

Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme

Direction du développement des individus
et des communautés

Juillet 2012

AUTEURE

Annie Montreuil

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Johanne Laguë, chef de l'unité Habitudes de vie et lutte au tabagisme

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Marianne Dubé

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Benoit Lasnier

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Souad Ouchelli

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

COMITÉ CONSULTATIF

Michèle Tremblay

Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Jean-Maurice Roy

Service de la promotion des saines habitudes de vie, ministère de la Santé et des Services sociaux

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec/Direction de santé publique

Ann Royer

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction régionale de santé publique

Claire Jutras

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides/Direction de santé publique

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-66359-1 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-66360-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

REMERCIEMENTS

Merci à Michèle Tremblay pour son soutien à différentes étapes de la rédaction et à Johanne Laguë pour la révision du texte. Des remerciements sont adressés aux membres du comité consultatif pour leurs commentaires éclairants à l'étape de l'analyse des données et à la lecture de la première version du rapport.

Merci également à Réjean Lamontagne pour son soutien et sa contribution à ce projet lorsqu'il était au MSSS, à Viviane Leaune pour avoir initié ce projet lorsqu'elle était à l'INSPQ ainsi qu'à Isabelle Poulin, Geneviève Cloutier, Louise Guyon, Bernard-Simon Leclerc, Denis Hamel et Christine Stich pour leur contribution.

Un merci spécial est adressé aux répondants régionaux qui ont assuré le succès de la collecte de données :

- Martine Gilbert, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent
- Madeleine Paradis, Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
- Ann Royer et Denis Poirier, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
- Jean-Maurice Roy, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Denise Beauséjour, Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- Hawa Sissoko et Simon Tessier, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Jeanine Buteau et Danielle Léveillé, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
- Chantal Cusson, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
- Christiane Ste-Croix, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
- André Secours, Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
- Julie Pagé, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval
- Sarah Monette, Direction de santé publique et d'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
- Claire Jutras, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
- José St-Cerny, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Enfin, un grand merci aux conseillers en abandon du tabagisme sans qui la collecte de données n'aurait pu avoir lieu et surtout aux clients des centres d'abandon du tabagisme qui nous ont fait confiance et ont accepté de nous transmettre des informations personnelles sur leur histoire tabagique.

RÉSUMÉ

Ce document présente un portrait des caractéristiques des personnes qui ont recours aux interventions de counseling offertes dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT). Les données sur la clientèle ont été recueillies dans les CAT de 14 régions sociosanitaires du Québec. Dans ces régions, tous les clients qui se sont présentés une première fois entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2010 pour une consultation ont complété la feuille de collecte de données utilisée par les intervenants pour adapter leurs services. Les feuilles complétées ont été transmises à l'INSPQ avec le consentement des clients, permettant de recueillir des informations sur leurs habitudes de vie, leur état de santé et de nombreux aspects de leur usage de tabac dont le nombre de cigarettes fumées par jour, les tentatives d'abandon, les méthodes utilisées pour cesser de fumer, les causes de rechute, et les raisons de cesser. Au total, 1446 clients ont contribué à dresser le portrait de la clientèle.

L'analyse des données révèle les constats suivants :

- Plus de la moitié des clients des CAT ont entendu parler de ce service par un professionnel de la santé;
- Les femmes sont surreprésentées parmi la clientèle des CAT : elles représentent 57 % des clients alors qu'elles constituent 38 % des fumeurs quotidiens dans la province;
- La moyenne d'âge des clients des CAT est de 50 ans, ce qui est plus élevé que la moyenne d'âge des fumeurs quotidiens au Québec qui est de 42 ans selon l'ESUTC (2010);
- Au moment de la première rencontre avec un conseiller CAT, 38 % des clients occupaient un emploi, une proportion beaucoup plus faible que ce que l'on retrouve parmi les fumeurs quotidiens (73 %, ESUTC, 2010);
- Les clients des CAT fument en moyenne 21 cigarettes par jour, ce qui est supérieur à la moyenne des fumeurs quotidiens de 15 cigarettes par jour (ESUTC, 2010);
- Près de neuf clients sur dix ont déjà essayé de cesser de fumer;
- Plus de 80 % des clients qui ont déjà fait une tentative d'abandon ont utilisé une aide pharmacologique, surtout des timbres de nicotine;
- Les principales causes de rechute invoquées sont le stress et l'incitation sociale; ces causes touchent davantage les jeunes adultes que les adultes plus âgés;
- Certaines causes de rechute sont rapportées davantage par les femmes; c'est le cas du stress, de l'irritabilité et la dépression, de l'ennui et la solitude, et du gain de poids;
- Les clients des CAT sont plus dépendants à la cigarette que les fumeurs quotidiens en général;
- Au moment de la première consultation dans un CAT, plus de la moitié des clients n'avaient pas encore déterminé de date d'arrêt;

- Près de neuf clients sur dix voulaient cesser de fumer pour améliorer leur santé; les autres raisons les plus souvent mentionnées étaient le désir de ne plus être dépendant, la crainte d'une maladie liée, la recommandation du médecin et le coût trop élevé du tabac;
- Trois clients sur quatre avaient l'intention d'utiliser une aide pharmacologique pour cesser de fumer;
- La proportion de clients des CAT qui souffre de maladies respiratoires associées au tabagisme est plus élevée que la proportion de fumeurs quotidiens qui souffrent de ces maladies, et ce, pour tous les groupes d'âge à partir de 35 ans;
- Pour certains groupes d'âge, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et la dépression touchent davantage les clients des CAT que les fumeurs quotidiens.

En conclusion, cette étude montre que les interventions de counseling en abandon du tabac offertes dans les CAT rejoignent surtout une clientèle d'âge mûr, de fumeurs très dépendants et qui souffrent de problèmes de santé associés au tabagisme.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES.....	XI
1 INTRODUCTION	1
2 OBJECTIF	3
3 MÉTHODOLOGIE	5
3.1 Procédure.....	5
3.2 Échantillon.....	5
3.3 Variables.....	7
3.4 Analyses.....	8
4 RÉSULTATS	11
4.1 Section 1 : Renseignements généraux.....	11
4.2 Section 2 : Portrait sociodémographique des clients.....	13
4.3 Section 3 : Habitudes tabagiques.....	16
4.4 Section 4 : Tentatives d'abandon du tabagisme.....	17
4.5 Section 5 : Dépendance	23
4.6 Section 6 : Environnement et soutien.....	25
4.7 Section 7 : Habitudes de vie.....	26
4.8 Section 8 : Motivation	29
4.9 Section 9 : Portrait médical.....	32
5 DISCUSSION	41
RÉFÉRENCES.....	45
ANNEXE 1 HARMONISATION DE LA FEUILLE DE COLLECTE DE DONNÉES, ÉTUDE PILOTE ET PROCÉDURE DE COLLECTE DE DONNÉES	47
ANNEXE 2 FEUILLE DE COLLECTE DE DONNÉES ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	55
ANNEXE 3 TABLEAUX DES ANALYSES PAR GROUPE D'ÂGE, NIVEAU DE SCOLARITÉ, NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR, NIVEAU DE DÉPENDANCE ET NOMBRE DE TENTATIVES D'ABANDON	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Participation des 14 régions au portrait de la clientèle des CAT, Québec, 2010	6
Tableau 2	Variabes de la feuille de collecte de données retenues pour dresser le portrait de la clientèle des CAT	7
Tableau 3	Sources de connaissance des CAT rapportées par les clients, Québec, 2010	12
Tableau 4	Portrait sociodémographique des clients des CAT et des fumeurs quotidiens, Québec, 2010	15
Tableau 5	Statut tabagique, âge à la première cigarette et nombre de cigarettes fumées par jour par les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, Québec, 2010	17
Tableau 6	Méthodes pour cesser de fumer lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon à vie, selon le sexe, Québec, 2010	21
Tableau 7	Causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le sexe, Québec, 2010	23
Tableau 8	Temps écoulé après le réveil avant la première cigarette pour les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, Québec, 2010.....	25
Tableau 9	Présence de fumeurs dans l'entourage et entourage favorable à la décision de cesser de fumer parmi les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010	26
Tableau 10	Fréquence d'activité physique et préoccupation à l'égard de la prise de poids chez les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010.....	27
Tableau 11	Identification d'une date d'arrêt, importance de cesser, confiance en la capacité de cesser, et raisons de cesser parmi les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010.....	30
Tableau 12	Intention d'utiliser une aide pharmacologique et type de produit envisagé parmi les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010.....	32
Tableau 13	Indice de masse corporelle calculé à partir du poids et de la taille rapportés et problèmes de santé déclarés par les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010	35
Tableau 14	Méthodes pour cesser de fumer lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le groupe d'âge, Québec, 2010.....	65
Tableau 15	Méthodes pour cesser de fumer lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010.....	66
Tableau 16	Méthodes pour cesser de fumer lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010	67

Tableau 17	Méthodes pour cesser de fumer lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le niveau de dépendance à la cigarette, Québec, 2010	68
Tableau 18	Causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le groupe d'âge, Québec, 2010	69
Tableau 19	Causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010.....	70
Tableau 20	Causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010	71
Tableau 21	Causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le niveau de dépendance, Québec, 2010	72
Tableau 22	Présence de fumeurs dans l'entourage et entourage favorable à la décision de cesser de fumer parmi des clients des CAT, selon le groupe d'âge, Québec, 2010	73
Tableau 23	Présence de fumeurs dans l'entourage et entourage favorable à la décision de cesser de fumer parmi des clients des CAT, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010.....	74
Tableau 24	Présence de fumeurs dans l'entourage et entourage favorable à la décision de cesser de fumer parmi des clients des CAT, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010.....	75
Tableau 25	Consommation quotidienne de café et d'alcool des clients des CAT, selon le groupe d'âge, Québec, 2010.....	76
Tableau 26	Consommation quotidienne de café et d'alcool des clients des CAT, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010.....	77
Tableau 27	Consommation quotidienne de café et d'alcool des clients des CAT, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010	78
Tableau 28	Raisons de cesser de fumer parmi les clients des CAT, selon le groupe d'âge, Québec, 2010	79
Tableau 29	Raisons de cesser de fumer parmi les clients des CAT, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010.....	80
Tableau 30	Raisons de cesser de fumer parmi les clients des CAT, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010.....	81
Tableau 31	Raisons de cesser de fumer parmi les clients des CAT, selon le nombre de tentatives d'abandon, Québec, 2010	82
Tableau 32	Problèmes de santé déclarés par les clients des CAT, selon le groupe d'âge, Québec, 2010	83
Tableau 33	Problèmes de santé déclarés par les clients des CAT, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010.....	84

Tableau 34 Problèmes de santé déclarés par les clients des CAT, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010 85

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Répartition des clients des CAT et des fumeurs quotidiens, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2010.....	14
Figure 2	Nombre de tentatives d'abandon à vie des clients des CAT (incluant celle en cours), Québec, 2010	18
Figure 3	Répartition des clients des CAT selon leur niveau de dépendance à la cigarette d'après le <i>Heaviness of Smoking Index</i> (HSI), Québec, 2010	24
Figure 4	Préoccupation à l'égard de la prise de poids en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) des clients des CAT, Québec, 2010	28
Figure 5	Proportion de personnes qui ont rapporté souffrir de maladies respiratoires telles que l'asthme, l'emphysème, et la bronchite chronique, parmi les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, selon le groupe d'âge, Québec, 2010.....	36
Figure 6	Proportion de personnes qui ont rapporté souffrir de maladies cardiovasculaires parmi les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, selon le groupe d'âge, Québec, 2010	37
Figure 7	Proportion de personnes qui ont rapporté souffrir d'hypertension artérielle parmi les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, selon le groupe d'âge, Québec, 2010.....	38
Figure 8	Proportion de personnes qui ont rapporté souffrir de diabète parmi les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, selon le groupe d'âge, Québec, 2010	39
Figure 9	Proportion de personnes qui ont rapporté souffrir de dépression parmi les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, selon le groupe d'âge, Québec, 2010	40
Figure 10	Démarche d'harmonisation de la feuille de collecte de données	50

1 INTRODUCTION

Les centres d'abandon du tabagisme (CAT) ont pour mission d'offrir gratuitement à toutes les personnes qui en font la demande un ensemble de services d'abandon du tabac reconnus efficaces. Ces services sont offerts par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ou par des organismes désignés par les directions régionales de santé publique. Les services sont dispensés par des professionnels de la santé et des services sociaux formés à cet effet, qu'on appelle « conseillers des CAT ». Les services offerts comprennent : la remise d'information et de documentation, le counseling (jusqu'à 60 minutes par rencontre) et les références à d'autres services comme la ligne téléphonique ou le site internet j'Arrête. Les clients des CAT de plusieurs régions peuvent se prévaloir des ordonnances collectives dont disposent les conseillers des CAT pour se procurer et se faire rembourser des aides pharmacologiques de renoncement au tabac. Les services offerts dans les CAT le sont par téléphone ou en personne et le counseling est offert en rencontres individuelles ou en groupe. Les interventions de counseling d'une durée de 60 minutes et l'usage d'aides pharmacologiques de renoncement au tabac sont les interventions démontrées les plus efficaces pour cesser de fumer (The clinical practice guideline treating tobacco use and dependence 2008 update panel liaisons and staff, 2008; Tremblay & Gervais, 2001; Tremblay & Ben Amar, 2007). En 2010, on dénombrait plus de 150 CAT dans l'ensemble des régions du Québec (équipe de lutte contre le tabagisme du ministère de la Santé et des Services sociaux, communication personnelle, septembre 2012).

En 2004 le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique (INSPQ) le mandat d'évaluer les services de cessation (incluant les CAT) offerts dans le cadre du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) (Leaune, 2005). Le MSSS a également exprimé le besoin de connaître le profil des fumeurs ayant recours aux services offerts dans les CAT. Suite à ces demandes, l'INSPQ a identifié la feuille de collecte de données utilisée par les conseillers des CAT lors de la première rencontre avec un client comme une source importante d'informations pour l'évaluation et la détermination du profil des fumeurs (Leaune, 2005; Leclerc, 2009). Ainsi, lors de la première rencontre individuelle dans un CAT, le conseiller demande au client des informations sur ses habitudes tabagiques, l'historique de ses tentatives d'abandon, son niveau de dépendance physique et psychologique, ses habitudes de vie en général, et ses motivations à cesser de fumer. Il cherche aussi à connaître les moyens par lesquels le client a entendu parler des CAT. Ces informations, habituellement notées sur une feuille de collecte de données conservée au dossier médical du client, répondent au besoin du conseiller de connaître le profil tabagique de son client afin d'orienter l'intervention et le suivi. Au moment de commencer le présent projet, la feuille de collecte de données utilisée différait selon la région. Dans plusieurs cas il s'agissait du questionnaire proposé par le MSSS dans le guide de formation des conseillers CAT (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005), mais dans plusieurs régions, des changements y avaient été apportés. De plus, selon une consultation menée par l'INSPQ auprès des répondants tabac en 2005, l'utilisation par les conseillers d'une feuille de collecte de données n'était pas systématique lors de la première rencontre avec les clients.

En 2005, l'Institut a recommandé d'uniformiser les feuilles de collecte de données utilisées dans les régions (Leaune, 2005). À partir de la feuille de collecte proposée dans le guide de formation des conseillers CAT et de celles utilisées dans les régions, l'INSPQ a proposé une version « harmonisée » unique de cette feuille de collecte de données répondant aux besoins de l'intervention et de l'évaluation. Afin de pouvoir être utilisée pour dresser le portrait de la clientèle des CAT, la feuille de collecte de données devait être utilisée systématiquement lors de la première rencontre avec le client et chaque client devait donner son consentement pour la transmission des données le concernant à l'organisme responsable de l'évaluation, en l'occurrence l'INSPQ. La feuille de collecte de données harmonisée et la procédure de collecte ont été testées dans deux régions dans le cadre d'une étude pilote en 2005-2006. Un certain nombre de correctifs ont ensuite été apportés à la feuille de collecte de données pour tenir compte des résultats de l'étude pilote. La démarche d'harmonisation de la feuille de collecte de données et les résultats de l'étude pilote sont présentés à l'annexe 1. En 2008, le plan de collecte de données a obtenu le soutien des coordonnateurs régionaux en promotion-prévention. En 2009, l'évaluation préliminaire des CAT a réaffirmé la pertinence d'implanter une feuille de collecte de données harmonisée dans l'ensemble des CAT du Québec (Leclerc, 2009).

2 OBJECTIF

L'objectif de ce projet était de décrire les caractéristiques des personnes qui ont recours aux services de counseling en abandon du tabagisme offerts dans les CAT.

3 MÉTHODOLOGIE

Les directions régionales de santé publique ont été invitées en novembre 2008 à participer à la collecte de données. La participation à la collecte était volontaire. Celle-ci était prévue initialement en septembre 2009, mais a dû être reportée en raison de la campagne de vaccination H1N1. La collecte a eu lieu du 1^{er} mars au 30 juin 2010.

Des 18 régions sociosanitaires du Québec, 14 ont participé à la première collecte de données. Les régions de la Côte-Nord, le Nord-du-Québec, les Terres-Cries-de-la-Baie-James, et le Nunavik n'ont pas participé. La feuille de collecte harmonisée, le formulaire de consentement et la procédure de collecte de données ont été transmis aux régions participantes. Chaque région était responsable de faire approuver la feuille de collecte harmonisée pour qu'elle puisse être placée au dossier médical des clients. Dans chaque région, un « coordonnateur régional » a été identifié pour servir d'intermédiaire entre l'INSPQ et les CAT de sa région. Le rôle de cette personne est décrit à l'annexe 1.

3.1 PROCÉDURE

Lors de la première rencontre avec un client, le conseiller en abandon du tabagisme lui demandait de compléter la feuille de collecte de données. Le conseiller pouvait demander au client de compléter par lui-même la feuille de collecte de données avant de commencer la rencontre, ou la compléter avec lui pendant la rencontre.

Une fois la feuille de collecte complétée, le conseiller expliquait au client qu'une collecte de données était en cours à l'INSPQ dans le but de connaître le profil de la clientèle, et demandait au client son consentement pour transmettre la feuille de collecte complétée anonyme à l'INSPQ.

Immédiatement après le départ de chaque nouveau client, le conseiller complétait une grille de suivi de l'utilisation de la feuille de collecte de données. Le conseiller indiquait sur cette grille si la feuille de collecte de données avait été utilisée avec le nouveau client, et si ce dernier avait consenti à transmettre sa feuille à l'INSPQ. Cette grille de suivi a permis de calculer le taux d'utilisation de la feuille de collecte de données avec les nouveaux clients et le taux de consentement des clients à transmettre la feuille de collecte à l'INSPQ.

3.2 ÉCHANTILLON

Selon la grille de suivi complétée par les conseillers des CAT, 1 654 nouveaux clients se sont présentés dans un CAT entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2010. La feuille de collecte a été utilisée avec 1 536 clients (93 %), et 1 467 personnes ont accepté que leur feuille complétée soit transmise à l'INSPQ (95 %). Il est possible que des conseillers des CAT aient omis, par oubli ou pour toute autre raison, d'inscrire leurs nouveaux clients sur la grille. Toutefois, selon les coordonnateurs régionaux qui ont servi d'intermédiaire entre l'INSPQ et les CAT de leur région, ces cas seraient peu nombreux. Vingt et une (21) feuilles de collecte n'ont pu être traitées parce qu'elles étaient soit incomplètes (plus de la moitié des questions sans réponse) ou parce qu'elles n'ont pas été reçues à l'INSPQ.

L'analyse des résultats est basée sur un échantillon de 1 446 clients. Le tableau 1 présente le nombre de feuilles complétées reçues par région. Trois régions ont participé à la collecte pendant moins de quatre mois pour des raisons organisationnelles. C'est le cas de la région Mauricie et Centre-du-Québec et de la région de l'Outaouais, où la collecte a débuté le 1^{er} avril. Dans la région de Lanaudière, la collecte a eu lieu du 1^{er} mai au 30 juin. Pour la majorité des régions, la proportion de feuilles de collecte analysées correspond assez bien à la proportion de clients rencontrés en 2010-2011 pour de l'intervention individuelle ou en groupe en cessation tabagique selon les données I-CLSC¹.

La saisie de données a été confiée à la firme Elite avec le soutien continu de la responsable du projet à l'INSPQ pendant toute la phase de saisie.

Tableau 1 Participation des 14 régions au portrait de la clientèle des CAT, Québec, 2010

Régions sociosanitaires	Nombre de clients par région dans l'échantillon	Proportion de clients provenant de chaque région dans l'échantillon	Proportion de clients des CAT pour l'année 2010-2011 provenant de chaque région, selon les données I-CLSC*	
			%	%
Ensemble des régions	1 446	100,0	100,0	100,0
Bas St-Laurent	67	4,6		2,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	83	5,7		6,3
Capitale-Nationale	128	8,9		7,8
Mauricie et Centre-du-Québec	161	11,1		20,6
Etrie	105	7,3		5,0
Montréal	287	19,8		16,5
Outaouais	29	2,0		2,9
Abitibi-Témiscamingue	19	1,3		1,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	45	3,1		2,8
Chaudière-Appalaches	59	4,1		4,8
Laval	68	4,7		3,6
Lanaudière	61	4,2		6,1
Laurentides	146	10,1		12,0
Montérégie	188	13,0		11,9

* Basé sur le nombre de clients distincts qui ont eu recours à une rencontre individuelle ou en groupe entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011.

¹ Le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) recueille des informations sur la clientèle permettant de fournir des données sur la production des services de même que des informations de l'environnement sociosanitaire des usagers qui reçoivent des services du CSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009).

3.3 VARIABLES

La feuille de collecte de données est composée de 43 questions fermées. Les variables retenues pour dresser le portrait de la clientèle sont présentées au tableau 2. Certaines questions ne sont pas présentées dans ce rapport car elles ont été jugées moins pertinentes pour dresser le portrait de la clientèle des CAT, bien qu'elles soient pertinentes pour l'intervention.

Tableau 2 Variables de la feuille de collecte de données retenues pour dresser le portrait de la clientèle des CAT

Section 1. Renseignements généraux	Section 6. Environnement et soutien
Type de consultation	Présence de fumeurs dans l'entourage
Sources de connaissance du CAT	Entourage favorable à la décision du client de cesser de fumer
Section 2. Renseignements sur le client	Section 7. Habitudes de vie
Date de naissance	Fréquence d'activité physique par semaine
Sexe	Consommation quotidienne de plus de 5 cafés
Langue d'usage	Consommation quotidienne de plus de 2 portions d'alcool
État matrimonial	Usage quotidien de drogue
Occupation	Préoccupation par la prise de poids suite à l'abandon du tabac
Plus haut niveau de scolarité complété	
Section 3. Habitudes tabagiques	Section 8. Motivation
Statut tabagique (fumeur ou ex-fumeur)	Identification d'une date d'arrêt
Âge à la première cigarette fumée au complet	Raisons de cesser
Nombre de cigarettes par jour	Importance de cesser
Section 4. Tentatives d'abandon du tabagisme	Confiance en la capacité de cesser
Nombre de tentatives à vie	Intention d'utiliser une aide pharmacologique et type de produit envisagé
Nombre de tentatives au cours de la dernière année	
Durée de la tentative la plus longue	Section 9. Portrait médical
Méthodes utilisées pour cesser de fumer lors de tentatives antérieures	Problèmes de santé
Causes de rechute lors de tentatives antérieures	Prise de médicaments
Section 5. Dépendance	Allergies
Temps écoulé après le réveil avant la première cigarette	Poids et taille actuels autorapportés par les clients

La plupart des questions sont à choix multiple et comprennent un choix « autre » où le client est invité à spécifier sa réponse en quelques mots. Le libellé de certaines questions a été adapté pour les personnes ne faisant plus d'usage de tabac au moment de se présenter au CAT. Par exemple, les questions qui portent sur l'usage du tabac invitent les clients qui ne fument plus au moment où ils remplissent le questionnaire à indiquer le nombre de cigarettes qu'ils fumaient avant d'arrêter.

La feuille de collecte de données de même que le formulaire de consentement à participer à l'étude étaient disponibles en français et en anglais. La version française de ces deux documents est présentée à l'annexe 2.

3.4 ANALYSES

Analyses descriptives. Les analyses descriptives des données recueillies comprennent : des proportions, des moyennes, et des mesures de précision de ces estimations, soit le coefficient de variation, l'écart-type (non présenté) et l'intervalle de confiance à 95 % calculés avec la méthode exacte (non présenté). Un résultat est considéré avoir une bonne précision lorsque son coefficient de variation est inférieur à 15 %. Un résultat dont le coefficient de variation se situe entre 15 % et 25 % doit être interprété avec prudence alors qu'un résultat dont le coefficient de variation est supérieur à 25 % offre une estimation imprécise que nous fournissons à titre indicatif seulement. Les données sont agrégées au niveau provincial. Les résultats sur les sources de connaissance du CAT sont présentés par région. Les résultats produits ne sont pas pondérés en raison d'un manque de données comparables dans la population visée. Ce portrait représente les clients des 14 régions qui ont participé à la collecte.

Données d'enquêtes. Des résultats provenant d'enquêtes nationales sont présentés afin de comparer la clientèle des CAT avec les fumeurs quotidiens au Québec. Les données de l'Enquête sur l'usage du tabac au Canada (ESUTC) recueillies en 2010 ont été utilisées pour comparer les clients des CAT aux fumeurs quotidiens du Québec sur les indicateurs suivants : le sexe, l'âge, la langue d'usage, le statut matrimonial, l'occupation, le niveau de scolarité, l'âge à la première cigarette, le nombre de cigarettes fumées par jour, l'utilisation d'aides pharmacologiques pour cesser de fumer et le temps écoulé après le réveil avant la première cigarette.

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) recueillies en 2009-2010 ont été utilisées pour comparer les clients des CAT et les fumeurs quotidiens du Québec sur les indicateurs suivants : indice de masse corporelle (IMC), maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, diabète et dépression. Les questions visant à mesurer la présence d'un problème de santé chronique étaient précédées du préambule suivant : « Les questions qui suivent portent sur certains problèmes de santé de longue durée que vous pouvez avoir. Par "problème de santé de longue durée", on entend un état qui dure ou qui devrait durer 6 mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé ». La présence de maladie respiratoire était mesurée par une réponse positive à l'une de ces questions : « Avez-vous eu des symptômes d'asthme ou fait des crises d'asthme au cours des 12 derniers mois? » et « Êtes-vous atteint de bronchite chronique, d'emphysème ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique ou MPOC? ».

La présence de maladie cardiovasculaire était mesurée par : « Souffrez-vous d'une maladie cardiaque? » L'hypertension était mesurée par une réponse positive à « Faites-vous de l'hypertension? »; la présence de diabète par : « Êtes-vous atteint du diabète? »; et la dépression par : « Êtes-vous atteint d'un trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie? » Pour les problèmes de santé, les comparaisons entre les clients des CAT et les fumeurs quotidiens ont été effectuées par groupe d'âge.

Les questions des enquêtes nationales ont été jugées comparables avec celles de la présente étude sur la base des libellés des questions. Les intervalles de confiance à 95 % calculés avec la méthode exacte ont été utilisés pour identifier les variables sur lesquelles la clientèle des CAT se distingue des fumeurs quotidiens du Québec de façon statistiquement significative. Cette méthode de comparaison est jugée conservatrice car un faible chevauchement des intervalles de confiance ne signifie pas pour autant une différence non significative. À ce titre, les différences présentées sont à un seuil de signification inférieur à 5 %.

Analyses selon le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, le nombre de cigarettes fumées par jour, le nombre de tentatives d'abandon et le niveau de dépendance. Plusieurs variables ont été analysées en fonction du sexe (femmes, hommes), du groupe d'âge (moins de 25 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans, 65 ans et plus), du plus haut niveau de scolarité complété (primaire, secondaire, collégial, universitaire) et du nombre de cigarettes fumées par jour (10 et moins, 11 à 20, plus de 20). C'est le cas des méthodes utilisées pour cesser de fumer lors de tentatives antérieures, des causes de rechute, de la présence de fumeurs dans l'entourage et du soutien de l'entourage face à la décision de cesser de fumer, de la consommation quotidienne de café et d'alcool, des raisons pour cesser de fumer, et des problèmes de santé. Les raisons de cesser ont été analysées en fonction du nombre de tentatives d'abandon à vie (0 à 2, 3 ou 4, 5 ou plus). Les méthodes utilisées pour cesser et les causes de rechute ont été analysées en fonction du niveau de dépendance (score à l'échelle *Heaviness of Smoking Index* (HSI) de 0 à 2 sur 6, 3 ou 4, 5 ou 6). Le *Heaviness of Smoking Index* (HSI; Heatherton *et al.*, 1989) est une mesure de la dépendance calculée à partir du nombre de cigarettes fumées par jour et le temps écoulé après le réveil avant la 1^{re} cigarette. Le total des points attribués aux réponses à ces deux questions va de 0 (niveau de dépendance le plus faible) à 6 (niveau le plus élevé). Les analyses ont été limitées aux choix de réponse qui avaient été sélectionnés par 100 clients ou plus, à l'exception du choix de réponse « non, mais dans les 6 prochains mois » à la question « Avez-vous déterminé une date d'arrêt? » qui a été cochée par 91 clients.

Les variables suivantes ont été analysées uniquement en fonction du sexe : la pratique hebdomadaire d'activité physique, l'indice de masse corporelle, la préoccupation à l'égard de la prise de poids, l'identification d'une date d'arrêt, l'importance de cesser de fumer, la confiance en la capacité à cesser, l'intention d'utiliser une aide pharmacologique et le type de produit envisagé. La préoccupation à l'égard de la prise de poids a été analysée en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC).

Les intervalles de confiance à 95 % calculés avec la méthode exacte ont été utilisés pour identifier les variables sur lesquelles on observe des différences statistiquement significatives selon le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, le nombre de cigarettes fumées par

jour, le niveau de dépendance et le nombre de tentatives d'abandon. Cette méthode de comparaison est jugée conservatrice, car un faible chevauchement des intervalles de confiance ne signifie pas pour autant une différence non significative. À ce titre, les différences présentées sont à un seuil de signification inférieur à 5 %.

Les résultats significatifs sont mentionnés dans le texte. Les tableaux détaillés sont présentés dans le rapport pour les analyses selon le sexe et en annexe pour les analyses selon les autres variables.

4 RÉSULTATS

4.1 SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Type de consultation. La grande majorité des clients qui se sont présentés au CAT pour la première fois entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2010 dans les régions participantes ont eu recours à une consultation individuelle (88 %) alors que 11 % ont participé à une rencontre de groupe (données non présentées). Cela concorde avec les données I-CLSC pour l'année 2010-2011, indiquant que 87 % des personnes rencontrées l'ont été sur une base individuelle et 13 % en groupe. Il est à noter que les rencontres de groupes ne sont pas offertes dans toutes les régions, ni à toutes les périodes de l'année. Dans six régions l'on retrouve des proportions de fumeurs qui ont eu recours à une rencontre de groupe plus élevées que la moyenne provinciale (11 %) : la Capitale-Nationale (14 %), les Laurentides (16 %), l'Outaouais (21 %), l'Abitibi-Témiscamingue (21 %), Laval (28 %) et la Montérégie (36 %).

Sources de connaissance du CAT. La principale source de connaissance du CAT est le professionnel de la santé. Dans l'ensemble des régions, un peu plus de la moitié des clients qui ont eu recours aux services offerts en CAT en ont entendu parler par un professionnel de la santé (54 %; voir tableau 3). De ce nombre, environ la moitié ont spécifié le type de professionnel de la santé qui les a référé au CAT. Le médecin généraliste ou spécialiste était le type de professionnel mentionné le plus souvent (52 %), suivi de l'infirmière (21 %) et du pharmacien (10 %; données non présentées). Les autres professionnels (inhalothérapeute, dentiste, intervenant social, nutritionniste, psychologue) étaient moins souvent nommés.

Près de 18 % des clients ont connu les CAT par l'entremise d'un CSSS ou d'un CLSC, 11 % par leur entourage, 9 % par la radio ou la télévision, 6 % par des dépliants, affiches ou kiosques. Moins de 6 % ont connu les CAT par le site internet j'Arrête, la ligne j'Arrête ou le journal. Les clients pouvaient indiquer plus d'une source de connaissance des CAT.

Bien que les professionnels de la santé sont la source la plus souvent rapportée pour connaître les CAT, il existe des différences d'une région à l'autre. Ainsi, la proportion de clients référée au CAT par un professionnel de la santé varie de 75 % dans le Bas-St-Laurent et 69 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, à 43 % dans les Laurentides et 38 % en Montérégie. La proportion de clients qui ont entendu parler du CAT par l'entremise du CSSS/CLSC est plus élevée en Estrie (27 %) et dans la région Mauricie et Centre-du-Québec (26 %) qu'au Saguenay-Lac-Saint-Jean (13 %) et dans le Bas-St-Laurent (12 %). Alors qu'en Estrie (16 %) et au Saguenay-Lac-Saint-Jean (18 %), plus de 15 % des clients ont entendu parler des CAT par leur entourage, c'est le cas de 8 % des clients dans la région de la Capitale-Nationale.

Tableau 3 Sources de connaissance des CAT rapportées par les clients, Québec, 2010

	Ensemble des régions	Montréal	Montérégie	Mauricie et Centre-du- Québec	Laurentides	Capitale- Nationale	Estrie	Saguenay- Lac-Saint-Jean	Laval	Bas-St-Laurent	Lanaudière	Chaudière- Appalaches	Gaspésie-Îles- de-la-Madeleine	Outaouais	Abitibi- Témiscamingue
Nombre de clients	1 446	287	188	161	146	128	105	83	68	67	61	59	45	29	19
Sources de connaissance des CAT (%)															
Professionnels de la santé	54,0	50,2	37,8	55,9	43,2	59,4	56,2	56,6	66,2	74,6	67,2	61,0	68,9	65,5	47,4 ^E
CSSS/CLSC	17,7	17,1	17,0 ^E	26,1	21,2 ^E	15,6 ^E	26,7 ^E	13,3 ^F	16,2 ^F	11,9 ^F	aaa, F	16,9 ^F	aaa	aaa	aaa
Entourage	11,2	10,5 ^E	13,8 ^E	12,4 ^E	8,9 ^F	7,8 ^F	16,2 ^E	18,1 ^E	8,8 ^F	aaa	8,2 ^F	aaa	aaa	aaa	aaa
Radio/TV	8,9	8,4 ^E	10,6 ^E	3,7 ^F	11,6 ^E	9,4 ^F	10,5 ^F	aaa	13,2 ^F	9,0 ^F	11,5 ^F	13,6 ^F	-	aaa	aaa
Dépliant, affiche ou kiosque	5,9	8,0 ^E	9,0 ^E	4,3 ^F	7,5 ^F	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa
Site internet j'Arrête	5,5	7,3 ^E	6,9 ^F	aaa	5,5 ^F	4,7 ^F	6,7 ^F	aaa	aaa	aaa	11,5 ^F	-	-	aaa	aaa
Journal	4,6	2,1 ^F	8,5 ^E	aaa	8,2 ^F	4,7 ^F	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	16,9 ^F	-	aaa	aaa
Ligne j'Arrête	4,0	5,9 ^E	5,9 ^F	aaa	4,1 ^F	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	-	-	aaa
Autre	5,0	8,7 ^E	5,9 ^F	aaa	8,2 ^F	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	aaa	-
Non réponse	1,3 ^E	aaa	aaa	-	aaa	aaa	aaa	-	aaa	aaa	-	aaa	aaa	-	-

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Les pourcentages sont calculés sur le nombre de clients incluant ceux qui n'ont pas répondu à la question.

Note : Les clients pouvaient rapporter plus d'un moyen de connaissance.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{aaa} Le nombre de répondants servant à estimer la proportion dans cette cellule est inférieur à 5. En raison d'un risque de divulgation élevé, cette donnée n'est pas présentée.

4.2 SECTION 2 : PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES CLIENTS

Sexe. La clientèle des CAT comprend plus de femmes (57 %) que d'hommes (43 %, voir figure 1). Les données de l'ESUTC (Statistique Canada, 2010a) nous indiquent que près des deux tiers des fumeurs quotidiens de 15 ans et plus seraient des hommes (62 %) et un peu plus d'un tiers des femmes (38 %). Les femmes seraient donc surreprésentées parmi la clientèle des CAT.

Âge. Le plus jeune client avait 14 ans et le plus vieux, 92 ans. La moyenne d'âge est de 50 ans, ce qui est un peu plus élevé que la moyenne d'âge des fumeurs quotidiens (42 ans) selon l'ESUTC. En effet, en comparaison avec les fumeurs quotidiens, la clientèle des CAT compte très peu de jeunes adultes de 15 à 19 ans (2 %; voir figure 1), et moins de jeunes adultes de 20 à 24 ans (4 % vs 9 % dans la population), de 25-34 ans (10 % vs 19 %), et de 35-44 ans (15 % vs 22 %). La clientèle des CAT compte davantage de personnes âgées de 55 à 64 ans (29 % vs 17 %) et de 65 ans et plus (15 % vs 7 %) comparativement aux fumeurs quotidiens dans la population.

Langue d'usage. Près de 95 % de la clientèle des CAT est francophone, c'est-à-dire qu'elle utilise le français comme principale langue d'usage (donnée non présentée). La clientèle des CAT compte donc moins d'anglophones que ce qu'on retrouve dans l'ensemble de la population de fumeurs quotidiens (4 % vs 10 %). Treize (13) clients n'ont pas indiqué leur principale langue d'usage.

État matrimonial. La clientèle des CAT compte moins de personnes en couple (mariées ou conjoints de fait) que les fumeurs quotidiens dans la population (44 % vs 58 %) et davantage de personnes séparées, divorcées ou veuves (23 % vs 11 %; tableau 4).

Occupation. Au moment de la première rencontre avec un conseiller dans un CAT, une minorité de clients avaient un emploi (38 %), une proportion beaucoup plus faible que ce que l'on retrouve dans l'ensemble de la population de fumeurs (73 %; tableau 4). Plus de la moitié des clients n'occupaient pas un emploi (55 % vs 23 % des fumeurs dans la population). Près de la moitié des clients sans emploi étaient à la retraite.

Scolarité complétée. Pour près de la moitié de la clientèle des CAT, le diplôme d'études secondaires est le plus haut niveau de scolarité complété (44 %) ce qui est comparable au niveau de scolarité observé chez les fumeurs dans la population (39 %; tableau 4). Le diplôme le plus élevé est de niveau collégial pour 19 % de la clientèle alors que 15 % détiennent un diplôme universitaire, ce qui est comparable à la répartition observée dans la population de fumeurs quotidiens. Enfin, 11 % de la clientèle des CAT n'a complété qu'un diplôme d'études primaires, ce qui est inférieur à ce qu'on observe chez les fumeurs quotidiens du Québec (22 %).

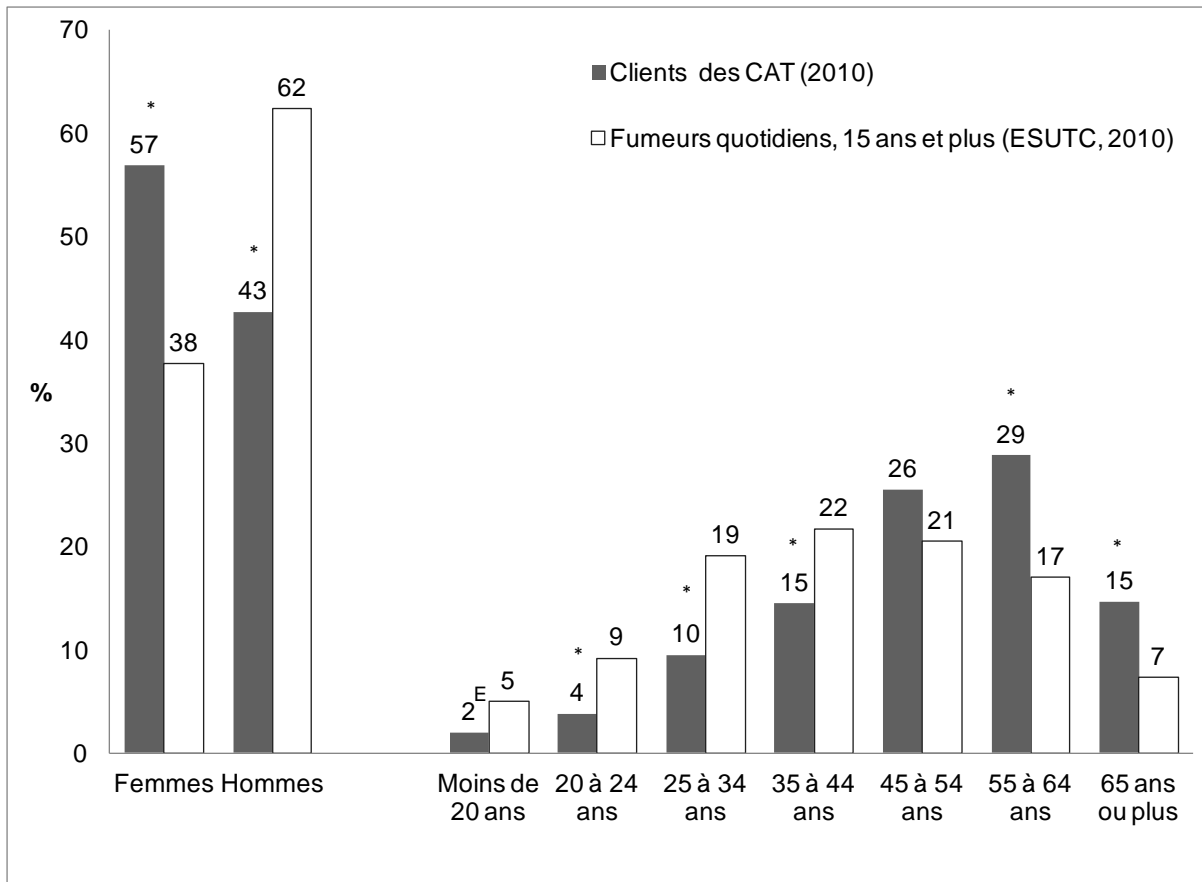


Figure 1 Répartition des clients des CAT et des fumeurs quotidiens, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2010

Univers : Clients des CAT (n = 1 446) et fumeurs quotidiens de 15 ans et plus au Québec selon l'ESUTC, 2010. Sept (7) clients des CAT n'ont pas indiqué leur sexe et 23 clients n'ont pas indiqué leur année de naissance.

* Différence significative à $p < 0,05$ entre la clientèle des CAT et les fumeurs quotidiens âgés de 15 ans et plus au Québec.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau 4 Portrait sociodémographique des clients des CAT et des fumeurs quotidiens, Québec, 2010

	Clients des CAT %	Fumeurs quotidiens de 15 ans et plus %
État matrimonial		
Marié, conjoint de fait	44,2	58,0*
Célibataire	30,4	30,7
Séparé, divorcé ou veuf	23,4	11,3*
Séparé ou divorcé	18,7	nd
Veuf	4,8	nd
Non réponse	1,9 ^E	--
Occupation		
En emploi	37,9	73,3*
Non à l'emploi	54,6	23,5*
Retraité	24,3	nd
Chômage, assistance-emploi	13,4	nd
À la maison	6,4	nd
Congé de maladie	5,4	nd
Étudiant	3,9	nd
Congé de maternité / paternité	1,2 ^E	nd
Autre	7,0	3,2*
Non réponse	0,5 ^F	--
Scolarité complétée		
Primaire	11,3	21,9*
Secondaire	44,1	38,7
Postsecondaire	33,7	36,9
Collégial	18,7	24,0
Universitaire	15,0	12,9
Autre	8,0	2,5*
Non réponse	2,8 ^E	--

Univers : Clients des CAT (n = 1 446) et fumeurs quotidiens de 15 ans et plus au Québec selon l'ESUTC, 2010.

nd : donnée non disponible.

* Différence significative à $p < 0,05$ entre les clients des CAT et les fumeurs quotidiens âgés de 15 ans et plus au Québec.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

4.3 SECTION 3 : HABITUDES TABAGIQUES

Statut tabagique. La majorité des clients qui se sont présentés dans un CAT se déclaraient fumeurs (85 %) alors que 13 % se présentaient comme ex-fumeurs (tableau 5).

Âge à la première cigarette. Moins de 5 % des clients des CAT ont fumé leur première cigarette complète avant l'âge de 10 ans (tableau 5). Ils sont 17 % à avoir commencé à fumer vers 10-12 ans, 37 % vers l'âge de 13-15 ans, 25 % entre 16 et 18 ans et 13 % à 19 ans et plus, la moyenne d'âge à la première cigarette est de 15 ans. La clientèle des CAT ne diffère pas de l'ensemble des fumeurs quotidiens sur cette dimension.

Nombre de cigarettes par jour. Les clients des CAT fument en moyenne 21 cigarettes par jour alors que les fumeurs quotidiens de l'ESUTC 2010 en fument 15 (données non présentées). Cette différence est statistiquement significative. Les répondants qui avaient arrêté de fumer avant leur première rencontre au CAT étaient invités à indiquer le nombre de cigarettes fumées par jour au moment d'arrêter. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les clients des CAT est le même (21) lorsqu'on exclut les ex-fumeurs. Les clients des CAT se retrouvent en proportion plus importante que les fumeurs quotidiens à fumer 16 à 20 cigarettes (18 % vs 11 %; tableau 5), 21 à 25 cigarettes (27 % vs 16 %), ou 26 cigarettes et plus (16 % vs 8 %). Ils sont moins nombreux à fumer 10 cigarettes ou moins par jour (19 %) que les fumeurs quotidiens (40 %).

Tableau 5 Statut tabagique, âge à la première cigarette et nombre de cigarettes fumées par jour par les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, Québec, 2010

	Clients des CAT	Fumeurs quotidiens de 15 ans et plus
	%	%
Statut tabagique rapporté au moment de la première rencontre avec un conseiller CAT		
Fumeur	85,5	--
Ex-fumeur	13,3	--
Non réponse	1,2 ^F	--
Âge à la première cigarette		
9 ans ou moins	4,6	3,6
10 à 12 ans	16,9	12,6
13 à 15 ans	36,7	41,2
16 à 18 ans	25,4	32,4
19 ans ou plus	12,5	10,1
Non réponse	3,9	--
Nombre de cigarettes fumées par jour¹		
10 cigarettes ou moins	19,5	40,4*
11 à 15 cigarettes	17,7	25,3
16 à 20 cigarettes	18,0	10,8*
21 à 25 cigarettes	26,8	15,6*
26 cigarettes ou plus	15,9	7,9*
Non réponse	2,1 ^F	--

Univers : Clients des CAT (n = 1 446) et fumeurs quotidiens de 15 ans et plus au Québec selon l'ESUTC, 2010.

* Différence significative à p < 0,05 entre la clientèle des CAT et les fumeurs quotidiens âgés de 15 ans et plus au Québec.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

¹ Les clients qui se définissent comme ex-fumeurs ont été invités à indiquer le nombre de cigarettes qu'ils fumaient avant d'arrêter.

4.4 SECTION 4 : TENTATIVES D'ABANDON DU TABAGISME

Nombre de tentatives d'abandon. Les clients ont été interrogés sur le nombre de tentatives d'abandon à vie, incluant celle en cours, et le nombre de tentatives d'abandon au cours de la dernière année. Près de neuf clients sur dix (89 %) ont indiqué avoir déjà essayé de cesser de fumer (donnée non présentée). Moins de 5 % des clients ont indiqué n'avoir jamais fait de tentative d'abandon à vie (figure 2). Plus du quart (26 %) avait fait une ou deux tentatives au cours de leur vie, 31 % trois ou quatre, 16 % cinq ou six et 15 % sept tentatives ou plus. En

moyenne les clients avaient fait quatre à cinq tentatives à vie (4,7; donnée non présentée). Parmi les clients qui ont rapporté avoir fait au moins une tentative au cours de leur vie (n = 1 281), 28 % n'en avaient fait aucune au cours de l'année précédente, 41 % une seule, 15 % en avait fait deux et 8 % trois ou plus (données non présentées).

Durée de la tentative la plus longue. Parmi les clients ayant fait au moins une tentative à vie, la plus longue tentative a duré moins de 12 mois pour la majorité d'entre eux (63 %; donnée non présentée). Toutefois, 12 % rapportent avoir cessé de fumer pendant un à deux ans et 13 % pendant plus de deux ans. La médiane est de 122 jours, ou quatre mois, ce qui signifie que pour la moitié des clients la tentative d'arrêt la plus longue a duré 4 mois ou moins alors que pour l'autre moitié elle a duré plus de quatre mois (données non présentées).

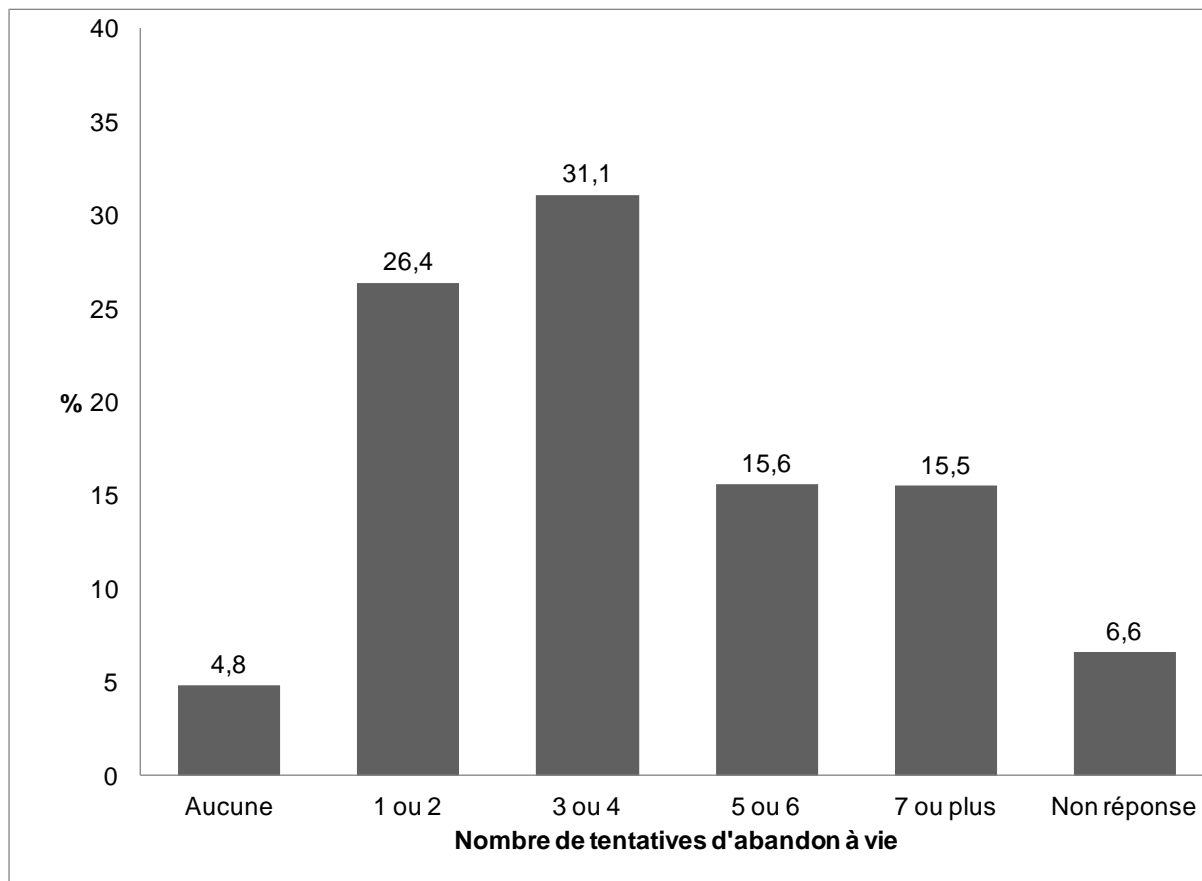


Figure 2 Nombre de tentatives d'abandon à vie des clients des CAT (incluant celle en cours), Québec, 2010

Univers : Clients des CAT (n = 1 446).

Méthodes utilisées pour cesser. Les clients ayant fait au moins une tentative d'abandon à vie ont précisé les méthodes utilisées pour cesser de fumer. Quatorze méthodes étaient proposées dans le questionnaire, dont « aucune méthode ». Les clients pouvaient cocher plusieurs choix de réponse. Ils pouvaient aussi indiquer avoir utilisé une autre méthode que les choix de réponse proposés; ils étaient alors invités à spécifier de quelle méthode il

s'agissait. Lors de l'analyse des résultats, certaines réponses ont été catégorisées dans les choix existants.

Parmi les clients ayant fait au moins une tentative d'abandon à vie, 81 % ont indiqué avoir déjà utilisé au moins une aide pharmacologique (tableau 6). Plus précisément, 71 % avaient déjà pris des timbres de nicotine, 29 % des gommes de nicotine, 25 % de la varénicline (Champix), 22 % du bupropion (Zyban), 5 % l'inhalateur de nicotine et 3 % les pastilles de nicotine. En comparaison, selon des données de l'ESUTC (2010), 50 % des fumeurs quotidiens québécois ont utilisé une aide pharmacologique : 36 % ont utilisé des timbres de nicotine et 20 % des gommes de nicotine (données non présentées). Ces différences entre l'utilisation d'aides pharmacologiques par les clients des CAT et les fumeurs quotidiens selon l'ESUTC sont significatives.

Un peu plus de 10 % des clients ont indiqué avoir consulté un professionnel de la santé lors d'une démarche de renoncement au tabac; 9 % ont eu recours à de la lecture ou ont consulté des sites Internet, 6 % ont indiqué avoir participé à un programme de groupe, et 4 % ont contacté une ligne téléphonique (tableau 6). Quinze pour cent des clients ont indiqué avoir eu recours à une méthode dite alternative, c'est-à-dire l'acupuncture (8 %), le laser (8 %) ou l'hypnose (4 %).

Cinq pour cent (5 %) des clients ont indiqué avoir utilisé une méthode qui n'était pas proposée dans les choix de réponse (tableau 6). Un peu plus de 11 % des clients ont indiqué n'avoir utilisé aucune méthode pour cesser de fumer.

En moyenne, les clients des CAT ont essayé 2 à 3 méthodes (2,5; donnée non présentée).

Méthodes utilisées pour cesser de fumer selon le sexe, le groupe d'âge, le niveau d'éducation, le nombre de cigarettes fumées par jour et le niveau de dépendance des clients. Le résultat des analyses selon le sexe est présenté au tableau 6 alors que les résultats des analyses selon le groupe d'âge, le niveau d'éducation, le nombre de cigarettes par jour et le niveau de dépendance peuvent être consultés dans les tableaux 14 à 17 à l'annexe 3. Les principaux constats sont exposés dans cette section.

La proportion de clients ayant déjà utilisé une aide pharmacologique est plus élevée parmi : les clients de 25 ans et plus comparativement aux moins de 25 ans (plus de 80 % vs 52 %; tableau 14 à l'annexe 3); les clients qui fument plus de 20 cigarettes par jour comparé aux clients qui fument 10 cigarettes et moins par jour (84 % vs 72 %; tableau 16 à l'annexe 3); et les clients avec un score de dépendance de 3 ou 4 sur 6 à l'indice HSI comparativement aux clients moins dépendants (0-2 sur 6)(83 % vs 73 %; tableau 17 à l'annexe 3). Les mêmes tendances ressortent lorsqu'on examine uniquement l'utilisation des timbres de nicotine puisque ce produit est l'aide pharmacologique la plus utilisée par les clients ayant fait au moins une tentative d'abandon.

La proportion de clients ayant déjà utilisé la varénicline est plus élevée parmi : les clients de 45 ans et plus que parmi les 25 à 44 ans (29 % vs 17 %; tableau 14 à l'annexe 3); les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour comparativement aux fumeurs de 10 cigarettes et moins (31 % vs 16 %; tableau 16 à l'annexe 3); et les clients plus dépendants

comparativement aux clients les moins dépendants (plus de 26 % vs 17 %; tableau 17 à l'annexe 3). La proportion de clients ayant déjà utilisé du bupropion (Zyban) est plus élevée parmi les clients âgés de 45 à 64 ans que parmi ceux âgés de 25 à 44 ans (25 % vs 17 %; tableau 14 à l'annexe 3).

La lecture et la consultation de sites internet ont été utilisées davantage par des femmes que par des hommes (12 % vs 5 %; tableau 6) et par des clients de niveau universitaire comparativement aux clients dont le plus haut niveau de scolarité complété est le secondaire (17 % vs 8 %; tableau 15 à l'annexe 3). Les méthodes alternatives comme l'acupuncture, le laser ou l'hypnose ont été utilisées davantage par des clients de plus de 45 ans comparativement aux clients de 25 à 44 ans (18 % et plus vs 7 %; tableau 14 en annexe) et par des clients qui fument plus de 20 cigarettes par jour comparativement aux clients qui en fument 11 à 20 (18 % vs 11 %; tableau 16 en annexe).

Tableau 6 Méthodes pour cesser de fumer lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon à vie, selon le sexe, Québec, 2010

Méthodes utilisées	Clients des CAT		
	Total	Femmes	Hommes
	%	%	%
Aides pharmacologiques ¹	80,5	81,3	79,6
Timbres de nicotine	70,6	71,8	68,9
Gommes de nicotine	29,3	29,1	29,4
Varénicline (Champix)	25,1	25,6	24,3
Bupropion (Zyban)	21,6	21,1	22,6
Inhalateur de nicotine	4,9	5,7	3,9 ^E
Pastilles de nicotine	3,4	3,8 ^E	2,8 ^F
Consultation avec un professionnel de la santé	10,3	11,9	8,1
Lecture, consultation de sites Internet	9,2	12,3	5,0 ^{E, *}
Programme de groupe	5,9	6,6	5,0 ^E
Ligne téléphonique	3,8	4,8 ^E	2,6 ^F
Méthodes alternatives ²	14,9	17,0	12,1
Acupuncture	7,6	8,6	6,1 ^E
Laser	7,7	7,8	7,5 ^E
Hypnose	3,9	4,0 ^E	3,7 ^E
Autre	4,8	5,2 ^E	4,4 ^E
Aucune méthode ³	10,7	9,8	11,9
Non réponse	4,5	4,9 ^E	3,9 ^E

Univers : Clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon au cours de leur vie (n = 1 281). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des femmes (n = 731) et des hommes (n = 544) car certains clients n'ont pas indiqué leur sexe.

¹ Clients ayant utilisé au moins une des méthodes suivantes : timbres de nicotine, gommes de nicotine, varénicline, bupropion, inhalateur de nicotine et/ou pastilles de nicotine. Notons que 41 % des clients ayant utilisé au moins une aide pharmacologique n'ont utilisé qu'un seul des produits énumérés, 35 % en ont utilisé deux et 16 % en ont utilisé trois.

² Clients ayant utilisé au moins une des méthodes suivantes : acupuncture, laser, hypnose. Notons que trois clients sur quatre qui ont utilisé l'une de ces méthodes n'en ont utilisé qu'une seule (75 %).

³ Clients ayant coché uniquement la réponse « aucune méthode ».

* Différence significative à $p < 0,05$ selon l'intervalle de confiance à 95 % entre les femmes et les hommes parmi la clientèle des CAT.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Causes de rechute. Les clients ayant déjà fait au moins une tentative de renoncement au tabac ont été interrogés sur les causes possibles de leur rechute. Dix causes étaient présentées comme choix de réponse. Les clients pouvaient cocher une ou plusieurs causes et pouvaient en indiquer d'autres en cochant la réponse « autre » et en précisant leur réponse.

La cause de rechute la plus souvent mentionnée par les clients ayant déjà cessé de fumer est « une situation ou un événement stressant » (48 %; tableau 7). « L'incitation sociale à fumer, par exemple lors de party ou pendant les pauses avec des fumeurs » est la deuxième cause la plus rapportée par les clients des CAT (35 %). Un tiers (33 %) ont recommencé à fumer pour « retrouver le plaisir de fumer ». Près d'un tiers des clients soit 31 % attribuent leur rechute au « manque de motivation », 23 % à « l'irritabilité et à des symptômes de dépression », 21 % à « l'ennui ou la solitude ». Douze pour cent ont rechuté à cause d'un « gain de poids ». Moins de 10 % invoquent un « manque d'appui de l'entourage », moins de 7 % des « malaises physiques » et 16 % rapportent avoir recommencé pour une autre raison que celles proposées.

Environ un tiers des clients ont rapporté une seule cause de rechute (33 %), 27 % deux causes, 16 % trois causes, 10 % quatre causes et 10 % cinq causes ou plus (données non présentées). En moyenne les clients ont rapporté deux à trois causes de rechute (2,4).

Causes de rechute selon le sexe, le groupe d'âge, le niveau d'éducation, le nombre de cigarettes fumées par jour et le niveau de dépendance des clients. « Une situation ou un événement stressant » était plus souvent mentionné par les femmes que par les hommes (52 % vs 42 %; tableau 7); par les clients âgés de 25 à 44 ans et 45 à 64 ans que par les 65 ans et plus (plus de 50 % vs 34 %, tableau 18 à l'annexe 3) et par les clients diplômés du niveau collégial comparé à ceux dont le plus haut diplôme est de niveau secondaire (56 % vs 45 % et moins; tableau 19 à l'annexe 3). « L'incitation sociale à fumer » était plus souvent rapportée par les clients de 44 ans et moins que par les clients plus âgés (47 % et plus vs 32 % et moins; tableau 18 à l'annexe 3) et plus souvent rapportée par les clients ayant un score de 4 et moins à l'échelle de dépendance HSI comparativement aux clients les plus dépendants (38 % et plus vs 29 %; tableau 21 à l'annexe 3). Les diplômés universitaires étaient plus susceptibles d'avoir recommencé à fumer « pour retrouver le plaisir de fumer » que les diplômés du niveau collégial et secondaire (45 % vs 32 % et moins; tableau 19 à l'annexe 3). « L'irritabilité et la dépression » de même que « l'ennui ou la solitude » ont été rapportés davantage par les femmes (26 % et 24 % respectivement) que par les hommes (19 % et 17 %; tableau 7). C'est davantage les femmes que les hommes qui rapportent avoir rechuté en raison d'un « gain de poids » (16 % vs 6 %; tableau 7).

Tableau 7 Causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le sexe, Québec, 2010

	Clients des CAT		
	Total	Femmes	Hommes
	%	%	%
Causes de rechute			
Au moins une cause identifiée	96,4	96,4	96,3
Situation ou événement stressant	47,6	51,8	41,7*
Incitation sociale (party, pause avec autres fumeurs, etc.)	35,5	35,3	35,8
Pour retrouver le plaisir de fumer	32,5	32,7	32,4
Manque de motivation	31,3	29,5	33,8
Irritabilité, dépression	23,3	26,4	19,5*
Ennui / solitude	21,1	24,1	16,9*
Gain de poids	12,0	16,4	6,3 ^{E, *}
Manque d'appui de l'entourage	9,2	9,6	8,8
Malaises physiques (maux de tête, toux)	6,5	7,1	5,7 ^E
Autre	15,7	16,3	14,7
Aucune cause identifiée	3,6	3,6 ^E	3,7 ^E

Univers : Clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon au cours de leur vie (n = 1 281). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des femmes (n = 731) et des hommes (n = 544) car certains clients n'ont pas indiqué leur sexe.

* Différence significative à $p < 0,05$ selon l'intervalle de confiance à 95 % entre les femmes et les hommes parmi la clientèle des CAT.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

4.5 SECTION 5 : DÉPENDANCE

Dépendance à la cigarette. Le *Heaviness of Smoking Index* (HSI, Heatherton *et al.*, 1989) est une mesure de la dépendance calculée à partir du nombre de cigarettes fumées par jour et le temps écoulé après le réveil avant la première cigarette. Le total des points attribués aux réponses à ces deux questions va de 0 (niveau de dépendance le plus faible) à 6 (niveau le plus élevé). Les répondants qui ne fumaient plus au moment de leur première rencontre ont été invités à indiquer le nombre de cigarettes fumées par jour avant de cesser et le temps écoulé après le réveil avant la première cigarette avant de cesser. Selon l'indice HSI, 28 % des clients des CAT ont un score de 5 ou 6 sur 6, 47 % un score de 3 ou 4 et 22 % un score entre 0 et 2. La figure 3 illustre la distribution de la clientèle des CAT en fonction du niveau de dépendance.

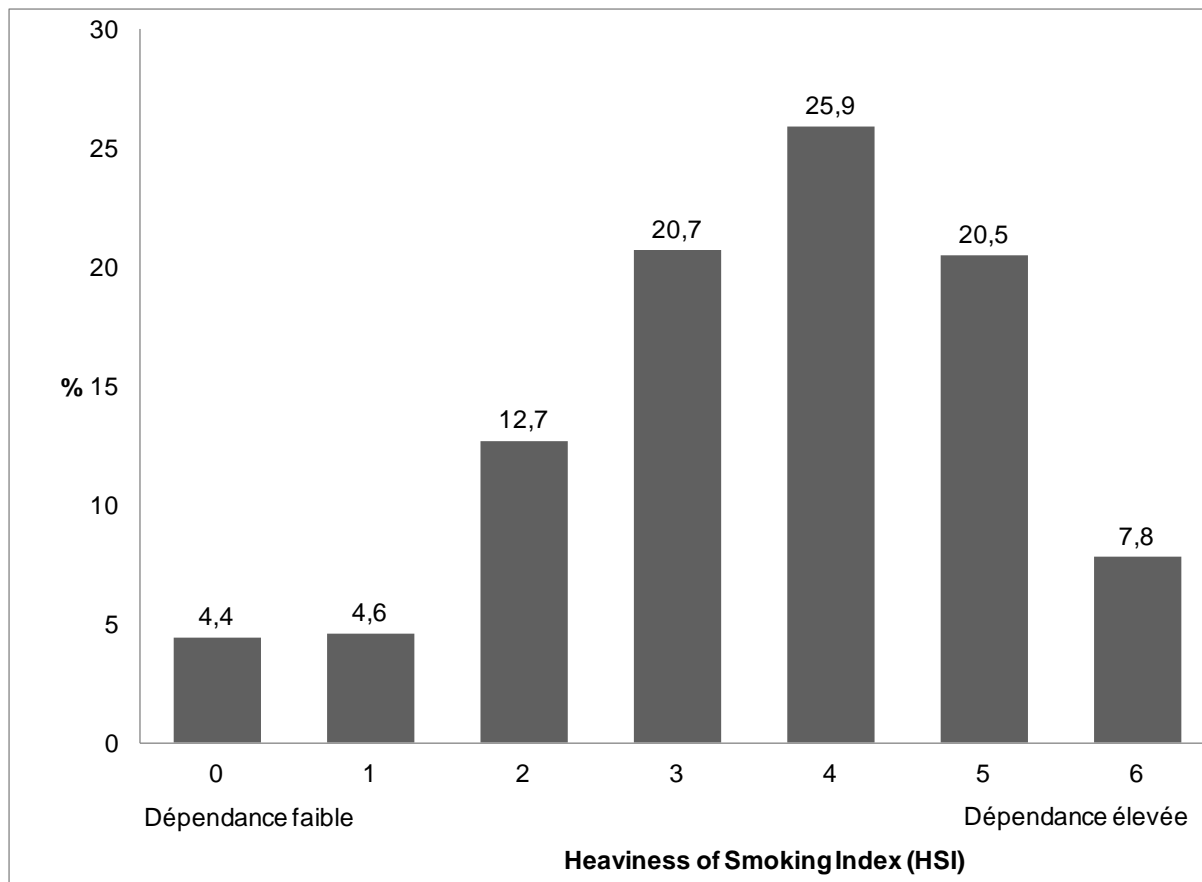


Figure 3 Répartition des clients des CAT selon leur niveau de dépendance à la cigarette d'après le *Heaviness of Smoking Index* (HSI), Québec, 2010

Univers : Clients des CAT (n = 1 446).

Note : L'indice HSI n'a pu être calculé pour 49 clients en raison de réponses manquantes à l'une des deux questions.

C'est en comparant la clientèle des CAT avec les fumeurs quotidiens dans la population selon les données de l'ESUTC (2010) que l'on constate que la clientèle des CAT affiche un niveau de dépendance plus élevé que les fumeurs quotidiens en général. Dans l'ESUTC le niveau de dépendance est mesuré par le temps écoulé après le réveil avant la première cigarette. Les résultats présentés au tableau 8 démontrent qu'en comparaison avec les fumeurs quotidiens de 15 ans et plus dans la population, les clients des CAT se retrouvent en proportion beaucoup plus élevée à fumer leur première cigarette le matin en dedans de 5 minutes ou moins après le réveil (45 % vs 18 %), et en proportion plus faible à fumer plus de 60 minutes après le réveil (7 % vs 30 %).

Tableau 8 Temps écoulé après le réveil avant la première cigarette pour les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, Québec, 2010

	Clients des CAT	Fumeurs quotidiens de 15 ans et plus
	%	%
Temps écoulé après le réveil avant la 1^{re} cigarette		
5 minutes ou moins	45,4	18,4*
6 à 30 minutes	36,5	32,2
31 à 60 minutes	9,8	19,3*
Plus de 60 minutes	6,9	30,0*
Non réponse	1,4 ^E	--

Univers : Clients des CAT (n = 1 446) et fumeurs quotidiens de 15 ans et plus au Québec selon l'ESUTC, 2010.

* Différence significative à $p < 0,05$ entre la clientèle des CAT et les fumeurs quotidiens âgés de 15 ans et plus au Québec.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

4.6 SECTION 6 : ENVIRONNEMENT ET SOUTIEN

Présence de fumeurs dans l'entourage. La majorité des clients des CAT comptent au moins un autre fumeur dans leur entourage (78 %; tableau 9). Près des deux tiers (64 %) ont rapporté la présence d'autres fumeurs parmi leurs collègues de travail, la famille élargie ou les amis et 40 % vivent avec un fumeur à leur domicile. Un peu plus d'un fumeur sur cinq (21 %) a rapporté ne côtoyer aucun fumeur dans son entourage.

Présence de fumeurs dans l'entourage selon le sexe, l'âge, le niveau de scolarité et le nombre de cigarettes fumées par jour. La présence de fumeurs dans l'entourage concerne davantage les moins de 45 ans (plus de 85 %) que les 45 à 65 ans (76 %) et les 65 ans et plus (66 %; tableau 22 à l'annexe 3). Au domicile, ce sont davantage les femmes (44 %) que les hommes (35 %) qui rapportent vivre avec au moins un autre fumeur, que ce soit leur conjoint, un enfant ou un colocataire (tableau 9). C'est également le cas des diplômés du secondaire davantage que des diplômés universitaires (44 % vs 29 %; tableau 23 à l'annexe 3). La proportion de clients qui compte au moins un fumeur parmi ses collègues de travail, sa famille élargie ou ses amis est plus élevée parmi les clients de moins de 25 ans (93 %), suivie des 25 à 44 ans (78 %), des 45-64 ans (61 %) et la plus faible parmi les 65 ans et plus (41 %; tableau 22 à l'annexe 3). La présence de fumeurs dans l'entourage ne varie pas en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour (tableau 24 à l'annexe 3).

Soutien de l'entourage. Près de 90 % des clients des CAT ont indiqué que leur entourage était favorable à leur décision de cesser de fumer. Seulement 2 % des participants ont rapporté que leur entourage n'était pas favorable à cette décision.

Tableau 9 Présence de fumeurs dans l'entourage et entourage favorable à la décision de cesser de fumer parmi les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010

	Clients des CAT		
	Total	Femmes	Hommes
	%	%	%
Présence de fumeurs dans l'entourage			
Oui	77,8	79,1	76,3
à domicile (conjoint, enfant, colocataire)	39,9	43,9	34,8*
au travail, dans la famille élargie, parmi les amis	63,6	64,4	62,9
Non	21,5	20,7	22,4
Non réponse	0,7 ^F	^{aaa}	1,3 ^F
Entourage favorable à la décision de cesser de fumer			
Oui	89,1	90,1	87,7
Non	2,4 ^E	1,3 ^F	3,7 ^E
Ne sait pas	6,9	7,2	6,6 ^E
Non réponse	1,7 ^E	1,3 ^F	1,9 ^F

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des femmes (n = 822) et des hommes (n = 617) car certains clients n'ont pas indiqué leur sexe.

* Différence significative à $p < 0,05$ selon l'intervalle de confiance à 95 % entre les femmes et les hommes parmi la clientèle des CAT.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{aaa} Le nombre de répondants servant à estimer la proportion dans cette cellule est inférieur à 5. En raison d'un risque de divulgation élevé, cette donnée n'est pas présentée.

4.7 SECTION 7 : HABITUDES DE VIE

Activité physique. Les clients des CAT ont été interrogés sur le nombre de jours par semaine où ils pratiquent au moins 30 minutes d'activité physique en incluant les périodes de loisirs, de transport actif, de travail et de travaux domestiques. Près d'un tiers des clients (30 %) ont indiqué faire au moins 30 minutes d'activité physique tous les jours; 23 % trois à six fois par semaine, 15 % une à deux fois par semaine et 29 % moins d'une fois par semaine. Ces résultats sont présentés au tableau 10.

Préoccupation à l'égard de la prise de poids. La préoccupation à l'égard de la prise de poids diffère selon le sexe des clients. Alors que la majorité des hommes ne sont pas du tout ou sont peu préoccupés par la prise de poids suite à l'abandon du tabagisme (42 % et 27 % respectivement), chez les femmes on observe la tendance inverse : la majorité des femmes sont soit très (30 %) ou assez (24 %) préoccupées par cet aspect (tableau 10).

Tableau 10 Fréquence d'activité physique et préoccupation à l'égard de la prise de poids chez les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010

	Clients des CAT		
	Total	Femmes	Hommes
	%	%	%
Activité physique pendant au moins 30 minutes (transport, travail, loisirs)			
Tous les jours	29,7	27,4	33,1
3 à 6 fois par semaine	22,8	25,4	19,1*
1 à 2 fois par semaine	15,0	14,8	15,4
Moins d'une fois par semaine	29,0	29,2	28,7
Non réponse	3,5	3,2 ^E	3,7 ^E
Préoccupé par la prise de poids			
Très préoccupé	21,2	29,8	9,7*
Assez préoccupé	21,1	24,1	17,3*
Peu préoccupé	25,3	24,5	26,7
Pas du tout préoccupé	29,2	19,0	42,3*
Non réponse	3,3	2,7 ^E	3,9 ^E

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des femmes (n = 822) et des hommes (n = 617) car certains clients n'ont pas indiqué leur sexe.

* Différence significative à $p < 0,05$ selon l'intervalle de confiance à 95 % entre les femmes et les hommes parmi la clientèle des CAT.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

La figure 4 démontre que la préoccupation à l'égard de la prise de poids peut toucher les clients, peu importe leur corpulence. L'indice de masse corporelle des clients est présenté plus loin au tableau 13. Cet indice, un rapport du poids sur la taille élevée au carré, est utilisé pour identifier le niveau de risque pour la santé relié au poids corporel (Santé Canada, 2003). L'indice de masse corporelle est basé ici sur des mesures de poids et de taille rapportées par les clients. Parmi les clients ayant un IMC les catégorisant comme « obèse », plus de la moitié sont très (34 %) ou assez (25 %) préoccupés par la prise de poids lors d'une tentative de renoncement. Parmi les clients ayant un « excès de poids », près de la moitié sont très (23 %) ou assez (25 %) préoccupés par la prise de poids. Parmi les clients ayant un poids normal, un tiers sont très (14 %) ou assez (18 %) préoccupés par la prise de poids. On retrouve des clients très préoccupés par la prise de poids parmi ceux ayant un poids insuffisant (9 %). À l'opposé, 18 % des clients « obèses » ne sont pas du tout préoccupés par cet élément.

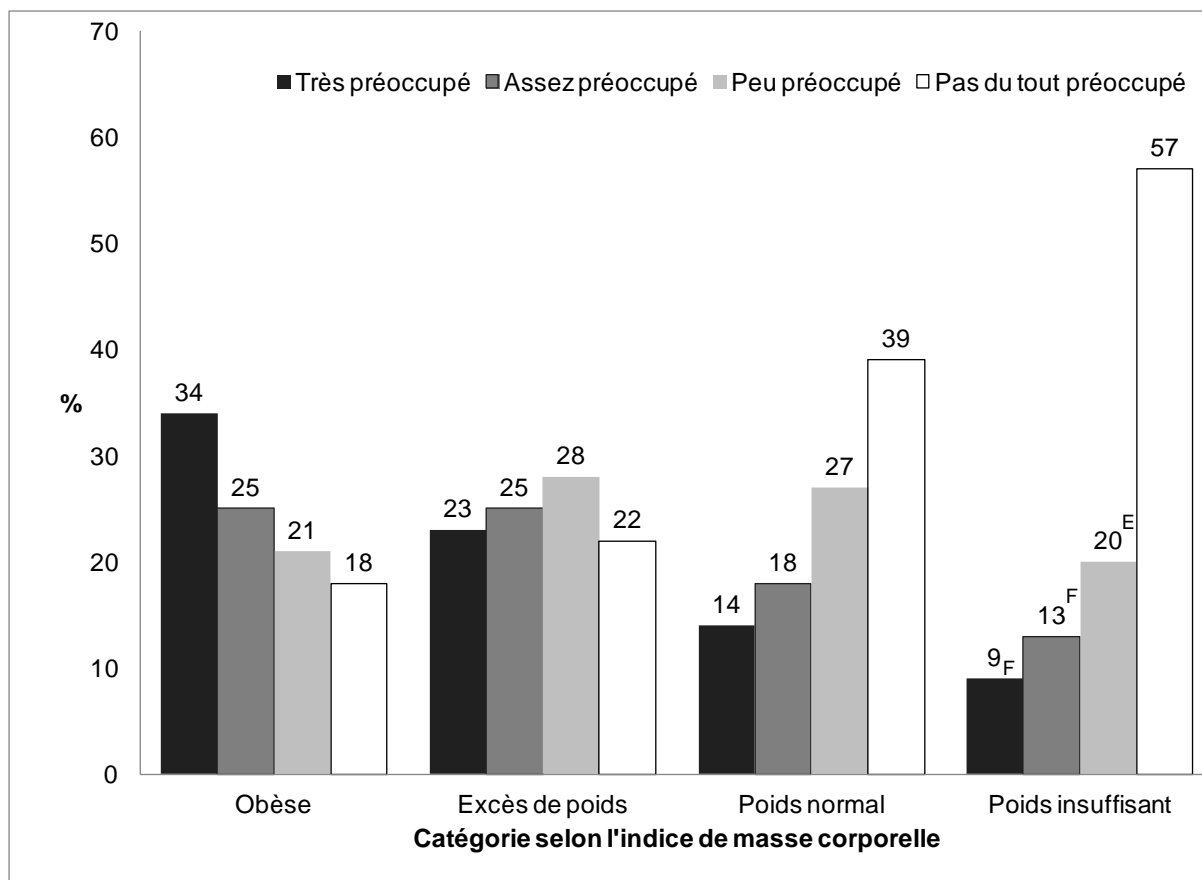


Figure 4 Préoccupation à l'égard de la prise de poids en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) des clients des CAT, Québec, 2010

Univers : Clients des CAT dont l'IMC a pu être calculé (n = 1 278 clients : 257 dans la catégorie « obèse », 414 en « excès de poids », 551 « poids normal » et 56 « poids insuffisant »). 168 clients n'ont pas indiqué leur taille ou leur poids. La non-réponse à la question de la préoccupation à l'égard de la prise de poids n'est pas présentée mais est incluse dans le dénominateur.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Consommation de café, d'alcool et de drogue selon le sexe, le groupe d'âge, le niveau de scolarité et le nombre de cigarettes fumées par jour. Près d'un client sur quatre consomme cinq cafés par jour ou plus (22 %; données non présentées). Cette consommation élevée de café concerne davantage les hommes que les femmes (26 % vs 19 %; données non présentées); les clients âgés de 45-64 ans comparés aux autres groupes d'âge (28 % vs 18 % et moins; tableau 25 à l'annexe 3); les clients dont le plus haut niveau de scolarité est le secondaire comparativement aux universitaires (25 % vs 14 %; tableau 26 à l'annexe 3); et les clients qui fument plus de 20 cigarettes par jour (29 %) comparé à ceux qui en fument 11 à 20 (20 %) ou 10 et moins (9 %; tableau 27 à l'annexe 3). Les hommes sont plus enclins à consommer plus de 2 verres d'alcool par jour (bière, vin et spiritueux confondus) que les femmes (12 % vs 4 %; données non présentées). Les clients universitaires semblent plus enclins à consommer plus de 2 verres d'alcool par jour que les clients dont le diplôme le plus élevé est de niveau secondaire (12 % vs 6 %; tableau 26 à l'annexe 3). Une minorité de clients a indiqué consommer de la drogue (5 %; donnée non présentée).

4.8 SECTION 8 : MOTIVATION

Date d'arrêt. Au moment de la première rencontre avec un conseiller, 41 % des clients avaient déterminé une date d'arrêt, mais plus de la moitié des clients n'avaient pas encore franchi cette étape (55 %; tableau 11). Parmi ceux qui n'avaient pas déterminé de date d'arrêt, les deux tiers (66 %) prévoyaient arrêter au cours des 30 prochains jours, 11 % au cours des 6 prochains mois, 17 % ont indiqué ne pas savoir quand.

Importance de cesser. Pour la majorité des clients qui font la démarche de consulter un CAT, cesser de fumer est très important (69 %) ou assez important (27 %). Seulement 2 % environ considèrent que cesser est peu ou pas du tout important (tableau 11).

Confiance. Moins d'un tiers des clients sont très confiants en leur capacité de cesser (29 %), 53 % sont assez confiants, 14 % sont peu confiants et 2 % pas du tout confiants. Une proportion plus élevée d'hommes que de femmes ont indiqué être très confiants (36 % vs 24 %; tableau 11).

Raisons de cesser. Près de neuf clients sur dix désirent cesser pour améliorer leur santé (89 %; tableau 11). Les autres raisons de cesser qui rejoignent une proportion importante de clients des CAT étaient : le désir de ne plus être dépendant (67 %), la crainte d'une maladie liée (49 %), la recommandation du médecin (42 %) et le coût trop élevé du tabac (42 %). Venaient ensuite la santé de l'entourage (30 %), des pressions de la famille ou de l'entourage (24 %), des raisons esthétiques (18 %), l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail (15 %), une grossesse ou un désir de grossesse (3 %). Les répondants pouvaient indiquer une autre réponse que les choix proposés et spécifier la raison. Les raisons les plus fréquemment mentionnées dans le choix « Autre » ont été compilées et sont présentées au tableau 11. Les répondants pouvaient indiquer plus d'une raison de cesser; en moyenne ils en ont indiqué quatre (donnée non présentée).

Raisons de cesser selon le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, le nombre de cigarettes fumées par jour et le nombre de tentatives d'abandon. « Améliorer sa santé » est une raison invoquée davantage par les clients qui ont fait 3 tentatives ou plus comparativement à ceux qui en ont fait 2 ou moins (plus de 92 % vs 85 %; tableau 31 à l'annexe 3) et par les clients qui fument plus de 20 cigarettes par jour (93 %) comparativement à ceux qui fument 11 à 20 (87 %; voir tableau 30 à l'annexe 3). Le « désir de ne plus être dépendant » est une raison de cesser qui touche davantage les clients de moins de 65 ans (68 % et plus) que les clients plus âgés (57 %; tableau 28 à l'annexe 3), les diplômés de niveau collégial et universitaire (75 % dans les deux cas) comparés aux clients les moins scolarisés (54 %; tableau 29 à l'annexe 3) et les clients qui ont fait 5 tentatives ou plus au cours de leur vie comparé à ceux qui en ont fait 2 ou moins (73 % vs 61 %; voir tableau 31 à l'annexe 3). La « crainte d'une maladie liée » motive davantage les universitaires (59 %) que les clients les moins scolarisés (41 %) à cesser de fumer (tableau 29 à l'annexe 3). La « recommandation du médecin » est une raison de cesser pour 61 % des 65 ans et plus, 47 % des 45-64 ans, et 23 % des 25-44 ans (tableau 28 à l'annexe 3). Cette raison est invoquée davantage par les clients qui fument plus de 20 cigarettes par jour comparativement à ceux qui fument moins (47 % vs moins de 39 %; tableau 30 à l'annexe 3). Le « coût trop élevé du tabac » touche davantage les moins de 25 ans (67 %) que les 25-44 ans (47 %) et les 45-64 ans

(40 %) alors que cette raison de cesser est une motivation pour seulement 29 % des 65 ans et plus (tableau 28 à l'annexe 3). La « santé de l'entourage » est une raison de cesser davantage pour les clients âgés de 25-44 ans (37%) que pour les clients plus âgés (28 % et moins; tableau 28 à l'annexe 3) et pour les clients dont le plus haut diplôme est de niveau secondaire (34 %) ou collégial (33 %) qu'universitaire (19 %; tableau 29 à l'annexe 3). La « pression de la famille ou de l'entourage » semble toucher davantage les diplômés universitaires (31 %) que les diplômés du primaire (18 %; tableau 29 à l'annexe 3). Finalement, les « raisons esthétiques » concernaient davantage les femmes que les hommes (22 % vs 13 %; tableau 11) et davantage les 25-44 ans que les 65 ans et plus (23 % vs 12 %; tableau 28 à l'annexe 3).

Tableau 11 Identification d'une date d'arrêt, importance de cesser, confiance en la capacité de cesser, et raisons de cesser parmi les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010

	Clients des CAT		
	Total %	Femmes %	Hommes %
Date d'arrêt déterminée	40,5	41,4	39,7
Date d'arrêt indéterminée ¹	54,5	54,0	54,9
Prévoit arrêter dans les 30 prochains jours	66,4	62,6	71,4*
Prévoit arrêter dans les 6 prochains mois	11,5	13,7	8,8*
Ne sait pas quand	17,3	18,0	16,2
Non réponse	5,0	4,6 ^E	5,3 ^E
Importance de cesser de fumer			
Très important	68,7	70,0	67,1
Assez important	27,3	25,7	29,7
Peu important	1,7 ^E	1,9 ^E	1,5 ^F
Pas du tout important	aaa	aaa	aaa
Non réponse	2,0 ^E	2,3 ^E	1,5 ^F
Confiance en la capacité de cesser			
Très confiant	29,1	23,8	35,8*
Assez confiant	52,5	55,2	49,3
Peu confiant	14,0	15,9	11,5
Pas du tout confiant	1,9 ^E	2,4 ^E	1,1 ^F
Non réponse	2,5 ^E	2,6 ^E	2,3 ^F
Raisons de cesser de fumer			
Améliorer sa santé	89,3	88,7	90,3
Désir de ne plus être dépendant	67,2	68,6	65,6

Tableau 11 Identification d'une date d'arrêt, importance de cesser, confiance en la capacité de cesser, et raisons de cesser parmi les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010 (suite)

	Clients des CAT		
	Total	Femmes	Hommes
	%	%	%
Crainte d'une maladie reliée	49,2	50,7	47,5
Recommandation du médecin	42,0	41,7	42,5
Coût trop élevé du tabac	41,8	43,2	40,2
Santé de l'entourage	30,3	32,5	27,4
Pression de la famille ou entourage	24,2	23,7	25,1
Raisons esthétiques	18,3	22,3	13,1*
Interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail	14,7	15,6	13,8
Grossesse ou désir de grossesse	3,1	4,9 ^E	^{aaa}
Non réponse	1,2 ^E	1,3 ^F	1,0 ^F
<i>Raisons les plus fréquemment mentionnées dans choix de réponse « Autre »</i>			
Éliminer l'odeur de cigarette	3,6	4,1 ^E	2,8 ^E
Pour leurs enfants ou petits-enfants	3,1	3,5 ^E	2,6 ^E
Soulager certains problèmes de santé	2,1 ^E	2,6 ^E	1,5 ^F
Arrêter la toux, avoir plus de souffle	1,9 ^E	1,6 ^F	2,1 ^F
Autres raisons de cesser	3,4	3,9 ^E	2,8 ^E

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des femmes (n = 822) et des hommes (n = 617) car certains clients n'ont pas indiqué leur sexe.

¹ parmi les 788 personnes qui n'avaient pas déterminé de date d'arrêt, 38 personnes n'ont pas précisé s'ils prévoyaient cesser dans les 30 prochains jours, les 6 prochains mois ou s'ils ne savaient pas.

* Différence significative à p < 0,05 selon l'intervalle de confiance à 95 % entre les femmes et les hommes parmi la clientèle des CAT.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{aaa} Le nombre de répondants servant à estimer la proportion dans cette cellule est inférieur à 5. En raison d'un risque de divulgation élevé, cette donnée n'est pas présentée.

Intention d'utiliser une aide pharmacologique. Près de trois clients sur quatre avaient déjà décidé d'utiliser une aide pharmacologique pour cesser de fumer au moment de la première rencontre avec un conseiller du CAT (73 %); 13 % des clients ne savaient pas encore s'ils voulaient avoir recours à une aide pharmacologique et moins de 10 % ne désiraient pas en utiliser (tableau 12).

Plus de la moitié des clients qui avaient l'intention d'utiliser une aide pharmacologique désiraient utiliser des timbres de nicotine (56 %; tableau 12); 28 % prévoyaient utiliser de la varénicline, 24 % des gommes de nicotine, 8 % un inhalateur et 8 % des pastilles de nicotine. Seulement 4 % prévoyaient utiliser du bupropion. Les répondants pouvaient fournir

plus d'une réponse. Parmi ceux qui prévoyaient utiliser une aide pharmacologique, la majorité envisageait utiliser un seul type de produit (63 %), mais 22 % envisageait en utiliser deux et 6 %, trois ou plus (données non présentées).

Tableau 12 Intention d'utiliser une aide pharmacologique et type de produit envisagé parmi les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010

	Clients des CAT		
	Total	Femmes	Hommes
	%	%	%
Intention d'utiliser une aide pharmacologique			
Oui	73,4	71,9	75,4
Non	9,5	10,0	9,1
Ne sait pas	13,0	14,1	11,7
Non réponse	4,0	4,0 ^E	3,9 ^E
Type de produit envisagé¹			
Timbres de nicotine	55,7	54,7	57,6
Varénicline (Champix)	28,2	26,1	30,8
Gommes de nicotine	23,9	23,4	24,5
Inhalateur de nicotine	7,7	8,8	6,0 ^E
Pastilles de nicotine	7,7	7,3	8,0
Bupropion (Zyban)	3,9	3,7 ^E	4,1 ^E
Non réponse	8,9	10,2	7,3
N'a pas choisi	5,1	6,1	3,9 ^E

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des femmes (n = 822) et des hommes (n = 617) car certains clients n'ont pas indiqué leur sexe.

¹ Parmi les clients qui ont indiqué avoir l'intention d'utiliser une aide (n = 1 062; 591 femmes et 465 hommes).

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

4.9 SECTION 9 : PORTRAIT MÉDICAL

Indice de masse corporelle (IMC). La dernière section du questionnaire vise à recueillir des informations sur l'état de santé des clients. L'indice de masse corporelle (IMC) des clients a été calculé à partir du poids et de la taille rapportés par les répondants. Cet indice, un rapport du poids sur la taille élevée au carré, est utilisé pour identifier le niveau de risque pour la santé relié au poids corporel (Santé Canada, 2003). Il ne tient pas compte de la masse musculaire. La moyenne de l'IMC des clients des CAT se situe à 26 et la médiane, 25 (données non présentées). La répartition des répondants présentée au tableau 13 indique que 38 % des répondants avaient un poids normal selon leur IMC, 29 % un excès de poids, 18 % étaient obèses et 4 % avaient un poids insuffisant. L'IMC n'a pu être calculé pour 12 % des clients en raison de réponses manquantes.

La moyenne de l'IMC des fumeurs quotidiens de 18 ans et plus est significativement plus faible que la moyenne des clients des CAT (25 vs 26) alors que la médiane ne diffère pas de celle des CAT (25 dans les deux cas; données non présentées). Toujours parmi les fumeurs quotidiens de 18 ans et plus selon l'ESCC 2009-2010, 50 % ont un poids normal, 31 % un excès de poids, 15 % sont obèses et 3 % ont un poids insuffisant (Statistique Canada, 2010b). La proportion de personnes de poids normal est plus faible parmi les clients des CAT comparativement aux fumeurs quotidiens et la proportion de personnes obèses est un peu plus élevée. Ces comparaisons ont été effectuées en excluant les clients des CAT pour qui un IMC n'a pu être calculé afin d'être comparable à l'ESCC.

Problèmes de santé. Près de trois clients sur quatre (72 %) ont rapporté souffrir d'au moins un problème de santé physique ou mentale² au moment de leur première visite au CAT (donnée non présentée). Plus de 65 % des clients souffraient d'un problème de santé physique (tableau 13). Plus précisément, parmi tous les clients, près d'un sur trois (29 %) a rapporté souffrir d'une maladie respiratoire (asthme, bronchite chronique, emphysème), un sur quatre (25 %) d'hypertension artérielle, 16 % d'une maladie cardiovasculaire (angine, infarctus, arythmie), 11 % du diabète, et près de 5 % d'un cancer.

Près d'un client sur quatre (23 %) souffrait d'au moins un problème de santé mentale (tableau 13). Dix-sept pour cent (17 %) des clients ont indiqué souffrir de dépression et 2 % de toxicomanie.

Les autres problèmes de santé présentés comme choix de réponse étaient : ulcère de l'estomac ou du duodénum, accident vasculaire cérébral, convulsions, anorexie/boulimie, insuffisance rénale, atteinte hépatique. Chacun de ces problèmes de santé touchait moins de 4 % des clients (données non présentées).

Près des deux tiers (65 %) des clients étaient sous médication au moment de leur première rencontre. Finalement, 31 % souffraient d'allergie (données non présentées).

Problèmes de santé selon le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, le nombre de cigarettes fumées par jour. Une proportion plus élevée de femmes a rapporté souffrir de maladies respiratoires (32 % des femmes vs 25 % des hommes), et de dépression (20 % vs 13 %; tableau 13). À l'opposé, les hommes souffraient davantage de maladies cardiovasculaires que les femmes (21 % vs 12 %; tableau 13). Des analyses par groupe d'âge présentées au tableau 32 de l'annexe 3 indiquent que les problèmes de santé touchent davantage les clients plus âgés. C'est le cas pour les maladies cardiovasculaires dont ont rapporté souffrir 33 % des 65 ans et plus, 18 % des 45-64 ans et 5 % des 25-44 ans; l'hypertension artérielle qui touche 42 % des 65 ans et plus, 29 % des 45-64 ans et 9 % des 25-44 ans; les maladies respiratoires qui affectent 48 % des 65 ans et plus, 31 % des 45-64 ans et 15 % des

² Les clients ont été invités à indiquer s'ils souffraient, au moment de leur première visite au CAT, de 11 problèmes de santé physique, et trois problèmes de santé mentale (dépression, toxicomanie, anorexie/boulimie). Les clients pouvaient cocher plus d'un problème de santé. Ils pouvaient aussi cocher la case « Autre » et spécifier d'autres problèmes de santé que ceux mentionnés. Près d'un client sur trois (29 %) a indiqué souffrir d'un autre problème de santé que ceux présentés dans le tableau (donnée non présentée). Les autres problèmes spécifiés ont été analysés. Une partie des réponses a pu être catégorisée dans les choix présentés. Plusieurs des problèmes mentionnés dans le choix « Autre » étaient des problèmes de santé mentale. Les résultats présentés incluent les choix cochés et les réponses spécifiées dans « Autre ».

25-44 ans; et le diabète qui touche 18 % des 65 ans et plus contre 5 % des 25-44 ans. La dépression est le seul problème de santé rapporté par une proportion moindre de 65 ans et plus (10 %) comparé aux clients plus jeunes (21 % chez les 45-64 ans). Des différences émergent également selon le niveau de scolarité (tableau 33 à l'annexe 3). Les maladies cardiovasculaires touchent davantage les clients les moins scolarisés, c'est-à-dire de niveau primaire, comparativement à ceux de niveau collégial (26 % vs 9 %). Les maladies respiratoires touchent davantage les clients les moins scolarisés (43 %), suivi des diplômés du secondaire (32 %), comparativement à 20 % des diplômés du collégial et 19 % des universitaires. Le diabète touche aussi davantage les moins scolarisés (19 %) comparativement aux clients plus scolarisés (11 % et moins). Les clients qui fument plus de 20 cigarettes par jour ont rapporté souffrir davantage que les clients qui fument moins d'hypertension artérielle (30 % vs 21 % et moins; tableau 34 à l'annexe 3), de maladies respiratoires (33 % vs 26 % et moins), de diabète (15 % vs 8 %) et de dépression (20 % vs 13 %).

Tableau 13 Indice de masse corporelle calculé à partir du poids et de la taille rapportés et problèmes de santé déclarés par les clients des CAT, selon le sexe, Québec, 2010

	Clients des CAT		
	Total	Femmes	Hommes
	%	%	%
Indice de masse corporelle			
Poids insuffisant (IMC < 18,5)	3,9	4,9 ^E	2,4 ^F
Poids normal (18,5 ≤ IMC < 25,0)	38,1	38,9	36,8
Excès de poids (25,0 ≤ IMC < 30,0)	28,6	25,3	33,4*
Obésité (IMC ≥ 30,0)	17,8	18,1	17,3
Poids ou taille non spécifiés	11,6	12,8	10,0
Problèmes de santé physique			
Maladie respiratoire (asthme, bronchite chronique, emphysème)	29,1	32,0	25,0*
Hypertension artérielle	24,6	23,6	25,8
Maladie cardiovasculaire (angine, infarctus, arythmie)	16,3	12,2	21,4*
Diabète	11,1	9,6	13,1
Cancer	4,5	4,5 ^E	4,5 ^E
Au moins un problème de santé physique	64,9	65,5	63,9
Problèmes de santé mentale			
Dépression	17,1	20,4	12,6*
Bipolarité	2,4 ^E	2,9 ^E	1,3 ^F
Anxiété	2,2 ^E	2,2 ^E	2,1 ^F
Toxicomanie	2,1 ^E	1,1 ^F	3,6 ^E
Schizophrénie	1,0 ^E	0,9 ^F	1,0 ^F
Au moins un problème de santé mentale	23,3	26,8	18,6*

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des femmes (n = 822) et des hommes (n = 617) car certains clients n'ont pas indiqué leur sexe.

* Différence significative à p < 0,05 selon l'intervalle de confiance à 95 % entre les femmes et les hommes parmi la clientèle des CAT.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les fumeurs qui ont recours aux CAT sont davantage touchés par les maladies respiratoires telles que l'asthme, l'emphysème, et la bronchite chronique que les fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010, et ce, pour tous les groupes d'âge à partir de 35 ans. En effet, 19 % des clients des CAT âgés de 35 à 44 ans ont rapporté souffrir de maladies respiratoires comparé à 10 % des fumeurs quotidiens du même groupe d'âge et cet écart s'accroît pour les groupes plus âgés (figure 5). On observe également un écart significatif entre la clientèle des CAT et les fumeurs quotidiens en ce qui a trait à la proportion de personnes de 55 ans et

plus qui rapportent souffrir de maladies cardiovasculaires (figure 6). La clientèle des CAT de 35-44 ans et de 45-54 ans semble plus touchée par l'hypertension artérielle que les fumeurs quotidiens en général (figure 7). La clientèle des CAT de 55 à 64 ans souffre davantage de diabète que les fumeurs quotidiens du même âge (figure 8). Finalement, les clients des CAT entre 45 et 64 ans ont rapporté souffrir de dépression en plus grande proportion que les fumeurs quotidiens en général (figure 9).

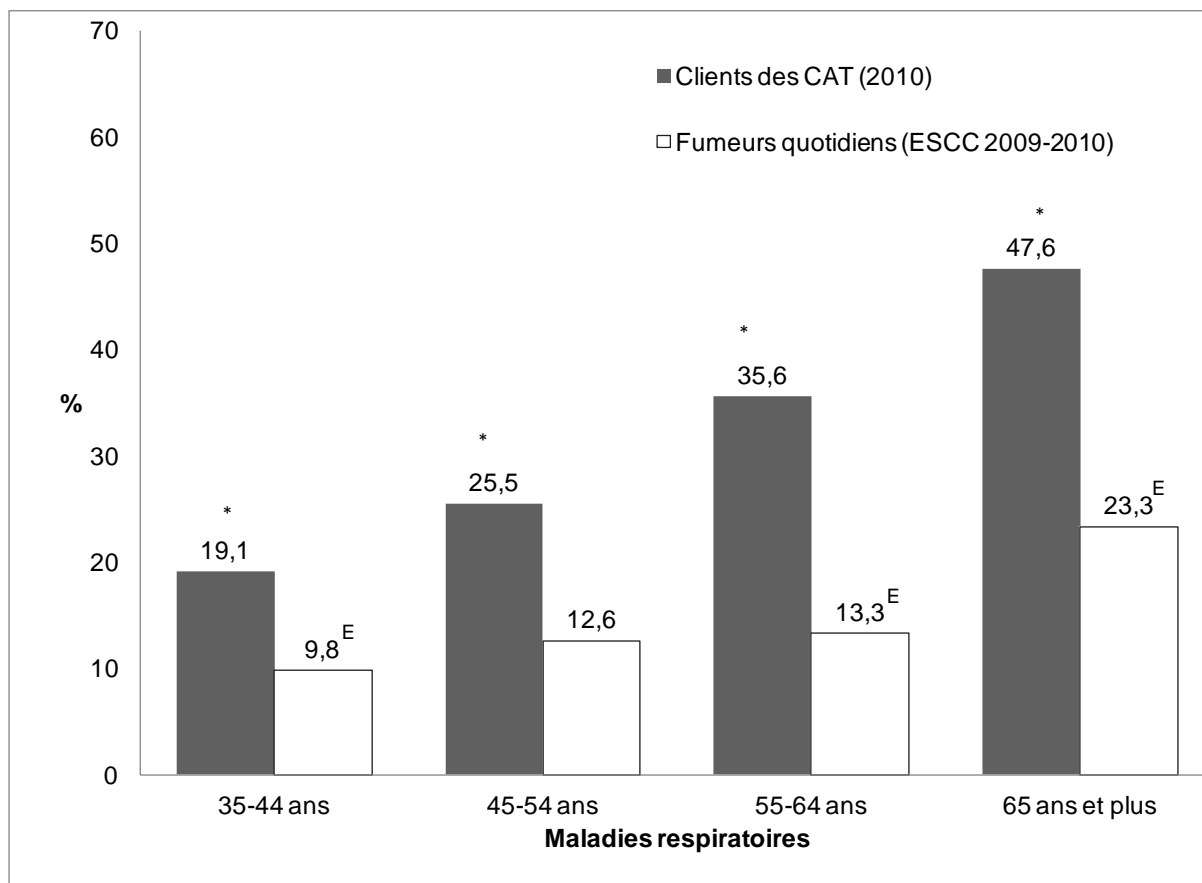


Figure 5 Proportion de personnes qui ont rapporté souffrir de maladies respiratoires telles que l'asthme, l'emphysème, et la bronchite chronique, parmi les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

Univers : Clients des CAT (n = 1 446) et fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010.

* Différence significative à $p < 0,05$ entre la clientèle des CAT et les fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

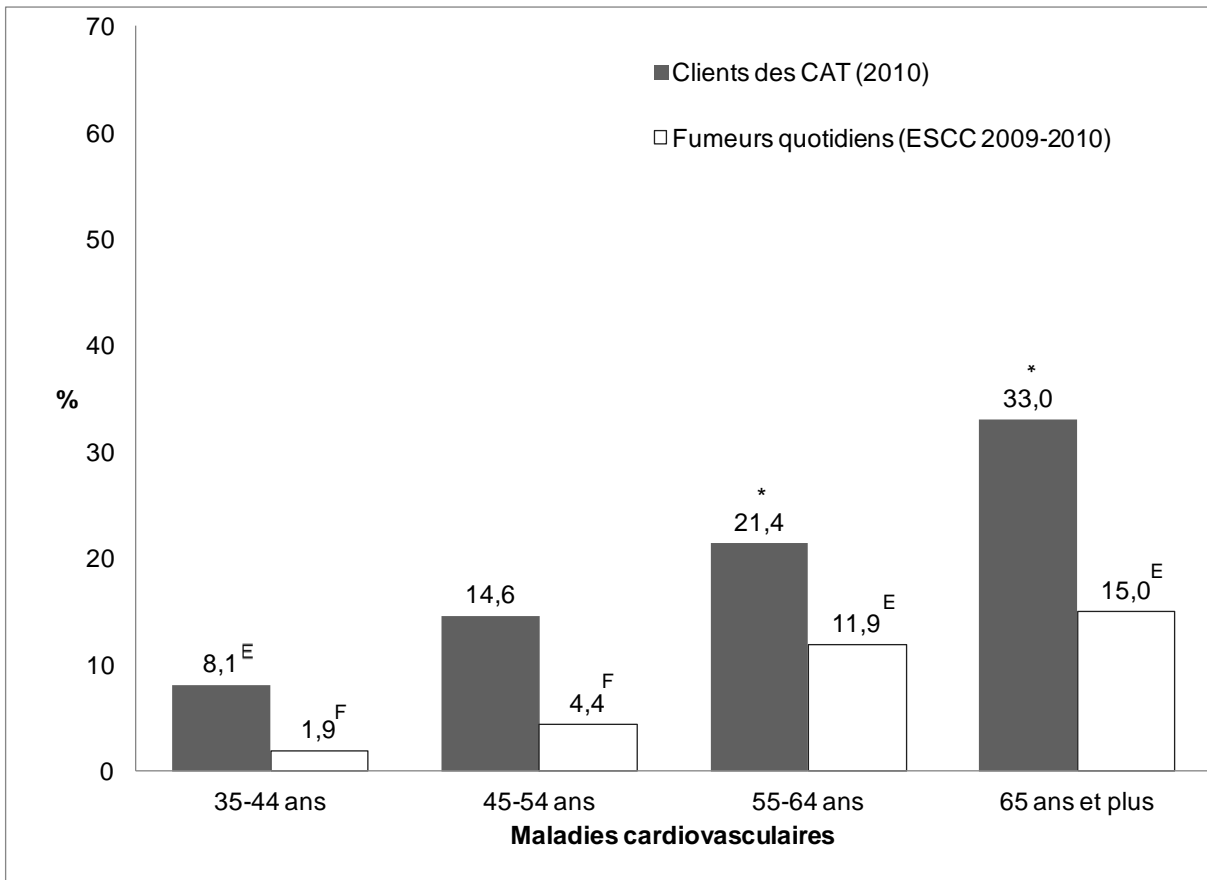


Figure 6 Proportion de personnes qui ont rapporté souffrir de maladies cardiovasculaires parmi les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

Univers : Clients des CAT (n = 1 446) et fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010.

* Différence significative à $p < 0,05$ entre la clientèle des CAT et les fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

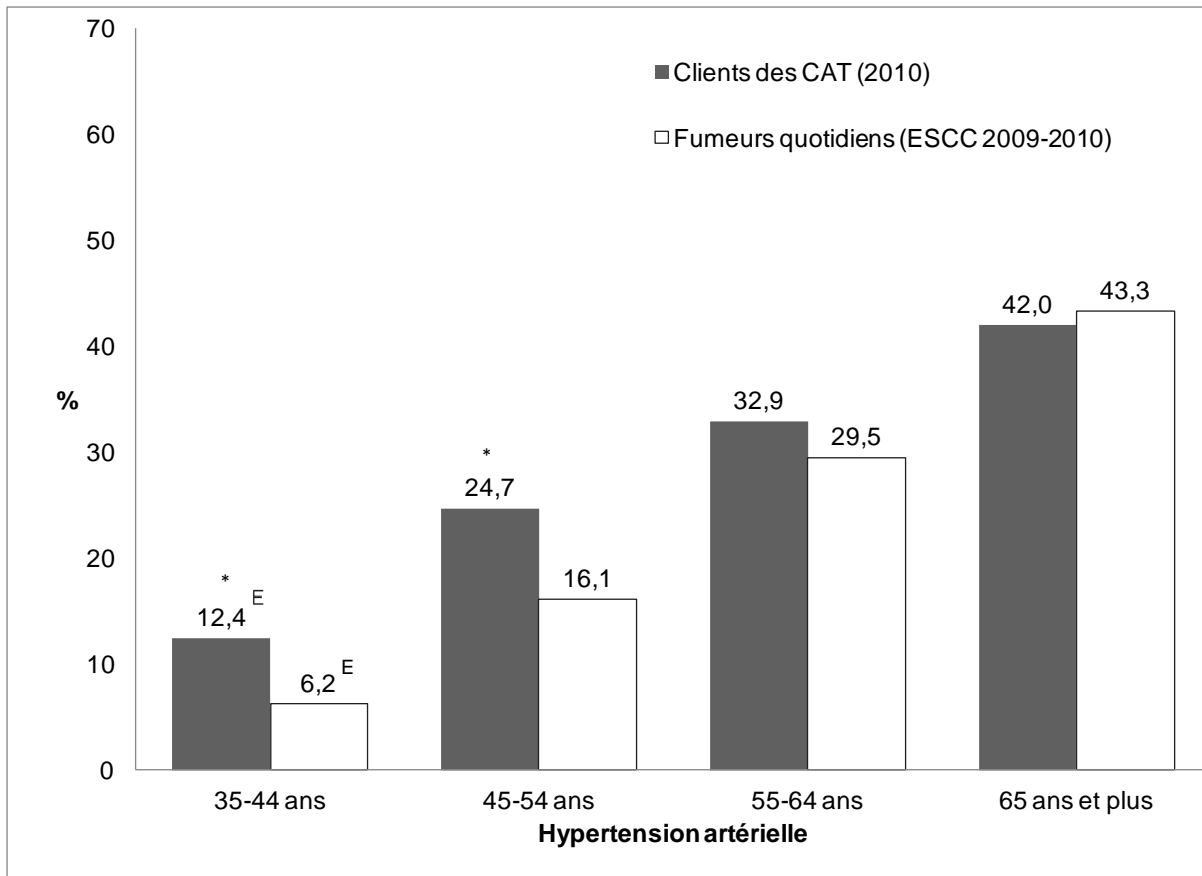


Figure 7 Proportion de personnes qui ont rapporté souffrir d'hypertension artérielle parmi les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

Univers : Clients des CAT (n = 1 446) et fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010.

* Différence significative à $p < 0,05$ entre la clientèle des CAT et les fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

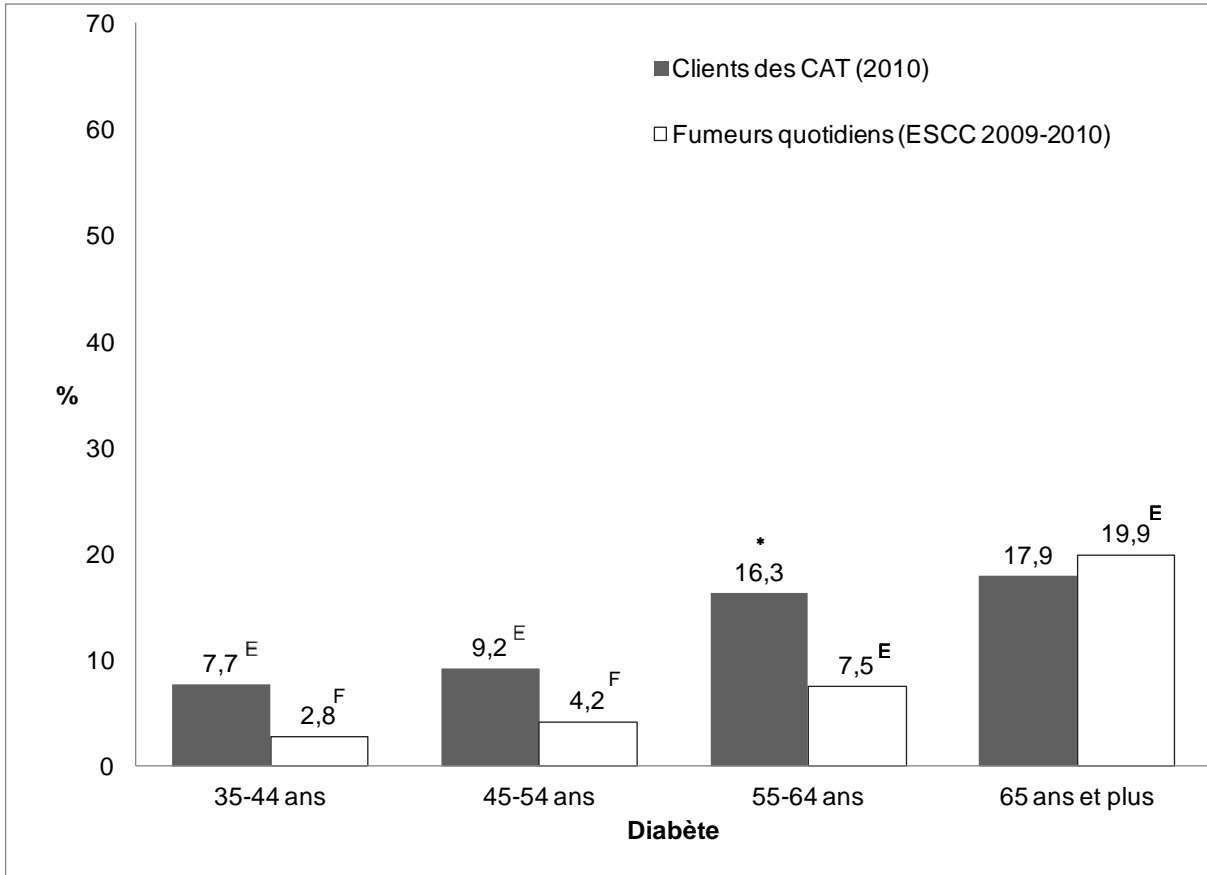


Figure 8 Proportion de personnes qui ont rapporté souffrir de diabète parmi les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

Univers : Clients des CAT (n = 1 446) et fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010.

* Différence significative à $p < 0,05$ entre la clientèle des CAT et les fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

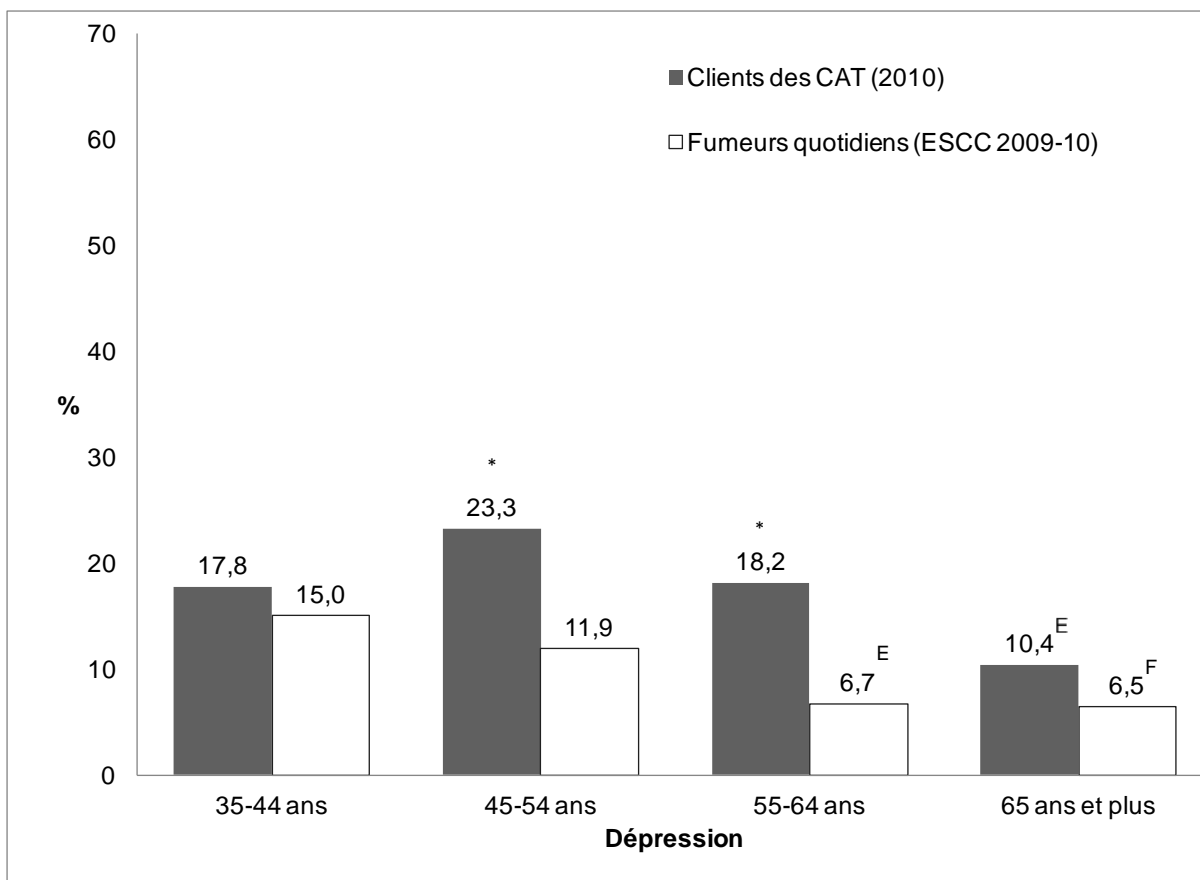


Figure 9 Proportion de personnes qui ont rapporté souffrir de dépression parmi les clients des CAT et les fumeurs quotidiens, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

Univers : Clients des CAT (n = 1 446) et fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010.

Note : Dans l'ESCC 2009-2010, la dépression a été mesurée à partir d'une réponse affirmative à la question *Êtes-vous atteint d'un trouble de l'humeur tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie?*

* Différence significative à $p < 0,05$ entre la clientèle des CAT et les fumeurs quotidiens selon l'ESCC 2009-2010.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

5 DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de dresser un portrait de la clientèle des CAT. Pour ce faire, l'INSPQ a utilisé le questionnaire clinique dont se servent les conseillers CAT pour orienter leur intervention. Cette approche avait l'avantage de recueillir des informations considérées pertinentes pour les conseillers en abandon du tabagisme, de ne pas alourdir leur tâche, et d'interroger les clients une seule fois. La participation volontaire de 14 régions sur 18 à cette première collecte de données a permis de recueillir des informations détaillées sur plus de 1 400 clients entre le 1^{er} mars et le 20 juin 2010. Bien que la proportion de fumeurs soit plus élevée dans les régions qui n'ont pas participé à la collecte des données (Terres-Cries-de-la-Baie-James, Nunavik, Nord-du-Québec et Côte-Nord), 98 % de la population québécoise habite dans les 14 régions qui ont participé au portrait de la clientèle des CAT.

Voici les principales tendances qui se dégagent de ce portrait.

Les fumeurs qui ont recours aux services des CAT sont référés par le milieu de la santé. La majorité des fumeurs qui ont recours aux services offerts dans les CAT rapportent en avoir entendu parler par un professionnel de la santé. Pourtant, selon un sondage réalisé en 2007, les fumeurs dans la population générale avaient entendu parler des CAT par la télévision (70 %), les dépliants, affiches ou kiosques (51 %), le journal (37 %), et la radio (34 %; Kairouz *et al.*, 2007). Dans ce sondage, seulement 22 % des fumeurs avaient entendu parler des CAT par un professionnel de la santé. Il semblerait que les canaux de promotion de masse (télévision, radio, journal, dépliants) réussiraient à faire connaître l'existence des services sans toutefois convaincre les fumeurs d'y avoir recours. Selon le modèle de diffusion des innovations de Rogers (2002) appliqué aux interventions de prévention, les médias de masse contribueraient efficacement à faire connaître les interventions alors que les relations interpersonnelles auraient plus d'impact au niveau du changement d'attitudes et davantage d'influence sur l'adoption ou le rejet d'une nouvelle idée ou d'un nouveau comportement.

Les CAT rejoignent surtout une clientèle d'âge mûr et les femmes sont surreprésentées. On retrouve parmi la clientèle des CAT davantage de femmes que d'hommes, bien que les hommes représentent tout de même plus de quatre clients sur dix. La majorité des clients ont entre 45 et 64 ans; la moyenne d'âge étant de 50 ans. Les services offerts dans les CAT semblent rejoindre une clientèle essentiellement francophone; les anglophones représentant moins que leur poids parmi les fumeurs du Québec. Les hommes, les jeunes adultes et les non-francophones auraient moins tendance à consulter les CAT.

Ces tendances ressortent également d'une enquête récente menée par l'INSPQ sur l'utilisation des services de santé de première ligne (Lemoine *et al.*, 2011). Selon cette enquête, 16 % de la population n'avait pas utilisé de service de santé au cours des deux dernières années, mais cette proportion était plus élevée parmi : les hommes (22 %), les adultes de moins de 30 ans (24 %), les immigrés au pays depuis moins de dix ans (28 %), et les gens parlant à la maison une langue autre que le français ou l'anglais (22 %).

La majorité des clients ne travaillaient pas au moment de consulter le CAT. Plus de la moitié des clients n'occupaient pas un emploi au moment de la première rencontre avec un conseiller. La plupart étaient retraités, en chômage ou prestataires de l'assistance emploi. Il est possible que les modalités d'offre de service, comme les heures d'ouverture du CSSS, ou le fait de devoir se déplacer au CSSS pour une rencontre ne facilitent pas l'accès au service pour quelqu'un qui occupe un emploi. Ces contraintes ont été soulevées par des conseillers CAT interrogés en 2005-2006 dans le cadre de l'évaluation d'implantation des CAT réalisée par l'INSPQ (Leclerc, 2009). Par ailleurs, il est aussi possible que l'absence d'emploi soit considéré un moment opportun pour se consacrer à une démarche de renoncement au tabac avec le soutien d'un conseiller CAT, démarche qui exige du temps et de l'énergie.

Les clients des CAT ont plus de problèmes de santé associés au tabagisme que les fumeurs quotidiens. La clientèle des CAT se distingue des fumeurs quotidiens du même âge par les problèmes de santé chroniques dont elle est affublée. Les clients des CAT de tous les groupes d'âge souffrent davantage que les fumeurs quotidiens de maladies respiratoires. Les clients de 55 ans et plus souffrent davantage de maladies cardiovasculaires que les fumeurs quotidiens du même âge. À l'opposé, ce sont les clients de moins de 55 ans qui sont davantage touchés par l'hypertension artérielle que les fumeurs quotidiens en général. La dépression semble plus prévalente parmi les clients des CAT que parmi les fumeurs quotidiens en général chez les 45 à 64 ans. Enfin, la toxicomanie et l'usage de drogue semblent toucher une proportion marginale de clients des CAT.

Les clients des CAT veulent cesser pour améliorer leur santé. Parmi les raisons de cesser présentées aux clients sur la feuille de collecte de données, « améliorer sa santé » rallie 89 % des clients. La deuxième raison la plus souvent invoquée est « de ne plus être dépendant du tabac ». Les clients plus scolarisés et de moins de 65 ans désirent plus que les autres s'affranchir de la dépendance. La « crainte d'une maladie reliée » touche également davantage les universitaires que les clients les moins scolarisés. La « recommandation du médecin » de cesser de fumer est une raison qui motive une majorité de clients âgés de 65 ans et plus et les fumeurs qui consomment plus de 20 cigarettes par jour, alors que cette raison touche moins les clients plus jeunes.

Les clients des CAT sont très dépendants de la cigarette. Le nombre de cigarettes fumées par jour et le niveau de dépendance des clients sont plus élevés que la moyenne des fumeurs quotidiens selon les données de l'ESUTC de 2010. Près de neuf clients sur dix ont déjà fait une tentative de renoncement au tabac au cours de leur vie au moment de se présenter dans un CAT et la grande majorité ont essayé divers moyens pour cesser de fumer, les plus populaires étant les aides pharmacologiques. En effet, plus de huit clients sur dix consultant dans les CAT ont déjà utilisé une aide pharmacologique à l'arrêt tabagique lors d'une tentative antérieure et la majorité ont l'intention d'en utiliser dans le cadre de la démarche qui les amène au CAT.

Les causes de rechute les plus fréquentes sont le stress et l'incitation sociale. Les deux causes de rechute les plus fréquemment mentionnées sont « une situation ou un événement stressant » et « l'incitation sociale à fumer lors des pauses avec des collègues fumeurs, pendant des partys, etc. ». Il est possible que les mesures adoptées au Québec

interdisant de fumer dans les lieux publics intérieurs et en milieu de travail aient contribué à réduire les incitations sociales. Quant au stress vécu par les fumeurs, des moyens de gérer ce stress sont proposés par les conseillers dans le cadre de la rencontre.

Limites

Certaines limites aux résultats de l'étude doivent être considérées. Premièrement, la feuille de collecte est formée de questions fermées à choix multiples, un type de question qui peut orienter les réponses comparativement à des questions ouvertes sans choix de réponses proposés. Ce type de questions a été privilégié pour la feuille de collecte afin de servir d'aide-mémoire pour les conseillers, leur permettant d'aborder tous les aspects liés à la démarche de renoncement au tabac, et d'amener les clients à réfléchir à ces aspects. L'étude pilote a permis de s'assurer que les choix de réponses proposées couvraient l'ensemble des réponses fournies par les clients. De plus, le choix de réponse « Autre : spécifiez » permettait aux clients d'indiquer une autre réponse que les choix proposés.

Deuxièmement, le portrait de la clientèle ne représente pas les clients qui se présentaient au CAT pour une rencontre brève, par exemple de moins de 15 minutes. La feuille de collecte n'était pas utilisée systématiquement par les conseillers dans ces cas parce que ces rencontres étaient trop courtes pour permettre de remplir la feuille adéquatement.

Les comparaisons entre la clientèle des CAT et les données des enquêtes nationales doivent être interprétées avec prudence en raison des limites suivantes. D'abord, les résultats des enquêtes de Statistique Canada sont pondérés pour que l'échantillon soit représentatif de la population, ce qui n'est pas le cas des données de la présente étude. Ensuite, la clientèle des CAT est plus âgée et comprend davantage de femmes que les fumeurs quotidiens dans les enquêtes; les différences observées pourraient être dues en partie à l'âge et au sexe. Des différences entre les méthodes de collecte de données peuvent également expliquer une partie des différences observées. Le mode de collecte du portrait de la clientèle des CAT est un questionnaire autoadministré complété dans un contexte clinique alors que les données recueillies lors des grandes enquêtes nationales le sont, soit par sondage téléphonique (ESUTC et ESCC) ou soit par des entrevues réalisées en face à face (ESCC). De plus, les gens qui ont recours à une consultation dans un CAT sont plus enclins à divulguer de l'information sur leur consommation de tabac (et à ne pas la sous-estimer) car ils reconnaissent avoir un problème avec leur consommation de tabac. Ceci n'est pas nécessairement le cas pour la population de fumeurs quotidiens en général.

Il convient de rappeler que les données recueillies auprès des clients des CAT ne peuvent être extrapolées à l'ensemble des fumeurs. Les comparaisons avec les données de l'ESUTC indiquent que la clientèle des CAT est un sous-groupe particulier de fumeurs plus dépendants à la cigarette, plus âgés et souffrant davantage de problèmes de santé associés au tabagisme que l'ensemble des fumeurs quotidiens. De plus, le nombre de feuilles de collecte de données recueillies dans le cadre de ce projet n'est pas un indicateur adéquat de l'achalandage des CAT, car il peut sous-estimer l'achalandage réel. En effet, la participation des régions et des conseillers se faisait sur une base volontaire. Malgré une volonté manifeste de participer à la collecte de données pour la majorité des CAT, il est possible que

certaines conseillers aient décidé de ne pas contribuer à la collecte, pour toutes sortes de raisons qui nous sont inconnues.

Évolution de la clientèle des CAT

Le portrait de la clientèle ayant consulté dans un CAT en 2010 fait ressortir des tendances similaires à celles perçues par les conseillers CAT interrogés en 2005-2006. Selon ceux-ci, les hommes, les jeunes âgés de moins de 25 ans et les femmes enceintes ou qui allaitent sollicitaient plus rarement les CAT pour une intervention individuelle (Leclerc, 2009). De plus, un grand nombre de clients présentaient déjà un problème de santé physique relié au tabagisme avant de consulter (Leclerc, 2009). Toutefois, il semble exister des différences entre les perceptions des conseillers en 2005-2006 et le portrait dressé en 2010 quant à la proportion de la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale et de polytoxicomanie. Alors que les conseillers percevaient que 40 % des clients souffraient de problèmes de santé mentale en 2005-2006 (Leclerc, 2009), le portrait dressé en 2010 indique que la proportion de clients qui souffrirait de problèmes de santé mentale avoisinerait plutôt les 20 %. Toujours selon les conseillers CAT, les polytoxicomanes auraient constitué 10 % de la clientèle en 2005-2006 alors que les données recueillies en 2010 dans les CAT indiquent que les toxicomanes représenteraient une proportion de clients beaucoup plus faible.

Selon le cadre de référence du MSSS qui a guidé l'implantation des services de cessation, dont les CAT, ces services devaient s'adresser à tous les fumeurs du Québec ainsi qu'à des clientèles particulières, à savoir les adolescents âgés de 12 à 17 ans, les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans et les femmes enceintes (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002). Les services offerts dans les CAT semblent en effet attirer des clientèles particulières, mais qui ne sont pas celles visées initialement. Selon les données recueillies dans le cadre de cette étude, les interventions de counseling offertes dans les CAT sont utilisées surtout par une clientèle d'âge mûr, de fumeurs très dépendants, qui souffrent de problèmes de santé associés au tabagisme.

RÉFÉRENCES

- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W. S., & Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction*, 84, 791-800.
- Kairouz, S., Montreuil, A., Poulin, I., Payette, Y., Hamel, D., & Tremblay, M. (2007). *Connaissance, utilisation et perception des interventions en arrêt tabagique chez les fumeurs québécois* Montréal, Québec, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Leaune, V. (2005). Le Plan québécois d'abandon du tabac : Devis d'évaluation. Document interne, Institut national de santé publique du Québec.
- Leclerc, B.-S. (2009). *Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme : période 2005-2006* Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Lemoine, O., Simard, B., Provost, S., Lévesque, J.-F., Pineault, R., & Tousignant, P. (2011). *Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie* Montréal, Canada : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Plan québécois d'abandon du tabagisme : Cadre de référence* Québec : Document de travail, décembre 2002.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *L'intervention tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme : Guide de l'intervenant* Sainte-Foy, Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Cadre normatif : Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*.
- Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors*, 27, 989-993.
- Santé Canada (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes* Ottawa, Canada : Santé Canada.
- Statistique Canada (2010a). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC). Fichiers de microdonnées à grande diffusion*.
- Statistique Canada (2010b). *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC). Fichiers de microdonnées à grande diffusion*.
- The clinical practice guideline treating tobacco use and dependence 2008 update panel liaisons and staff (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 158-176.
- Tremblay, M. & Ben Amar, M. (2007). Les interventions efficaces pour aider les fumeurs à renoncer au tabac. *Drogues, santé et société*, 6(1), 241-281.

Tremblay, M. & Gervais, A. (2001). *Interventions en matière de cessation tabagique : Description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec* Institut national de santé publique du Québec.

ANNEXE 1

HARMONISATION DE LA FEUILLE DE COLLECTE DE DONNÉES, ÉTUDE PILOTE ET PROCÉDURE DE COLLECTE DE DONNÉES

1. HARMONISATION DE LA FEUILLE DE COLLECTE DE DONNÉES

Au printemps 2005, l'INSPQ a recueilli les feuilles de collecte de données utilisées dans les CAT (figure 10). En se basant sur la feuille de collecte proposée par le MSSS et les versions modifiées utilisées dans les CAT de certaines régions, l'INSPQ a conçu une feuille de collecte de données « harmonisée ». Cette première version de la feuille de collecte de données harmonisée comprenait trois pages et conservait les quatre axes d'évaluation et d'intervention en cessation tabagique : l'axe physique, l'axe psychologique, les habitudes et rituels, et l'aspect social du tabagisme.

Les répondants tabac de seize régions sociosanitaires où des CAT sont implantés ont été consultés afin : (1) d'évaluer la faisabilité d'utiliser systématiquement la feuille de collecte de données; (2) d'évaluer la faisabilité d'obtenir le consentement écrit des clients pour transmettre les feuilles complétées à l'INSPQ à des fins de suivi et d'évaluation, et (3) de recueillir leurs commentaires à propos de la première version de la feuille de collecte harmonisée. Quatorze répondants tabac ont rempli un questionnaire écrit comprenant des questions ouvertes et des questions à choix multiples.

Dans l'ensemble, les répondants tabac étaient très favorables à l'implantation d'une nouvelle feuille de collecte harmonisée à l'échelle provinciale. Une majorité considérait que l'utilisation systématique d'une feuille de collecte de données harmonisée était envisageable puisque plusieurs conseillers CAT utilisaient déjà un outil de collecte de données lors de chaque rencontre individuelle avec un nouveau client. Les répondants tabac croyaient que la plupart des clients accepteraient de donner leur consentement écrit pour la transmission des données. Dans certaines régions, le consentement écrit pour l'utilisation des données à des fins de suivi était déjà demandé et cette procédure ne posait pas de problème. Bien que favorables à l'implantation d'une feuille de collecte de données harmonisée, les répondants ont souligné le besoin d'avoir un outil succinct, qui laisse place aux réalités régionales, qui répond adéquatement aux besoins des conseillers et qui ne dédouble pas l'information déjà recueillie par le système I-CLSC³. Les répondants ont évalué la pertinence (très bonne, bonne, faible ou à retirer) et la formulation (très bonne, bonne ou à reformuler) de chaque question de la première version de la feuille de collecte harmonisée. Ils pouvaient également commenter chaque question. La plupart des questions ont été jugées très pertinentes. Des améliorations ont été apportées à la formulation des questions et des choix de réponse, de même qu'à l'ordre des questions.

Suite à la consultation des répondants tabac, une deuxième version de la feuille de collecte de données harmonisée ainsi qu'un formulaire de consentement ont été élaborés à l'INSPQ.

³ Le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) recueille des informations sur la clientèle permettant de fournir des données sur la production des services de même que des informations de l'environnement sociosanitaire des usagers qui reçoivent des services du CSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009).

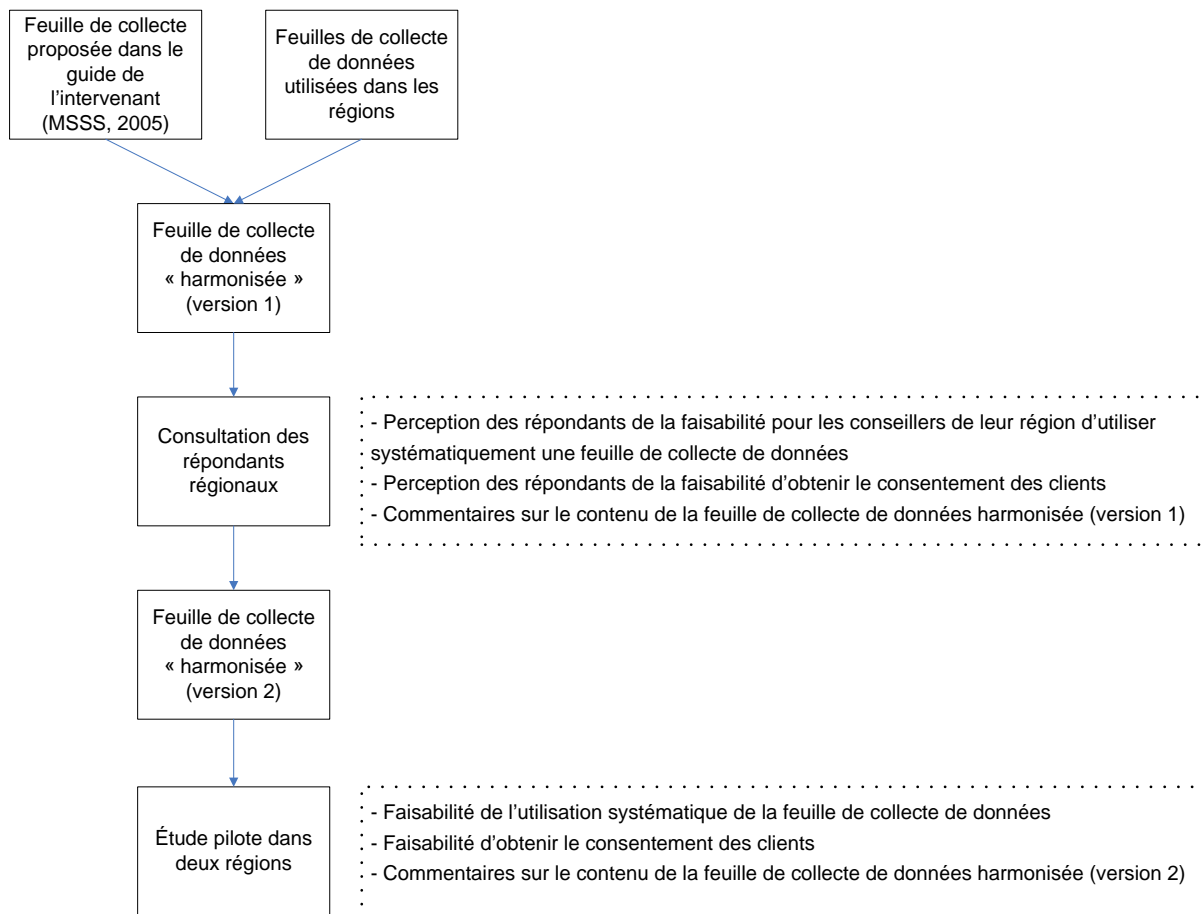


Figure 10 Démarche d'harmonisation de la feuille de collecte de données

2. ÉTUDE PILOTE DANS DEUX RÉGIONS

Une étude pilote a été réalisée dans le but de (1) valider la faisabilité d'utiliser systématiquement une feuille de collecte de données avec chaque nouveau client; (2) valider la possibilité d'obtenir le consentement des clients pour transmettre les données à l'organisme chargé de l'évaluation; (3) recueillir les commentaires des conseillers à propos du contenu de la feuille de collecte de données harmonisée. Une section *Plan d'intervention et suivi* était proposée aux intervenants, mais ne faisait pas l'objet de l'étude pilote.

Méthode

Pendant les quatre mois de l'étude pilote, les conseillers devaient se servir de la feuille de collecte de données harmonisée lors de chaque rencontre individuelle avec un nouveau client. Ils devaient demander le consentement du client pour transmettre sa feuille de collecte complétée à l'organisme chargé de réaliser l'étude, en l'occurrence l'INSPQ. Les conseillers pouvaient utiliser la feuille de collecte lors des rencontres de groupe, mais n'étaient pas tenus de le faire. Afin de connaître le taux de consentement des clients et d'identifier des catégories de clients susceptibles de refuser, les conseillers devaient remplir une grille de suivi d'utilisation des feuilles de collecte et des formulaires de consentement. Lorsqu'un client refusait que sa feuille de collecte soit transmise à l'INSPQ, le conseiller

devait inscrire sur la grille de suivi le sexe et le groupe d'âge du client et la raison du refus. Les feuilles de collecte de données complétées par les clients qui avaient donné leur consentement ont été transmises à l'INSPQ de façon anonyme.

À la fin de l'étude pilote, les conseillers étaient invités à commenter leur utilisation de la feuille de collecte de données et du formulaire de consentement en indiquant : (a) la fréquence d'utilisation de chacun des documents; (b) les obstacles ou les difficultés à l'utilisation systématique de ces documents; (c) la durée moyenne nécessaire pour remplir la feuille de collecte de données; (d) l'évaluation de la qualité de la feuille de collecte de données; (e) l'utilité de la feuille de collecte de données pour les interventions; (f) les questions jugées indispensables; (g) les suggestions de questions à ajouter ou à retirer.

Deux régions se sont portées volontaires pour participer à l'étude pilote : la région de la Capitale-Nationale et la région du Bas-St-Laurent. L'étude pilote s'est déroulée du 1^{er} novembre 2005 au 28 février 2006 dans 15 CAT des deux régions. Seize conseillers ont participé à l'étude pilote. À la fin de l'étude pilote, 149 feuilles de collecte de données complétées ont été saisies et analysées à l'INSPQ.

Résultats

La feuille de collecte de données a été utilisée dans 92 % des rencontres individuelles avec un nouveau client. Douze conseillers sur 16 rapportent avoir utilisé la feuille de collecte systématiquement lors de chaque rencontre individuelle avec un nouveau client. Deux obstacles ont été identifiés par les conseillers qui n'ont pas utilisé la feuille systématiquement : (1) l'oubli de leur part et (2) l'inadéquation de la feuille et du formulaire de consentement pour les clients se présentant sans rendez-vous pour de l'information ou de la documentation.

La durée moyenne nécessaire pour remplir la feuille de collecte était d'environ 15 minutes lorsque celle-ci était autoadministrée (le client la complète sans aide) et d'environ 60 minutes si l'intervenant l'intégrait à la rencontre et la complétait avec le client. La moitié des conseillers laissait le client remplir la feuille de collecte par lui-même alors que l'autre moitié préférait intégrer cette activité à la rencontre.

Aucun conseiller n'a rapporté de difficulté à obtenir le consentement écrit de ses clients pour transmettre la feuille de collecte de données à l'INSPQ. Plus de 90 % des clients qui ont complété la feuille de collecte de données ont consenti. L'on ne retrouve aucune tendance chez les personnes qui ont refusé d'accorder leur consentement (sexe ou groupe d'âge). La plupart des clients qui ont refusé n'y voyaient pas d'intérêt ou n'ont pas spécifié la raison de leur refus. Deux clients seulement ont indiqué ne pas croire à la confidentialité du processus.

Presque tous les conseillers CAT ont considéré la feuille de collecte de données utile à l'intervention et plus des deux tiers l'ont jugée très utile. La majorité considérait que cet outil permettait d'explorer systématiquement tous les éléments importants à aborder avec le client fumeur lors d'une première rencontre et d'orienter le plan d'intervention.

La longueur de la feuille de collecte de quatre pages a été jugée adéquate par 80 % des conseillers bien que quelques-uns la trouvaient trop longue. La clarté du langage a été jugée bonne ou excellente par la majorité des conseillers. La mise en page a été jugée excellente par la moitié des conseillers, bonne pour un peu moins de la moitié et à améliorer selon une minorité d'entre eux.

La saisie et l'analyse des 149 feuilles de collecte de données ont permis de confirmer la pertinence des informations recueillies. La saisie des données a permis également d'identifier les ambiguïtés de certaines questions, qui ont été corrigées dans la version finale. Par exemple, on demandait aux clients d'indiquer leur poids et leur taille, sans spécifier l'unité de mesure (système métrique ou impérial). L'analyse des 149 feuilles de collecte a aussi permis de modifier certains choix de réponse. Par exemple, certains choix très peu sélectionnés ont été retirés (sauf s'ils représentaient un intérêt particulier, par exemple l'utilisation de drogues, ou une catégorie pertinente, comme la langue d'usage autre que le français ou l'anglais).

3. PROCÉDURE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR LE PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DES CAT

Suite à la recommandation du MSSS, les représentants de la Table de concertation nationale en promotion/prévention (TCNPP) ont appuyé en novembre 2008 l'implantation de la feuille de collecte de données dans les CAT de toutes les régions du Québec. Les représentants de la TCNPP ont également appuyé la cueillette des feuilles complétées à des périodes fixes de l'année (par ex. de janvier à mars) plutôt que de façon continue. De plus, la participation des régions à cette cueillette devait se faire sur une base volontaire.

Basée sur les données du système I-CSLC, une période de quatre mois consécutifs a été jugée adéquate pour recueillir un nombre suffisant de feuilles de collecte complétées, à l'exception des mois de juillet et août. Toutefois, la collecte prévue à l'automne 2009 a dû être reportée en raison de la campagne de vaccination massive qui a eu lieu dans toutes les régions du Québec lors de la pandémie de H1N1 durant cette période, campagne qui a mobilisé les ressources des CSSS. La collecte a donc eu lieu du 1^{er} mars au 30 juin 2010.

Quatorze régions ont accepté de participer à la collecte de données.

Rôle des coordonnateurs régionaux

Dans chaque région participante, une personne a été identifiée par le répondant tabac pour servir d'intermédiaire entre l'INSPQ et les CAT de sa région : le « coordonnateur régional ». Dans la plupart des cas, le coordonnateur régional était le répondant tabac lui-même, ou un formateur CAT. Le rôle du coordonnateur régional était de transmettre aux conseillers CAT de sa région la procédure de collecte de données, la feuille de collecte de données, et la grille de suivi fournies par la responsable du projet à l'INSPQ. Le coordonnateur devait offrir une brève formation sur la procédure de collecte aux conseillers des CAT de sa région et faire un suivi auprès d'eux en cours de collecte. Il devait également recueillir les photocopies des feuilles de collecte de données complétées dans les CAT de sa région. À la fin de chaque mois, le coordonnateur envoyait par la poste les photocopies complétées de la feuille de collecte de données et les grilles de suivi à la responsable du projet à l'INSPQ.

Le coordonnateur était également responsable d'entamer les démarches d'approbation de la feuille auprès des pilotes régionaux et des archivistes locaux. Afin que la feuille de collecte harmonisée devienne l'outil utilisé systématiquement par les conseillers CAT dans le cadre de leur intervention, elle devait pouvoir être placée au dossier médical du client. Pour ce faire, la feuille de collecte de données devait répondre aux normes d'archivage de chaque établissement qui gère un CAT. Ces normes précisent entre autres le numéro d'identification du document et l'endroit où il doit apparaître, la taille des marges, etc. Les normes peuvent être différentes d'un établissement à l'autre. Les archivistes locaux ont procédé eux-mêmes aux modifications de présentation de la feuille de collecte de données. Lorsqu'il n'était pas possible d'apporter ces changements sur la version numérisée (fichier PDF) de la feuille, la responsable du projet à l'INSPQ transmettait une version modifiable (fichier Word) de la feuille de collecte de données à l'archiviste qui en faisait la demande et approuvait par la suite la version finale de chaque feuille de collecte de donnée modifiée.

Les coordonnateurs régionaux ont reçu une formation de 2,5 heures de la responsable du projet à l'INSPQ.

ANNEXE 2

**FEUILLE DE COLLECTE DE DONNÉES ET
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Formulaire d'information sur le client Centre d'abandon du tabagisme

SECTION 1 : Renseignements généraux

Section réservée au/à la conseiller(ère) en abandon du tabagisme

N° de région :

Nom du CAT : _____

N° dossier usager :

1. Date de la rencontre : / / Type de rencontre : Individuelle Groupe
J M A

2. Comment avez-vous entendu parler du centre d'abandon du tabagisme?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Au CSSS (ou CLSC) | <input type="checkbox"/> Journal |
| <input type="checkbox"/> Ligne téléphonique J'arrête | <input type="checkbox"/> Entourage (famille/ami(e)/collègue de travail) |
| <input type="checkbox"/> Site Internet J'arrête | <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé, spécifiez (ex. : médecin, infirmière, pharmacien, dentiste) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Radio/télévision | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Dépliant, affiche, kiosque | |

3. Pour quelle raison consultez-vous?

- Aide pour l'arrêt tabagique Soutien après l'arrêt

SECTION 2 : Renseignements sur le client/la cliente

4. Quelle est votre date de naissance? / /
J M A

5. Quel est votre sexe? F M

6. Quelle est votre langue d'usage? Français Anglais Autre (spécifiez) : _____

7. Quel est votre statut matrimonial? Célibataire Séparé(e)/divorcé(e)
 Veuf/veuve Marié(e)/Conjoint(e) de fait

8. Quelle est votre occupation?

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> En emploi | <input type="checkbox"/> Retraité(e) | <input type="checkbox"/> Sans emploi (chômage, assistance-emploi) |
| <input type="checkbox"/> Congé de maternité/paternité | <input type="checkbox"/> Étudiant(e) | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Congé de maladie | <input type="checkbox"/> À la maison | |

9. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Primaire | <input type="checkbox"/> Universitaire |
| <input type="checkbox"/> Secondaire | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Collégial | |

SECTION 3 : Habitudes tabagiques

10. Quel est votre statut tabagique?

- Ex-fumeur → Si oui, depuis combien de temps? (dernière tentative)
J M A
- Fumeur → Si oui, depuis combien de temps?
J M A

11. À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette au complet? _____ ans

12. Combien fumez-vous de cigarettes par jour?
(Si vous avez arrêté de fumer, combien en fumiez-vous au moment d'arrêter) _____ cigarettes par jour

13. À quelles occasions fumez-vous? (Cochez tous les choix applicables, même si vous avez arrêté de fumer)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Après les repas | <input type="checkbox"/> En regardant la télévision |
| <input type="checkbox"/> En voiture | <input type="checkbox"/> Le matin (routine café, journal) |
| <input type="checkbox"/> En utilisant l'ordinateur | <input type="checkbox"/> Lors de situations sociales (partys, pauses avec fumeurs, etc.) |
| <input type="checkbox"/> En parlant au téléphone | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

SECTION 4 : Tentatives d'abandon du tabagisme

14. Combien avez-vous fait de tentatives d'abandon à vie? (incluant celle en cours) _____

→ Si vous n'en avez fait aucune, passez à la section 5

15. Combien avez-vous fait de tentatives d'abandon au cours de la dernière année?
(incluant celle en cours) _____

16. Quelle est la date de la dernière tentative? _____ J _____ M _____ A

17. Quelle est la durée de la dernière tentative? _____ #J ou _____ #M ou _____ #A

18. Quelle est la durée de la tentative d'arrêt la plus longue? _____ #J ou _____ #M ou _____ #A

19. Quels sont les symptômes de sevrage ressentis lors de tentatives d'abandon antérieures et/ou actuelle?
(Cochez tous les choix applicables):

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Envie très forte de fumer | <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Maux de tête |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité, frustration, colère | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Difficulté de concentration | <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Toux |
| <input type="checkbox"/> Augmentation de l'appétit | <input type="checkbox"/> Constipation | |
| <input type="checkbox"/> Humeur dépressive | <input type="checkbox"/> Étourdissements | |
| <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ | | |

20. Quelles sont les méthodes utilisées pour cesser de fumer lors des tentatives d'abandon antérieures et/ou actuelle? (Cochez tous les choix applicables)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Timbres de nicotine | <input type="checkbox"/> Champix (varénicline) | <input type="checkbox"/> Lecture, consultation de sites Internet, etc. |
| <input type="checkbox"/> Gommes de nicotine | <input type="checkbox"/> Consultation avec un professionnel de la santé | <input type="checkbox"/> Acupuncture |
| <input type="checkbox"/> Inhalateur de nicotine | <input type="checkbox"/> Ligne téléphonique | <input type="checkbox"/> Laser |
| <input type="checkbox"/> Pastilles de nicotine | <input type="checkbox"/> Programme de groupe | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Zyban (bupropion) | | <input type="checkbox"/> Aucune méthode |
| <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ | | |

21. Identifiez les effets secondaires liés à l'utilisation antérieure et/ou actuelle des méthodes d'abandon.
(Cochez tous les choix applicables)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie aux timbres | <input type="checkbox"/> Douleur aux mâchoires | <input type="checkbox"/> Nausées |
| <input type="checkbox"/> Irritation cutanée | <input type="checkbox"/> Irritation de la bouche/gorge | <input type="checkbox"/> Maux de tête |
| <input type="checkbox"/> Cauchemars | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Humeur dépressive |
| <input type="checkbox"/> Sécheresse de la bouche | <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Étourdissements |
| <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ | | |

22. Quelles sont les causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures? (Cochez tous les choix applicables)

- Malaises physiques (maux de tête, toux) Gain de poids Incitation sociale (party, pause avec autres fumeurs, etc.)
 Irritabilité, dépression Pour retrouver le plaisir de fumer
 Situation ou événement stressant Manque d'appui de l'entourage Manque de motivation
 Ennui / solitude
 Autre (spécifiez) : _____

SECTION 5 : Dépendance

Veillez répondre à cette section même si vous avez arrêté de fumer.

23. Après mon réveil, je fume ma première cigarette dans les :

- 5 premières minutes 6 à 30 minutes suivantes 31 à 60 minutes suivantes plus de 60 minutes après mon réveil

24. Quelles situations s'appliquent à vous? (Cochez tous les choix applicables, même si vous avez arrêté de fumer)

- J'ai de la difficulté à m'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit.
 Je fume même lorsque je suis malade au point de rester au lit toute la journée.
 La première cigarette de la journée est la plus indispensable.
 Je fume plus pendant la matinée que pendant le reste de la journée.

25. Quelles phrases décrivent le mieux les raisons qui vous poussent à fumer? (Cochez tous les choix applicables, même si vous avez arrêté de fumer)

- Fumer me procure une détente, c'est une source de bien-être. Fumer me reconforte lors d'émotions.
 Je me sens seul. La cigarette est ma compagne, mon amie. Fumer me permet de contrôler mon appétit.
 Je me sens angoissé(e) à l'idée de cesser de fumer. J'aime fumer, c'est une source de plaisir
 Je fume pour gérer mon stress.
 Autre (spécifiez) : _____

SECTION 6 : Environnement et soutien**26. Y a-t-il des fumeurs dans votre entourage?**

- Non Oui, qui? → Conjoint(e) Collègue(s) de travail
 Enfant(s) Famille élargie (ex : beau-frère, tante, grands-parents, etc.)
 Colocataire(s) Ami(e)s
 Autre (spécifiez) : _____

27. À quel point est-ce difficile de résister à la tentation de fumer en compagnie d'autres fumeurs?

- Très difficile Assez difficile Peu difficile Pas du tout difficile

28. Votre entourage est-il favorable à votre décision de cesser de fumer?

- Oui Non Je ne sais pas

29. Qui pourrait vous soutenir ou vous parrainer dans votre démarche d'abandon du tabagisme? (Cochez tous les choix applicables)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conjoint(e) | <input type="checkbox"/> Collègue(s) de travail |
| <input type="checkbox"/> Enfant(s) | <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé (ex. : intervenant CAT, infirmière, médecin, etc.) spécifiez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ami(e)s | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Membre(s) de la famille élargie
(ex. : beau-frère, tante, grands-parents, etc.) | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

SECTION 7 : Habitudes de vie

30. À quelle fréquence faites-vous de l'activité physique pendant au moins 30 minutes? (dans le cadre des travaux domestiques, des transports, de votre travail et de vos loisirs)

- Tous les jours 3 à 6 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine Moins d'une fois par semaine

31. En général, quels repas prenez-vous dans une journée? (Cochez tous les choix applicables)

- Déjeuner Dîner Souper

32. Lesquels de ces produits consommez-vous à chaque jour et en quelle quantité? (Si vous ne consommez pas ces produits à chaque jour, indiquez votre consommation par semaine)

Produit	Par jour		Par semaine
<input type="checkbox"/> Café, thé	_____ tasses	ou	_____ tasses
<input type="checkbox"/> Boisson gazeuse	_____ verres	ou	_____ verres
<input type="checkbox"/> Bière	_____ bouteilles	ou	_____ bouteilles
<input type="checkbox"/> Vin	_____ verres	ou	_____ verres
<input type="checkbox"/> Spiritueux	_____ verres	ou	_____ verres
<input type="checkbox"/> Autre produit du tabac			
Spécifiez lequel : _____	_____ unités	ou	_____ unités
<input type="checkbox"/> Drogue			
Spécifiez laquelle : _____	_____ unités	ou	_____ unités

33. Êtes-vous préoccupé(e) par la prise de poids suite à l'abandon du tabagisme?

- Très préoccupé(e) Assez préoccupé(e) Peu préoccupé(e) Pas du tout préoccupé(e)

SECTION 8 : Motivation

34. Avez-vous déterminé une date d'arrêt?

- Oui → Quand? J M A
- Non → Pensez-vous cesser d'ici Les 30 prochains jours Les 6 prochains mois Je ne sais pas

35. Pour quelles raisons voulez-vous cesser de fumer? (Cochez tous les choix applicables)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Améliorer ma santé | <input type="checkbox"/> Recommandation de mon médecin | <input type="checkbox"/> Santé de l'entourage |
| <input type="checkbox"/> Crainte d'une maladie reliée | <input type="checkbox"/> Pression de la famille ou de l'entourage | <input type="checkbox"/> Raisons esthétiques |
| <input type="checkbox"/> Coût trop élevé du tabac | <input type="checkbox"/> Désir de ne plus être dépendant(e) | <input type="checkbox"/> Grossesse ou désir de grossesse |
| <input type="checkbox"/> Interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ | |

36. Quelle importance accordez-vous au fait de cesser de fumer?

- Très important Assez important Peu important Pas du tout important

37. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant(e) en votre capacité de réussir à cesser de fumer?

- Très confiant(e) Assez confiant(e) Peu confiant(e) Pas du tout confiant(e)

38. Pensez-vous utiliser une aide pharmacologique pour cesser de fumer?

- Non Je ne sais pas Oui → Laquelle? ↓
- Timbres de nicotine
 - Gommages de nicotine
 - Inhalateur de nicotine
 - Pastilles de nicotine
 - Zyban (bupropion)
 - Champix (varénicline)
 - Autre (spécifiez) : _____
 - Je n'ai pas encore choisi

SECTION 9 : Portrait médical

39. Avez-vous présentement des problèmes de santé? (Cochez tous les choix applicables)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire (angine, infarctus, arythmie) | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Ulcère de l'estomac ou du duodénum | <input type="checkbox"/> Convulsions |
| <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire (asthme, bronchite chronique, emphysème) | <input type="checkbox"/> Toxicomanie | <input type="checkbox"/> Anorexie / boulimie |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ | | <input type="checkbox"/> Atteinte hépatique |

40. Prenez-vous actuellement des médicaments, incluant des produits naturels (ex. : le millepertuis)?

- Non Oui, spécifiez → _____

41. Avez-vous des allergies?

- Non Oui, spécifiez → _____

42. Quel est votre poids actuel : _____ kg ou _____ lbs Ne sais pas / ne m'en souviens pas

43. Quelle est votre taille : _____ m _____ cm ou _____ pieds _____ pouces Ne sais pas / ne m'en souviens pas

Commentaires du/de la conseiller(ère) en abandon du tabagisme

Consentement obtenu : Oui Non Ne s'applique pas

Consentement pour l'utilisation du formulaire afin de dresser un portrait de la clientèle

Nous demandons votre permission pour transmettre ce formulaire d'information à l'Institut national de santé publique du Québec, mandaté par le Ministère de la Santé et des Services sociaux pour dresser un portrait de la clientèle qui utilise les services offerts dans les centres d'abandon du tabagisme.

Pour déterminer si les services rejoignent l'ensemble des fumeurs, nous effectuons une cueillette d'information sur la clientèle des centres d'abandon du tabagisme (renseignements sociodémographiques, habitudes tabagiques, historique des tentatives d'abandon, degré de dépendance à la cigarette, caractéristiques de l'environnement, habitudes de vie, motivation à cesser et portrait médical). Les Directions de santé publique régionales collaborent à cette cueillette. Votre participation est très importante pour avoir un portrait fiable des personnes qui ont recours aux services offerts dans les centres d'abandon du tabagisme.

Votre participation consiste à donner votre permission pour que le formulaire soit transmis à l'Institut via la Direction de santé publique régionale. Ceci se fera de façon **anonyme** et **confidentielle**. Votre nom n'apparaîtra pas sur le formulaire qui sera transmis et aucune information ne permettra de vous identifier personnellement.

Vous n'avez aucune obligation à accepter; si vous refusez, vous recevrez les mêmes services que si vous acceptez.

Personne responsable de la cueillette à l'INSPQ : Annie Montreuil (514) 864-1600 poste 3529

J'autorise le/la conseiller(ère) du centre d'abandon du tabagisme à transmettre une copie du formulaire à l'Institut national de santé publique du Québec (via la Direction de santé publique régionale) dans le but de dresser un portrait de la clientèle.

Nom *

Signature

Date

* Cette feuille avec votre nom ne sera pas transmise à l'INSPQ.

ANNEXE 3

TABLEAUX DES ANALYSES PAR GROUPE D'ÂGE, NIVEAU DE SCOLARITÉ, NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR, NIVEAU DE DÉPENDANCE ET NOMBRE DE TENTATIVES D'ABANDON

Tableau 14 Méthodes pour cesser de fumer lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

	Total	Moins de 25 ans (n = 64)	25 à 44 ans (n = 308)	45 à 64 ans (n = 700)	65 ans et plus (n = 187)
	%	%	%	%	%
Méthodes utilisées					
Aides pharmacologiques	80,5	51,6 ^b	80,5 ^a	83,1 ^a	81,3 ^a
Timbres de nicotine	70,6	39,1 ^{E, b}	73,7 ^a	72,0 ^a	71,7 ^a
Gommes de nicotine	29,3	12,5 ^F	29,2	29,0	34,7
Varénicline (Champix)	25,1	9,4 ^F	17,5 ^b	29,0 ^a	28,9 ^a
Bupropion (Zyban)	21,6	aaa	16,5 ^b	24,9 ^a	25,1
Consultation avec un professionnel de la santé	10,3	aaa	7,8 ^E	11,1	12,8 ^E
Lecture, consultation de sites internet	9,2	aaa	8,1 ^E	10,7	4,8 ^F
Méthodes alternatives	14,9	-	7,5 ^{E, b}	18,3 ^a	20,3 ^a

Univers : Clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon au cours de leur vie (n = 1 281). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des groupes d'âge car 22 clients n'ont pas indiqué leur âge.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

^{aaa} Le nombre de répondants servant à estimer la proportion dans cette cellule est inférieur à 5. En raison d'un risque de divulgation élevé, cette donnée n'est pas présentée.

Tableau 15 Méthodes pour cesser de fumer lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010

	Total	Primaire (n = 143)	Secondaire (n = 558)	Collégial (n = 245)	Universitaire (n = 194)
	%	%	%	%	%
Méthodes utilisées					
Aides pharmacologiques	80,5	74,1	80,5	85,3	79,4
Timbres de nicotine	70,6	64,3	70,1	75,9	69,6
Gommes de nicotine	29,3	32,2	28,0	27,8	29,9
Varénicline (Champix)	25,1	28,0	26,2	23,3	21,6
Bupropion (Zyban)	21,6	18,9 ^E	21,9	24,5	25,3
Consultation avec un professionnel de la santé	10,3	11,9 ^E	9,3	10,6 ^E	16,0 ^E
Lecture, consultation de sites internet	9,2	4,9 ^F	7,9 ^b	11,0 ^E	16,5 ^{E, a}
Méthodes alternatives	14,9	12,6 ^E	14,3	15,1 ^E	19,1

Univers : Clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon au cours de leur vie (n = 1 281). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon leur plus haut niveau de scolarité complété car 36 clients n'ont pas indiqué leur plus haut niveau de scolarité complété et 105 clients ont indiqué avoir complété un niveau de scolarité autre que primaire, secondaire, collégial ou universitaire.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 16 Méthodes pour cesser de fumer lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010

	Total	10 et moins par jour (n = 250)	11 à 20 par jour (n = 459)	Plus de 20 par jour (n = 559)
	%	%	%	%
Méthodes utilisées				
Aides pharmacologiques	80,5	71,6 ^b	80,8	83,9 ^a
Timbres de nicotine	70,6	62,4 ^b	68,4	75,7 ^a
Gommes de nicotine	29,3	27,2	30,1	29,5
Varénicline (Champix)	25,1	16,0 ^b	23,5	30,8 ^a
Bupropion (Zyban)	21,6	17,2	21,4	23,8
Consultation avec un professionnel de la santé	10,3	9,6 ^E	11,3	10,0
Lecture, consultation de sites internet	9,2	11,6 ^E	9,6	8,1
Méthodes alternatives	14,9	14,8 ^E	11,5 ^b	17,9 ^a

Univers : Clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon au cours de leur vie (n= 1281). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le nombre de cigarettes par jour car 13 clients n'ont pas indiqué le nombre de cigarettes fumées par jour.

^E coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 17 Méthodes pour cesser de fumer lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le niveau de dépendance à la cigarette, Québec, 2010

	Total	Score HSI : 0 à 2 sur 6 (n = 269)	Score HSI : 3 ou 4 sur 6 (n = 614)	Score HSI : 5 ou 6 sur 6 (n = 371)
	%	%	%	%
Méthodes utilisées				
Aides pharmacologiques ¹	80,5	73,2 ^b	82,7 ^a	82,2
Timbres de nicotine	70,6	64,3 ^b	71,0	74,7 ^a
Gommes de nicotine	29,3	29,7	29,4	29,1
Varénicline (Champix)	25,1	17,4 ^b	26,1 ^a	29,6 ^a
Bupropion (Zyban)	21,6	20,1	21,2	23,5
Consultation avec un professionnel de la santé	10,3	11,1 ^E	10,7	9,7 ^E
Lecture, consultation de sites internet	9,2	12,3 ^E	8,1	9,2 ^E
Méthodes alternatives ²	14,9	14,5	12,7	18,9

Univers : Clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon au cours de leur vie (n = 1 281). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le niveau de dépendance car 27 clients n'ont pas répondu à au moins une question nécessaire pour calculer le niveau de dépendance.

Note : La dépendance est mesurée à partir du *Heaviness of Smoking Index* (HSI; Heatherton *et al.*, 1989). Selon une recension de LeHouezec (2010), Fagerstrom interprète un score à l'échelle HSI de 0 à 2 comme un niveau de dépendance « très faible », un score de 3 ou 4 comme un niveau « faible à moyen », et 5 ou 6 comme une dépendance « forte à très forte ».

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 18 Causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

	Total	Moins de 25 ans (n = 64)	25 à 44 ans (n = 308)	45 à 64 ans (n = 700)	65 ans et plus (n = 187)
	%	%	%	%	%
Causes de rechute					
Situation ou événement stressant	47,6	40,6 ^E	51,6 ^a	50,3 ^a	34,2 ^b
Incitation sociale (party, pause)	35,5	51,6 ^a	47,1 ^a	32,4 ^b	23,5 ^b
Pour retrouver le plaisir de fumer	32,5	21,9 ^E	30,8	33,4	34,7
Manque de motivation	31,3	34,4 ^E	32,1	32,6	24,1
Irritabilité, dépression	23,3	31,3 ^E	22,4	24,4	17,6 ^E
Ennui, solitude	21,1	21,9 ^E	20,5	20,0	26,2
Gain de poids	12,0	^{aaa}	8,4 ^E	14,3	11,8 ^E
Manque d'appui de l'entourage	9,2	9,4 ^F	7,8 ^E	9,9	8,0 ^E

Univers : Clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon au cours de leur vie (n = 1 281). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des groupes d'âge car 22 clients n'ont pas indiqué leur âge.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

^{aaa} Le nombre de répondants servant à estimer la proportion dans cette cellule est inférieur à 5. En raison d'un risque de divulgation élevé, cette donnée n'est pas présentée.

Tableau 19 Causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010

	Total	Primaire (n = 143)	Secondaire (n = 558)	Collégial (n = 245)	Universitaire (n = 194)
	%	%	%	%	%
Causes de rechute					
Situation ou événement stressant	47,6	39,9	45,2 ^b	56,3 ^a	51,5
Incitation sociale (party, pause)	35,5	34,3	32,8	40,0	38,7
Pour retrouver le plaisir de fumer	32,5	32,2	32,3 ^b	29,0 ^b	44,8 ^a
Manque de motivation	31,3	26,6	29,7	35,9	34,0
Irritabilité, dépression	23,3	19,6 ^E	24,7	23,3	27,8
Ennui, solitude	21,1	18,2 ^E	21,3	22,0	20,6
Gain de poids	12,0	14,0 ^E	12,0	14,3 ^E	12,4 ^E
Manque d'appui de l'entourage	9,2	9,1 ^F	8,8	9,0 ^E	9,8 ^E

Univers : Clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon au cours de leur vie (n = 1 281). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon leur plus haut niveau de scolarité complété car 36 clients n'ont pas indiqué leur plus haut niveau de scolarité complété et 105 clients ont indiqué avoir complété un niveau de scolarité autre que primaire, secondaire, collégial ou universitaire.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 20 Causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010

	Total	10 et moins par jour (n = 250)	11 à 20 par jour (n = 459)	Plus de 20 par jour (n = 559)
	%	%	%	%
Causes de rechute				
Situation ou événement stressant	47,6	51,2	48,1	45,8
Incitation sociale (party, pause)	35,5	41,2	35,9	33,1
Pour retrouver le plaisir de fumer	32,5	34,4	30,5	33,5
Manque de motivation	31,3	26,0	32,7	32,9
Irritabilité, dépression	23,3	20,8	25,3	22,9
Ennui, solitude	21,1	20,8	23,5	19,3
Gain de poids	12,0	11,2 ^E	11,8	12,3
Manque d'appui de l'entourage	9,2	8,8 ^E	8,7 ^E	10,0

Univers : Clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon au cours de leur vie (n = 1 281). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le nombre de cigarettes par jour car 13 clients n'ont pas indiqué le nombre de cigarettes fumées par jour.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau 21 Causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures parmi les clients des CAT qui ont fait au moins une tentative à vie, selon le niveau de dépendance, Québec, 2010

	Total	Score HSI : 0 à 2 sur 6 (n = 269)	Score HSI : 3 ou 4 sur 6 (n = 614)	Score HSI : 5 ou 6 sur 6 (n = 371)
	%	%	%	%
Causes de rechute				
Situation ou événement stressant	47,6	53,1	48,2	42,6
Incitation sociale (party, pause)	35,5	39,8 ^a	38,0 ^a	28,6 ^b
Pour retrouver le plaisir de fumer	32,5	32,7	30,8	35,8
Manque de motivation	31,3	29,0	32,6	31,5
Irritabilité, dépression	23,3	23,8	23,8	22,4
Ennui, solitude	21,1	21,9	21,2	20,7
Gain de poids	12,0	14,5	10,3	13,2
Manque d'appui de l'entourage	9,2	8,2 ^E	9,3	10,2 ^E

Univers : Clients des CAT qui ont fait au moins une tentative d'abandon au cours de leur vie (n = 1 281). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le niveau de dépendance car 27 clients n'ont pas répondu à au moins une question nécessaire pour calculer le niveau de dépendance.

Note : La dépendance est mesurée à partir du *Heaviness of Smoking Index* (HSI; Heatherton *et al.*, 1989). Selon une recension de LeHouezec (2010), Fagerstrom interprète un score à l'échelle HSI de 0 à 2 comme un niveau de dépendance « très faible », un score de 3 ou 4 comme un niveau « faible à moyen », et 5 ou 6 comme une dépendance « forte à très forte ».

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 22 Présence de fumeurs dans l'entourage et entourage favorable à la décision de cesser de fumer parmi des clients des CAT, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

	Total	Moins de 25 ans (n = 80)	25 à 44 ans (n = 346)	45 à 64 ans (n = 785)	65 ans et plus (n = 212)
	%	%	%	%	%
Présence de fumeurs dans l'entourage					
Oui	77,8	91,3 ^a	85,5 ^a	76,4 ^b	65,6 ^c
A domicile (conjoint, enfant, colocataire)	39,9	40,0	37,0	40,6	41,0
Au travail, dans la famille élargie, parmi les amis	63,6	92,5 ^a	78,3 ^b	60,9 ^c	40,6 ^d
Entourage favorable à la décision de cesser de fumer					
Oui	89,1	86,3	91,3	88,5	89,2

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des groupes d'âge car 23 clients n'ont pas indiqué leur année de naissance.

^{a, b, c, d} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 23 Présence de fumeurs dans l'entourage et entourage favorable à la décision de cesser de fumer parmi des clients des CAT, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010

	Total	Primaire (n = 163)	Secondaire (n = 638)	Collégial (n = 270)	Universitaire (n = 217)
	%	%	%	%	%
Présence de fumeurs dans l'entourage					
Oui	77,8	75,0	80,3	73,3	75,6
À domicile (conjoint, enfant, colocataire)	39,9	39,0	43,6 ^a	40,4	29,0 ^b
Au travail, dans la famille élargie, parmi les amis	63,6	64,0	63,9	61,1	64,1
Entourage favorable à la décision de cesser de fumer					
Oui	89,1	82,3	90,0	90,0	90,3

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le plus haut niveau de scolarité complété car 41 clients n'ont pas indiqué leur plus haut niveau de scolarité complété et 116 clients ont indiqué avoir complété un niveau de scolarité autre que primaire, secondaire, collégial ou universitaire.

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 24 Présence de fumeurs dans l'entourage et entourage favorable à la décision de cesser de fumer parmi des clients des CAT, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010

	Total	10 et moins par jour (n = 282)	11 à 20 par jour (n = 516)	Plus de 20 par jour (n = 617)
	%	%	%	%
Présence de fumeurs dans l'entourage				
Oui	77,8	75,9	79,1	78,8
A domicile (conjoint, enfant, colocataire)	39,9	35,5	39,3	42,6
Au travail, dans la famille élargie, parmi les amis	63,6	62,1	66,7	63,2
Entourage favorable à la décision de cesser de fumer				
Oui	89,1	89,7	88,7	89,0

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le nombre de cigarettes fumées par jour car 31 clients n'ont pas indiqué le nombre de cigarettes fumées par jour.

Tableau 25 Consommation quotidienne de café et d'alcool des clients des CAT, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

	Total	Moins de 25 ans (n = 80)	25 à 44 ans (n = 346)	45 à 64 ans (n = 785)	65 ans et plus (n = 212)
	%	%	%	%	%
Consommation de café					
Moins de 5 cafés par jour	66,4	57,5 ^b	66,5 ^b	63,9 ^b	77,4 ^a
5 cafés ou plus par jour	22,2	aaa	17,6 ^b	28,0 ^a	16,0 ^{E, b}
Consommation d'alcool					
2 verres ou moins par jour	33,3	32,5	37,9	33,0	29,2
Plus de 2 verres par jour	7,3	aaa	5,2 ^F	8,9	5,2 ^F

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des groupes d'âge car 23 clients n'ont pas indiqué leur année de naissance.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

^{aaa} Le nombre de répondants servant à estimer la proportion dans cette cellule est inférieur à 5. En raison d'un risque de divulgation élevé, cette donnée n'est pas présentée.

Tableau 26 Consommation quotidienne de café et d'alcool des clients des CAT, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010

	Total	Primaire (n = 163)	Secondaire (n = 638)	Collégial (n = 270)	Universitaire (n = 217)
	%	%	%	%	%
Consommation de café					
Moins de 5 cafés par jour	66,4	63,4	63,3 ^b	66,7	75,1 ^a
5 cafés ou plus par jour	22,2	25,0	25,5 ^a	21,1	13,8 ^{E, b}
Consommation d'alcool					
2 verres ou moins par jour	33,3	17,7 ^{E, c}	29,8 ^b	42,6 ^a	44,7 ^a
Plus de 2 verres par jour	7,3	6,2 ^F	6,1 ^{E, b}	8,1 ^E	12,4 ^{E, a}

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le plus haut niveau de scolarité complété car 41 clients n'ont pas indiqué leur plus haut niveau de scolarité complété et 116 clients ont indiqué avoir complété un niveau de scolarité autre que primaire, secondaire, collégial ou universitaire.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{a, b, c} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 27 Consommation quotidienne de café et d'alcool des clients des CAT, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010

	Total	10 et moins par jour (n = 282)	11 à 20 par jour (n = 516)	Plus de 20 par jour (n = 617)
	%	%	%	%
Consommation de café				
Moins de 5 cafés par jour	66,4	78,0 ^a	67,1 ^b	62,1 ^b
5 cafés ou plus par jour	22,2	9,2 ^{E, c}	20,1 ^b	29,2 ^a
Consommation d'alcool				
2 verres ou moins par jour	33,3	36,9	37,8 ^a	28,4 ^b
Plus de 2 verres par jour	7,3	4,6 ^F	7,5 ^E	7,9

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le nombre de cigarettes fumées par jour car 31 clients n'ont pas indiqué le nombre de cigarettes fumées par jour.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{a, b, c} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 28 Raisons de cesser de fumer parmi les clients des CAT, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

	Total	Moins de 25 ans (n = 80)	25 à 44 ans (n = 346)	45 à 64 ans (n = 785)	65 ans et plus (n = 212)
	%	%	%	%	%
Raisons de cesser de fumer					
Améliorer sa santé	89,3	88,7	87,3	90,9	87,3
Désir de ne plus être dépendant	67,2	67,5	71,1 ^a	68,3 ^a	57,1 ^b
Crainte d'une maladie reliée	49,2	43,7	47,1	51,6	45,3
Recommandation du médecin	42,0	20,0 ^{E, c}	23,1 ^c	47,3 ^b	60,8 ^a
Coût trop élevé du tabac	41,8	67,5 ^a	46,8 ^b	40,0 ^b	28,8 ^c
Santé de l'entourage	30,3	36,3	37,0 ^a	28,4 ^b	22,2 ^b
Pression de la famille ou entourage	24,2	21,3 ^E	24,0	24,5	23,1
Raisons esthétiques	18,3	17,5 ^E	22,8 ^a	17,7	12,3 ^{E, b}
Interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail	14,7	8,7 ^F	12,7	16,6	13,2 ^E

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des groupes d'âge car 23 clients n'ont pas indiqué leur année de naissance.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{a, b, c} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 29 Raisons de cesser de fumer parmi les clients des CAT, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010

	Total	Primaire (n = 164)	Secondaire (n = 638)	Collégial (n = 270)	Universitaire (n = 217)
	%	%	%	%	%
Raisons de cesser de fumer					
Améliorer sa santé	89,3	90,2	91,1	88,5	88,0
Désir de ne plus être dépendant	67,2	54,3 ^c	66,8 ^b	75,5 ^a	75,1 ^{a, b}
Crainte d'une maladie reliée	49,2	40,9 ^b	49,5	53,0	58,5 ^a
Recommandation du médecin	42,0	46,3	45,1	38,9	37,3
Coût trop élevé du tabac	41,8	42,7	42,0	41,9	40,5
Santé de l'entourage	30,3	31,1	34,0 ^a	32,6 ^a	19,3 ^b
Pression de la famille ou entourage	24,2	17,7 ^{E, b}	26,5	22,6	30,9 ^a
Raisons esthétiques	18,3	14,0 ^E	17,2	23,7	22,6
Interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail	14,7	12,8 ^E	15,8	16,7	12,9 ^E

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le plus haut niveau de scolarité complété car 41 clients n'ont pas indiqué leur plus haut niveau de scolarité complété et 116 clients ont indiqué avoir complété un niveau de scolarité autre que primaire, secondaire, collégial ou universitaire.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^{a, b, c} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 30 Raisons de cesser de fumer parmi les clients des CAT, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010

	Total	10 et moins par jour (n = 282)	11 à 20 par jour (n = 516)	Plus de 20 par jour (n = 617)
	%	%	%	%
Raisons de cesser de fumer				
Améliorer sa santé	89,3	87,6	87,2 ^b	92,9 ^a
Désir de ne plus être dépendant	67,2	70,2	67,2	67,1
Crainte d'une maladie reliée	49,2	46,8	54,7	47,2
Recommandation du médecin	42,0	36,9 ^b	38,9 ^b	47,5 ^a
Coût trop élevé du tabac	41,8	38,7	41,9	43,9
Santé de l'entourage	30,3	26,2	33,3	30,1
Pression de la famille ou entourage	24,2	24,5	26,3	22,4
Raisons esthétiques	18,3	22,7	19,4	15,7
Interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail	14,7	12,8 ^E	12,6	17,8

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le nombre de cigarettes fumées par jour car 31 clients n'ont pas indiqué le nombre de cigarettes fumées par jour.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^{a, b, c} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 31 Raisons de cesser de fumer parmi les clients des CAT, selon le nombre de tentatives d'abandon, Québec, 2010

	Total	0 à 2 tentatives (n = 452)	3 ou 4 tentatives (n = 450)	5 tentatives ou plus (n = 449)
	%	%	%	%
Raisons de cesser de fumer				
Améliorer sa santé	89,3	84,9 ^b	92,4 ^a	92,9 ^a
Désir de ne plus être dépendant	67,2	61,1 ^b	69,8	72,6 ^a
Crainte d'une maladie reliée	49,2	46,5	49,5	54,8
Recommandation du médecin	42,0	39,8	39,3	46,8
Coût trop élevé du tabac	41,8	42,3	42,0	42,3
Santé de l'entourage	30,3	30,5	33,1	29,4
Pression de la famille ou entourage	24,2	23,7	22,7	26,5
Raisons esthétiques	18,3	17,9	17,5	20,5
Interdiction de fumer dans es lieux publics et de travail	14,7	11,5	16,0	16,9

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le nombre de tentatives d'abandon car 95 clients n'ont pas indiqué s'ils avaient déjà fait une tentative d'abandon du tabac.

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 32 Problèmes de santé déclarés par les clients des CAT, selon le groupe d'âge, Québec, 2010

	Total	Moins de 25 ans (n = 80)	25 à 44 ans (n = 346)	45 à 64 ans (n = 785)	65 ans et plus (n = 212)
	%	%	%	%	%
Problèmes de santé					
Maladies cardiovasculaires	16,3	aaa	5,2 ^{E, c}	18,2 ^b	33,0 ^a
Hypertension artérielle	24,6	aaa	9,5 ^{E, c}	29,0 ^b	42,0 ^a
Maladies respiratoires	29,1	22,5 ^E	15,3 ^c	30,8 ^b	47,6 ^a
Diabète	11,1	aaa	4,9 ^{E, b}	13,0	17,9 ^a
Dépression	17,1	8,7 ^F	15,3	20,5 ^a	10,4 ^{E, b}

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des groupes d'âge car 23 clients n'ont pas indiqué leur année de naissance.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

^{a, b, c} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

^{aaa} Le nombre de répondants servant à estimer la proportion dans cette cellule est inférieur à 5. En raison d'un risque de divulgation élevé, cette donnée n'est pas présentée.

Tableau 33 Problèmes de santé déclarés par les clients des CAT, selon le plus haut niveau de scolarité complété, Québec, 2010

	Total	Primaire (n = 164)	Secondaire (n = 638)	Collégial (n = 270)	Universitaire (n = 217)
	%	%	%	%	%
Problèmes de santé					
Maladies cardiovasculaires	16,3	26,2 ^a	17,9 ^{a, b}	8,9 ^{E, c}	11,1 ^{E, b, c}
Hypertension artérielle	24,6	29,9 ^a	26,5 ^a	17,4 ^b	21,2 ^a
Maladies respiratoires	29,1	43,3 ^a	31,7 ^b	20,4 ^c	18,9 ^c
Diabète	11,1	19,5 ^{E, a}	11,3 ^b	6,3 ^{E, b}	7,8 ^{E, b}
Dépression	17,1	18,3 ^E	17,1	15,5	17,1

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le plus haut niveau de scolarité complété car 41 clients n'ont pas indiqué leur plus haut niveau de scolarité complété et 116 clients ont indiqué avoir complété un niveau de scolarité autre que primaire, secondaire, collégial ou universitaire.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^{a, b, c} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.

Tableau 34 Problèmes de santé déclarés par les clients des CAT, selon le nombre de cigarettes fumées par jour, Québec, 2010

	Total	10 et moins par jour (n = 282)	11 à 20 par jour (n = 516)	Plus de 20 par jour (n = 617)
	%	%	%	%
Problèmes de santé				
Maladies cardiovasculaires	16,3	16,7	14,3	17,5
Hypertension artérielle	24,6	21,3 ^b	20,3 ^b	29,7 ^a
Maladies respiratoires	29,1	23,7 ^b	25,8 ^b	33,5 ^a
Diabète	11,1	8,1 ^{E, b}	8,3 ^b	15,1 ^a
Dépression	17,1	12,8 ^{E, b}	15,5	20,4 ^a

Univers : Clients des CAT (n = 1 446). Le nombre total de clients est supérieur à la somme des clients selon le nombre de cigarettes fumées par jour car 31 clients n'ont pas indiqué le nombre de cigarettes fumées par jour.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^{a, b} Sur une même ligne, 2 proportions qui ne partagent pas le même indice diffèrent significativement l'une de l'autre au seuil de $p < 0,05$ selon les intervalles de confiance 95 %. Deux proportions qui partagent un indice, ou qui ont une lettre de l'indice en commun, ne diffèrent pas l'une de l'autre. Les proportions sans indices ne sont pas différentes des proportions avec indices et des autres proportions sans indice.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

