

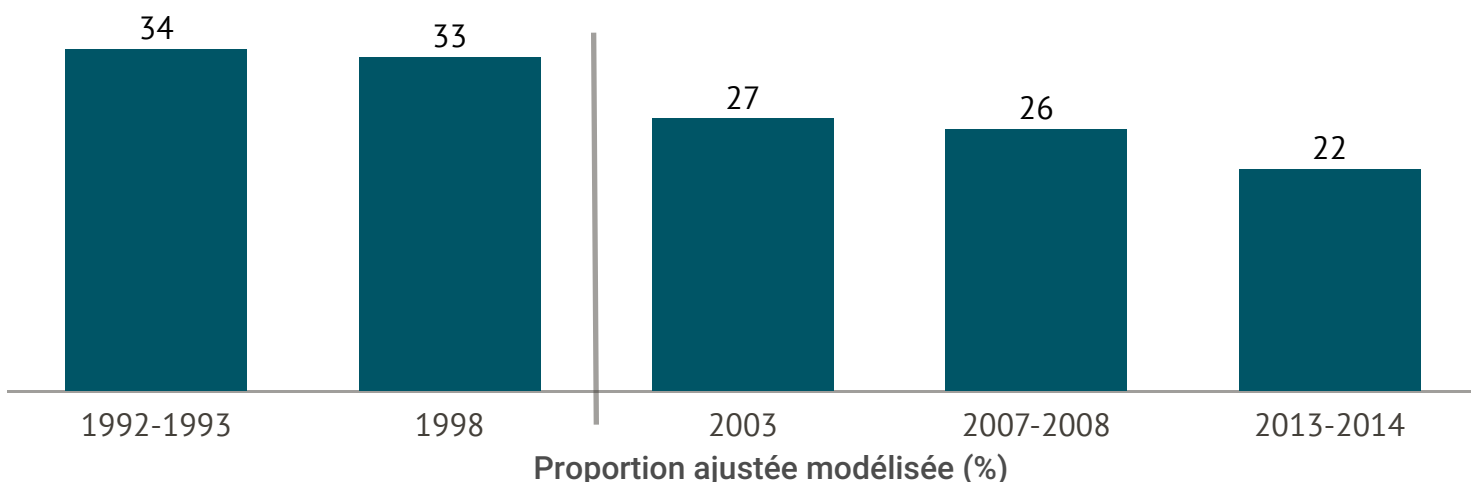
## LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ AU QUÉBEC

# Le tabagisme chez les adultes



Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable et d'années de vie perdues en bonne santé au Québec<sup>1</sup>. La proportion de fumeurs quotidiens est légèrement plus élevée au Québec qu'au Canada (24 % vs 21 %)<sup>2</sup>. Les inégalités sociales en matière de tabagisme sont influencées par les déterminants socioéconomiques<sup>3</sup>. Les personnes désavantagées socialement et économiquement sont plus susceptibles de s'initier au tabagisme, fument plus longtemps, vivent plus d'échecs lorsqu'elles tentent de cesser de fumer, sont davantage exposées à la fumée de tabac dans l'environnement et meurent plus souvent de façon prématurée<sup>4,5,6,7,8,9</sup>.

### Au Québec, la proportion d'adultes qui fument a diminué depuis le début des années 1990.



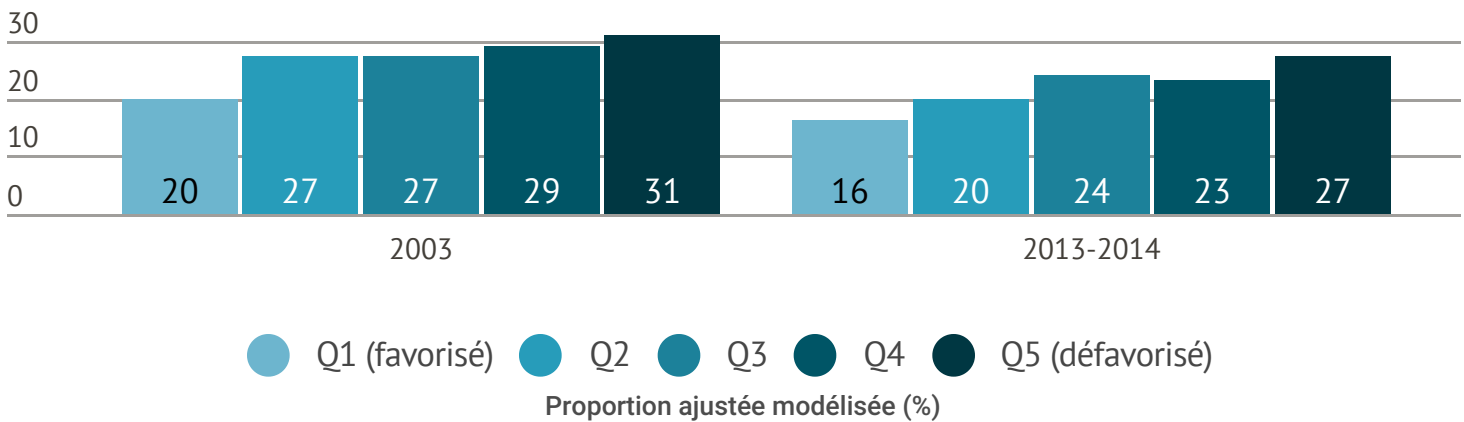
### Le Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec (SSISSQ)

À l'instar de plusieurs pays, le Québec s'est doté d'une stratégie et d'indicateurs pour recueillir de l'information permettant le suivi des inégalités sociales de santé (ISS). C'est dans ce cadre que le SSISSQ a été mis en place. Les mesures d'inégalité proposées pour les indicateurs de santé retenus dans le système permettent de dresser un portrait actuel des ISS et d'en faire le suivi systématique dans le temps pour l'ensemble du Québec, des zones géographiques et des régions sociosanitaires. Ces informations peuvent notamment être utilisées pour soutenir l'élaboration de politiques et de programmes de santé publique visant à réduire les ISS ou à améliorer l'état de santé de la population.

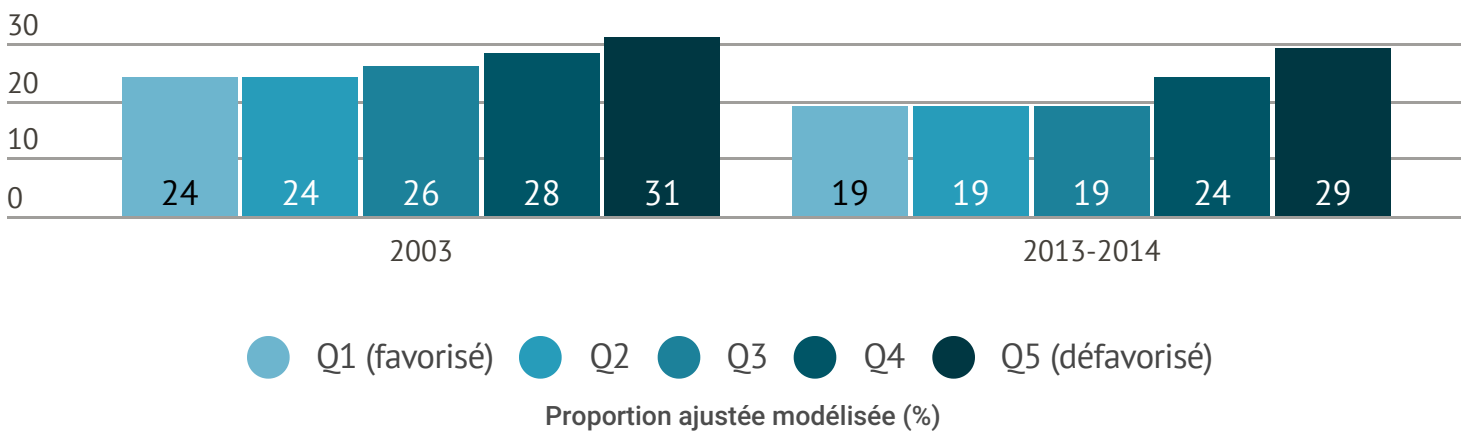
# LE TABAGISME SELON LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

La proportion de fumeurs augmente avec la défavorisation matérielle et la défavorisation sociale en 2003 et en 2013-2014. Elle a cependant diminué entre les deux périodes dans la plupart des quintiles de défavorisation.

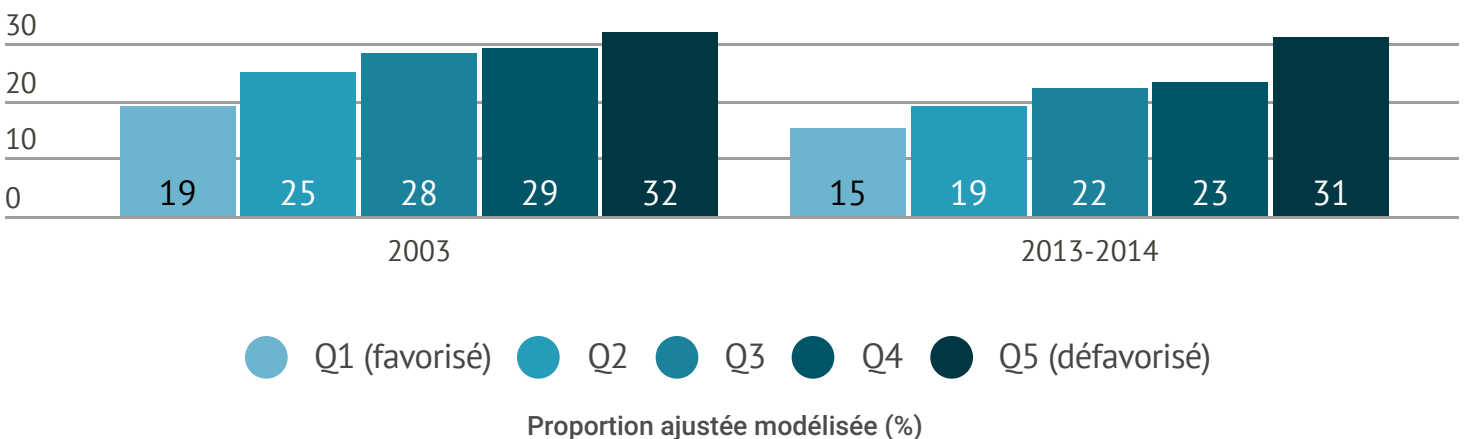
## Défavorisation matérielle



## Défavorisation sociale



## Défavorisation matérielle et sociale



# LES INÉGALITÉS SELON LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

## Fraction attribuable dans la population

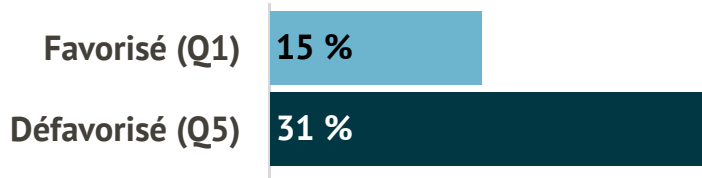
**32 %**

C'est la réduction potentielle du tabagisme si l'ensemble de la population avait la prévalence du tabagisme du groupe le plus favorisé, en 2013-2014.

## Nombre de cas attribuables dans la population

Cela correspondrait à une diminution de **425 000 fumeurs**.

## Différence



En 2013-2014, le groupe défavorisé présente **16 fumeurs de plus (pour 100)** que le groupe favorisé.

## a/b Ratio

**2,0** Groupe défavorisé (Q5)

**1** Groupe favorisé (Q1)

En 2013-2014, la proportion de fumeurs du groupe défavorisé est 2 fois celle du groupe favorisé.

## Pourcentage tiré de l'indice de concentration

**10 %**

En 2013-2014, on note une concentration du tabagisme dans les groupes les plus défavorisés. L'excédent observé est égal à 10 % des fumeurs dans l'ensemble de la population.

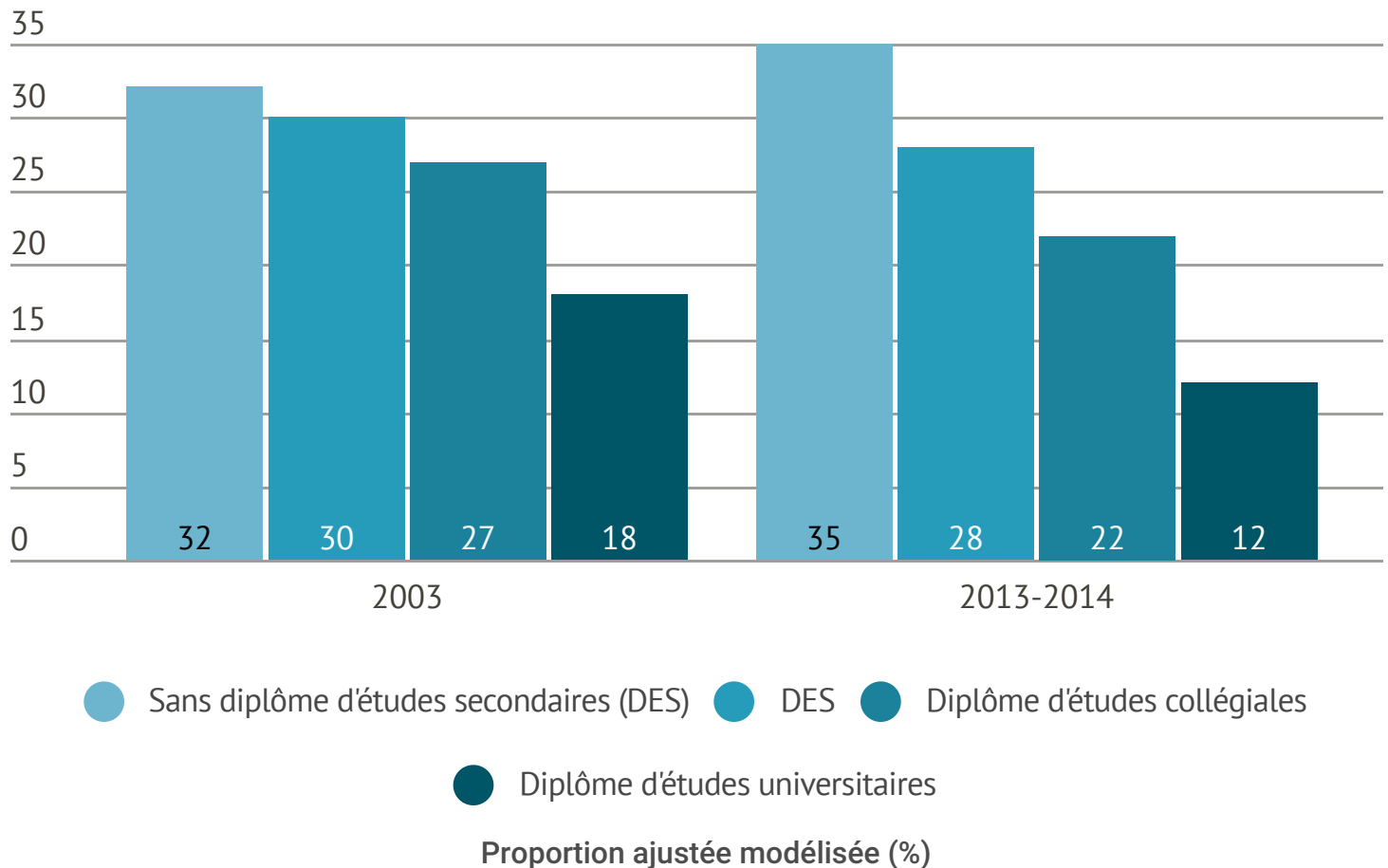
# LES INÉGALITÉS SELON LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE ONT-ELLES AUGMENTÉ ?



Bien qu'on observe la présence d'inégalités sociales de tabagisme, on ne peut conclure à une variation temporelle entre 2003 et 2013-2014 de ces inégalités selon la défavorisation matérielle et sociale et ce, peu importe la mesure d'inégalité utilisée. Cela suggère que les inégalités persistent dans le temps.

# LE TABAGISME SELON LA SCOLARITÉ

La proportion de fumeurs diminue lorsqu'on se déplace du groupe le moins scolarisé au groupe le plus scolarisé. Entre 2003 et 2013-2014, cette proportion a diminué chez les groupes plus scolarisés (-18 %, diplôme d'études collégiales ; -31 %, diplôme d'études universitaires).



## LES INÉGALITÉS SELON LA SCOLARITÉ

### Fraction attribuable dans la population

**48%**

C'est la réduction potentielle du tabagisme si l'ensemble de la population avait la prévalence du tabagisme du groupe le plus scolarisé, en 2013-2014.

### Nombre de cas attribuables dans la population

Cela correspondrait à une diminution de **640 000 fumeurs**.



## Différence

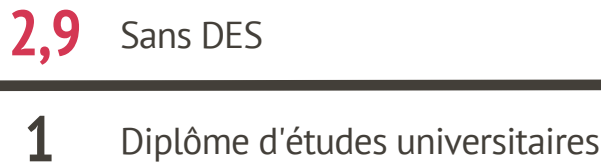


En 2013-2014, le groupe sans DES présente **23 fumeurs de plus (pour 100)** que le groupe ayant un diplôme universitaire.



L'écart de fumeurs entre les personnes ayant un diplôme universitaire et celles sans DES a augmenté entre 2003 (15 % – donnée non illustrée) et 2013-2014 (23 %).

## a/b Ratio



En 2013-2014, la proportion de fumeurs du groupe sans DES est près de 3 fois celle du groupe ayant un diplôme d'études universitaires.



Le ratio de fumeurs entre les personnes ayant un diplôme universitaire et celles sans DES a augmenté entre 2003 (1,9 – donnée non illustrée) et 2013-2014 (2,9).



## Pourcentage tiré de l'indice de concentration

**14%**

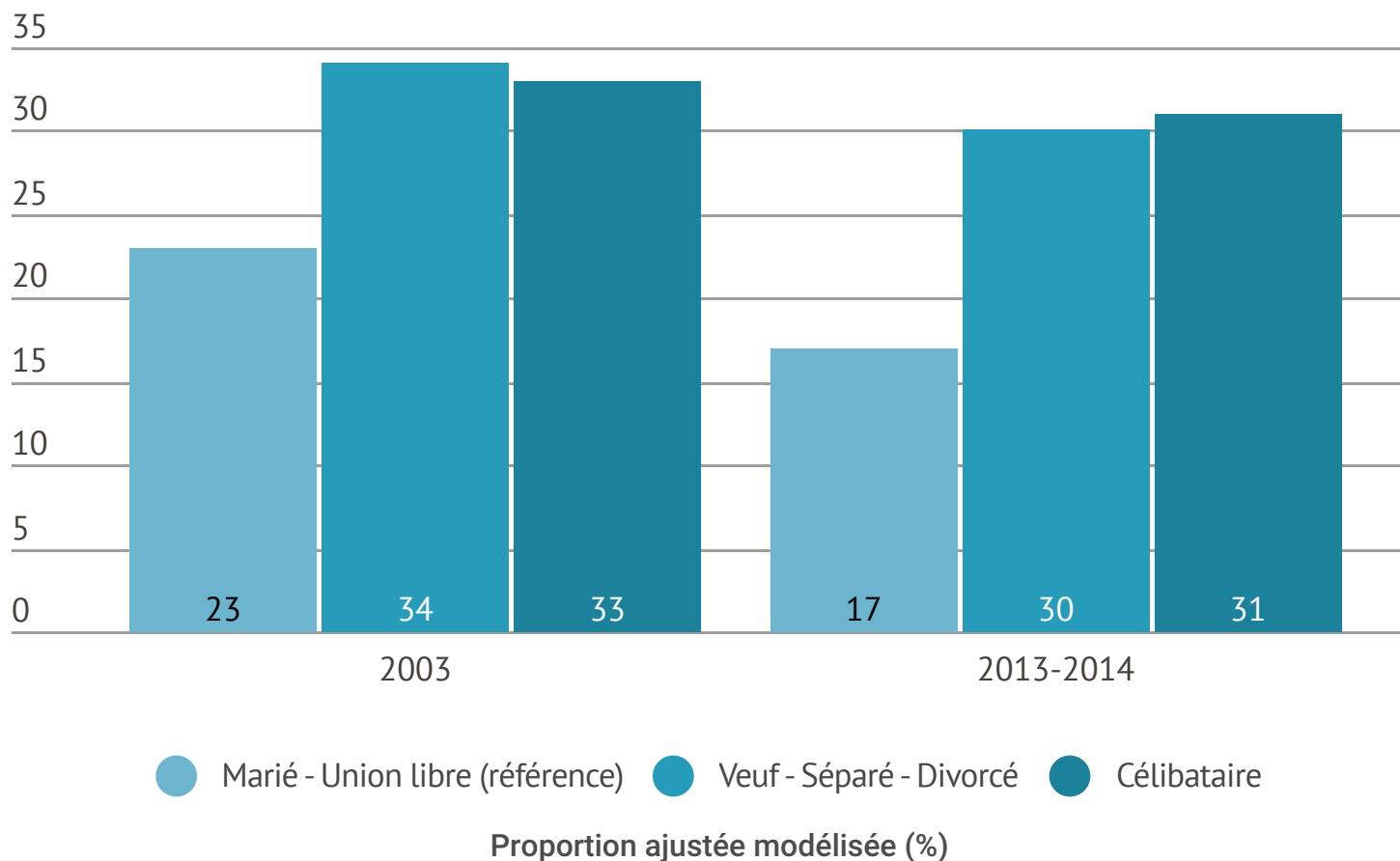
En 2013-2014, on note une concentration du tabagisme dans les groupes les moins scolarisés. L'excédent observé est égal à 14 % des fumeurs dans l'ensemble de la population.



L'excédent de fumeurs dans les groupes les moins scolarisés est passé de 7 % (donnée non illustrée) à 14 % entre 2003 et 2013-2014.

# LE TABAGISME SELON LE STATUT MATRIMONIAL

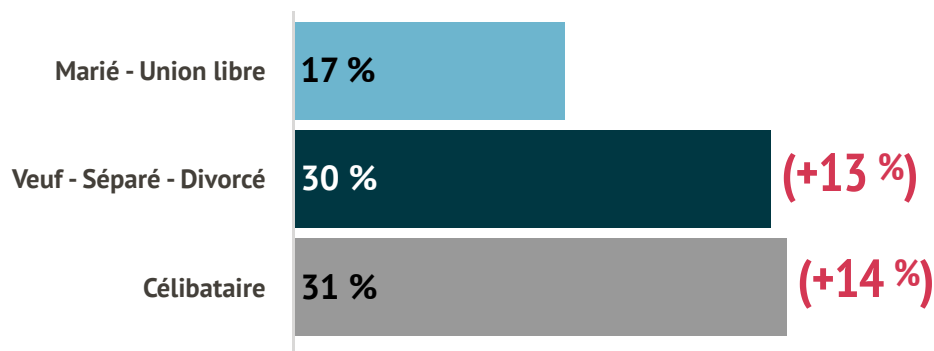
Entre 2003 et 2013-2014, la proportion de fumeurs a diminué dans toutes les catégories du statut matrimonial. Elle a diminué chez les personnes mariées-union libre (-26 %), catégorie où elle était déjà la plus faible.



# LES INÉGALITÉS SELON LE STATUT MATRIMONIAL



## Différence



En 2013-2014, on observe **13 et 14 fumeurs de plus (pour 100)** respectivement chez les personnes veuves-séparées-divorcées et les personnes célibataires que chez les personnes mariées-union libre.



L'écart de fumeurs entre les personnes célibataires et les personnes mariées-union libre a augmenté entre 2003 (10 % – donnée non illustrée) et 2013-2014 (14 %).



Bien qu'on observe la présence d'inégalités, on ne peut conclure à une variation temporelle entre 2003 et 2013-2014 des inégalités sociales de tabagisme entre les personnes veuves-séparées-divorcées et les personnes mariées-union libre. Cela suggère que les inégalités persistent dans le temps.

## a/b Ratio

**1,7** Veuf - Séparé - Divorcé

**1** Marié - Union libre

**1,8** Célibataire

**1** Marié - Union libre

En 2013-2014, les proportions de fumeurs chez les personnes veuves-séparées-divorcées et les personnes célibataires sont respectivement 1,7 et 1,8 fois celle des personnes mariées-union libre.



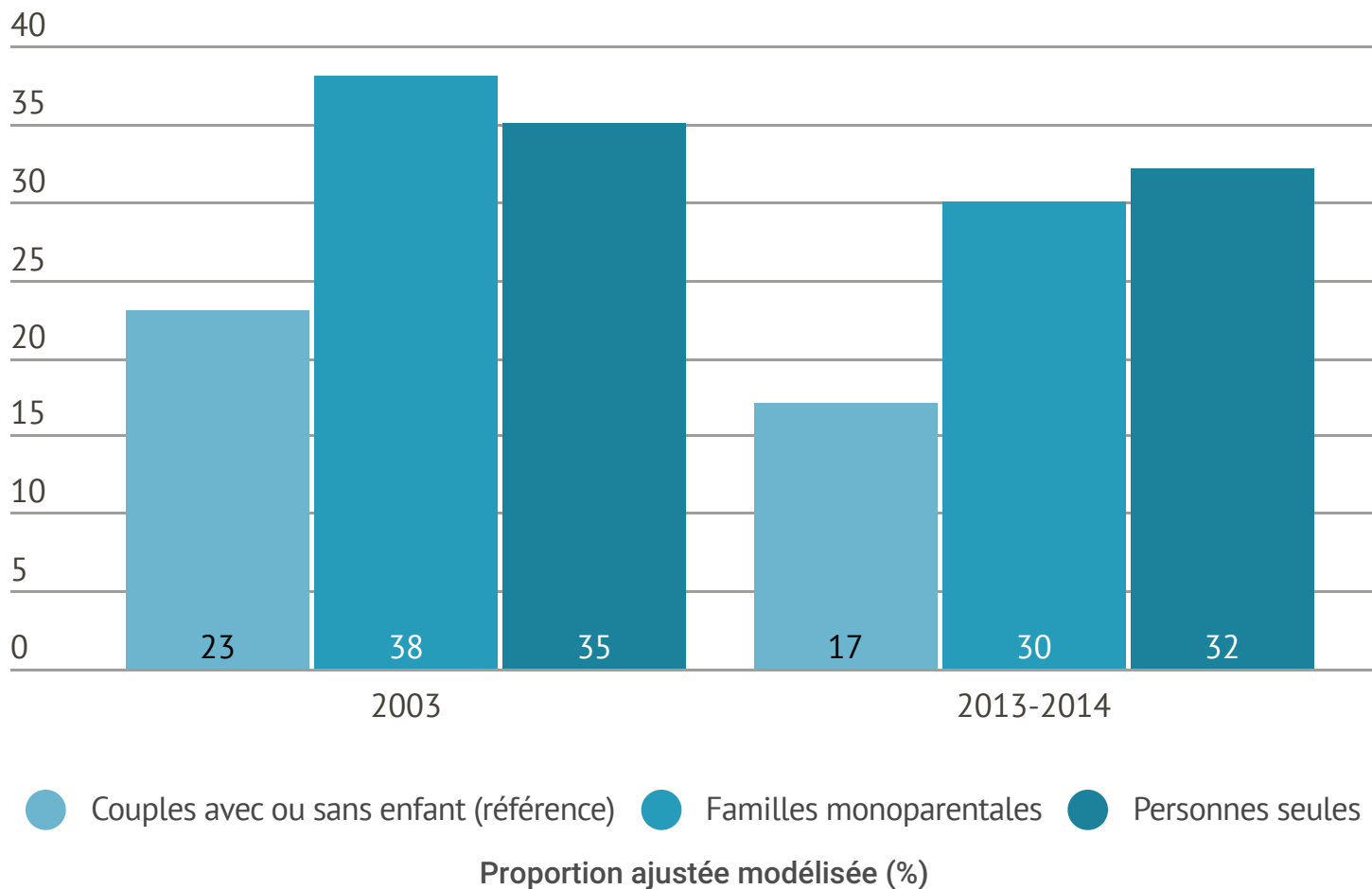
Le ratio de fumeurs entre les personnes célibataires et les personnes mariées-union libre a augmenté entre 2003 (1,4 – donnée non illustrée) et 2013-2014 (1,8).



Bien qu'on observe la présence d'inégalités, on ne peut conclure à une variation temporelle entre 2003 et 2013-2014 des inégalités sociales de tabagisme entre les personnes veuves-séparées-divorcées et les personnes mariées-union libre. Cela suggère que les inégalités persistent dans le temps.

# LE TABAGISME SELON LA STRUCTURE FAMILIALE

Entre 2003 et 2013-2014, la proportion de fumeurs a diminué dans toutes les catégories de ménages. Elle a diminué chez les couples avec ou sans enfants (-23 %), catégorie où elle était déjà la plus faible, et chez les familles monoparentales (-20 %).

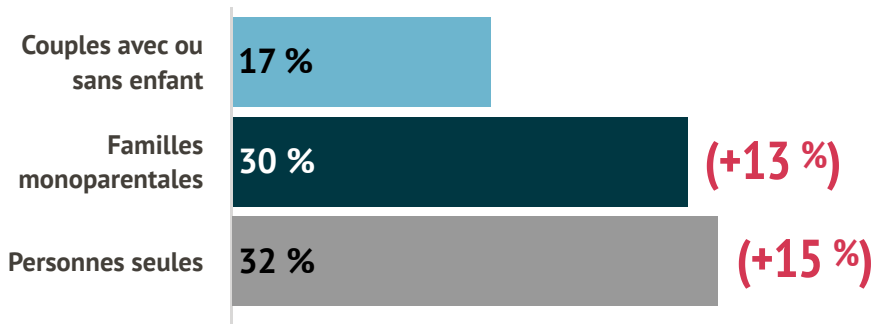




# LES INÉGALITÉS SELON LA STRUCTURE FAMILIALE



## Différence



En 2013-2014, on observe **13 et 15 fumeurs de plus (pour 100)** respectivement dans les familles monoparentales et chez les personnes seules comparativement aux couples avec ou sans enfant.



Bien qu'on observe des inégalités entre les familles monoparentales, les personnes seules et la catégorie de référence (couples avec ou sans enfants), on ne peut conclure à une variation temporelle entre 2003 et 2013-2014 de l'écart de fumeurs entre les catégories de la structure familiale.

## a/b Ratio

**1,7** Familles monoparentales

**1** Couples avec ou sans enfant

**1,8** Personnes seules

**1** Couples avec ou sans enfant

En 2013-2014, les proportions de fumeurs dans les familles monoparentales et chez les personnes seules sont respectivement 1,7 et 1,8 fois celles des couples avec ou sans enfant.



Le ratio entre les fumeurs vivant seuls et ceux provenant de couples avec ou sans enfants a augmenté entre 2003 (1,6 – donnée non illustrée) et 2013-2014 (1,8).



Bien qu'on observe des inégalités, on ne peut conclure à une variation temporelle entre 2003 et 2013-2014 du ratio entre les fumeurs provenant de familles monoparentales et de couples avec ou sans enfants.

# QUEL SERAIT L'IMPACT D'UNE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES EN MATIÈRE DE TABAGISME?

Les résultats présentés ici montrent que des progrès dans la lutte au tabagisme sont toujours possibles. Par exemple, en ayant pour cible la prévalence du tabagisme des personnes les plus scolarisées (12 % en 2013-2014), il serait possible de diminuer la prévalence du tabagisme de l'ensemble de la population de 10 points de pourcentage, soit de 22 % à 12 %.

## À RETENIR

- ✓ Au Québec en 2013-2014, des inégalités en matière de tabagisme sont observées selon la défavorisation, la scolarité, le statut matrimonial et la structure familiale.
- ✓ Globalement, les mesures montrent une tendance à la hausse des inégalités sociales de tabagisme depuis le début des années 2000 pour l'ensemble du Québec.
- ✓ L'augmentation des inégalités résulte de la diminution plus importante du tabagisme dans les groupes les plus avantagés sur le plan socioéconomique.
- ✓ Les taux de tabagisme plus élevés observés chez les groupes les plus défavorisés, les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, les célibataires et les personnes vivant seules indiquent un potentiel de réduction du nombre de fumeurs pour l'ensemble de la population.

# Source de données

Infocentre de santé publique du Québec, Onglet du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique), Inégalités sociales de santé. Consulté le 8 mai 2018.

## Références

- <sup>1</sup> Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Taylor, B. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*. Repéré sur le site du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011333-2006.pdf>
- <sup>2</sup> Outil de données sur les inégalités en santé, Agence de la santé publique du Canada, En ligne : <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/data-tool/?l=fra>, consulté le 9 septembre 2018.
- <sup>3</sup> Lasnier, B., Leclerc, B.-S. et Hamel, D. (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Repéré sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec: [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1487\\_ISSTabagExpoFumeeTabacEnviroQc.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1487_ISSTabagExpoFumeeTabacEnviroQc.pdf)
- <sup>4</sup> Barbeau, E. M., Krieger, N. et Soobader, M.-J. (2004). Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *American Journal of Public Health*, 94(2), 269-278. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448243/>
- <sup>5</sup> Huisman, M., Kunst, A. E. et Mackenbach, J. P. (2005). Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tobacco Control*, 14(2), 106-113. doi: 10.1136/tc.2004.008573
- <sup>6</sup> Kunst, A. E., Giskes, K. et Mackenbach, J. P. (2004). *Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies*. Rotterdam, Pays-Bas : European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP).
- <sup>7</sup> Mackenbach, J. P., Huisman, M., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, J. K., Borrell, C., Kunst, A. E. (2004). Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. *European Journal of Cancer*, 40(1), 126-135. doi: 10.1016/j.ejca.2003.10.018
- <sup>8</sup> Smith, P., Frank, J. et Mustard, C. (2009). Trends in educational inequalities in smoking and physical activity in Canada: 1974-2005. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(4), 317-323. doi: 10.1136/jech.2008.078204
- <sup>9</sup> Zhang, X., Martinez-Donate, A. P., Kuo, D., Jones, N. R. et Palmersheim, K. A. (2012). Trends in home smoking bans in the U.S.A., 1995-2007: prevalence, discrepancies and disparities. *Tobacco Control*, 21(3), 330-336. doi: 10.1136/tc.2011.043802

## Citation suggérée

Institut national de santé publique du Québec (2018). Les inégalités sociales de santé au Québec - Le tabagisme chez les adultes , sur le site Santéscope. Consulté le [date].

Mis à jour le 6 décembre 2018



**Institut national  
de santé publique**

**Québec**



# Notes méthodologiques

## Choix éditoriaux

Afin d'exposer les inégalités les plus importantes, nous avons choisi de n'illustrer que les mesures pour lesquelles la présence d'inégalité est statistiquement significative et ce, uniquement pour la période la plus récente.

Dans un esprit de synthèse, nous avons également choisi de ne présenter que les mesures d'inégalité selon l'indice combiné de défavorisation matérielle et sociale. Les données des mesures d'inégalité selon la dimension matérielle et selon la dimension sociale sont toutefois disponibles sur le portail de l'Infocentre de santé publique.

Il est également possible d'étudier et de suivre les inégalités sociales en matière de tabagisme à d'autres échelles géographiques que celle de l'ensemble du Québec, soit pour les 4 grandes zones géographiques (disponibles à l'Infocentre de santé publique) mais aussi à l'échelle des provinces canadiennes (<https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/index-fr.aspx> et <https://www.cihi.ca/fr/outil-interactif-sur-les-inegalites-en-sante>).

## Le tabagisme<sup>1</sup>

Les résultats sont présentés pour les fumeurs actuels âgés de 20 ans et plus. Les fumeurs actuels incluent les personnes qui fument au moins une cigarette par jour tous les jours et les fumeurs occasionnels qui, eux, ne fument pas la cigarette tous les jours.

## L'indice de défavorisation matérielle et sociale

Chaque fumeur a été associé à un indice de défavorisation, exprimant le niveau moyen de désavantage socioéconomique des personnes habitant le voisinage immédiat du fumeur<sup>2</sup>. L'indice compte une dimension matérielle et une dimension sociale. La dimension matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante, alors que la dimension sociale renvoie à la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté. Sur l'une et l'autre dimension, la population du Québec a été répartie en groupes de 20 % (quintiles — Q), du groupe le plus favorisé (Q1) au groupe le plus défavorisé (Q5). Les variations du tabagisme sont suivies séparément selon les quintiles de défavorisation matérielle, les quintiles de défavorisation sociale et les deux formes de défavorisation simultanément (l'indice combiné de défavorisation matérielle et sociale).

## Les proportions ajustées modélisées

La modélisation statistique a été utilisée afin de contrôler pour certaines caractéristiques telles que l'âge, le sexe, la zone géographique et l'une ou l'autre forme de l'indice de défavorisation (s'il y a lieu) lors de la comparaison temporelle des proportions de fumeurs actuels. Pour plus de détails sur le calcul des proportions ajustées modélisées, consultez le Cadre méthodologique du Système de surveillance des inégalités sociales de santé au Québec [SSISSQ]<sup>3</sup>.

## Les mesures d'inégalité

Les mesures d'inégalité du SSISSQ sont complémentaires et présentent de l'information sur les différents aspects des inégalités. Pour plus de détails sur les mesures d'inégalité, consultez [l'Aide-mémoire pour l'utilisation des mesures d'inégalité du SSISSQ](#).

## Structure familiale

La catégorie "Couples avec ou sans enfant" inclut également les autres types de ménage.

## Comparabilité des données

Les proportions ajustées modélisées et les mesures d'inégalité issues de ces proportions ne sont pas nécessairement comparables entre l'Enquête sociale et de santé (ESS) de 1992-1993 et de 1998 et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, 2007-2008 et 2013-2014. La comparaison temporelle des résultats entre les deux enquêtes n'est donc pas disponible et une brisure temporelle est observée entre les proportions ajustées modélisées issues des données de l'ESS et de l'ESCC (première figure). Pour les mesures d'inégalité, seuls les résultats de l'enquête la plus récente (ESCC) sont présentés.

## Références

- <sup>1</sup> Infocentre de santé publique (2017). Inégalités sociales de santé: Tabagisme chez les adultes [Fiche indicateur]. Québec, Québec: Institut national de santé publique du Québec, version de décembre 2017.
- <sup>2</sup> Pampalon R., Hamel D., Gamache P., Raymond G. (2009). *Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada*. Maladies chroniques au Canada, 29(4):199-213.
- <sup>3</sup> INSPQ (2018). Cadre méthodologique du SSISSQ, Version 2, BIESP, 141 p.