

le point sur... l'effet de quartier



Les jeunes et le tabac

NUMÉRO 3

❧ L'USAGE DU TABAC CHEZ LES ADOLESCENTS **SEMBLERAIT PLUS FRÉQUENT DANS LES MÉNAGES DÉFAVORISÉS ÉCONOMIQUEMENT ET PLUS ENCORE SI LES PARENTS SONT PEU SCOLARISÉS.**

PAGE 2

❧ **PLUS ENCORE QUE LE STATUT SOCIOÉCONOMIQUE DU QUARTIER, C'EST LE SENTIMENT D'INSÉCURITÉ QUI SERAIT PROPICE AU TABAGISME CHEZ LES JEUNES.**

PAGE 5

❧ **LES JEUNES ET, PLUS PARTICULIÈREMENT, LES ENFANTS SONT GRANDEMENT INFLUENCÉS PAR LE CONTEXTE DANS LEQUEL ILS ÉVOLUENT.**

PAGE 6

❧ **DANS UNE COMMUNAUTÉ QUI DÉSAPPROUVE LE TABAGISME, LES JEUNES ONT MOINS TENDANCE À FUMER.**

PAGE 9

La série *Le Point sur... l'effet de quartier* cherche à déterminer l'influence de l'environnement local sur la santé. Pour comprendre le lien entre l'environnement et le tabagisme des jeunes, la présente recension des écrits a répertorié et analysé une vingtaine d'études produites entre 1998 et 2007. Le quartier présente effectivement des attributs qui agissent comme des facteurs positifs ou négatifs : par exemple, la facilité d'accès aux produits du tabac ou le degré de tolérance sociale. Il n'en demeure pas moins que l'environnement agit en interaction avec des caractéristiques individuelles qui pèsent assez lourdement dans la balance comme le statut socioéconomique et l'influence des pairs. La première partie de ce document présente donc les caractéristiques individuelles susceptibles de jouer un rôle quelconque touchant le tabagisme chez les jeunes.

Au Canada, il y a de moins en moins de fumeurs : plus que 19 % de la population en 2007 comparativement à 35 % en 1985 selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC). Il reste que le tabagisme affecte différemment les populations selon les régions, les caractéristiques ethniques, le sexe, le statut socioéconomique et le groupe d'âge. Environ 31 % des jeunes Québécois de 20 à 24 ans fument. Si, dans la population en général, les hommes fument davantage que les femmes, chez les jeunes de 12 à 17 ans, il y a légèrement plus de femmes que d'hommes fumeurs. Qu'est-ce donc qui incite les jeunes à fumer ?

CHEZ LES ADULTES, L'USAGE DU TABAC CROÎT AVEC LA PAUVRETÉ

Dans les pays occidentaux, le tabagisme suit généralement un gradient socioéconomique prononcé : les groupes qui se situent en bas de l'échelle soit les moins instruits, ceux qui disposent d'un faible revenu et qui exercent un travail manuel peu spécialisé fument davantage que leurs concitoyens d'un statut social plus favorisé. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indiquent clairement qu'à Montréal, plus le revenu augmente, plus la proportion de fumeurs tend à diminuer.

En outre, dans les milieux défavorisés, on a tendance à fumer pendant une plus longue période de vie, à éprouver plus de difficultés à interrompre cette habitude et



Crédit photo : Benoit Newberry

Chez les adolescents, il y a plus de fumeuses que de fumeurs.

les jeunes sont plus susceptibles de l'adopter^{1,2}. En outre, les enfants sont particulièrement exposés aux risques découlant de l'exposition à la fumée secondaire. Les données d'une enquête longitudinale québécoise auprès d'enfants nés en 1997-1998 et suivis jusqu'en 2005 indiquent que 40 % des enfants ayant grandi dans une famille ayant un faible revenu persistant ont été continuellement exposés à la fumée de tabac dans leur environnement familial. Dans les ménages où le revenu était suffisant, 9 % des enfants avaient été exposés à la fumée secondaire³. Dans les ménages où le revenu est suffisant, ce sont 9 % des enfants qui sont ainsi exposés. Il n'est donc pas étonnant de retrouver dans les milieux défavorisés une plus grande proportion de personnes qui souffrent de maladies reliées au tabac^{4,5,6}.

Le tabagisme accentue donc le taux de mortalité lié aux inégalités sociales. Ainsi, en Angleterre, aux Pays de Galle, aux États-Unis, en Pologne et au Canada, le taux de mortalité des hommes de 35 à 69 ans est deux fois plus élevé que chez leurs semblables des strates sociales mieux nanties. Le tabagisme, principalement en raison du cancer du poumon, est responsable de une de ces morts additionnelles sur deux⁴.

CHEZ LES JEUNES, L'USAGE DU TABAC VARIE AUSSI EN FONCTION DE LA SCOLARITÉ DES PARENTS

La relation entre le statut socioéconomique des parents, mesuré en fonction du degré d'instruction, de la profession ou du revenu et le tabagisme chez les adolescents n'est pas établi de manière irréfutable. Cette relation est plus évidente toutefois lorsque les études tiennent compte de la scolarité des parents.

Selon la plupart des recensions, entre la moitié et les deux tiers des études établissent un lien entre le faible statut socioéconomique des parents et l'usage du tabac chez les adolescents^{7;8;9}. La majorité des 44 études parues depuis 1978 et recensées par Hansen et Chen¹⁰ ont confirmé ce lien. Dans les 22 études qui ont utilisé une mesure du capital économique comme le revenu familial, la profession des parents, la gratuité des repas à l'école ou les conditions de logement, la moitié a associé un modeste capital économique à des taux plus élevés de tabagisme chez les adolescents, six n'ont trouvé aucune association et cinq ont trouvé plus de fumeurs chez les mieux nantis dont deux, en prenant comme mesure le montant de l'argent de poche ou l'allocation.

On note une prévalence moins élevée du tabagisme chez les jeunes lorsque les parents sont plus scolarisés même si le lien n'est pas constant. La recension de Hansen et Chen¹⁰ révèle que parmi 18 études ayant examiné l'effet de l'éducation parentale sur le tabagisme des jeunes, 14 ont associé le faible degré d'instruction des parents à une plus grande proportion de jeunes fumeurs.

L'usage de la cigarette est fréquemment associé à l'attitude des jeunes envers l'école, laquelle dépend beaucoup de celle

des parents. Les étudiants qui valorisent la performance, cultivent des aspirations scolaires et professionnelles élevées et nourrissent un sentiment d'appartenance envers le milieu scolaire, autant de variables généralement associées au capital économique, sont moins susceptibles de fumer que leurs camarades qui ne partagent pas ces valeurs⁷.

On suggère aussi que des parents instruits seraient plus en mesure d'informer les jeunes sur les méfaits du tabac. Or, cette connaissance serait suffisante pour les empêcher d'essayer la cigarette ou d'en faire un usage quotidien (Tyas et Pederson, 1998⁷). Il n'en reste pas moins que la plupart des adolescents font preuve d'un optimisme irréaliste en regard des risques que le tabagisme leur fait courir. Ce n'est qu'au cours de leurs études collégiales ou à l'aube de leur vie adulte qu'ils se sentent plus vulnérables et que les préoccupations sur les effets du tabac sur leur santé ressurgissent¹¹.

L'EFFET POLARISANT DE L'APPARTENANCE ETHNIQUE CHEZ LES ADOLESCENTS

Assez curieusement, lorsque l'ethnicité est prise en considération, la variable est associée à une prévalence de tabagisme qui se situe aux deux extrémités du spectre : soit elle est beaucoup plus faible, soit elle est beaucoup plus élevée. Il est toutefois difficile d'isoler le facteur ethnique des autres facteurs comme la pauvreté, le statut familial ou le degré d'instruction.

Les études indiquent des pourcentages élevés de fumeurs chez les jeunes adolescents de race blanche que chez les Afro-américains ou les jeunes d'origine sud-américaine ou asiatique. D'un point de vue ethnique, ce sont les communautés autochtones qui présentent la plus forte proportion de fumeurs¹².

Il est possible que l'ethnicité interagisse avec d'autres variables comme les réactions verbales et non verbales à l'égard du tabagisme. Il semble que les parents afro-américains transmettent des messages antitabac très vigoureux. Pour les jeunes à qui s'adressent ces messages, fumer serait un affront envers leurs parents, peu importe que ces derniers fument ou non¹³.

TABAGISME ET CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

Selon les groupes ethniques, le tabac prend différentes connotations. Ainsi, pour les jeunes filles d'origine asiatique et les Afro-américaines, le tabac a une connotation extrêmement péjorative^{12, 8}. Pour les jeunes afro-américaines fumer est un comportement inapproprié qui risquerait de leur coûter le respect de leur communauté et en particulier celui des modèles féminins qu'elles valorisent tout particulièrement. De plus, la cigarette serait davantage perçue comme une affaire de « Blancs ».

D'autres éléments liés à la trajectoire culturelle peuvent expliquer les différences à l'égard du tabagisme : le respect porté aux aînés, les sanctions imposées aux comportements déviants, les répercussions de la déviance sur la famille et la communauté, l'importance des échanges sociaux, l'exemple des pairs, de même que les comportements socialement considérés comme appropriés en fonction de l'âge.

MES AMIS FUMENT, DONC JE FUME

Dans certaines cultures, l'influence des pairs est plus forte, mais chez tous les jeunes, l'influence des pairs est considérable, notamment lorsqu'il est question de tabagisme. Le fait d'avoir un ami, un copain, un amoureux, un camarade de classe qui fume inciterait à fumer⁷.

Le poids de cette influence varie selon le sexe, les filles étant plus influençables, l'appartenance ethnique et l'encadrement des parents¹¹. Elle n'agit pas comme une pression directe, mais aurait plutôt tendance à transmettre la perception que l'usage du tabac est répandu et normal.

JE SUIS DONC JE FUME

Selon certaines études, le fait de fumer chez les adolescents serait aussi une manière de signaler son appartenance sociale, un moyen de renforcer ses liens avec ses pairs, notamment en partageant les cigarettes. Les adolescents utiliseraient donc la cigarette à des fins de socialisation pour les aider à s'intégrer dans un groupe pour lequel ils ont intérêt particulier¹⁴.

L'adolescence est aussi un âge où il faut négocier son identité, et ce, dans une société qui a érigé la consommation comme mode de vie^{13, 15}. Fumer peut, chez un adolescent, constituer un moyen d'expression de soi et d'affirmation de son identité. Dans cette quête identitaire, le tabagisme peut être associé ou opposé à divers autres actes expressifs que sont par exemple le sport, la consommation d'autres substances ou l'habillement. Quand un jeune décide de fumer ou qu'il arrête, il change souvent un ensemble d'habitudes interreliées¹³. En fait, les études confirment que les individus qui adoptent un style de vie sain en regard d'un aspect de leur vie tendent à faire de même en ce qui concerne d'autres aspects. Ainsi, l'activité physique comme le sport serait un facteur protecteur contre le tabagisme tandis que la consommation d'alcool et d'autres drogues augmente le risque de fumer⁷.

JE CROIS DONC JE NE FUME PAS

Il semble que la pratique d'un culte religieux soit capable d'empêcher les adolescents de faire l'essai de la cigarette. Parmi 29 recherches parues entre 1990 et 2003 examinant l'effet de la religion sur la consommation de cigarettes, 22 études rapportent un tel effet¹⁶. L'effet perdure même après avoir neutralisé divers facteurs d'influence comme le sexe, l'ethnicité, l'éducation, l'encadrement parental ou l'influence des pairs. La mesure la plus utilisée, soit la fréquentation d'une église, avait les effets les plus constants.

Les raisons pour lesquelles la foi et la pratique religieuse protègent contre le tabagisme peuvent être reliées à l'influence positive des pairs au sein des groupes religieux. Les adolescents qui fréquentent une église ont tendance à socialiser avec des semblables qui partagent les mêmes croyances. Ils évitent ainsi de rencontrer d'autres jeunes plus susceptibles de fumer. La foi religieuse pourrait aussi favoriser l'équilibre émotif chez les jeunes et réduire ainsi le stress justifiant parfois l'usage du tabac. La croyance et la pratique religieuses permettraient enfin d'atténuer l'impact des événements négatifs de la vie en conférant un sens et un but à la vie¹⁶.



La foi religieuse semble prémunir contre la cigarette.

T A B A G I S M E ET MILIEU DE VIE

DANS LES MURS DE L'ÉCOLE

L'école est un espace de vie quotidienne où les élèves passent beaucoup de temps et qui, parfois, ne correspond pas à leur quartier de résidence. L'école est donc un environnement social important pour les jeunes. Elle leur propose des modèles de comportement, des occasions de se lier avec des individus qui ont diverses attitudes et attentes concernant l'usage de substances et qui ont plus ou moins de facilités à s'en procurer¹⁷.

La recension d'une vingtaine d'études sur l'effet du milieu scolaire¹⁸ rapporte que la prévalence du tabagisme dans les écoles varie considérablement. Pour comprendre ces différences, les chercheurs ont examiné l'effet de plusieurs mesures : les politiques de contrôle du tabac à l'école, les modes de répression des jeunes fumeurs, l'interdiction de fumer à l'école, les rôles de modèle des professeurs, l'attitude de la communauté étudiante envers le tabagisme, les programmes d'éducation en santé offerts à l'école et certaines caractéristiques de l'école comme la sélection des élèves, les pratiques pédagogiques et disciplinaires, de même que la philosophie de l'école ou son code de valeurs. Selon cette recension, la différence entre les écoles serait due à certains facteurs. L'interdiction de fumer accompagnée de punitions réduit le tabagisme. De plus, il semble que la pratique pédagogique et la philosophie scolaire jouent un rôle. Par exemple, les écoles où les élèves ont le plus de devoirs et qui affichent les plus faibles taux d'absentéisme comptent moins de fumeurs; celles qui inspirent le sentiment d'appartenance à leurs élèves et qui demandent aux enseignants de collaborer à la discipline ont également moins de fumeurs dans leurs rangs.

LES DIFFÉRENTES APPROCHES POUR INTERPRÉTER L'INFLUENCE DU QUARTIER

Pour expliquer la manière dont le quartier peut influencer les comportements et les habitudes de vie des jeunes, il existe différents modèles d'interprétation. Certains portent davantage sur les mécanismes de socialisation, d'autres sur l'action des ressources du quartier sur les comportements.

Les modèles de contagion ou épidémiques postulent par exemple que si plusieurs enfants d'un quartier ou d'une école s'engagent dans un comportement particulier, les enfants du même quartier ou de la même école auront tendance à les imiter. Ces modèles mettent surtout l'accent sur les influences favorables au tabac dans les communautés via les pairs¹⁹. Dans les communautés désavantagées, certaines caractéristiques semblent se combiner pour favoriser l'habitude de fumer et entraver la cessation : la perception favorable du tabagisme par l'ensemble de la communauté et le rejet des normes antitabac de même que des occasions limitées de répit et de récréation²⁰.

Le modèle de socialisation collective soutient que les adultes sont des agents socialisateurs. Ils servent de modèles pour les jeunes du quartier et influencent positivement ou négativement leurs choix de vie en ce qui a trait à l'éducation, au travail et aux normes de vie collective. En contexte américain, on a soutenu que des voisins appartenant à la classe moyenne ou membres d'un corps professionnel servaient de modèles. Ils exerçaient aussi une forme de contrôle social qui aide les jeunes à internaliser les normes et à saisir les limites d'un comportement acceptable²¹. Dans un quartier à forte concentration de pauvreté, le nombre limité de modèles de réussite pour les jeunes les empêche de se projeter dans des scénarios à succès. Ce manque d'espoir pourrait les faire opter pour des comportements particuliers en dépit de leurs effets néfastes pour la santé.

Dans les environnements défavorisés, il y aurait absence de contrôle social adéquat sur les résidents et sur les jeunes en

particulier²¹. Toutefois, dans le cas du tabagisme, la question du contrôle social ne semble pas toujours aussi évidente. Ainsi, même dans les communautés bien nanties, les adultes n'exerceraient pas toujours de contrôle, et il n'y aurait pas nécessairement consensus sur la norme en vigueur à l'égard du tabagisme chez les jeunes²². En effet, il arrive que le tabagisme soit parfois perçu comme un comportement admissible pour les jeunes d'un certain âge, qu'il fasse partie d'un ensemble d'expériences « normales » à l'adolescence. D'un autre côté, certains parents de communautés économiquement désavantagées sont plus « contrôlants » que les modèles américains le prétendent. Pour protéger les enfants des risques ou des mauvaises influences du quartier, ils ont recours à diverses stratégies parentales comme les confiner à la maison ou encore les chaperonner durant leurs promenades quotidiennes²³.

Finalement, les modèles interprétatifs avancent que les individus ne disposent pas des mêmes ressources selon qu'ils habitent un quartier riche ou pauvre. Ainsi, les recherches américaines ont pu démontrer que les résidents des quartiers pauvres sont privés de ressources institutionnelles comme des écoles, des garderies, des parcs ou des bibliothèques ou qu'ils en sont moins bien pourvus. La possibilité de pratiquer des activités récréatives ou sociales organisées peut influencer le comportement des jeunes en leur procurant une façon constructive de passer le temps²¹. À l'inverse, le manque de ressources de ce genre pourrait favoriser des problèmes de comportement et le tabagisme. La disponibilité et l'accès aux produits du tabac pourraient aussi varier selon le statut socioéconomique du quartier et influencer l'usage du tabac chez les jeunes comme chez les adultes²⁴. Certaines recherches montrent pourtant que des aires défavorisées ont autant ou plus d'accès aux ressources que les milieux plus aisés^{25, 26}. Il faudrait donc mieux caractériser les différents contextes de pauvreté.

LE CLIMAT D'INSÉCURITÉ DU QUARTIER EST PROPICE AU TABAGISME



Contrairement aux adultes, le statut socioéconomique du quartier semble exercer moins d'influence sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes si ce n'est par le nombre et la densité des points de vente du tabac, facteur qui influence les adultes comme certaines études l'ont démontré²⁷. En fait, c'est le sentiment d'insécurité qui serait le plus propice à la cigarette. Toutefois, ce sentiment d'insécurité est souvent plus ressenti dans les milieux défavorisés où on observe une certaine désorganisation sociale.

Parmi les sept études qui ont examiné l'effet d'une mesure quelconque du statut socioéconomique sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes, quatre n'ont trouvé aucun effet significatif^{28; 29; 30; 31} et une a rapporté que les jeunes des quartiers défavorisés fumaient moins en raison d'autres facteurs protecteurs²³. Deux études seulement ont trouvé une relation entre la défavorisation et une prévalence plus élevée de tabagisme chez les jeunes. Wardle et al.³² ont exposé une relation très claire entre l'initiation à la cigarette et la défavorisation du quartier pour les deux sexes. Les jeunes filles de quartiers défavorisés avaient 3,2 fois plus de probabilités de fumer que celles des zones plus riches; les garçons couraient 1,9 fois plus de risques de fumer dans les secteurs défavorisés. Milton et al.³³ ont découvert que le fait de vivre dans un quartier pauvre était associé à l'expérimentation de la cigarette à l'âge de 11 ans.

Vivre avec la peur mènerait à l'habitude de fumer.

PLUS DE POINTS DE VENTE DANS LES QUARTIERS PAUVRES, PLUS DE PROBABILITÉS DE FUMER

Novak et al.³⁴ ont examiné l'effet de la densité de commerces vendant du tabac en lien avec la défavorisation du quartier calculée en fonction du pourcentage de la population de race noire, du pourcentage d'hispaniques et du pourcentage de ménages vivant sous le seuil de faible revenu. Ils ont observé en premier lieu que ces commerces se concentrent dans les aires désavantagées et que leur prévalence est plus élevée là où on trouve de fortes proportions de jeunes qui n'ont pas l'âge légal pour acheter du tabac.

Au moyen d'une expérience mettant en scène des adolescents tentant d'acheter des cigarettes dans un échantillon aléatoire de commerces, Dent et Biglan³⁵ ont mesuré la relation entre l'accès au tabac par des ventes marchandes illégales et la prévalence du tabagisme chez les jeunes. La proportion de ventes illégales dans les quartiers était reliée à la prévalence du tabagisme chez les adolescents plus âgés (*11th grade*) mais non chez les plus jeunes (*8th grade*). De plus, ils ont observé que les jeunes ajustaient leurs sources d'approvisionnement en tabac et avaient davantage recours aux sources sociales dans les communautés où les taux de ventes illégales étaient faibles.

En comparant 33 communautés de milieu urbain, suburbain et rural au Québec Frohlich et al.³⁶ ont pu observer qu'en présence d'une proportion élevée de personnes moins nanties économiquement, les ressources économiques et sociales sont plus favorables au tabac. Dans ces milieux, il y a par exemple plus de commerces vendant du tabac. Toutefois, la profusion de vendeurs des produits du tabac n'indique pas toujours un fort taux de prévalence du tabagisme. Des groupes de discussion menés auprès de jeunes de ces communautés ont en effet révélé que, dans l'une d'entre elles, peu de jeunes fumaient malgré les nombreux commerçants de tabac et l'absence d'affiches antitabac. Dans cette communauté, le consensus local antitabac agirait de façon à ce que les jeunes connaissent la loi, qu'ils n'osent pas la transgresser et qu'ils soient convaincus de l'impossibilité pour un

mineur d'acheter des cigarettes. Par ailleurs, dans d'autres communautés qui s'affichent contre la cigarette, des jeunes fument ouvertement. Ils ont plusieurs moyens de se procurer des cigarettes et ils savent que les adultes n'interviendront pas pour les empêcher de s'adonner à cette pratique, en raison de normes plus tolérantes.

LE POIDS DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

Beaucoup d'études s'intéressent à l'influence des dimensions souvent associées à la défavorisation, comme la désorganisation sociale, le désordre social ou des problèmes de sécurité dans le quartier. Il semble que les attributs négatifs de la sociabilité locale contribuent significativement à des prévalences plus élevées de tabagisme chez les jeunes (voir tableau 1).

Lambert et al.³⁷ ont constaté que les adolescents afro-américains qui perçoivent davantage de désorganisation sociale dans leur quartier, violence ou consommation de drogue par exemple, et dont le sentiment de sécurité est moindre sont plus susceptibles de faire usage de tabac, d'alcool ou de marijuana que ceux qui n'ont pas une perception négative de leurs quartiers.

Wilson et al.³⁸ ont mesuré le désordre social d'un quartier en interrogeant les jeunes sur la fréquence avec laquelle ils observaient certains comportements négatifs tels la consommation d'alcool dans la rue, les méfaits contre les personnes, les batailles sur la voie publique ou, à l'inverse, les comportements positifs : l'assistance à un étranger, l'entraide entre voisins... Leur étude indique une association forte entre le désordre social et la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, surtout la marijuana. La consommation de substances augmente lorsque le désordre dans le quartier s'accroît. Ils ont également examiné si l'usage de substances augmentait lorsque l'espoir des adolescents décroissait, mais ils n'ont trouvé aucune relation.

Une étude a aussi trouvé une relation significative entre la propension des jeunes à vouloir boire, fumer et consommer des

La consommation de substances augmente lorsque le désordre dans le quartier s'accroît.

drogues et les risques perçus dans le quartier, évalués en fonction de la fréquence estimée du taux de criminalité et des manifestations de violence en lien ou non avec les gangs de rue³⁹. De plus, au deuxième temps de l'enquête, les jeunes vivant dans un quartier à risques élevés et qui avaient avoué un fort désir d'expérimenter l'alcool, la drogue et la cigarette étaient fort susceptibles de passer aux actes. Gibbons et al.⁴⁰ rapportent aussi que les adolescents vivant dans des quartiers à risques élevés font davantage usage de ces substances et sont prédisposés à cet usage. De plus, plus les risques sont élevés dans un quartier, plus il y a de fumeurs.

Gerrard et al.⁴¹ ont aussi constaté que, plus les risques pour la sécurité sont élevés, plus les jeunes sont susceptibles de s'associer à des pairs fumeurs. Cette tendance conduit en retour à une plus

forte intention de fumer éventuellement, ce qui pourrait alors contribuer à une prévalence plus élevée de tabagisme à l'avenir. À l'inverse, dans une autre étude, les jeunes qui consomment du tabac sont plus susceptibles de percevoir leurs quartiers comme des endroits non sécuritaires, en raison de la violence et de la drogue⁴².

Beyers et ses collègues⁴³ ont pour leur part trouvé six facteurs associés à un risque accru de fumer : un faible attachement au quartier, la désorganisation communautaire, la mobilité des personnes, la disponibilité pressentie des drogues et des armes à feu et l'acceptation sociale du tabac. La tolérance à l'égard de la consommation de drogue et la perception de la disponibilité de la drogue dans le quartier ont aussi été associées à une prévalence plus élevée de tabac chez les jeunes⁴⁴.

Tableau 1

Caractéristiques de l'environnement associées aux prévalences plus élevées de tabagisme chez les jeunes

Attributs (indicateurs/indices à l'échelle du quartier)	Résultats statistiquement significatifs
Domaine économique	
% de commerces au détail vendant illégalement des cigarettes aux mineurs (données basées sur des tentatives réelles d'achat de la part de jeunes enquêteurs). (Dent et Biglan 2004 ³⁵)	Une faible association entre le taux de vente illégale aux mineurs et la prévalence du tabagisme chez les élèves plus âgés (17 ans ou <i>grade 11th</i>), mais non chez les plus jeunes (13 ans ou <i>grade 8th</i>).
Densité de commerces au détail vendant du tabac. (Novak et al. 2006 ³⁴)	Une densité plus élevée de commerces vendant du tabac est associée à un risque accru de fumer chez les jeunes. De plus, la concentration de ces commerces est plus élevée dans les quartiers désavantagés économiquement et là où il y a une large proportion de résidents âgés de moins de 18 ans.
% d'agents privés qui affichent des signes antitabac. (Frohlich et al. 2002 ⁴⁶)	Les territoires qui présentent une forte proportion d'agents n'affichant pas de signes antitabac sont associés à une prévalence plus élevée d'initiation au tabac chez les préadolescents.
Domaine de la sociabilité locale	
Faible attachement au quartier Désorganisation communautaire Transitions et mobilité Normes communautaires favorables au tabac Disponibilité perçue des drogues Disponibilité pressentie des armes à feu (Byers et al. 2004 ⁴³)	Ces facteurs de risque étaient associés à un risque accru de consommer tabac, alcool et drogue.

Tableau 1 (suite)

Caractéristiques de l'environnement associées aux prévalences plus élevées de tabagisme chez les jeunes

Attributs (indicateurs/indices à l'échelle du quartier)	Résultats statistiquement significatifs
Normes favorables à l'usage de drogues Disponibilité perçue des drogues (Fagan et al. 2007 ⁴⁴)	Prévalence (à vie et au cours des trente jours précédant l'enquête) plus élevée de l'usage de tabac.
Perception de la sécurité dans le quartier (Dowdell 2002 ⁴²)	Les jeunes fumeurs sont moins susceptibles de ressentir que leur quartier est un endroit sécuritaire pour vivre. Les raisons en sont la violence et les drogues.
Caractéristiques perçues du quartier (perception de la sécurité, supervision parentale, interactions sociales du voisinage) (Foshee et al. 2007 ⁴⁵)	Les variables contextuelles et biologiques (hormones responsables des changements associés à la puberté) interagissent pour influencer le tabagisme chez les filles. L'association positive entre l'estrogène et la fréquence du tabagisme (ou le fait de commencer à fumer) devient plus forte à mesure que le contexte du quartier devient risqué.
Risques dans le quartier Disponibilité des substances (fréquence perçue de vente de drogues dans le quartier) (Gerrard et al. 2005 ⁴¹)	Effet médiateur : plus le risque dans le quartier est élevé, de même que la disponibilité des substances, plus les jeunes (10-12 ans) sont susceptibles de s'assembler avec des pairs qui fument. Ceci, en retour, mène indirectement à un plus grand empressément à fumer et, éventuellement, à plus de consommation de cigarettes.
Perception des problèmes dans le quartier Disponibilité des substances (perception de la disponibilité des trois substances : alcool, tabac et drogue) (Gibbons et al. 2004 ⁴⁰)	Les adolescents vivant dans des quartiers à risque élevé rapportent un usage de tabac (ainsi que d'autres substances) significativement plus élevé. Cette association était médiatisée par une perception minimisant les risques du tabagisme et le fait d'avoir des amis qui consommaient des psychotropes.
Violence perçue Sécurité perçue Perception de la disponibilité et de l'usage de drogues (Lambert et al. 2004 ³⁷)	Chez les jeunes afro-américains, les perceptions des jeunes de 7 ^e année (<i>grade 7th</i>) envers la désorganisation du quartier (sécurité, violence et activité reliée à la drogue) étaient associées à un usage du tabac plus élevé en 9 ^e année (<i>grade 9th</i>).
Risques dans le quartier (Pomery et al. 2005 ³⁹)	Relation significative entre les risques dans le quartier (perception de la fréquence de problèmes comme les crimes, violence de la part des gangs de rue, et des altercations violentes dans le quartier) et la propension des jeunes à vouloir boire, fumer et consommer des drogues.
Désordre social dans le quartier (Wilson et al. 2005 ³⁸)	La proportion de jeunes qui fument augmente avec le niveau de désordre dans le quartier. Le sens de l'espoir (ou l'absence d'espoir) n'influence pas cette association.
Indice composé de plusieurs variables	
Indice de défavorisation (indice de Townsend) (Milton et al. 2004 ³³)	Le fait de vivre dans un quartier défavorisé était associé à l'expérimentation de la cigarette à l'âge de 11 ans.
Indice de défavorisation (Wardle et al. 2003 ³²)	Les jeunes garçons et les jeunes filles vivant dans un quartier défavorisé sont plus susceptibles d'avoir essayé de fumer.

Certains facteurs peuvent contrecarrer les effets négatifs possibles de la vie dans un quartier défavorisé : l'attitude des parents et des adultes en général, l'implication sociale et l'ethnicité.

Deux études mentionnent qu'une surveillance parentale accrue²³ ou les compétences parentales⁴⁷ exercent des effets indirects associés à de plus faibles proportions de fumeurs dans les quartiers de faible SSE ou considérés à risques et à problèmes élevés.

À l'échelle du quartier, on a aussi tenté de mesurer la capacité des adultes de renforcer les normes existantes antitabac. Musick et al.⁴⁸ ont fait l'hypothèse que cette capacité de renforcer les règles de conduite dans le quartier dépendrait du niveau d'efficacité collective du quartier, qu'ils ont mesuré en interrogeant jeunes et adultes sur les liens intergénérationnels et sur le contrôle social orienté vers les enfants⁴. Ils ont constaté que dans les quartiers obtenant des résultats élevés, la désapprobation des résidents du quartier envers le tabagisme des jeunes avait un effet plus marqué sur ces derniers. Plus le désaccord des résidents augmentait, moins les jeunes dans ces quartiers à efficacité collective plus élevée avaient tendance à fumer. Ils n'ont toutefois aucune information sur l'efficacité collective en lien avec le statut socioéconomique du quartier.

En plus de l'efficacité collective du quartier, il semblerait que les quartiers qui protègent les jeunes contre le tabac fournissent à leurs résidents des occasions d'implications à caractère social et communautaire et que leurs habitants ont tendance à se soucier ouvertement du bien commun⁴³.

Enfin, la concentration ethnique dans un quartier peut entraîner des effets positifs en ce qui concerne le tabagisme. Ainsi, les adolescents qui résident dans un quartier où vit une forte proportion d'Afro-américains sont moins à risque de s'initier à la cigarette que les adolescents résidant dans les quartiers où il y a peu de Noirs³¹.

**LE QUARTIER
COMME AGENT
DE PRÉVENTION**

1 - La mesure des liens intergénérationnels était fondée sur cinq items : les parents connaissent les amis de leurs enfants; les adultes dans le quartier connaissent les enfants; il y a des adultes dans le quartier sur qui les jeunes peuvent compter; les parents dans le quartier se connaissent généralement; et dans ce quartier, les parents peuvent compter sur les autres parents pour surveiller les enfants. Celle sur le contrôle social tentait d'établir la perception des répondants quant à la chance que les adultes du quartier interviennent devant ces situations : les adultes interviendraient devant trois événements : des enfants qui flânent sur un coin de rue pendant les heures scolaires ; des jeunes qui font des graffitis sur un bâtiment ; des jeunes qui font preuve d'un manque de respect envers d'autres personnes.



Tableau 2

Caractéristiques de l'environnement associées aux prévalences plus faibles de tabagisme

Attributs	Résultats statistiquement significatifs
(indicateurs/indices à l'échelle du quartier)	
Domaine économique	
% d'agents privés % d'agents (privés, institutionnels et communautaires) qui affichent des signes antitabac % d'agents (privés, institutionnels et communautaires) qui informent les gens à propos des méfaits du tabac (Frohlich et al. 2002 ⁴⁶)	Les territoires qui présentent la proportion la plus petite ou la plus importante d'agents privés, et la plus petite ou la plus large proportion d'agents qui découragent le tabac sont associés à une plus faible prévalence de tabagisme chez les préadolescents que les territoires qui se situent dans la moyenne.
Domaine de la sociabilité locale	
Encouragement à une implication sociale (perception que ses voisins l'encouragent à faire le bien) (Beyers et al. 2004 ⁴³)	Facteur protecteur contre l'usage de cigarette.
Quartiers à risques et à problèmes élevés (Cleveland et al. 2005 ⁴⁷)	Dans ces quartiers à risques élevés, les compétences parentales (communication, surveillance et chaleur) exercent un effet indirect important sur le tabagisme. Les adolescents rapportant avoir des parents bienveillants sont moins susceptibles de prendre diverses substances (alcool, cigarettes et marijuana).
Efficacité collective (Musick et al. 2005 ⁴⁸)	Les quartiers caractérisés par une grande efficacité collective sont associés à des taux plus faibles de tabagisme.
Composition ethnique du quartier (Reardon et al. 2002 ³¹)	Dans un quartier où il y a un pourcentage élevé de résidents afro-américains, il y a moins de risques que les jeunes s'initient à la cigarette. La pauvreté du quartier n'était pas associée à l'initiation.
Domaine de l'organisation communautaire	
Occasions d'engagement à caractère social dans la communauté (Beyers et al. 2004 ⁴³)	Facteur protecteur contre l'usage de cigarette.
Indice composé de plusieurs variables	
Faible statut socioéconomique du quartier (Chuang et al. 2005 ²³)	Exerce un effet indirect sur la consommation de cigarettes chez les adolescents à travers la surveillance parentale (parental monitoring). Dans ces quartiers défavorisés, les parents surveillent davantage leurs jeunes, ce qui est associé à une prévalence moins élevée de tabagisme.

Le domaine physique a suscité peu d'intérêt dans les études sur les effets de quartier et le tabagisme chez les jeunes, contrairement, par exemple, aux effets de quartier sur l'obésité. Pourtant, les études s'intéressant aux populations adultes suggèrent des pistes prometteuses. Les domaines institutionnel et communautaire mériteraient aussi plus d'attention.

Chez les adultes, les agents stressants de l'environnement local ou la qualité de cet environnement, comme la pollution sonore, la densité de la population, la présence de graffiti et de débris, l'absence de végétation sur les façades, les balcons ou aux fenêtres, les conditions structurelles des habitations, la qualité des voies de circulation, de l'évacuation des eaux usées et des espaces verts pourraient influencer le taux de tabagisme^{49, 50}. En Angleterre, on a noté une diminution marquée du tabagisme chez des adultes suivis dans une étude longitudinale dans le cadre d'un programme de revitalisation urbaine qui a mené à l'amélioration des aménagements, à des rénovations et des démolitions de bâtiments vacants de même qu'à l'amélioration de la sécurité routière⁵¹. Est-ce que l'environnement physique pourrait générer des effets similaires chez les jeunes ?

Il y aurait divers autres aspects intéressants à explorer en lien avec la configuration du domaine physique. Son effet sur la constitution des réseaux sociaux des jeunes n'a pas été étudié, ce qui étonne compte tenu de l'importance des pairs comme déterminant du tabagisme. Par exemple, on pourrait mieux comprendre les impacts des aménagements physiques susceptibles de faciliter ou de limiter l'initiation au tabac et d'encourager le tabagisme comme activité sociale. Ainsi, la présence de bâtiments abandonnés, de terrains vagues, ou encore la présence de végétation dans un parc ou sur les cours d'école où s'installer à l'abri des regards pourraient favoriser le tabagisme. Ces lieux de sociabilité peuvent aussi varier selon les saisons. Ainsi, en saison hivernale, la présence d'un métro dans le quartier peut être un lieu de rassemblement important pour les

jeunes où ils fument souvent librement à l'intérieur. Dans certains quartiers, ces rassemblements semblent être tolérés par les résidents et par les autorités de surveillance que ce soient les policiers ou les agents de sécurité du métro.

Les domaines institutionnels et communautaires ont été peu explorés. Il faudrait toutefois s'interroger sur le rôle respectif des aménagements de loisir et de récréation pour les jeunes. Y a-t-il des types de loisirs associés au tabac ? Par exemple, est-ce que la présence de salles de danse pour jeunes ou d'une roulathèque est plus propice au tabagisme que d'autres infrastructures de sports ou loisirs comme un terrain de soccer ou un aréna ?

Il serait aussi intéressant de mieux comprendre les relations entre l'école et la communauté. Lorsque les parents sont contre le tabac, les politiques scolaires s'appliquent-elles plus rigoureusement ? Et, au contraire, dans certains quartiers où les normes sont tolérantes envers le tabac, observe-t-on plutôt une certaine relâche en ce qui concerne les réglementations antitabac dans les écoles ? Sur le plan de l'organisation communautaire, on pourrait aussi étudier davantage la place des groupes antitabac et des campagnes locales en lien avec les habitudes tabagiques dans la communauté.

Quant au domaine économique, il semble qu'il faille mesurer l'accès au tabac mieux que par le seul calcul de la densité des points de vente. Il serait bon, par exemple, de chercher à qualifier l'offre différentielle de produits réputés pour attirer les jeunes (cigarillos, cigarettes parfumées, cigarettes à la pièce, etc.). Des études longitudinales permettraient d'identifier dans quelle mesure la présence de ces points de vente dans l'environnement économique encourage les jeunes à fumer en plus grand nombre ou s'ils sont simplement localisés là où leur marché se trouve.

Il serait en fait crucial d'avoir une meilleure idée de la place qu'occupent les différentes sources d'approvisionnement en tabac qu'elles soient sociales, économiques et illégales, selon le lieu de résidence des jeunes. Les jeunes

PLUS DE QUESTIONS QUE DE RÉPONSES

pourraient avoir un accès différent aux réseaux sociaux fournissant du tabac, qu'il s'agisse de vente de cigarettes de contrebande ou de dons de cigarettes de la part de jeunes ou même d'adultes du quartier.

Enfin, ce corpus d'études est caractérisé par une insistance presque exclusive sur les éléments négatifs des quartiers qui incitent les jeunes à fumer. Il faudrait explorer davantage l'effet protecteur de certaines caractéristiques du quartier, comme l'efficacité collective, les occasions d'implications communautaires, la religiosité et l'ethnicité dans certains quartiers défavorisés. Les liens entre défavorisation, ethnicité et religiosité ont été peu explorés. Il pourrait être

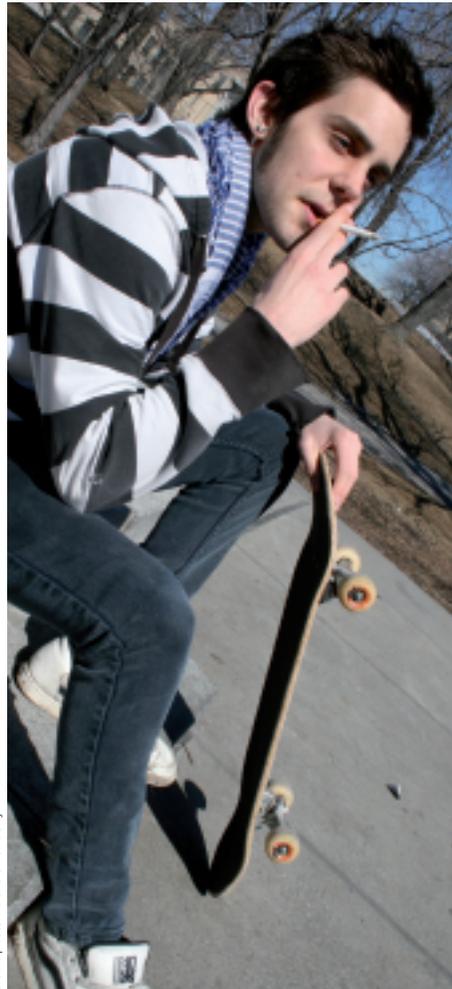
intéressant de mieux documenter l'effet protecteur de la présence, de la densité et de la fréquentation des petites églises de diverses confessions religieuses de plus en plus nombreuses dans certains quartiers ethniques.

L'effet du quartier sur le tabagisme des jeunes est un domaine d'étude relativement nouveau. Les connaissances, qui commencent à peine à être récoltées, se concentrent sur certains éléments négatifs de la sociabilité locale ou des normes collectives. Il semble ainsi difficile d'identifier les éléments précis de l'environnement local les plus susceptibles de protéger les jeunes contre le tabac.

À la lumière des connaissances acquises surgissent davantage de questionnements que de réponses :

- 🔗 Comment intervenir et traiter un problème qui apparaît comme un phénomène collectif dans des quartiers moins favorisés ?
- 🔗 Comment mieux surveiller la pénétration différenciée du « macro » à l'échelle locale, comme la présence de tabac destiné aux jeunes clientèles, la manière dont l'industrie du tabac fait la promotion de ses produits dans les communautés locales; la manière dont on applique les réglementations antitabac ?
- 🔗 Peut-on restreindre l'accès des jeunes aux sources illégales de tabac ou sociales de tabac ? Comment sensibiliser les adultes fournisseurs de tabac concernant les répercussions de leur geste sur la santé future des jeunes ?
- 🔗 Est-ce qu'en encourageant la mixité sociale et économique tant dans les écoles que dans les quartiers, on pourrait contrecarrer les normes protabac qui ont souvent cours dans les communautés plus homogènes d'un point de vue socioéconomique ?

Une chose semble évidente du moins : les interventions visant uniquement les individus et leur volonté d'arrêter de fumer laissent de côté un pan important du phénomène, celui du contexte social local qui module le tabagisme chez les jeunes.



Crédit photo : Benoît Newberry

Y a-t-il des types de loisirs associés à la cigarette ?

Tableau 3

Attributs contextuels étudiés en lien avec le tabagisme chez les jeunes classés selon les cinq domaines de l'environnement local

Domaine économique	Densité de commerces de détail vendant du tabac; développement commercial de l'occupation du sol (pourcentage de pâtés de maisons qui ont un développement commercial de n'importe quel type); taux de ventes illégales aux mineurs par des détaillants; pourcentage d'agents privés dotés d'un permis de vente de produits du tabac; pourcentage d'agents privés indiquant l'interdiction de vente aux mineurs; pourcentage d'agents privés interdisant le tabac; pourcentage d'agents privés donnant de l'information concernant les produits de cessation de tabagisme ou les méfaits du tabagisme (par exemple pharmacie); pourcentage d'agents privés sur l'ensemble des agents; pourcentage d'agents privés n'affichant pas de signes antitabac.
Domaine physique	Type d'aire ou de région (urbaine/périurbaine/éloignée); densité de la population; urbanisation (proportions d'habitations contenant 5 unités et plus et proportion d'habitations unifamiliales dans un secteur de recensement urbain).
Domaine institutionnel	Communauté favorable à l'usage des drogues (perception d'immunité); pourcentage d'agents institutionnels qui ont une personne responsable de la surveillance du tabagisme; pourcentage d'agents institutionnels interdisant le tabac, informant les gens à propos des produits anti-tabac ou des méfaits du tabagisme; pourcentage d'agent permettant l'usage du tabac; pourcentage d'agents institutionnels n'affichant pas de signes antitabac; pourcentage d'agents institutionnels (général).
Domaine de la sociabilité locale Normes locales	Désorganisation du quartier (perception de violence, sentiment d'insécurité, usage et accessibilité des drogues); désordre social fréquence d'observations d'événements comme : consommation d'alcool dans les lieux publics, consommation de drogue; arrestation; vol; entraide entre voisins;); problèmes ou risques dans le quartier (perception de la fréquence de problèmes comme les crimes, la violence et les bagarres entre gangs, les altercations, l'usage et la vente de drogue); perception de la disponibilité du tabac dans le quartier; perception de la disponibilité des armes à feu dans le quartier; perception de la sécurité dans le quartier; sentiment que les adultes exercent une surveillance; efficacité collective (liens intergénérationnels, contrôle social centré sur les enfants); perception de l'intégration sociale; stabilité dans le quartier (% de logements locatifs et de logements vacants); transitions et mobilité (fréquence de déménagement, fréquence de changement de maison et d'école); faible attachement au quartier (le désir ou de demeurer dans le quartier ou de s'établir ailleurs); encouragement à une implication sociétale (perception que ses voisins encouragent à faire le bien). Normes communautaires favorables à l'usage de drogue (perception que les adultes dans le quartier trouvent correct de prendre de la drogue); perception de la disponibilité des drogues dans le quartier; perception de la réprobation du tabagisme chez les jeunes de la part des adultes; fréquence d'observations d'adolescents qui fument dans le quartier; impression que les adultes se soucient du tabagisme chez les jeunes; attitude des voisins ou résidents du quartier à l'égard du tabagisme des jeunes; tabagisme des adultes du quartier; croyances à propos des drogues; prévalence perçue du tabagisme; fréquence d'observations d'adolescents qui fument dans le quartier.
Domaine de l'organisation communautaire	Pourcentage d'agents communautaires donnant de l'information concernant les produits de cessation de l'usage du tabac ou les méfaits du tabagisme; pourcentage d'agents communautaires n'affichant pas de signes antitabac; occasions d'implications à caractère social dans la communauté.

Tableau 4

Autres attributs contextuels (indices composés de plusieurs variables de recensement)

Indices tels :	Indicateurs
SSE du quartier Indice de défavorisation Pauvreté du quartier Accès des jeunes aux ressources économiques Stabilité dans le quartier Désorganisation sociale Etc.	Proportion d'immigrants, de minorités ethniques, de personnes sous le seuil du faible revenu, d'individus > 16 ans qui gagnent un revenu régulièrement, de personnes sans emploi, de travailleurs manuels, de familles monoparentales, de femmes à la tête d'une famille monoparentale, de personnes avec une scolarité de plus de 12 ans, de personnes avec un grade universitaire, d'hommes sans emploi, de résidents sur l'assistance sociale, de jeunes, de personnes âgées, de propriétaires, de locataires, de logement social, de travailleurs manuels, de locataires, de logements vacants; proportion de Noirs et de Blancs, concentration immigrante, concentration hispanique; revenu moyen; taux de décrochage scolaire; prévalence de la pauvreté des enfants; niveau moyen d'éducation parentale; etc.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Barbeau, E.M., Krieger, N., & Soobader, M.J. (2004). Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000 (vol 94, pg 269, 2004). *American Journal of Public Health*, 94(8), 1295-1295.
- 2 Siahpush, M., Borland, R., Taylor, J., Singh, G.K., Ansari, Z., & Serraglio, A. (2006). The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital. *Social Science & Medicine*, 63(11), 2801-2812.
- 3 Dubé, G., Berthelot, M. & Provençal, D. (2007). Aperçu des habitudes tabagiques et de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement des enfants, des jeunes et des adultes québécois. *Zoom santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, juin, 8 p.
- 4 Jha, P., Peto, R., Zatonski, W., Boreham, J., Jarvis, M.J., & Lopez, A.D. (2006) Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet*, 368(9533), 367-370.
- 5 Choinière, R., Lafontaine, P. & Edwards, A.C. (2000). Distribution of cardiovascular disease risk factors by socioeconomic status among Canadian adults. *Canadian Medical Association Journal - Journal de l'Association médicale canadienne*, 162 (9 Suppl), S13-S24.
- 6 Mao, Y., Hu, J.F., Ugnat, A.M., Semenciw, R., & Fincham, S. (2001). Socioeconomic status and lung cancer risk in Canada. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 809-817.
- 7 Tyas, S.L., & Pederson, L.L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7(4), 409-420.
- 8 Turner, L., Mermelstein, R., & Flay, B. (2004). Individual and contextual influences on adolescent smoking.[see comment]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 175-197.
- 9 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.
- 10 Hanson, M.D., & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 263-285.
- 11 Baker, T.B., Brandon, T.H., & Chassin, L. (2004). Motivational influences on cigarette smoking. *Annual Review of Psychology*, 55, 463-491.
- 12 Mermelstein, R. Ethnicity, gender and risk factors for smoking initiation: an overview. *Nicotine & Tobacco Research*, 1 Suppl 2, S39-43.
- 13 Nichter, M. (2003). Smoking: what does culture have to do with it? *Addiction*, 98 Suppl 1, 139-145.
- 14 Baillie, L., Lovato, C.Y., Johnson, J.L., & Kalaw, C. (2005). Smoking decisions from a teen perspective: A narrative study. *American Journal of Health Behavior*, 29(2), 99-106.
- 15 Poland, B., Frohlich, K., Haines, R.J., Mykhalovskiy, E., Rock, M., & Sparks, R. (2006). The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tobacco Control*, 15(1), 59-63.
- 16 Weaver, A.J., Flannely, K.J., & Strock, A.L. (2005). A review of research on the effects of religion on adolescent tobacco use published between 1990 and 2003. *Adolescence*, 40(160), 761-776.
- 17 Evans-Whipp, T., Beyers, J.M., Lloyd, S., Lafazia, A.N., Toumbourou, J.W., Arthur, M.W., & Catalano, R.F. (2004). A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promotion International*, 19(2), 227-234.
- 18 Aveyard, P., Markham, W.A., & Cheng, K.K. (2004). A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2253-2265.
- 19 Ennett, S.T., Flewelling, R.L., Lindrooth, R.C., & Norton, E.C. (1997). School and neighborhood characteristics associated with school rates of alcohol, cigarette, and marijuana use. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 55-71.
- 20 Stead, M., MacAskill, S., MacKintosh, A.M., Reece, J., & Eadie, D. (2001). "It's as if you're locked in": qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health & Place*, 7(4), 333-343.
- 21 Kegler, M.C., Oman, R.F., Vesely, S.K., McLeroy, K.R., Aspy, C.B., Rodine, S., & Marshall, L.D. (2005). Relationships among youth assets and neighborhood and community resources. *Health Education & Behavior*, 32(3), 380-397.
- 22 Wilcox, P. (2003). An ecological approach to understanding youth smoking trajectories: problems and prospects. *Addiction*, 98, 57-77.
- 23 Chuang, Y.-C., Ennett, S.T., Bauman, K.E., & Foshee, V.A. (2005). Neighborhood influences on adolescent cigarette and alcohol use: mediating effects through parent and peer behaviors. *Journal of Health & Social Behavior*, 46(2), 187-204.
- 24 Chuang, Y.C., Cubbin, C., Ahn, D., & Winkleby, M.A. (2005). Effects of neighbourhood socioeconomic status and convenience store concentration on individual level smoking. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(7), 568-573.
- 25 Witten, K., D. Exeter, and A. Field. "The quality of urban environments: Mapping variation in access to community resources." *Urban Studies* 40.1 (2003): 161-77.
- 26 Apparicio, P., Micic, Z., & Shearmur, R. (2004). *Évaluation de l'accessibilité aux supermarchés d'alimentation à Montréal*. Montréal, Institut national de la recherche scientifique, Urbanisation, culture et société.
- 27 Schneider, J.E., Reid, R.J., Peterson, N.A., Lowe, J.B., & Hughey, J. (2005). Tobacco outlet density and demographics at the tract level of analysis in Iowa: Implications for environmentally based prevention initiatives. *Prevention Science*, 6(4), 319-325.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 28 Frohlich, K. L., Bernard, P., Charafeddine, R., Potvin, L., Daniel, M., Kestens, Y., Seguin, A.-M. (2007). A theoretical framework for understanding how inequities in health are created in neighbourhoods. *Manuscrit en préparation*.
- 29 Allison, K.W., Crawford, I., Leone, P.E., Trickett, E., Perez-Febles, A., Burton, L.M., & Le Blanc, R. (1999). Adolescent substance use: Preliminary examinations of school and neighborhood context. *American Journal of Community Psychology*, 27(2), 111-141.
- 30 Lee, R.E., & Cubbin, C. (2002). Neighborhood context and youth cardiovascular health behaviors. *American Journal of Public Health*, 92(3), 428-436.
- 31 Reardon, S.F., Brennan, R.T., & Buka, S.L. (2002). Estimating multi-level discrete-time hazard models using cross-sectional data: Neighborhood effects on the onset of adolescent cigarette use. *Multivariate Behavioral Research*, 37(3), 297-330.
- 32 Wardle, J., Jarvis, M., Steggle, N., Sutton, S., Williamson, S., Farrimond, H., Cartwright, M., & Simon, A.E. (2003). Socioeconomic disparities in cancer-risk behaviors in adolescence: baseline results from the Health and Behaviour in Teenagers Study (HABITS). *Preventive Medicine*, 36(6), 721-730.
- 33 Milton, B., Cook, P.A., Dugdill, L., Porcellato, L., Springett, J., & Woods, S.E. (2004). Why do primary school children smoke? A longitudinal analysis of predictors of smoking uptake during pre-adolescence. *Public Health*, 118(4), 247-255.
- 34 Novak, S.P., Reardon, S.F., Raudenbush, S.W., & Buka, S.L. (2006). Retail tobacco outlet density and youth cigarette smoking: A propensity-modeling approach. *American Journal of Public Health*, 96(4), 670-676.
- 35 Dent, C., & Biglan, A. (2004). Relation between access to tobacco and adolescent smoking. *Tobacco Control*, 13(4), 334-338.
- 36 Frohlich, K.L., Potvin, L., Chabot, P., & Corin, E. (2002). A theoretical and empirical analysis of context: neighbourhoods, smoking and youth. *Social Science & Medicine*, 54(9), 1401-1417.
- 37 Lambert, S.F., Brown, T.L., Phillips, C.M., & Jalongo, N.S. (2004). The relationship between perceptions of neighborhood characteristics and substance use among urban African American adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 34(3-4), 205-218.
- 38 Wilson, N., Syme, S.L., Boyce, W.T., Battistich, V.A., & Selvin, S. (2005). Adolescent alcohol, tobacco, and marijuana use: the influence of neighborhood disorder and hope. *American Journal of Health Promotion*, 20(1), 11-19.
- 39 Pomeroy, E.A., Gibbons, F.X., Gerrard, M., Cleveland, M.J., Brody, G.H., & Wills, T.A. (2005). Families and risk: Prospective analyses of familial and social influences on adolescent substance use. *Journal of Family Psychology*, 19(4), 560-570.
- 40 Gibbons, F.X., Gerrard, M., Lune, L.S.V., Wills, T.A., Brody, G., & Conger, R.D. (2004). Context and cognitions: Environmental risk, social influence, and adolescent substance use. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 30(8), 1048-1061.
- 41 Gerrard, M., Gibbons, F.X., Stock, M.L., Lune, L.S.V., & Cleveland, M.J. (2005). Images of smokers and willingness to smoke among African American pre-adolescents: An application of the prototype/willingness model of adolescent health risk behavior to smoking initiation. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(4), 305-318.
- 42 Dowdell, E.B., & Santucci, M.E. (2004). Health risk behavior assessment: Nutrition, weight, and tobacco use in one urban seventh-grade class. *Public Health Nursing*, 21(2), 128-136.
- 43 Beyers, J.M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Arthur, M.W., & Hawkins, J.D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *Journal of Adolescent Health*, 35(1), 3-16.
- 44 Fagan, A.A., Van Horn, M.L., Hawkins, J.D., & Arrhur, M. (2007). Using community and family risk and protective factors for community-based prevention planning. *Journal of Community Psychology*, 35(4), 535-555.
- 45 Foshee, V.A., Ennett, S.T., Bauman, K.E., Granger, D.A., Benefield, T., Suchindran, C., Hussong, A.M., Karriker-Jaffe, K.J., & DuRant, R.H. (2007). A Test of Biosocial Models of Adolescent Cigarette and Alcohol Involvement. *Journal of Early Adolescence*, 27(1), 4-39.
- 46 Frohlich, K.L., Potvin, L., Gauvin, L., & Chabot, P. (2002a). Youth smoking initiation: disentangling context from composition. *Health & Place*, 8(3), 155-166.
- 47 Cleveland, M.J., Gibbons, F.X., Gerrard, M., Pomeroy, E.A., & Brody, G.H. (2005). The impact of parenting on risk cognitions and risk behavior: A study of mediation and moderation in a panel of African American adolescents. *Child Development*, 76(4), 900-916.
- 48 Musick, K., Seltzer, J.A., & Schwartz C.R. (2005). *Neighborhood Norms and Substance Use among Teens*. California Center for Population Research, On-Line Working Paper Series, University of California – Los Angeles, CCPR-048-05.
- 49 Miles, R. (2006). Neighborhood disorder and smoking: Findings of a European urban survey. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2464-2475.
- 50 Van Lenthe, F.J., & Mackenbach, J.P. (2006). Neighbourhood and individual socioeconomic inequalities in smoking: the role of physical neighbourhood stressors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(8), 699-705.
- 51 Blackman, T., Harvey, J., Lawrence, M., & Simon, A. (2001). Neighbourhood renewal and health: evidence from a local case study. *Health & Place*, 7(2), 93-103.



Cette série de synthèses de recherche sur l'effet de quartier et les inégalités sociales en santé est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Elle comprend deux numéros précédents :

[Le Point sur ... l'effet de quartier](#)

Notions de base

Numéro 1, Septembre 2007

[Le Point sur ... l'effet de quartier](#)

L'obésité

Numéro 2, Octobre 2007

L'équipe de recherche

· CHERCHEUR RESPONSABLE

Paul Bernard, professeur titulaire, Sociologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal

· CHERCHEURS PARTICIPANTS

Rana Charafeddine, chercheure postdoctorale, Centre de recherche Léa-Roback

Katherine L. Frohlich, professeure adjointe, Médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

Yan Kestens, agent de planification, de programmation et de recherche, secteur environnement urbain et santé, Direction de santé publique de Montréal; chercheur adjoint, Médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

Louise Potvin, professeure titulaire, Médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal; directrice scientifique, Centre de recherche Léa-Roback

· AGENTS DE RECHERCHE

Christiane Montpetit, Centre de recherche Léa-Roback

Mathieu Roy, Centre de recherche Léa-Roback

Le groupe de travail

Patrice Allard, chef de division, Service du développement culturel, de la qualité du milieu de vie et de la diversité ethnoculturelle, Division du développement social, Ville de Montréal

André Bergeron, agent de planification, de programmation et de recherche, équipe planification, secteur environnement urbain et santé, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Hélène Desrosiers, chargée de projet, Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec

Carl Drouin, coordonnateur, équipe surveillance, secteur planification, orientations, évaluations, Direction de santé publique de Montréal

Louis Drouin, médecin, responsable, secteur environnement urbain et santé, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Guy Fréchet, chargé de projets majeurs, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, Direction générale des politiques, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

François Lamy, responsable, secteur écoles et milieux en santé, Direction de santé publique de Montréal

Danielle Lussier, chef d'équipe, Équipe de coordination, développement durable, Service des infrastructures, transport et environnement, Direction de l'environnement, Ville de Montréal

Suzanne Pion, directrice du développement social, Conférence régionale des élus de Montréal

Louise Rousseau, responsable du secteur enseignement et recherche, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; directrice d'ÉRAS (Équipe de recherche appliquée en santé)

Odetta Viens, Directrice, Impact dans la communauté, Centraide du Grand Montréal

· INVITÉES SPÉCIALES (tabagisme)

Louise Guyon, Coordinatrice scientifique, Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Monique Lalonde, répondante tabac (jeunes), secteur écoles et milieux en santé, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

RÉDACTION

Christiane Montpetit

COORDINATION DE PRODUCTION

Danielle Massé

GRAPHISME

Prétexte communications

Une publication du Centre Léa-Roback, centre de recherche sur les inégalités sociales de santé

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400 (3570)

www.centrelearoback.ca

Dépôt légal :

ISSN 1916-0550

Le point sur... l'effet de quartier (Imprimé)

ISSN 1916-0569

Le point sur... l'effet de quartier (En ligne)

Les reproductions de ce texte, en tout ou en partie, sont autorisées à condition d'en mentionner la source.

Le Centre Léa-Roback est financé par l'Institut de la santé publique et des populations dans le cadre d'une initiative stratégique des Instituts de recherche en santé du Canada pour la création de centres de développement de la recherche.