



DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES DANS LE TABAGISME

et les indicateurs auto-déclarés de la santé*

Susan Kirkland, Ph.D. (Dahousie University), Lorraine Greaves, Ph.D. (Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique), Pratima Devichand, M.Sc. (Dahousie University)

Historique

Le tabagisme chez les femmes canadiennes est un sérieux problème de santé publique. Bien qu'historiquement les hommes fument plus que les femmes, le déclin dans la prévalence du tabagisme chez les hommes a été beaucoup plus prononcé au cours des quelques dernières décennies : soit de 61 % à 25 % entre 1965 et 2001, par rapport à une réduction de 38 % à 21 % chez les femmes pendant la même période. [1] Pour ce qui est de la tendance générale du tabagisme, le Canada se classe au quatrième stade de l'épidémie mondiale, tout comme d'autres pays développés tels que les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Europe de l'Ouest et l'Australie. [2] Ce stade se caractérise par une baisse du tabagisme chez les hommes et les femmes, accompagnée d'un sommet et d'une baisse subséquente des décès attribuables au tabagisme chez les hommes. Chez les femmes, toutefois, le sommet et la baisse consécutive de décès associés au tabagisme accusent un retard d'environ 20 ans par rapport aux hommes. Jusqu'ici, rien n'indique que ce sommet a déjà été atteint chez les femmes canadiennes.

Une surveillance continue de la prévalence du tabagisme a eu lieu dans plusieurs enquêtes transversales nationales et provinciales. [3-7] La prévalence du tabagisme est typiquement ventilée par sexe, et dans une certaine mesure, par sexe et âge. De la même manière, la mortalité associée au tabagisme et certains exemples de morbidité, tels que les cancers, ont été enregistrés de façon appropriée par groupe d'âge et par sexe. Or, nous commençons tout juste à reconnaître et à comprendre le tabagisme et ses effets sur la santé dans une perspective axée sur le sexe. Tandis que le sexe est biologiquement déterminé, la dimension sociale du sexe se compose d'une série de constructions sociales qui influencent nos rôles dans la société, le développement de notre identité et la façon dont d'autres réagissent avec nous. [8, 9] Une analyse du tabagisme et de ses effets dans le contexte des facteurs sociaux, culturels et économiques peut illuminer ses incidences différentielles sur la vie des sous-groupes de femmes et d'hommes. En outre, de nombreux problèmes de santé sont attribués au tabagisme, mais uniquement les séquelles à long terme, telles que le cancer du

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



poumon, la maladie de cœur et les troubles respiratoires, sont typiquement considérées. Ces résultats se manifestent chez les personnes plus âgées et suscitent peu d'attention en dehors de ces groupes d'âge. Des effets cliniques plus subtils liés au tabagisme peuvent revêtir beaucoup plus d'importance pour les fumeurs adultes (jeunes adultes et adultes d'âge moyen), puisqu'ils touchent davantage le contexte de leur vie au quotidien. On a rarement mis l'accent sur les indicateurs de la santé qui reflètent les résultats cliniques intermédiaires à la suite du tabagisme, tels que la restriction des activités ou l'utilisation des services de santé.

Le présent exposé vise donc à examiner la prévalence du tabagisme et certains indicateurs de la santé liés au tabagisme chez certains sous-groupes de femmes et d'hommes, en incorporant les déterminants socio-économiques de la santé afin d'obtenir une perspective plus globale de l'effet sexospécifique. Compte tenu des lacunes identifiées dans la documentation, l'analyse s'articule autour des axes de recherche suivants : (1) Quels sont les écarts d'usage du tabac chez les sous-groupes de femmes et d'hommes, selon les déterminants de la santé tels que l'emplacement géographique, l'âge, le revenu, le niveau scolaire et l'origine ethnique? (2) Y a-t-il des incidences différentielles du tabagisme sur certains indicateurs de santé auto-déclarés chez les femmes et les hommes? Un résumé de la documentation est suivi d'une analyse des données provenant de l'ENSP.

Démographie du tabagisme et tendances connexes

Des fluctuations marquées des taux et des tendances du tabagisme se sont manifestées chez certains sous-populations féminines au Canada. Les adolescentes ont récemment affiché des tendances préoccupantes, car elles ont dépassé, pour la première fois, les taux de tabagisme chez les adolescents. [10] Parmi les filles âgées de 15 à 19, 25,1 % ont indiqué qu'elles fumaient tous les jours en 1998-1999 et 26 % en 2001, par rapport à 18,5 % et 20 % respectivement pour les garçons du même groupe d'âge. [5, 6] Les filles ont aussi commencé à fumer plus jeunes : 41 % des filles de 15 à 17 ans affirment avoir fumé leur première cigarette avant l'âge de 13 ans, par rapport à 29 % des garçons. [10] Au cours de la dernière décennie, la consommation quotidienne a augmenté chez les filles de 15 à 19 ans de 11,5 cigarettes par jour en 1990 à 12,7 cigarettes par jour en 1999; ce taux a baissé à 10,8 en 2001. [6, 10]

L'association identifiée entre le tabagisme et les désavantages sociaux et économiques correspond au modèle épidémique du tabagisme. Une pente socio-économique évidente est associée à la cigarette : un taux de prévalence plus élevé chez les femmes qui vivent dans des familles à faible revenu, ont des emplois de statut inférieur ou sont sans emploi, sont chefs de famille monoparentale ou sont divorcées, et ont un faible niveau scolaire. [11, 12] Les taux de tabagisme élevés chez les femmes enceintes sont d'autant plus préoccupants. Les fumeuses enceintes ont tendance à être plus jeunes, à avoir un faible niveau scolaire et à résider dans des quartiers défavorisés; elles sont aussi plus susceptibles d'être célibataires par rapport aux femmes enceintes qui ne fument pas. [13-20]

Les Autochtones affichent les taux de tabagisme les plus élevés au Canada. En 1997, 62 % des Premières Nations et 72 % des Inuit fumaient, par rapport à 29 % de la population canadienne générale. [21] L'Enquête de 1996 des TNO sur l'alcool et les drogues a démontré que dans les Territoires du Nord-Ouest, la prévalence du tabagisme était de 44,2 % et que les taux étaient semblables chez les hommes et les femmes, soit de 52,0 % et 49,7 % respectivement. Concernant les personnes de 15 à 24 ans, la prévalence du tabagisme s'élevait à 64,3 % par rapport à 32,4 % pour le même groupe d'âge à l'échelle du pays. Au Nunavut, la prévalence globale s'élevait à 63,9 %, avec un taux de prévalence de 77,9 % chez les personnes de 15 à 24 ans; les taux particuliers par sexe pour chaque groupe d'âge n'ont pas été fournis. Tout aussi inquiétant, les taux de tabagisme chez les Premières Nations et les Inuits ne diminuent pas : le taux de prévalence de 62 % signalée dans l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit en 1997 demeure le même que l'estimation de Statistique Canada, soit 62 %, selon l'Enquête sur les peuples autochtones réalisée en 1991. [7]

On a également observé des taux de tabagisme plus élevés chez les populations francophones par rapport aux femmes anglophones. Les données les plus récentes sur la population canadienne francophone proviennent d'un rapport sur le tabagisme chez les Canadiens selon l'ENSP 1996-1997. [22] Le taux de tabagisme s'affichait à 35 % chez les francophones âgés de 15 et plus, un taux sensiblement plus élevé que la moyenne canadienne de 26 %. Chez les femmes francophones, le taux de prévalence était de 35 % par rapport à 36 % chez les hommes francophones et 24 % chez les femmes anglophones. De toutes les femmes francophones au pays, les Québécoises fumaient le plus (38 %). Entre 1985 et 1995, la prévalence du tabagisme chez les femmes francophones avait chuté de 3 %, par rapport à une chute de 7 % chez les hommes.

Effets du tabagisme sur la santé

Le nombre de décès à la suite de maladies associées au tabagisme a augmenté au Canada au cours de la dernière décennie, avec une hausse beaucoup plus forte chez les femmes que les hommes. [23] Ce paradoxe, soit une morbidité et une mortalité croissantes liées au tabagisme face à un taux de prévalence qui diminue, est une conséquence de la croissance régulière du tabagisme chez les femmes dans les décennies antérieures. L'impact sur la santé s'est clairement manifesté sous forme d'incidence croissante des cancers, des maladies de cœur et des troubles respiratoires chez les femmes. Le nombre de décès attribuables au tabagisme a augmenté de 77 % chez les femmes, de 9 009 en 1985 à 15 986 en 1996, alors que chez les hommes ce chiffre n'a augmenté que légèrement sur une période de temps semblable. [10] En 1996, les trois premières causes de décès chez les hommes et les femmes étaient le cancer, les maladies de cœur et les maladies cérébrovasculaires, dont 21 % étaient attribuables au tabagisme. [23] Il est aussi reconnu que le tabagisme augmente le risque de cancer du poumon, qui a dépassé le cancer du sein comme cause principale de décès attribuable au cancer chez les femmes canadiennes en 1993. [10]

Les effets indésirables du tabagisme sur le système reproducteur féminin et les états de santé propres aux femmes tels que la grossesse, l'allaitement et la santé foétale sont prouvés. Le fait de fumer durant la grossesse diminue le débit sanguin placentaire et s'associe au retard de croissance intra-utérin, aux taux accrus de décès périnataux, aux complications pendant la grossesse et aux anomalies foétales, telles que le bec-de-lièvre et la fissure du palais. [24, 25] En moyenne, les bébés des femmes qui fument pèsent moins à la naissance, sont moins longs, ont la tête plus petite et une durée de gestation plus courte que les enfants des femmes qui ne fument pas. [15, 18] Une corrélation négative considérable entre le nombre de cigarettes fumées et le poids à la naissance a été démontrée. [15]



Le tabagisme a aussi été associé à l'étiologie de maladies propres aux femmes, tels que le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein, [26, 27] et les maladies qui se manifestent plus souvent chez les femmes, comme l'ostéoporose. [28] On sait que les troubles respiratoires comme l'asthme, la bronchite et l'emphysème sont associées au tabagisme et sont plus prévalents chez les femmes que les hommes qui fument. [12, 29] De 1979 à 1994 aux États-Unis, le taux de mortalité ajusté en fonction de l'âge à la suite de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) a diminué de 17,1 % chez les hommes, mais augmenté de 126,1 % chez les femmes. Lorsqu'on tenait compte de la quantité de cigarettes fumées, les femmes avaient aussi un taux d'hospitalisation sensiblement supérieur à la suite de la BPCO par rapport aux hommes.

Méthodes

Diverses études canadiennes ont examiné le tabagisme et l'usage du tabac, entre autres l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (CTUMS) et l'Enquête générale de la santé. Aux fins de ce chapitre, on a choisi les données de l'ENSP parce qu'une information plus complète sur les déterminants sociaux de la santé était nécessaire pour effectuer une analyse sexospécifique, et on a entrepris une analyse secondaire des données transversales existantes de l'ENSP 1998-1999. [5] Les méthodes de collecte des données pour l'ENSP ont été publiées ailleurs en détail [30] et sont décrites à l'annexe A. La troisième série, achevée à bien en 1998-1999, a été effectuée par téléphone.

Analyse statistique

Aux fins du présent rapport, les analyses se sont limitées aux répondants âgés de 15 ans et plus à partir de la composante santé de l'enquête, pondérés pour représenter quelques 24 millions de Canadiens. Pour toutes les analyses réalisées, on a utilisé les pondérations de probabilité fournies dans la documentation des fichiers de microdonnées ENSP pour justifier le plan de sondage. Pour toutes les proportions publiées, on a vérifié les coefficients de variation approximatifs provenant de l'ENSP. Ceux-ci se sont avérés à l'intérieur de la gamme acceptable (CV 0 %-16,5 %). On a évalué les intervalles de confiance à l'aide des CV approchés. Pour les analyses de régression, les pondérations de probabilité ont été ré-échelonnées sur une valeur moyenne de façon à améliorer le calcul de la variance. Alors que cette procédure ne tient pas compte de la stratification ni de la mise en grappe de l'échantillon, elle tient effectivement compte des probabilités inégales de sélection. [30] En outre, plutôt que d'utiliser des intervalles de confiance de 95 %, des intervalles de confiance plus rigoureuses de 99 % ont été signalées. On a utilisé la régression polytomique multinomiale à vraisemblance maximale et la régression logistique pour effectuer une analyse multidimensionnelle des non-fumeurs comme groupe référentiel.

Mesures

Toutes les variables étaient fondées sur des catégories prédéfinies utilisées dans l'ENSP. De plus amples renseignements sur ces variables sont disponibles dans l'ENSP. [30]

Le statut de fumeur était caractérisé comme suit : jamais fumé, fumeur actuel ou ancien fumeur, et ce, selon les réponses aux questions sur le tabagisme : fumaient-ils tous les jours, à l'occasion ou pas du tout, actuellement ou auparavant. La suffisance est une des mesures qui incorpore le revenu total du foyer et le nombre de personnes dans le foyer. Cette variable est passée de cinq à trois catégories aux fins de l'analyse multivariable : on a amalgamé les catégories « faible » et « faible intermédiaire » pour former la catégorie « faible » et les catégories « intermédiaire » et « intermédiaire élevé » ont été regroupées en une catégorie « intermédiaire ». On a regroupé la situation de famille en trois catégories selon la présence d'un partenaire et le niveau d'instruction pour l'analyse multivariable en trois catégories en combinant le secondaire et quelques catégories d'études postsecondaires que contenait la variable d'origine.

Les regroupements du type de ménage reflètent une matrice de relations interpersonnelles tirée de l'ENSP. [30] Pour l'analyse multivariable, on a combiné six catégories de la variable de l'ENSP d'origine pour créer quatre catégories : « couple avec enfants < 25 ans » comprenait « couple avec enfants < 25 » et « couple avec enfants < 25 plus autres »; « couple avec enfants > 25 ans » comprenait « couple avec ou sans enfants > 25 » et « couple vivant seul »; les deux autres catégories n'ont pas changé. On a eu recours à une échelle globale du soutien social fonctionnel, développée pour l'Enquête sur les issues cliniques (MOS) [Medical Outcomes Survey], aux fins de la présente analyse. Elle comprenait quatre sous-échelles mesurant l'appui social concret (échelle 0-16), l'affection (0-12), l'interaction sociale positive (0-16) et le soutien émotionnel/informationnel (0-32).

Le lieu géographique reflétait la classification urbaine utilisée dans l'ENSP, dans lequel rural a été défini par des classifications de zone de recensement, et la désignation de Région métropolitaine de recensement (RMR) a servi à identifier les habitants de Montréal, Toronto et Vancouver. Le statut de minorité visible a été accordé d'après l'auto-identification des répondants, « Blanc(he) » ou « Autre ».

Les résultats étudiés étaient surtout les indicateurs de la santé reflétant les conséquences intermédiaires du tabagisme plutôt que les états de maladie. Ces résultats comprenaient la restriction des activités, l'auto-évaluation de la santé, le sentiment de cohérence (une auto-évaluation de la santé mentale), l'utilisation des services de santé et les soins de santé requis mais non reçus. Plusieurs conditions de santé chroniques ont aussi été considérées. La restriction des activités était fondée sur la question « en raison d'un état physique à long terme ou en raison d'une maladie mentale ou d'un problème de santé, êtes-vous limité quant au genre ou à la quantité d'activités que vous entreprenez? ». On a mesuré l'état de santé auto-évalué à l'aide de l'Indice de description de santé, dans lequel les répondants décrivent leur santé comme étant mauvaise, moyenne, bonne, très bonne ou excellente. Aux fins de l'analyse multivariable, cette mesure a été regroupée en deux catégories « mauvaise/moyenne/bonne » et « très bonne et excellente ». L'échelle du sentiment de cohérence (SC) a servi dans l'ENSP comme indice de bien-être mental, incorporant les capacités de compréhension, de gestion et du contenu significatif. Stephens et al. ont établi les scores égaux ou supérieurs au 75^{ième} centile pour indiquer un degré de cohérence élevé. [31] Suivant la même méthode, un score de 70 dans les données de l'ENSP 1998-1999 indiquait le 75^{ième} centile, et une variable dichotomisée a été construite pour l'analyse multivariable afin de le refléter (les scores de 70 et plus indiquent un SC élevé; les scores inférieurs à 70 indiquent un SC faible).

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des personnes n'ayant jamais fumé, des anciens fumeurs et des fumeurs actuels comprennent les femmes et les hommes dans les graphiques 1 et 2 respectivement. De façon générale, 26,4 % des Canadiennes et 29,2 % des Canadiens ont été classés comme fumeurs actuels. Chez les femmes, la proportion la plus élevée de fumeuses actuelles (34,0 %) comprenait le groupe d'âge de 15 à 24 ans, alors que chez les hommes, la proportion la plus élevée (34,4 %) comprenait le groupe d'âge de 25 à 44 ans. Tandis qu'il n'existait qu'une faible différence quant aux proportions de fumeurs actuels chez les femmes et les hommes âgés de 65 ans et plus (11,9 % : intervalle de confiance de 95 % [IC] 9,7, 14,1, et 14,8 % : 95 % IC 12,0, 17,6 respectivement), on a soulevé des tendances très différentes de tabagisme tout au long de la vie : la majorité des femmes dans ce groupe d'âge n'avait jamais fumé (53,7 % : 95 % IC 50,3, 57,1), alors qu'une proportion bien inférieure d'hommes n'avait jamais fumé (21 % : 95 % IC 17,8, 24,2). Cela reflète des différences historiques entre les sexes concernant le fait de commencer à fumer et de cesser, de même que la survie.



La prévalence du tabagisme chez les femmes et les hommes de la minorité visible était moins élevée que chez les autres femmes et les hommes; cette différence était la plus prononcée chez les femmes (28,8 % : 95 % IC 27,4, 30,2, comparativement à 9,5 % : 95 % IC 8,7, 10,3 pour les femmes non minoritaires et minoritaires respectivement). Le tabagisme en fonction du niveau scolaire était semblable chez les femmes et les hommes, c'est-à-dire qu'il y avait des taux sensiblement inférieurs de tabagisme chez les personnes les plus instruites (20,9 % : 95 % IC 19,0, 22,8, et 24,0 % : 95 % IC 21,9, 26,1, chez les femmes et les hommes ayant une formation postsecondaire respectivement). On a également constaté une pente dans la suffisance du revenu, soit que le tabagisme diminuait à mesure qu'augmentait le revenu. Il est d'ailleurs intéressant de noter que tandis que le tabagisme chez les femmes et les hommes était semblable dans la catégorie du revenu le plus élevé, l'écart entre les femmes et les hommes était plus marqué dans la catégorie du plus faible revenu, où le taux de prévalence de fumeurs actuels était plus élevé chez les hommes (44,5 : 95 % IC 37,3, 51,7, par rapport à 33,7 % : 95 % IC 27,6, 40,0 chez les hommes et les femmes respectivement).

La prévalence du tabagisme variait en fonction de la situation de famille, étant la plus faible chez les personnes mariées (22,1 % : 95 % IC 20,5, 23,7, chez les femmes et 26,5 % : 95 % IC 24,9, 28,1, chez les hommes). Lorsqu'on a examiné le tabagisme par type de ménage, on a constaté la prévalence la plus élevée de tabagisme chez les femmes et les hommes chefs de famille monoparentale (40,5 % : 95 % IC 36,8, 44,2, et 39,5 % : 95 % IC 33,8, 45,2, chez les femmes et les hommes respectivement).

La Graphique 3 présente les résultats d'analyses multivariées à l'aide de régression polytomique pour examiner les liens entre les facteurs socio-démographiques et le tabagisme chez les femmes et les hommes, ajustés en fonction de tous les autres variables du modèle. La modélisation a été effectuée de façon distincte pour chaque sexe afin d'identifier les modèles sexospécifiques les plus minimaux possible. Le modèle final pour les femmes incluait deux variables, le type de ménage et le soutien social fonctionnel, qui n'ont pas sensiblement contribué à l'association chez les hommes. Aux fins de comparaison, on a présenté le même modèle tant pour les hommes que les femmes. Les associations pour les anciens fumeurs et les fumeurs actuels comparées avec les personnes n'ayant jamais fumé sont présentées pour assurer l'intégralité, mais la discussion porte uniquement sur les différences entre les fumeurs actuels et les personnes n'ayant jamais fumé.

L'âge mûr était associé avec une probabilité réduite chez les hommes et les femmes qui fument. Les femmes de 45 ans et plus et les hommes de 65 et plus étaient moins susceptibles d'être des fumeurs actuels par rapport à ceux de 24 à 44 ans. Le fait d'être membre d'une minorité ethnique a aussi diminué la prévalence tant chez les hommes que chez les femmes qui fument actuellement (rapport de cotes [RC] : 0,35 : 99 % IC 0,23, 0,54; RC: 0,13, 99 % IC 0,09, 0,20 respectivement). Les femmes et les hommes qui avaient terminé leurs études postsecondaires avaient moins de chances d'être des fumeurs actuels par rapport à ceux qui ont un niveau inférieur au secondaire (RC: 0,50, 99 % IC 0,37, 0,67; RC: 0,39, 99 % IC 0,28, 0,55 respectivement). Les individus dans les tranches de revenu supérieur étaient moins portés à être des fumeurs actuels, quoique cette association ait une validité statistique marginale chez les femmes (femmes : RC: 0,68, 99 % IC 0,45, 1,02; hommes : RC: 0,48, 99 % IC 0,31, 0,76). Les femmes dans tous les types de ménages, sauf ceux qui se composent de couples avec enfants de moins de 25 ans étaient plus susceptibles d'être des fumeuses actuelles, et les mères célibataires étaient les plus susceptibles (RC: 2,12, 99 % IC 1,28, 3,51). Du côté des hommes, seul le célibat augmentait la probabilité d'être un fumeur actuel (RC: 1,75, 99 % IC 1,07, 2,84).

Indicateurs de la santé

Nous avons ensuite analysé les proportions de personnes n'ayant jamais fumé, les anciens fumeurs et les fumeurs actuels qui ont fourni une série d'indicateurs de la santé (graphique 4). Les fumeuses actuelles, les fumeurs actuels et les anciens fumeurs, étaient moins susceptibles que les personnes n'ayant jamais fumé de signaler une très bonne ou une excellente santé, et moins portés à obtenir un score élevé sur l'index SOC que les personnes n'ayant jamais fumé. Des proportions plus élevées de fumeurs actuels et d'anciens fumeurs par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé ont indiqué qu'une restriction à long terme a limité leurs activités. La majorité des individus avait consulté un professionnel des soins de santé au cours de l'année précédente, mais les hommes qui étaient des fumeurs actuels et les personnes n'ayant jamais fumé l'avaient fait le moins (86,6 % : 95 % IC 87,7, 90,5 et 89,1 % : 95 % IC 85,0, respectivement). Presque le double de la proportion de femmes qui fument actuellement ont affirmé avoir eu besoin de soins de santé sans les avoir reçus (11,1 % : 95 % IC 9,3, 12,9 et 6,9 % : 95 % IC 5,5, 8,3 chez les femmes et les hommes respectivement). Les fumeuses actuelles et les anciennes fumeuses ont signalé les proportions les plus élevées de deux conditions de santé chroniques ou plus (40,5 % et 43,9 % respectivement par rapport à 24,3 % et 34,1 % des hommes).

Enfin, nous avons examiné l'association entre le tabagisme et chaque indicateur de santé séparément pour chaque sexe, en ajustant les résultats en fonction de facteurs socio-économiques préalablement considérés au moyen de la régression logistique (Graphique 5). Les fumeuses actuelles, les fumeurs actuels et les anciens fumeurs, étaient moins susceptibles à déclarer une très bonne ou une excellente santé par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé (OR: 0,83, 99 % IC 0,70, 0,98; OR: 0,49, 99 % IC 0,41, 0,60; OR: 0,75, 99 % IC 0,63, 0,90 respectivement). Aussi, les fumeurs actuels des deux sexes étaient moins susceptibles que leurs contreparties non-fumeuses (hommes et femmes) de montrer un sens de cohérence élevé (OR: 0,74, 99 % IC 0,61, 0,90; OR: 0,72, 99 % IC 0,59, 0,89 respectivement). Les fumeuses actuelles et les anciennes fumeuses avaient des chances semblables de signification statistique marginale de souffrir d'une ou de plusieurs conditions de santé chroniques (OR: 1,14, 99 % IC 0,95, 1,36; OR: 1,17, 99 % IC 0,99, 1,39 respectivement); uniquement les hommes qui avaient déjà fumé affichaient une probabilité accrue (OR: 1,33, 99 % IC 1,12, 1,58). Les anciens fumeurs (hommes) avaient une probabilité accrue d'avoir recours à un médecin (OR: 1,60, 99 % IC 1,18, 2,17) par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé. Les fumeuses actuelles avaient une probabilité élevée d'avoir eu besoin de soins de santé sans les avoir reçus (OR: 1,50, 99 % IC : 1,10, 2,05). Les fumeurs actuels et les anciens fumeurs étaient plus susceptibles que les personnes n'ayant jamais fumé d'avoir des activités limitées.

Discussion

Dans cette étude fondée sur les données d'une enquête nationale représentative, réalisée en 1998-1999, nous avons constaté un taux de tabagisme élevé chez certaines sous-populations des deux sexes qui ont déjà été identifiées dans la documentation, soit les jeunes, les groupes à faible revenu et les familles monoparentales. Malgré un taux de tabagisme inférieur chez les femmes de façon globale par rapport aux hommes, la proportion de jeunes femmes qui fument dépasse celle des hommes.

L'âge, la situation de famille, l'origine ethnique, le niveau scolaire et la suffisance du revenu ont contribué indépendamment à une association à l'usage actuel du tabac chez les femmes et les hommes. L'âge, l'origine ethnique et la situation de famille étaient fortement associés chez les femmes, alors que le niveau scolaire et le revenu étaient d'importants facteurs chez les hommes. De façon intéressante, le type de ménage et le soutien social fonctionnel ont contribué à l'association avec l'usage actuel du tabac chez les femmes mais pas chez les hommes. Les différences entre les hommes et les femmes peuvent refléter les différences dans les expériences vécues en matière de rôles sociaux et familiaux, de travail et de prestation de soins. Toutefois, les associations indépendantes entre les facteurs socio-économiques et le tabagisme enregistrées chez les femmes et les hommes montrent bien leur incidence universelle et peuvent aider à expliquer les taux de tabagisme élevés enregistrés chez les sous-groupes défavorisés à plusieurs points de vue, comme les Autochtones.



En plus d'étudier la prévalence du tabagisme et les probabilités qui y sont associées chez les sous-groupes de femmes et d'hommes, il est également important pour des raisons de santé publique d'examiner les estimations de la population à l'intérieur de ces sous-groupes. Lorsqu'on tient compte des estimations démographiques des parents seuls, bien plus de femmes que d'hommes sont chefs de famille monoparentale. Cette prévalence accrue, alliée avec une forte association entre la famille monoparentale et le tabagisme pour les femmes, suggère un risque particulièrement élevé d'encourir des problèmes de santé liés au tabagisme au sein de ce groupe.

On a examiné, au cours de cette étude les associations entre le tabagisme et les auto-indicateurs de santé. Tandis que les effets à long terme du tabagisme sur des résultats tels que les maladies cardiaques, le cancer et les troubles respiratoires sont bien établis, il existe bien plus d'effets immédiats du tabagisme qui ne sont pas dépistés et qui peuvent avoir une incidence différente sur les femmes et les hommes. Cette étude a examiné six de ces mesures de façon à explorer ces différences secondaires, et importantes. Les fumeuses, par rapport aux fumeurs, ont déclaré une plus grande restriction des activités, une moins bonne santé mentale et plus de conditions de santé chroniques. Bien que plus de femmes que d'hommes aient consulté un professionnel de la santé l'année précédente, deux fois plus de femmes que d'hommes ont estimé que les soins de santé dont elles ont bénéficié n'étaient pas satisfaisants. Si on les compare aux personnes n'ayant jamais fumé, on a identifié des associations indépendantes entre l'usage actuel du tabac et la santé auto-évaluée inférieure, la mauvaise santé mentale et une plus grande restriction des activités chez les femmes et les hommes. Malgré une prévalence accrue de mauvais états de santé auto-évalués par les fumeuses par rapport aux fumeurs, les taux sous-jacents plus élevés de mauvais état de santé parmi les femmes ont souvent entraîné des associations plus faibles. Il est possible que cela reflète des différences sous-jacentes entre les sexes en matière de santé, par exemple, la perception de maladie chez les femmes. Toutefois, cela pourrait aussi découler de différentes tendances d'usage du tabac chez les hommes et les femmes en termes de quantité fumée et durée d'usage, dont nous ne pouvions tenir compte.

Il est relativement simple de dépouiller les données en fonction de l'âge et du sexe mais il est plus difficile de les recueillir à partir d'une série complexe de facteurs qui contribuent aux conséquences du sexe sur le tabagisme et ses effets cliniques. Bien que la présente étude ait tenté d'englober certains de ces facteurs sous-jacents, il n'en demeure pas moins difficile de les mesurer convenablement. Citons comme exemples les enjeux sexospécifiques concernant l'auto-évaluation de la santé, les perceptions de l'accès aux soins de santé et les différentes façons qu'ont les hommes et les femmes d'utiliser le système de soins de santé. Le manque de données, selon le sexe ou non, concernant les groupes ethnoculturels constituait un autre problème. Nous savons à partir des travaux antérieurs parmi les sous-groupes ethniques au Canada et ailleurs qu'il existe des taux de tabagisme très différents selon l'origine ethnique et la race, mais nous n'avons pas pu documenter suffisamment ces aspects dans les enquêtes démographiques au Canada. Par conséquent, nous sommes incapables de fournir des statistiques différenciées par sexe sur divers groupes minoritaires qui cherchent désespérément de l'information sur leur état de santé.

Il faut reconnaître que les données utilisées provenaient de l'ENSP 1998-1999, une étude transversale. Cela nous a empêché d'évaluer les séquelles à long terme du tabagisme sur la santé. Cela voulait aussi dire que les associations documentées ne peuvent être interprétées comme étant causales, étant donné que la relation temporelle entre le tabagisme et les indicateurs de la santé ne peut être fermement établie. Certes, les associations observées peuvent être attribuées aux effets d'auto-sélection plutôt qu'aux effets du tabagisme en soi. Par exemple, il est possible que la mauvaise santé mentale des fumeurs soit attribuable au phénomène des personnes dépressives qui fument pour obtenir les effets stimulants de la nicotine. De la même manière, le SC peut être un facteur prédictif plutôt qu'un résultat du tabagisme. Il est également difficile d'expliquer les résultats constatés chez les anciens fumeurs, puisqu'il est raisonnable de s'attendre à ce que ces derniers reflètent deux types très différents : ceux qui ont cessé avant un changement d'état de santé, et ceux qui ont cessé à cause des effets indésirables. Enfin, en choisissant d'appliquer des limites de confiance plus rigoureuses de 99 %, il se peut que nous ayons manqué certaines associations bien fondées.

En résumé, le tabagisme est parmi les facteurs de risque modifiables les plus importants pour une panoplie de résultats de santé qui contribuent à la morbidité et la mortalité féminines au Canada et à l'échelle du monde. La contribution que fournit cette étude à la documentation est le contrôle du potentiel, facteur de confusion des caractéristiques socio-économiques dans le contexte d'une analyse multivariable examinant le tabagisme et les résultats de santé liés au tabagisme chez les femmes et les hommes. Les questions clés concernant les femmes canadiennes comprennent la prévalence accrue du tabagisme chez les adolescentes ainsi qu'une forte association entre le tabagisme et le désavantage social et économique.

Recommandations

La forte prévalence des résultats intermédiaires qui nuisent à la santé constatée chez les fumeuses est digne d'études plus approfondies. Le fait d'examiner et de reconnaître l'importance d'étudier le tabagisme et ses séquelles selon le sexe constitue un point de départ légitime, mais cela ne suffit pas en toute évidence. Il faut réaliser des travaux complémentaires sur l'élaboration d'indicateurs socio-démographiques et socio-économiques de la santé bien construits, qui peuvent être automatiquement recueillis et analysés dans les enquêtes fondées sur la population pour mieux comprendre l'incidence sexospécifique du tabagisme sur la santé des femmes. Par exemple, les données qui recueillent de façon adéquate la complexité des problèmes rencontrés par les femmes en matière de profession et d'emploi, telles que l'équilibre entre le travail rémunéré et non rémunéré et les rôles de soignante, sont susceptibles de contribuer à faire comprendre le tabagisme et les résultats cliniques associés à celui-ci. Les connaissances ainsi acquises peuvent alors servir à orienter l'élaboration de politiques luttant contre le tabac et les programmes qui peuvent cibler les groupes à risque élevé de façon plus convenable et efficace. Il est particulièrement important d'élaborer des programmes et des politiques qui n'ont pas comme effet de renforcer les inégalités actuelles mais, plutôt, de contribuer à leur diminution.



Références

1. The National Strategy: Moving Forward. *The 2002 progress report on tobacco control*. Ottawa: Communication Canada, 2002.
2. Lopez AD, Collinshaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994;3:242-7.
3. Ferrence R, Stephens T. Monitoring tobacco use in Canada: the need for a surveillance strategy. *Chron Dis Can* 2000;21(2):50-3.
4. Kendall O, Lipskie T, MacEachern S. Canadian health surveys, 1950-1997. *Chron Dis Can* 1997;18(2):70-90.
5. Statistics Canada. NPHS Cycle 3 (1998–1999), public use microdata files documentation. Ottawa: Statistics Canada, 2000.
6. Health Canada. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) wave 2. *Trends in smoking, 1999*. URL: <www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/ctums>. Accessed January 2001.
7. NWT Bureau of Statistics. *NWT Alcohol & Drug Survey: rates of use for alcohol, other drugs and tobacco*. 1996. URL: <www.stats.gov.nt.ca/statinfo/Health/alcdrug/report.html>.
8. Greaves L, Barr VJ. *Filtered policy: women and tobacco in Canada*. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2000.
9. Greaves L, Hankivsky O, Amaratunga C et al. *CIHR 2000: sex, gender and women's health*. The British Columbia Centre of Excellence for Women's Health: British Columbia Women's Hospital and Health Centre, 1999.
10. Health Canada. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) wave 1. *Summary of results*. 2001. URL: <www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/ctums>.
11. INWAT. *Report of INWAT Europe Seminar on Women and Tobacco*. The International Network of Women Against Tobacco, 1999. URL: <www.inwat.org/seminar.htm>.
12. Chen Y, Dales R, Krewski D et al. Increased effects of smoking and obesity on asthma among female Canadians: the National Population Health Survey, 1994–1995. *Am J Epidemiol* 1999;150(3):255-62.
13. Najma JM, Lanyon A, Anderson M et al. Socioeconomic status and maternal cigarette smoking before, during and after a pregnancy. *Aust N Z J Public Health* 1998;22(1):60-6.
14. Muhajarine N, D'Arcy C, Edouard L. Prevalence and predictors of health risk behaviours during early pregnancy: Saskatoon Pregnancy and Health Study. *Can J Public Health* 1997;88(6):375-9.
15. Godel JC, Pabst HF, Hodges PE et al. Smoking and caffeine and alcohol intake during pregnancy in the northern population: effect on fetal growth. *Can Med Assoc J* 1992;147(2):181-8.
16. Mustard CA, Roos NP. The relationship of prenatal care and pregnancy complication to birth weight in Winnipeg, Canada. *Am J Public Health* 1994;84(9):1450-7.
17. Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Östergren P-O et al. Psychosocial resources and persistent smoking in early pregnancy—a population study of women in their first pregnancy in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:33-9.
18. Millar WJ, Chen J. Maternal education and risk factors for small-for-gestational-age births. *Health Rep* 1998;10(2):43-51.

19. Ruggiero L, Tsoh JY, Everett K et al. The transtheoretical model of smoking: comparisons of pregnant and non-pregnant smokers. *Addict Behav* 2000;25(2):239-51.
20. Davis RL, Tollestrup K, Milham S. (1990). Trends in teenage smoking during pregnancy. *Am J Dis Child* 1990;144:1297-301.
21. Reading J. *The tobacco report: First Nations and Inuit Regional Health Surveys*. Winnipeg: Northern Research Unit, University of Manitoba, 1999.
22. National Clearinghouse on Tobacco and Health. *Smoking behaviour of Canadians: National Population Health Survey highlights*. Ottawa: Health Canada, 1999.
23. Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1994 and 1996. *Chron Dis Can* 1999;20(3):111-7.
24. Larsen LG, Clausen HV, Jonsson L. Stereologic examination of placentas from mothers who smoke during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(3):531-7.
25. Sastry BV. Placental toxicology: tobacco smoke, abused drugs, multiple chemical interactions, and placental function. *Reprod Fertil Dev* 1991;3(4):355-72.
26. Kuper H, Boffetta P, Adami H-O. Tobacco use and cancer causation: association by tumor type. *J Intern Med* 2002;252(3):206.
27. Moore TO, Moore AY, Carrasco D et al. Human papillomavirus, smoking, and cancer. *J Cutan Med Surg* 2001;5(4):323-8.
28. Holm K, Dan A, Wilbur J et al. A longitudinal study of bone density in midlife women. *Health Care Women Int* 2002;23(6-7):678-91.
29. Chen Y, Breithaupt K, Muhajarine N. Occurrence of chronic obstructive pulmonary disease among Canadians and sex-related risk factors. *J Clin Epidemiol* 2000;53:755-61.
30. Statistics Canada. National Population Health Survey: health institutions public use microdata file—documentation. 1998. URL: <www.statcan.ca/english/IPS/Data/82M0010GPE.htm>.
31. Stephens T, Dulberg C, Joubert N. Mental health of the Canadian population: a comprehensive analysis. *Chron Dis Can* 1999;20:118-26.



Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des anciennes fumeuses, des fumeuses actuelles et des femmes qui n'ont jamais fumé (ENSP 1998-1999)

Caractéristique	Femmes			
	Estimation de la population (105)	Jamais fumé (% par rang)	Anciennes fumeuses (% par rang)	Fumeuses actuelles (% par rang)
Âge				
De 15 à 24 ans	20,0	41,3	24,7	34,0
De 25 à 44 ans	48,0	39,7	29,4	30,9
De 45 à 64 ans	34,0	42,9	33,3	23,8
65 ans et plus	20,0	53,7	34,4	11,9
Total	120,0	43,1	30,5	26,4
Minorité ethnique visible				
Non	110,0	38,0	33,2	28,8
Oui	15,0	78,4	12,1	9,5
Niveau de formation				
Inférieur au diplôme d'études secondaires	30,0	44,2	28,4	27,4
Diplôme d'études secondaires	20,0	43,6	25,8	30,6
Études postsecondaires partielles	33,0	37,6	33,2	29,2
Diplôme d'études postsecondaires	38,0	46,7	32,4	20,9
Revenu				
Inférieur	5,7	40,1	26,2	33,7
Intermédiaire, tranche inférieure	12,0	41,4	26,7	31,9
Intermédiaire	30,0	44,5	29,3	26,2
Intermédiaire, tranche supérieure		40,3	32,4	27,3
Supérieur	23,0	44,8	34,0	21,2
Situation de famille				
Mariée *	69,0	44,4	33,5	22,1
Célibataire	29,0	43,6	23,6	32,8
Veuve **	23,0	38,5	30,2	31,3
Type de ménage				
Couple avec enfants de moins de 25 ans	45,0	44,7	30,9	24,4
Couple avec ou sans enfants de plus de 25 ans	5,7	53,5	29,3	17,3
Couple avec enfants de moins de 25 ans + autres	22,0	39,2	30,7	30,1
Célibataire avec ou sans d'autres	8,2	54,4	21,4	24,3
Couple vivant seul	26,0	42,0	36,6	21,4
Famille monoparentale	14,0	34,6	25,0	40,5
Milieu				
Rural	19,0	37,6	31,9	30,5
Urbain	61,0	39,0	33,4	27,7
Vancouver, Montréal, Toronto	41,0	51,8	25,7	22,6

* Mariée, conjointe de fait, partenaire;
 ** veuve, séparée, divorcée.

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des anciens fumeurs, des fumeurs actuels et des personnes qui n'ont jamais fumé : hommes (ENSP 1998-1999)

Caractéristique	Hommes			
	Estimation de la population (105)	Jamais fumé (% par rang)	Anciens fumeurs (% par rang)	Fumeurs actuels (% par rang)
Âge				
De 15 à 24 ans	21,0	46,1	23,8	30,1
De 25 à 44 ans	48,0	35,3	30,3	34,4
De 45 à 64 ans	33,0	24,3	48,2	27,5
65 ans et plus	15,0	21,0	64,3	14,8
Total	120,0	32,2	38,6	29,2
Minorité ethnique visible				
Non	100,0	29,9	39,7	30,4
Oui	14,0	49,8	29,9	20,3
Niveau scolaire				
Inférieur au diplôme d'études secondaires	31,0	26,1	41,4	32,5
Diplôme d'études secondaires	16,0	33,7	35,5	30,8
Études postsecondaires partielles	29,0	29,9	38,6	31,5
Diplôme d'études postsecondaires	39,0	38,4	37,6	24,0
Revenu				
Inférieur	4,2	28,2	27,2	44,5
Intermédiaire, tranche inférieure	7,6	27,0	37,8	35,2
Intermédiaire	28,0	29,7	39,0	31,3
Intermédiaire, tranche supérieure	42,0	30,9	39,4	29,8
Supérieur	27,0	38,2	39,7	22,1
Situation de famille				
Marié*	7,02	28,9	44,6	26,5
Célibataire	34,0	43,3	25,2	31,5
Veuf**	10,0	18,8	41,0	40,2
Type de ménage				
Couple avec enfants de moins de 25 ans	49,0	37,5	35,2	27,3
Couple avec ou sans enfants de plus de 25 ans	6,8	30,1	44,1	25,8
Couple avec enfants de moins de 25 ans + autres	19,0	30,3	30,8	38,9
Célibataire avec ou sans d'autres	6,5	37,1	33,3	29,6
Couple vivant seul	27,0	24,3	52,4	23,3
Famille monoparentale	6,5	30,7	29,8	39,5
Milieu				
Rural	20,0	27,3	41,7	31,0
Urbain	58,0	30,7	38,6	30,7
Vancouver, Montréal, Toronto	38,0	37,2	36,9	25,9

* Marié, conjoint de fait, partenaire;
 ** veuf, séparé, divorcé.



Tableau 3 : Association multivariable entre les facteurs socio-démographiques et le tabagisme (le fait de fumer ou d'avoir fumé par rapport au fait de ne jamais avoir fumé), selon le sexe (ENSP 1998-1999)

		Femmes				Hommes			
		Anciennes fumeuses		Fumeuses actuelles		Anciens fumeurs		Fumeurs actuels	
		RC*	99 % IC	RC*	99 % IC	RC*	99 % IC	RC*	99 % IC
Âge									
	De 15 à 24 ans	1,08	0,71, 1,65	1,04	0,68, 1,59	0,72	0,46, 1,10	0,80	0,52, 1,24
	De 25 à 44 ans	1,00		1,00		1,00		1,00	
	De 45 à 64 ans	0,93	0,71, 1,21	0,51	0,38, 0,68	1,87	1,41, 2,46	0,92	0,68, 1,25
	65 ans et plus	0,64	0,46, 0,88	0,11	0,07, 0,17	2,69	1,81, 3,97	0,37	0,23, 0,59
Minorité ethnique visible									
	Non	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Oui	0,17	0,11, 0,25	0,13	0,09, 0,20	0,50	0,34, 0,73	0,35	0,23, 0,54
Niveau scolaire									
	Inférieur au secondaire	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Secondaire	1,13	0,88, 1,47	0,92	0,70, 1,21	0,84	0,63, 1,14	0,70	0,52, 0,95
	Postsecondaire	0,91	0,69, 1,20	0,50	0,37, 0,67	0,62	0,45, 0,84	0,39	0,28, 0,55
Revenu									
	Inférieur	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Intermédiaire	1,02	0,76, 1,36	0,91	0,68, 1,23	0,89	0,59, 1,33	0,77	0,53, 1,12
	Supérieur	0,96	0,67, 1,38	0,68	0,45, 1,02	0,74	0,47, 1,16	0,48	0,31, 0,76
Situation de famille									
	Marié(e)**	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Célibataire	0,70	0,45, 1,10	0,88	0,55, 1,38	0,61	0,39, 0,97	0,58	0,36, 0,93
	Veuf/veuf†	1,06	0,67, 1,70	1,64	1,00, 2,71	1,28	0,75, 2,17	1,64	0,95, 2,83
Type de ménage									
	Couple, enfants de moins de 25	1,00		1,00		1,00			
	Couple, enfants de plus de 25	1,23	0,94, 1,62	1,46	1,09, 1,95	1,25	0,94, 1,66	1,26	0,92, 1,72
	Célibataire	1,29	0,81, 2,07	1,93	1,15, 3,24	1,02	0,64, 1,62	1,75	1,07, 2,84
	Famille monoparentale	1,40	0,85, 2,33	2,12	1,28, 3,51	1,10	0,62, 1,95	1,64	0,94, 2,86
Soutien social fonctionnel									
	Continuel	1,00	0,98, 1,02	0,97	0,95, 1,00	1,01	0,99, 1,04	0,99	0,97, 1,02

* RC = rapport de cotes;

** marié(e), conjoint de fait, partenaire; †veuf(ve), séparé(e), divorcé(e).

Tableau 4 : Indicateurs de santé actuels pour les anciens fumeurs, les fumeurs et les personnes qui n'ont jamais fumé (ENSP 1998-1999)

Indicateur de santé actuel		Femmes			Hommes		
		Jamais fumé (% par col.)	Anciennes fumeuses (% par col.)	Fumeuses actuelles (% par col.)	Jamais fumé (% par col.)	Anciens fumeurs (% par col.)	Fumeurs actuels (% par col.)
Restriction des activités	Oui	17,0	21,7	20,4	11,9	20,5	18,2
	Non	83,0	78,3	79,6	88,1	79,5	81,8
Utilisation des services de santé	Oui	96,7	97,5	95,4	89,1	93,6	86,6
	Non	3,3	2,5	4,6	10,9	6,4	13,4
Soins de santé requis mais non reçus	Oui	5,9	6,9	11,1	4,7	4,8	6,9
	Non	94,1	93,1	88,9	95,3	95,2	93,1
Santé mentale (sens de cohérence)	Supérieur	28,9	30,2	19,8	29,4	29,4	22,2
	Médiocre	71,1	69,8	80,2	70,6	70,6	77,8
État de santé auto-évalué	Médiocre	1,8	2,1	2,7	1,5	2,5	2,0
	Adéquat	8,1	7,1	9,6	4,0	8,9	7,0
	Bon	27,6	27,3	27,2	18,9	24,4	31,2
	Très bon	38,4	40,5	42,7	40,7	37,7	37,9
	Excellent	24,2	23,0	17,9	35,0	26,3	21,9
Nombre de conditions de santé chroniques	0	36,7	30,6	34,3	49,6	36,8	48,8
	1	25,9	25,6	25,2	27,0	29,1	26,9
	2+	37,4	43,9	40,5	23,4	34,1	24,3



Tableau 5 : Associations multivariées entre le tabagisme et les indicateurs de santé, selon le sexe (ENSP 1998-1999)

Tabagisme	Santé auto-évaluée*		Santé mentale (Sens de cohérence)*		Conditions de santé chroniques*	
	RC**	99 % IC	RC**	99 % IC	RC**	99 % IC
Femmes						
Jamais	1,00		1,00		1,00	
Actuelles	0,83	0,70, 0,98	0,74	0,61, 0,90	1,14	(0,95, 1,36)
Anciennes	0,96	0,82, 1,13	1,01	0,85, 1,19	1,17	(0,99, 1,39)
Hommes						
Jamais	1,00		1,00		1,00	
Actuels	0,49	0,41, 0,60	0,72	0,59, 0,89	1,01	(0,85, 1,22)
Anciens	0,75	0,63, 0,90	0,81	0,67, 0,98	1,33	(1,12, 1,58)
Tabagisme	Utilisation des services de santé*		Soins de santé requis mais non reçus*		Restriction des activités*	
	RC**	99 % IC	RC**	99 % IC	RC**	99 % IC
Femmes						
Jamais	1,00		1,00		1,00	
Actuelles	0,72	0,50, 1,03	1,50	1,10, 2,05	1,29	1,05, 1,59
Anciennes	1,28	0,87, 1,89	1,06	0,79, 1,44	1,21	1,00, 1,45
Hommes						
Jamais	1,00		1,00		1,00	
Actuels	0,92	0,70, 1,21	1,14	0,78, 1,66	1,52	1,17, 1,98
Anciens	1,60	1,18, 2,17	1,06	0,73, 1,56	1,35	1,06, 1,72

* Ajusté en fonction de l'âge, la situation de famille, la minorité ethnique visible, le niveau scolaire, le revenu, le type de ménage et le soutien social fonctionnel.

** Rapport de cotes