fumée secondaire (DSP, 2011b). Au cours de la période 2000-2005, 10 % des femmes affirment avoir fumé durant la grossesse et 6 % ont été exposées à la fumée secondaire.

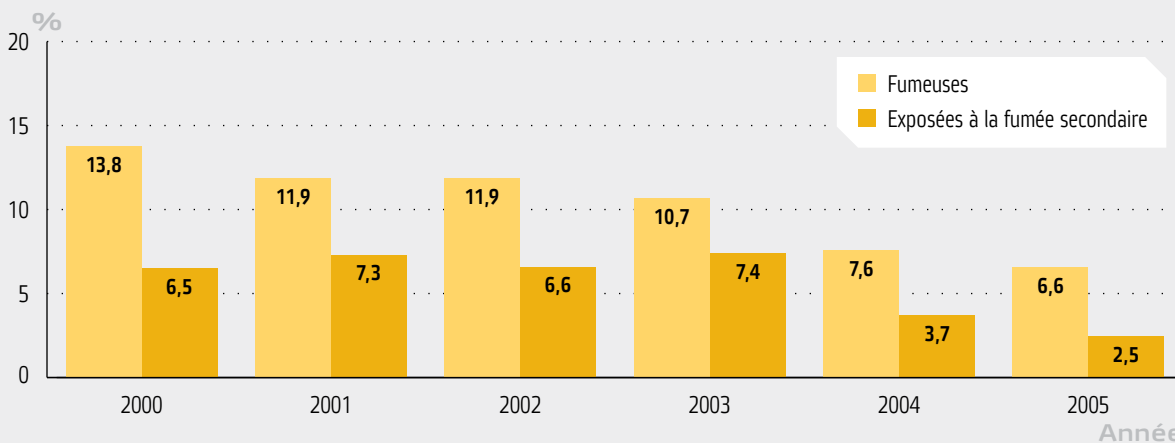
En 2000, 14 % des femmes enceintes fumaient la cigarette et 7 % étaient exposées à la fumée secondaire (graphique 23). Ces prévalences¹⁹ ont progressivement diminué au fil des années pour atteindre respectivement, 7 %²⁰ et 3 % en 2005, soit des réductions de plus de 50 % en cinq ans. La baisse du tabagisme chez les femmes enceintes est attribuable, principalement, à la diminution du tabagisme occasionnel durant la grossesse. En effet, la proportion de femmes fumant quotidiennement durant la grossesse est demeurée stable de 2000 à 2005, alors que celle des femmes fumant occasionnellement a diminué de façon significative en cinq ans (données non présentées).

¹⁸ Les résultats de l'exposition à la FTE au domicile selon l'indice de défavorisation matériel et social et selon le revenu ne sont pas disponibles pour la région de Montréal.

¹⁹ Les prévalences du tabagisme durant la grossesse par année de naissance des enfants sont issues d'une seule enquête ayant eu lieu en 2006 et non de plusieurs enquêtes successives. Le biais dû à la mémoire des femmes ayant accouché est possiblement plus important pour celles ayant accouché en 2000 qu'en 2005.

²⁰ *L'Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec, indique que 10,8 % des Montréalaises fumaient durant leur grossesse survenue en 2005. Toutefois, cette prévalence n'est pas significativement différente de celle présentée ici provenant de *L'Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans* (6,6 %).

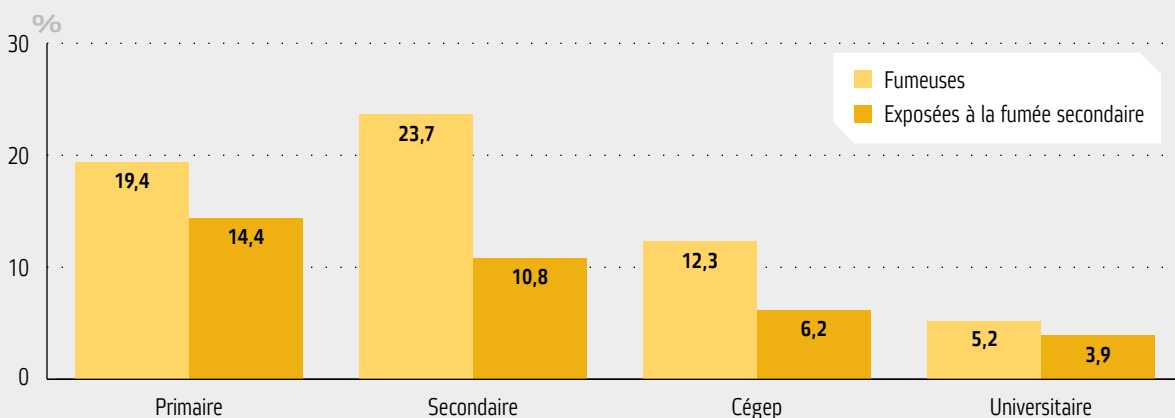
Proportion (%) de femmes ayant fumé et de non-fumeuses exposées à la fumée secondaire durant la grossesse, Montréal, 2000 à 2005



Source : DSP DE MONTRÉAL, *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans*, 2011.

Durant la période 2000-2005, les Montréalaises ayant un niveau de scolarité²¹ supérieur sont significativement moins nombreuses que celles ayant une scolarité moindre à fumer ou à être exposées à la FTE durant la grossesse (graphique 24).

Proportion (%) de femmes ayant fumé et de non-fumeuses exposées à la fumée secondaire durant la grossesse selon la scolarité, Montréal, 2000-2005

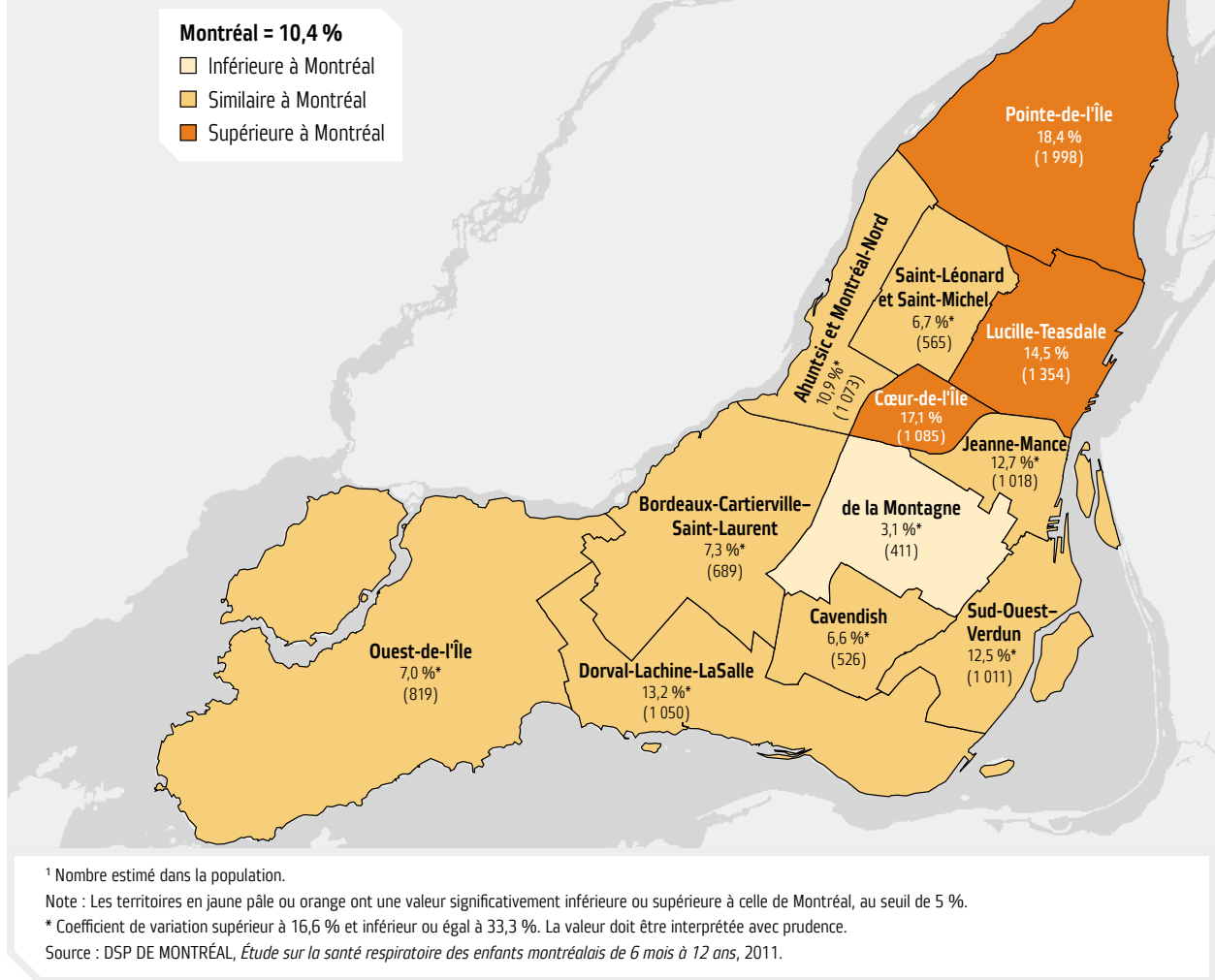


Source : DSP DE MONTRÉAL, *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans*, 2011.

Pour la période 2000-2005, la prévalence du tabagisme pendant la grossesse varie de 3 % à 18 % dans les CSSS montréalais (carte 3). Lucille-Teasdale, Pointe-de-l'Île et Cœur-de-l'Île obtiennent des prévalences égales ou au-delà de 15 %, ce qui est significativement supérieur à la moyenne régionale (10 %). Le CSSS de la Montagne se distingue en ayant la plus faible proportion du territoire (3 %).

²¹ La question posée : « Quel est le plus haut niveau de scolarité de la mère? » n'indique pas si la femme a obtenu son diplôme.

Nombre¹ et proportion (%) de fumeuses durant la grossesse, Montréal et CSSS, 2000-2005



1 enfant sur 10 est exposé à la fumée secondaire

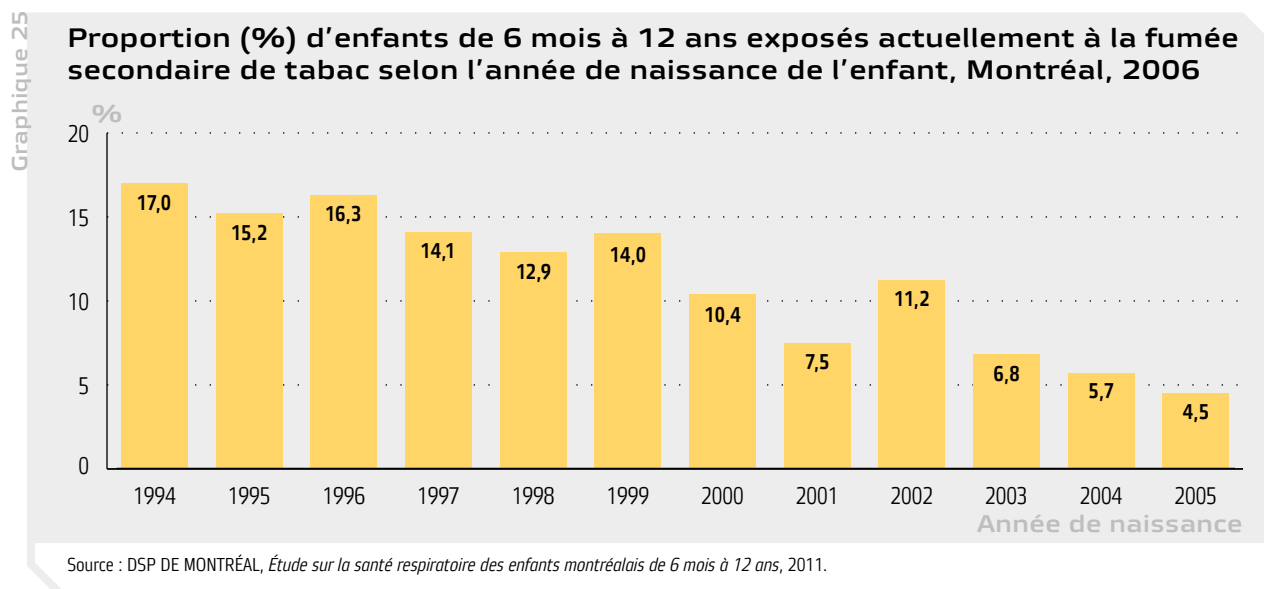
La fumée secondaire de tabac est particulièrement nocive pour les nouveau-nés et les jeunes enfants. Chez les bébés, elle augmente les risques de mort subite, des affections aiguës des voies respiratoires, de bronchite chronique et des otites. Elle induit et aggrave les problèmes d'asthme et pourrait également provoquer des dommages cardiovasculaires (Guérin et *al.*, 2006).

Selon l'*Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans* (DSP, 2011b), en 2006, environ 12 % des enfants sont exposés chaque jour ou presque à la fumée secondaire de tabac au domicile, et 5 % le sont dans un véhicule. La proportion d'enfants exposés à la fumée au domicile double (24 %) pour les enfants dont la mère a un diplôme d'études primaires ou secondaires (DSP, 2011b).

Selon Dubé, Lavoie et Laprise (2012), de moins en moins de ménages québécois avec enfants acceptent qu'on fume dans leur domicile. Cette proportion est passée de 25 % en 2010 à 20 % en 2011. En plus de ne pas exposer les

enfants à la fumée de tabac, l'interdiction de fumer au domicile a aussi un effet protecteur sur l'initiation à l'usage du tabac, surtout pour les enfants n'ayant pas de fumeur dans leur entourage proche (Cantinotti et al., 2011).

En 2006, plus de 15 % des enfants montréalais nés entre 1994 et 1996 sont exposés quotidiennement à la FTE au domicile, comparativement à près de 5 % pour les enfants nés après 2003 (graphique 25). Ce constat peut refléter, par exemple, le fait que des parents ont modifié leur comportement au fil des années ou que le tabagisme a diminué, en particulier chez les parents ayant de plus jeunes enfants.

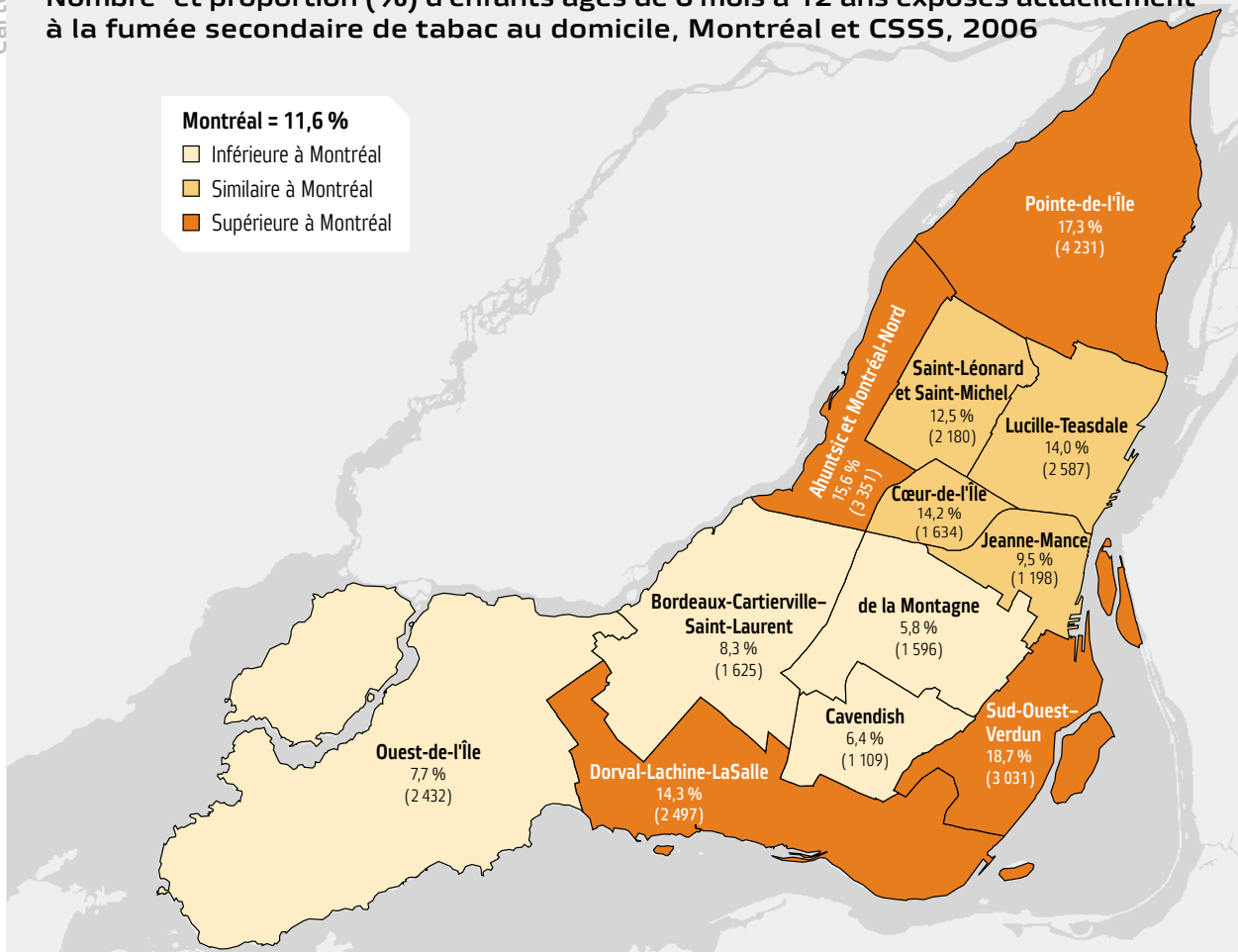


L'exposition des enfants à la FTE au domicile et dans un véhicule varie à l'intérieur du territoire montréalais (carte 4). Avec des proportions de plus de 14 %, les CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle, du Sud-Ouest-Verdun, d'Ahuntsic et Montréal-Nord, et de la Pointe-de-l'Île affichent tous des prévalences d'exposition au domicile significativement supérieures à celle de Montréal. Les enfants des territoires de l'Ouest-de-l'Île, Cavendish, de la Montagne et Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent sont, pour leur part, moins exposés à la FTE au domicile que l'ensemble des enfants montréalais. L'exposition à la fumée dans le véhicule varie pour sa part de 2 % dans le CSSS Cavendish à 9 % dans le CSSS du Sud-Ouest-Verdun (DSP, 2011b).

Le territoire de la Pointe-de-l'Île a des proportions élevées de mères fumant durant la grossesse et d'enfants exposés à la FTE au domicile. À l'inverse, le CSSS de la Montagne affiche de faibles pourcentages quant à la prévalence du tabagisme durant la grossesse et d'exposition des enfants à la FTE au domicile.

Nombre¹ et proportion (%) d'enfants âgés de 6 mois à 12 ans exposés actuellement à la fumée secondaire de tabac au domicile, Montréal et CSSS, 2006

Montréal = 11,6 %
 □ Inférieure à Montréal
 □ Similaire à Montréal
 □ Supérieure à Montréal



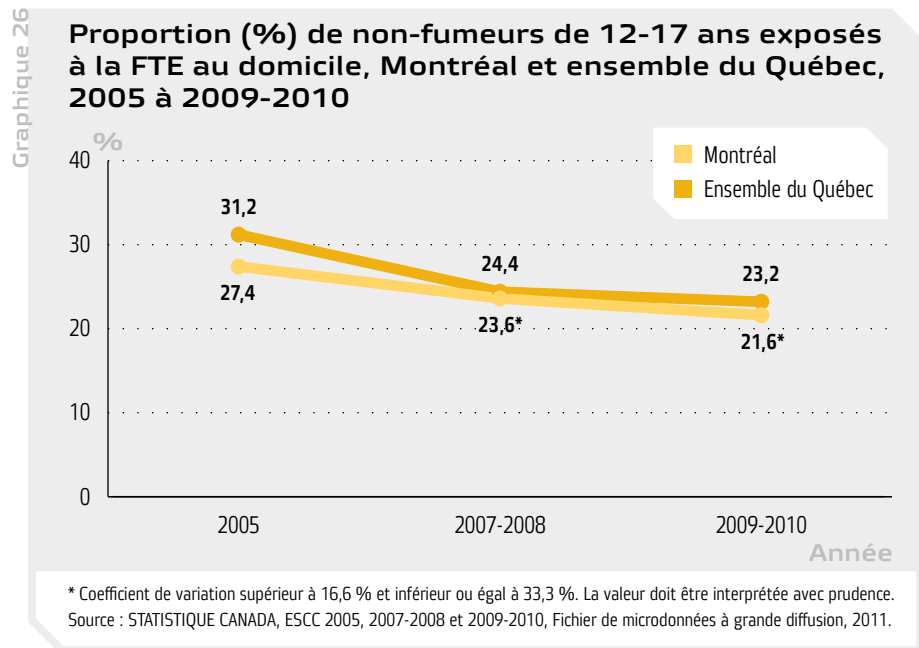
¹ Nombre estimé dans la population.

Note : Les territoires en jaune pâle ou orange ont une valeur significativement inférieure ou supérieure à celle de Montréal, au seuil de 5 %.

Source : DSP DE MONTRÉAL, *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans*, 2011.

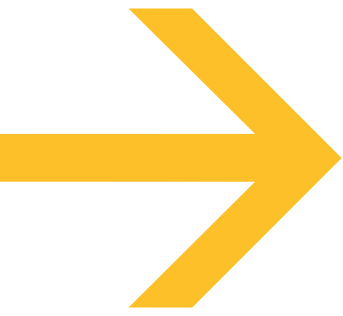
Les 12-17 ans demeurent les plus exposés à la fumée secondaire

Parmi la population de 12 ans et plus, les jeunes de 12-17 ans sont les plus exposés à la FTE. Selon l'ESCC 2009-2010, à Montréal, un jeune sur cinq non-fumeur est exposé quotidiennement ou presque à la fumée de tabac au domicile (graphique 26), comparativement à 4 % pour la population de 18 ans et plus. Les proportions observées à Montréal ne diffèrent pas significativement de celles du reste du Québec.



De plus, en 2009-2010 à Montréal, 16 % des jeunes de 12-17 ans sont exposés chaque jour ou presque à la FTE dans la voiture, alors que cette proportion est de 7 % chez les 18 ans.

Même si les tests statistiques ne révèlent aucun écart significatif depuis cinq ans, une tendance à la baisse s'observe depuis 2005 (graphique 26). Bordeleau (2009) confirme cette hypothèse en affirmant que la proportion d'élèves québécois exposés à la fumée secondaire au domicile a chuté en dix ans, passant de 40 % en 1998 à 24 % 2008. Il n'en demeure pas moins que la situation concernant l'exposition à la fumée secondaire chez les jeunes québécois est préoccupante, car elle est supérieure à celle des autres provinces canadiennes (Lasnier et Cantinotti, 2011b).



Conclusion

Le tabagisme est en baisse depuis une quarantaine d'années partout au Canada. Cette tendance est aussi observée pour Montréal, et la prévalence actuelle est inférieure à celle du reste du Québec. Toutefois, Montréal présente encore l'une des proportions de fumeurs les plus élevées parmi les grandes villes du Canada. En 2009-2010, 22 % des adultes et 5 % des élèves du secondaire fument la cigarette, ce qui représente près de 345 000 fumeurs montréalais.

Parmi la population adulte, des différences dans la prévalence du tabagisme persistent selon certains sous-groupes de la population et dans l'espace montréalais. Les hommes, les personnes âgées de 18 à 34 ans et les populations à faibles revenus présentent les prévalences les plus élevées. Par ailleurs, les plus fortes proportions de fumeurs sur le territoire montréalais sont observées dans les CSSS Jeanne-Mance et du Cœur-de-l'Île. L'enquête montréalaise TOPO, réalisée en 2012 par la Direction de santé publique, permettra une meilleure compréhension des variations territoriales et offrira aux décideurs locaux des informations essentielles à l'élaboration d'interventions adaptées à leur population de fumeurs²².

La baisse de la prévalence est le résultat des différentes mesures prises au cours des 20 dernières années pour lutter contre le tabagisme. La *Loi sur le tabac* a été accompagnée par la mise en œuvre de services d'aide à la cessation, par un meilleur accès aux aides pharmacologiques et par des campagnes promotionnelles de lutte au tabagisme (MSSS, 2006).

En 2009-2010, 31 000 Montréalais avaient cessé de fumer au cours des douze derniers mois. La proportion de fumeurs qui ont arrêté depuis moins d'un an est restée stable au cours des dernières années (environ 8 %), ce qui laisse croire à une stabilité des tentatives d'arrêt réussies. Toutefois, on sait qu'un nombre plus élevé ont fait des tentatives pour arrêter. Les données sur l'utilisation des ressources d'aide à la cessation montrent cependant qu'un faible nombre de fumeurs montréalais y ont recours, alors que la littérature souligne les bénéfices d'un soutien professionnel ou pharmacologique (Tremblay et Gervais, 2001).

Quant à l'exposition à la fumée secondaire, de réels progrès sont constatés depuis une dizaine d'années à Montréal. Ce constat est le résultat, entre autres, de la baisse du tabagisme et des campagnes de sensibilisation concernant les conséquences négatives sur la santé des non-fumeurs et plus spécifiquement sur celle des enfants. Néanmoins, des écarts persistent entre certains groupes. Les jeunes et les groupes plus défavorisés demeurent les populations les plus exposées à la FTE.

La prévention du tabagisme est l'une des priorités majeures de la santé publique. La situation des jeunes demeure préoccupante, surtout avec l'usage grandissant de nouveaux produits du tabac, tel le cigarillo, et la forte exposition à la FTE. Au Québec, la consommation combinée de cigarettes et de cigarillos fait grimper la prévalence du tabagisme à plus de 20 % chez les jeunes du secondaire. Il est important de souligner la prévalence élevée du tabagisme parmi les jeunes hébergés en centres jeunesse où près des deux tiers fument la cigarette.

²² Les résultats de cette enquête feront l'objet de publications et d'activités de transfert de connaissance au cours de l'année 2013.

L'un des principaux enjeux de la santé publique est la diminution des inégalités sociales de santé, et le tabagisme est l'un des comportements les plus affectés par ces inégalités. La prévalence du tabagisme et l'exposition à la FTE suivent un gradient socioéconomique très prononcé. Les personnes plus défavorisées matériellement ou socialement sont plus nombreuses à fumer et à être exposées à la FTE. De plus, les inégalités sociales de santé liées au tabagisme semblent perdurer et même, dans certains cas, s'accroître. À Montréal, l'usage de la cigarette a diminué plus rapidement parmi la population bénéficiant de revenus plus élevés. L'exposition à la fumée secondaire a, quant à elle, surtout diminué chez les plus scolarisés.

Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015 vise à diminuer la prévalence du tabagisme à Montréal (Drouin et Tessier, 2013). La préoccupation de réduire les inégalités sociales de santé liées au tabagisme est au cœur des actions planifiées. Le plan s'articule autour de six axes d'interventions : la mobilisation et la concertation des acteurs clés, l'acquisition et le partage des connaissances, l'influence des politiques publiques, la prévention du tabagisme chez les jeunes, la protection contre la fumée secondaire dans l'environnement et le soutien à la cessation tabagique chez les jeunes et les adultes. Ce rapport favorisera, entre autres, la mobilisation et le partage des connaissances en constituant une base essentielle à la réflexion des décideurs pour la poursuite des activités de lutte au tabagisme.



Références

- Aubin, J. et Caouette, L. (1998). L'usage de la cigarette au Québec de 1985 à 1994 : une comparaison avec le Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 89 (1), 22-27.
- Bordeleau, M. (2009). Usage du tabac. Dans D. Tremblay (dir.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2009* (p. 41-91). Québec, Canada : Institut de la statistique du Québec.
- Cantinotti, M., Leclerc, B.-S., Tremblay, M., Laguë, J., Racicot, S., McGrath, J. et O'Loughlin, J. (2011). *Quel est le lien entre le statut tabagique des proches, l'interdiction de fumer au domicile et l'initiation à l'usage du tabac chez les enfants?*. Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Chayer, L. (2008). *Prévention du tabagisme chez les femmes enceintes*. Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011a). *Les inégalités sociales à Montréal. Habitudes de vie. Le tabagisme*. Récupéré le 16 août 2012 du site de la DSP <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/inegalites-sociales-de-sante/facteurs-de-risque/habitudes-de-vie-liees-aux-iss/>
- Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011b). *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans. Rapport synthèse régional*. Récupéré le 16 août 2012 du site de la DSP, section Environnement urbain : [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/index.php?id=523&tx_wfqbe_pi1\[uid\]=1029](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/index.php?id=523&tx_wfqbe_pi1[uid]=1029)
- Drouin, M. et Tessier, S. (2013). *Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015*. Montréal, Canada : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux.
- Dubé, G., Lavoie, A. et Laprise, P. (2012, mai). Enquête sur les habitudes tabagiques des Québécois : une étude portant sur des comportements méconnus face à un phénomène connu. *Zoom santé*, 38, 8 p.
- Gervais, A., O'Loughlin, J., Meshfedjian, G., Bancej, C. et Tremblay, M. (2006). Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. *Canadian Medical Association Journal*, 175 (3), 255-261.
- Gratton, J. (2007). *Suivi du tabagisme à Montréal. Les résultats du sondage biennuel de la DSP*. Montréal, Canada : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Guérin, D., Guyon, L., Fournier, M., Gillet, M., Payette, Y. et Laguë, J. (2006). *La fumée de tabac secondaire – Effets sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics*. Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (coll.) et Institut de la statistique du Québec (coll.). (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions. Éditions 2001*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec.
- Kairouz, S., Payette, Y., Nguyen, C. T. et Guyon, L. (2008). *Monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme*. Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Lambert, G., Haley, N., Jean, S., Tremblay, C., Frappier, J.-Y., Otis, J. et Roy, É. (2012). *Sexe, drogue et autres questions de santé. Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*. Montréal, Canada : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec.

- Lasnier, B. et Cantinotti, M. (2011a). *L'initiation à l'usage de la cigarette chez les élèves québécois : 2008-2009*. Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Lasnier, B. et Cantinotti, M. (2011b). *L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement chez les élèves québécois : 2008-2009*. Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Lasnier, B., Leclerc, B.-S. et Hamel, D. (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler S., Himmelstein, D. U., McCormick, D. et Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness. A population-based prevalence study. *Journal American Medical Association*, 284 (20), 2606-2610.
- Le Strat, Y., Ramoz, N. et Gorwood, P. (2010). In alcohol-dependent drinkers, what does the presence of nicotine dependence tell us about psychiatric and addictive disorders comorbidity? *Alcohol and Alcoholism*, 45 (2), 167-172.
- Leclerc, B.-S. et Lasnier, B. (2011). Surveillance de la cessation tabagique. *Collection Monitorage du Plan québécois de lutte contre le tabagisme, fascicule 3*. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2006). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*. Québec, Canada : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2012a). *Les enjeux socio-économiques reliés à la fumée de tabac*. Récupéré le 9 novembre 2012 du site du MSSS, section Santé publique – Tabagisme : <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2012b). *Projections de la population du Québec selon le territoire de réseau local de service (RLS), le sexe, l'âge et le groupe d'âge, 2006 à 2031*. Récupéré le 26 novembre 2012 du site Espace informationnel Santé et Services sociaux, section Projections de la population : <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2012c). *Le tabac, un mélange de produits chimiques*. Récupéré le 9 novembre 2012 du site du MSSS, section Santé publique – Tabagisme : <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Organisation mondiale de la santé. (2012). Tabagisme. Récupéré le 10 novembre 2012 du site de l'OMS, section Thème de santé : <http://www.who.int/fr>
- Pampalon, R. et Raymond, G. (2000). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies chroniques au Canada*, 21 (3), 113-122.
- Prochaska J. J. (2011). Smoking and Mental Illness — Breaking the Link. *New England Journal of Medicine*, 365 (3), 196-198.
- Reid, J. L. et Hammond, D. (2011). *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2011 Edition*. Waterloo, ON : Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
- Société canadienne du cancer (2010). *Étude sur les fumeurs : portrait et stratégies*. Montréal, Canada : auteur.
- Tremblay, M. et Gervais, A. (2001). *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coût estimé pour le Québec*. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.

Annexe 1

Annexe 1

Nombre¹ et proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon le sexe et l'âge, Montréal et CSSS, 2007-2010

Territoires de CSSS	Femme		Homme		18-34 ans		35 ans et plus		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Ouest-de-l'Île	11 400	13,2*	17 200	21,1	12 900	28,7*	16 300	13,3*	28 100	16,7(-)
Dorval-Lachine-LaSalle	13 500	22,6*	17 400	32,7*	11 000	35,4*	19 900	24,3*	31 100	27,6
Sud-Ouest-Verdun	15 400	25,0*	14 700	25,0	10 900	27,1*	19 000	23,7	30 100	25,0
Cavendish	8 100	15,3*	10 900	23,7	6 400	21,8*	13 300	19,0	19 600	19,7
de la Montagne	16 000	17,6	22 200	25,5	16 600	25,7	21 700	19,1	38 700	21,8
Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	9 000	15,5*	8 500	15,8*(-)	4 200	12,6*(-)	12 800	16,4*	17 400	15,6*(-)
Ahuntsic et Montréal-Nord	12 100	17,1*	16 900	26,9	9 000	23,0*	19 500	20,7	28 500	21,4
Cœur-de-l'Île	13 900	29,7(+)	13 300	29,2	13 600	36,4	12 900	23,4*	27 100	29,4(+)
Jeanne-Mance	20 700	36,5(+)	23 400	35,5(+)	18 400	36,3	25 700	35,7(+)	44 100	36,0(+)
Saint-Léonard et Saint-Michel	9 900	18,4*	16 700	34,3*	7 900	25,7*	18 600	25,9*	26 400	25,8
Lucille-Teasdale	20 700	27,1	22 000	30,3	16 400	33,1	26 400	26,6	42 700	28,6
Pointe-de-l'Île	18 800	22,3	21 400	28,2	15 500	35,5	24 700	21,2	39 700	24,8
Montréal	166 300	20,8	204 400	27,2	143 900	29,1	226 300	21,5	370 600	23,9

¹ Nombre estimé de fumeurs calculé à partir des proportions de fumeurs et des projections de population (MSSS, 2012b).

(-) (+) Valeur statistiquement inférieure ou supérieure à celle de Montréal, au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008 et ESCC 2009-2010, cycles cumulés, Fichier de partage, 2012.

Annexe 2

Annexe 2

Proportion (%) de fumeurs de 18 ans et plus selon certaines caractéristiques, Montréal et reste du Québec, 2010

Caractéristiques des fumeurs (%)	Montréal (n = 945)	Québec sans Montréal (n = 2 756)
Sexe		
Femme	47,8	47,5
Homme	52,2	52,5
Niveau de scolarité		
Primaire/secondaire	36,0 (-)	51,5
Collégial	27,2	28,5
Universitaire	36,8 (+)	20,0
Type de ménage		
Vit seul	24,4 * (+)	18,1
Ne vit pas seul	75,6 (-)	81,9
Fréquence du tabagisme		
Tous les jours	69,9(-)	78,4
À l'occasion	30,1(+)	21,6
Temps écoulé entre le réveil et la 1^{re} cigarette fumée		
< 5 min	20,2(-)	24,4
6 à 30 min	31,8(-)	37,6
31 à 60 min	14,5	14,6
Plus de 60 min	33,5(+)	23,3
Perception du tabac		
Comme une drogue	18,6(-)	23,9
Comme une habitude	13,5	12,0
Comme une mauvaise habitude	39,4	41,5
Comme un choix	12,4(+)	8,9
Comme un plaisir de la vie	16,1	13,7

(-) (+) Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste du Québec (Québec sans Montréal), au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Étude sur les fumeurs*, 2010.

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

