

Université de Montréal

Statut d'immigrant et tabagisme dans l'étude des inégalités sociales de
santé chez les jeunes adultes à Montréal

Par

Zobelle Tchouaga Tongambou

Département de médecine sociale et préventive

École de santé publique

Mémoire présenté à l'École de santé publique en vue de l'obtention du
grade de Maîtrise en santé publique, option mémoire

Juillet, 2018

© Zobelle Tchouaga Tongambou, 2018

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT.....	iv
REMERCIEMENTS.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
INTRODUCTION	0
CHAPITRE 1: REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	2
1.1. Prévalence et conséquences liées au tabagisme.....	3
1.2. Tabagisme chez les jeunes adultes.....	4
1.3. Inégalités sociales de tabagisme chez les jeunes adultes	5
1.4. Inégalités sociales de tabagisme en fonction du statut d’immigrant.....	7
1.4.1. Définition du statut d’immigrant et statistiques.....	7
1.4.2. Théorie du HIE	9
CHAPITRE 2 : QUESTION, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	13
2.1. Question de recherche.....	14
2.2. Objectif de recherche	14
2.3. Hypothèses de recherche.....	15
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE.....	15
3.1. Source des données	16
3.2. Population à l’étude et l’échantillonnage.....	16
3.3. Échantillon	17
3.4. Collecte des données.....	19
3.5. Description des variables	19
3.5.1. Variable dépendante : statut tabagique	19

3.5.2. Variables indépendantes : Statut d’immigrant et niveau d’éducation	19
3.5.2.1. Statut d’immigrant	19
3.5.2.2. Niveau d’éducation attendu	20
3.5.3. Les variables de contrôle	20
3.5.3.1. Âge et sexe	20
3.5.3.2. Le nombre d’années depuis l’immigration	21
3.6. Analyse des données	21
3.7. Considérations éthiques	22
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	23
4.1. Comparaison des caractéristiques des participants.	24
4.2. Association entre le statut d’immigrant et le statut tabagique, et association entre le niveau d’éducation et le statut tabagique	26
4.3. Interaction entre le statut d’immigrant et le niveau d’éducation sur le tabagisme	28
CHAPITRE 5 : DISCUSSION	34
5.1. Rappel de l’objectif et des résultats de l’étude	35
5.2. L’association entre le niveau d’éducation et le tabagisme.....	35
5.3. Relation entre le niveau d’éducation et le tabagisme chez les jeunes adultes immigrants.	36
5.4. Possibles mécanismes permettant d’expliquer la différence dans les inégalités sociales de tabagisme présentes chez les jeunes adultes natifs et absentes chez les jeunes adultes immigrants à Montréal.....	37
5.5. Avantages de l’étude et implications pour les interventions en santé publique	39
5.6. Limitations de l’étude	40
CONCLUSION.....	41
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	43
ANNEXES	54

RÉSUMÉ

Depuis plusieurs années, nous savons qu'au travers de nombreux procédés, les individus défavorisés sont amenés à se prévaloir d'une moins bonne santé (Marmot, 2005). Les comportements de tabagisme y contribuent massivement et leur éradication constitue la pierre angulaire des stratégies de lutte contre ces inégalités selon Marmot (2010). Plus spécifiquement dans le groupe des jeunes adultes, ces inégalités sociales de santé peuvent être illustrées de façon frappante et peuvent également varier en fonction du statut d'immigrant. En effet, la plupart des études fait valoir que les immigrants sont moins à risque de fumer que les natifs. Cependant, on sait très peu de choses en ce qui concerne ces écarts de tabagisme lorsqu'on fait intervenir le niveau socioéconomique. D'où l'importance pour nous d'aller déterminer comment le statut d'immigrant et le niveau d'éducation interagissent pour influencer les comportements de tabagisme des jeunes adultes à Montréal. Pour cela, nous avons utilisé les données du projet Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking (ISIS), un projet de devis transversal, dont l'échantillon est constitué de 2093 jeunes adultes âgés en moyenne de 21,47 (2,28) ans, avec 56,5% femmes et 18,8% d'immigrants. À travers des modèles de régression logistique, nous avons, dans un premier temps testé l'association entre le statut d'immigrant et le statut tabagique des jeunes adultes. Par la suite, nous avons testé l'association entre le niveau d'éducation et le statut tabagique des jeunes adultes. Enfin, nous avons testé l'interaction entre le statut d'immigrant et le niveau d'éducation sur le statut tabagique des jeunes adultes à Montréal. Les analyses ont révélé un résultat significatif au seuil de 5%, de l'association entre le terme d'interaction et le statut tabagique des jeunes adultes à Montréal. Dans une analyse stratifiée, on remarque que chez les jeunes adultes immigrants, les risques de fumer demeurent les mêmes, peu importe le niveau d'éducation. Alors que chez les jeunes adultes natifs, les risques de fumer varient en fonction du niveau d'éducation. Les plus instruits sont moins susceptibles de fumer que les moins instruits. D'où l'importance pour les autorités de santé publique, de prendre en compte les concepts de statut socioéconomique et de statut d'immigrant dans la définition des stratégies de lutte contre le tabagisme.

Mots clés : statut d'immigrant, statut socioéconomique, tabagisme, jeunes adultes.

ABSTRACT

It is well-established that disadvantaged individuals have poorer health (Marmot, 2005). Smoking behaviors are a major contributor to poor health and eradication of smoking is a cornerstone of strategies to combat inequalities (Marmot 2010). As in other age groups, young adults are subject to social inequalities which can vary according to a variety of characteristics including immigrant status. However, little is known about socio-economic variation in smoking among young adults and whether or how this varies across subgroups such as immigrants. In this current analysis, we aimed to better understand if level of education interacts with immigrant status to influence smoking behaviors in young adults. We used baseline data from the *Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking (ISIS)*, a transversal investigation of young adults that aimed to study social inequalities in smoking. The sample size for the current analysis was 2,093 young adults (age 21,47 (2,28) years; 56,5% female; 18,80% immigrants). In logistic regression models, we estimated the associations: (i) between immigrant status and smoking status; and (ii) between level of education and smoking status. We then determined whether an interaction term between immigrant status and level of education was statistically significant in the model. The analyses revealed that the interaction term was statistically significant and we therefore undertook a stratified analysis to estimate the association of interest in immigrants and non-immigrants separately. In non-immigrants, we observed a “dose-response” association such that the prevalence of smoking increased as the level of education decreased. In immigrants, the risk of smoking was similar across education levels. Hence the importance for public health authorities of taking into account the concepts of socio-economic status and immigrant status in defining strategies for tobacco control.

Key words: immigrant status, socioeconomic status, smoking, young adults.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail n'aurait pas été possible sans l'apport de plusieurs personnes. Je saisis cette opportunité pour leur témoigner ma profonde gratitude. Je remercie particulièrement Katherine Frohlich et Jennifer O'Loughlin pour avoir accepté de diriger ce travail, de s'être montrées disponibles et d'avoir suscité en moi l'ardeur et le dévouement au travail; les membres du projet ISIS (Thierry Gagné, Josée Lapalme et Adrian Ghenadenik) pour leurs commentaires, qui m'ont aidé à améliorer ce travail; tous mes camarades et amis de formation pour leurs conseils et encouragements; tous les membres de ma famille pour leur soutien moral et tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

- CCHS:** Canadian Community Health Survey
- CDC:** Centers for Disease Control and Prevention
- CIC:** Citizenship and Immigration Canada
- CLSC:** Centres Locaux de Services Communautaires
- CTADS:** Canadian Tobacco Alcohol and Drugs Survey
- CTUMS:** Canadian Tobacco Use Monitoring Survey
- É.-U:** États-Unis
- ESCC :** Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes
- HIE :** Healthy Immigrant Effect
- IC :** Intervalle de Confiance
- INSPQ :** Institut National de la Santé Publique du Québec
- IRIS :** Institut de la Recherche et d'Informations Socioéconomiques
- ISIS :** Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking
- RC :** Rapports de Cotes
- MSSS:** Ministère de la Santé et des Services Sociaux
- OCDE :** Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
- RAMQ :** Régie d'Assurance Maladie du Québec
- SI :** Statut d'Immigrant
- SSE :** Statut Socioéconomique
- USDHHS :** United States Department of Health and Human Services

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1:** questionnaire ISIS 2012
- Annexe 2:** approbation éthique
- Annexe 3:** formulaire de consentement 2012
- Annexe 4 :** association entre l'interaction regroupant le statut d'immigrant et le niveau d'éducation à deux catégories, et le statut tabagique
- Annexe 5 :** association entre l'interaction regroupant le statut d'immigrant et le niveau d'éducation à trois catégories, et le statut tabagique

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des participants en fonction du statut d’immigrant (ISIS 2012, n=2079).....	26
Tableau 2 : L’association chez les jeunes adultes entre et le tabagisme et (1) le statut d’immigrant et (2) le niveau d’éducation (ISIS, n=2093)	28
Tableau 3 : Interaction entre le statut d’immigrant et le niveau d’éducation sur le tabagisme chez les jeunes adultes (ISIS, n = 2071).....	29
Tableau 4 : L’association chez les jeunes adultes entre le niveau d’éducation et le tabagisme chez les immigrants (ISIS, n= 392)	32
Tableau 5 : L’association chez les jeunes adultes entre le niveau d’éducation et le tabagisme chez les natifs (ISIS, n= 1679).....	34

INTRODUCTION

Immigrer, c'est difficile. L'immigration dépasse de beaucoup le simple fait de quitter sa terre natale pour s'installer, définitivement ou pas, dans un autre pays (Stern, 2009). C'est un processus complexe, de conflit perpétuel entre l'abandon de son passé et l'adaptation à son nouveau milieu de vie (Stern, 2009). Depuis de nombreuses années, le Canada représente l'un des pays occidentaux les plus ouverts à l'immigration, en accueillant chaque année près de 200,000 nouveaux immigrants (Statistiques Canada, 2017). Vu ce nombre important d'immigrants dans la population canadienne, la compréhension des caractéristiques ayant trait à leur santé et à leurs comportements de santé devient donc un axe important dans l'analyse de la santé des Canadiens. Pour cela, plusieurs études (Kennedy et al., 2014; O'Loughlin, 2010; Pérez, 2002) ont discuté de l'implication du statut d'immigrant dans les différences observées dans l'état de santé et les comportements de santé de la population canadienne. Ces études ont montré que les immigrants étaient généralement en meilleure santé que les non immigrants et qu'ils étaient moins à risque d'adopter les comportements néfastes pour la santé tels que le tabagisme.

Depuis plusieurs années, le tabagisme est connu comme la principale cause de mortalité et de morbidité, et représente à cet effet un des problèmes les plus préoccupants de santé publique (OMS, 2017). Au Canada en général et Montréal en particulier, la prévalence de tabagisme a connu des tendances élevées avec des diminutions notables au fil des années. Chez les jeunes adultes, on enregistre les prévalences les plus élevées avec une tendance stagnante dans le temps (MSSS, 2017; Reid et al., 2017), ce qui fait de ce groupe d'âge un groupe particulier et une cible importante pour les politiques publiques. Également, il a été montré que la consommation tabagique des jeunes adultes varie énormément en fonction du statut socioéconomique, comme c'est également le cas dans les autres groupes d'âge (Corsi et al., 2013).

Communément, les recherches portant sur les inégalités sociales de tabagisme ont montré que les taux de tabagisme sont les plus élevés chez les personnes les plus défavorisées, et les moins élevées chez les personnes les plus nanties (Frohlich et al., 2008). Autrement dit, les personnes avec un revenu faible, une faible scolarité, et des conditions de vie précaires sont plus à risque de fumer plus lourdement, de faire moins d'essais d'arrêts et d'échouer plus souvent lorsqu'ils tentent d'arrêter (Husten, 2007). Ce gradient socioéconomique observé dans les comportements de tabagisme a été également illustré chez les jeunes adultes. En utilisant le niveau d'éducation comme principal indicateur de

mesure du statut socioéconomique, il a été démontré que les moins instruits enregistraient les taux de tabagisme les plus élevés, contrairement aux personnes plus éduquées chez qui les taux de tabagisme étaient les plus bas (Malarani, 2014; MSSS, 2017).

Chez les immigrants, l'existence d'un tel gradient n'a pas encore été étudiée dans le cas des jeunes adultes. Cependant, quelques études ont montré que les immigrants seraient plus susceptibles d'adopter les comportements tabagiques au fur à mesure que le temps passé sur le territoire du nouveau pays d'accueil augmente, si les membres de leur entourage étaient des fumeurs et s'ils habitaient des quartiers défavorisés où la prévalence de tabac semble être la plus élevée (O'Loughlin et al., 2010; Pérez, 2002). C'est dans ce cadre que notre étude a été entreprise, afin de montrer l'implication du niveau socioéconomique dans la relation entre le statut d'immigrant et le tabagisme. Alors, si le tabagisme suit un gradient socioéconomique profond chez les natifs du Canada, qu'en est-il des immigrants? Même si la littérature fait valoir que les immigrants fument moins, aucune étude ne s'est par contre intéressée à comment être un immigrant éduqué ou non peut influencer les comportements tabagiques.

Pour y arriver, nous allons dans un premier chapitre montrer la problématique des inégalités sociales de tabagisme en lien avec le statut d'immigrant et le niveau socioéconomique. Tout d'abord, nous allons décrire le tabagisme et ses implications sur la santé; ensuite, le tabagisme chez les jeunes adultes, ainsi que les variations observées en fonction du statut socioéconomique seront décrits; enfin, nous allons également décrire les différences de tabagisme en fonction du statut d'immigrant, en montrant comment la théorie du Healthy Immigrant Effect aide à comprendre les variations dans le statut tabagique des immigrants et des natifs au Canada. Dans un deuxième et troisième chapitre, nous allons décrire la méthodologie de cette étude. Nous y présenterons notre question et objectif de recherche, la population à l'étude, la technique d'échantillonnage, le devis d'étude, l'outil de collecte de données, les analyses statistiques et les considérations éthiques. Dans le chapitre 4, nous présenterons les résultats détaillés de l'étude ainsi que les interprétations apportées. Enfin, dans un chapitre 5, nous allons discuter les résultats à la lumière de la revue de la littérature que nous avons effectuée.

CHAPITRE 1: REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1. Prévalence et conséquences liées au tabagisme

Depuis de nombreuses années, la cigarette représente l'une des causes les plus importantes de diminution de l'état de santé de la population mondiale (INSPQ, 2012). Le tabagisme tue près de la moitié de ceux qui en consomment, soit environ 7 millions de personnes chaque année (OMS, 2017). À toutes les étapes de la vie, plusieurs maladies ont été décrites comme des conséquences directes de la consommation de la cigarette (Bonnie, Stratton et Kwan, 2015; Onor et al., 2017; U.S. Department of Health and Human Services, 2018). Parmi ces maladies, nous pouvons citer : le faible poids de naissance; le syndrome de la mort subite du nourrisson; l'asthme de l'enfant et de l'adolescent; les maladies chroniques respiratoires; les cardiopathies et cancers à l'âge adulte (USDHHS, 2014). Plus spécifiquement, il est responsable d'environ 90% des cas de cancer du poumon (Center of Disease Control and Prevention, 2014) et représente une cause majeure des complications postopératoires et tant d'autres (Giovino, 2007).

Malgré que le Canada enregistre un taux de tabagisme plus bas que la moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE, 2015), les statistiques sont quand même alarmantes. En 2015, 17,7% de la population âgée de 12 ans et plus consommaient du tabac (Statistiques Canada, 2017), et 17% des décès annuels étaient attribuables au tabagisme. En plus de cela, le tabagisme a été décrit comme la première cause de mortalité et de morbidité prématurées et évitables (CTUMS, 2014; Rhem et al., 2006, Khaw et al., 2008). Il cause six fois plus de décès que le meurtre, l'alcool, les accidents de la route et les suicides combinés (MakomaskiII et Kaiserman, 2004) et entraîne des coûts importants au système de santé (Dobrescu et al., 2017; CTUMS, 2014). Au Québec par exemple, le tabagisme coûte 3,96 milliards de dollars annuellement (coûts directs et indirects) (Rehm et al., 2006) et il est estimé que chaque baisse de 1 % du taux de tabagisme se traduit par une économie annuelle de 41 millions de dollars en frais de soins de santé et de 73 millions de dollars en coûts indirects (Ouellette et al., 2005).

De même que 14,1% des Québécois soient des fumeurs (Leos-Toro et al., 2017), et que près de 13000 décès enregistrés sont attribuables au tabac chaque année (INSPQ, 2013), encore un Montréalais sur cinq âgé de 18 ans et plus fumait la cigarette en 2009-2010 (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013). Bien que cette proportion de fumeurs soit inférieure à celle de la province du Québec, elle a toujours l'une des prévalences les plus élevées parmi les grandes villes canadiennes (Agence de la santé

et des services sociaux de Montréal, 2013). Selon Baliunas et al. (2007), près de 2400 Montréalais et Montréalaises meurent chaque année de tabagisme, ce qui correspond en moyenne à 16% des décès. L'impact du tabagisme sur la santé des individus et le fardeau économique qu'il représente pour le réseau de la santé sont indéniables.

1.2. Tabagisme chez les jeunes adultes

Les jeunes adultes sont un groupe d'âge où la prévalence du tabagisme est la plus élevée et où le fardeau de santé ainsi que le potentiel préventif sont aussi élevés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Ceci est aussi vrai que ce soit dans l'ensemble du Canada, au Québec ou encore à Montréal. On note également dans ce groupe d'âge que les taux de tabagisme stagnent depuis quelques années (Statistiques Canada, 2017), alors qu'une diminution considérable de ces taux est observée dans la population générale et dans les autres groupes d'âge (CDC, 2014).

À cet effet, plusieurs raisons justifient l'intérêt de la recherche en santé publique pour le comportement tabagique des jeunes adultes. D'abord, les jeunes adultes sont plus à risque de tabagisme établi (c'est-à-dire avoir déjà fumé au moins 100 cigarettes dans leur vie ou au moins 20 cigarettes dans les derniers 30 jours) (Green et al., 2017). En effet, plus de 80% des fumeurs s'initient au tabagisme avant l'âge de 18 ans (O'Loughlin et al., 2014) et plus les individus font l'expérience de la cigarette tôt, plus ils sont susceptibles d'être dépendants à la nicotine et devenir fumeurs à l'âge du jeune adulte et au cours de leur vie (USDHHS, 2012). De plus, la consommation moyenne de cigarettes par fumeur augmente également au cours de la décennie suivant l'adolescence (Hammond, 2005).

Deuxièmement, le passage de l'adolescence à la vie d'adulte est de plus en plus reconnu comme une période critique surtout dans la vie d'un fumeur (Green, Leyland, Sweeting et Benzeval, 2007). Il s'agit notamment du moment pendant lequel des fumeurs occasionnels pourraient passer au stade de fumeur régulier et même, durant lequel certains non-fumeurs pourraient s'initier au tabagisme (Hammond, 2005). Plusieurs changements majeurs accompagnent cette période dans la vie d'un individu. Entre autres : le départ du domicile familial; des nouveaux milieux de travail et d'éducation; des changements profonds dans les réseaux sociaux et une nouvelle habitation. À mesure que les jeunes adultes passent au mariage et à la parentalité, le tabagisme pourrait être rejeté ou devenir une dépendance (Biener et Albers, 2004).

Enfin, le comportement tabagique à l'âge de jeune adulte permet de prédire les comportements tabagiques dans les années ultérieures. Une étude longitudinale examinant le comportement tabagique de l'adolescence à l'âge adulte a montré que parmi les personnes qui fumaient à l'âge du jeune adulte, 72% étaient des fumeurs à l'âge adulte; et parmi celles qui ne fumaient pas à l'âge du jeune adulte, seulement 7% fumaient à l'âge adulte (Chassin, Presson, Rose et Sherman, 1996). Il convient donc que les instances de santé publique accordent une attention particulière à ce groupe étant donné ces changements subits, les relations que les personnes de cette tranche d'âge entretiennent avec le tabagisme et les variations socioéconomiques qui y sont associées.

1.3. Inégalités sociales de tabagisme chez les jeunes adultes

en dehors de l'âge, les disproportions observées dans les comportements de tabagisme proviennent également d'autres facteurs d'ordres sociaux et économiques. Le niveau socioéconomique (SSE) est un concept couramment utilisé dans la recherche sur les inégalités sociales (Galobardes, Lynch et Smith, 2007). Il désigne la position qu'occupe une personne dans la société. La mesure du statut socioéconomique reste cependant difficile, car il s'agit d'un concept multidimensionnel qui requiert l'utilisation de plusieurs indicateurs (Galobardes, Lynch et Smith, 2007). Le SSE peut s'exprimer, par exemple, en termes de revenu, de niveau de scolarité, d'occupation professionnelle, de conditions de logement et équipements ménagers et tant d'autres (Galobardes et al., 2006; Hiscock, Bauld, Amos et Platt, 2012). Cependant, quel que soit l'indicateur utilisé, il y a une tendance presque universelle pour les personnes des groupes socioéconomiques moins élevés de mourir plus jeunes et d'être plus malades au cours de leur vie que ceux de groupes socioéconomiquement plus élevés. (Braveman, 2005).

Le tabagisme est considéré comme la principale cause d'inégalité de mortalité et de morbidité entre les riches et les pauvres dans de nombreux pays (Jarvis et Wardle, 2006). Dans la majorité de ces pays, il représente actuellement l'un des médiateurs les plus importants de l'effet d'une faible position socioéconomique sur la mortalité (Mackenbach, 2011). De nombreuses études et statistiques témoignent du fait que les individus ne sont pas exposés de façon égale aux risques liés à la consommation tabagique dans nos sociétés (Marmot, 2010; Frohlich et Abel, 2014). Les groupes les plus à risque de devenir fumeurs présentent tous en commun des conditions socioéconomiques défavorables (Corsi et al.,

2013). Les personnes qui ont un bon emploi, un bon revenu, un meilleur niveau d'éducation sont moins susceptibles de fumer et sont plus en santé que les autres chez qui ces conditions sont déplorables. Les personnes ayant un statut socioéconomique faible sont plus enclins à se prémunir de comportement de tabagisme, ont tendance à fumer pendant une plus longue période de leur vie et ont moins tendance à arrêter de fumer ou de réussir leur arrêt tabagique (Fidler et al., 2013; Husten, 2007).

Chez les adultes et dans d'autres groupes d'âge, l'éducation a été considérée comme un indicateur de choix dans l'étude des inégalités sociales de santé et de tabagisme (Pampel, 2009). En examinant les tendances des inégalités, il a été rapporté que plusieurs études utilisaient déjà l'éducation comme un élément clé du SSE (Pierce et al., 1989; Escobedo et Peddicord 1996, Giskes et al., 2005). L'éducation reste largement stable à l'âge adulte et sert de substitut au revenu permanent et à la richesse (Adda et Cornaglia; Galobardes et al., 2006). Il capture le passage du SSE attribué par les parents au SSE acquis à l'âge adulte (Galobardes et al., 2006) et crée également un capital humain, des compétences en résolution de problèmes et des liens sociaux qui aident à éviter le tabagisme et à l'arrêter (Cowell, 2006; Mirowsky 2017). L'éducation a donc des effets plus forts que les autres composantes du SSE (Barbeau et al., 2004; Huisman, Kunst et Mackenbach, 2005) et, pour des comparaisons sur plusieurs décennies, il présente des avantages en termes de comparabilité.

Bien que cet indicateur soit également utilisable dans le groupe des jeunes adultes, il présente des limites reliées aux spécificités de ce groupe d'âge (période de transition). À cet effet, certains chercheurs ont développé le concept d'« éducation attendue » afin de corriger les erreurs qui étaient susceptibles d'être liées à l'utilisation du niveau d'éducation achevé. Selon Gagné, Ghenadenik, Shareck et Frohlich (2016), deux avantages hypothétiques sont reliés à l'utilisation de cet indicateur dans le groupe des jeunes adultes. Premièrement, le recours à l'éducation attendue peut réduire les erreurs de classification du statut socioéconomique qui peuvent survenir en raison de l'attribution d'un niveau de scolarité inférieur à celui qui a été atteint plus tard. Et deuxièmement, l'éducation attendue pourrait mieux représenter le sens de l'éducation comme indicateur du SSE, car il exploite l'apprentissage et les aspirations actuels des jeunes adultes ainsi que les environnements physiques et sociaux vécus pendant leurs études en cours. Il a été également démontré que

l'éducation attendue est associée au comportement de tabagisme chez les jeunes adultes (Gagné, Ghenadenik, Shareck et Frohlich, 2016).

Ainsi, fumer affecte de façon majoritaire les personnes moins instruites (Malarani, 2014). On constate d'une part qu'une plus grande proportion de fumeurs est observée chez les personnes qui ne sont pas titulaires d'un diplôme d'études secondaires (47 %), comparativement à celles qui sont titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (24 %) (MSSS, 2017). On observe également que les taux de tabagisme des jeunes adultes n'ayant jamais fait d'études supérieures représentent le double de ceux ayant fait des études universitaires (Solberg et al.; Green et al., 2007; Reid et al., 2010). Aux États-Unis, environ le quart des personnes ayant achevé leurs études secondaires ou moins étaient des fumeurs actuels, comparativement à 11% des titulaires d'un diplôme de premier cycle et 5,6% des diplômés d'études supérieures (Center for Disease Control et Prevention, 2010, 2012).

De même que les personnes éduquées présentent les taux de tabagisme les moins élevés, les immigrants présentent également les taux de tabagisme les moins élevés. Le niveau d'éducation et le statut d'immigrant représentent alors d'excellents prédicteurs dans les comportements de tabagisme au Canada. Bien qu'il existe des variations quant au statut tabagique des immigrants dépendamment de leur pays d'origine, la majorité des études semble unanime sur l'effet protecteur qu'exerce l'immigration sur le comportement tabagique (pérez, 2002; O'Loughlin, 2010; Kennedy et al., 2014).

1.4. Inégalités sociales de tabagisme en fonction du statut d'immigrant

1.4.1. Définition du statut d'immigrant et statistiques

Un immigrant est une personne qui a déménagé de son pays d'origine (sa patrie) vers un autre pays pour y s'installer à long terme ou de façon permanente et même devenir un citoyen de ce pays. Au Canada, lors du recensement national auprès des ménages effectué en 2016, ont été considérées comme immigrants des personnes ayant reçu le droit de vivre au Canada de façon permanente par les autorités de l'immigration (Statistiques Canada, 2017). Le statut d'immigrant était constitué de trois catégories distinctes: 1) les non-immigrants qui sont des citoyens canadiens par naissance; 2) les résidents permanents qui sont des personnes résidant au Canada depuis plusieurs années et ayant acquis ou non la citoyenneté canadienne et; 3) les résidents non-permanents qui fait référence aux

personnes détentrices d'un permis d'études ou de travail ou revendicateurs d'un statut de réfugié au Canada (Statistiques Canada, 2017).

Depuis plusieurs années, les immigrants représentent une grande partie de la population canadienne. Au recensement de 2016, plus d'un cinquième de la population totale du Canada était né à l'étranger (Statistiques Canada, 2017). Chaque année, plus de 200.000 nouveaux immigrants arrivent au Canada (Perez, 2002; Citizenship and Immigration Canada, 2011; Statistiques Canada, 2017). Au total, le Canada accueille environ 7,5 millions d'immigrants de plus de 200 pays parlant plus de 150 langues (Chui, Maheux et Tran, 2007; Statistiques Canada, 2017), ce qui fait du Canada une société culturelle diversifiée.

La question de la santé des immigrants devient une question importante pour deux raisons (Subedi et Rosenberg, 2014). Premièrement, les immigrants représentent une grande proportion de la population canadienne et font partie intégrante du système de santé canadien. Ainsi, la compréhension de la santé des immigrants aide à comprendre l'état de santé général des Canadiens et aide à élaborer une politique de soins de santé spécifique à la population (Laroche, 2000). Deuxièmement, l'objectif principal du programme d'immigration du Canada est de « favoriser le développement d'une économie forte et viable dans toutes les régions du pays » en attirant des ressources humaines qualifiées de différentes régions du monde (CIC, 2011). Pour cela, les services de l'immigration ont mis en place des critères de sélection des immigrants dont l'un des plus importants est le niveau d'éducation. Et bien que ce dernier soit un excellent indicateur de mesure du SSE, quelques particularités propres aux immigrants existent.

Selon Galarneau et Morisette (2008), les immigrants sont deux fois plus susceptibles que les personnes nées au Canada d'être titulaires d'un diplôme universitaire. Ce qui peut jouer un rôle important dans leur comportement tabagique. À cet effet, la plupart des études entreprises sur le sujet révèlent que les immigrants semblent être en meilleure santé que les natifs. Plusieurs autres explications permettant de justifier cet écart de santé entre les immigrants et les natifs sont décrites dans la théorie du *Healthy Immigrant Effect* (HIE) qui suit.

1.4.2. Théorie du HIE

De manière générale, les études montrent dans la majorité des cas que les immigrants jouissent généralement d'une meilleure santé que leurs homologues nés au Canada ; c'est ce qui a été appelé le Healthy Immigrant Effect (McDonald et Kennedy, 2004; Nanhou et Audet, 2008; Newbold, 2009). Dans la littérature, trois principales raisons ont été développées pour justifier cet écart de santé.

La première raison reposait sur le dépistage sanitaire mené par le pays d'accueil avant l'entrée de la personne. À cet effet, le Canada utilise un examen médical pour dépister formellement les immigrants en santé afin de minimiser les coûts des soins de santé et les risques pour la santé publique. Cependant, cette explication a été considérée comme limitée dans de nombreuses études. Par exemple, Laroche (2000) signale que le pourcentage de demandeurs refusés pour des raisons de santé est très faible. Uitenbroek et Verhoeff (2002) constatent dans leur étude portant sur la mortalité des immigrants méditerranéens à Amsterdam, qu'une explication basée sur la sélection par les autorités n'est pas convaincante pour justifier la faible mortalité de ces immigrants.

La seconde raison quant à elle faisait valoir qu'avant l'immigration, les personnes auraient des habitudes et des comportements de santé favorables dans leurs pays d'origine, ce qui les rendrait potentiellement en meilleure santé que les personnes du pays d'accueil. Les comportements bénéfiques en matière de santé ont souvent été cités comme une explication du «paradoxe hispanique» (Kennedy et al., 2014). Il avait été remarqué que par rapport aux Blancs non hispaniques, les Hispaniques aux États-Unis présentaient les taux de mortalité les plus bas, toutes causes confondues malgré qu'ils enregistraient les taux de pauvreté les plus élevés et les niveaux d'instruction les plus faibles. De plus, Vang et al. (2017) constatent qu'il peut y avoir un rôle potentiellement important pour les facteurs culturels impliquant des comportements favorables à la santé pour expliquer l'écart de santé des immigrants.

La troisième raison portait sur le processus d'auto-sélection des immigrants par lequel les résidents des pays sources les plus sains et les plus riches sont les plus susceptibles d'avoir les moyens financiers et physiques d'immigrer (Kennedy et al., 2004). Cette explication se base essentiellement sur la forte relation positive entre le revenu et la santé qui a été documentée de façon concluante dans la littérature. À cet effet, Jasso et al.

(2004) soutient que la comparaison appropriée pour évaluer la Healthy Immigrant Effect est celle entre les immigrants et les personnes « similaires » dans les pays d'origine, et non les personnes nées dans le pays d'accueil. L'auto-sélection des immigrants signifie que les immigrants potentiels seraient plus susceptibles d'être dans la tranche supérieure de la distribution des revenus (et donc de la santé) dans leur pays d'origine. Leur meilleure santé devrait résulter d'une meilleure alimentation, d'un meilleur accès à l'eau potable et à l'assainissement, d'une moindre exposition aux risques environnementaux et de meilleurs soins de santé pour les enfants et les mères (McDonald, 2005).

Par ailleurs, Kennedy (2014) constate que le rôle de la politique d'immigration dans la détermination des personnes qui immigreront est étroitement lié à l'idée d'auto-sélection. Comme nous l'avons vu plus haut, peu d'immigrants se voient refuser l'entrée dans les pays de destination en raison d'une mauvaise santé. Cependant, la plupart des pays d'immigration ciblent activement les immigrants hautement qualifiés. Par exemple, le Canada et l'Australie tentent tous deux d'attirer des immigrants plus jeunes et plus instruits dont la sélection est fondée sur un système de points basé explicitement sur l'âge, le niveau d'éducation et la maîtrise de la langue (Knowles, 2007). La sélection positive par les autorités de l'immigration signifie que les immigrants les mieux éduqués et les plus qualifiés sont admis et peuvent également induire une auto-sélection positive chez des personnes qui pensent avoir la plus grande chance d'entrer dans le pays d'accueil.

Bien que l'auto-sélection puisse expliquer un écart de santé entre les immigrants récemment arrivés et les natifs, elle n'explique pas le déclin subséquent de la santé des immigrants qui est une autre caractéristique importante de la HIE (McDonald, 2005). Deux autres explications possibles du HIE ont été discutées dans la littérature (Kennedy, 2014). Certains soulignent que le biais de déclaration dans lequel les immigrants récents sous-estiment l'incidence de certaines maladies chroniques, soit en raison de différences de perception ou parce que ces conditions n'ont pas encore été diagnostiquées peut donner l'impression d'un effet immigrant sain (Jasso et al., 2004). De même, d'autres avancent que les contraintes de langue ou de revenu peuvent contribuer à réduire l'utilisation de services de santé préventifs, contribuant ainsi à détériorer la santé au fil du temps (Jasso et al., 2004). McDonald et Kennedy (2004) apportent des preuves contre cette hypothèse en démontrant que l'utilisation des services de santé de base chez les immigrants récents au Canada converge assez rapidement vers celle des personnes nées au pays.

Lorsque cette théorie a été appliquée aux comportements de santé comme le tabagisme, les résultats ont montré que les taux de tabagisme sont dans la majorité des cas inférieurs chez les immigrants que chez les natifs au Canada et ailleurs (Perez, 2002). Cependant, on note une variation importante en fonction du pays d'origine (Newbold et Neligan, 2012). À cet effet, plusieurs études portant sur l'expérience du tabagisme en fonction de la race, de l'ethnicité ou même de la culture (Stoll, 2008; El-Toukhy, Sabado et Choi, 2016; Kandel et al., 2004) ont été développées. Les résultats de ces recherches ont montré que les membres des groupes ethniques, qu'ils soient immigrants récents ou nés au Canada, peuvent avoir sur l'usage du tabac des attitudes, des valeurs, des comportements qui les situent à des niveaux moins élevés de mortalité et morbidité, en comparaison aux natifs canadiens. (Millar, 1992; Perez, 2002).

Ainsi, la pluralité des origines culturelles observée au Canada peut expliquer la diversité observée dans le comportement tabagique des immigrants (Nitcher, 2003), même si les résultats sont assez unanimes quant au fait que les immigrants en général fument moins. Par exemple, il est montré que les immigrants d'origine asiatique sont plus susceptibles de fumer que les autres immigrants, et que même dans ce groupe, les immigrants indiens sont moins enclins à fumer que les immigrants vietnamiens (Newbold et Neligan, 2012; Mao et Bottorf, 2016).

D'autres études ont plutôt montré qu'à mesure que les années passent, la santé et les habitudes de vie des immigrants ont tendance à se rapprocher de celle de la population native (O'Loughlin et al., 2010; Newbold, 2009, Pérez, 2002). À partir du moment où les immigrants arrivent au Canada, un processus d'acculturation s'amorce; ainsi les idées et les comportements associés au lieu d'origine de ces personnes vont être modifiés pour s'assimiler au fil du temps aux idées et aux comportements canadiens (Morton, 2005 ; Newbold, 2009). Une étude a révélé que les immigrantes récentes étaient trois fois moins susceptibles d'être fumeuses que les immigrantes de longue date. En ce qui concerne les immigrants masculins, l'écart semblait plus mince (Pérez, 2002).

Ce concept a été également élargi aux enfants immigrants. À mesure que le temps passé sur le territoire canadien augmente, le risque de fumer augmente également (O'Loughlin et al., 2010). On note cependant très peu de littérature sur le groupe des jeunes adultes. Cette étude sera l'une des premières à amorcer la question de tabagisme chez les jeunes adultes immigrants. Elle permettra non seulement d'avoir davantage d'informations

sur la relation entre le tabagisme et le statut d'immigrant des jeunes adultes, mais aussi, de savoir la place qu'occupe le niveau socioéconomique dans cette relation.

À ce sujet, très peu de littérature existante fournit une information valable au Canada. Une recherche conduite auprès des immigrants de quatre pays (É.-U., Canada, Australie et Angleterre) a révélé que le niveau d'éducation ne justifie pas forcément l'écart de santé observée entre les immigrants et les natifs. En vérifiant l'écart de santé entre les immigrants les plus éduqués et ceux les moins éduqués, les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. Il en est de même pour les comportements de santé tels que le tabagisme. En faisant une comparaison entre le tabagisme quotidien des immigrants et celui des natifs, il ressort que les immigrants fument moins que les natifs lorsqu'on contrôle pour le niveau d'éducation (Kennedy et al., 2014).

En Europe par contre, il a été démontré que le tabagisme des immigrants suivait un gradient socioéconomique comparable à celui des natifs (Nierkens, De Vries et Stronks, 2006). Ainsi, les immigrants ayant un niveau socioéconomique bas ont tendance à plus devenir fumeurs que leurs pairs ayant un niveau socioéconomique élevé. Le risque de tabagisme pourrait être potentialisé si les nouveaux immigrants s'installent dans les quartiers défavorisés où la prévalence de tabagisme est élevée; si la consommation de tabac est plus visible chez leurs amis, chez les personnes adultes, et s'il existe un accès plus accru à la cigarette (O'Loughlin et al., 2010).

De toute cette littérature, il ressort incontestablement une pluralité de travaux sur l'expérience de vie et de santé des immigrants. Beaucoup d'entre eux se sont intéressés à la relation entre le statut d'immigrant et le tabagisme; et d'autres études menées sur la situation économique des immigrants ont fait valoir que le salaire à l'entrée des nouveaux immigrants au Canada est nettement inférieur à celui des natifs, le chômage est élevé, les taux d'emploi sont bas et la pauvreté est particulièrement élevée et persistante (Picot et Sweetman, 2005; Gilmore, 2008; Shellenberg et Maheux, 2007). Seulement, il n'existe pas au Canada et encore moins à Montréal, une étude qui montre comment le statut d'immigrant et le niveau socioéconomique peuvent interagir pour influencer les comportements de tabagisme chez les jeunes adultes à Montréal.

On parle d'interaction lorsque l'effet d'une variable dépend de la valeur de l'autre variable (Braumoeller, 2004). La mise en évidence de l'interaction multiplicative entre le

statut socioéconomique et le statut d'immigrant dans cette étude provient de cette différence observée dans le comportement tabagique des jeunes adultes, dépendamment de leur niveau d'éducation d'une part et leur statut d'immigrant d'autre part. Ainsi, étudier cette interaction permettra de comprendre comment le statut tabagique peut varier en fonction du niveau d'éducation chez les natifs et les immigrants pris séparément.

CHAPITRE 2 : QUESTION, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Ainsi montré, le tabagisme constitue un problème prioritaire de santé publique. À cause de l'augmentation stagnante de la prévalence de tabagisme et de nombreux changements (départ du domicile familial, changement de milieux de travail, mariage, parentalité) qui s'opèrent à l'âge du jeune adulte, les jeunes adultes constituent un groupe vulnérable au comportement de tabagisme et une importante cible pour la santé publique. Ils sont également sujets aux inégalités sociales de tabagisme, avec une tendance tabagique plus élevée chez les personnes les moins éduquées. Par ailleurs, les inégalités de tabagisme peuvent également être perçues à travers le statut d'immigrant. À cet effet, la littérature fait valoir que la prévalence de tabagisme est moins élevée chez immigrants que chez les Canadiens de naissance. Cependant, très peu d'études font interagir ces deux concepts d'inégalités (statut d'immigrant et niveau d'éducation) dans les études portant sur le tabagisme. Quelques recherches se rapprochant de ce sujet laissent transparaître d'une part que le niveau d'éducation ne permet pas de justifier l'écart de santé observé entre les natifs et les immigrants (Kennedy et al., 2014); et d'autres parts que les variations de prévalences de tabagisme observées chez les natifs en fonction de leur statut socioéconomique existaient également chez les immigrants européens (Nierkens, De Vries et Stronks, 2006). C'est dans cette lancée que nous avons fait le choix d'orienter notre travail de recherche sur le statut d'immigrant et les inégalités sociales de tabagisme chez les jeunes adultes à Montréal. Il ressort de tout cela les questions, objectifs et hypothèses de recherche suivants.

2.1. Question de recherche

Est-ce que l'association entre le niveau socioéconomique et le tabagisme est différente entre les jeunes adultes immigrants montréalais et les jeunes adultes natifs montréalais?

2.2. Objectif de recherche

Pour répondre à cette question, nous nous sommes fixés comme objectif principal de déterminer si le statut d'immigrant et le niveau socioéconomique (qu'on opérationnalise en niveau d'éducation attendu) des jeunes adultes interagissent pour influencer le tabagisme. Pour atteindre cet objectif, plusieurs étapes ont été définies. Il s'agit de :

- 1) estimer l'association entre le statut d'immigrant et le tabagisme;

- 2) estimer l'association entre le niveau d'éducation attendu et le tabagisme;
- 3) étudier s'il existe une interaction multiplicative entre le statut d'immigrant et le niveau d'éducation attendu dans l'association avec le tabagisme.

2.3. Hypothèses de recherche

Hypothèse 1 : La prévalence du tabagisme est moins élevée chez les jeunes adultes immigrants que chez les jeunes adultes canadiens de naissance.

Hypothèse 2 : La prévalence du tabagisme est plus basse chez les jeunes adultes avec un statut socioéconomique élevé que chez ceux ayant un statut socioéconomique moins élevé.

Hypothèse 3 : L'association entre le statut socioéconomique et le tabagisme est différente chez les jeunes adultes natifs du Canada et chez les jeunes adultes immigrants.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, nous présentons la méthodologie utilisée dans le cadre de ce mémoire. Tout d'abord, nous présentons la source des données, le devis de recherche privilégié ainsi que l'échantillonnage. Ensuite, nous décrivons la variable dépendante, les variables indépendantes et les variables de contrôle. Enfin, nous décrivons les analyses statistiques effectuées et les considérations éthiques.

3.1. Source des données

Ce mémoire s'insère dans un projet de recherche plus large nommé Interdisciplinary Study on Inequalities in Smoking (ISIS) (Frohlich et al., 2017). C'est une étude longitudinale conduite de novembre 2011 à juin 2014, financée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (2012-2015; MOP-110977) et dirigée par Katherine Frohlich. Ce projet a pour objectif général de comprendre comment les caractéristiques individuelles interagissent avec les caractéristiques du voisinage dans la formation des inégalités en matière de santé. Dans le cadre de ce mémoire qui porte spécifiquement sur la possibilité d'un effet d'interaction multiplicative entre le statut d'immigrant et le niveau d'éducation sur le tabagisme, le devis est transversal et consiste en une analyse secondaire des données issues de la première vague du projet ISIS (novembre 2011- septembre 2012).

3.2. Population à l'étude et l'échantillonnage

La population à l'étude dans ISIS est constituée de 6020 jeunes adultes (hommes et femmes) non institutionnalisés, âgés de 18 à 25 ans, capables de s'exprimer en anglais ou en français et résidant sur l'île de Montréal à leur adresse depuis au moins un an. L'échantillon initial a été obtenu auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), grâce à l'accord de la Commission d'accès à l'information. En effet, dans chacun des 35 Centres Locaux des Services Communautaires (CLSC) de la ville de Montréal, 172 individus, âgés de 18 à 25 ans, ont été sélectionnés aléatoirement à proportion égale entre les hommes et les femmes par la RAMQ (Frohlich et al., 2017).

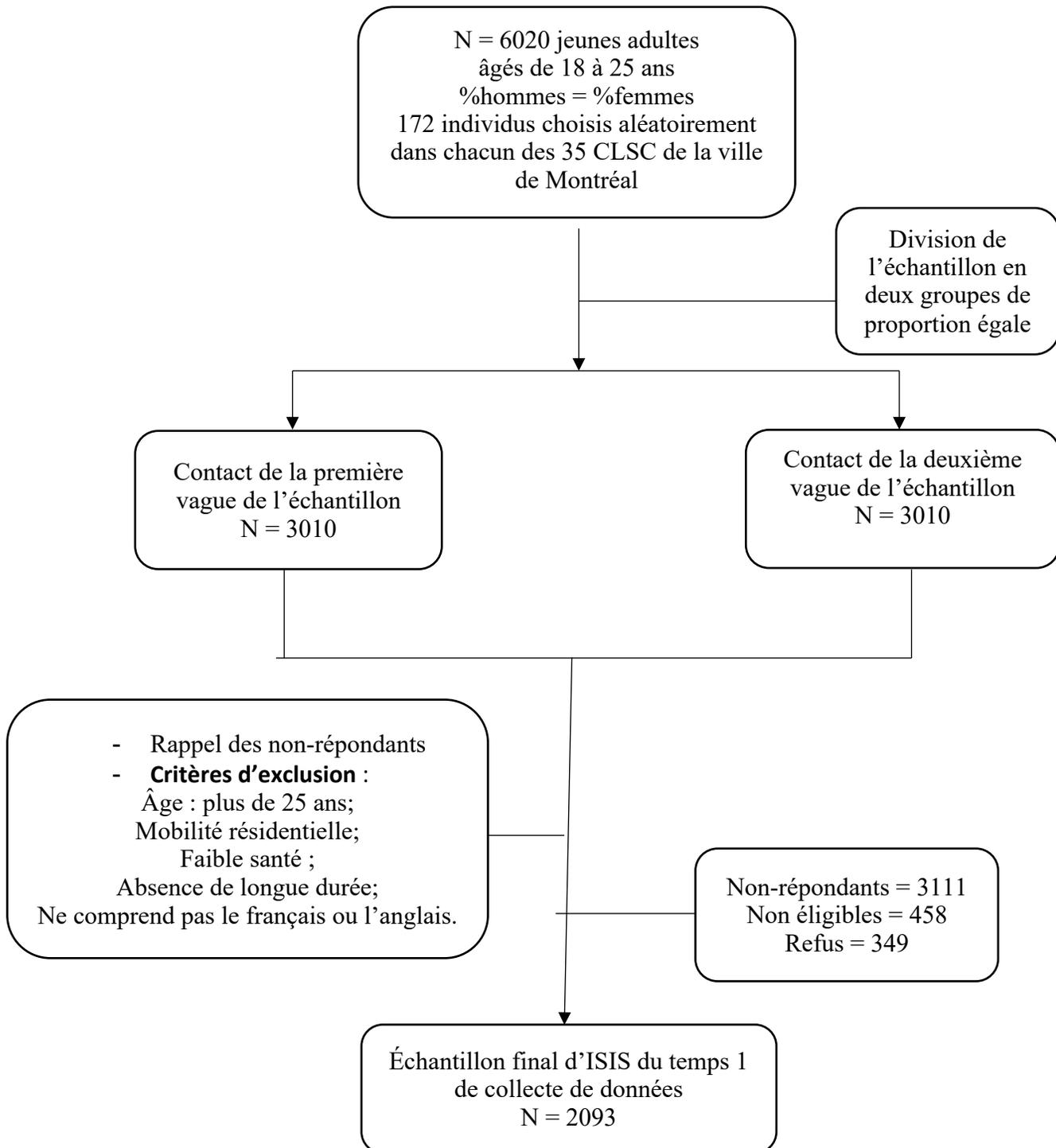
Les participants ont été contactés au travers d'une lettre envoyée par la poste aux adresses obtenues auprès de la RAMQ. Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires administrés en ligne ou remplis avec l'aide d'un des membres de l'équipe de recherche en personne ou par téléphone. La plupart (90%) des répondants qui ont

accepté de participer à l'étude, ont participé en ligne (Gagné et al., 2014). Une récompense de 10\$ était offerte lorsque le questionnaire était totalement rempli. Le formulaire de consentement était présent/rempli au début de chaque questionnaire en ligne, au début des questionnaires en version papier et lors des entrevues téléphoniques.

3.3. Échantillon

À la fin de la période de recrutement, 3111 personnes éligibles n'avaient pas répondu à l'invitation et 816 participants étaient exclus de l'étude (458 non éligibles et 349 refus). Les critères d'exclusion étaient l'âge (avoir plus de 25 ans au moment du contact), la mobilité résidentielle (habiter depuis moins d'un an à l'adresse actuelle au moment du contact), l'absence de compétence linguistique (ne peut pas comprendre le français ou l'anglais), la faible santé (maladie, décès) et l'absence de longue durée planifiée (six mois et plus), donc impossible de participer au suivi (Gagné, 2014). Après traitement des données, un nombre total de 2093 participants avaient rempli le questionnaire. C'est ainsi que s'achève la collecte de données au temps 1 avec un taux de réponse de 37,6%. Un faible taux de réponse n'est pas rare dans les études observationnelles (Frohlich et al., 2017) et cela pourrait être attribué aux déménagements non signalés, à des adresses postales inexactes ou à un manque d'intérêt pour l'étude des non-répondants (Frohlich et al., 2017). En étudiant les caractéristiques des non-répondants au temps 1 de collecte de données, il n'était pas possible de déterminer le nombre de non-répondants qui étaient réellement non-éligibles. Également, en comparant plusieurs caractéristiques sociodémographiques des 2093 participants avec un échantillon représentatif (Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes (ESCC)), on remarque que l'échantillon ISIS est légèrement plus favorisé que l'échantillon de l'ESCC (par exemple, 61% avaient terminé un diplôme collégial contre 54% de l'échantillon de l'ESCC) (Frohlich et al, 2017; Gagné et al., 2014).

**FLOW CHART DU TEMPS 1 DE COLLECTE DES DONNÉES ISIS
(novembre 2011- septembre 2012)**



Source : Frohlich et al. (2016)

3.4. Collecte des données

L'outil de collecte de données utilisé dans le projet ISIS est un questionnaire comportant 98 questions (voir annexe 1). Il a été administré entre novembre 2011 et août 2012. Il est présenté sous forme de sections qui prennent essentiellement des renseignements sur la santé, le comportement tabagique, le quartier et plusieurs informations sociodémographiques. Le questionnaire prenait environ une vingtaine de minutes à compléter en ligne (Gagné et al., 2014).

3.5. Description des variables

3.5.1. Variable dépendante : statut tabagique

Dans cette étude, la variable dépendante d'intérêt est le statut tabagique. Il a été mesuré en demandant aux participants : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? ». Cette question provient de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), conduite par Statistique Canada (ESCC, 2014). Bien que les choix de réponses donnent des possibilités d'avoir trois catégories (non-fumeur, fumeur occasionnel et fumeur quotidien), ce qui nous importe le plus est de savoir si la personne à l'étude fume ou non. Pour cela, le statut tabagique sera considéré comme une variable dichotomique (fumeur, non-fumeur) dans cette recherche. Ainsi, seront considérées comme fumeurs, les personnes ayant déclaré fumer de manière quotidienne ou occasionnelle, et comme non-fumeurs, les personnes qui ont affirmé ne jamais fumer. Cette opérationnalisation est utilisée par Statistiques Canada dans le CTADS/CCHS (Canadian Alcohol Tobacco and Drug Survey).

3.5.2. Variables indépendantes : Statut d'immigrant et niveau d'éducation

3.5.2.1. Statut d'immigrant

D'après Statistiques Canada (2017), un statut d'immigrant indique si le répondant est un non-immigrant, un immigrant ou un résident non-permanent. Un non-immigrant désigne une personne qui est un citoyen canadien de naissance. Un immigrant désigne une personne qui est ou qui a déjà été un immigrant reçu (résident permanent). Dans le projet ISIS, cette variable est dichotomique et a été mesurée en posant la question : « Êtes-vous né au Canada? » Tous les participants ayant répondu « oui » à cette question sont considérés comme des natifs du Canada, et tous ceux qui ont par contre répondu « non »,

sont considérés comme des immigrants. Vu que notre échantillon provient des registres de la RAMQ, et que nos participants devaient résider à leur adresse depuis au moins un an, il existe peu de possibilités que nous ayons des résidents non-permanents dans notre échantillon (parce qu'ils représentent une autre catégorie du statut d'immigrant que nous ne pouvons pas déterminer avec l'échantillon ISIS).

3.5.2.2. Niveau d'éducation attendu

Dans cette étude, le niveau d'éducation attendu représente l'indicateur que nous utilisons pour définir le niveau socioéconomique du jeune adulte. C'est une variable qui a été conceptualisée dans le projet ISIS à partir de plusieurs autres variables. d'abord, le niveau d'éducation complété obtenu en posant la question : « Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété? », avec des réponses possibles allant d'aucune scolarité à l'obtention d'un doctorat. Grâce à ces réponses et celles de la question « Êtes-vous actuellement étudiant (à temps plein, à temps partiel ou dans un programme de stage)? », les étudiants ont ensuite été invités à indiquer le nom de l'établissement qu'ils fréquentaient (Gagné et al., 2016). Le nom de l'établissement mentionné dans cette dernière question a ensuite été utilisé pour établir le plus haut diplôme qui pouvait être attribué par l'établissement, et comparé avec le niveau de scolarité complété. Pour les non-étudiants et les étudiants inscrits dans un établissement qui n'offrait pas d'augmentation du niveau d'éducation par rapport à celui qui était complété, le niveau d'éducation attendu était le même que le niveau d'éducation complété (Gagné et al., 2016). Dans le projet ISIS, cette variable comporte 4 catégories dont : secondaire 4 ou moins, secondaire 5, Cégep et Université. Dans notre recherche, nous avons combiné la catégorie secondaire 4 ou moins et la catégorie secondaire 5 afin d'obtenir une variable à 3 catégories, notamment : secondaire 5 ou moins, Cégep et Université.

3.5.3. Les variables de contrôle

3.5.3.1. Âge et sexe

Ces variables représentent les caractéristiques sociodémographiques, et ont été recueillies avant l'administration du questionnaire auprès de la banque de données de la RAMQ. Le sexe est une variable dichotomique avec comme réponse homme ou femme, dont les femmes représentent la catégorie de référence dans notre étude. L'âge par contre a été traité comme une variable continue, avec les réponses allant de 18 à 25 ans. En effet,

il a été démontré que le tabagisme varie en fonction du sexe chez les jeunes adultes (MSSS, 2017). Une plus grande proportion de jeunes hommes de 18 à 34 ans fume (33 %), comparativement à la proportion de jeunes fumeuses (25 %) (MSSS, 2017). Par ailleurs, des variations importantes en fonction de l'âge n'ont pas été rapportées (MSSS, 2017). Cependant, il demeure important de la contrôler afin d'en limiter les effets.

3.5.3.2. Le nombre d'années depuis l'immigration

Le nombre d'années depuis l'immigration est une variable que nous avons créée à partir des variables, âge du participant et âge d'immigration obtenu en posant la question : « À quel âge avez-vous immigré au Canada? » Nous avons soustrait à l'âge du participant, l'âge auquel il a immigré et nous avons ainsi obtenu le nombre d'années depuis l'immigration. Le nombre d'années depuis l'immigration est une variable continue avec des valeurs allant de 1 à 24. En vérifiant la linéarité entre le nombre d'années depuis l'immigration avec le logit de la variable du statut tabagique à l'aide du test de Box-Tidwell, nous avons obtenu des résultats non significatifs. Ce qui nous a permis de conclure à l'existence d'une linéarité entre la variable du nombre d'années d'immigration et le logit de la variable du statut tabagique. Et donc, nous avons gardé cette variable sous forme continue dans les analyses.

3.6. Analyse des données

Les données ont été analysées au moyen du logiciel SPSS 24.0. Nous avons procédé à la description comparative des caractéristiques des participants (immigrant et natifs) en effectuant les statistiques descriptives de la variable continue (âge) et le calcul des fréquences des variables catégorielles (niveau d'éducation, sexe, statut tabagique). Pour le groupe des immigrants spécifiquement, des informations supplémentaires concernant leurs continents d'origine et le nombre d'années passées au Canada depuis l'immigration ont été spécifiés.

L'analyse des données manquantes a montré que les variables âge, sexe et statut tabagique n'en possédaient aucune. Cependant, on en enregistrait 13 participants qui manquent de données pour la variable du niveau d'éducation et 10 pour la variable du statut

d'immigrant. À cause du petit nombre de données manquantes, les participants avec des données manquantes ont été exclus de l'analyse pour ces variables spécifiquement (au lieu de faire de l'imputation multiple ou utiliser une autre méthode pour remplacer des données manquantes).

Par la suite, nous avons réalisé des modèles de régression logistique multivariés, non-ajustés et ensuite ajustés, sans un terme d'interaction, décrivant l'association entre le statut d'immigrant et le statut tabagique d'une part, et d'autre part, l'association entre le niveau d'éducation et le statut tabagique. Le choix des co-variables incluses dans le modèle reposait essentiellement sur la littérature consultée (Kennedy et al., 2014; Pérez, 2002; Newbold, 2009; O'Loughlin, 2010; Garcia, 2005). Le nombre de variables à inclure dans le modèle a été défini selon la recommandation d'avoir au moins 10 événements (dans ce cas, 10 fumeurs) par co-variable (Hair et al., 2010). Avec un échantillon de 2093 et un total de 477 fumeurs, ça nous permet d'inclure environ 48 variables dans un seul modèle, pourtant que notre étude comprend 6 variables (tabagisme, éducation attendue, âge, sexe, nombre d'années d'immigration, statut tabagique).

Enfin, nous avons testé l'interaction entre le statut d'immigrant et le niveau d'éducation dans un modèle multivarié en contrôlant pour l'âge et le sexe. Au seuil de signification de 5%, l'interaction était statistiquement significative. Dans une analyse stratifiée (immigrants et natifs), les modèles similaires ont été testés dans une régression logistique contrôlant pour l'âge et le sexe chez les jeunes adultes natifs, et contrôlant pour l'âge, le sexe et le nombre d'années depuis l'immigration chez les jeunes adultes immigrants.

3.7. Considérations éthiques

Il n'y a pas d'enjeux éthiques majeurs liés à cette étude. Le projet ISIS, duquel proviennent les données utilisées pour l'analyse, a reçu l'approbation éthique auprès du comité d'éthique à la recherche de l'Université de Montréal (#11-019-CERFM-D) (Comité d'Éthique de la Recherche chez les êtres humains de la Faculté de Médecine) (voir annexes 2). Les données ont été collectées avec le consentement de tous les participants. Ces derniers ont été clairement informés du but du projet de recherche, les modalités de confidentialité, les risques et bénéfices associés à la participation, ainsi que la possibilité de refuser de participer à tout moment au cours de l'étude sans aucune contrainte (voir

annexes 3). Les informations issues de cette collecte font l'objet d'une confidentialité et la base de données est anonymisée. Tous les documents associés aux données sensibles des participants et dont l'exposition est susceptible de rompre la règle de confidentialité sont sécurisés dans une armoire fermée sous clé, seulement accessible par la chercheuse principale du projet et la coordinatrice du projet.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Nous allons dans ce chapitre présenter les résultats de notre recherche, à la lumière des objectifs que nous avons définis dans le chapitre 2 et des analyses que nous avons décrits au chapitre 3. Avant de présenter les résultats de nos analyses statistiques, nous allons dans un premier tableau, décrire et comparer les caractéristiques des participants en fonction de leur statut d'immigrant (immigrants ou natifs). Par la suite, nous allons estimer les rapports de cotes et intervalles de confiance à 95% (des analyses de régression logistiques non ajustées et ensuite ajustées) de l'association entre le statut d'immigrant et le statut tabagique d'une part, et de l'association entre le niveau d'éducation et le statut tabagique d'autre part. Ensuite nous allons estimer le rapport de cotes et l'intervalle de confiance à 95% pour un terme d'interaction regroupant le statut d'immigrant et le niveau d'éducation, et le tabagisme. Finalement, parce que le terme d'interaction est statistiquement significatif (signalant qu'il faut étudier les immigrants et non-immigrants séparément), nous allons faire des analyses univariées et multivariées (incluant l'estimation des rapports de cotes et intervalles de confiance à 95%) qui stratifient les données selon le statut immigrant.

4.1. Comparaison des caractéristiques des participants.

Le tableau présenté ci-dessous est un tableau descriptif, permettant de comparer les jeunes adultes immigrants et les jeunes adultes natifs canadiens selon leur âge, leur sexe, leur statut tabagique et leur niveau d'éducation. Pour les immigrants seulement, le nombre d'années depuis l'immigration et les continents d'origine sont également précisés.

En comparant les médianes d'âge à l'aide du test de Wilcoxon, Mann et Whitney (un test non-paramétrique, parce que la distribution d'âge était non-normale), les résultats rapportés laissent entrevoir l'existence d'une différence significative dans les médianes d'âge des immigrants et des natifs ($p = 0,04$) avec une médiane d'âge plus élevée chez les jeunes adultes immigrants que chez les jeunes adultes natifs (22 vs. 21 ans). On peut donc dire que l'âge varie en fonction du statut d'immigrant dans notre échantillon. En testant l'hypothèse d'indépendance entre les variables sexe et statut d'immigrant, et entre les variables statut tabagique et statut d'immigrant à l'aide d'un chi-carré, il ressort des résultats non significatifs au seuil de 5%. Ceci voudrait dire qu'il n'existe pas de différences (au moins statistiquement significatives) dans les proportions des jeunes adultes immigrants et natifs du Canada par sexe et par statut tabagique.

Cependant, on observe une tendance différente pour la variable du niveau d'éducation. Avec une valeur p de 0,04, l'hypothèse d'indépendance entre les variables du niveau d'éducation et du statut d'immigrant est rejetée. Ainsi, on conclut à une différence statistiquement significative dans les fréquences des niveaux d'éducation des immigrants et des natifs du Canada. On peut donc dire que le niveau d'éducation des participants varie en fonction de leur statut d'immigrant. La proportion d'immigrants qui ont rapporté être à l'université est plus élevée chez les jeunes adultes immigrants que chez les jeunes adultes natifs (50,3% vs. 42,9%). On remarque également que la moyenne du nombre d'années depuis l'immigration est de 11,63 ans et la plus grande proportion d'immigrants est d'origine asiatique (33,8%).

**Tableau 1 : Caractéristiques des participants en fonction du statut d'immigrant
(ISIS 2012, n=2079)**

	<i>Immigrants (n= 394)</i>	<i>Natifs (n= 1685)</i>	<i>Valeur p</i>
<i>Âge, M (écart interquartile)</i>	22 (3)	21 (4)	0.04
<i>Sexe, %</i>			
Hommes	48,2	42,3	0.33
<i>Statut tabagique, %</i>			
Fumeurs	19,5	23,7	0.79
<i>Niveau d'éducation, %</i>			
Secondaire 5 ou moins	18,1	16,4	0.04
Cégep	31,6	40,7	
Université	50,3	42,9	
<i>Nombre d'années d'immigration, M(écart-type)</i>	11,63 (6,39)	PD	
<i>Continent d'origine, % (NA =5)</i>			
Afrique	18,3	PD	
Asie	33,8		
Autres pays d'Amérique	22,8		
Europe	23,9		
Océanie	0		

PD : pas disponible

N. B. Sur l'échantillon initial de 2093 participants, 14 personnes n'ont pas répondu à la question permettant de déterminer leur statut d'immigrant.

4.2. Association entre le statut d'immigrant et le statut tabagique, et association entre le niveau d'éducation et le statut tabagique

Le tableau ci-dessous nous permet d'estimer la direction et la puissance de l'association entre le statut d'immigrant et le statut tabagique des jeunes adultes, et de l'association entre le niveau d'éducation et le statut tabagique des jeunes adultes. Grâce aux modèles de régression logistique binaire, nous avons calculé les rapports de cotes.

(RC) non ajustés (ne contrôlant pour aucune variable) et ajustés (contrôlés pour l'âge et le sexe) de la relation entre le statut d'immigrant et le statut tabagique (oui, non), ainsi que la relation entre le niveau d'éducation et le statut tabagique (oui, non).

Il ressort de ces analyses qu'être un immigrant aurait un effet protecteur sur le tabagisme, que le modèle soit ajusté ou non. Le RC = 0,77 signifie que les jeunes adultes immigrants avaient 23% de cotes moins élevées d'être fumeurs lorsqu'ils étaient comparés aux jeunes adultes natifs, bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs au seuil de 5%. En ce qui concerne le niveau d'éducation, on remarque plutôt qu'une baisse du niveau d'éducation augmente les cotes d'être fumeur, que le modèle soit ajusté ou non. Chez les jeunes adultes ayant un niveau d'éducation égal ou moindre au secondaire 5, les cotes de fumer sont 2,96 fois plus élevées (non ajusté) ou 3,24 fois plus élevées (après ajustement) par rapport aux jeunes adultes ayant un niveau d'éducation universitaire. On note également chez les jeunes adultes ayant un niveau collégial, que les cotes de fumer sont 45% plus élevées (non ajusté) ou 67% plus élevées (ajusté), que chez les jeunes adultes du niveau universitaire. Ces résultats sont statistiquement significatifs au seuil de 5%. Ainsi, on remarque qu'au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente, les risques de fumer diminuent.

Tableau 2 : L'association chez les jeunes adultes entre et le tabagisme et (1) le statut d'immigrant et (2) le niveau d'éducation (ISIS, n=2093)

	Model 1 (n = 2079)	Model 2 (n = 2083)	Model 3 (n = 2071)
	RC non-ajusté (95% IC)	RC non-ajusté (95% IC)	RC ajusté (95% IC)
Statut d'immigrant			
<i>Immigrants</i>	0,78 (0,59; 1,03)	-	0,77 (0,59-1,03)
<i>Natifs (ref)</i>	1,00		1,00
Âge	-	-	1,09 (1,04-1,14)
Sexe			
<i>Hommes</i>	-	-	1.21 (0,98-1,45)
<i>Femmes (ref)</i>			1,00
Niveau d'éducation			
<i>Secondaire 5 ou moins</i>	-	2,96 (2,22-3,90)	3,24 (2,43-4,32)
<i>Cégep</i>		1,45 (1,14-1,84)	1,67 (1,29-2,15)
<i>Université (ref)</i>		1,00	1,00

- *Modèle 1 : modèle non-ajusté de l'association entre le statut d'immigrant et le statut tabagique*
- *Modèle 2 : modèle non-ajusté de l'association entre le niveau d'éducation attendu et le statut tabagique*
- *Modèle 3 : Les RC ajustés ont contrôlé pour toutes les autres variables incluses dans le modèle.*

4.3. Interaction entre le statut d'immigrant et le niveau d'éducation sur le tabagisme

En testant l'interaction entre le statut d'immigrant (oui, non) et le niveau d'éducation (voir tableau 3), il ressort de ces analyses des résultats significatifs au seuil de 5%. Également, en traitant la variable éducation comme une variable catégorielle, l'interaction s'est révélée significative au seuil de 5% (voir annexes 4 et 5). Ceci traduit le fait que la relation entre le niveau d'éducation et le tabagisme est modérée par le statut d'immigrant. En d'autres termes, l'association entre le niveau d'éducation et le tabagisme diffère selon qu'on soit un Natif ou un Immigrant.

Tableau 3 : Interaction entre le statut d'immigrant et le niveau d'éducation sur le tabagisme chez les jeunes adultes (ISIS, n = 2071)

<i>Variables</i>	RC (IC à 95%)
<i>Statut d'immigrant</i>	3,96 (1,69 – 9,27)
<i>Niveau d'éducation</i>	0,85 (0,61 – 1,17)
<i>Âge</i>	1,09 (1,04 – 1,15)
<i>Sexe</i>	1,20 (0,97 – 1,50)
<i>Statut d'immigrant * niveau d'éducation</i>	0,59 (0,42 – 0,85)

- *Modèle contrôlant pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation attendu et le statut d'immigrant*
- *22 participants ont été exclus de l'analyse en raison de l'absence de réponse en ce qui concerne leur statut d'immigrant ou/et leur niveau d'éducation.*

Les tableaux croisés présentés ci-dessous fournissent des informations supplémentaires sur la taille et la signification statistique de l'interaction dans les différentes strates. Nous avons procédé aux calculs avec la variable d'éducation attendue à deux catégories et à trois catégories.

Tableaux croisés avec variables du niveau d'éducation à deux catégories

➤ Immigrants (réf: Université)

Niveau d'éducation	Fumeurs	Non-fumeurs
Moins qu'université	39	156
Université	38	159

$$RC = \frac{39 \cdot 159}{38 \cdot 156}$$

$$RC = 1,05$$

➤ Natifs (réf: Université)

Niveau d'éducation	Fumeurs	Non-fumeurs
Moins qu'université	278	681
Université	118	602

$$RC = \frac{278 \cdot 602}{118 \cdot 681}$$

$$RC = 2,08$$

Tableaux croisés avec variables du niveau d'éducation à trois catégories

➤ **Chez les Immigrants**

Réf : Université

		Statut tabagique		
		fumeurs	non-fumeurs	total
Niveau d'éducation	Secondaire 5 ou moins	17	54	71
	Université	38	159	197
Total		55	213	268

$$RC = \frac{17 \cdot 159}{38 \cdot 54}$$

RC = 1,32

		Statut tabagique		
		fumeurs	non-fumeurs	total
Niveau d'éducation	Cégep	22	102	124
	Université	38	159	197
Total		60	261	321

$$RC = \frac{22 \cdot 159}{38 \cdot 102}$$

RC = 1,11

➤ **Chez les Natifs**

Réf : Université

		Statut tabagique		
		fumeurs	non-fumeurs	total
Niveau d'éducation	Secondaire 5 ou moins	114	161	275
	Université	118	602	720
Total		232	763	995

$$RC = \frac{114 \cdot 602}{118 \cdot 161}$$

RC = 3,61

		Statut tabagique		
		fumeurs	non-fumeurs	total
Niveau d'éducation	Cégep	164	520	684
	Université	118	602	720
Total		282	1122	321

$$RC = \frac{164 \cdot 602}{118 \cdot 520}$$

RC = 1,61

Dans la prochaine étape, nous avons repris dans des modèles de régression logistiques binaires, les analyses de l'association entre le niveau d'éducation et le tabagisme, mais chez les immigrants et les natifs pris séparément. De la même façon que pour le Tableau 2, nous avons calculé les rapports de cotes (RC) non ajustés (ne contrôlant pour aucune variable) et ajustés (contrôlés pour l'âge et le sexe et dans le cas des immigrants, le nombre d'années depuis l'immigration) de la relation entre le niveau d'éducation et le statut tabagique (oui, non) dans les deux groupes.

Tableau 4 : L'association chez les jeunes adultes entre le niveau d'éducation et le tabagisme chez les immigrants (ISIS, n= 392)

	Model 1	Model 2
	RC non-ajusté (95% IC)	RC ajusté (95% IC)
Niveau d'éducation		
<i>Secondaire 5 ou moins</i>	1,32 (0,69 – 2,52)	1,45 (0,73-2,82)
<i>Cégep</i>	0,90 (0,51 – 1,61)	1,16 (0,62-2,17)
<i>Université (ref)</i>	1.00	1,00
Âge	-	1,12 (0,99-1,26)
Sexe		
<i>Hommes</i>	-	1,81 (1,08-3,05)
<i>Femmes (ref)</i>		1.00
<i>Nombre d'années depuis l'immigration</i>	-	0,98 (0,94-1,02)

- *Modèle contrôlant pour l'âge, le sexe et le nombre d'années depuis l'immigration*
- *2 participants ont été exclus de l'analyse en raison de l'absence de données*

De ces analyses, il ressort dans le groupe des jeunes adultes immigrants (Tableau 4) que fumer avait les cotes 32% plus élevées chez les personnes ayant atteint ou pas le secondaire 5, et 10% moins élevés chez les personnes ayant un niveau d'éducation collégial, que chez les personnes ayant un niveau d'éducation universitaire dans le modèle non ajusté. Lorsque le modèle était ajusté pour l'âge, le sexe et le nombre d'années depuis

l'immigration, les cotes de fumer étaient 45% plus élevées chez les personnes du secondaire 5 ou moins et 16% plus élevées chez les personnes du niveau collégial que chez les personnes du niveau universitaire. Mais, ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs au seuil de 5% (les intervalles de confiance incluent 1). Autrement dit, les risques de fumer chez les jeunes adultes immigrants ne varient pas d'une façon statistiquement significative en fonction de leur niveau d'éducation.

Cependant, la situation diffère chez les jeunes adultes natifs (Tableau 5). Les risques de fumer suivent un gradient profond en fonction du niveau d'éducation que les modèles soient ajustés ou non. On note que les cotes sont 3,6 fois (non ajusté) et quatre fois (ajusté) plus élevées, d'être fumeur chez les participants du secondaire 5 ou moins, par rapport aux participants au niveau universitaire. Alors que chez les participants du niveau collégial, les cotes sont 1,61 (non ajusté) et 1,87 (ajusté) fois plus élevées que chez les participants du niveau universitaire. Ces résultats témoignent encore une fois de plus des inégalités socioéconomiques observées dans le tabagisme des jeunes adultes natifs du Canada.

Tableau 5 : L'association chez les jeunes adultes entre le niveau d'éducation et le tabagisme chez les natifs (ISIS, n= 1679)

	Model 1	Model 2
	RC non-ajusté (95% IC)	RC ajusté (95% IC)
Niveau d'éducation		
<i>Secondaire 5 ou moins</i>	3,61 (2,65 – 4,93)	3,99 (2,89-5,51)
<i>Cégep</i>	1,61 (1,24 – 2,09)	1,87 (1,41-2,48)
<i>Université (ref)</i>	1,00	1,00
Âge	-	1,09 (1,03-1,115)
Sexe		
<i>Hommes</i>	-	1,09 (0,87-1,39)
<i>Femmes (ref)</i>		1.00

- *Modèle contrôlant pour l'âge et le sexe*
- *6 participants ont été exclus de l'analyse en raison de l'absence des données*

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous allons discuter les résultats préalablement présentés à la lumière de ce qui a été montré dans la littérature.

5.1. Rappel de l'objectif et des résultats de l'étude

Il était question dans cette étude de déterminer si le statut d'immigrant et le niveau socioéconomique des jeunes adultes interagissent pour influencer le tabagisme. À l'issue des analyses menées, fort pour nous était de constater d'une part que les jeunes adultes immigrants sont moins à risque de fumer que les jeunes adultes natifs. D'autre part, nous avons également montré que les risques de fumer variaient en fonction du niveau d'éducation des jeunes adultes, avec une tendance moins élevée chez les plus éduqués. En estimant l'interaction entre le statut d'immigrant et le niveau d'éducation, le résultat était statistiquement significatif et suggérait des effets différents du niveau d'éducation sur le tabagisme selon le statut d'immigrant. Chez les jeunes adultes immigrants, les risques de fumer ne varient pas en fonction du niveau d'éducation. Chez les jeunes adultes natifs par contre, la tendance était contraire. Nous avons constaté que les risques de fumer variaient en fonction du niveau d'éducation. Plus ils étaient éduqués, moins ils étaient susceptibles de fumer.

5.2. L'association entre le niveau d'éducation et le tabagisme

Comme mentionné précédemment, chez les Canadiens de naissance, avoir reçu une éducation est associé avec une probabilité plus faible de fumer (Reid et al., 2017). Dans notre étude, les cotes d'être fumeur sont quatre fois plus élevées chez les jeunes adultes ayant atteint le niveau du secondaire 5 ou moins par rapport aux universitaires; et 1,87 fois plus élevée chez les jeunes adultes ayant atteint le niveau du Cégep, par rapport à ceux ayant atteint le niveau universitaire. Ces résultats confirment encore une fois de plus qu'il existe des inégalités sociales dans les risques de tabagisme au sein d'un même groupe d'âge. En fonction du niveau d'éducation, les individus ne sont pas exposés de manière égale aux risques associés au tabagisme (Marmot, 2010; Frohlich et al., 2014).

La littérature existante a proposé différents mécanismes pour expliquer la relation entre le niveau d'éducation et le tabagisme (Cutler et Muney, 2010 ; Pampel, 2009). Il est important de comprendre qu'une différence évidente entre les personnes les mieux éduquées et les personnes les moins éduquées est celle des ressources (financières,

matérielles et cognitives). L'éducation améliore la santé à la fois par une meilleure culture sanitaire, mais aussi, par une meilleure capacité à utiliser ces connaissances pour investir en santé (Bricard et al., 2015). Les personnes les plus éduquées seraient plus incitées à adopter des comportements favorables à la santé et disposeraient par ailleurs de ressources suffisantes, leur permettant d'avoir recours et de s'offrir les services requis pour améliorer leur état de santé (Culter et Muney, 2010). Ceci expliquerait une initiation moins fréquente au tabagisme ou un arrêt plus précoce pour ceux qui ont commencé à fumer chez les plus éduqués. L'absence ou l'insuffisance de ressources chez les personnes les plus défavorisées entraîne un ensemble de conséquences; elles augmentent le stress qui fait du tabagisme une stratégie d'adaptation attrayante, limitent l'accès aux informations sur la santé, donnent aux groupes à haut risque de mortalité moins d'incitations à éviter le tabagisme, des horizons temporels limités, réduisent le capital social disponible pour aider à éviter le tabagisme et rendent l'abandon plus difficile (Pampel, Krueger et Denney, 2010).

Ainsi, les personnes les plus éduquées disposent généralement de ressources plus abondantes leur permettant d'atteindre leurs objectifs de santé, et les personnes ayant un faible statut socioéconomique rencontrent plus de difficultés à réaliser leurs objectifs. Les arguments sur l'efficacité pour éviter le tabagisme, l'accès aux ressources permettant de cesser de fumer, ou encore les opportunités communautaires visant à lutter contre le tabagisme se concentrent davantage sur les groupes les plus socioéconomiquement favorisés (Layte et Whelan, 2009). Bien que ces mécanismes permettent de comprendre les inégalités de tabagisme chez les jeunes adultes natifs canadiens, ils ne peuvent être assimilés au contexte des jeunes adultes immigrants canadiens, chez qui les analyses ont révélé des résultats contradictoires.

5.3. Relation entre le niveau d'éducation et le tabagisme chez les jeunes adultes immigrants.

Tel que mentionné plus haut, il a été remarqué qu'il n'y a pas une association entre le niveau d'éducation et le tabagisme des jeunes adultes immigrants. Cette relation a été très peu étudiée dans la littérature. Une étude conduite par Kennedy et al. (2014) dans quatre pays (É.-U., Canada, Australie et Angleterre) soutient nos résultats, en montrant que le niveau d'éducation ne permet pas forcément de justifier l'écart de tabagisme entre les immigrants et les natifs. Également, certaines études américaines ont montré que, malgré

un revenu et un niveau de scolarité inférieurs à la moyenne, certains immigrants jouissent d'une meilleure santé que les personnes nées au pays (Cunningham et al., 2008). Cependant, Nierkens et al. (2006) montrent qu'en Europe, le niveau socioéconomique des immigrants peut avoir des effets importants sur le tabagisme. Les immigrants ayant un niveau socioéconomique bas ont tendance à plus devenir fumeurs que leurs pairs ayant un niveau socioéconomique élevé.

5.4. Possibles mécanismes permettant d'expliquer la différence dans les inégalités sociales de tabagisme présentes chez les jeunes adultes natifs et absentes chez les jeunes adultes immigrants à Montréal

Les explications sous-jacentes à ces résultats ne sont presque pas développées dans la littérature, d'autant plus que ce lien est peu étudié chez les jeunes adultes au Canada. À cet effet, il n'y a pas de raisons établies, permettant de montrer pourquoi un jeune adulte immigrant éduqué a les mêmes risques de fumer qu'un jeune adulte immigrant moins éduqué, alors que c'est le contraire chez les natifs. Cependant, l'identification des facteurs protecteurs contre le tabagisme chez les immigrants peut mieux aider à comprendre ces liens.

À cet effet, plusieurs études signalant que les immigrants sont en meilleure santé affirment que cela est attribuable à de meilleurs styles de vie avant et immédiatement après l'immigration (Kennedy et al., 2014; Goel et al., 2004). Ainsi, le fait que les immigrants soient moins susceptibles de fumer que les natifs canadiens pourrait être attribuable aux comportements initiaux adoptés depuis leurs pays d'origine (Kennedy et al., 2014). Une étude conduite aux États-Unis a révélé que le tabagisme serait la meilleure explication de l'effet de l'immigrant en bonne santé (Blue et Fenelon, 2011). Les résultats de cette recherche ont montré que le tabagisme représentait plus de 50% de la différence d'espérance de vie à 50 ans, entre les hommes nés à l'étranger et les hommes nés aux États-Unis; et plus de 70% de la différence entre les femmes.

Singh et Hiatt (2006) font également valoir dans leur étude que les risques moins élevés de tabagisme chez les immigrants est lié à un soutien social plus étendu de leur environnement social. De même, Mohammadnezhad et al. (2015) décrivent la culture comme facteur protecteur important des comportements de tabagisme. Conceptuellement, la culture est associée à des normes ou des valeurs qui sont partagées par les membres des

petits groupes tels que les familles ou les groupes plus importants définis par le lieu de résidence, la religion ou l'origine ethnique (Nitcher, 2003). Les immigrants qui arrivent de différents pays apportent des normes et des valeurs, qui peuvent les amener à se comporter différemment même s'ils sont confrontés à un contexte commun. Parce que cette littérature suppose que les immigrants détiennent encore leurs valeurs culturelles, au moins pour une période du temps après leur arrivée dans un nouveau pays, cela doit inévitablement avoir une influence significative sur leurs comportements de santé. Par exemple, une étude portant sur l'utilisation de la culture comme un prédicteur important de tabagisme a révélé que les prévalences de tabagisme sont plus faibles chez les immigrants que chez les natifs britanniques (Christopoulou et Lillard, 2011).

De plus, certains facteurs comme le dépistage des immigrants (Jasso et al., 2005; Kennedy et al., 2014); la mauvaise perception de tabagisme (Turner, Mermelstein et Flay, 2004), les styles parentaux et le respect des aînés ont été également décrits comme des facteurs de protection importants contre le tabagisme chez les immigrants (Nitcher, 2003). Également, il a été développé dans la théorie du Healthy Immigrant Effect qu'il existe un processus d'auto-sélection à travers lequel les personnes les plus nanties dans leurs pays d'origine sont les plus susceptibles d'immigrer. Une étude conduite auprès d'adolescents a montré que le risque de tabagisme augmente de 28% à chaque diminution de l'éducation parentale (Soteriades et DiFranza, 2003). Au regard de l'âge de nos participants (18-25 ans), nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle ce sont les parents de ces derniers qui ont une situation socioéconomique favorable. Il se pourrait donc que la plupart des immigrants proviennent de familles bien éduquées, de sorte que même s'il y a une variabilité dans leur éducation, les familles disposeraient des ressources nécessaires pour les aider à ne pas s'initier ou à arrêter le tabagisme.

Par ailleurs, O'Loughlin et al. (2014) ont montré que certains facteurs comme la consommation d'alcool, l'impulsivité et une piètre performance scolaire sont associés à l'initiation du tabagisme chez les jeunes adultes canadiens. Chez les jeunes adultes immigrants par contre, d'autres facteurs ont été invoqués. Il s'agit : du stress lié au processus d'immigration (Jasso et al., 2005); des milieux de travail et de vie délétères résultant d'un faible statut professionnel (Holmes, 2006); des prédispositions à des conditions particulières et un accès plus limité aux soins (Huang et al., 2006); et la

probabilité plus faible de demander de l'aide médicale et des soins préventifs (Huang et al., 2006).

Bien que ces facteurs soient susceptibles de favoriser les mauvais comportements de santé tels que le tabagisme, il se pourrait que les valeurs et les cultures partagées par les immigrants soient extrêmement résistantes à l'adoption des comportements de tabagisme. Ainsi, l'ensemble de ces facteurs de protection pourraient non seulement permettre de comprendre les écarts de tabagisme entre les immigrants et les natifs, mais constituent aussi un argumentaire permettant de comprendre pourquoi les immigrants sont exposés aux mêmes risques de fumer, même s'ils ont des niveaux d'éducation différents.

5.5. Avantages de l'étude et implications pour les interventions en santé publique

Notre travail de recherche ainsi présenté rejoint la multitude de travaux ayant porté sur les inégalités sociales de tabagisme chez les jeunes adultes et permet aux autorités de santé publique de comprendre davantage le rôle du statut d'immigrant dans ces inégalités. Comme mentionné plus haut, cette étude est l'une des premières à étudier l'interaction entre le statut d'immigrant et le niveau d'éducation sur le tabagisme des jeunes adultes. Ceci représente un grand pas dans la recherche en santé publique parce qu'elle apporte de nouvelles informations permettant d'évoquer des hypothèses qui expliquent les différences de tabagisme observées chez les jeunes adultes immigrants et natifs du Canada, ce qui pourrait être exploré dans les études futures.

Dans la revue de la littérature, nous avons montré que les jeunes adultes étaient un groupe assez vulnérable au tabagisme, de par les différents changements qui s'opèrent dans cette tranche d'âge. Par la suite au chapitre 4, les résultats présentés nous montrent également que les inégalités sociales de tabagisme chez les jeunes adultes natifs du Canada ne sont pas pareilles chez les immigrants. Autrement dit, les prévalences de tabagisme ne varient pas en fonction du statut socioéconomique chez les immigrants, comme c'est le cas chez les natifs. Ceci doit alerter les décideurs de santé publique quant au fait que les messages antitabac véhiculés, et la mise en place des stratégies de lutte contre les inégalités de tabagisme n'atteindront pas de façon similaire la population canadienne, et devront donc davantage être adaptées aux différences observées dans les comportements tabagiques des jeunes adultes en particulier et de l'ensemble de la population en général.

Cette étude ouvre également la porte à d'autres études sur le sujet. S'il est désormais vrai que les jeunes adultes immigrants sont en meilleure santé et sont moins à risque de fumer au Canada, grâce aux nombreuses recherches qui ont été entreprises sur le sujet, on ne sait par contre pas pourquoi les inégalités socioéconomiques de tabagisme observées chez les natifs n'existent pas chez les immigrants. Il se pourrait que l'éducation ne mesure ni ne saisisse ce qui est important en termes d'inégalités sociales de tabagisme chez les immigrants. Il se pourrait également que les immigrants soient essentiellement constitués de personnes éduquées, et ne présentent donc pas de variabilité dans leur statut tabagique (non-fumeur). D'où la nécessité d'effectuer davantage de travaux qualitatifs et quantitatifs permettant de confirmer cette association étudiée et comprendre les mécanismes sous-jacents à cette différence observée dans les inégalités sociales de tabagisme des jeunes adultes immigrants et natifs à Montréal.

5.6. Limitations de l'étude

L'analyse de la santé des immigrants selon les grandes régions d'origine comporte, entre autres limites, la présence de petites tailles d'échantillons lorsque les données proviennent des enquêtes générales (Dennis et al., 2012), comme celle d'ISIS. Dans notre recherche également, nous n'avons pas pris en compte le pays de naissance dans nos analyses. Cependant, nous précisons que notre préoccupation prioritaire était d'étudier le statut d'immigrant. De recherches futures pourront se concentrer davantage sur le pays de naissance afin de montrer l'impact de l'hétérogénéité de la population immigrante sur les variations de prévalence de tabagisme chez les jeunes adultes.

Une autre limite importante dans cette étude repose sur l'utilisation d'un devis transversal. Ce type de devis présente de nombreuses limitations, dans la mesure où elle ne nous permet pas d'affirmer un lien de causalité entre les variables à l'étude. Elle permet seulement de déceler une association entre les variables étudiées. Ainsi, nous ne pouvons affirmer que les différences observées dans les inégalités de tabagisme sont nécessairement attribuables au statut d'immigrant. Cependant, nous pouvons dire que ces différences sont associées au statut d'immigrant.

En ce qui concerne la validité externe de notre étude, il y'aurait de la difficulté à généraliser nos résultats à l'ensemble de la population ou à d'autres groupes d'âge autre que les jeunes adultes, parce que le comportement tabagique des jeunes adultes est très

spécifique et dépend de nombreux facteurs propres (statut socioéconomique, mariage, parentalité) à ce groupe d'âge (Gagné, 2014). Cependant, nos résultats pourraient être généralisables aux jeunes adultes des autres villes et régions canadiennes, en raison de l'échantillonnage aléatoire d'ISIS.

Également, le fait que l'échantillon ISIS soit différent de l'échantillon de l'ESCC en termes d'éducation et de santé physique et mentale peut compromettre sa validité externe. L'enquête sur la santé et les collectivités canadiennes est conçue pour fournir des estimations fiables dans les régions socio-sanitaires. Cependant, tant qu'il n'y a pas de biais de sélection important, il existe une chance que l'estimation soit valide. Cette combinaison contradictoire entre l'éducation et la santé dans l'échantillon d'ISIS a déjà été rapportée en France et aux É.-U. (Delpierre et al., 2011 cité par Frohlich, et al., 2016). Les individus de statut socioéconomique supérieur se déclarant souvent en moins bonne santé lorsqu'ils ont le même état de santé que ceux dont le statut socioéconomique est inférieur ((Delpierre et al., 2011 cité par Frohlich, et al., 2016)). Par ailleurs, notons tout de même que l'échantillon ISIS est similaire à celle de l'ESCC en ce qui concerne l'âge et le sexe.

CONCLUSION

Cette étude visait à déterminer si le statut d'immigrant et le statut socioéconomique des jeunes adultes interagissent pour influencer les comportements de tabagisme. Les résultats rapportés ont révélé que les inégalités sociales de tabagisme chez les jeunes adultes se présentent différemment selon qu'on soit un immigrant ou un Canadien de naissance. Autrement dit, le statut tabagique des jeunes adultes natifs du Canada varie grandement avec le niveau d'éducation, alors que chez les jeunes adultes immigrants, le statut tabagique est semblable peu importe le niveau d'éducation.

Il existe dans la littérature peu de raisons qui permettent de justifier nos résultats. Si on comprend désormais mieux l'écart de santé et des comportements de santé entre les immigrants et les natifs à l'aide de la théorie du « Healthy Immigrant Effect », on ne peut en dire autant pour les différences observées dans les inégalités sociales de tabagisme chez les jeunes adultes immigrants et natifs canadiens. Cependant, quelques explications hypothétiques se rapportant à la culture et à l'appartenance ethnique aident à mieux comprendre nos résultats. En effet, il est démontré dans la littérature que l'influence culturelle des pairs et les valeurs familiales représentent chez les immigrants des notions assez fortes, de sorte que même aux niveaux d'éducation différents, ils ont les mêmes risques de fumer. Ce qui semble contraire à ce qui a été développé chez les natifs, chez qui il existe un gradient profond dans les comportements de tabagisme en fonction du statut socioéconomique.

Ainsi, de nouvelles recherches doivent être entreprises dans le but de comprendre davantage les différences observées dans les inégalités de tabagisme selon le statut d'immigrant. Il s'agirait dans les recherches futures de prendre en compte le pays d'origine des immigrants, de mener des études longitudinales en vue de rendre les résultats de notre recherche encore plus viables, et de mener des études qualitatives permettant de comprendre les mécanismes sous-jacents à ces différences observées. Ces travaux pourraient aider à mieux définir les interventions de santé publique de lutte contre le tabagisme dans la population des jeunes adultes canadiens.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal. (2013). Le Rapport annuel de gestion 2012-2013 - Vivre une île en santé. Consulté à l'adresse http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Montreal/1911-0952_2012-13.pdf
- Baliunas, D., Patra, J., Rehm, J., Popova, S., Kaiserman, M., & Taylor, B. (2007). Smoking-attributable mortality and expected years of life lost in Canada 2002: conclusions for prevention and policy. *Chronic Diseases in Canada*, 27(4), 154-162. Repéré à https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/27-4/pdf/cdic274-3_e.pdf
- Barbeau, E. M., Krieger, N., & 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. <https://doi:10.2105/ajph.94.2.269>
- Biener, L., & Albers, A. B. (2004). Young adults: vulnerable new targets of tobacco marketing. *American Journal of Public Health*, 94(2), 326-330. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.2.326>
- Blue, L. et Fenelon, A. (2011). Explaining low mortality among US immigrants relative to native-born Americans: the role of smoking. *International Journal of Epidemiology*, 40 (3): 786–793. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr011>
- Bonnie, R. J., Stratton, K., Kwan, L. Y. (2015). *The Effects of Tobacco Use on Health*. National Academies Press (US). Consulté à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310413/>
- Braumoeller, B. (2004). Hypothesis Testing and Multiplicative Interaction Terms. *International Organization*. 58(4), 807-820. Consulté à l'adresse <http://www.jstor.org/stable/3877804>
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *JAMA*. 294(22), 2879-2888. <https://doi.org/10.1001/jama.294.22.2879>
- Bricard D., Jusot F., Beck F., Khlat M., Legleye S. (2015). Educational inequalities in smoking over the lifecycle: an analysis by cohort and gender. *International Journal of Public Health*. 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0731-6>

- CDC. (2014). What are the risk factors for lung cancer? Repéré à http://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm
- Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J. S., & Sherman, S. J. (1996). The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 15(6), 478-484. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.15.6.478>
- Christopoulou, R. & Lillard, D. R. (2015). Is smoking behavior culturally determined? Evidence from British immigrants. *Journal of Economic Behavior & Organization*, Elsevier. 110, 78-90. DOI: 10.1016/j.jebo.2014.12.014
- Chui, T., Maheux, H. et Tran, K. (2007). Immigration in Canada: A portrait of the foreign-born population, 2006 census. Consulté à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-557/index-eng.cfm>
- Citizenship and Immigration Canada (2011). Annual report to parliament on immigration. Repéré à <http://www.cic.gc.ca/english/pdf/pub/annual-report-2011.pdf>. 86(2), 231-236. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.2.231>
- Corsi, D. J., Lear, S. A., Chow, C. K., Subramanian, S. V., Boyle, M. H., & Teo, K. K. (2013). Socioeconomic and Geographic Patterning of Smoking Behaviour in Canada: A Cross-Sectional Multilevel Analysis. *PLOS ONE*, 8(2), e57646. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057646>
- CTUMS. (2014). Canadian Tobacco Usage and Monitoring Survey: 2012 summary. Repéré à <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/canadian-tobacco-use-monitoring-survey-summary-2012.html>
- Cowell Alexander J. (2006). The relationship between education and health behavior: some empirical evidence. *Health Economics*, 15(2), 125-146. <https://doi.org/10.1002/hec.1019>
- Cunningham, S.A., Ruben, J.D. et Narayan K.V. (2008). Health of foreign-born people in the United States: a review. *Health & Place*. 14, 623-635. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2007.12.002>
- Cutler, David M. and Adriana Lleras-Muney. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics* 29(1), 1-28. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003>

- Delpierre, C., Datta, G. D., Kelly-Irving, M., Lauwers-Cances, V., Berkman, L., & Lang, T. (2011). What role does socio-economic position play in the link between functional limitations and self-rated health: France vs. É.-U.USA? *The European Journal of Public Health*, 22(3), 317–321. doi:10.1093/eurpub/ckr056
- Dobrescu, A., Abhi B., Sutherland, G., and Dinh, T. (2017). *The Costs of Tobacco Use in Canada, 2012*. Ottawa: The Conference Board of Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/hcsc/documents/services/publications/healthy-living/costs-tobacco-use-canada-2012/Costs-of-Tobacco-Use-in-Canada-2012-eng.pdf>
- El-Toukhy, S., Sabado, M., & Choi, K. (2016). Trends in Susceptibility to Smoking by Race and Ethnicity. *Pediatrics*, 138(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1254>
- Escobedo, L. G., & Peddicord, J. P. (1996). Smoking prevalence in US birth cohorts: the influence of gender and education. *American Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.2105/ajph.86.2.231>
- Fidler, J., Ferguson, S. G., Brown, J., Stapleton, J., & West, R. (2013). How does rate of smoking cessation vary by age, gender and social grade? Findings from a population survey in England. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(9), 1680-1685. <https://doi.org/10.1111/add.12241>.
- Forcier, M., & Handal, L. (2012). L'intégration des immigrants et immigrantes au Québec. Consulté à l'adresse : <https://irisrecherche.qc.ca/publications/l%25e2%2580%2599integration-des-immigrants-et-immigrantes-au-quebec>
- Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., & Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. <https://doi:10.4000/books.pum.9969>
- Frohlich, K.L. & Abel, T. (2014). Environmental justice and health practices: Understanding how inequities in health arise at the local level. *Sociology of Health and Illness*, 36(3), 199-212. <https://doi:10.1111/1467-9566.12126>
- Frohlich, K.L, Shareck, M., Vallée, J., Abel T., Agouri, R., Cantinotti, M., Daniel, M., Dassa, C., Datta, G., Gagné, T., Leclerc, B-S., Kestens, Y., O'Loughlin, J., Potvin, L. (2017). Cohort profile : The interdisciplinary Study of inequalities in Smoking (ISIS). *International Journal of Epidemiology*, 46(2). <https://doi:10.193/ije/dyv036>

- Gagné, T., Agouri, R., Cantinotti, M., Boubaker, A. & Frohlich, K.L. (2014). How important are paper copies of questionnaires? Testing invitation modes when studying social inequalities in smoking among young adults. *International Journal of Public Health*, 59(1), 207-210. <https://doi:10.1007/s00038-013-0469-y>
- Gagne, T., Ghenadenik, A., Shareck, M., & Frohlich, K.L. (2016). Expected or completed? Comparing two measures of educational attainment and their influence on the study of social inequalities in health among young adults. *Social Indicators Research*. <https://doi:10.1007/s11205-016-1517-9>
- Galarneau, D. et Morissette, R. (2008). Sclolarité des immigrants et compétences professionnelles requises : L'emploi et le revenu en perspective. 9 (12). Consulté à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-001-x/2008112/article/10766-fra.htm>
- Galobardes, B., Lynch, J., & Smith, G. D. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, 81-82, 21-37. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldm001>
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7-12. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.023531>
- Gilmore, J. (2008). Les immigrants sur le marché du travail canadien en 2006 : analyse selon les régions et le pays de naissance. Ottawa : Statistique Canada, document analytique, Catalogue no 71-606-X200-2002. Répéré à https://cdi.merici.ca/stat_can/immigrants_2007.pdf
- Giovino, G. A. (2007). The tobacco epidemic in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(6), 318-326. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.008>.
- Giskes, K. & al. (2005). Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(5), 395-401. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.025684>.
- Green, M. J., Leyland, A. H., Sweeting, H., & Benzeval, M. (2007). Causal effects of transitions to adult roles on early adult smoking and drinking: Evidence from three cohorts. *Social Science & Medicine* (1982), 187, 193-202. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.018>.
- Green, M. P., McCausland, K. L., Xiao, H., Duke, J. C., Vallone, D. M., & Healton, C. G. (2017). A Closer Look at Smoking Among Young Adults: Where Tobacco Control

- Should Focus Its Attention. *American Journal of Public Health*, 97(8), 1427-1433.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.1039>
- Green, D.A. et Worswick, C. (2004). Immigrant earnings profiles in the presence of Human Capital Investment: Measuring Cohort and Macro Effects. University of British Columbia and Carleton University.
<https://doi.org/10.1920/wp.ifs.2004.0413>
- Goel, M.S., McCarthy, E.P., Phillips, R.S. et Wee, C.C. (2004) Obesity Among US Immigrant Subgroups by Duration of Residence. *JAMA*. 292(23):2860–2867.
<https://doi:10.1001/jama.292.23.2860>
- Hair, J., Black, W., Babin, B. and Anderson, R. (2010) *Multivariate Data Analysis: Global Edition*. 7th Edition, Pearson Higher Education, Upper Saddle River.
- Hammond, D. (2005). Smoking behaviour among young adults: beyond youth prevention. *Tobacco Control*, 14(3), 181-185. <https://doi.org/10.1136/tc.2004.009621>
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., & Platt, S. (2012). Smoking and socioeconomic status in England: the rise of the never smoker and the disadvantaged smoker. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 34(3), 390-396. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds012>
- Holmes, S. M. (2006). An Ethnographic Study of the Social Context of Migrant Health in the United States. *PLoS Medicine*, 3(10), e448. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030448>
- Huang, Z. J., Yu, S. M., & Ledsky, R. (2006). Health Status and Health Service Access and Use Among Children in U.S. Immigrant Families. *American Journal of Public Health*, 96(4), 634–640. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2004.049791>
- Huisman, M., Kunst, A., & Mackenbach, J. (2005). Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tobacco Control*, 14(2), 106-113. <https://doi.org/10.1136/tc.2004.008573>
- Husten, C. G. (2007). Smoking Cessation in Young Adults. *American Journal of Public Health*, 97(8), 1354-1356. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.117358>
- INSPQ (2012). Le tabagisme, un fléau de la santé publique : des professionnels de santé engagés. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1387_EnoncePosition.pdf

- INSPQ (2013). Le tabagisme au Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/expertises/habitudes-de-vie-et-prevention-des-maladies-chroniques/tabagisme/le-tabagisme-au-quebec>.
- Jasso, G., Massey, D. S., Rosenzweig, M. R., & Smith, J. P. (2004). Immigrant Health Selectivity and Acculturation. <https://doi.org/10.1920/wp.ifs.2004.0423>
- Kandel, D. B., Kiros, G.-E., Schaffran, C., & Hu, M.-C. (2004). Racial/Ethnic Differences in Cigarette Smoking Initiation and Progression to Daily Smoking: A Multilevel Analysis. *American Journal of Public Health*, 94(1), 128-135. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.1.128>
- Kennedy, S., Kidd, M. P., McDonald, J. T., & Biddle, N. (2014). The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *Journal of International Migration and Integration*, 16(2), 317–332. <https://doi:10.1007/s12134-014-0340-x>
- Khaw, K.T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., & Day, N. (2008). Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLOS Medicine*, 5(1), e12. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050012>
- Knowles, V. (2007). *Strangers at Our Gates: Canadian Immigration and Immigration Policy, 1540-2006*. Toronto: Dundrum.
- Laroche, M. (2000). Health status and health services utilization of Canada's immigrant and non-immigrant populations. *Canadian Public Policy*, 26(1), 51-73. <https://doi.org/10.2307/3552256>
- Layte, R. et Whelan, C.T. (2009). Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation. *European Sociological Review*. 25 (4): 399–410. <https://doi.org/10.1093/esr/jcn022>
- Leos-Toro, C., Reid, J.L., Madill, C.L., Rynard, V.L., Manske, S.R., Hammond D. (2017). *Cannabis in Canada - Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2017 Edition, Special Supplement*. Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo. Consulté à https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada/sites/ca.tobacco-use-canada/files/uploads/files/cannabissupplement_2017_final_accessible.pdf

- Mackenbach, J. P. (2011). Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(7), 568-575. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.128280>
- Makomaskilling, E. M., & Kaiserman, M. J. (2004). Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998. *Canadian Journal of Public Health*, 95(1), 3844.
- Mao, A., & Bottorff, J. L. (2017). A Qualitative Study on Unassisted Smoking Cessation Among Chinese Canadian Immigrants. *American Journal of Men's Health*, 11(6), 1703-1712. <https://doi.org/10.1177/1557988315627140>
- Maralani, V. (2014). Understanding the links between education and smoking. *Social Science Research*, 48, 20-34. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.05.007>
- Marmot, M. (2013). Fair Society Healthy Lives. *Inequalities in Health*, 282–298. <https://doi:10.1093/acprof:oso/9780199931392.003.0019>
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2005). Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. *Social Determinants of Health*, 224–237. <https://doi:10.1093/acprof:oso/9780198565895.003.11>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365, 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).
- McDonald, T. (2005). *The Health Behaviors of Immigrants and Native-born People in Canada*. McMaster University, Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the « healthy immigrant effect »: health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine* (1982),59(8), 1613-1627. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.004>
- Millar, W. (1992). Place of birth and ethnic status: factors associated with smoking prevalence among Canadians. *Health Rep* 4(1): 7-24.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2017). *Le tabagisme chez les jeunes adultes: Rapport du directeur national de santé publique*. Service de la promotion des saines habitudes de vie, Québec. Révisé à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-228-01W.pdf>.
- Mirowsky, J. (2017). *Education, Social Status, and Health*. <http://doi:10.4324/9781351328081>.

- Mohammadnezhad, M., Tsourtos, G., Wilson, C., Ratcliffe, J., & Ward, P. (2015). Understanding Socio-cultural Influences on Smoking among Older Greek-Australian Smokers Aged 50 and over: Facilitators or Barriers? A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(3), 2718–2734. <http://doi.org/10.3390/ijerph120302718>
- Morton, B. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96.
- Nanhou, V., et AUDET, N.(2008). Caractéristiques de santé des immigrants du Québec: comparaison avec les Canadiens de naissance. Institut de la statistique du Québec. Consulté à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201404-42.pdf>
- Neligan, D. (2008). Smoking Prevalence and Cessation Amongst Immigrants in Canada (mémoire de maîtrise non publié). McGill University. Montréal, Québec, Canada. Repéré à <http://hdl.handle.net/11375/10640>
- Newbold, K. B. (2009). Health care use and the Canadian immigrant population. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 39(3), 545-565. <https://doi.org/10.2190/HS.39.3.g>
- Newbold, K. B., & Neligan, D. (2012). Disaggregating Canadian immigrant smoking behaviour by country of birth. *Social Science & Medicine* (1982), 75(6), 997-1005. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.05.008>
- Nierkens, V., de Vries, H., & Stronks, K. (2006). Smoking in immigrants: do socioeconomic gradients follow the pattern expected from the tobacco epidemic? *Tobacco Control*, 15(5), 385-391. <https://doi.org/10.1136/tc.2006.014902>
- Nichter Mark. (2003). Smoking: what does culture have to do with it? *Addiction*, 98(s1), 139-145. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.98.s1.9.x>
- OCDE (2015). Panoramane de la santé 2015: comment le Canada se positionne? Repéré à <https://www.oecd.org/fr/canada/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2015-Principaux-r%C3%A9sultats-CANADA.pdf>.
- O’Loughlin, J., Maximova, K., Fraser, K., & Gray-Donald, K. (2010). Does the “Healthy Immigrant Effect” Extend to Smoking in Immigrant Children? *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 299-301. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.005>.

- OMS (2017). Rapport de l’OMS sur l’épidémie mondiale de tabac. Repéré à http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/executive-summary/fr/.
- O’Loughlin, J. L., Dugas, E. N., O’Loughlin, E. K., Karp, I., & Sylvestre, M.-P. (2014). Incidence and Determinants of Cigarette Smoking Initiation in Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 54(1), 26-32.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.009>
- Onor, I. O., Stirling, D. L., Williams, S. R., Bediako, D., Borghol, A., Harris, M. B., ... Sarpong, D. F. (2017). Clinical Effects of Cigarette Smoking: Epidemiologic Impact and Review of Pharmacotherapy Options. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph14101147>
- Ouellette, P., Crémieux, P. Y., Petit, P. et Carter, V. (2005). Étude d’impact des modifications proposées à la Loi sur le tabac : préparée pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux, 21 mars 2005. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/Rap-Tabac-22-03-2005.pdf>.
- Pampel, F. (2009). The Persistence of Educational Disparities in Smoking. *Social Problems*, 56(3), 526-542. <http://doi:10.1525/sp.2009.56.3.526>
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349–370. <http://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>
- Perez, C. E. (2002). Health status and health behaviour among immigrants. *Health Reports*, 13(Suppl.), 89e100. Consulté à <https://search.proquest.com/docview/207495308?pq-origsite=gscholar>
- Picot, G., & Sweetman, A. (2005). The Deteriorating Economic Welfare of Immigrants and Possible Causes: Update 2005 (Analytical Studies Branch Research Paper Series). Statistics Canada, Analytical Studies Branch. Consulté à l’adresse <https://econpapers.repec.org/paper/stcstcp3e/2005262e.htm>
- Pierce, J. L., Gardner, D. G., Cummings, L. L., & Dunham, R. B. (1989). Organization-based self-esteem: construct definition, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 32, 622–648. <https://doi.org/10.5465/256437>

- Rehm, J., d. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra et al. (2006). Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011333-2006.pdf>
- Schellenberg, G. et Malheux, H. 2007. Perspectives des immigrants sur leurs quatre premières années au Canada. *Tendances sociales canadiennes*. Ottawa: Statistique Canada, no 11-008 au catalogue, 2-18.
- Singh, K.G. et Hiatt, R. (2006). Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003. *International Journal of Epidemiology*. 35 (4): 903-919. <https://doi.org/10.1093/ije/dy1089>
- Solberg, L. I., Asche, S. E., Boyle, R., McCarty, M. C., & Thoele, M. J. (2007). Smoking and Cessation Behaviors Among Young Adults of Various Educational Backgrounds. *American Journal of Public Health*, 97(8), 1421-1426. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.098491>
- Soteriades, E. S., & DiFranza, J. R. (2003). Parent's Socioeconomic Status, Adolescents' Disposable Income, and Adolescents' Smoking Status in Massachusetts. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1155-1160. doi:10.2105/ajph.93.7.1155
- Statistiques Canada (2017). Tabagisme 2016. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2017001/article/54864-fra.htm>.
- Stern, J. (2009). L'immigration, la nostalgie, le deuil. *International Journal of the Sociology of Language*, 109(1), 57-66. <https://doi.org/10.1515/ijsl.1994.109.57>
- Stoll, K. (2008). Correlates and predictors of tobacco use among immigrant and refugee youth in a Western Canadian city. *J Immigr Minor Health*, 10(6), 567-574. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9136-4>
- Subedi, R. P., & Rosenberg, M. W. (2014). Determinants of the variations in self-reported health status among recent and more established immigrants in Canada. *Social Science & Medicine* (1982), 115, 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.021>
- Turner, L., Mermelstein, R., & Flay, B. (2004). Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 175-197. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.023>

- USDHHS. (2012). Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012. Consulté à <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf>
- UDHHS. (2014). the health consequences of smoking-50 years of progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Répéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24455788>
- Uitenbroek, D. G., & Verhoeff, A. P. (2002). Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, The Netherlands. *Social Science & Medicine* (1982), 54(9), 1379-1388. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00120-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00120-4)
- Vang, Z. M., Sigouin, J., Flenon, A., & Gagnon, A. (2017). Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethnicity & Health*,22(3), 209-241. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.124651>

ANNEXES

Questionnaire sur la santé et le milieu de vie des jeunes adultes montréalais

Merci beaucoup pour votre intérêt envers le projet ISIS! Votre participation est très importante pour nous.

Les pages suivantes comportent des questions qui traitent de différents aspects de votre vie. Nous voulons en apprendre davantage à propos de vos expériences personnelles afin de mieux comprendre le lien qui existe entre les quartiers et la santé des jeunes adultes montréalais. Plus particulièrement, les questions porteront sur les sujets suivants :

- Votre quartier
- Votre santé
- Votre consommation de cigarettes
- Votre vie et votre réseau social
- Vos origines culturelles et vos croyances religieuses
- Votre travail et vos études
- Votre logement
- Vos dépenses
- Les endroits où vous passez du temps

Nous nous engageons à ne jamais publier d'information personnelle qui permettrait de vous identifier. Si vous préférez ne pas répondre à certaines questions, veuillez simplement passer à la suivante.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE

- La plupart des questions peuvent avoir plusieurs réponses possibles. Veuillez choisir la réponse qui s'applique à vous en noircissant la case correspondante.
- Choisissez une seule réponse à chaque question, à moins que les directives mentionnent le contraire.
- Lorsque vous aurez terminé, veuillez nous poster le questionnaire et le formulaire de consentement signé dans l'enveloppe fournie.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter :

 (514) 343-2414 ou  info@isis-montreal.ca

QUESTIONS QUI PORTENT SUR L'ADMISSIBILITÉ

Les questions suivantes servent à confirmer que vous êtes admissible pour prendre part à cette étude.

A1. Avez-vous entre 18 et 25 ans?

- Oui
 Non → Nous sommes désolés, mais vous ne pouvez pas participer à cette étude. Merci de nous avoir accordé votre temps.

A2. Quelle est votre date de naissance?

JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____

A3. Quelle est votre adresse actuelle?

NUMÉRO ET NOM DE LA RUE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

A4. Depuis combien de temps habitez-vous à votre adresse actuelle?

- Depuis moins de 1 an → Nous sommes désolés, mais vous ne pouvez pas participer à cette étude. Merci de nous avoir accordé votre temps.
 Depuis 1 an ou plus → Allez à la question 1

VOTRE QUARTIER

1. Quand vous pensez à votre quartier, à quoi pensez-vous?

- À la rue ou au bloc de maisons où se trouve votre logement
 Aux quelques rues ou blocs de maisons qui se trouvent autour de votre logement
 À l'espace couvert par une marche de 15 minutes à partir de votre logement
 À l'espace couvert par une marche de plus de 15 minutes à partir de votre logement

2. Dans votre quartier, combien de personnes pouvez-vous saluer sur une base régulière?

- Aucune personne
- Quelques personnes
- Plusieurs personnes
- La plupart des personnes

Veillez indiquer votre degré d'accord avec les trois énoncés suivants :

3. Je peux faire confiance aux gens de mon quartier.

- Fortement en accord
- Plutôt en accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Fortement en désaccord
- Je ne sais pas

4. Je me sens en sécurité de sortir le soir, seul(e), dans mon quartier.

- Fortement en accord
- Plutôt en accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Fortement en désaccord
- Je ne sais pas

5. Les gens de mon quartier se rendent des services entre eux (ex. : prêter un outil, récupérer le courrier, utiliser le téléphone, etc.).

- Fortement en accord
- Plutôt en accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Fortement en désaccord
- Je ne sais pas

VOTRE SANTÉ

6. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'en général, votre santé physique est :

- Excellente
- Très bonne
- Assez bonne
- Passable
- Mauvaise
- Je ne sais pas

7. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'en général, votre santé mentale est :

- Excellente
- Très bonne
- Assez bonne
- Passable
- Mauvaise
- Je ne sais pas

8. Lorsque vous avez des questions à poser au sujet de votre santé, à qui les posez-vous en premier? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- À un professionnel de la santé (ex. : médecin, pharmacien, infirmière)
- À un membre de votre famille
- À un(e) ami(e) ou à une autre personne (ex. : collègue, voisin, connaissance)
- Vous cherchez les réponses sur Internet
- Vous ne les posez à personne

9. Lorsque vous étiez enfant, quelle importance vos parents accordaient-ils à un mode de vie sain?

- Aucune importance
- Peu d'importance
- Assez d'importance
- Beaucoup d'importance
- Je ne sais pas

10. Êtes-vous capable de...
[Veuillez cocher une réponse par ligne]

	Tout à fait capable	Plutôt capable	Peu capable	Pas du tout capable	Je ne sais pas
Porter un poids de 8 kilos (18 livres) sur 3 étages (par exemple, 6 sacs d'épicerie remplis)	<input type="radio"/>				
Redresser le haut du corps sans l'aide des bras en étant couché au sol (redressement assis ou <i>sit-up</i>)	<input type="radio"/>				
Porter 2 valises lourdes sur 3 étages	<input type="radio"/>				
Marcher 20 minutes (environ 2 kilomètres ou 1 mille) à un rythme soutenu sans pause	<input type="radio"/>				
Courir 6 minutes (environ 1 kilomètre ou ½ mille), sans pause	<input type="radio"/>				
Courir 30 minutes (environ 5 kilomètres ou 3 milles) sans pause	<input type="radio"/>				

	Tout à fait capable	Plutôt capable	Peu capable	Pas du tout capable	Je ne sais pas
Toucher le sol avec les mains en étant assis(e) sur une chaise	<input type="radio"/>				
Toucher le sol avec les mains en étant debout (sans plier les genoux)	<input type="radio"/>				
Toucher vos genoux avec votre tête en étant debout	<input type="radio"/>				
Rester en équilibre sur une jambe (au moins 15 secondes) sans prendre appui	<input type="radio"/>				
Faire une roulade (culbute) au sol	<input type="radio"/>				
Sauter par-dessus une clôture de 1 mètre de haut (3 pieds), en prenant appui dessus	<input type="radio"/>				

11. Souffrez-vous de l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants : bronchite chronique, toux persistante ou asthme?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

VOTRE CONSOMMATION DE CIGARETTES

12. Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4 paquets)?

- Oui → allez à la question 14
 Non

13. Avez-vous déjà fumé une cigarette entière?

- Oui
 Non → allez à la question 29

14. À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette entière?

_____ ans

15. Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?

- Tous les jours
 À l'occasion → allez à la question 20
 Jamais → allez à la question 26

Si vous fumez tous les jours

16. À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours?

_____ans

17. Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?

_____cigarette(s) par jour

18. De quelle manière vous procurez-vous des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, cigarillos)? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- Au dépanneur ou à la tabagie
- À l'épicerie
- auprès d'ami(e)s, de collègues ou de connaissances
- auprès de membres de votre famille
- Dans une réserve amérindienne
- Autre, précisez : _____

19. Sous quelle forme vous procurez-vous des cigarettes? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- À l'unité → allez à la question 29
- En paquet → allez à la question 29
- En carton (« cartoune ») → allez à la question 29
- Dans un sac de plastique (de type « Ziploc® ») → allez à la question 29
- Vous achetez du tabac à rouler → allez à la question 29
- Autre, précisez : _____ → allez à la question 29

Si vous fumez à l'occasion

20. Les jours où vous fumez, combien de cigarettes fumez-vous habituellement?

_____cigarette(s) par jour

21. Au cours du dernier mois, combien de jours avez-vous fumé une cigarette ou plus?

_____jour(s)

22. De quelle manière vous procurez-vous des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, cigarillos)? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- Au dépanneur ou à la tabagie
- À l'épicerie
- auprès d'ami(e)s, de collègues ou de connaissances
- auprès de membres de votre famille
- Dans une réserve amérindienne
- Autre, précisez : _____

23. Sous quelle forme vous procurez-vous des cigarettes? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- À l'unité
- En paquet
- En carton (« cartoune »)
- Dans un sac de plastique (de type « Ziploc® »)
- Vous achetez du tabac à rouler
- Autre, précisez : _____

24. Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?

- Oui
- Non → allez à la question 29

25. À quel moment avez-vous cessé de fumer tous les jours?

- Il y a moins de 1 an → allez à la question 29
- Il y a 1 an à moins de 2 ans → allez à la question 29
- Il y a 2 ans à moins de 3 ans → allez à la question 29
- Il y a 3 ans ou plus → allez à la question 29

Si vous ne fumez jamais

26. Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?

- Oui
- Non → allez à la question 28

27. À quel moment avez-vous cessé de fumer tous les jours?

- Il y a moins de 1 an → allez à la question 29
- Il y a 1 an à moins de 2 ans → allez à la question 29
- Il y a 2 ans à moins de 3 ans → allez à la question 29
- Il y a 3 ans ou plus → allez à la question 29

28. À quand remonte la dernière fois que vous avez fumé la cigarette?

- Il y a moins de 1 an
- Il y a un 1 an à moins de 2 ans
- Il y a 2 ans à moins de 3 ans
- Il y a 3 ans ou plus

29. Combien de vos ami(e)s fument?

- Aucun
- Un ou quelques uns
- Environ la moitié
- La plupart
- Tous
- Je ne sais pas

30. Combien de membres de votre famille proche fument?

- Aucun
- Un ou quelques uns
- Environ la moitié
- La plupart
- Tous
- Je ne sais pas

VOTRE VIE ET VOTRE RÉSEAU SOCIAL

31. Quel est votre état civil?

- Célibataire
- Marié(e)
- Conjoint(e) de fait ou en couple
- Séparé(e) ou divorcé(e)
- Veuf/Veuve

32. De manière générale, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de vos relations avec vos ami(e)s?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

33. Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille, une autre personne digne de confiance) quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes?

- Oui
- Non → allez à la question 35
- Je ne sais pas → allez à la question 35

34. Combien de personne(s)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou plus

35. Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille) quelqu'un qui peut vous aider en cas de problème?

- Oui
- Non → allez à la question 37
- Je ne sais pas → allez à la question 37

36. Combien de personne(s)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou plus

37. Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille) quelqu'un de qui vous vous sentez proche et qui vous démontre de l'affection?

- Oui
- Non → allez à la question 39
- Je ne sais pas → allez à la question 39

38. Combien de personne(s)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou plus

VOS ORIGINES CULTURELLES ET VOS CROYANCES RELIGIEUSES

39. Êtes-vous né(e) au Canada?

- Oui → allez à la question 42
- Non

40. Dans quel pays êtes-vous né(e)?

Nom du pays : _____

41. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez immigré au Canada?

_____ an(s)

42. Dans quel(s) pays vos parents sont-ils nés?

Mère : _____

Père : _____

43. Quelle(s) langue(s) parlez-vous le plus souvent à la maison? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- Français
- Anglais
- Autre, précisez : _____

44. Vous identifiez-vous à une religion?

- Oui
- Non → allez à la question 47

45. Dans quelle mesure votre religion est-elle importante pour vous?

- Pas du tout importante
- Peu importante
- Assez importante
- Très importante

46. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous assisté ou participé à des activités, à des services ou à des réunions à caractère religieux, à l'exception de mariages et de funérailles?

- Au moins 1 fois par semaine
- Au moins 1 fois par mois
- Au moins 3 fois par année
- Environ 1 ou 2 fois par année
- Jamais

VOTRE TRAVAIL ET VOS ÉTUDES

47. En cas de besoin, un membre de votre famille pourrait-il vous mettre en contact avec des personnes pouvant vous aider à améliorer votre situation d'emploi?

- Très probablement
- Probablement
- Peu probablement
- Très peu probablement
- Ne s'applique pas (aucun contact, décès, etc.)
- Je ne sais pas

48. Veuillez estimer le nombre de livres qui se trouvaient dans votre logement lorsque vous étiez enfant. Y avait-il...

- Moins de 10 livres
- De 10 à 49 livres
- De 50 à 199 livres
- De 200 à 399 livres
- 400 livres ou plus
- Je ne sais pas

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

- Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle
- École primaire
- Secondaire 4 ou moins
- Secondaire 5
- Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au CÉGEP, d'une école de métiers, d'un collège commercial ou privé, d'un institut technique ou d'une école de sciences infirmières
- Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au CÉGEP
- Certificat universitaire de premier cycle
- Baccalauréat
- Diplôme en médecine, en médecine dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie
- Certificat universitaire de deuxième cycle
- Maîtrise
- Doctorat

VOTRE LOGEMENT

50. En vous incluant, combien de personnes vivent ou demeurent actuellement à votre adresse?

- 1 → allez à la question 52
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 ou plus

51. Avec qui habitez-vous présentement ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

J'habite...

- Avec mes deux parents
- Avec l'un de mes parents
- Avec mes frères ou sœurs
- Avec mes grands-parents ou d'autres membres de ma famille
- Avec mon/ma conjoint(e)
- Avec mes enfants ou les enfants de mon/ma conjoint(e)
- Avec des colocataires, des ami(e)s ou des connaissances
- Autre

52. À qui appartient le logement où vous habitez?

Je suis moi-même/un membre de ma famille est ...

- Propriétaire du logement
- Locataire du logement

53. Combien y a-t-il de pièces dans le logement où vous habitez?

Veillez inclure toutes les pièces sauf la salle de bain et le(s) couloir(s).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9 ou plus

VOS DÉPENSES

54. À travers les questions suivantes, nous aimerions savoir s'il vous est arrivé, au cours des 12 derniers mois, de manquer d'argent pour payer différentes choses nécessaires à la vie quotidienne. Si cela vous est arrivé, nous aimerions savoir jusqu'à quel point cette situation a été grave.

[Pour chaque ligne, veuillez cocher une réponse dans la première section; si vous répondez « oui », veuillez aussi cocher une réponse dans la deuxième section]

	Au cours des <u>12 derniers mois</u> , vous est-il arrivé à vous-même, ou à la personne responsable d'assumer cette dépense, de manquer d'argent pour...			Si oui, jusqu'à quel point ce manque d'argent a-t-il été grave ?				
	Oui	Non	Je ne sais pas	Pas du tout grave	Un peu grave	Assez grave	Très grave	Je ne sais pas
... payer le loyer ou l'hypothèque?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... payer l'électricité, l'eau chaude ou le chauffage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... acheter de la nourriture?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. Pour une dépense urgente, pourriez-vous emprunter rapidement un montant de 500 \$ aux personnes suivantes?

[Veuillez cocher une réponse par ligne]

	Oui	Non	Ne s'applique pas (aucun contact, décès, etc.)	Je ne sais pas
Votre mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre conjoint(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un frère ou une sœur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un grand-parent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un(e) ami(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un(e) collègue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LES ENDROITS OÙ VOUS PASSEZ DU TEMPS

Votre quartier et les lieux que vous fréquentez peuvent influencer votre santé. Les questions suivantes portent sur les endroits où vous passez régulièrement du temps. Pour chacune des catégories, veuillez indiquer le plus précisément possible le lieu où vous pratiquez l'activité en question, en indiquant l'adresse exacte si vous la connaissez, ou bien l'intersection et/ou le point de repère le plus près de ce lieu, le quartier et la ville. Pour certains types d'activités, vous pouvez indiquer jusqu'à deux lieux, en commençant par celui où vous allez le plus souvent.

Études

56. Êtes-vous présentement aux études (que ce soit à temps plein, à temps partiel ou en stage)?

- Oui
 Non → allez à la question 60

57. Quel est le nom de l'établissement que vous fréquentez pour faire vos études, en incluant le campus et le pavillon si cela s'applique?

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

NOM DU CAMPUS :

NOM DU PAVILLON :

58. Quelle est l'adresse de ce lieu d'études? Si vous étudiez à la maison ou à distance, veuillez l'indiquer ici.

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

59. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit dans le cadre de vos études?

_____ heure(s) par semaine

Travail

60. Occupez-vous présentement un emploi rémunéré?

Ceci inclut les emplois à temps partiel et à temps plein, que vous soyez salarié(e), travailleur(euse) autonome, à la pigne, à contrat, en stage, en vacances, en congé parental, en congé de maladie ou d'accident de travail, ou en situation de grève ou de lock-out.

- Oui
 Non → allez à la question 71

61. Si vous occupez un emploi rémunéré, travaillez-vous... Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- À temps plein
 À temps partiel
 À contrat ou à la pigne

62. Où travaillez-vous? Vous pouvez nommer jusqu'à deux emplois ou lieux de travail, si nécessaire.

Emploi ou lieu de travail 1

NOM DE LA COMPAGNIE, DE L'EMPLOYEUR :

63. Habituellement, travaillez-vous surtout :

- de la maison → allez à la question 65
 sur la route → allez à la question 66
 ni de la maison, ni sur la route

64. Quelle est l'adresse de ce lieu de travail ?

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

CODE POSTAL :

QUARTIER :

VILLE:

65. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit, dans le cadre de votre travail?

_____ heure(s) par semaine

66. Travaillez-vous ailleurs, que ce soit dans le cadre du même emploi ou d'un autre emploi ?

- Oui, j'ai un autre emploi
- Oui, je travaille ailleurs dans le cadre du même emploi → **allez à la question 68**
- Non, je travaille toujours au même endroit → **allez à la question 71**

Emploi ou lieu de travail 2

67. Où travaillez-vous?

NOM DE LA COMPAGNIE, DE L'EMPLOYEUR :

68. Habituellement, travaillez-vous surtout :

- de la maison → **allez à la question 70**
- sur la route → **allez à la question 71**
- ni de la maison, ni sur la route

69. Quelle est l'adresse de ce deuxième lieu de travail ?

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

CODE POSTAL :

QUARTIER :

VILLE:

70. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit, dans le cadre de votre travail ?

_____ heure(s) par semaine

Achats alimentaires

71. À votre domicile, qui fait les achats alimentaires?

- Uniquement vous
- En partie vous
- Quelqu'un d'autre que vous → allez à la question 77

72. Lorsque c'est vous qui faites les achats alimentaires, où allez-vous ? Vous pouvez nommer jusqu'à deux endroits (si nécessaire) en commençant par celui où vous allez le plus souvent.

Lieu principal :

NOM DU LIEU (ex. : à l'épicerie Une Telle, au dépanneur Un Tel, au marché public Un Tel) :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

73. Au cours du dernier mois, combien de fois êtes-vous allé(e) à cet endroit pour faire les achats alimentaires ?

_____ fois au cours du dernier mois

74. Y a-t-il un autre endroit où vous faites vos achats alimentaires régulièrement?

Oui

Non → allez à la question 77

Deuxième lieu :

75. Quel sont le nom et l'adresse de ce deuxième lieu où vous faites vos achats alimentaires régulièrement?

NOM DU LIEU (ex. : à l'épicerie Une Telle, au dépanneur Un Tel, au marché public Un Tel) :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

76. Au cours du dernier mois, combien de fois êtes-vous allé(e) à cet endroit pour faire les achats alimentaires?

_____fois au cours du dernier mois

Activités physiques et sports

77. Faites-vous régulièrement des activités physiques ou des sports?

- Oui
 Non → allez à la question 81

78. Habituellement, y a-t-il un endroit en particulier où vous faites des activités physiques ou des sports?

- Oui, je fais habituellement ce type d'activités chez moi → allez à la question 80
 Oui, je fais habituellement ce type d'activités ailleurs que chez moi, à un même endroit de façon régulière
 Non, je ne fais pas ce type d'activités à un même endroit de façon régulière → allez à la question 81

79. Habituellement, où faites-vous des activités physiques ou des sports ?

NOM DU LIEU :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

80. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit pour faire des activités physiques ou des sports?

_____heure(s) par semaine

Activités de loisirs

81. Faites-vous régulièrement des activités de loisirs ?

- Oui
 Non → allez à la question 85

82. Habituellement, y a-t-il un endroit en particulier où vous faites des activités de loisirs?

- Oui, je fais habituellement ce type d'activités chez moi → **allez à la question 84**
- Oui, je fais habituellement ce type d'activités ailleurs que chez moi, à un même endroit de façon régulière
- Non, je ne fais pas ce type d'activités à un même endroit de façon régulière → **allez à la question 85**

83. Habituellement, où faites-vous des activités de loisirs?

NOM DU LIEU :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

84. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit pour faire des activités de loisirs?

_____ heure(s) par semaine

Autres endroits où vous passez du temps

85. À part les lieux que vous avez déjà mentionnés, y a-t-il d'autres endroits où vous passez régulièrement du temps?

Ces endroits peuvent être des lieux publics ou des domiciles privés (chez vous ou ailleurs). Il peut s'agir d'endroits où vous passez du temps avec des ami(e)s, un(e) conjoint(e) ou des membres de votre famille, où vous pratiquez des sports ou des loisirs, où vous faites un stage d'études ou professionnel, du bénévolat, des activités sociales ou religieuses.

- Oui
- Non → **allez à la question 93**

86. Quels sont le nom et l'adresse de ce lieu où vous passez régulièrement du temps? Vous pourrez nommer jusqu'à deux lieux (si nécessaire), en commençant pas celui où vous passez le plus de temps.

NOM DU LIEU :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

87. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit?

_____ heure(s) par semaine

88. Habituellement, quel type d'activités faites-vous à cet endroit ?

89. Y a-t-il un autre endroit où vous passez régulièrement du temps?

Oui

Non → allez à la question 93

90. Quel est le nom et l'adresse de ce lieu où vous passez régulièrement du temps?

NOM DU LIEU :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

91. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit?

_____ heure(s) par semaine

92. Habituellement, quel type d'activités faites-vous à cet endroit?

Les trois questions suivantes portent sur votre accès à différents modes de transport.

93. Détenez-vous un permis de conduire?

- Oui
 Non

94. Possédez-vous une voiture ou avez-vous une voiture à votre disposition (ex. : voiture d'un ami ou d'un parent, abonnement à un système d'autopartage tel que *Communauto*, etc.) ?

- Oui
 Non

95. Possédez-vous une passe mensuelle de transport public (d'autobus, de métro et/ou de train)?

- Oui
 Non

QUELQUES QUESTIONS AVANT DE TERMINER

Bien que les dépenses liées à la santé soient couvertes en partie par le programme d'assurance-maladie du Québec, il continue d'exister un lien entre l'état de santé et le revenu. Nous apprécierions que vous répondiez aux trois questions suivantes afin que nous puissions étudier ce lien. Soyez assuré(e) que toute l'information recueillie dans le cadre de cette étude sera traitée de façon strictement confidentielle.

96. Approximativement, quel était votre revenu personnel total l'ANNÉE DERNIÈRE, avant déductions d'impôts? Veuillez inclure toute aide financière que vous auriez pu recevoir (ex. : une bourse d'études, des prestations d'assurance-emploi (chômage), CSST ou autre assurance, etc.)

- Aucun revenu personnel
 1 \$ à 4 999 \$
 5 000 \$ à 9 999 \$
 10 000 \$ à 14 999 \$
 15 000 \$ à 19 999 \$
 20 000 \$ à 29 999 \$
 30 000 \$ à 39 999 \$
 40 000 \$ à 49 999 \$
 50 000 \$ à 99 999 \$
 100 000 \$ et plus
 Je ne sais pas

97. Avez-vous des placements d'argent (ex. : obligations d'épargnes, REER, CÉLI, certificats de dépôt, actions, etc.)?

- Oui
 Non

98. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été bénéficiaire de l'aide sociale, c'est-à-dire de l'aide financière de dernier recours (aussi appelée le bien-être social)?

- Oui
 Non

FIN DU QUESTIONNAIRE

VOTRE CHOIX DE CERTIFICAT-CADEAU

Pour vous remercier d'avoir rempli ce questionnaire, l'équipe ISIS vous offre une carte cadeau d'une valeur de 10 \$ échangeable chez l'un des détaillants suivants. Veuillez choisir le détaillant pour lequel vous aimeriez recevoir une carte cadeau (un seul choix par participant).

- iTunes
 Renaud-Bray
 Cineplex Odeon

POUR VOUS CONTACTER

Il se peut que nous vous contactions à nouveau au cours des deux prochaines années pour savoir si votre adresse a changé avant de vous envoyer le nouveau questionnaire. De temps en temps, il est aussi possible que nous vous envoyions un courriel pour vous communiquer les résultats de l'étude. Nous ne vous contacterons pas plus que trois fois par année et vous aurez la possibilité, à tout moment, de mettre fin à ces contacts. Nous apprécierions donc grandement si vous nous donniez votre adresse de courriel et votre numéro de téléphone, en plus des coordonnées d'une personne proche de vous, dans le but que nous réussissions à vous contacter lors de la prochaine phase de l'étude. Nous utiliserons les coordonnées de cette personne dans le but unique de vous contacter.

Votre adresse de courriel : _____

Votre numéro de téléphone : _____

Le nom d'une personne proche que nous pouvons contacter si nous ne réussissons pas à vous joindre : _____

Votre lien avec cette personne : _____

L'adresse de courriel de cette personne : _____

Le numéro de téléphone de cette personne : _____

J'informerai cette personne de l'étude et des raisons pour lesquelles j'ai fourni ses coordonnées

COMMENTAIRES

Si vous avez des commentaires ou des suggestions à propos de ce questionnaire, veuillez les indiquer ci-dessous :

24 mai 2011

Objet: Certificat d'éthique - « Étude interdisciplinaire sur les inégalités liées au tabagisme /
Interdisciplinary study of inequalities in smoking »

Mme Katherine L. Frohlich,

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CÉRFM) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée au Bureau Recherche-Développement-Valorisation.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CÉRFM tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Isabelle Ganache, présidente
Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine

Université de Montréal

/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV
p.j. Certificat #11-019-CERFM-D

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Département de kinésiologie
Cepsum
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
Télécopieur : 514-343-2181
cerfm@umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CÉRFM), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Étude interdisciplinaire sur les inégalités liées au tabagisme / Interdisciplinary study of inequalities in smoking
Chercheure requérant	Katherine L. Frohlich Professeure agrégée, Faculté de médecine - Département de médecine sociale et préventive.

Financement	
Organisme	IRSC
Programme	Subvention de fonctionnement
Titre de l'octroi si différent	Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking (ISIS)
Numéro d'octroi	231010
Chercheur principal	
No de compte	N.D.

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CÉRFM qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CÉRFM.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CÉRFM.

Isabelle Ganache, présidente
Comité d'éthique de la recherche de la Faculté
de médecine (CÉRFM)
Université de Montréal

5 mai 2011
Date de délivrance

1er mars 2015
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Département de kinésiologie
Cepsum
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
Télécopieur : 514-343-2181
cerfm@umontreal.ca

Formulaire de consentement

ISIS – Santé et milieux de vie

Chercheuse principale :

Katherine L. Frohlich
Département de médecine sociale et préventive
Institut de recherche en santé publique
Université de Montréal

(514) 343-6430

katherine.frohlich@umontreal.ca

Co-chercheurs :

Thomas Abel, Mark Daniel, Clément Dassa,
Geetanjali Datta, Yan Kestens, Bernard-Simon
Leclerc, Jennifer O’Loughlin, Louise Potvin,
Martine Shareck

Objectif du projet : L’étude ISIS vise à étudier le lien entre la santé et le milieu de vie chez les jeunes Montréalais. Vous faites partie des 6 000 Montréalais qui sont invités à participer à cette étude de l’Université de Montréal, parce que nous voulons mieux comprendre comment le fait de vivre dans votre quartier peut influencer votre santé. Nous souhaitons aussi mieux comprendre pourquoi l’usage du tabac demeure élevé chez les groupes de faible statut socio-économique et qu’est-ce qui, dans le quartier, influence le plus les inégalités liées au tabagisme.

Déroulement : Si vous acceptez de participer à l’étude ISIS, nous vous demanderons de remplir un questionnaire qui porte sur différents aspects de votre vie, comme le quartier où vous habitez, votre consommation de cigarettes, votre réseau social, votre travail et vos études. Pour remplir ce questionnaire, vous aurez besoin d’environ 20 minutes. Vous pourrez le remplir sur un site Internet protégé par mot de passe, en format papier, par téléphone ou lors d’une entrevue en face-à-face dans un lieu et au moment de votre choix. Lorsque vous nous aurez transmis votre questionnaire complété, nous vous enverrons une carte cadeau d’une valeur de 10 \$ échangeable chez un détaillant de votre choix parmi iTunes, Renaud-Bray et Cineplex Odeon pour vous remercier d’avoir participé à l’étude. Pour savoir s’il y a eu des changements dans votre milieu de vie et votre santé, nous vous contacterons à nouveau dans 2 ans pour vous demander de remplir un questionnaire similaire. Votre participation est extrêmement importante et nous sommes très intéressés à connaître votre point de vue. Pour cette raison, une personne responsable des entrevues pourrait vous contacter à votre domicile, par téléphone ou en personne dans le cadre de cette étude.

Participation : Nous avons obtenu vos coordonnées de la Régie de l’assurance-maladie du Québec avec l’autorisation de la Commission d’Accès à l’Information du Québec. Votre participation à l’étude ISIS est tout à fait volontaire. Vous avez le choix d’accepter ou de refuser de participer. Si certaines questions vous rendent mal à l’aise ou pourraient vous causer un tort psychologique, vous pouvez aussi refuser d’y répondre. Si vous refusez de participer, ou si vous décidez de vous retirer de l’étude en tout temps, vous n’aurez à donner aucune raison, ni à subir aucun préjudice. Vous pouvez vous retirer de l’étude à tout moment en contactant l’équipe de coordination de la recherche (Michael Cantinotti ou Rowena Agouri, au (514) 343-2414 ou par courriel à info@isis-montreal.ca). Dans cette éventualité, toutes vos informations seront détruites.

Critères d’inclusion : Vous êtes éligible à participer à l’étude si 1) vous êtes âgé(e) entre 18 et 25 ans au moment de répondre aux questions; 2) vous maîtrisiez le français ou l’anglais suffisamment pour

répondre aux questions ; et 3) vous demeurez à votre résidence actuelle depuis une année ou plus au moment de répondre aux questions.

Confidentialité : Nous vous assurons que toutes les informations que vous nous fournirez seront traitées de façon strictement confidentielle. La chercheuse principale et les coordonnateurs de la recherche seront les seules personnes qui auront accès à vos données. Toutes les données seront conservées dans des armoires verrouillées à clé à l'Université de Montréal, ou dans des fichiers électroniques protégés à l'aide de mots de passe, pour une période maximale de 7 ans après la fin du projet. Les résultats globaux de l'étude ISIS qui seront publiés dans des revues et sur le site web www.isis-montreal.ca, ou présentés lors de conférences ne permettront d'identifier aucun participant. A des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal ainsi que par des représentants des Instituts de Recherche en Santé du Canada. Tous adhèrent à une politique de confidentialité stricte.

Bénéfices et inconvénients : Grâce à vos réponses, nous réussirons à mieux comprendre le lien entre le milieu de vie et la santé chez les jeunes adultes. Nous pourrions donc développer de meilleures stratégies pour améliorer le bien-être de la population. De plus, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche en vous faisant parvenir des bulletins d'information au cours de l'étude. Il n'y a aucun inconvénient associé à la participation à l'étude ISIS, à part le temps qui vous mettez à répondre au questionnaire.

Éventualité d'une suspension de l'étude : La participation à cette étude peut être interrompue par la chercheuse si elle croit que cela est dans le plus grand intérêt du participant, si le participant ne répond plus aux critères de sélection ou pour toute autre raison que la chercheuse juge valable.

Personnes ressources : Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant vos droits en tant que participant(e) à l'étude, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (cerfm@umontreal.ca, (514) 343-6111, poste 2604). Si vous avez une plainte par rapport à cette recherche, vous pouvez contacter l'ombudsman de l'Université de Montréal, au (514) 343-2100 ou par courriel à ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

Consentement : En signant ce formulaire de consentement, vous confirmez que vous avez lu et compris le contenu de ce formulaire. Vous comprenez que votre participation est volontaire, et que vous êtes libre de vous retirer de l'étude en tout temps. Finalement, vous acceptez que des membres de l'équipe de recherche vous contactent, au besoin, pour faire un suivi ou pour recevoir vos commentaires.

Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration dans ce grand projet !

L'équipe ISIS,

Veillez compléter la section ci-dessous et nous renvoyer le formulaire par la suite. Vous pouvez conserver la copie supplémentaire que nous vous avons envoyée.

- J'accepte** de participer à l'étude
ISIS
- Je refuse** de participer à l'étude ISIS

Votre nom (en lettres MAJUSCULES)

Votre signature

Date

ANNEXE 4

Tableau 3 : L'association entre l'interaction regroupant le statut d'immigrant et le niveau d'éducation à deux catégories, et le tabagisme (ISIS T1, n = 2071)

	RC (95% IC)
<i>Statut d'immigrant</i>	
<i>Immigrants</i>	1,19 (0,79-1,78)
<i>Natifs (réf)</i>	1,00
<i>Niveau d'éducation</i>	
<i>Moins qu'université</i>	2,40 (1,86-3,11)
<i>Université (réf)</i>	1,00
<i>âge</i>	1,10 (1,05 – 1,15)
<i>sexe</i>	
<i>Femme</i>	0,81 (0,65 – 0,99)
<i>Homme (ref)</i>	1,00
<i>Statut d'immigrant*niveau d'éducation</i>	
<i>Statut immigrant (oui, non)* moins qu'université</i>	0,51 (0,29 – 0,88)
<i>Statut immigrant (oui, non)* université (ref)</i>	1.00

22 participants ont été exclus de l'analyse en raison de l'absence de réponse en ce qui concerne leur statut d'immigrant ou/et leur niveau d'éducation

ANNEXE 5

Tableau 3 : association entre l'interaction regroupant le statut d'immigrant, le niveau d'éducation à trois catégories, et le tabagisme chez les jeunes adultes (ISIS, n = 2071)

	RC (95% IC)
<i>Statut d'immigrant</i>	
<i>Immigrants</i>	1,19 (0,79-1,78)
<i>Natifs (réf)</i>	1,00
<i>Niveau d'éducation</i>	
<i>Secondaire 5 ou moins</i>	3,95 (2,87-5,45)
<i>Cégep</i>	1,86 (1,41-2,46)
<i>Université (réf)</i>	1,00
<i>Âge</i>	1,09 (1,04-1,11)
<i>Sexe</i>	
<i>femme</i>	1,19 (0,96-1,47)
<i>Homme (ref)</i>	1,00
<i>Statut d'immigrant*niveau d'éducation</i>	
<i>Statut immigrant*secondaire 5 ou moins</i>	0,37 (0,18-0,75)
<i>Statut immigrant*cégep</i>	0,57 (0,23-1,08)
<i>Statut immigrant*université (réf)</i>	1,00

22 participants ont été exclus de l'analyse en raison de l'absence de réponse en ce qui concerne leur statut d'immigrant ou/et leur niveau d'éducation