

Université de Montréal

Tabagisme et défavorisation de quartier: étude exploratoire des expériences
de stigmatisation chez les jeunes femmes

par

Geneviève McCready

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

septembre, 2015

© Geneviève McCready, 2015

Résumé

La prévalence du tabagisme a diminué dans les dernières décennies, mais les inégalités sociales reliées au tabagisme s'accroissent. Les stratégies de dénormalisation du tabagisme ont amené la stigmatisation des fumeurs. Le lien entre celle-ci et la défavorisation de quartier est mal compris. Cette étude qualitative a comparé les expériences de stigmatisation de quinze jeunes femmes fumeuses dont la moitié vivait dans des quartiers très défavorisés de Montréal et l'autre moitié résidait dans les quartiers les moins défavorisés. Dans ces derniers, stigmatiser les fumeurs fait partie de la norme. Le tabagisme est vu comme un symbole de pauvreté, entraînant l'utilisation de stratégies pour se distancer du stigma. Dans les quartiers défavorisés, les participantes rapportaient une stigmatisation basée sur le genre et elles tentaient d'y échapper en se cachant pour fumer. Les résultats mettent en lumière les effets non attendus des politiques anti-tabac et pourraient contribuer au développement de politiques plus équitables.

Mots-clés : Stigmatisation, tabagisme, inégalités sociales, quartier

Abstract

Smoking prevalence decreased in the last decades, but social inequalities in smoking increased. Strategies aiming to denormalize smoking have led to the stigmatization of smokers. However, what is not well understood is the connection between this stigmatization and neighbourhood deprivation. This qualitative study compared experiences of stigma from fifteen young women who smoke. Half lived in the most deprived neighbourhoods of Montreal and the other half, in the least deprived neighbourhoods. In the latter, stigmatizing smokers was part of the norm. Smoking was seen as a symbol of poverty, resulting in the use of strategies to distance themselves from stigma. In the most deprived neighbourhoods, participants reported gender-based stigma which they attempted to escape by hiding when smoking. These findings bring to light unexpected effects of anti-tobacco policies and could contribute to the development of more equitable policies.

Keywords : Stigma, smoking, social inequalities, neighbourhood

Résumé de vulgarisation

Depuis plusieurs décennies, la prévalence du tabagisme a diminué considérablement. Cependant, la comparaison des sous-groupes de populations qui fument avec ceux qui ne fument pas révèle des inégalités sociales qui s'accroissent avec le temps. Par exemple, à Montréal, la prévalence du tabagisme varie de 16% à 36% selon les quartiers et la défavorisation sociale des quartiers.

Les normes sociales au niveau du quartier représentent une manière de comprendre comment les individus et les endroits où ils vivent interagissent et modulent les pratiques du tabagisme. Ces normes ont changé depuis l'introduction des règlements interdisant le tabagisme dans les lieux publics. Les législations anti-tabac ont contribué à dénormaliser le fait de fumer, ce qui entraîne la stigmatisation des fumeurs. Par contre, la relation entre la défavorisation des quartiers et ces expériences de stigmatisation demeure ambiguë.

Dans cette étude exploratoire, il est question des manières dont les jeunes femmes font l'expérience de la stigmatisation reliée au tabagisme selon le niveau de défavorisation de leur quartier. Quinze femmes âgées de 22 à 28 ans ont été interviewées au sujet des normes et pratiques du tabagisme dans leur quartier et de leurs propres expériences de la stigmatisation reliée au tabagisme. Les participantes étaient des fumeuses quotidiennes, occasionnelles ou des ex-fumeuses récentes. La moitié vivait dans des quartiers montréalais défavorisés et l'autre moitié habitait dans des quartiers favorisés.

Les résultats montrent qu'il existe une interrelation entre la défavorisation des quartiers, les normes et les pratiques du tabagisme ainsi que les expériences de stigmatisation des participantes. Dans les quartiers favorisés, stigmatiser les fumeurs fait partie des normes sociales, ce qui rend les fumeurs à risque de marginalisation. Les femmes faisaient des efforts afin de respecter les règles associées au tabagisme. Les contextes hédonistes représentaient une exception à cette norme; les femmes se sentaient à l'aise de fumer librement en public. Dans les quartiers défavorisés, les normes sociales étaient plus permissives à l'égard du tabagisme. Les individus ne respectaient pas nécessairement les règles formelles ou informelles. Cependant, l'embourgeoisement de ces quartiers amenait une intolérance à l'égard des fumeurs et

l'exclusion sociale des personnes défavorisées. Les participantes des quartiers favorisés percevaient le tabagisme comme un symbole de pauvreté. Par conséquent, elles tentaient de dissimuler leur statut tabagique ou d'utiliser des stratégies pour se distancer de cette stigmatisation. De leur côté, les femmes vivant dans les quartiers défavorisés rapportaient des expériences de stigmatisation basée sur le genre, qui se traduisait par des tentatives de se cacher pour fumer.

Cette étude permet de mieux comprendre le rôle de la stigmatisation et de la défavorisation dans la production des inégalités sociales de santé. Les résultats mettent en lumière des effets inattendus des politiques anti-tabac et stimulent la réflexion au sujet de l'équité dans l'élaboration de stratégies utilisées pour lutter contre le tabagisme.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Résumé de vulgarisation.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des figures.....	viii
Liste des sigles.....	ix
Remerciements.....	xi
Chapitre 1 : Introduction.....	1
Chapitre 2 : Revue de la littérature.....	3
2.1. Problématique.....	3
2.1.1. Tabagisme et santé publique.....	3
2.1.2. Tabagisme chez les jeunes adultes.....	4
2.2. Les inégalités sociales du tabagisme et l'influence du quartier.....	5
2.2.1. Le tabagisme en tant que pratique sociale.....	7
2.2.2. Le tabagisme chez les femmes.....	8
2.2.3. Le tabagisme dans les quartiers.....	9
2.3. Modèle reliant la défavorisation de quartier au comportement tabagique.....	11
2.4. La stigmatisation du tabagisme.....	13
2.4.1. La dénormalisation et la stigmatisation.....	13
2.4.2. Les bénéfices de la dénormalisation.....	13
2.4.3. La dénormalisation entraîne la stigmatisation.....	14
2.4.4. À qui profite la stigmatisation?.....	16
2.4.5. Les fumeurs coincés dans le piège de la pauvreté.....	19
2.6. Résumé, question de recherche et objectifs.....	20
Chapitre 3 : Méthodologie.....	22
3.1. Devis de recherche et contexte.....	22
3.1.1. Devis de recherche.....	22
3.1.2. Contexte de l'étude.....	22
3.2. Stratégie d'échantillonnage.....	23
3.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	24

3.2.2. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon.....	24
3.2.3. Recrutement.....	26
3.2.4. Description de l'échantillon.....	27
3.3. Collecte des données.....	28
3.3.1. L'entrevue individuelle.....	28
3.3.2. Les entrevues pilotes.....	28
3.3.3. Le guide d'entrevue.....	29
3.3.4. Les cartes de quartier.....	30
3.3.5. Entrevues, verbatims et transcriptions.....	31
3.3.6. Notes de terrain.....	31
3.3.7. Considérations éthiques.....	31
3.4. Analyse des données.....	32
3.4.1. Concepts centraux et fiabilité intercode.....	33
3.4.2. Codage des verbatims des participantes des quartiers Q-4.....	33
3.4.3. Codage des verbatims des participantes des quartiers Q-1.....	35
3.4.4. Analyse comparative.....	35
Chapitre 4 : Résultats.....	36
Chapitre 5 : Limites, critères de rigueur et discussion.....	75
5.1. Limites.....	75
5.2. Critères de rigueur.....	77
5.3. Discussion.....	79
Chapitre 6 : Conclusion.....	86
Bibliographie.....	89
Annexes.....	i
Annexe A : Population cible, population source, population échantillonnée et population à l'étude.....	ii
Annexe B : Critères ayant servi à l'échantillonnage.....	i
Annexe C : Critères ayant servi à établir le niveau d'expérience tabagique des participantes ayant déclaré fumer occasionnellement au questionnaire de l'hiver 2014.....	i
Annexe D : Tableau descriptif des caractéristiques socio-démographiques des participantes... ..	ii
Annexe E : Guide d'entrevue en français et en anglais.....	iii
Annexe F : Exemple de carte de quartier perçu tracé par la participante.....	vii

Annexe G : Certificat délivré par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal viii

Annexe H : Formulaire d'information et de consentement en français et en anglais ii

Liste des figures

Figure 1. Possible pathways linking area-level deprivation and smoking behaviour.....	11
---	----

Liste des sigles

CÉGEP : Collège d'enseignement général ou professionnel

IRSPUM: Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

ISIS : Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking

Q1: Quartier catégorisé dans le premier quartile de défavorisation matérielle de l'indice de Pampalon (moins défavorisé)

Q4: Quartier catégorisé dans le quatrième quartile de défavorisation matérielle de l'indice de Pampalon (plus défavorisé)

Je dédie ce mémoire à mes filles, Yanissa et Jolianne Yel, qui représentent ma source d'inspiration quotidienne dans le travail fastidieux et jamais terminé qu'est celui d'améliorer le monde dans lequel nous vivons.

À la mémoire de mon oncle Claude Fortin, décédé subitement le 26 décembre 2013 à l'âge de 54 ans.

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui ont contribué à cette aventure de maîtrise de recherche. D'abord, je désire exprimer ma reconnaissance envers ma directrice Katherine Frohlich pour son enthousiasme, son ouverture d'esprit, sa rigueur, sa rétroaction et sa disponibilité dans les moments difficiles. Faire partie de son équipe de recherche fut pour moi une expérience inspirante qui a dépassé largement mes attentes. Je désire également remercier Nicole Glenn, ma co-directrice, pour ses commentaires et explications détaillées ainsi que sa disponibilité. Toutes deux m'ont encouragé à poursuivre mon parcours et ont grandement contribué à la qualité du mémoire présenté. Elles ont aussi fait preuve de patience afin que je puisse me familiariser avec les conventions du monde académique.

Je voudrais souligner la contribution de toute l'équipe de recherche ISIS à l'élaboration et la mise en œuvre de mon projet de recherche ainsi qu'à la rédaction de mon mémoire : Adrian Ghenadenik, Rowena Agouri, Sira Camara et Thierry Gagné. Je tiens à dire un grand merci particulier à trois ex-membres de l'équipe ISIS: Martine Shareck pour m'avoir fourni une base de données me permettant de procéder au recrutement de mes participantes, Julie Vallée pour la production de cartes de quartiers perçus, parfois à la dernière minute et Josée Lapalme pour la réalisation de la fiabilité intercode. Ce mémoire n'existerait pas sans la contribution des participantes de cette étude. Je les remercie chaleureusement pour leur générosité.

J'aimerais remercier les organismes qui ont contribué financièrement à mon parcours de maîtrise : le Fonds de recherche en santé du Québec, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal. Leur soutien m'a permis de terminer mes études et de rendre un travail de qualité.

Mes remerciements vont également à mon amie Maude Laliberté, dont les précieux conseils m'ont permis de créer les conditions rendant ma diplomation possible ainsi que mes amies Marie-Christine et Karinne Latte pour la révision de mes écrits et nos conversations au sujet du tabagisme. Enfin, je ne remercierai jamais assez mon conjoint Yannin Yel pour son soutien indéfectible et inconditionnel.

Chapitre 1 : Introduction

Au Canada, le tabagisme est responsable du tiers des cancers (Reid, Hammond, Burkhalter, & Ahmed, 2012) et de 17% de la mortalité (Rehm, Adlaf, Recel, & Single, 2006), représentant ainsi la première cause de décès évitable (Reid et al., 2012). La lutte au tabagisme constitue un des plus importants succès en santé publique, mais la prévalence de fumeurs diminue de moins en moins rapidement, en particulier auprès des jeunes adultes (Office of the Surgeon General of Public Health Service, 2014; Reid, Hammond, Rynard, & Burkhalter, 2014). Dans les pays à haut niveau de revenu, la mortalité et la morbidité associées au tabagisme ne cessent de croître parmi les femmes (Greaves, 2007). Ceci fait du tabac un enjeu prioritaire pour la santé des femmes.

Le fardeau du tabagisme repose davantage sur les personnes les plus pauvres, autant au Canada qu'ailleurs dans le monde (Ciaponni, 2011; Corsi et al., 2014). Non seulement la prévalence du tabagisme est davantage concentrée dans les sous-groupes de la population plus pauvres, mais ceux-ci connaissent également moins de succès dans leurs initiatives de cessation tabagique (Giskes, van Lenthe, Turrell, Brug, & Mackenbach, 2006). Depuis les années 2000, plusieurs études ont cherché à comprendre la part de la santé attribuable à des facteurs contextuels, en l'occurrence la défavorisation du quartier, auxquels les individus sont exposés (Datta et al., 2006; Ellaway & Macintyre, 2009b; Kandula, Wen, Jacobs, & Lauderdale, 2009; Kleinschmidt, Hills, & Elliott, 1995; Lakshman et al., 2011; Leatherdale & Strath, 2007; Miles, 2006; Novak, Reardon, Raudenbush, & Buka, 2006; Shohaimi et al., 2003; Turrell, Hewitt, & Miller, 2012; van Lenthe & Mackenbach, 2006). Ces études contribuent à déterminer quels éléments des quartiers et des individus peuvent faire partie des mécanismes explicatifs du tabagisme, mais peu d'études expliquent en quoi consiste l'expérience du tabagisme vécue à travers le contexte du lieu de résidence des jeunes adultes (Sunderland, Bristed, Gudes, Boddy, & Da Silva, 2012). Il existe un manque de théorisation et de compréhension des mécanismes qui relient l'effet des quartiers au tabagisme (Diez Roux, 2001), notamment au sujet de l'environnement social et de la signification que ces lieux ont pour les gens (Yen & Kaplan, 1999). Pour arriver à mettre en lumière ces mécanismes, il importe de se pencher sur les

manières dont les individus interagissent avec leurs environnements et de comprendre comment le tabagisme se construit socialement dans le quartier.

Afin de lutter contre le tabagisme, plusieurs interventions populationnelles ont été mises en place, dont certaines visent la dénormalisation du tabagisme dans l'espace social. C'est le cas des stratégies ayant pour but de limiter les espaces où il est permis de fumer et des campagnes médiatiques à portée informative au sujet des dangers de l'exposition à la fumée secondaire (Bell, Salmon, Bowers, Bell, & McCullough, 2010). Les législations interdisant de fumer dans les lieux publics utilisées à la fois par les gouvernements et le secteur privé se sont multipliées dans les dernières années, contribuant à rendre anormal le comportement tabagique (Collins & Procter, 2011). De fait, certains chercheurs se questionnent quant aux conséquences de la législation anti-tabac, qui entraînerait la stigmatisation des fumeurs (Bell, McCullough, Salmon, & Bell, 2010; Frohlich, Mykhalovskiy, Poland, Haines-Saah, & Johnson, 2012; Haines-Saah, Olliffe, White, & Bottorff, 2013).

Les femmes seraient davantage victimes de cette stigmatisation (Alexander, Frohlich, Poland, Haines, & Maule, 2010), en particulier lorsqu'elles vivent dans des contextes de vie précaires (Greaves & Hemsing, 2009a). Celles qui habitent dans des quartiers défavorisés sont sujettes à une stigmatisation accrue, basée à la fois sur leur statut de fumeuse et leur ségrégation dans des quartiers défavorisés (Nichter, Nichter, Padmawati, & Thresia, 2009). Par ailleurs, il existe peu ou pas de considération pour intégrer les différences propres aux femmes dans la recherche, les politiques et les programmes liés au tabagisme (Amos, Greaves, Nichter, & Bloch, 2011; Greaves, 2007).

L'objectif de cette recherche est de comprendre les manières dont les jeunes femmes vivent l'expérience de la stigmatisation liée au tabagisme en lien avec la défavorisation de leur quartier de résidence. À travers un devis qualitatif comparatif d'entrevues individuelles, l'expérience de la stigmatisation des jeunes femmes est mise en lien avec leur contexte de vie de quartier afin de faire ressortir les éléments de cette stigmatisation qui sont liés à la défavorisation de quartier. Cette étude contribue à la compréhension du contexte social du tabagisme et au développement des politiques anti-tabac plus équitables.

Chapitre 2 : Revue de la littérature

2.1. Problématique

2.1.1. Tabagisme et santé publique

Les 50 dernières années de recherche ont démontré que la cigarette est responsable de plusieurs maladies affectant divers organes du corps humain, d'une diminution de l'état de santé ainsi que des conséquences sur les fœtus à naître (Office of the Surgeon General of Public Health Service, 2014). Le tabagisme entraîne de nombreux effets néfastes à l'échelle sociétale: taux d'absentéisme au travail plus élevé, utilisation accrue des services de santé et augmentation de la mortalité (Office of the Surgeon General of Public Health Service, 2014). À l'échelle mondiale, le tabac tue six millions de personnes par année, ce qui en fait un des plus importants enjeux mondiaux en santé publique d'autant plus qu'il est évitable (World Health Organization, 2015). Au Canada, le tabagisme est responsable de 17% de la mortalité (Rehm et al., 2006) et le Québec compte 10 000 décès par année qui lui sont attribuables (Leclerc & Lasnier, 2011). Plus encore, le tabagisme entraîne des coûts économiques reliés aux soins médicaux directs, à la perte de productivité en lien avec les décès prématurés et à l'exposition à la fumée secondaire (Office of the Surgeon General of Public Health Service, 2014; World Health Organization, 2015). Par exemple, aux États-Unis, les dépenses reliées aux problèmes de santé attribuables au tabagisme sont de l'ordre de 6% à 8% de toutes les dépenses médicales (Samet, 2010). Au Québec, ces coûts ont totalisé 4 milliards de dollars en 2002 (Ministère de la santé et des services sociaux, 2014). Le tabagisme a causé 100 millions de morts au cours du 20^e siècle et l'épidémie se poursuivra au 21^e siècle puisque les effets du tabagisme prennent environ sept années à se faire sentir sur la santé des fumeurs (World Health Organization, 2015).

Les femmes fument moins que les hommes et elles sont plus nombreuses à fumer de petites quantités par jour (Government of Canada, 2012a; Ling & Glantz, 2004). Cependant, alors que la prévalence de tabagisme diminue considérablement tous sexes confondus, la mortalité et la morbidité associée au tabagisme chez les femmes ne cesse de croître (Greaves, 2007; Office of

the Surgeon General of Public Health Service, 2014). Ceci fait du tabac un enjeu prioritaire pour la santé des femmes.

2.1.2. Tabagisme chez les jeunes adultes

Au Canada, les jeunes adultes sont ceux qui présentent la plus haute prévalence de fumeurs : 23,8% chez les 25 à 34 ans et 21,5% chez les 20 à 24 ans (Reid et al., 2014). Les québécois âgés de 20 à 24 ans se démarquent avec la plus haute prévalence fumeurs, soit 33,2% en 2007-2008 (Leclerc & Lasnier, 2011). Aux États-Unis en 2012, le groupe des jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans présentait la plus forte prévalence de fumeurs actuels¹ avec 31,8% de fumeurs (Office of the Surgeon General of Public Health Service, 2014).

La prévalence du tabagisme diminue dans la population générale, mais il semble que la vitesse à laquelle cette diminution survient chez les jeunes soit différente d'un pays à l'autre. On assiste à un ralentissement dans la diminution du tabagisme chez les jeunes adultes australiens (The Cancer Council, 2014), alors que les jeunes américains et canadiens connaissent la meilleure diminution parmi tous les groupes d'âges (Centers for Disease Control and Prevention, 2014; Government of Canada, 2012b). Cependant, les avis restent prudents car il se pourrait que cette amélioration marquée soit attribuable à l'utilisation d'autres produits de tabac (Centers for Disease Control and Prevention, 2014; Office of the Surgeon General of Public Health Service, 2014). Au Québec, on note une diminution de la prévalence de jeunes fumeurs quotidiens mais un maintien dans la prévalence des jeunes fumeurs occasionnels (Leclerc & Lasnier, 2011). Les auteurs notent qu'il en reste beaucoup à apprendre sur le tabagisme parmi les jeunes adultes car il s'agit d'une population moins étudiée (Freedman, Nelson, & Feldman, 2012a).

Plusieurs raisons soutiennent l'importance d'intervenir auprès des jeunes adultes² dans la prévention du tabagisme. Nombreux sont ceux qui initient le tabagisme à cet âge : jusqu'à

¹ Mesuré à partir de la question « Au cours des 30 derniers jours, avez-vous fumé en partie ou au complet une cigarette? »

² Plusieurs définitions de "jeune adulte" existent. Pour la revue de littérature réalisée dans ce mémoire, les recherches ayant été réalisées avec des jeunes âgées entre 18 et 30 ans ont été retenues comme des études portant sur des jeunes adultes.

14% des jeunes de 24 ans rapportent avoir commencé à fumer après le secondaire (O'Loughlin, Dugas, O'Loughlin, Karp, & Sylvestre, 2014). L'initiation survient rarement une fois passé cet âge (Nelson et al., 2008). Ensuite, il importe de cesser de fumer avant l'âge de 30 ans si l'on veut éviter la mortalité associée au tabagisme (Doll, Peto, Boreham, & Sutherland, 2004). Cette période correspond également au moment où les individus développent des habitudes de santé qui vont persister à l'âge adulte (Arnett, 2000; Hammond, 2005). Enfin, le statut de tabagisme est plus variable chez les jeunes âgés de 18 à 24 ans (Foldes et al., 2010). Donc le début de l'âge adulte représente une période de transition où le potentiel de cessation ainsi que le potentiel d'installation d'habitude est présent. Il importe de bien comprendre l'expérience du tabagisme chez les jeunes adultes si l'on veut en réduire la prévalence à l'échelle de la population.

2.2. Les inégalités sociales du tabagisme et l'influence du quartier

La lutte au tabagisme constitue un des plus importants succès en santé publique, mais la prévalence de fumeurs diminue de moins en moins rapidement, surtout chez les jeunes adultes (Office of the Surgeon General of Public Health Service, 2014; Reid et al., 2012). Désormais, il est clairement établi que le fardeau du tabagisme repose davantage sur les personnes les plus pauvres, autant au Canada qu'ailleurs dans le monde (Ciaponni, 2011; Corsi et al., 2014; Huisman, Kunst, & Mackenbach, 2005; Jha et al., 2006; Marmot, 2006). Il existe des inégalités dans l'initiation et le maintien du tabagisme, de même que dans les taux de cessation tabagique, tant chez les femmes que chez les hommes (Federico, Costa, & Kunst, 2007; Freedman et al., 2012a; Harman, Graham, Francis, & Inskip, 2006; Huisman et al., 2005). Les fumeurs ayant un niveau socio-économique élevé sont ceux qui ont le plus profité des politiques anti-tabac, contribuant ainsi à élargir le fossé entre les groupes favorisés et défavorisés (Hiscock, Bauld, Amos, & Platt, 2012; Pearce, Barnett, & Moon, 2012). De plus, les inégalités de santé s'accroissent au Canada et au Québec, et sont particulièrement marquées en ce qui a trait au tabagisme (Corsi et al., 2014; Pampalon, Hamel, & Gamache, 2008; Reid et al., 2014). Par exemple, à Montréal, la prévalence de fumeurs varie de 16% à 36% selon les quartiers et est associée au revenu plus faible et à la défavorisation sociale et matérielle des quartiers (Direction de la santé publique, 2013; Lasnier, Leclerc, & Hamel, 2012). La plupart des études sur les inégalités liées au tabagisme sont réalisées à partir de mesures basées sur les caractéristiques

des individus regroupés en catégories socialement construites (ex. : âge, sexe) ou se référant au statut socio-économique (ex.: emploi, revenu, éducation). Cette conceptualisation des inégalités rejoint l'explication dite « compositionnelle » de MacIntyre et al. (2002a) qui vise à expliquer les résultats de santé par des caractéristiques sociales agrégées des individus.

Depuis les années 2000, plusieurs études ont cherché à comprendre la part de la santé attribuable à des facteurs contextuels, en l'occurrence la défavorisation du quartier, auxquels les individus sont exposés (Kandula et al., 2009; Kleinschmidt et al., 1995; Lakshman et al., 2011; Shohaimi et al., 2003). Ceci rejoint l'explication contextuelle visant à comprendre les inégalités de santé par les caractéristiques environnementales qui influencent les comportements de santé des individus. Des éléments spécifiques du quartier ont été identifiés comme étant reliés au tabagisme tels que la densité de commerçants vendant des produits de tabac (Adams, Jason, Pokorny, & Hunt, 2013; Novak et al., 2006), l'accès aux produits du tabac (Dent & Biglan, 2004; Leatherdale & Strath, 2007), les signes de désordre dans le quartier tels que les graffitis ou les déchets (Miles, 2006), le délabrement des édifices, la surveillance policière et la pollution par le bruit due à l'achalandage routier (van Lenthe & Mackenbach, 2006). Cependant, il est possible que certains facteurs viennent agir comme intermédiaires dans les processus explicatifs des effets de quartier sur la santé, dont des processus cognitifs et émotionnels (Saldaña, 2012).

MacIntyre et al. (2002a) déplorent que les effets de contextes sont trop souvent considérés comme une catégorie résiduelle, c'est-à-dire ce qu'il reste une fois que les caractéristiques individuelles ont été prises en compte. De plus, certains croient qu'il serait préférable d'examiner les relations qui existent entre les facteurs individuels et les facteurs contextuels, plutôt que de concevoir ceux-ci comme faisant partie de catégories mutuellement exclusives (Frohlich, Potvin, Chabot, & Corin, 2002; Lasnier et al., 2012; Macintyre et al., 2002a). Plusieurs études récentes se sont intéressées à l'influence conjointe des caractéristiques individuelles et environnementales telles que la perception qu'ont les gens des conditions et commodités de leur environnement de quartier et qui vient influencer leur état de santé (Ellaway & Macintyre, 2009a), les processus psychosociaux reliés aux expériences de vie dans le quartier (Airey, 2003) ou la structure sociale des quartiers (Frohlich, Potvin, Gauvin, & Chabot, 2002). Un autre exemple est l'étude de Shareck et al. (2011) qui conclut qu'il importe de tenir compte

à la fois des mesures objectives et perçues de criminalité des quartiers sur le résultat de tabagisme de ses résidents, ce qui s'avère nécessaire afin de bien comprendre l'influence du quartier sur la santé (Lazuras, Rodafinos, & Eiser, 2011). D'autres auteurs ont utilisé des analyses multiniveaux afin de rendre compte de la contribution des facteurs de défavorisation à la fois individuels et de quartier sur le tabagisme et la cessation tabagique (Chuang, Cubbin, Ahn, & Winkleby, 2005; Datta et al., 2006; Duncan, Jones, & Moon, 1999; Ecob & Macintyre, 2000; Migliorini & Siahpush, 2006; Reijneveld, 1998; Turrell et al., 2012; Virtanen et al., 2007). Ces études contribuent à déterminer quels éléments des quartiers et des individus peuvent faire partie des mécanismes explicatifs du tabagisme, mais elles ne peuvent nous informer sur la manière dont sont vécues les expériences du tabagisme par les fumeurs dans les différents quartiers (Sunderland et al., 2012).

2.2.1. Le tabagisme en tant que pratique sociale

Le tabagisme constitue en soi une pratique sociale à partir de laquelle les inégalités de santé se construisent (Frohlich, Potvin, Chabot, et al., 2002). Inspirés par la théorie de la structuration d'Anthony Giddens (1984), Frohlich et al. (2002) définissent les pratiques sociales comme étant les activités de vie quotidiennes : ce que les personnes font en lien avec les structures dans lesquelles elles évoluent. Ce modèle a été testé auprès de pré-adolescents en lien avec leur comportement tabagique et a montré que ceux-ci n'interagissent pas toujours de manière attendue avec les structures en place dans leur quartier, d'où l'importance de questionner les perceptions et les manières d'interagir. Par exemple, Smith et al. (2007) ont trouvé que les jeunes adultes sur le marché du travail participants à cette étude vivent dans des communautés où l'échange et la vente de cigarettes à l'unité encourage le tabagisme. Il se forme ainsi une dynamique à double sens entre les acteurs sociaux et les structures qui les entourent. D'une part, les acteurs vivant dans des conditions financières précaires cherchent à obtenir des produits qui ne sont pas légalement vendus et d'autre part les commerces exercent un contrôle moins serré des règles. Il apparaît que la dimension sociale jouée par la cigarette occupe une place importante dans la vie des jeunes adultes fumeurs, la cigarette étant utilisée comme facilitatrice de rapports sociaux et son utilisation étant dépendante des contextes (Rosenthal et al., 2013; Voigt, 2013). Par exemple, les espaces où les jeunes adultes fument ont été rapportés

comme étant des lieux d'empowerment (Tan, 2013), des espaces relationnels (Oliffe, Bottorff, Kelly, & Halpin, 2008) ou de résistance (Skorpen, Anderssen, Oeye, & Bjelland, 2008). Ainsi, ces espaces ne sont pas uniquement définis en fonction de leur utilité pour le comportement tabagique mais représentent également le contexte et les lieux où des activités sociales prennent forme, lesquelles peuvent favoriser ou inhiber leur santé et leur bien-être. Le contexte social du tabagisme représente un des facteurs qui peut nous permettre de comprendre l'émergence de tendances de consommation différentes et des inégalités sociales du tabagisme.

2.2.2. Le tabagisme chez les femmes

La concentration des fumeurs parmi les groupes défavorisés est encore plus vraie lorsque la question du tabagisme est examinée du point de vue des femmes qui fument plus spécifiquement. En effet, le genre interagit avec d'autres facteurs tels que la religion, l'ethnicité ou le statut socio-économique des femmes pour produire une vulnérabilité accrue au tabagisme et à ses conséquences (Amos et al., 2011). Les jeunes mères vivant dans des conditions défavorisées sont particulièrement touchées (Greaves & Hemsing, 2009a). La compréhension des parcours de vie des femmes, lesquels sont façonnés par les politiques sociales et économiques, éclaire les connaissances quant aux facteurs contribuant à l'initiation et au maintien du tabagisme. Par exemple, la maternité précoce et la monoparentalité sont des phénomènes sociaux davantage observables parmi les populations défavorisées, participent à la chronicité de la condition de défavorisation des femmes et sont associés à des taux de tabagisme et une consommation tabagique plus élevés (Graham, Inskip, Francis, & Harman, 2006). Or, le contexte social et les événements stressants sont des facteurs encourageant le tabagisme chez les femmes défavorisées (McDermott, Dobson, & Owen, 2006). Autour de 21 ans, elles sont préoccupées par les aspects négatifs du tabagisme et vers la moitié de la vingtaine, elles se soucient de la dépendance à la cigarette. Au moment où elles s'établissent avec un partenaire ou deviennent mère, elles cherchent à cesser de fumer et sont préoccupées par rapport à la protection de l'enfant et le fait d'être un modèle positif pour ce dernier. Même si ces épisodes constituent des occasions de cessation tabagique, le fait de vivre avec un conjoint a été rapporté comme étant une source de tension additionnelle. Les trajectoires sociales des femmes qui vivent dans des conditions de défavorisation influencent leur recours au tabagisme et par conséquent,

il importe de contextualiser le comportement tabagique dans l'environnement social dans lequel évolue les personnes qui fument.

2.2.3. Le tabagisme dans les quartiers

Au-delà d'un simple espace géographique, les quartiers de résidence sont des lieux où se forment les dynamiques sociales (Frohlich, 2008; Poland et al., 2006). L'analyse des inégalités sociales liées au tabagisme permet de souligner le contexte social à l'intérieur duquel les individus interagissent entre eux et avec leur environnement, ce qui se produit entre autre dans leur quartier de résidence. Plutôt que d'être perçu comme un comportement de santé individuel, fumer est une activité sociale qui prend forme dans le cadre des activités quotidiennes des gens à l'intérieur de leur quartier. Ces lieux sont les endroits où les résidents construisent des significations subjectives qui contribuent à leur bien-être (Cattell, Dines, Gesler, & Curtis, 2008). Il semblerait que les perceptions que les gens ont de leur quartier de résidence soit associée à leur risque de fumer ou non, en particulier si leur perception de ce quartier est négative et si elles sont des femmes (Ellaway & Macintyre, 2009b).

À travers l'analyse des infrastructures matérielles et des pratiques collectives sociales, nous pouvons mieux saisir cette interaction entre les personnes et les lieux où elles passent du temps. Cela exige de tenir compte dans le choix de la méthodologie de recherche des processus explicatifs des tendances tabagiques des fumeurs (Poland et al., 2006; Sunderland et al., 2012). Parry et al. (2007) ont trouvé dans les résultats de leurs groupes de discussion auprès d'adultes en Angleterre qu'il existait trois niveaux de processus reliant le quartier à la santé : les structures physiques (ex. : qualité des logements), les structures sociales (ex. : les normes dans la communauté) et l'offre de services. Les discussions, réalisées à deux reprises avec les mêmes groupes, ont permis de saisir la complexité et le caractère interdépendant de ces trois niveaux de processus, par exemple à travers l'importance de l'accès à une éducation de qualité et le regard que les autres portent sur ceux qui vivent dans leur quartier. Cependant, les recherches qui permettent de capter la complexité de la relation entre les contextes de vie des gens et la santé demeurent rares.

Vivre dans un quartier défavorisé est une expérience stressante. D'une part les résidents doivent composer avec le manque d'opportunités, notamment pour se trouver un emploi ou pratiquer des loisirs, d'autre part, ils se retrouvent ségrégués dans un environnement souvent malsain et non sécuritaire (Stead, MacAskill, MacKintosh, Reece, & Eadie, 2001). Fumer devient alors un moyen de s'adapter à cet environnement peu gratifiant, la cigarette devient le moindre mal, la pause des irritants quotidiens. Le même constat en rapport à la pause du stress relié au travail a également été rapporté dans une étude qualitative auprès des travailleurs manuels (Katainen, 2012). De plus, les résidents de ces quartiers défavorisés n'ont pas nécessairement de moyens ou de raisons pour se mobiliser à l'extérieur du quartier, ce qui les confine à des expositions accrues à ces environnements délétères et les isole des normes sociales anti-tabac (Stead et al., 2001; Voigt, 2013). Hefler et Chapman (2014) ont réalisé une revue systématique et une synthèse des recherches qualitatives déjà existantes au sujet du tabagisme parmi les adolescents et jeunes adultes défavorisés sur le plan socio-économique et marginalisés. Ils rapportent la présence de réseaux informels de provision de produits du tabac dans les milieux où les jeunes défavorisés vivent, favorisant l'accès à ces produits. L'accès aux produits de tabac à travers les connaissances de ces jeunes ou le marché noir est le reflet de la rareté des options disponibles dans ces contextes de défavorisation (Wiltshire, Bancroft, Amos, & Parry, 2001). Enfin, les quartiers défavorisés offrent peu d'opportunités de changement positif dans la vie de leurs résidents, alors que ceci a été identifié comme une raison de cessation tabagique (McDermott et al., 2006).

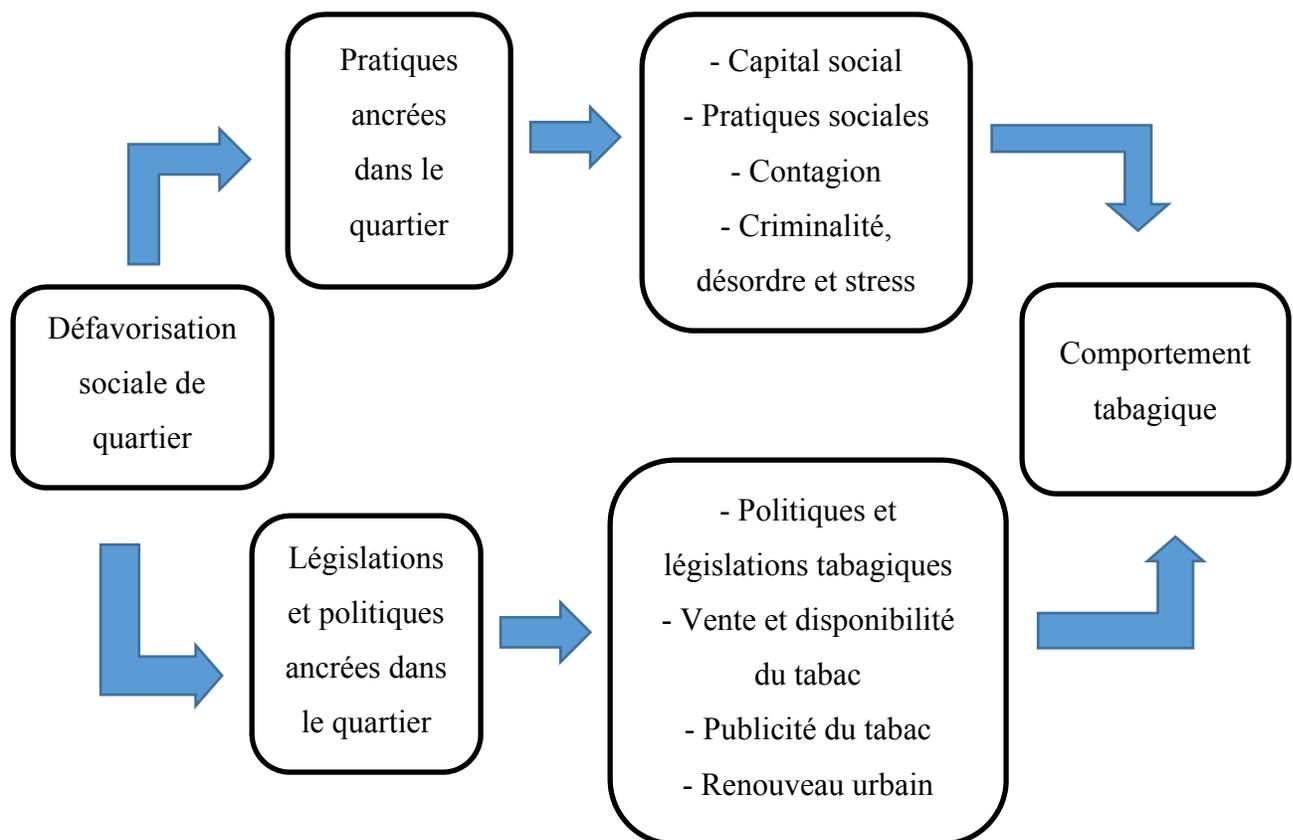
S'attarder à la compréhension des contextes de vie sociale des individus nous permet de mieux comprendre les liens entre le quartier et la santé mais également de mettre en lumière des mécanismes qu'il n'aurait pas nécessairement été possible de trouver autrement. Nous savons que le tabagisme est lié à la défavorisation des individus et des environnements et nous savons également qu'il est lié à la dimension sociale chez les jeunes, mais peu d'études décrivent en quoi consiste l'expérience du tabagisme vécue dans le contexte du lieu de résidence des jeunes adultes. Il existe un manque de théorisation et de compréhension des mécanismes qui lient l'effet des quartiers sur le tabagisme (Diez Roux, 2001), notamment au sujet de l'environnement social et de la signification que ces lieux ont pour les gens (Yen & Kaplan, 1999). Pour arriver à mettre en lumière ces mécanismes, il importe de se pencher sur les manières dont les individus

interagissent avec leurs environnements et de comprendre comment le tabagisme se construit socialement dans le quartier.

2.3. Modèle reliant la défavorisation de quartier au comportement tabagique

Afin de mieux comprendre les liens reliant la défavorisation de quartier au comportement tabagique des individus, Pearce et al. (2012) ont créé le modèle suivant :

Figure 1. Mécanismes possibles reliant la défavorisation de quartier et le comportement tabagique³



³ Traduction libre du modèle présenté dans: Pearce, J.; Barnett, R.; Moon, G. Socio-spatial inequalities in health-related behaviours: Pathways linking place and smoking. *Progress in Human Geography* 2012, 36, p.6.

Dans ce modèle, la défavorisation sociale des quartiers agit à travers deux mécanismes : les pratiques ancrées dans le quartier et les politiques et réglementations ancrées dans le quartier. Plusieurs études empiriques ayant cherché à expliquer le tabagisme en lien avec le quartier ont démontré la plausibilité de ce modèle (Haines-Saah et al., 2013; Hystad, Carpiano, Demers, Johnson, & Brauer, 2013; Levin, Dundas, Miller, & McCartney, 2014; Shortt, Tisch, Pearce, Richardson, & Mitchell, 2014). Dans une recherche où l'on a mesuré l'effet d'expositions à long terme de la défavorisation du quartier sur les taux de cancer du poumon (Hystad et al., 2013), les auteurs ont trouvé que le tabagisme fait partie des facteurs médiateurs: les résidents du quintile de défavorisation de quartier le plus élevé fument davantage que ceux résidant dans le quintile de défavorisation de quartier le plus bas. Dans une étude sur les inégalités socio-économiques et spatiales du tabagisme chez les adolescents en Écosse (Levin et al., 2014), les résultats montrent que le tabagisme des adolescents est relié à la défavorisation du quartier. Les auteurs expliquent ceci par les éléments du modèle de Pearce et al. (2012) tels que les pratiques sociales, les réseaux sociaux, le capital social, la vente des produits de tabac et la publicité. Shortt et al. (2014) se sont attardés spécifiquement à la densité des points de vente du tabac en montrant qu'il est plus probable que les adolescents aient déjà fumé ou soient des fumeurs actuels lorsque la densité des points de vente de tabac est plus élevée dans leur environnement résidentiel. Par ailleurs, inspirés par la compréhension du tabagisme comme un mode de vie collectif, basé entre autres sur les pratiques sociales et le capital social, Haines-Saah et al. (2013) examinent comment la culture du mode de vie sain influence le tabagisme et la cessation tabagique auprès des jeunes adultes vivant à Vancouver. À l'aide d'entrevues individuelles et de photos prises par les participants, les auteurs font ressortir comment la promotion des saines habitudes de vie renforce la cessation tabagique mais qu'elle peut également favoriser l'exclusion sociale. Or, bien que le sujet soit abordé dans l'article, la stigmatisation vécue par les fumeurs ne fait pas partie du modèle initial de Pearce et al (2012).

2.4. La stigmatisation du tabagisme

2.4.1. La dénormalisation et la stigmatisation

Le modèle de Pearce et al. (2012) présente les législations anti-tabac en tant que facteur explicatif du lien entre le quartier et le comportement tabagique des individus. Les stratégies ayant pour but de limiter les espaces où il est permis de fumer, les réglementations concernant la publicité et la vente de produits du tabac et les campagnes médiatiques à portée informative au sujet des dangers de l'exposition à la fumée secondaire sont toutes des interventions populationnelles visant à faire du tabagisme un comportement moins acceptable socialement, donc à le dénormaliser (Bell, Salmon, et al., 2010). Les restrictions concernant les lieux où il est permis de fumer sont considérées à la fois comme une résultante de la dénormalisation du tabac (les gens sont moins tolérants face au tabagisme donc on l'interdit) et comme une productrice de norme sociale (parce que l'on interdit de fumer dans un lieu public, on tolère moins les fumeurs) (Collins & Procter, 2011). Dans leur article théorique, Collins et al. (2011) expliquent que le but de telles législations est de réduire l'exposition à la fumée secondaire et de changer l'acceptabilité sociale du tabagisme en influençant les normes sociales à l'échelle des individus et en maintenant l'ordre social à l'échelle macro. Bien que des législations soient à portée universelle, c'est-à-dire que les règles officielles sont prévues pour s'appliquer partout de la même manière, elles sont pourtant vécues de manière différente selon les pratiques sociales du tabagisme qui existent dans les différents quartiers.

2.4.2. Les bénéfices de la dénormalisation

La dénormalisation peut être bénéfique parce qu'elle peut entraîner des bénéfices au niveau populationnel. Les perceptions qu'ont les gens de ce qui est considéré comme la norme influencent la consommation du tabac (Arbour-Nicitopoulos, Kwan, Lowe, Taman, & Faulkner, 2010): plus le fait de fumer est considéré comme anormal, moins les gens fument. Le changement de norme sociale peut agir favorablement en réduisant la prévalence de tabagisme dans la population puisqu'au niveau du quartier, les normes sociales à propos du tabagisme sont reliées au taux de cessation tabagique (Karasek, Ahern, & Galea, 2012). Par exemple, il est rapporté dans les études que les espaces anti-tabac forcent les fumeurs à confronter leur

dépendance, réduisent les occasions d'être tentés de fumer et encouragent ceux qui cessent de fumer (Betzner et al., 2012; San, Gebhardt, Willemsen, Nagelhout, & Dijkstra, 2013). De plus, les fumeurs vont vouloir éviter l'exclusion et donc éviteront de fumer. Il est rapporté que les fumeurs contrôlent leur comportement tabagique en fonction des espaces où ils se trouvent, de manière à préserver l'identité qu'ils désirent présenter aux autres, en particulier chez les jeunes adultes qui vivent une période de transition (Rooke, Amos, Highet, & Hargreaves, 2013). Selon Erving Goffman (1963), père de la théorie sur la stigmatisation sociale, il s'agit là de la stratégie dite « individuelle » adoptée par les individus faisant face à la stigmatisation. En effet, les personnes qui sont victimes de stigmatisation peuvent chercher à se conformer à l'environnement dans lequel elles se trouvent, de manière à éviter la stigmatisation.

2.4.3. La dénormalisation entraîne la stigmatisation

La dénormalisation du tabagisme contribue à rendre inacceptable le comportement de fumer. Les normes sociales anti-tabac participent à la stigmatisation vécue par les fumeurs (Stuber, Galea, & Link, 2008) et il est possible que celle-ci entraîne des conséquences négatives si elle encourage les gens à fumer en cachette ou à s'exclure des réseaux sociaux non-fumeurs (Stuber, Galea, & Link, 2009). Cela correspond à ce que Goffman (1963) appelle la stratégie collective adoptée par les individus faisant face à la stigmatisation, qui consiste à se rapprocher des membres du groupe stigmatisé. Plusieurs chercheurs mentionnent la contribution des politiques sociales à la formation de la stigmatisation des fumeurs (Bell, McCullough, et al., 2010; Collins & Procter, 2011; Farrimond & Joffe, 2006; Frohlich et al., 2012; Graham, 2012; Hargreaves et al., 2010; San et al., 2013; Stuber et al., 2008, 2009; Thompson, Pearce, & Barnett, 2007).

Farrimond et Joffe (2006) ont identifié les attributs négatifs que les non-fumeurs associent aux fumeurs : le fait que les fumeurs mettent en danger les autres en les exposant à la fumée nocive des cigarettes et l'association des fumeurs avec d'autres groupes marginaux, dont celui des mères célibataires. Ceci concorde avec la définition de Goffman (1963) à propos de la stigmatisation comme étant un attribut que la société accorde à un individu et qui le rend différent des autres. D'ailleurs, plusieurs font référence à la théorie d'Erving Goffman (1963) lorsqu'ils étudient la stigmatisation des fumeurs (Bell, McCullough, et al., 2010; Collins &

Procter, 2011; Farrimond & Joffe, 2006; Graham, 2012; Link & Phelan, 2001). Selon la théorie sur la stigmatisation sociale de Goffman, la divergence entre comment l'individu se perçoit lui-même et comment les autres le perçoivent aurait pour effet de créer un « spoiled identity », entraînant la mise à l'écart de l'individu du reste de la société et de lui-même (Goffman, 1963). Une fois cette stigmatisation réalisée, l'individu fait maintenant face à un monde qui lui est hostile. Les campagnes anti-tabac participent à la stigmatisation en propageant une identité négative des fumeurs; un corps malade, qui dégage une mauvaise odeur (Constance & Peretti-watel, 2011; Farrimond & Joffe, 2006). La portée de ces campagnes médiatiques renforce la création des stéréotypes à l'endroit des fumeurs, ce qui fait partie du processus de stigmatisation engendré par les normes sociales tel que décrit par Link et Phelan (2001). Dans l'étude de Stuber et al. (2009), 44% des fumeurs ont rapporté dans un questionnaire s'être sentis dévalués en raison de leur statut de fumeur.

Les praticiens en prévention du tabac contribuent également à la stigmatisation des fumeurs à travers un discours dénigrant au sujet des adolescents fumeurs (Frohlich et al, 2012). Contrairement à leur contrepartie qui ne fument pas, ces derniers sont perçus comme des jeunes ayant peu de capacité d'autocontrôle, des individus ayant peu de capacité à prendre les bonnes décisions, leur comportement étant prédéterminé par leur appartenance à une classe sociale défavorisée.

Link et Phelan décrivent la dernière phase du processus de stigmatisation comme un transfert des attitudes vers des comportements qui mèneront à un rabaissement des personnes stigmatisées dans la hiérarchie sociétale et à leur exclusion (perte de statut et discrimination). Suite à l'imposition de nouvelles législations anti-tabac, les fumeurs ont rapporté des sentiments d'exclusion sociale (Bell, McCullough, et al., 2010; San et al., 2013). De plus, 17% ont rapporté avoir été traités différemment en raison de leur statut tabagique (Stuber et al., 2009), un indice que l'attribut négatif peut se transformer en actions posées à l'endroit des personnes qui fument.

Link et Phelan discutent de la nécessaire condition du pouvoir pour que se réalisent les différentes étapes qui façonnent la construction de la stigmatisation et que celle-ci produise des résultats (Link & Phelan, 2001). Par exemple, lorsqu'ils discutent de la discrimination, ils distinguent la discrimination portée à l'endroit d'un individu en particulier de la discrimination

structurelle, laquelle participe à la construction d'un « environnement handicapant » qui pose des obstacles à la participation sociale. Cet élément supplémentaire est utile à la compréhension de la stigmatisation des fumeurs puisque la réglementation anti-tabac dans les espaces publics peut être examinée du point de vue d'une discrimination structurée prenant forme dans les normes sociales et qui s'adressent non pas à un fumeur en particulier mais à l'ensemble des fumeurs. Le modèle de Link et Phelan permet d'apprécier les conditions favorisant la stigmatisation. Les législations interdisant de fumer dans les lieux publics utilisées à la fois par les gouvernements et le secteur privé se sont multipliées dans les dernières années (Collins & Procter, 2011). Leur portée est désormais élargie et englobe maintenant des espaces privés tels que les clubs, les bars, les lieux de travail, les institutions gouvernementales et les transports publics (Pearce et al., 2012). Leur omniprésence crée un espace géographique réduit pour les fumeurs, espace désormais revendiqué par les non-fumeurs (Bell, McCullough, et al., 2010; Collins & Procter, 2011). Pourtant, les espaces où les gens fument ne sont pas uniquement des endroits où un « comportement à risque » s'exerce. C'est aussi un espace que les fumeurs créent en fonction de leur définition de bien-être, lié entre autre à la dimension sociale de leur vie (Tan, 2013) et dont ils se voient privés par les lois anti-tabac. Les fumeurs craignent également que leur statut tabagique les rende victimes de discrimination structurelle, notamment pour avoir accès à un emploi (Stuber et al., 2008).

2.4.4. À qui profite la stigmatisation?

Certains croient que la stigmatisation des fumeurs à travers la réduction de l'acceptabilité sociale du tabagisme vaut la peine puisque l'on constate une corrélation avec la diminution de la prévalence du tabagisme (Alamar & Glantz, 2006; Freedman et al., 2012a). En effet, la désapprobation par rapport au tabagisme dans la communauté ainsi que la discrimination contre les fumeurs sont des facteurs qui contribuent à la cessation tabagique (Stuber et al., 2008).

Or, lorsque l'on examine la situation de plus près, on remarque que les stratégies de dénormalisation semblent rejoindre davantage les personnes plus favorisées. Stuber et al. (2008) ont été les premiers à développer un outil de mesure de la stigmatisation des fumeurs dans un questionnaire. Leur étude transversale qui visait à explorer les déterminants de la stigmatisation des fumeurs a permis de trouver que les participants ayant un niveau d'éducation plus élevé

rapportaient davantage de stigmatisation liée au tabagisme. Ils expliquent ce résultat par le fait que les individus plus éduqués sont davantage exposés à des environnements où la norme sociale est défavorable au tabagisme. Dans l'étude de Paul et al. (2010), fumer représente un comportement inacceptable socialement chez ceux vivant dans des secteurs favorisés, surtout lorsqu'ils ont dépassé l'âge de l'adolescence.

Ce qui importe n'est pas seulement qui ressent le plus de stigmatisation mais également comment cette expérience est vécue. Les fumeurs ayant un statut socio-économique plus élevé ont tendance à se distancer de l'image négative du tabagisme et arrivaient à se créer une identité de fumeur positive. Ainsi, ils sont en mesure de mobiliser leur jugement critique pour présenter des arguments pro-tabagisme (Farrimond & Joffe, 2006; Frohlich et al., 2012). Lorsque ceux-ci sont confrontés à leur comportement tabagique, certains fumeurs affirment qu'ils sont en contrôle de leur tabagisme, qu'ils ont fait un choix informé (Heikkinen, Patja, & Jallinoja, 2010; Scheffels & Schou, 2007) et justifient leur habitude par le fait qu'ils compensent par d'autres comportements favorables à la santé (Scheffels & Schou, 2007).

Cependant, puisque le tabagisme est plus prévalent auprès de la classe sociale défavorisée, c'est vers ce groupe que devraient se concentrer les efforts anti-tabac. Or, la littérature présente de nombreux résultats mitigés quant à l'impact populationnel des stratégies de lutte au tabagisme, particulièrement en ce qui a trait à la réduction des inégalités sociales (Brown, Platt, & Amos, 2014; Carson et al., 2011; Lasnier et al., 2012; Lorenc, Petticrew, Welch, & Tugwell, 2013). Non seulement les bénéfices de la dénormalisation auprès des fumeurs défavorisés sont mitigés, mais leur expérience de la stigmatisation diffère également. Certains chercheurs notent que les fumeurs ayant un niveau socio-économique plus bas internalisent les messages négatifs reliés à la stigmatisation, sans toutefois changer leurs habitudes tabagiques (Farrimond & Joffe, 2006; Frohlich et al., 2012). Chez des fumeurs quotidiens ayant un niveau d'éducation plus bas, plusieurs se sentaient comme des victimes de la nouvelle législation et du changement de norme sociale, engendrant l'exclusion sociale (San et al., 2013).

Ensuite, les actions de dénormalisation du tabagisme ciblées par la santé publique sont beaucoup plus nombreuses à cibler l'ensemble des fumeurs que l'industrie du tabac (Bayer &

Stuber, 2006). La concentration des actions auprès des consommateurs de tabac contribue à l'idée que ceux-ci sont responsables de leur sort et déresponsabilise les compagnies qui vendent les produits du tabac. Les conséquences néfastes de la stigmatisation du tabagisme pèsent sur les personnes plus vulnérables de la société, alors qu'elles subissent déjà le poids de la stigmatisation liée à leurs conditions de défavorisation (Bayer & Stuber, 2006). La stigmatisation force l'individu stigmatisé à s'auto-réguler à travers des sentiments de honte et de culpabilité, à s'exclure afin de préserver son identité sociale (Burris, 2008). Or, si la santé publique joue son rôle de prévention du tabagisme, elle a également la responsabilité de réduire la stigmatisation de certaines populations (Bayer, 2008). Certains chercheurs croient que la santé publique ne devrait pas utiliser des stratégies de dénormalisation, simplement parce que les résultats produits favorisent les plus nantis au détriment des plus vulnérables, ceux-ci ne profitant pas autant de ces stratégies et en subissent les effets iatrogènes (Bell, Salmon, et al., 2010; Voigt, 2010).

De plus, pour les fumeurs vivant en contexte de défavorisation, la stigmatisation reliée à leur statut de fumeur s'ajoute à la stigmatisation possiblement vécue en raison de leur appartenance à une classe sociale moins bien perçue (Bayer, 2008; Bell, McCullough, et al., 2010; Farrimond & Joffe, 2006; Frohlich et al., 2012; Graham, 2012). Graham (2012) démontre dans son étude une compréhension de la stigmatisation liée au tabagisme à travers la notion de classe sociale. Parmi les groupes défavorisés, il se pourrait que les stratégies de dénormalisation du tabagisme parviennent à réduire le tabagisme non pas en stigmatisant le comportement des fumeurs mais plutôt parce que le tabagisme est associé à la pauvreté, laquelle est stigmatisée. Elle conclut que les données sont insuffisantes dans le débat sur la stigmatisation et le tabagisme, surtout concernant les dynamiques de classe sociale et les conditions de vie qui contribuent à produire les résultats attendus ou non.

Les études rapportent surtout une comparaison entre favorisés et défavorisés basée sur des mesures individuelles de défavorisation telles que la classe sociale, l'éducation ou le niveau socio-économique des individus (Farrimond & Joffe, 2006; Graham, 2012; Stuber et al., 2008). Les études comparant l'expérience de la stigmatisation en fonction de la défavorisation des quartiers de résidence sont plus rares. Pourtant, cela est pertinent puisqu'elles permettent de

faire ressortir l'influence du contexte et des conditions de vie des gens, aspect qui a été démontré utile à la compréhension du tabagisme (Frohlich, Potvin, Chabot, et al., 2002; Frohlich, Potvin, Gauvin, et al., 2002; Hargreaves et al., 2010; Poland et al., 2006) et qui est nécessaire afin d'apprécier les inégalités sociales du tabagisme.

2.4.5. Les fumeurs coincés dans le piège de la pauvreté

Les fumeurs se retrouvent ségrégués dans des ilots de fumeurs (« smoking islands »), lesquels sont des quartiers défavorisés (Thompson et al., 2007). Il existe dans les quartiers défavorisés une norme sociale plus favorable au tabagisme, où il est reconnu que la cigarette est utile pour gérer les aléas de la vie quotidienne (Collins & Procter, 2011; Paul et al., 2010). La cigarette représente également une pause des exigences de la vie quotidienne (Rooke et al., 2013). Cette ségrégation des fumeurs est nuisible à plusieurs égards. L'exclusion sociale amène les fumeurs à se rapprocher des autres fumeurs de leur entourage, créant des sous-ensembles de la population où la norme sociale est en faveur du tabagisme (Hargreaves et al., 2010). Dans l'étude de Stead et al. (2001), il est mentionné que les perceptions qu'ont les fumeurs du tabagisme se trouvent doublement éloignées de celles des résidents d'autres quartiers plus fortunés, qui eux vivent dans des quartiers où la norme sociale renforce la cessation tabagique. Farrimond et Joffe (2006) rapportent que les personnes défavorisées vivent davantage de désapprobation sociale en provenance de gens extérieurs à leur milieu de vie, lequel présente une norme sociale plutôt favorable au tabagisme. Ceci vient augmenter leur sentiment de stigmatisation et de victimisation puisque la concentration des fumeurs contribue non seulement à la stigmatisation des fumeurs par les non-fumeurs, mais également à l'auto-stigmatisation des fumeurs (Ritchie, Amos, & Martin, 2010). La ségrégation des fumeurs vient également renforcer leur appartenance au quartier défavorisé puisqu'ils se sentent de plus en plus différents du reste de la société et qu'ils sont confinés dans leur quartier en raison de peu de moyens de se déplacer. Ces fumeurs se retrouvent exposés à une norme sociale pro-tabagisme, laquelle renforce leur désir de rester dans ces quartiers, les éloignant de la possibilité d'être exposés à des influences de quartiers plus favorables à la santé.

Enfin, les fumeurs défavorisés vivent de manière captive dans des milieux qui leur offrent peu d'opportunités d'être exposés à des normes sociales anti-tabac. Il y a donc lieu de se

questionner quant à la participation de la stigmatisation à la production des inégalités liées au tabagisme (Stuber et al., 2008). La stigmatisation des fumeurs pose des problèmes éthiques lorsque l'on constate que certains groupes subissent des préjudices dû à la stigmatisation alors que les bénéfices sont pour les autres (Bell, Salmon, et al., 2010). Collins et al. (2011) s'inquiètent eux aussi de l'aspect éthique de telles politiques puisque les législations anti-tabac retirent un pouvoir aux fumeurs, celui d'accéder à certains espaces, et modifie leur statut social.

2.6. Résumé, question de recherche et objectifs

Tel qu'expliqué plus tôt, les habitudes tabagiques sont enchâssées dans des contextes sociaux, lesquels sont composés entre autre par les réseaux sociaux des personnes qui fument (Hargreaves et al., 2010). Le fait que des personnes cessent de fumer pourrait être le produit d'un effet domino du changement de norme sociale au profit d'une norme anti-tabac dans les réseaux sociaux de ces personnes, alors que parmi d'autres groupes, les normes pro-tabac demeurent inchangées. Il est possible que la stigmatisation des fumeurs fasse partie des mécanismes explicatifs des différences de tabagisme entre les quartiers.

Enfin, nous savons que les personnes présentant des caractéristiques individuelles de défavorisation sont davantage susceptibles de fumer. Nous connaissons également que les contextes et les quartiers influencent le tabagisme des individus, malgré le manque de données à propos des manières dont ces influences se produisent. L'état des connaissances rapporte que les stratégies de dénormalisation du tabac entraînent la stigmatisation des fumeurs et que celle-ci est vécue différemment en fonction des caractéristiques socio-économiques des individus. Cependant, nous ne comprenons pas bien comment la stigmatisation des fumeurs entre en jeu avec le niveau de défavorisation du quartier pour produire le comportement tabagique, en particulier chez les jeunes (Hefler & Chapman, 2014). La présente étude cherche à **comprendre les manières dont les jeunes femmes font l'expérience de la stigmatisation liée au tabagisme en lien avec la défavorisation de leur quartier de résidence.**

Plusieurs raisons motivent cette recherche. D'abord, les chercheurs et praticiens sont inquiets quant à la participation des politiques anti-tabac à la stigmatisation des fumeurs,

lesquels sont défavorisés de surcroît. Malgré cette inquiétude, peu de recherches empiriques existent sur le sujet (Voigt, 2013). Par ailleurs, il est reconnu que la stigmatisation et la discrimination sont des agents de production des inégalités sociales (Frohlich, 2008). Enfin, nous avons besoin de mieux comprendre les contextes qui influencent le tabagisme. **Cette étude contribuera à mieux comprendre le contexte social du tabagisme et informera le développement de politiques anti-tabac équitables.**

Chapitre 3 : Méthodologie

Le chapitre 3 présente la méthodologie utilisée dans cette recherche. Il s'agit d'un devis de recherche qualitatif comparatif comprenant une seule source de données soit 15 entrevues individuelles semi-dirigées. Ce chapitre présente la méthode d'échantillonnage à partir des participantes de la cohorte ISIS, le processus de collecte de données et la méthode d'analyse des données.

3.1. Devis de recherche et contexte

3.1.1. Devis de recherche

Le chapitre précédent a démontré l'importance de s'attarder aux lieux pour comprendre les comportements liés à la santé. Les quartiers de résidence représentent un des contextes où se produit le tabagisme chez les jeunes adultes. Une approche qualitative permet de comprendre les expériences de stigmatisation vécues par les personnes qui fument et comment celles-ci diffèrent selon la défavorisation de leur quartier de résidence. En effet, les méthodes qualitatives mettent en lumière la complexité des phénomènes et font ressortir les interprétations subjectives des participants (Marshall & Rossman, 2011), nécessaires à la compréhension de l'influence des contextes sur les comportements des gens. Ce type de données permet de rendre compte des relations complexes qui existent au sujet des interactions qu'ont les individus avec leurs contextes de vie, ici représentés par la défavorisation de leur quartier de résidence.

Bien qu'il existe des modèles théoriques au sujet des effets de quartier sur la santé, la considération de l'influence de la stigmatisation des fumeurs ne s'y retrouve pas explicitement. C'est pourquoi un devis exploratoire cherchant à comparer deux cas extrêmes est pertinent. Cette recherche présente donc un devis qualitatif exploratoire dirigé par des entrevues individuelles semi-structurées.

3.1.2. Contexte de l'étude

Cette recherche s'inscrit à l'intérieur d'une étude de cohorte déjà existante et financée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC, 2011 à 2015, no d'octroi 231010)

intitulée Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking (ISIS). La recherche ISIS est décrite ici afin de mieux comprendre le contexte de la recherche de ce mémoire.

Cette étude longitudinale a été mise sur pied par Dr. Katherine Frohlich de l'Université de Montréal. L'étude ISIS vise à analyser les relations existantes entre les caractéristiques des individus résidant dans les quartiers (par exemple, leur statut d'emploi) et les caractéristiques de ces quartiers (par exemple, le taux de criminalité) dans l'objectif de fournir des explications aux inégalités de santé liées au tabagisme (Frohlich et al., 2015). Les données de quartier ont été collectées à travers une base de données géographique déjà existante et les autres ont été observées sur le terrain en 2012. Les données individuelles ont été recueillies à travers deux questionnaires: l'un administré en 2012 et l'autre en 2014.

3.1.2.1. Échantillonnage ISIS

Les participants pour la recherche de ce mémoire proviennent de la cohorte de l'étude ISIS, où les participants recrutés sont nichés à l'intérieur des quartiers. Pour la recherche ISIS, les jeunes adultes devaient habiter à leur adresse depuis au moins une année, maîtriser le français ou l'anglais, être âgé de 18 à 25 ans et ne pas être hébergé dans une institution. Pour recruter les participants, les chercheurs de l'équipe ISIS ont demandé à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) de sélectionner de manière aléatoire 172 jeunes adultes pour chacun des 35 territoires de Centre local de santé communautaire (CLSC) de l'île de Montréal (N=6020) (Frohlich et al., 2015). L'échantillonnage a été effectué de manière à assurer un nombre égal de participants dans chaque unité administrative de CLSC et un nombre égal de femmes et d'hommes dans chacune de ces 35 unités administratives. Une lettre leur a été envoyée par la poste, les invitant à participer à un questionnaire, lequel pouvait être complété par papier, par internet, par téléphone ou à travers une entrevue en personne. Lors du premier questionnaire en 2011-2012, 2093 jeunes adultes ont répondu. Parmi ceux-ci, 1457 participants de la cohorte originale ont répondu au deuxième questionnaire en 2014.

3.2. Stratégie d'échantillonnage

Ici, la méthode d'échantillonnage s'applique à la fois aux quartiers où résident les participants et les participants eux-mêmes puisque la question de recherche porte sur l'interaction entre les fumeurs et leur quartier. La population cible de l'étude est les jeunes âgés

de 22 à 28 ans résidant à Montréal (voir annexe A), soit le groupe d'âge actuel des participants de la cohorte ISIS. Pour cette recherche, la disponibilité des données sur les caractéristiques des participants ISIS tel que le lieu de résidence ou le statut de fumeur a permis d'établir une méthode d'échantillonnage appropriée parmi la population source.

3.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Selon les données présentées au chapitre deux, les pratiques sociales du tabagisme semblent être vécues différemment selon que les fumeurs sont des hommes ou des femmes, donnée dont il est nécessaire de tenir compte dans les recherches portant sur le tabagisme. La recherche actuelle a été restreinte aux femmes par souci méthodologique, afin de rendre la production du mémoire possible dans le délai prévu. Par conséquent, cette recherche n'avait pas pour objet d'étudier la question du genre dans les expériences de stigmatisation vécues. Pour être éligibles, les participantes devaient donc s'identifier comme femme et avoir complété le deuxième questionnaire de la recherche ISIS à l'hiver 2014. Du côté des quartiers de résidence des participantes, celles-ci devaient habiter dans une aire de diffusion appartenant au quartile de défavorisation le plus élevé ou le moins élevé (méthode d'échantillonnage décrite dans la prochaine section), afin de faire ressortir les extrêmes pour les données de défavorisation du quartier. Une aire de diffusion est une petite zone géographique utilisée au Canada et composée de 400 à 700 personnes (Statistics Canada, 2012). Les participantes devaient habiter dans leur quartier depuis au moins un an. De plus, elles devaient fumer ou avoir fumé dans le passé la cigarette quotidiennement ou occasionnellement. Ces critères d'inclusion étaient choisis dans le but d'assurer une certaine connaissance et expérience de leur quartier et de la stigmatisation liée au tabagisme, lesquelles sont centrales à la question de recherche.

3.2.2. Méthode d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Afin d'échantillonner de manière raisonnée, certains critères de diversification ont été choisis. Pires (1997) explique la notion de diversification comme étant le critère prioritaire dans la méthode d'échantillonnage de la recherche qualitative. La comparaison effectuée dans cette recherche repose sur les situations extrêmes de défavorisation des quartiers, ceci dans l'objectif d'avoir plus de chance de trouver des différences. Dans un souci de cohérence avec l'objectif de cette recherche, la comparaison de cas extrêmes a été privilégiée parce qu'elle vise à faire

ressortir les différences, à contraster. Cette comparaison permet à terme de faire ressortir les éléments de la défavorisation de quartier qui font partie de l'expérience de la stigmatisation des femmes qui fument. Pour ce faire, l'indice de défavorisation matérielle de Pampalon (Pampalon & Raymond, 2000) a été utilisé pour l'échantillonnage. Cet indice a été créé par Pampalon et al. (2003) dans le but d'obtenir des données sur la défavorisation des quartiers où habitent les gens. Celui-ci est basé sur trois mesures, visant à représenter un état de privation de biens et de commodités: la scolarisation, l'emploi et le revenu (Pampalon & Raymond, 2003). Ces mesures prises sur des individus sont ensuite agrégées au niveau de l'aire de diffusion géographique contenant entre 400 et 700 ménages. Cette donnée est basée sur les données du recensement canadien de 2006. La moitié des participantes ont été sélectionnées dans les quartiers cotés dans le 1^{er} quartile de l'indice de défavorisation matériel (Q-1) et l'autre moitié des participantes provenaient des quartiers cotés dans le 4^e quartile de ce même indice (Q-4) (voir annexe B). La méthode d'échantillonnage permettait donc de rejoindre des participantes parmi les extrêmes d'indices de défavorisation des quartiers de résidence.

À l'intérieur des deux groupes (Q1 et Q4), les participantes partagent une réalité similaire à l'effet qu'elles vivent dans des quartiers très favorisés ou très défavorisés et qu'elles sont des femmes. Par ailleurs, il importait d'échantillonner des participantes qui détenaient suffisamment d'expérience en tant que fumeuses pour qu'elles puissent parler des pratiques sociales du tabagisme, des législations anti-tabac présentes dans leur quartier et de la stigmatisation qu'elles-mêmes ou d'autres ont vécue. Afin d'accomplir cela, la variable du statut tabagique a été examinée dans le but d'assurer d'interviewer celles ayant le plus d'expérience tabagique. À prime abord, il était convenu de privilégier la sélection de participantes ayant déclaré fumer quotidiennement au questionnaire de l'hiver 2014 parce que celles-ci vivaient ces expériences de manière régulière et fréquente. Ainsi, les fumeuses ayant déclaré un statut de fumeuse quotidienne ont été contactées du 17 décembre 2014 au 26 février 2015. Parmi ces 36 participantes, 8 ont été interviewées, les autres ont refusé de participer ou il a été impossible de les rejoindre. Cependant, cet échantillon n'a pas permis d'atteindre un nombre suffisant de participantes et c'est pourquoi les participantes ayant déclaré fumer occasionnellement lors du questionnaire de l'hiver 2014 ont ensuite été contactées. Pour ce faire, un portrait du tabagisme de ces fumeuses occasionnelles a d'abord été élaboré, à l'aide des réponses qu'elles avaient fournies au questionnaire de l'hiver 2014. Ceci a permis de constater qu'il existait une grande

variabilité d'habitudes et d'histoire tabagique parmi ces fumeuses occasionnelles. Elles ont ensuite été catégorisées en trois groupes suivant un niveau d'expérience tabagique: celles fumant le plus fréquemment (et depuis plusieurs années) à celles fumant le moins souvent (et depuis moins longtemps) (voir annexe C pour les critères déterminant ces trois niveaux). Les fumeuses occasionnelles de niveau un ont été contactées à partir du 19 février, celles de niveau deux à partir du 26 février 2015 et celles de niveau trois à partir du 3 mars 2015 (voir annexe C pour les niveaux). L'objectif était de réaliser suffisamment d'entrevues pour obtenir à la fin une description riche de la stigmatisation vécue dans chacune des unités de quartiers et l'émergence de tendance à propos des différences observées entre chaque cas contrasté (Pires, 1997), ici entre les participantes Q1 et les participantes Q4. Parmi les 41 participantes potentielles de ce deuxième échantillonnage, 7 ont été interviewées. Cette méthode permet d'assurer une compréhension des inégalités sociales dans l'expérience de la stigmatisation, basée sur la défavorisation des quartiers de résidence.

3.2.3. Recrutement

Le recrutement s'est fait en deux phases, par l'auteure de ce mémoire. En premier, les fumeuses ayant déclaré fumer quotidiennement au questionnaire de l'hiver 2014 ont été recrutées du 17 décembre 2014 au 26 février 2015. Les participantes ont d'abord été contactées par courriel. En l'absence de courriel valide, elles ont été contactées par téléphone. Lorsqu'il n'y avait pas de réponse, l'auteure tentait de les rejoindre par courriel et/ou téléphone à chaque semaine. L'auteure laissait des messages en invitant les participantes à la contacter par les mêmes moyens. Lorsqu'il s'agissait d'une boîte vocale de téléphone résidentielle, l'auteure ne mentionnait pas que l'étude portait sur le tabagisme pour éviter un bris de confidentialité. En effet, il arrivait que les jeunes femmes résident chez leurs parents, lesquels ignoraient le statut tabagique de leur fille. Ces précautions ont été prises pour éviter de placer des participantes potentielles dans l'embarras. Pour les participantes n'ayant ni numéro de téléphone ni courriel valide, une lettre adressée à leur nom leur a été envoyée par la poste, jusqu'à un maximum de deux reprises. Lorsque la participante acceptait de participer, un lieu et un moment pour l'entrevue était planifié à sa convenance. Il arrivait que des participantes indiquent leur intérêt à participer, mais préférèrent être recontactées plus tard. Dans ce cas, l'auteure convenait avec elle la fréquence et le moyen qu'elles privilégiaient pour être contactées.

3.2.4. Description de l'échantillon

L'échantillon à l'étude est composé de quinze femmes âgées de 22 à 28 ans. Huit résidaient dans des aires de diffusion appartenant au quatrième quartile de l'indice de défavorisation matérielle (les plus défavorisées) et sept habitaient des aires de diffusion appartenant au 1^{er} quartile de défavorisation (les plus favorisées). Les quinze participantes vivaient dans quinze quartiers différents de l'île de Montréal. Les participantes présentent un niveau de scolarité assez élevé. Selon les données provenant du questionnaire rempli un an avant l'entrevue, seulement deux des quinze participantes avaient un niveau de scolarité équivalent au secondaire cinq ou moins, alors que les données québécoises montrent que le tiers des québécois âgés de 25 à 65 ans se retrouvent dans cette situation (Institut de la statistique du Québec, 2012). Les fumeuses moins scolarisées sont donc sous-représentées dans l'échantillon à l'étude.

Trois participantes fumaient quotidiennement au moment de l'entrevue, huit fumaient à l'occasion et quatre avaient cessé de fumer dans les derniers mois (voir annexe D). Les participantes fumaient en moyenne depuis onze ans⁴. Bien que les participantes aient été recrutées sur la base d'une méthode d'échantillonnage raisonné, il s'avère que celles-ci n'avaient plus nécessairement le même statut de fumeuse au moment de l'entrevue, soit une année après qu'elles aient complété le deuxième questionnaire de la cohorte ISIS. Le tableau descriptif de la population étudiée à l'annexe D montre que six des quinze participantes à la recherche ont changé de statut tabagique entre le moment où elles ont rempli le questionnaire (à l'hiver 2014) et le moment de l'entrevue (l'hiver 2015). Les participantes qui avaient cessé de fumer dans la dernière année ont été conservées dans la population à l'étude pour plusieurs raisons. D'abord, leur inclusion n'allait pas nuire à l'objet d'étude puisqu'elles fumaient dans un passé récent. Ensuite, leur inclusion reflète la réalité des jeunes femmes qui fument puisqu'il est rapporté dans la littérature que le statut tabagique des jeunes adultes varie fréquemment (Foldes et al., 2010; Ling & Glantz, 2004; Pierce, White, & Messer, 2009). Enfin, les différents statuts tabagiques des participantes permettaient de représenter un spectre élargi des expériences de tabagisme et de stigmatisation parmi les jeunes femmes.

⁴ Mesure basée sur la question : « À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette? »

Quinze quartiers différents étaient représentés dans cette recherche, mesure basée sur des éléments sociologiques déterminés par les communautés locales et la Direction de santé publique de Montréal (Gouvernement du Québec, 2015a, 2015b).

3.3. Collecte des données

3.3.1. L'entrevue individuelle

Afin d'identifier les caractéristiques des quartiers qui sont pertinentes pour l'expérience tabagique, l'emphase est mise sur l'expérience vécue par les jeunes femmes de leur quartier. Or, selon Savoie-Zajc, « ... l'entrevue semi-dirigée permet de rendre explicite l'univers de l'autre » (Gauthier, 2003, p. 342). À travers les témoignages des participantes, une compréhension approfondie du phénomène vécu est recherchée (Marshall & Rossman, 2011). L'entrevue individuelle permet d'accéder au vécu des participantes dans un espace intime qui les rend à l'aise de divulguer des expériences pouvant être de nature sensibles, ici la stigmatisation. Aussi, cette méthode permet de capturer la complexité, les nuances et les contradictions vécues par les participantes (Gauthier, 2003). Étant donné que la recherche sur la stigmatisation des fumeurs est assez récente et que les études s'attardant à définir la stigmatisation du point de vue des fumeuses sont limitées, les entrevues semi-structurées en face à face permettent de mieux explorer le sujet tout en minimisant le rôle de l'intervieweuse au profit de la perception des participantes elles-mêmes (Marshall & Rossman, 2011).

3.3.2. Les entrevues pilotes

Avant de débiter les entrevues avec les participantes de la cohorte ISIS, sept entrevues pilotes ont été effectuées du 17 novembre 2014 au 10 janvier 2015, afin de construire le guide d'entrevue et faciliter la familiarisation avec la logistique des entrevues de recherche. Celles-ci duraient de 26 à 74 minutes. Les participantes pilotes visant à représenter celles habitant dans des quartiers défavorisés ont été recrutées dans des organismes communautaires (Centre d'éducation pour adultes Gabrielle-Roy, Centre d'éducation pour adultes Le Goéland, la Maison d'Haïti et l'Organisation populaire des droits sociaux). Les participantes visant à représenter celles résidant dans les quartiers favorisés ont été recrutées dans les espaces où les étudiants fument à l'extérieur des pavillons de l'Université de Montréal. Les entrevues pilotes ont été

utiles pour ajuster le guide d'entrevue. Par exemple, il a été choisi de débiter l'entrevue en encourageant la participante à décrire son quartier, de manière à bien contextualiser le sujet du tabagisme et de la stigmatisation à l'intérieur de ce qui se passe au niveau du quartier. Aussi, les questions portant sur des expériences de tabagisme dans les réseaux personnels de la participante ont été écartées pour donner davantage de place aux questions se rapportant aux pratiques sociales et aux règles du tabagisme dans leur quartier. En raison des modifications importantes apportées au guide d'entrevue après les entrevues pilotes, ces données n'ont pas été utilisées ni analysées.

3.3.3. Le guide d'entrevue

Cette recherche exploratoire utilise certains éléments du modèle de Pearce et al. (2012) expliqué au chapitre 2 ainsi que le concept de stigmatisation des fumeurs. Les deux éléments du modèle de Pearce et al. qui sont explorés dans cette recherche sont ceux des pratiques sociales du tabagisme et des législations anti-tabac, présentes et interprétées à l'échelle des quartiers. La recherche s'appuie donc sur une conceptualisation sociale du tabagisme: fumer n'est pas qu'un comportement individuel mais également une pratique sociale vécue au sein d'une collectivité (Frohlich, Potvin, Chabot, et al., 2002; Poland et al., 2006). L'étude de l'environnement social permet d'expliquer les tendances tabagiques observées parmi les différents groupes sociaux. Les pratiques sociales du tabagisme se réfèrent à des activités de la vie quotidienne qui permettent de dresser un portrait du tabagisme dans une collectivité (Frohlich, Potvin, Chabot, et al., 2002) : Qui fume? Comment fument-ils? Dans quels endroits fument-ils? Dans quelles circonstances le font-ils? De l'autre côté, les législations anti-tabac sont des politiques universelles adoptées à l'échelle provinciale. Cependant, celles-ci sont vécues différemment dans les quartiers, en fonction des normes sociales qui y prévalent. Les pratiques sociales (ce que les gens font) et les règles formelles façonnent une norme sociale du tabagisme, laquelle diffère selon les quartiers. Enfin, l'autre élément d'importance dans cette recherche est le concept de stigmatisation reliée au tabagisme. La contribution de la stigmatisation du tabagisme à la compréhension du comportement tabagique des gens dans les quartiers est explorée. Ainsi, un portrait des manières dont les fumeuses sont stigmatisées (ou non) est dressé, tout en mettant ces expériences en lien avec les éléments de défavorisation des quartiers.

Le guide d'entrevue utilisé avec les participantes ISIS était donc divisé en trois sections (voir annexe E), suivant les concepts centraux de cette recherche : le quartier, les pratiques sociales et les législations et les expériences de stigmatisation. La description de leur quartier facilite le début de l'entrevue, alors que les questions plus intrusives qui font appel aux expériences personnelles de stigmatisation sont abordées une fois la relation de confiance établie (Gauthier, 2003). Puisque la notion de quartier est au centre de la question de recherche mais pouvait être néanmoins abstraite pour certaines participantes, l'entrevue débutait en amenant les participantes à décrire le quartier où elles habitent : les résidents, les lieux, la réputation du quartier, etc. Ceci fut utile pour obtenir une description des éléments du quartier reliés à la défavorisation. La deuxième partie visait à décrire les pratiques sociales du tabagisme et les législations anti-tabac dans leur quartier : qui sont les fumeurs dans le quartier, les endroits et circonstances où les gens fument ainsi que les règles formelles et informelles par rapport au tabagisme. Finalement, la troisième partie consistait à faire ressortir l'expérience de la participante par rapport à la stigmatisation liée à son statut tabagique, dans son quartier. La durée des entrevues varie de 31 à 104 minutes. Seule une entrevue a été réalisée en anglais, les autres en français. Les entrevues ressemblaient à des conversations où la participante parlait et l'intervieweuse posait des questions générales par moments. L'intervieweuse laissait les participantes guider l'entrevue tout en s'assurant qu'à la fin, toutes les sections du guide avaient été couvertes. Les participantes étaient encouragées à élaborer leurs idées à l'aide de questions ouvertes et par des invitations à l'élaboration, basées sur leurs propos.

3.3.4. Les cartes de quartier

Avant chaque entrevue, une visite du quartier de résidence de la participante a été réalisée afin de se familiariser avec son contexte de vie de quartier. Afin de comprendre ce qui constituait le quartier de la participante selon sa perception, la carte de quartier perçu tracée par la participante elle-même lors du questionnaire ISIS de l'hiver 2014 a été utilisée. Les participantes étaient alors invitées à dessiner sur un outil interactif *GoogleMaps* le polygone représentant leur quartier de résidence, une application novatrice pour visualiser les espaces (Chaix et al., 2012) (voir annexe F pour un exemple de carte de quartier perçu). Lors d'une visite de quartier préalable à l'entrevue, des observations ont été notées telles que les caractéristiques de l'environnement bâti, une description sommaire des passants, ainsi que des impressions. Pour

cinq participantes, aucune carte de quartier perçu n'a été dessinée au questionnaire de l'hiver 2014; une visite de quartier autour de leur lieu de résidence l'a remplacé. Les cartes géographiques (carte de quartier perçu ou carte imprimée de *GoogleMaps*) ont également été utilisées en début d'entrevue, comme un outil pour faciliter la description du quartier par la participante.

3.3.5. Entrevues, verbatims et transcriptions

Toutes les entrevues semi-dirigées ont été réalisées par l'auteure de ce mémoire et ont eu lieu à un endroit choisi par la participante tel qu'un lieu public près de chez elle, à l'université ou à son domicile. Elles ont été enregistrées sur dictaphone puis transcrites par une transcriptrice professionnelle recommandée par des chercheuses de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM). Les deux premières bandes audio ont été écoutées intégralement par l'auteure du mémoire pour vérifier la qualité de la transcription. Pour tous les verbatims, tous les passages marqués « inaudibles » par la transcriptrice ont été révisés et les données manquantes ont été restituées lorsque possible.

3.3.6. Notes de terrain

Les observations qui portaient sur les éléments de communication non-verbale lors des entrevues et les données d'observation des quartiers des participantes étaient notées dans le dossier des participantes, conservé confidentiellement et sous clé. Tout au long du processus de recrutement et des entrevues, un journal de bord a été tenu dans lequel étaient consignées les notes de terrain. Celles-ci portaient sur des impressions et réflexions en lien avec la question de recherche et les stratégies de recrutement et ont été pertinentes pour amorcer l'analyse des données.

3.3.7. Considérations éthiques

L'étude de cohorte ISIS d'où proviennent les participantes de cette recherche a reçu son approbation éthique le 5 novembre 2011 (No de certificat 11-019-CERFM-D). La présente recherche a obtenu son approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal le 22 septembre 2014 (no de certificat : 14-119-CERES-D) (voir Annexe G).

Les participantes rejointes par courriel ont reçu le formulaire d'information et de consentement en pièce jointe (voir annexe H). Lors du contact, les participantes ont toutes bénéficié d'explications sur le but de l'étude, leur rôle, les aspects liés à la confidentialité et leurs questions ont été répondues. Une modeste compensation financière de 30 \$ sous forme de carte-cadeau leur était offerte, échangeable chez l'un des commerçants suivants: i-tunes, Renaud-Bray ou Cineplex Odéon. Pour les entrevues pilotes, les mêmes critères d'éligibilité et le même formulaire de consentement ont été utilisés.

Les entrevues pilotes ainsi que celles réalisées auprès des participantes de la cohorte ISIS ont toutes été enregistrées sur dictaphone avec l'autorisation des participantes puis transférées sur disque dur protégé par mot de passe. Les entrevues pilotes ont été enregistrées mais non transcrites ni analysées en raison de modifications du guide d'entrevue.

Afin d'assurer la confidentialité des renseignements, les bandes audio étaient transférées à la transcription par l'intermédiaire d'un courriel protégé et les informations nominales par rapport aux participantes étaient anonymisées par l'octroi d'un pseudonyme. Un relevé détaillé des dates et moyens utilisés pour contacter les participantes ainsi qu'un bref rapport des interactions avec les participantes potentielles a été maintenu tout au long de la période de recrutement. Ce relevé, de même que les fichiers audio et les verbatims sont conservés sur disque dur, accessible avec un mot de passe. Un dossier a également été ouvert pour chacune des participantes, dans lesquels ont été conservées les informations confidentielles, leur pseudonyme, les détails des conversations, les descriptions de leur quartier de résidence, les notes pertinentes au contexte de l'entrevue, la carte de quartier perçu (ou carte *Google*) et le formulaire de consentement signé. Ces dossiers sont conservés sous clé dans un bureau de l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM).

3.4. Analyse des données

Tous les verbatims ont été codés et analysés dans le logiciel Atlas.ti. Le processus analytique employé est décrit en détail dans un mémo analytique daté dans le logiciel. Afin de tirer des conclusions à propos des éléments de la défavorisation de quartier associés à la stigmatisation liée au tabagisme, les expériences de stigmatisation dans les quartiers défavorisés ont été comparées avec celles vécues dans les quartiers favorisés. Ainsi, chaque verbatim a d'abord été codé avec un attribut de défavorisation du quartier de résidence des

participantes : celles habitant dans les quartiers favorisés ont été identifiées Q-1 et celles vivant dans les quartiers défavorisés, Q-4. Ensuite, les huit entrevues de participantes résidant dans le secteur Q-4 ont été analysées comme un ensemble, puis la même démarche a été appliquée pour les sept participantes Q-1.

3.4.1. Concepts centraux et fiabilité intercode

Tout d'abord, quatre concepts centraux ont été définis, à partir du modèle théorique et de la question de recherche : le quartier, les pratiques sociales du tabagisme ancrées dans le quartier, les législations anti-tabac dans le quartier et les expériences de stigmatisation. Ces quatre concepts se retrouvaient également dans le guide d'entrevue. Cette étape a été réalisée suite à des discussions avec les directrices de recherche. Ensuite, un premier verbatim a été codé à l'aide des quatre codes correspondant à ces concepts par deux personnes soit l'auteure de ce mémoire et une autre membre de l'équipe de recherche ISIS. Cette étape de fiabilité intercode avait pour objectif de comparer les codes afin de mieux les définir. Certains codes, surtout ceux ayant trait aux pratiques sociales du tabagisme et à la stigmatisation ont été discutés puisqu'ils étaient souvent discordants. Cette étape a permis de clarifier les définitions des quatre concepts centraux ainsi que la taille des unités d'analyses afin de faciliter la poursuite du codage. Dès cet instant, il semblait déjà exister une relation claire entre les pratiques sociales du tabagisme, les normes sociales présentes dans le quartier à propos du tabagisme et la stigmatisation vécue par les fumeuses. Ce codage déductif a également permis d'observer la cohérence entre les données et le modèle théorique choisi.

3.4.2. Codage des verbatims des participantes des quartiers Q-4

Suite à cette étape, un codage plus spécifique des verbatims a débuté. Les verbatims des participantes résidant dans les quartiers défavorisés (Q-4) ont été codés en premier, suivant une analyse de contenu conventionnelle basée sur une approche inductive (Elo & Kyngas, 2008; Hsieh & Shannon, 2005). Elo et Kyngas (2008) mentionnent que cette méthode d'analyse a pour objectif de «... attain a condensed and broad description of the phenomenon, and the outcome of the analysis is concepts or categories describing the phenomenon.» (p. 108). Cette méthode d'analyse est appropriée lorsqu'il existe peu de recherche à propos du sujet, comme c'est le cas pour cette recherche de nature exploratoire. Pour ce faire, les citations évoquant le quartier, les

législations anti-tabac et les pratiques sociales ont été codées à l'aide d'une méthode de codage descriptive visant à identifier les éléments du quartier reliés à ces concepts (Saldaña, 2012). Les citations référant à la stigmatisation des fumeurs ont été codées avec une méthode de codage des valeurs (« Value coding ») (Saldaña, 2012). Cette méthode permettait de faire ressortir les valeurs, attitudes et croyances des participantes, lesquelles reflètent les constructions subjectives quant à leurs expériences de stigmatisation. À ce moment, les citations représentaient des unités d'analyse courtes, soient des phrases. Ces méthodes de codage ont été utilisées dans ce que Saldaña (2012) définit comme une méthode de codage éclectique, permettant de réunir différents codes et en effectuant un deuxième cycle de codage juxtaposé au premier cycle. Ainsi, une première entrevue a été codée, puis une deuxième. Après la deuxième entrevue, les codes ont été définis et organisés selon une hiérarchie découlant des quatre concepts centraux (processus déductif). Puis une troisième entrevue a été codée et l'ensemble des codes ont été définis et hiérarchisés de nouveau, ainsi de suite jusqu'à ce que les huit entrevues soient codées. Les outils de construction de réseaux dans Atlas.ti ont été utilisés afin d'effectuer un processus de visualisation et réduction du nombre de codes (Miles & Huberman, 1994). Pour ce faire, les citations reliées aux codes étaient comparées entre elles pour assurer une définition commune à l'intérieur d'un même code et une différenciation lorsque comparées avec les citations des autres codes. Tout au long de ce processus, les codes ont été définis, classés, hiérarchisés et connectés à d'autres codes (Dey, 1993), ceci afin de mener à l'abstraction des données. Les mémos, reliés à certains codes ont été utiles pour favoriser la réflexion, réduire le nombre de codes et dégager une compréhension plus large de ce qui était évoqué. Selon Saldaña (2012), cette méthode d'analyse s'accorde bien avec les études de type exploratoire puisque l'orientation à suivre pour les étapes suivantes d'analyse apparaît plus clairement une fois qu'une première impression s'est dégagée d'un codage initial. Cette méthode est également utile pour appréhender plusieurs concepts différents, ce qui est le cas dans cette recherche.

À la fin de cette étape de codage, l'auteure a rencontré ses directrices pour échanger à propos des codes et hiérarchies ressorties. Suite à cette discussion, les huit verbatims ont été relus et les citations ont été examinées dans leur contexte. Pour ce faire, les notes d'observation des quartiers et du journal de bord de l'auteure ont été considérées. Ce processus a donné lieu à un recodage, plus holistique, des huit verbatims, puis l'apparition de thèmes. Les unités d'analyses étaient alors plus larges, par exemple un ou des paragraphes. À la fin, l'adoption

d'une méthode de codage inductive a fait ressortir des codes n'appartenant pas aux quatre concepts centraux, donc différents de celui du modèle théorique, et qui étaient pertinents pour répondre à la question de recherche.

3.4.3. Codage des verbatims des participantes des quartiers Q-1

Le processus de codage des verbatims des participantes vivant dans les quartiers favorisés s'est effectué de manière similaire. Tout d'abord, ces verbatims ont été codé dans un fichier séparé à l'intérieur du logiciel Atlas.ti, ceci dans le but de mieux comparer et contraster les codes et thèmes ressortis. Bien que plusieurs codes se sont révélés être les mêmes chez ces participantes, de nouveaux codes émergeaient et ce, dès le codage du premier verbatim. Aussi, certains codes ressortis parmi les verbatims des participantes des quartiers défavorisés étaient absents des données des participantes des quartiers favorisés. Ces constats ont servis de base pour procéder à l'analyse comparative.

3.4.4. Analyse comparative

Après avoir terminé l'analyse dans chacun des deux groupes de défavorisation de quartier, le sens des expériences de stigmatisation reliée au tabagisme a commencé à se construire en lien avec l'expérience de la défavorisation du quartier dans chacun des groupes (Q-4 et Q-1). Une analyse comparative de ces résultats a ensuite été réalisée. Les codes et thèmes propres à l'ensemble des entrevues dans les quartiers Q-4 ont ensuite été comparés aux codes et thèmes trouvés dans l'ensemble d'analyse des quartiers Q-1 dans le but de dégager les différences et les nuances propres à la défavorisation des quartiers. La présence ou l'absence de certains codes, leur ancrage dans les données ainsi que leur place dans la hiérarchie de codes ont été considérés comme point de comparaison. Afin de faciliter l'abstraction des données, l'auteure a relu ses notes de terrain et ses observations de quartier et a écouté les bandes audio de certaines participantes Q-1 et Q-4 pour saisir les dimensions du contexte qui auraient pu lui avoir échappé. Des résultats préliminaires sous forme de thèmes et citations à l'appui ont été présentés à ses directrices afin de nourrir la réflexion, questionner les idées préconçues et vérifier certaines interprétations.

Chapitre 4 : Résultats

Les résultats de ce mémoire sont présentés ici sous la forme d'un article, lequel est présentement en préparation pour un numéro spécial « Tobacco Control » de la revue *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

À soumettre à : International Journal of Environmental Research and Public Health

« Ne fume pas en public; t’as l’air malpropre»: explorer l’intersection de la défavorisation de quartier et les expériences de stigmatisation reliées au tabagisme parmi les jeunes femmes de Montréal

Par

Geneviève McCready, BScN.

Katherine L. Frohlich, Ph.D. ^{5,6}

Nicole M. Glenn, Ph.D. ^{4,5}

Mots clés : quartier, tabagisme, inégalités sociales, stigmatisation des fumeurs

⁵ Université de Montréal, Département de Médecine Sociale et Préventive

⁶ Institut de recherche en santé publique de l’Université de Montréal

Résumé:

Depuis plusieurs décennies, la prévalence du tabagisme a diminué considérablement. Les législations anti-tabac ont contribué à dénormaliser le fait de fumer, entraînant la stigmatisation des fumeurs. Cependant, ce qui demeure mal compris est la relation entre la défavorisation de quartier et ces expériences de stigmatisation. Nous avons utilisé un devis qualitatif comparatif avec des entrevues semi-structurées. Quinze jeunes femmes étant des fumeuses quotidiennes, occasionnelles ou ex-fumeuses ont été recrutées à partir d'une cohorte existante. La moitié vivait dans des quartiers catégorisés à haut niveau de défavorisation matérielle et l'autre moitié, dans des quartiers à bas niveau de défavorisation. Les résultats montrent que dans les quartiers les moins défavorisés, stigmatiser les fumeurs fait partie de la norme, ce qui les rend à risque de marginalisation. Les contextes hédonistes étaient une exception à cette norme, où les femmes se sentaient à l'aise de fumer publiquement. Le tabagisme y est vu comme un symbole de pauvreté, entraînant des tentatives chez les participantes de dissimulation de leur statut tabagique ou l'utilisation de stratégies pour se distancer du stigma. Dans les quartiers défavorisés, les normes étaient plus permissives à l'égard du tabagisme mais l'embourgeoisement de ces quartiers amenait une intolérance vis-à-vis des fumeurs. Les participantes rapportaient une stigmatisation basée sur le genre et elles tentaient d'y échapper en se cachant pour fumer. Les résultats mettent en lumière des effets non attendus des politiques anti-tabac produits différemment selon le contexte local et peuvent contribuer au développement de politiques équitables.

1. Introduction

À l'échelle mondiale, le tabac tue 6 millions de personnes par année, ce qui en fait un des plus importants enjeux mondiaux en santé publique, d'autant plus qu'il est évitable (World Health Organization, 2015). Alors que la prévalence de tabagisme diminue considérablement tous sexes confondus, la mortalité et la morbidité associées au tabagisme chez les femmes ne cessent de croître (Greaves, 2007; Office of the Surgeon General of Public Health Service, 2014). Ceci fait du tabac un enjeu prioritaire pour la santé des femmes.

Au Canada, les jeunes adultes sont ceux qui présentent la plus haute prévalence de fumeurs (Reid, Hammond, Rynard, & Burkhalter, 2014). Les québécois âgés de 20 à 24 ans se démarquent avec la plus haute prévalence de fumeurs, soit 33,2% en 2007-2008 (Leclerc & Lasnier, 2011). Nombreux sont ceux qui initient le tabagisme après l'adolescence: jusqu'à 14 % des jeunes de 24 ans rapportent avoir commencé à fumer après le secondaire (O'Loughlin, Dugas, O'Loughlin, Karp, & Sylvestre, 2014). Agir auprès de ce groupe d'âge importe puisque pour éviter la mortalité associée au tabagisme, il faut cesser de fumer avant l'âge de 30 ans (Doll, Peto, Boreham, & Sutherland, 2004). Le début de l'âge adulte correspond également au moment où les individus développent des habitudes de santé qui vont persister plus tard (Arnett, 2000; Hammond, 2005). Aussi, le statut de tabagisme est plus variable à l'intérieur de ce groupe d'âge (Foldes et al., 2010), suggérant que le potentiel de changement d'habitude est présent.

Malgré la lutte au tabagisme, un des plus importants succès en santé publique, la prévalence de fumeurs diminue de moins en moins rapidement (Reid, Hammond, Burkhalter, & Ahmed, 2012), en particulier auprès des jeunes adultes (Office of the Surgeon General of Public Health Service, 2014; Reid et al., 2012). De plus, il est désormais clairement établi que le fardeau du tabagisme repose davantage sur les personnes les plus pauvres, autant au Canada qu'ailleurs dans le monde (Ciaponni, 2011; Corsi et al., 2014). Non seulement la prévalence du tabagisme est davantage concentrée dans les sous-groupes de la population plus pauvres, mais ceux-ci connaissent également moins de succès dans leurs initiatives de cessation tabagique (Giskes, van Lenthe, Turrell, Brug, & Mackenbach, 2006). Les fumeurs ayant un niveau socio-économique élevé sont ceux qui ont le plus profité des politiques anti-tabac, contribuant ainsi à élargir le fossé entre les groupes favorisés et défavorisés (Hiscock, Bauld, Amos, & Platt, 2012;

Pearce, Barnett, & Moon, 2012). Les inégalités de santé s'accroissent au Canada et au Québec, et sont particulièrement marquées en ce qui a trait au tabagisme (Corsi et al., 2014; Pampalon, Hamel, & Gamache, 2008; Reid et al., 2014). Par exemple, à Montréal, la prévalence de fumeurs varie de 16% à 36% selon les quartiers et est associée au revenu plus faible et à la défavorisation sociale et matérielle des quartiers (Direction de la santé publique, 2013; Lasnier, Leclerc, & Hamel, 2012).

Depuis les années 2000, des études ont cherché à comprendre la part de la santé attribuable à des facteurs contextuels, notamment la défavorisation du quartier, auxquels les individus sont exposés (Kandula, Wen, Jacobs, & Lauderdale, 2009; Kleinschmidt, Hills, & Elliott, 1995; Lakshman et al., 2011; Shohaimi et al., 2003). La plupart de ces études contribuent à déterminer quels sont les éléments des quartiers ou des individus pouvant faire partie des mécanismes explicatifs du tabagisme, mais elles ne peuvent nous informer sur les manières dont sont vécues les expériences du tabagisme par les fumeurs dans les différents quartiers (Cummins, Curtis, Diez-Roux, & Macintyre, 2007; Sunderland, Bristed, Gudes, Boddy, & Da Silva, 2012).

Pourtant, il existe une corrélation entre les perceptions que les gens ont de leur quartier de résidence et leur risque de fumer, en particulier si leur perception de ce quartier est négative et si elles sont des femmes (Ellaway & Macintyre, 2009). Les résidents des quartiers défavorisés doivent composer avec le manque d'opportunités en matière d'emploi ou de loisirs en plus de se retrouver ségrégués dans un environnement souvent malsain et non sécuritaire (Stead, MacAskill, MacKintosh, Reece, & Eadie, 2001). Ils se retrouvent confinés à des expositions accrues à ces environnements délétères, les isolant des normes sociales anti-tabac (Stead et al., 2001; Voigt, 2013). Les quartiers défavorisés offrent peu de possibilités de changement positif dans la vie de leurs résidents, alors que ceci a été identifié comme une raison de cessation tabagique (McDermott, Dobson, & Owen, 2006).

Face à l'incompréhension des processus qui lient la défavorisation de quartier au tabagisme, Pearce et al. (2012) ont élaboré un modèle conceptuel à propos des mécanismes reliant la défavorisation de quartier au comportement tabagique. Le modèle propose deux mécanismes à travers lesquels agissent la défavorisation de quartier: les pratiques ancrées dans

l'espace et les politiques et les réglementations ancrées dans l'espace. Quelques études empiriques ont démontré la plausibilité de ce modèle (Haines-Saah, Oliffe, White, & Bottorff, 2013; Hystad, Carpiano, Demers, Johnson, & Brauer, 2013; Levin, Dundas, Miller, & McCartney, 2014; Shortt, Tisch, Pearce, Richardson, & Mitchell, 2014). Pearce et al. (2012) discutent des pratiques sociales du tabagisme qui diffèrent selon les quartiers en fonction des normes sociales qui s'y trouvent. Ils expliquent également que les stratégies de lutte au tabagisme entraînent la dénormalisation du tabagisme, laquelle amène la stigmatisation des fumeurs.

À propos des stratégies visant la dénormalisation du tabagisme, les législations interdisant de fumer dans les lieux publics se sont multipliées dans les dernières années, contribuant à réduire l'acceptabilité sociale du comportement tabagique (Collins & Procter, 2011). Inspirés par la compréhension du tabagisme comme un mode de vie collectif basé entre autre sur les pratiques sociales, Haines-Saah et al. (2013) examinent comment la culture du mode de vie sain influence le tabagisme et la cessation tabagique auprès des jeunes adultes vivant à Vancouver. À travers des entrevues individuelles et des photos prises par les participants, les auteurs font ressortir comment la promotion des saines habitudes de vie renforce la cessation tabagique mais notent également qu'elle peut favoriser l'exclusion sociale. De fait, certains chercheurs se questionnent quant aux conséquences de la législation anti-tabac, qui entrainerait la stigmatisation des fumeurs (Bell, McCullough, Salmon, & Bell, 2010; Frohlich, Mykhalovskiy, Poland, Haines-Saah, & Johnson, 2012; Haines-Saah et al., 2013).

Bien que la stigmatisation serve à décourager la consommation de tabac (Betzner et al., 2012; San, Gebhardt, Willemsen, Nagelhout, & Dijkstra, 2013), elle risque d'entraîner des conséquences négatives si elle encourage les gens à fumer en cachette ou à s'exclure des réseaux sociaux non-fumeurs (Stuber, Galea, & Link, 2009). Cela correspond à ce que Goffman appelle la stratégie collective adoptée par les individus faisant face à la stigmatisation, qui consiste à se rapprocher des membres du groupe stigmatisé (Goffman, 1963). Plusieurs font référence à la théorie d'Erving Goffman sur la stigmatisation sociale lorsqu'ils étudient la stigmatisation des fumeurs (Bell, McCullough, et al., 2010; Collins & Procter, 2011; Farrimond & Joffe, 2006; Graham, 2012; Link & Phelan, 2001). Selon cette théorie, la divergence entre la perception de

l'individu de lui-même et la perception des autres à son égard aurait pour effet de créer un « spoiled identity », entraînant la mise à l'écart de l'individu du reste de la société et de lui-même (Goffman, 1963). Les campagnes anti-tabac participent à la stigmatisation en propageant une identité négative des fumeurs; un corps malade, qui dégage une mauvaise odeur (Constance & Peretti-watel, 2011; Farrimond & Joffe, 2006). La portée de ces campagnes médiatiques renforce la création de stéréotypes à l'endroit des fumeurs, ce qui fait partie du processus de stigmatisation engendré par les normes sociales tel que décrit par Link et Phelan (2001).

Certains chercheurs notent que les fumeurs ayant un niveau socio-économique plus bas internalisent les messages négatifs reliés à la stigmatisation sans toutefois changer leurs habitudes tabagiques (Farrimond & Joffe, 2006; Frohlich et al., 2012), se sentent comme des victimes de la nouvelle législation et du changement de norme sociale et vivent de l'exclusion sociale (San et al., 2013). Pour les fumeurs défavorisés, la stigmatisation reliée à leur statut de fumeur s'ajoute à la stigmatisation vécue en raison de leur appartenance à une classe sociale moins bien perçue (Bayer, 2008; Bell, McCullough, et al., 2010; Farrimond & Joffe, 2006; Frohlich et al., 2012; Graham, 2012).

Les recherches qui permettent de capter la complexité de la relation entre les contextes de vie des gens et la santé demeurent rares (Cummins et al., 2007), alors que celles-ci permettraient de mettre en lumière les mécanismes des effets de quartier expliquant comment le tabagisme se construit socialement dans le quartier. Il importe de comprendre les expériences de stigmatisation des personnes qui fument si l'on veut éviter que les politiques anti-tabac ne participent à l'accroissement des inégalités associées au tabagisme. Or, les études empiriques portant sur la stigmatisation reliée au tabagisme sont insuffisantes (Graham, 2012). Afin de pallier à ce manque de connaissances, l'objectif de cette recherche est de comprendre la relation qui existe entre la défavorisation des quartiers et les expériences de la stigmatisation liée au tabagisme chez les jeunes femmes qui fument à Montréal. La présente recherche s'est concentrée sur deux des mécanismes proposés dans le modèle de Pearce et al. (2012) soient les pratiques sociales du tabagisme et les législations anti-tabac.

2. Méthodologie

2.1. Devis

Une étude qualitative exploratoire a été menée auprès de 15 femmes afin de comprendre l'expérience de la stigmatisation reliée au tabagisme. Le devis est comparatif de manière à faire ressortir les éléments liés à la défavorisation de quartier qui sont en lien avec l'expérience de la stigmatisation des fumeuses. Les participants ont toutes été interviewées par l'auteure principale à travers des entrevues individuelles face-à-face et semi-structurées.

2.2. Terrain, échantillonnage et recrutement

Les participantes à cette étude sont des femmes de la cohorte existante *Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking* (ISIS) (Frohlich et al., 2015), des jeunes adultes résidant sur l'île de Montréal. Cette étude de cohorte vise l'analyse des relations existantes entre les caractéristiques des individus résidant dans les quartiers et les caractéristiques de ces quartiers. Les données individuelles de ISIS ont été recueillies par l'entremise de deux questionnaires: l'un administré en 2012 et l'autre en 2014. Lors du recrutement en 2011, les jeunes adultes devaient habiter sur l'île de Montréal, résider à leur adresse depuis au moins une année, être âgés de 18 à 25 ans, maîtriser le français ou l'anglais et ne pas être hébergés dans une institution. 2093 jeunes adultes ont répondu au premier questionnaire en 2012 et 1457 parmi ceux-ci ont répondu au deuxième en 2014.

Pour la recherche actuelle, une méthode d'échantillonnage raisonné parmi les participantes ISIS de 2014 a été utilisée. Seules les femmes ont été sélectionnées. Parmi celles-ci, les participantes résidant dans les quartiers les plus défavorisés et celles vivant dans les quartiers les moins défavorisés ont été choisies. Pour la définition de quartier, l'unité de l'aire de diffusion a été privilégiée, correspondant à une aire géographique contenant entre 400 et 700 ménages et provenant du recensement canadien de 2006 (Statistics Canada, 2012). L'indice de défavorisation matérielle de Pampalon (Pampalon & Raymond, 2000) a été utilisé pour mesurer l'indice de défavorisation du quartier. Sept participantes ont été sélectionnées dans les quartiers cotés dans le 1^{er} quartile de l'indice de défavorisation matériel, soit les favorisés (Q-1) et huit dans les quartiers cotés dans le 4^e quartile de ce même indice, soit les plus défavorisés (Q-4). Elles devaient habiter à leur adresse actuelle depuis au moins une année et avoir déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement au questionnaire de l'hiver 2014. Cependant, les participantes n'avaient plus nécessairement le même statut de fumeuse au moment de l'entrevue

à l'hiver 2015. Le tableau 1 montre que certaines participantes avaient cessé de fumer dans la dernière année. Celles-ci ont été conservées dans la population à l'étude parce qu'elles avaient une expérience du tabagisme et pour permettre de représenter un spectre élargi des expériences de stigmatisation chez les jeunes femmes.

(PLEASE INSERT TABLE 1 HERE)

2.3. Entrevues individuelles

Les entrevues individuelles semi-structurées ont été menées par l'auteure principale entre le 15 janvier et le 25 mars 2015, à un endroit choisi par les participantes tel qu'un lieu public dans leur quartier, à l'université ou à leur domicile. Les entrevues avec les participantes ont duré de 31 à 104 minutes et portaient sur leur expérience de vie dans le quartier, les pratiques sociales du tabagisme dans le quartier, les législations anti-tabac dans le quartier et leurs expériences de la stigmatisation. Avant chaque entrevue avec les participantes, une visite du quartier de résidence de la participante a été effectuée afin de mieux connaître son contexte de vie de quartier. La carte de quartier perçu tracée par la participante elle-même lors du questionnaire ISIS de l'hiver 2014 a été utilisée (voir figure 1) pour faciliter la discussion. Les participantes étaient alors invitées à dessiner sur un outil interactif *GoogleMaps* le polygone représentant leur quartier de résidence, une application novatrice pour visualiser les espaces (Chaix et al., 2012). Pour les cinq participantes qui n'avaient pas dessiné de carte de quartier perçu, une visite de quartier dans les rues environnantes de leur lieu de résidence l'a remplacé. Les cartes géographiques (carte de quartier perçu ou carte imprimée de *GoogleMaps*) ont également été utilisées en début d'entrevue, comme un outil pour faciliter la description du quartier par la participante. Une compensation de 30 \$ sous forme de certificat-cadeau échangeable chez un commerçant de leur choix parmi trois options a été offerte aux participantes pour couvrir les dépenses liées à leur participation.

2.4. Analyses

Les entrevues ont toutes été transcrites et les verbatims ont été codés et analysés avec le logiciel Atlas.ti. Le processus analytique utilisé était à la fois inductif et déductif (Elo & Kyngas, 2008). Chaque verbatim a d'abord été codé avec un attribut de défavorisation du quartier de

résidence des participantes : celles habitant dans les quartiers favorisés ont été identifiées Q-1 et celles vivant dans les quartiers défavorisés, Q-4. Une première étape de codage déductif basé sur les quatre concepts centraux de la recherche soient le quartier, les pratiques sociales du tabagisme ancrées dans le quartier, les législations anti-tabac dans le quartier et les expériences de stigmatisation a été réalisée par l'auteure principale et une membre de l'équipe de recherche ISIS. Cette étape de fiabilité intercode avait pour objectif de comparer les codes afin de mieux les définir. Cette étape a permis de clarifier les définitions des quatre concepts centraux afin de faciliter la poursuite du codage.

Par la suite, les huit entrevues de participantes résidant dans le secteur Q-4 ont été analysées comme un ensemble, puis la même démarche a été appliquée pour les sept participantes Q-1. Les verbatims des participantes résidant dans les quartiers défavorisés (Q-4) ont été codés en premier, suivant une analyse de contenu conventionnelle basée sur une approche inductive (Elo & Kyngas, 2008; Hsieh & Shannon, 2005). Pour ce faire, les citations évoquant le quartier, es législations anti-tabac et les pratiques sociales ont été codées à l'aide d'une méthode de codage descriptive visant à identifier les éléments du quartier reliés à ces concepts (Saldaña, 2012). Celles référant à la stigmatisation des fumeurs ont été codées avec une méthode de codage des valeurs (« Value coding ») (Saldaña, 2012). Cette méthode permettait de faire ressortir les valeurs, attitudes et croyances des participantes, lesquelles reflètent les constructions subjectives quant à leurs expériences de stigmatisation. Après le codage de chaque verbatim, l'ensemble des codes étaient définis et hiérarchisés par un processus de visualisation et réduction du nombre de codes (Miles & Huberman, 1994; Dey, 1993). Des discussions entre les auteurs, la relecture des citations dans leur contexte et la prise en compte des notes d'observations de quartier et des notes de terrain ont mené au recodage et à l'émergence de premiers thèmes. L'adoption d'une méthode de codage inductive a fait ressortir des codes n'appartenant pas aux quatre concepts centraux, donc différents de celui du modèle théorique, et qui étaient pertinents pour répondre à la question de recherche.

Le processus de codage des verbatims des participantes vivant dans les quartiers favorisés (Q-1) s'est effectué de manière similaire. Tout d'abord, ces verbatims ont été codé dans un fichier séparé à l'intérieur du logiciel Atlas.ti, ceci dans le but de mieux comparer et

contraster les codes et thèmes ressortis. Bien que plusieurs codes se sont révélés être les mêmes chez ces participantes, de nouveaux codes émergeaient et ce, dès le codage du premier verbatim. Aussi, certains codes ressortis parmi les verbatims des participantes des quartiers défavorisés étaient absents des données des participantes des quartiers favorisés. Ces constats ont servis de base pour procéder à l'analyse comparative.

Après avoir terminé l'analyse dans chacun des deux groupes de défavorisation de quartier, le sens des expériences de stigmatisation reliée au tabagisme a commencé à se construire en lien avec l'expérience de la défavorisation du quartier dans chacun des groupes (Q-4 et Q-1). Une analyse comparative de ces résultats a ensuite été réalisée. Les codes et thèmes propres à l'ensemble des entrevues dans les quartiers Q-4 ont ensuite été comparés aux codes et thèmes trouvés dans l'ensemble d'analyse des quartiers Q-1 dans le but de dégager les différences et les nuances propres à la défavorisation des quartiers. Afin de faciliter l'abstraction des données, l'auteure principale a relu ses notes de terrain et ses observations de quartier et a écouté les bandes audio de certaines participantes Q-1 et Q-4 pour saisir les dimensions du contexte qui auraient pu lui avoir échappé. Les résultats préliminaires ont servi de base de discussion entre les trois auteures afin de nourrir la réflexion, questionner les idées préconçues et vérifier certaines interprétations.

2.5. Considérations éthiques

L'étude de cohorte ISIS d'où proviennent les participantes de cette recherche ainsi que la présente recherche ont reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal le 22 septembre 2014 (no de certificat : 14-119-CERES-D). Les participantes ont reçu le formulaire d'information et de consentement, les explications sur le but de l'étude, leur rôle et les aspects liés à la confidentialité.

2.6. Caractéristiques des participantes

Les participantes étaient âgées de 22 à 28 ans et résidaient toutes sur l'île de Montréal. Une entrevue a été réalisée en anglais, les autres en français. Elles présentaient un niveau de scolarité assez élevé puisque seulement deux des 15 participantes détenaient une scolarité

équivalente à la complétion du niveau secondaire ou moins. Quatre avaient complété un diplôme ou certificat d'étude de niveau collégial et huit, un certificat de premier cycle universitaire ou plus⁷. Trois participantes fumaient quotidiennement au moment de l'entrevue, huit fumaient à l'occasion et quatre avaient cessé de fumer dans les derniers mois (voir tableau 1). Les participantes fumaient en moyenne depuis 11 ans⁸. 15 quartiers différents étaient représentés, mesure basée sur des éléments sociologiques déterminés par les communautés locales et la Direction de la santé publique de Montréal (Gouvernement du Québec, 2015a, 2015b).

3. Résultats

3.1. Expériences de vie dans le quartier

La compréhension des expériences de vie dans le quartier et de la défavorisation du quartier permet de contextualiser les expériences du tabagisme et de la stigmatisation telles que vécues par les participantes.

Dans les quartiers favorisés, les participantes rapportent ce que signifie de vivre dans un quartier bourgeois. Les sept participantes résidaient dans six quartiers favorisés différents. Elles parlent du fait qu'il s'agit d'un lieu agréable à vivre, où il y a présence de plusieurs lieux d'activités :

You have cute cafes, sort of nice stores, high end mostly, so you know, it's not like big chains [...] it's more like little boutiques and stuff like that. Doctors office yeah, so it's just really little restaurants and stuff like that. (Nadia, Q1)

Les quartiers favorisés urbains regorgent de lieux de divertissement, qui attirent également des gens venant de l'extérieur du quartier et des touristes. Les quartiers se situant en périphérie de la ville centre offrent moins de ces espaces d'activités mais les participantes ont accès à une voiture leur permettant de fréquenter ces lieux en dehors de leur quartier de résidence.

Plusieurs participantes de ces quartiers font référence à un secteur de leur quartier qui se trouve moins favorisé, qu'elles évitent de fréquenter et dans lequel elles se reconnaissent moins:

⁷ Données provenant du questionnaire ISIS complété à l'hiver 2014

⁸ Mesure basée sur la question : « À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette? »

Bien c'est sûr en face c'est des HLM, fait que c'est pas des gens nécessairement que je connais. Il y a beaucoup d'immigrants nécessairement aussi. Je dirais que c'est ça, c'est pas des gens vraiment que je côtoie mais t'as une épicerie à côté, je pense que c'est comme une épicerie arabe ou marocaine, je ne sais pas, fait que t'as comme une communauté. (Juliana, Q1)

Dans les quartiers défavorisés, même si les huit participantes proviennent de huit quartiers différents de Montréal, toutes ont discuté de l'embourgeoisement de leur quartier et de ses effets sur la vie de quartier. Elles parlent entre autres de la construction de nouveaux condos, qui amène de nouveaux résidents et l'apparition de nouveaux commerces pour desservir cette clientèle plus fortunée. Samantha explique comment les gens de l'extérieur perçoivent son quartier. Elle y décrit les changements qui se produisent dans son quartier, à la fois à propos des nouveaux résidents qui arrivent et de l'environnement physique commercial :

Selon moi, [le quartier] est encore mal perçu. Il y a vraiment une dichotomie dans la vision de [son quartier], à savoir il y a encore beaucoup de gens qui pensent que c'est sale, que les gens n'ont pas de revenu, que c'est dangereux, que c'est problématique comme quartier, et il y a les autres qui pensent que c'est un des quartiers qui vont prendre de l'expansion éventuellement et là c'est les hipsters qui s'installent là un peu tranquillement et qui commencent à voir ça comme "hé, ils ont des petits cafés" et des trucs comme ça. (Samantha, Q4)

Ces participantes ont toutes parlé du sentiment d'insécurité et/ou de la présence d'actes criminels dans le quartier:

Le soir, il faut toujours être vigilante parce que je trouve que c'est dangereux. J'ai une amie qui habitait en haut qui a été victime d'abus, comme attouchements sexuels. Elle venait de sortir du métro et il y a un homme qui l'a attaquée; je ne sais pas comment, et elle a couru vers la caserne de pompiers qui est juste devant le métro X, la station, et là ils ont appelé la police. (Rachel, Q4)

L'expérience d'insécurité viendra teinter la représentation sociale du tabagisme dans ces quartiers; fumer est un risque minimal lorsque comparé aux aléas de la vie quotidienne avec lesquels les résidentes doivent composer. Les participantes croient que l'embourgeoisement du quartier vient de pair avec une revitalisation de certains lieux, qui contribue à les rendre plus sécuritaires et améliore la réputation du quartier, comme le témoigne Alexia :

Ils ont fait des rénovations, exemple dans les parcs, que ce soit les parcs de jeux pour enfants ou autant exemple le Parc X, il y a un skate park maintenant. Avant il y avait

beaucoup de jeunes qui allaient au métro X pour faire du skate, ça faisait des gangs, des fois c'était pas rassurant ou quoi que ce soit, fait qu'ils ont pris en considération ces choses-là, et ça améliore un peu la vie de quartier. (Alexia, Q4)

Cependant, elles croient également qu'il existe des effets négatifs de cet embourgeoisement, notamment la difficulté d'accès à certaines ressources par les anciens résidents, plus défavorisés. Par exemple, Rachel se désole de la construction d'immeubles à condos qui obstrue la vue au bord de l'eau tandis que Tess s'inquiète de la construction d'une nouvelle méga-installation de loisir qui l'empêchera de profiter de l'espace vert à côté de chez elle.

Nous constaterons que le contexte de quartier plus ou moins défavorisé influence les normes, les pratiques sociales et les formes de stigmatisation liées au tabagisme de même que les stratégies mises en place par les participantes pour faire face à cette stigmatisation.

3.2. Normes et pratiques sociales du tabagisme

Dans les quartiers favorisés, les politiques anti-tabac façonnent une norme sociale négative à l'endroit des fumeurs. Les gens ont intégré le discours moralisateur, qui contribue à apposer des étiquettes défavorables aux fumeurs. Fumer fièrement appartient à une époque qui est révolue, les personnes qui continuent de le faire sont associées à des gens déraisonnables. Les fumeuses viennent à intégrer les qualificatifs péjoratifs qui sont associés au tabagisme. La stigmatisation est intériorisée pour devenir une forme d'auto-stigmatisation. Les fumeuses se perçoivent comme des êtres irréfléchis, qui ne prennent pas soin de leur santé. Par exemple, Emma explique comment elle sent que les autres la jugent à cet égard :

Puis je me sens comme, moins, un peu comme genre si j'étais une personne un peu genre tarée, qui n'a pas encore compris que c'était comme "ouuh, c'est dangereux" et comme "ah oui, tu fais encore ça?" Il y a vraiment quelque chose de genre, t'as pas pris le virage de la raison quand tu fumes encore. (Emma, Q1)

Dans ces quartiers, les participantes mentionnent faire face à l'omniprésence de la stigmatisation liée au tabagisme. Elles sentent que fumer est une chose toujours inacceptable et mal perçue, peu importe où elles se trouvent :

Je trouve que c'est un peu mal vu un peu partout. Ils essaient de, avant ils disaient qu'il fallait être éloigné comme de 9 mètres, quelque chose comme ça, et là ils vont de plus en plus loin sur certains endroits. Fait que c'est un peu mal vu un peu partout je pense. (Marianne, Q1)

Cependant, comme Nadia l'explique, un espace qui se trouve épargné par la stigmatisation est celui de fumer dans un contexte hédoniste, un lieu de divertissement ou festif et qui se produit surtout le soir. Le tabagisme y est vu comme un acte de libre choix, associé au plaisir partagé entre amis dans un espace où elles peuvent se laisser aller. Laurianne parle des bars et des fêtes comme un contexte propice à fumer:

Ça, c'est vraiment normal. Surtout que c'est là qu'on va voir beaucoup de gens qui ne fument pas et qui vont sortir en prendre une pour le fun. Ça, c'est vraiment, ça c'est comme mon quotidien. Des non-fumeurs qui ne vont jamais fumer, qui vont sortir en prendre une pour le fun, autour des restaurants et des bars, c'est comme ça. (Laurianne, Q1)

Cette pratique est considérée comme acceptable et sert également à départager les « bons » des « mauvais » fumeurs. Les fumeuses vont donc utiliser ces espaces pour projeter une image positive d'elles-mêmes. Ceci est d'autant plus possible que les personnes résidant dans les quartiers favorisés ont aisément accès à ces lieux festifs qu'elles apprécient.

De leur côté, les quartiers défavorisés présentent davantage de diversité dans les normes sociales en rapport au tabagisme. Au départ, fumer n'est pas automatiquement la cible de stigmatisation. On y retrouve une plus grande tolérance à l'égard du tabagisme, puisque le tabagisme est considéré comme une chose normale. Les fumeurs sont visibles et font partie du paysage du quartier: « au marché les gens fument sur les terrasses, aussi sur la Plaza les gens fument, les autres c'est des rues ordinaires, il ne doit pas y avoir d'interdiction et dans les parcs, les gens fument aussi. » (Ophélie, Q4)

Cette tolérance à l'égard des fumeurs s'étend également au fait qu'il est normal de ne pas respecter les règles formelles ou informelles lorsqu'ils fument :

Mais en fait, il y a un règlement pour ne pas fumer proche d'un certain endroit, mais je dirais que c'est pas respecté dans mon quartier, parce que je vais revenir au sujet des bars, des fois les gens vont juste sortir sur les escaliers du bar et ils vont fumer. Alors c'est vraiment proche d'un environnement fermé. Même chose avec le métro, le monde

fume juste en avant de la porte du métro. Alors il n'y a pas vraiment, personne ne fait de commentaire, j'ai jamais vu quelqu'un être fâché à cause de ça, on dirait que c'est plus une habitude; ils fument proche des endroits fermés parce que tout le monde le fait. (Viviane, Q4)

Cependant, il apparaît que la norme permissive à l'égard des fumeurs est en changement, à l'image des changements de l'environnement physique et social de ces quartiers défavorisés. L'arrivée de gens plus nantis, attirés par les nouvelles constructions de résidences, rend l'accès à certaines ressources plus difficile pour les autres résidents moins favorisés, comme le témoignage Rachel:

Je trouve qu'il y a trop de construction de condos; j'aimerais que ça s'arrête parce que ça cache la belle vue quand on court ou qu'on fait du cyclisme. On n'a plus la belle vue... bientôt on n'aura plus la même vue sur le centre-ville. (Rachel, Q4)

Les changements dans la composition des résidents du quartier amènent la norme sociale par rapport au tabagisme qui prévaut dans les quartiers favorisés, à savoir l'intolérance du comportement tabagique. Cette nouvelle norme cohabite avec l'ancienne norme déjà existante. Ainsi, six des huit participantes résidant dans ces quartiers ont discuté de l'émergence de la femme qui fume dans des contextes récréatifs, à l'image des participantes des quartiers favorisés. C'est ce que mentionne Pamela :

Il y a aussi, ça l'air niaiseux, mais t'sais, de plus, il y a de plus en plus de fumeurs social aussi, fait qu'ils ne fumeront pas sur la rue, ils vont fumer quand ils prennent un verre, sur leur balcon, leur terrasse l'été, mais à part de ça, ils ne fument pas tant que ça. (Pamela, Q4)

Alors que les participantes des quartiers favorisés rapportent fumer en groupe dans un contexte festif leur permettant de projeter une image positive, les participantes des quartiers défavorisées fument parfois en groupe afin de protéger leur intégrité dans des lieux publics qui peuvent s'avérer non sécuritaires:

Au bord du fleuve l'été. Les gens vont préférer aller en gros groupe que tout seul parce qu'ils ont peur de se faire solliciter ou peur de juste l'inconnu là, c'est un grand parc quand même, la nuit, donc les gens se font plein d'idées autour de ça et l'impression qu'il y a plein de drogués qui se cachent là et des trucs comme ça. (Samantha, Q4)

Dans les quartiers favorisés, la division sociale que les fumeuses s'efforcent à mettre en action et les choix que les fumeuses font à propos de leurs manières de fumer représentent des

tentatives de créer une image positive d'elles-mêmes et du tabagisme. Elles utilisent les ressources de leur quartier afin de projeter cette image sociale. Cependant, cela renforce la stigmatisation des fumeuses qui ne se conforment pas à cette attente. Il en résulte que les fumeuses des quartiers défavorisés font usage d'autres pratiques sociales du tabagisme pour faire face à la stigmatisation, qu'elles adaptent également à leur expérience de vie dans un quartier défavorisé.

3.3. Formes de stigmatisation

Dans les deux groupes de quartiers, les participantes ont rapporté vivre de la stigmatisation liée au fait de fumer. Cependant, les formes de stigmatisation et leur intensité diffèrent.

3.3.1. Le symbole de la pauvreté

Dans les quartiers favorisés, il est clairement ressorti des entrevues que fumer est un symbole de pauvreté. Les résidents de ces quartiers valorisent l'homogénéité sociale et n'encouragent pas la mixité des classes sociales. Puisque le tabagisme est associé à des personnes marginales et pauvres, fumer est susceptible de compromettre l'image sociale des fumeurs et d'entraîner leur marginalisation. Emma parle de la manière dont les fumeurs sont perçus dans son quartier :

Il y avait comme une espèce de côté de même, que c'est tous les gens un peu weirdo genre qu'on se retrouvait. Moi ça me faisait rire, j'aimais quand même ça, mais c'est pas les gens propres de l'autre côté de la rue qui ont des enfants qui jouent du, ils ont leur leçon de piano le matin genre et qui sont full, avec leurs grosses voitures et tout et qu'eux c'est des propriétaires qui sont, eux genre non, ils ne fument pas et, mais il y avait comme nous genre qu'on était, c'est ça, tous les gens un peu différents. (Emma, Q1)

Toutes les participantes des quartiers favorisés ont discuté des pratiques sociales du tabagisme en tant que marqueur de classe sociale. L'habillement de la personne qui fume, son langage, son occupation, le lieu où elle habite, le moment, l'endroit et le contexte où elle s'adonne à fumer ainsi que la marque de cigarette qu'elle consomme constituent des caractéristiques permettant de départager les fumeurs des non-fumeurs et les fumeurs entre eux. Ce qui devient acceptable comme comportement social n'est pas seulement si la personne fume

mais également comment elle fume. Le discours de Nadia explicite bien comment certaines manières de fumer sont plus acceptables que d'autres :

It's more frowned upon if you're like walking around smoking. You know, especially like in winter, you look sort of stupid with you cigarette and stuff like that. [...] you look more like, like trashy, like you need to have a cigarette, like you're more addicted, like you're sitting there, like smoking and like the blizzard and you're walking to a bus, like it's like get a grip, just, you don't need to have a cigarette. And I don't think it looks good. Like I don't know. I remember, like one of my friend's mother, and we were like younger, she like yelled at us because she saw us having a cigarette. And she was like "don't smoke like in public, you look like trash doing that; like that's not what you should be doing". (Nadia, Q1)

Fumer peut s'attirer une mauvaise réputation puisque la manière dont la personne fume peut l'associer à la classe ouvrière et/ou pauvre. Les participantes rapportent être exposées de manière répétitive à cet amalgame, ce qui entraîne des attitudes hostiles à leur égard. Fumer ouvertement dans un espace public équivaut à s'exposer aux regards désapprobateurs et aux remarques négatives:

On habitait ici et souvent l'été, on s'installait dehors en avant et on buvait de la bière et on fumait des cigarettes genre, comme, parce qu'on chillait genre pendant, avec des amis, puis tout le monde passait genre et tout le monde nous faisait des commentaires parce que, pas nécessairement sur le fait de fumer, mais genre "oh vous êtes encore là!" et nanana, tout le monde nous faisait des commentaires de comme si on était des espèces de dépravés genre et on riait vraiment parce qu'on se disait ils doivent penser qu'on ne travaille pas. (Emma, Q1)

Cet amalgame sert également à départager d'un côté les quartiers pauvres et fumeurs et de l'autre, les quartiers riches et non-fumeurs. En effet, les participantes ont rapporté que les quartiers composés d'une importante proportion de résidents vivant dans la pauvreté sont associés à des endroits de fumeurs. Emma parle d'un ami qui habite un autre quartier où les gens fument beaucoup et elle le compare au sien :

Tout le monde fume dehors, en dedans, ça sent genre partout la cigarette, c'est comme, et elle dit, et il y a comme ce côté-là, il habite vraiment dans un quartier pauvre [...] comme ces endroits-là, c'est comme accepté et là les gens fument, fument, fument, fument et ici il y a comme l'espèce de côté genre tout propre, bien mis, tout ça, le petit côté un peu bourgeois qui fait en sorte que les gens ne fument plus. (Emma, Q1)

Les personnes qui continuent de fumer risquent la marginalisation et l'exclusion. Carey parle des fumeurs étant considérés comme presque des « monstres », des « rejets de la société ». Elles se font constamment rappeler le discours anti-tabac, par des gestes non-verbaux tel des regards désapprobateurs et des remarques :

Il y a des gens beaucoup moins avec leur langue dans leur poche qui vont pouvoir bien s'exprimer sur la chose et non seulement nous dire qu'on est trop proches de la porte, mais aussi nous dire que c'est pas bon de fumer et que c'est cancérigène, puis qu'on va tous mourir. (Carey, Q1)

3.3.2. Stigmatisation des femmes dans les quartiers défavorisés

Dans les quartiers défavorisés, il existe 2 normes sociales à l'égard du tabagisme : une plus permissive et l'autre intolérante amenée par la division de classes sociales. Les femmes vivant dans ces quartiers font donc l'expérience de la stigmatisation associée au tabagisme et lorsque c'est le cas, cette forme de stigmatisation est différente parce qu'elle est basée sur le genre, ce qui n'est pas le cas de leur contrepartie vivant dans les quartiers favorisés. L'amalgame du tabagisme, de la pauvreté et du genre se retrouve ainsi dans les quartiers défavorisés, sous la forme de l'étiquetage des personnes qui fument, en particulier des femmes. Cette stigmatisation prend souvent la forme d'une association avec la malpropreté. Les fumeuses sont perçues comme des personnes qui sentent mauvais et ne prennent pas soin de leur apparence physique. Ceci ne correspond pas à l'image sociale de ce que devrait être une femme :

Ça cause la mauvaise haleine, je sais qu'il y a beaucoup de femmes qui sont, qui s'en tiennent beaucoup à leur apparence et, elles doivent maintenir une certaine image dans la société, d'après elles. Et, fumer, ça, comment je pourrais dire ça, ça tache les dents donc c'est quelque chose qu'elles font attention, mais, je pense que ça vaut aussi pour les hommes, mais c'est juste que malheureusement il y a plus de sexisme contre les femmes, donc les femmes font plus attention. (Rachel, Q4)

Les fumeuses elles-mêmes intègrent cette stigmatisation spécifique aux femmes en mentionnant entre autre qu'une « femme qui fume, c'est pas beau » (Rachel, Q4). Cette stigmatisation basée sur le genre affecte également les rapports hommes-femmes à travers l'idée qu'une femme qui fume est indésirable et non attirante. Katie décrit comment elle a été la cible de ce type de stigmatisation :

On était chez une amie et moi je leur dis "hé, je sors fumer, je reviens" là c'était... ils étaient trois-quatre, "Katie, franchement, t'as pas arrêté? Tu devrais arrêter, c'est pas bon" même il y a un gars qui m'avait déjà dit "ah moi là, une fille qui fume, turn off total" C'était vraiment, "regarde, je te trouve cute, mais tu fumes fait que ça se passera jamais". C'était, oui, eux, ils me détruisaient. (Katie, Q4)

3.4. Stratégies pour faire face à la stigmatisation

3.4.1. Dissimuler et se distancer dans les quartiers favorisés

Dans les quartiers favorisés, il devient d'autant plus important pour les fumeuses de respecter la norme sociale de ce qui est considéré comme acceptable en terme de comportement tabagique afin d'éviter de se retrouver mises de côté. Afin d'échapper à la marginalisation, les fumeuses vont forger différentes stratégies visant à préserver leur image sociale. Parce que le tabagisme peut devenir source de marginalisation, les fumeuses tentent de dissimuler leur tabagisme, comme l'explique Nadia :

It's not socially accepted. It would be something that you do secretly, like if someone is like "oh do you smoke? – no!" sometimes at a party you know. So like you wouldn't want anybody to know that you smoke unless you're at a party and then you're like "ok, I'll have a cigarette". So it's really, it's not accepted. It's like one of those things, everybody is always saying like "I don't do it" but like "oh you do? Ok, so let's have one quietly". Like if I know my, one of my friends I used to work with, she's 40 and all her friends, none of them smoke, but then they get a little bit drunk and they all smoke. (Nadia, Q1)

Il arrive que les participantes de ces quartiers se définissent comme non-fumeuses auprès de leur entourage. Elles portent alors une attention particulière à qui et dans quelles circonstances elles dévoilent leur statut tabagique, ceci dans le but de projeter une image sociale positive. Fumer dans un contexte hédoniste représente l'un des moyens de reproduire cette image positive. Il apparaît important pour ces femmes de pouvoir démontrer qu'elles fument par plaisir et qu'il s'agit d'un choix et non d'une obligation de répondre à une dépendance :

Je suis tellement pas si accrochée que ça non plus, je ne suis pas comme une vraie fumeuse genre, intense, fait que ça me permet de prendre des décisions de même. Si j'étais vraiment une fumeuse accotée, peut-être que là ça serait différent, mais je ne le fais pas, je suis capable de ne pas fumer pendant que je mange. (Juliana, Q1)

Dans les quartiers favorisés, les fumeuses vont également participer à la stigmatisation des « autres » fumeuses, une stratégie pour se distancer de l'image négative du fumeur pauvre.

Juliana parle de la différence entre la manière dont elle fume et la manière non convenable de fumer de l' « autre » fumeur, qui a l'obligation de consommer sa dose de nicotine quotidienne parce qu'il est victime de sa dépendance :

Mettons je dis même moi je juge les gens comme le [travailleur] qui fume dehors, juste parce qu'on dirait que je ne sais pas, on dirait que ça, mais je les juge dans le sens où ça paraît qu'ils sont accro. C'est le côté addict de la chose qui fait en sorte qu'ils vont mettre leur manteau et qu'ils vont aller fucking fumer à -40 à 11h le matin. Mais même moi qui fume, puisque c'est quelque chose que je ne fais pas, quelqu'un qui, je ne dis pas que moi c'est plus accepté, mais quand même, on dirait que je ne sais pas, on dirait que ça vient enlever, ou comme je dis, le côté, le fumeur social genre de bar ou peu importe, j'ai l'impression qu'il est un peu moins mal vu que le fumeur accoté qui fume depuis toujours. (Juliana, Q1)

Cette stratégie de distanciation les aide à justifier leur propre tabagisme et leur permet d'éviter de se retrouver coupables de fumer par association :

Parce que là tu fumes avec la personne qui est là à côté de toi genre et qui, qui est vraiment comme un peu vulgaire mettons, et t'as l'air d'être un peu dans cette gang-là même si tu l'es pas nécessairement. (Juliana, Q1)

Les fumeuses des quartiers favorisés tentent ainsi de s'associer à une image de fumeuse appartenant à une classe sociale plus élevée qui se distingue des autres fumeuses, celles-là qui sont pauvres.

3.4.2. Se distancer et se cacher dans les quartiers défavorisés

La triple stigmatisation subie par les femmes dans cette étude parce qu'elles fument, parce qu'elles habitent un quartier pauvre et parce qu'elles sont des femmes fait en sorte que les fumeuses des quartiers défavorisés tentent d'échapper à cet amalgame par un discours de distanciation par rapport à leur propre quartier de résidence. Par exemple, ici Katie décrit négativement l'endroit où elle habite, et parle qu'elle préfère passer du temps dans des quartiers plus éloignés de sa résidence, plus favorisés, qu'elle inclut dans sa carte de quartier perçu :

Moi je trouve que la place où est-ce que j'habite, j'habiterais pas toute ma vie là. Je trouve que dans le coin ici, c'est quand même un quartier, t'sais, rue X c'est quand même un quartier qui chauffe si on veut. Sinon quand on monte un peu plus haut, plus vers [autre quartier], c'est quand même super beau, les gens, tu vois il y a vraiment une différence honnêtement entre rue X et si je vais sur rue Y, rue Z. C'est quand même

assez fou. Et sinon, dépendamment, c'est sûr, exemple je vais courir dans le parc, et je m'entraîne Coin rue A et rue B, donc là c'est bien, les gens se parlent, c'est pas du monde, il y a moins de monde un peu bizarre, parce que dans le coin rue X, où est-ce que j'habite c'est vraiment plus des junkies, des itinérants. Fait que là c'est un peu moins rassurant. Mais sinon plus vers le haut, c'est super beau les quartiers. J'irais plus habiter rue C, entre rue D et rue B. (Katie, Q4)

Dans les quartiers défavorisés, il est répandu que les fumeuses optent pour des stratégies visant à se cacher pour fumer. Tess explique que les femmes trouvent des endroits cachés dans le quartier pour fumer à l'abri des regards désapprobateurs et pour éviter de faire face à des réprimandes des personnes proches d'elle :

Tu vois plus une fille qui fume, ou, oui bien il y a des, tu les vois plus quand, quand je fais une marche, une course, il y a comme des petits bancs dans les coins du boisé, fait que c'est là que tu vois qu'ils vont jusque là pour fumer. Ça je trouve, mais, mais c'est ça, c'est comme "mais pourquoi?" [...] fait que là tu vois tout de suite qu'il y a un problème à la maison. C'est ça. C'est, tu vois que c'est pas accepté dans, quand les gens les voient, ils vont plus loin. (Tess, Q4)

Se cacher pour fumer est une stratégie d'adaptation qui reflète la stigmatisation basée sur le genre dont sont victimes les femmes de ces quartiers.

4. Discussion

Les résultats de cette étude permettent de jeter un nouveau regard sur le modèle des trajectoires reliant la défavorisation de quartier au comportement tabagique de Pearce et al. (2012), qui a ici servi de référence théorique. Bien que le comportement tabagique demeure la résultante du processus comme dans le modèle de Pearce et al., les résultats suggèrent un caractère récursif, plutôt qu'un processus linéaire entre les pratiques sociales du tabagisme et la stigmatisation des fumeurs. La norme par rapport au tabagisme est basée sur les pratiques sociales de la majorité des fumeurs dans ce quartier, par exemple fumer dans un contexte hédoniste. Ceux dont le comportement ne se conforme pas à ces pratiques sociales sont sujets à la stigmatisation. À l'inverse, la stigmatisation des autres manières de fumer, jugées inacceptables, renforce des pratiques sociales précises. L'interrelation se produisant entre la stigmatisation et les pratiques sociales du tabagisme observées dans cette recherche fait ressortir

le fait que les stratégies anti-tabac agissent à travers un processus social impliquant la stigmatisation des individus.

Les opportunités offertes par le quartier façonnent le processus de création des pratiques sociales du tabagisme qui sont observées dans un quartier. La réalité de la stigmatisation dans les quartiers favorisés est transférée dans les quartiers défavorisés à travers le phénomène d'embourgeoisement de ces quartiers. Cependant, les réalités diffèrent dans les opportunités que le quartier offre aux participantes afin qu'elles puissent fumer de manière socialement acceptable. Ces processus sociaux sont modulés par des facteurs contextuels locaux qui peuvent donner des résultats de santé différents ainsi que d'autres effets non attendus, tel que démontré dans certaines études (Dennis, 2011; Gatrell, 1997; Greaves & Jategaonkar, 2006; Parker & Aggleton, 2003). Cette étude souligne l'importance des contextes locaux dans la production de stratégies différenciées des fumeuses pour faire face à la stigmatisation. Ainsi, au-delà de l'implantation de mesures universelles de prévention du tabagisme, les interventions locales demeurent pertinentes lorsqu'il s'agit de tenir compte des réalités locales qui influencent la santé des individus.

Ce phénomène de différenciation dans les contextes sociaux des quartiers met en lumière l'idée des « smoking islands » (Thompson et al., 2007), la concentration des fumeurs dans certains quartiers (Hargreaves et al., 2010), phénomène observable sur l'île de Montréal. La ségrégation des fumeurs facilite le processus de stigmatisation sociale, basée sur l'appartenance à un quartier défavorisé. Ce sont les fumeuses habitant dans les quartiers favorisés qui ont surtout discuté de cet amalgame tabagisme-pauvreté et qui, pour y échapper, ont développé des stratégies de distanciation de l'image de la fumeuse pauvre. Cependant, cette distanciation accroît le fossé qui existe entre les personnes vivant dans des conditions de pauvreté et les autres. Ce résultat fait écho aux résultats rapportés dans d'autres études où il est question des interactions qui se produisent entre les individus et leur contexte de vie, à travers les infrastructures physiques et/ou sociales pour produire des résultats de santé (Macintyre, Ellaway, & Cummins, 2002) et également l'interaction entre l'agentivité des individus et les structures (Giddens, 1984). Ainsi, l'agentivité des individus et les structures des quartiers contribuent à moduler les chances des individus d'accéder à des états de santé positifs. À

l'échelle des interventions individuelles, adopter une approche écosystémique dans les programmes de cessation tabagique par exemple permettrait d'intervenir non seulement à propos du tabagisme mais également sur celui des conditions de vie qui engendrent le tabagisme. À l'échelle populationnelle, inclure la participation des groupes de personnes visées dans le processus d'élaboration des programmes et politiques anti-tabac constituerait une opportunité pour des groupes marginalisés d'influencer les structures qui gouvernent leur vie.

Cette étude a également montré l'amalgame entre le tabagisme et la pauvreté. Ainsi, les fumeuses des quartiers favorisés sont stigmatisées sur la base de deux étiquettes péjoratives qui leur sont associées : celle de mal fumer et celle d'être associée à une personne pauvre. Cette double stigmatisation nourrit les pratiques sociales acceptables des fumeuses puisqu'elles tentent d'échapper à cette stigmatisation. Les fumeuses des quartiers favorisés répondent à cette stigmatisation en cohérence avec la stratégie individuelle proposée par Goffman dans sa théorie sur la stigmatisation sociale qui propose que l'individu stigmatisé se rapproche du groupe non stigmatisé afin de préserver son identité (Goffman, 1963). C'est ce que les femmes des quartiers favorisés font lorsqu'elles participent à la stigmatisation des fumeuses pauvres. L'association entre le tabagisme et pauvreté crée ainsi une ouverture vers la discrimination structurelle évoquée par Link et Phelan (2001). Tel que décrit dans les résultats, les fumeuses se font compétition pour trouver une place privilégiée dans la hiérarchie des fumeurs. On retrouve également dans la littérature l'importance de la comparaison entre les groupes sociaux dans la formation des inégalités sociales et spatiales (Gatrell, 1997). Tout comme dans l'étude de Airey (2003), les participantes de cette étude entretenaient un discours de distanciation, autant socialement que spatialement par rapport aux comportements qui se produisaient dans leur quartier et qu'elles considéraient comme des incivilités. En amont de la problématique du tabagisme se trouvent les déterminants sociaux qui l'engendrent. Ces déterminants agissent également sur la manière dont la stigmatisation liée au tabagisme est vécue. Par conséquent, toute intervention participant à la réduction des inégalités sociales, telles que les stratégies de lutte à la pauvreté et d'amélioration des conditions de vie, contribueraient à diminuer les inégalités sociales du tabagisme.

La ségrégation des fumeurs dans les quartiers défavorisés enclenche une dynamique de cercle vicieux qui vient renforcer les inégalités sociales. Parce que les fumeurs sont concentrés dans des quartiers défavorisés, la stigmatisation des fumeurs jumelée à celle de la stigmatisation des personnes pauvres s'en trouve facilitée. Les entrevues ont montré que les participantes des quartiers défavorisés discutaient des choses difficiles de leur contexte de vie : l'insécurité et la criminalité dans leur quartier. Ce sont ces fumeuses qui subissent un fardeau plus imposant de la stigmatisation; celle liée au fait qu'elles sont des femmes et celle liée au fait qu'elles sont davantage associées à la pauvreté en raison de leur milieu de vie. Ce fardeau supplémentaire porté par les personnes défavorisées constitue un argument évoqué par certains auteurs pour mettre en garde contre l'utilisation de la stigmatisation en santé publique (Bayer & Stuber, 2006; Bell, Salmon, Bowers, Bell, & McCullough, 2010; Chapman & Freeman, 2008; Voigt, 2010).

Par ailleurs, la définition de la stigmatisation choisie a un rôle important à jouer dans le débat au sujet de son utilisation dans l'objectif d'améliorer la santé des populations. Or, cette définition n'est pas claire et est très variable (Link & Phelan, 2001). Selon Burris, la stigmatisation est une forme de contrôle social dont l'opérationnalisation échappe à des règles communes à l'ensemble de la population puisque son résultat dépend de la réaction des individus qui en sont la cible (Burris, 2008). Ainsi, ce qui importe n'est pas si les fumeuses sont stigmatisées mais plutôt la manière dont elles le sont et les conséquences de cette stigmatisation sur les inégalités sociales et spatiales du tabagisme. La présente étude met en évidence les différentes manières dont la stigmatisation est vécue. Elle montre qu'au-delà de la dichotomie fumeurs/non-fumeurs, il existe un processus de stigmatisation différent entre les divers groupes de fumeuses. Ce résultat renforce la pertinence d'analyser la contribution des relations de pouvoir à la construction de la stigmatisation et des inégalités sociales du tabagisme. Link et Phelan avaient déjà évoqué la participation nécessaire du pouvoir au phénomène de stigmatisation (Link & Phelan, 2001). La notion de pouvoir est pertinente au cas du tabagisme puisque le discours anti-tabac est récupéré par les groupes favorisés, alors que les groupes défavorisés subissent la stigmatisation liée à leur manière de fumer tout en disposant de peu d'opportunités de s'en échapper en raison des contraintes imposées par leurs conditions de vie difficiles. Ceci rejoint l'idée de Parker et Aggleton à savoir que la stigmatisation est utilisée par

certaines personnes afin d'affirmer leur statut de domination hiérarchique dans un système qui produit des inégalités (Parker & Aggleton, 2003).

Il est reconnu que les normes sociales influencent le comportement tabagique (Ahern, Galea, Hubbard, & Syme, 2009; Alamar & Glantz, 2006; Hamilton, Biener, & Brennan, 2008). Les stratégies anti-tabac ont misé sur ce fait pour décourager le tabagisme et encourager la cessation (Bell, Salmon, et al., 2010; Collins & Procter, 2011). Or, même si cet élément a été inclus à prime abord dans la conception de cette étude, les participantes ont peu discuté des législations anti-tabac, soit les règles formelles quant aux interdictions de fumer dans leur quartier. Lorsqu'elles étaient questionnées à ce sujet, elles semblaient avoir de la difficulté à identifier les endroits où il était officiellement interdit de fumer. Il est possible d'expliquer ceci de deux manières différentes. En premier lieu, les interdictions de fumer dans les lieux publics sont entrées en vigueur à Montréal en 2006 (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2015), soit neuf années avant la réalisation des entrevues de la présente recherche. Les jeunes femmes interviewées ont donc passé la majeure partie de leur expérience tabagique – sinon l'entièreté – avec cette « nouvelle » norme anti-tabac. Or, dans une étude précédente, il semble que l'introduction des législations anti-tabac n'aurait pas eu l'effet escompté, soit la réduction ou la cessation tabagique, chez tous les participants et que certains facteurs tels que les réseaux sociaux étaient en cause (Hargreaves et al., 2010). Ceci est cohérent avec le fait que pour les participantes de l'étude actuelle, le manque d'acceptabilité sociale du tabagisme constitue la norme. Ensuite, il y a dans leur propos un désir de vouloir être acceptées socialement. En réponse aux questions sur les interdictions formelles de fumer dans leur quartier, les participantes évoquaient les règles informelles, c'est-à-dire ce qui était mal perçu dans leur communauté, et non les règles formelles d'interdiction tabagique. L'analyse des formes de stigmatisation révèle également que le respect des règles officielles ne suffit pas pour éviter la stigmatisation; il faut respecter l'interdiction informelle, laquelle est souvent liée au contexte et à la pratique sociale. Plus encore, dans certains contextes, fumer est acceptable même s'il existe une interdiction formelle. Ce résultat renforce l'importance des normes sociales comme mécanisme explicatif du tabagisme et celui du discours sur la fumeuse respectueuse en tant que norme sociale tel que le décrit par Poland (2000). En ce qui concerne l'évaluation de l'effet différencié des stratégies populationnelles visant à modifier les normes sociales du

tabagisme, l'inclusion d'indicateurs permettant de mesurer les effets non attendus de ces stratégies telle que la stigmatisation subie par certains groupes peut s'avérer utile.

Le caractère exploratoire de cette recherche a permis de faire ressortir d'autres éléments du modèle de Pearce et al. (2012) qui n'avaient pas été considérés dans la conception de l'étude mais qui se sont avérés pertinents. D'abord le stress, la criminalité et le désordre dans le quartier sont des sujets que les participantes des quartiers défavorisés ont évoqués lorsqu'elles ont discuté de leur sentiment d'insécurité et des activités criminelles dans leur quartier. Ensuite, le renouveau urbain est ressorti à travers le phénomène d'embourgeoisement des quartiers défavorisés. Ces deux éléments ont été rapportés comme faisant partie de l'expérience de la défavorisation de quartier. Le fait que ces sujets sont ressortis parmi les participantes vivant dans les quartiers défavorisés particulièrement renforce la pertinence d'étudier davantage l'influence des taux de criminalité sur le tabagisme, particulièrement chez les femmes (Shareck & Ellaway, 2011; Virtanen et al., 2007) et l'influence de la présence de désordre urbain (Miles, 2006). Aussi, les femmes des quartiers défavorisés ont discuté du caractère inacceptable de l'image de la femme qui fume ainsi que le stéréotype de malpropreté dont elles faisaient l'objet. Ceci fait écho à ce qui a été trouvé précédemment, à savoir que les femmes qui fument vivent une tension supplémentaire liée au genre (Alexander et al., 2010; Nichter et al., 2006). Cette stigmatisation supplémentaire, basée sur le genre, fait partie des facteurs contextuels qui jouent un rôle important dans le tabagisme chez les femmes; elles sont davantage victimes des inégalités sociales du tabagisme (Barnett, Pearce, & Moon, 2009). Malgré cet état de faits, il existe peu ou pas de considération pour intégrer les différences propres aux femmes dans la recherche, les politiques et les programmes liés au tabagisme (Amos et al., 2011; Greaves, 2007).

L'histoire du tabagisme montre que les politiques sociales et économiques des sociétés façonnent les opportunités des femmes et leur chance de fumer, ceci tout au long de leur vie (Amos et al., 2011; Graham et al., 2006). Le fait que les participantes vivant dans les quartiers défavorisés risquent de fumer n'est pas seulement relié à leur situation socio-économique actuelle mais également à leurs expériences de la défavorisation sur le long terme (Graham et al., 2006) et souligne la pertinence d'agir sur les déterminants distaux du tabagisme afin de rééquilibrer

les opportunités des femmes. À terme, ces actions permettraient de briser le cycle de la pauvreté qui entraîne le tabagisme et le tabagisme qui appauvrit les gens, en particulier auprès des femmes. Les conséquences différenciées de la stigmatisation rapportées ici soutiennent le développement d'un cadre éthique qui tient compte des dangers potentiels et implique les communautés concernées dans l'élaboration des politiques anti-tabac (Greaves, 2007; Greaves & Hemsing, 2009a). L'élaboration de politiques anti-tabac transformatives axées sur le genre (Greaves, 2014; Greaves & Hemsing, 2009a) constitue une avenue à privilégier afin d'éviter la reproduction de stéréotypes basés sur le genre. Ce type de politique contribue également à réduire les inégalités en ciblant la source des conditions socio-économiques précaires des femmes.

5. Conclusion

Cette étude exploratoire place l'expérience de la stigmatisation vécue par les jeunes femmes qui fument comme un élément permettant de comprendre les inégalités sociales et spatiales du tabagisme. Les résultats de cette étude suggèrent que la relation de pouvoir entre les classes sociales s'exprime dans les manières dont la stigmatisation des fumeuses est produite, et souligne la participation de la défavorisation de quartier dans ce processus. Les opportunités – ou le manque d'opportunités - créées par les caractéristiques liées à la défavorisation de quartier contribuent aux expériences différenciées du tabagisme et de la stigmatisation. Considérant le gradient social du tabagisme et l'accroissement des inégalités sociales, il est nécessaire d'examiner la question de la stigmatisation des fumeurs de pair avec celles de la stigmatisation des groupes défavorisés et de la condition des femmes. Les interventions populationnelles servant à rééquilibrer les chances entre les groupes défavorisés et favorisés en amont et en aval du problème du tabagisme représentent des avenues prometteuses pour s'assurer que tous bénéficient des efforts de lutte contre le tabagisme.

6. Remerciements

J'aimerais remercier le Fonds de recherche québécois en santé, les Instituts de recherche en santé du Canada ainsi que le Département de médecine sociale et préventive et la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal pour leur soutien financier à mes études de

maîtrise. Je suis profondément reconnaissante du soutien et des conseils reçus de la part des membres de l'équipe de recherche *Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking* de l'École de santé publique de l'Université de Montréal : Dre. Julie Vallée, Dre. Martine Shareck, Josée Lapalme, Rowena Agouri, Adrian Ghenadenik, Thierry Gagné et Sira Camara. Je remercie chaleureusement les participantes de cette étude pour leur temps et générosité.

7. Contributions des auteures

Geneviève McCready a pris en charge la conception de l'étude, la coordination, la réalisation des entrevues en face-à-face, l'analyse des données et l'écriture de l'article. Katherine Frohlich et Nicole Glenn ont supervisé l'étude, coopéré à sa conception et à l'écriture de l'article.

8. Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

9. Références

- Ahern, J., Galea, S., Hubbard, A., & Syme, S. L. (2009). Neighborhood smoking norms modify the relation between collective efficacy and smoking behavior. *Drug Alcohol Depend, 100*(1-2), 138-145. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.09.012
- Airey, L. (2003). "Nae as nice a scheme as it used to be": lay accounts of neighbourhood incivilities and well-being. *Health & Place, 9*(2), 129-137.
- Alamar, B., & Glantz, S. A. (2006). Effect of increased social unacceptability of cigarette smoking on reduction in cigarette consumption. *American Journal of Public Health, 96*(8).
- Alexander, S. A. C., Frohlich, K. L., Poland, B. D., Haines, R. J., & Maule, C. (2010). I'm a young student, I'm a girl ... and for some reason they are hard on me for smoking: The role of gender and social context for smoking behaviour. *Critical Public Health, 20*(3), 323-338. doi: 10.1080/09581590903410197
- Amos, A., Greaves, L., Nichter, M., & Bloch, M. (2011). Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tobacco Control, 21*, 236-243. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050280

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55*(5), 469-480.
- Barnett, R., Pearce, J., & Moon, G. (2009). Community inequality and smoking cessation in New Zealand, 1981-2006. *Social Science & Medicine*, *68*(5), 876-884. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.12.012
- Bayer, R. (2008). Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we. *Social Science & Medicine*, *67*(3), 463-472. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.017>
- Bayer, R., & Stuber, J. (2006). Tobacco Control, Stigma, and Public Health: Rethinking the Relations. *American Journal of Public Health*, *96*(1), 47-50.
- Bell, K., McCullough, L., Salmon, A., & Bell, J. (2010). 'Every space is claimed': smokers' experiences of tobacco denormalisation. *Sociology of Health & Illness*, *32*(6), 914-929. doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01251.x
- Bell, K., Salmon, A., Bowers, M., Bell, J., & McCullough, L. (2010). Smoking, stigma and tobacco 'denormalization': Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine's Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue (67: 3). *Social Science & Medicine*, *70*(6), 795-799. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.060
- Betzner, A. E., Boyle, R. G., Luxenberg, M. G., Schillo, B. A., Keller, P. A., Rainey, J., . . . Saul, J. E. (2012). Experience of Smokers and Recent Quitters with Smokefree Regulations and Quitting. *American Journal of Preventive Medicine*, *43*(5 supplement 3), S163-S170.
- Burris, S. (2008). Stigma, ethics and policy: A commentary on Bayer's 'Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we'. *Social Science & Medicine*, *67*(3), 473-475. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.020>
- Chaix, B., Kestens, Y., Perchoux, C., Karusisi, N., Merlo, J., & Labadi, K. (2012). An interactive mapping tool to assess individual mobility patterns in neighborhood studies. *American Journal of Preventive Medicine*, *43*(4), 440-450.
- Chapman, S., & Freeman, B. (2008). Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tobacco control*, *17*(1), 25-31. doi: 10.1136/tc.2007.021386

- Ciaponni, A. (2011). *Systematic Review of the Link between Tobacco and Poverty*. Repéré à <http://www.cabdirect.org/abstracts/20133034017.html;jsessionid=168228F8B7E958E0C4C3A732F80427B6?freeview=true>
- Collins, D., & Procter, A. (2011). Smokings Shrinking Geographies. *Geography Compass*, 5(12), 918-931. doi: 10.1111/j.1749-8198.2011.00463.x
- Constance, J., & Peretti-watel, P. (2011). Prévenir le tabagisme par l'image : Anatomie du dégoût [Images to Prevent Addiction to Smoking : Anatomy of disgust]. *Ethnologie française (Paris)*, 41(1), 67-78.
- Corsi, D. J., Boyle, M. H., Lear, S. A., Chow, C. K., Teo, K. K., & Subramanian, S. V. (2014). Trends in smoking in Canada from 1950 to 2011: progression of the tobacco epidemic according to socioeconomic status and geography. *Cancer Causes & Control*, 25(1), 45-57. doi: 10.1007/s10552-013-0307-9
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. V., & Macintyre, S. (2007). Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach. *Social science & medicine*, 65(9), 1825-1838.
- Dennis, S. (2011). Smoking causes creative responses: on state antismoking policy and resilient habits. *Critical Public Health*, 21(1), 25-35. doi: 10.1080/09581596.2010.529420
- Dey, I. (1993). *Qualitative data analysis: A user-friendly guide for social scientists*. London: Routledge.
- Direction de la santé publique (2013). *Montréal sans tabac. Le point sur le tabagisme*. Repéré à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89673-251-7.pdf
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(1519).
- Ellaway, A., & Macintyre, S. (2009). Are perceived neighbourhood problems associated with the likelihood of smoking? *J Epidemiol Community Health*, 63(1), 78-80. doi: 10.1136/jech.2007.068767
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

- Farrimond, H. R., & Joffe, H. (2006). Pollution, peril and poverty: a British study of the stigmatization of smokers. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 16*(6), 481. doi: 10.1002/casp.896
- Foldes, S. S., An, L. C., Rode, P., Schillo, B. A., Davern, M., Alesci, N. L., . . . Manley, M. W. (2010). The prevalence of unrecognized tobacco use among young adults. *American Journal of Health Behavior, 34*(3), 309-321.
- Frohlich, K. L., Mykhalovskiy, E., Poland, B. D., Haines-Saah, R., & Johnson, J. (2012). Creating the socially marginalised youth smoker: the role of tobacco control. *Sociology of Health & Illness, 34*(7), 978-993. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01449.x
- Frohlich, K. L., Shareck, M., Vallée, J., Abel, T., Agouri, R., Cantinotti, M., . . . Gagné, T. (2015). Cohort Profile: The Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking (ISIS). *International Journal of Epidemiology, 1-13*. doi: 10.1093/ije/dyv036
- Gatrell, A. C. (1997). Structures of geographical and social space and their consequences for human health. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography, 79*(3), 141-154.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society : outline of the theory of structuration*. Berkeley: University of California Press.
- Giskes, K., van Lenthe, F. J., Turrell, G., Brug, J., & Mackenbach, J. P. (2006). Smokers living in deprived areas are less likely to quit: a longitudinal follow-up. *Tobacco Control, 15*(6), 485-488. doi: 10.1136/tc.2006.015750
- Goffman, E. (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Gouvernement du Québec. (2015a). Découpages territoriaux. Repéré le 17-07-2015 à <http://emis.santemontreal.qc.ca/outils/atlas-sante-montreal/cartes-en-pdf/decoupages-territoriaux-pdf/>
- Gouvernement du Québec. (2015b). Définition des découpages géographiques. Repéré le 17-07-2015 à <http://emis.santemontreal.qc.ca/outils/atlas-sante-montreal/caracteristiques-de-la-population/definition-des-decoupages-geographiques/>
- Graham, H. (2012). Smoking, Stigma and Social Class. *Journal of Social Policy, 41*(1), 83-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S004727941100033X>

- Graham, H., Inskip, H. M., Francis, B., & Harman, J. (2006). Pathways of disadvantage and smoking careers: evidence and policy implications. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60 Suppl 2*, 7-12. doi: 10.1136/jech.2005.045583
- Greaves, L. (2007). *Sifting the evidence: gender and global tobacco control*. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Greaves, L. (2014). Can tobacco control be transformative? Reducing gender inequity and tobacco use among vulnerable populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 11*(1), 792-803. doi: 10.3390/ijerph110100792
- Greaves, L., & Hemsing, N. (2009). Women and tobacco control policies: Social-structural and psychosocial contributions to vulnerability to tobacco use and exposure. *Drug and Alcohol Dependence, 104, Supplement 1*(0), S121-S130. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.05.001>
- Greaves, L., & Jategaonkar, N. (2006). Tobacco policies and vulnerable girls and women: toward a framework for gender sensitive policy development. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(suppl 2), ii57-ii65. doi: 10.1136/jech.2005.045393
- Haines-Saah, R. J., Oliffe, J. L., White, C. F., & Bottorff, J. L. (2013). "It is just not part of the culture here": Young adults' photo-narratives about smoking, quitting, and healthy lifestyles in Vancouver, Canada. *Health & Place, 22*, 19-28.
- Hamilton, W. L., Biener, L., & Brennan, R. T. (2008). Do local tobacco regulations influence perceived smoking norms? Evidence from adult and youth surveys in Massachusetts. *Health Education Research, 23*(4), 709-722. doi: 10.1093/her/cym054
- Hammond, D. (2005). Smoking behaviour among young adults: beyond youth prevention. *Tobacco Control 14*, 181-185. doi: 10.1136/tc.2004.009621
- Hargreaves, K., Amos, A., Hight, G., Martin, C., Platt, S., Ritchie, D., & White, M. (2010). The social context of change in tobacco consumption following the introduction of 'smokefree' England legislation: a qualitative, longitudinal study. *Social Science & Medicine, 71*(3), 459-466. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.025
- 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, 34*(3), 390-396. doi: 10.1093/pubmed/fds012

- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Hystad, P., Carpiano, R. M., Demers, P. A., Johnson, K. C., & Brauer, M. (2013). Neighbourhood socioeconomic status and individual lung cancer risk: Evaluating long-term exposure measures and mediating mechanisms. *Social Science & Medicine, 97*(0), 95-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.08.005>
- Kandula, N. R., Wen, M., Jacobs, E. A., & Lauderdale, D. S. (2009). Association between neighborhood context and smoking prevalence among Asian Americans. *American Journal of Public Health, 99*(5), 885-892. doi: 10.2105/AJPH.2007.131854
- Kleinschmidt, I., Hills, M., & Elliott, P. (1995). Smoking behaviour can be predicted by neighbourhood deprivation measures. *Journal of Epidemiology & Community Health, 49 Suppl 2*, S72-77.
- Lakshman, R., McConville, A., How, S., Flowers, J., Wareham, N., & Cosford, P. (2011). Association between area-level socioeconomic deprivation and a cluster of behavioural risk factors: cross-sectional, population-based study. *Journal of Public Health, 33*(2), 234-245. doi: 10.1093/pubmed/fdq072
- Lasnier, B., Leclerc, B.-S., & Hamel, D. (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/publications/theme73.asp>
- Leclerc, B.-S., & Lasnier, B. (2011). *Surveillance de l'usage du tabac au Québec*. Québec: Bibliothèques et archives nationales du Québec.
- Levin, K. A., Dundas, R., Miller, M., & McCartney, G. (2014). Socioeconomic and geographic inequalities in adolescent smoking: A multilevel cross-sectional study of 15 year olds in Scotland. *Social Science & Medicine, 107*(0), 162-170. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.016>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social science & medicine, 55*(1), 125-139.

- McDermott, L. J., Dobson, A. J., & Owen, N. (2006). From partying to parenthood: young women's perceptions of cigarette smoking across life transitions. *Health Education Research, 21*(3), 428-439. doi: 10.1093/her/cyl041
- Miles, R. (2006). Neighborhood disorder and smoking: Findings of a European urban survey. *Social Science & Medicine, 63*(9), 2464-2475. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.06.011
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2015). Loi sur le tabac. Repéré le 19-06-2015 à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?loi_sur_le_tabac
- Nichter, M., Nichter, M., Lloyd-Richardson, E. E., Flaherty, B., Carkoglu, A., & Taylor, N. (2006). Gendered Dimensions of Smoking Among College Students. *Journal of Adolescent Research, 21*(3), 215-243. doi: 10.1177/0743558406287400
- 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.e24.
- Office of the Surgeon General of Public Health Service (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014* Rockville, MD. Repéré à <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/>
- Pampalon, R., Hamel, D., & Gamache, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec*. Québec: Bibliothèques et archives nationales du Québec.
- Pampalon, R., & Raymond, G. (2000). A deprivation index for health and welfare planning in Quebec. *Chronic Disease Canada, 21*(3), 104-113.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination : a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine, 57*(1), 13-24.
- Pearce, J., Barnett, R., & Moon, G. (2012). Sociospatial inequalities in health-related behaviours: Pathways linking place and smoking. *Progress in Human Geography, 36*(1), 3-24. doi: 10.1177/0309132511402710
- Poland, B. D. (2000). The 'considerate' smoker in public space: the micro-politics and political economy of 'doing the right thing'. *Health & Place, 6*(1), 1-14.
- Reid, J., Hammond, D., Burkhalter, R., & Ahmed, R. (2012). *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends. Edition 2012*. Waterloo: University of Waterloo.

- Reid, J. L., Hammond, D., Rynard, V. L., & Burkhalter, R. (2014). *Tobacco use in Canada: patterns and trends*. Waterloo: University of Waterloo.
- Saldaña, J. (2012). *The coding manual for qualitative researchers*. Los Angeles: Sage.
- San, Gebhardt, W. A., Willemsen, M. C., Nagelhout, G. E., & Dijkstra, A. (2013). Behavioural and psychological responses of lower educated smokers to the smoke-free legislation in Dutch hospitality venues: A qualitative study. *Psychology & Health, 28*(1), 49-66. doi: 10.1080/08870446.2012.712695
- Shareck, M., & Ellaway, A. (2011). Neighbourhood crime and smoking: the role of objective and perceived crime measures. *BMC Public Health, 11*, 930. doi: 10.1186/1471-2458-11-930
- Shohaimi, S., Luben, R., Wareham, N., Day, N., Bingham, S., Welch, A., . . . Khaw, K. T. (2003). Residential area deprivation predicts smoking habit independently of individual educational level and occupational social class. A cross sectional study in the Norfolk cohort of the European Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk). *Journal of Epidemiology & Community Health, 57*(4), 270-276.
- Shortt, N. K., Tisch, C., Pearce, J., Richardson, E. A., & Mitchell, R. (2014). The density of tobacco retailers in home and school environments and relationship with adolescent smoking behaviours in Scotland. *Tobacco Control, 0*(1-8). doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051473
- Statistics Canada. (2012). Dissemination Area (DA). Repéré le 09-06-2015 à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/geo021-eng.cfm>
- Stead, M., MacAskill, S., MacKintosh, A., 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.
- Stuber, J., Galea, S., & Link, B. G. (2009). Stigma and Smoking: The Consequences of Our Good Intentions. *The Social Service Review, 83*(4), 585-609.
- Sunderland, N., Bristed, H., Gudes, O., Boddy, J., & Da Silva, M. (2012). What does it feel like to live here? Exploring sensory ethnography as a collaborative methodology for investigating social determinants of health in place. *Health & Place, 18*(5), 1056-1067. doi: 10.1016/j.healthplace.2012.05.007

- Thompson, L., Pearce, J., & Barnett, J. R. (2007). Moralising geographies: stigma, smoking islands and responsible subjects. *Area*, 39(4), 508-517.
- Virtanen, M., Kivimaki, M., Kouvonen, A., Elovainio, M., Linna, A., Oksanen, T., & Vahtera, J. (2007). Average household income, crime, and smoking behaviour in a local area: the Finnish 10-Town study. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1904-1913. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.01.005
- Voigt, K. (2010). Smoking and Social Justice. *Public Health Ethics*, 3(2), 91-106. doi: Doi 10.1093/Phe/Phq006
- Voigt, K. (2013). "If You Smoke, You Stink." Denormalisation Strategies for the Improvement of Health-Related Behaviours: The Case of Tobacco. (*Ethics in Public Health and Health Policy* (p. 47-61). Montreal: Springer.
- World Health Organization. (2015). Tobacco fact sheet. Repéré le 07-11-2014 à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

Figure 1

Exemple de carte de quartier perçu tracé par la participante

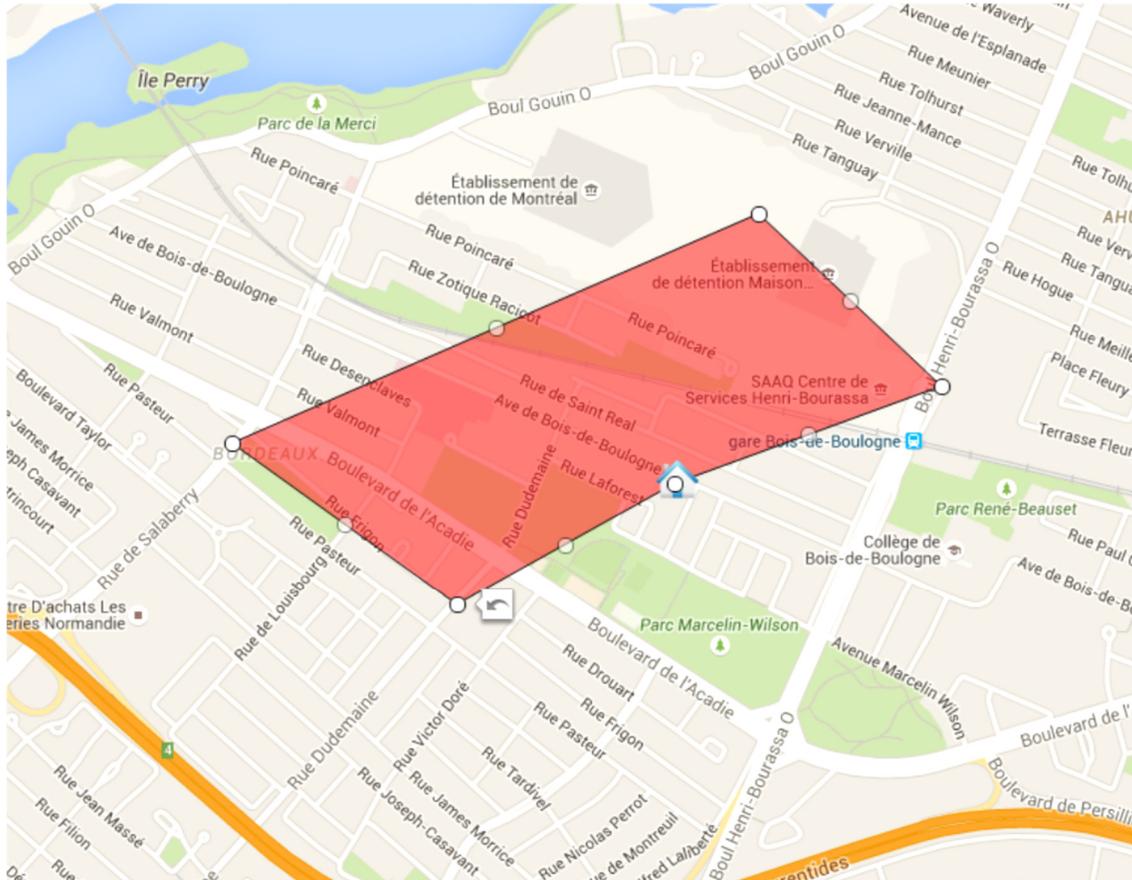


Tableau 1**Caractéristiques socio-démographiques des participantes**

	Pseudonyme	âge	Indice de défavorisation matériel du secteur de résidence	Statut tabagique à l'hiver 2014	Statut tabagique au moment de l'entrevue	Langue
1	Alexia	28	Q-4	Quotidien	Quotidien	Français
2	Carey	24	Q-1	Quotidien	Quotidien	Français
3	Emma	26	Q-1	Quotidien	Occasionnel	Français
4	Fara	23	Q-1	Quotidien	Ex-fumeuse	Français
5	Juliana	24	Q-1	Quotidien	Occasionnel	Français
6	Katie	27	Q-4	Quotidien	Ex-fumeuse	Français
7	Laurianne	24	Q-1	Quotidien	Ex-fumeuse	Français
8	Marianne	26	Q-1	Quotidien	Quotidien	Français
9	Nadia	28	Q-1	Occasionnel	Occasionnel	Anglais
10	Ophélie	26	Q-4	Occasionnel	Occasionnel	Français
11	Pamela	27	Q-4	Occasionnel	Ex-fumeuse	Français
12	Rachel	25	Q-4	Occasionnel	Occasionnel	Français
13	Samantha	22	Q-4	Occasionnel	Occasionnel	Français
14	Tess	26	Q-4	Occasionnel	Occasionnel	Français
15	Viviane	24	Q-4	Occasionnel	Occasionnel	Français

Chapitre 5 : Limites, critères de rigueur et discussion

5.1. Limites

Cette étude présente quelques limites reliées principalement à la stratégie d'échantillonnage. Tout d'abord, les participantes étaient recrutées à travers les participantes de la cohorte ISIS, laquelle a failli à rejoindre les jeunes adultes des aires de diffusion les plus défavorisés (Frohlich et al., 2015). Parmi les participantes recrutées pour l'étude actuelle, seulement deux détenaient un niveau de scolarité équivalent à la complétion du secondaire ou moins, alors qu'elles étaient quatre à détenir un diplôme ou certificat d'étude de niveau CÉGEP et huit à avoir complété un certificat de premier cycle universitaire ou plus⁹. Ensuite, l'indice de Pampalon utilisé pour échantillonner les quartiers sur la base de leur indice de défavorisation matérielle est basé sur les données du recensement canadien de 2006. Les quartiers ont évolué entre 2006 et 2015 et il est donc possible que l'indice de défavorisation des quartiers de résidence des participantes ait été différent au moment où les entrevues ont été réalisées. Entre autres, les participantes des quartiers défavorisés ont toutes évoqué le phénomène récent d'embourgeoisement de leur quartier. Ces deux limites pourraient avoir eu pour conséquence que les résultats ne reflètent pas les formes de stigmatisation vécues par les femmes vivant dans les pires conditions de défavorisation, sur le plan individuel et/ou contextuel. Il demeure néanmoins que cette limite n'a pas porté préjudice à la capacité de contraster les expériences vécues.

L'autre élément qui est parfois ressorti au cours des entrevues était la difficulté pour certaines participantes à définir ce qui représentait leur quartier. Cet enjeu était anticipé et c'est pourquoi les entrevues débutaient par des questions ouvertes amenant les participantes à décrire leur quartier de résidence. De plus, une carte géographique était mise à leur disposition pour faciliter la description d'endroits de leur quartier. D'ailleurs, neuf participantes sur 15 l'ont utilisé. Cependant, pour certaines participantes, le terme « quartier » n'avait pas de signification compréhensible, en particulier lorsqu'elles passaient peu de temps dans leur quartier de résidence. D'autres mots ont donc été utilisés par l'intervieweuse, tel que « l'endroit où vous

⁹ Données provenant du questionnaire ISIS complété à l'hiver 2014

habitez », « là où vous habitez », « près de chez vous ». Pour certaines participantes, elles discutaient de leur quartier comme étant les lieux de socialisation qu'elles fréquentaient, situés près de leur domicile ou ailleurs. Or, les autres lieux fréquentés par les jeunes adultes influencent leurs habitudes tabagiques tandis que leur potentiel de mobilité module les inégalités sociales associées au tabagisme (Shareck & Frohlich, 2013). Les normes sociales par rapport au tabagisme et les expériences de stigmatisation pourraient varier selon les différents lieux fréquentés par les jeunes adultes et leur capacité à se déplacer afin d'être exposés à ces lieux, ce qui n'a pas été pris en considération dans l'étude actuelle.

Le fait que 15 quartiers différents ont été échantillonnés pour cette recherche comporte l'inconvénient de rendre difficile la recherche de discordances à l'intérieur de chacun des sous-ensembles de quartiers (Q-1 et Q-4). En effet, les réalités sont si différentes d'un quartier à l'autre que cela complique la recherche de différences basées précisément sur le niveau de défavorisation matérielle du quartier plutôt que des différences basées sur d'autres éléments des quartiers (par exemple, le capital social des quartiers).

La dernière limite concerne le statut tabagique des participantes. Au départ, il était prévu de recruter parmi les participantes ISIS ayant déclaré fumer régulièrement ou occasionnellement. Lors des échanges préalables à l'entrevue, le caractère labile du statut tabagique des jeunes femmes est ressorti, ce qui représente une réalité vécue par les jeunes adultes (Foldes et al., 2010; Freedman, Nelson, & Feldman, 2012b; McDermott, Dobson, & Owen, 2007). Les participantes ayant cessé de fumer ont été conservées dans l'échantillon étudié, car elles avaient une expérience du tabagisme et de la stigmatisation liée au tabagisme. Cependant, il est possible que la stigmatisation vécue ait eu une influence sur leur statut tabagique. Les trajectoires de statut tabagique entre 2014 et 2015 ou même celles à vie n'ont pas été considérées dans l'analyse. Cependant, les participantes ont évoqué dans leurs expériences de stigmatisation des événements qui se sont produits et qui les ont affectées, qu'elles aient par la suite modifié leur statut tabagique ou non. Lorsque ces expériences étaient en lien avec le quartier, ces données ont été considérées dans l'analyse des expériences de stigmatisation, sans toutefois les relier au changement de statut tabagique, vu la taille d'échantillon trop petite dans chacun des groupes comparés. Il serait pertinent pour des

chercheurs futurs d'étudier ces liens entre la stigmatisation vécue et le changement de statut tabagique.

5.2. Critères de rigueur

Plusieurs mesures ont été prises pour assurer la rigueur de cette recherche. Tout d'abord, dans un souci que les résultats rapportent la réalité telle que vécue par les participantes (crédibilité ou authenticité) (Whittemore, Chase, & Mandle, 2001), l'auteure de ce mémoire a tenu à visiter les quartiers des participantes avant de réaliser les entrevues. Les limites géographiques de ces visites de quartier étaient basées sur celles des cartes de quartier perçu tracées par les participantes (lorsque disponible). Aussi, ce sont ces cartes qui ont été utilisées comme support visuel pour faciliter la description de quartier lors des entrevues. Ceci permettait à l'auteure du mémoire d'éviter de faire référence à leur quartier selon sa propre définition. Les visites de quartier ont permis à l'auteure d'interviewer les participantes avec une sensibilité supplémentaire au contexte de vie qui leur était propre. Par exemple, lorsque la participante faisait référence à un endroit précis dans son quartier, l'intervieweuse pouvait l'encourager à poursuivre sa description. L'auteur a pu utiliser ses notes d'observation des quartiers dans l'analyse afin de lors des visites de quartier, faisant partie des notes de terrain, ont permis d'ancrer l'analyse dans le contexte de vie des participantes et d'assurer une meilleure compréhension des données. La diversification interne à chacun des groupes de défavorisation de quartier (Q1 et Q4), basée sur les statuts tabagiques des participantes et leur appartenance à 15 quartiers différents, a contribué à recueillir des expériences différentes à l'intérieur des groupes comparés et par conséquent à la richesse des données présentées. Cependant, le fait que l'entrevue portait sur l'intersection entre le quartier et les expériences tabagiques a pu favoriser l'exclusion dans les propos des participantes des expériences vécues en dehors du quartier et qui auraient pu s'avérer révélatrices au sujet de leur quartier de résidence ou de leur rapport à ce quartier. Aussi, l'auteure a réalisé une étape de fiabilité intercode avec une autre membre de l'équipe ISIS et discutée avec les directrices. Mays & Pope (2000) décrivent ce processus comme étant utile afin de réduire les risques d'erreur dans l'analyse par l'auteure du mémoire, laquelle était débutante en recherche. Ainsi, cette étape a permis de clarifier la taille des unités d'analyse et les définitions des quatre concepts centraux de la recherche. Elle a aussi fait naître

l'intuition d'un cinquième thème, celui des normes sociales, qui a été récupéré par la suite dans l'analyse des données. L'imputabilité procédurale (Mays & Pope, 2000) est assurée par la description détaillée du processus d'échantillonnage et de la méthode analytique. Les données (bandes audio, verbatims, notes de terrain, journal de bord) et le matériel d'analyse sont disponibles sur demande.

L'intégrité de la recherche, soit la capacité à critiquer ses interprétations et sa posture de chercheur constitue un autre critère de base pour évaluer la rigueur d'une étude qualitative énoncé par Whittermore et al. (2001). Dans la présente recherche, l'auteure a discuté avec ses directrices, notamment au sujet de cas « déviants ». Par contre, l'auteure a trouvé que le manque de temps l'a empêché d'utiliser au mieux les ressources à sa disposition pour mettre ses interprétations à l'épreuve, notamment le recours aux membres de l'équipe de recherche ISIS. Whittermore et al. (2001) énonce des critères secondaires pour évaluer la rigueur, notamment la sensibilité avec laquelle est menée une recherche. À cet égard, il existe une incongruence entre le processus méthodologique et les conclusions de cette recherche. Par exemple, l'utilisation de la stigmatisation comme outil de santé publique et ses conséquences pour des groupes défavorisés sont discutées, alors que les données ont été collectées en dehors d'un processus participatif. Encore ici, le manque de temps n'a pas permis à l'auteure de mettre en place des dispositifs favorisant la contribution des participantes au-delà de leur « don de données » récoltées par l'auteure à travers les entrevues individuelles.

À propos de la pertinence de cette recherche, comme il s'agit d'un devis exploratoire, elle sert à défricher un sujet peu étudié, à tracer des pistes utiles pour des futurs chercheurs qui s'intéressent à la question de la stigmatisation des fumeurs et les inégalités sociales associées au tabagisme. En ce sens, cette étude a réussi à faire ressortir les éléments des quartiers qui pourraient être pertinents à considérer dans des recherches ultérieures sur la stigmatisation des fumeurs, en dedans et en dehors du cadre théorique de départ. La recherche fait état des manières dont la stigmatisation participe à renforcer ou décourager le comportement tabagique dans un contexte précis, et la place que peut occuper la stigmatisation dans les contextes de défavorisation. La riche description des contextes de quartier montréalais aide les lecteurs à situer la recherche et sa signification dans un autre contexte.

5.3. Discussion

Les résultats de cette étude permettent de jeter un nouveau regard sur le modèle des trajectoires reliant la défavorisation de quartier au comportement tabagique de Pearce et al. (2012), qui a servi de référence théorique à cette étude. Bien que le comportement tabagique demeure la résultante du processus comme dans le modèle de Pearce et al., les résultats de cette étude suggèrent un caractère récuratif, plutôt qu'un processus linéaire entre les pratiques sociales du tabagisme et la stigmatisation des fumeurs. La norme par rapport au tabagisme est basée sur les pratiques sociales de la majorité des fumeurs dans ce quartier, par exemple fumer dans un contexte hédoniste. Ceux dont le comportement ne se conforme pas à ces pratiques sociales sont sujets à la stigmatisation. À l'inverse, la stigmatisation des autres manières de fumer, jugées inacceptables, renforce des pratiques sociales précises. L'interrelation se produisant entre la stigmatisation et les pratiques sociales du tabagisme observées dans cette recherche fait ressortir le fait que les stratégies anti-tabac agissent à travers un processus social impliquant la stigmatisation des individus.

Les opportunités offertes par le quartier façonnent le processus de création des pratiques sociales du tabagisme qui sont observées dans ces lieux. La réalité de la stigmatisation dans les quartiers favorisés est transférée dans les quartiers défavorisés à travers le phénomène d'embourgeoisement de ces quartiers. Cependant, les réalités diffèrent dans les opportunités que le quartier offre aux participantes afin qu'elles puissent fumer de manière socialement acceptable. Les quartiers favorisés offrent aux fumeuses un accès à des lieux de divertissement qui leur permettent de projeter l'image de la fumeuse respectueuse, ou encore elles y accèdent par leurs propres moyens. Les quartiers défavorisés de leur côté offrent peu de ces occasions. Les participantes de ces quartiers ont rapporté devoir se cacher pour fumer. Le même phénomène s'observe à travers la pratique sociale de tabagisme de groupe. Tandis que dans les quartiers favorisés, les femmes adoptent la pratique de fumer en groupe par plaisir, les résidentes des quartiers défavorisés le font pour protéger leur intégrité. C'est ce qui a été rapporté dans une autre recherche, où les jeunes femmes se surveillaient l'une l'autre concernant leurs habitudes tabagiques et fumaient en groupe pour réduire les perceptions négatives liées au tabagisme (Nichter et al., 2006). Ces processus sociaux sont modulés par des facteurs contextuels locaux qui peuvent donner des résultats de santé différents ainsi que d'autres effets non attendus, tel

que démontré dans certaines études (Dennis, 2011; Gatrell, 1997; Greaves & Jategaonkar, 2006; Parker & Aggleton, 2003). Cette étude souligne l'importance des contextes locaux dans la production de stratégies différenciées des fumeuses pour faire face à la stigmatisation. Dans la présente recherche, ce ne sont pas n'importe quelles fumeuses qui sont stigmatisées, mais bien celles qui, par leur pratique sociale, se trouvent associées à la pauvreté. Cette étude facilite la compréhension du contexte social à l'intérieur duquel se produisent les inégalités de santé. Ainsi, au-delà de l'implantation de mesures universelles de prévention du tabagisme, les interventions locales demeurent pertinentes lorsqu'il s'agit de tenir compte des réalités locales qui influencent la santé des individus.

Ce phénomène de différenciation dans les contextes sociaux des quartiers met en lumière l'idée des « smoking islands » (Thompson et al., 2007), la concentration des fumeurs dans certains quartiers (Hargreaves et al., 2010), phénomène observable sur l'île de Montréal. Dans les quartiers défavorisés, la ségrégation des fumeurs facilite le processus de stigmatisation sociale, basée sur l'appartenance à ces quartiers. Ce sont les fumeuses habitant dans les quartiers favorisés qui ont surtout discuté de cet amalgame tabagisme-pauvreté et qui, pour y échapper, ont développé des stratégies de distanciation de l'image de la fumeuse pauvre. Cependant, cette distanciation accroît le fossé qui existe entre les personnes vivant dans des conditions de pauvreté et les autres. Ce résultat met l'emphase sur les interactions qui se produisent entre les individus et leur contexte de vie, à travers les infrastructures physiques et/ou sociales pour produire des résultats de santé (Macintyre, Ellaway, & Cummins, 2002b) et également l'interaction entre l'agentivité des individus et les structures (Giddens, 1984). Les caractéristiques de quartier façonnent la manière dont la stigmatisation est vécue par les fumeuses (Hargreaves et al., 2010). À travers la théorie de l'agentivité, des structures et des pratiques sociales, Hargreaves et al. (2010) rapportent la présence d'une tension entre la norme sociale et les capacités des individus chez ceux ayant réduit leur tabagisme post-législation car ils perçoivent que ce changement leur a été imposé. De l'autre côté, ceux qui ont augmenté leur tabagisme post-législation avaient tendance à associer le tabagisme à une gestion du stress ou gravitaient dans des cercles sociaux pro-tabagisme (Hargreaves et al., 2010). Ainsi, l'agentivité des individus et les structures des quartiers contribuent à moduler les chances des individus d'accéder à des états de santé positifs. À l'échelle des interventions individuelles, adopter une

approche écosystémique dans les programmes de cessation tabagique par exemple permettrait d'intervenir non seulement à propos du tabagisme mais également sur celui des conditions de vie qui engendrent le tabagisme. À l'échelle populationnelle, inclure la participation des groupes de personnes visées dans le processus d'élaboration des programmes et politiques anti-tabac constituerait une opportunité pour des groupes marginalisés d'influencer les structures qui gouvernent leur vie.

Cette étude a également montré l'amalgame entre le tabagisme et la pauvreté. Ainsi, les fumeuses des quartiers favorisés sont stigmatisées sur la base de deux étiquettes péjoratives qui leur sont associées : celle de mal fumer et celle d'être associée à une personne pauvre. Cette double stigmatisation nourrit les pratiques sociales acceptables des fumeuses puisqu'elles tentent d'échapper à cette stigmatisation. Les fumeuses des quartiers favorisés répondent à cette stigmatisation en cohérence avec la stratégie individuelle proposée par Goffman (1963) dans sa théorie sur la stigmatisation sociale qui propose que l'individu stigmatisé se rapproche du groupe non stigmatisé afin de préserver son identité. C'est ce que les femmes des quartiers favorisées font lorsqu'elles participent à la stigmatisation des fumeuses pauvres. L'association entre le tabagisme et pauvreté crée ainsi une ouverture vers la discrimination structurelle évoquée par Link et Phelan (2001). Tel que démontré dans les résultats, les fumeuses se font compétition pour trouver une place privilégiée dans la hiérarchie des fumeurs. On retrouve également dans la littérature l'importance de la comparaison entre les groupes sociaux dans la formation des inégalités sociales et spatiales (Gatrell, 1997). Tout comme dans l'étude de Airey (2003), les participantes de cette étude entretenaient un discours de distanciation, autant socialement que spatialement par rapport aux comportements qui se produisaient dans leur quartier et qu'elles considéraient comme des incivilités.

Si la stigmatisation des fumeurs encourageait les fumeuses des quartiers favorisés à se rapprocher des non-fumeurs à l'image de la stratégie individuelle de Goffman, il est possible que d'autres optent pour la stratégie collective visant à s'associer aux autres fumeurs. Dans les quartiers défavorisés, la ségrégation des fumeurs enclenche une dynamique de cercle vicieux; la stigmatisation des fumeurs jumelée à celle de la stigmatisation des personnes pauvres s'en trouve facilitée. Cette double stigmatisation renforce les inégalités sociales en accentuant le

fossé existant entre les « pauvres qui fument de manière inacceptable » et les autres. D'ailleurs, il a été démontré que la stigmatisation participe à la création des inégalités sociales de santé (Puhl & Heuer, 2010; Varni, Miller, McCuin, & Solomon, 2012). Il est également reconnu que le fait de vivre dans des conditions de pauvreté pose des obstacles à la participation sociale (Organisation mondiale de la santé, 2008), empirant la situation d'exclusion sociale. L'un des aspects relevé dans la littérature est l'effet néfaste de l'auto-stigmatisation (Ritchie et al., 2010). L'analyse des entrevues de cette recherche a révélé que les participantes ont intégré le discours moralisateur à propos des effets néfastes du tabagisme puisqu'elles tentent de modifier leurs pratiques tabagiques pour éviter la stigmatisation. Or, lorsque l'individu stigmatisé internalise les messages dénigrants qui lui sont attribués par les autres, cela peut le conduire à ne pas avoir recours aux services de santé lorsqu'il en a besoin (Rusch, Angermeyer, & Corrigan, 2005), ce qui serait contre-productif dans les efforts d'offre de services de cessation tabagique. Les entrevues ont rapporté que les participantes des quartiers défavorisés discutaient de choses difficiles de leur contexte de vie : l'insécurité et la criminalité dans leur quartier. Ce sont ces fumeuses qui subissent un fardeau plus imposant de la stigmatisation; celui lié au fait qu'elles sont des femmes et celui lié au fait qu'elles sont davantage associées à la pauvreté en raison de leur milieu de vie. Ce fardeau supplémentaire porté par les personnes défavorisées constitue un argument évoqué par certains auteurs pour mettre en garde contre l'utilisation de la stigmatisation en santé publique (Bayer & Stuber, 2006; Bell, Salmon, et al., 2010; Chapman & Freeman, 2008; Voigt, 2010). En amont de la problématique du tabagisme se trouvent les déterminants sociaux qui l'engendrent. Ces déterminants agissent également sur la manière dont la stigmatisation liée au tabagisme est vécue. Par conséquent, les interventions participant à la réduction des inégalités sociales, telles que les stratégies de lutte à la pauvreté et d'amélioration des conditions de vie, contribueraient à diminuer les inégalités sociales du tabagisme.

Par ailleurs, la définition de la stigmatisation choisie a un rôle important à jouer dans le débat au sujet de son utilisation dans l'objectif d'améliorer la santé des populations. Or, cette définition n'est pas claire et est très variable (Link & Phelan, 2001). Selon Burris (2008), la stigmatisation est une forme de contrôle social dont l'opérationnalisation échappe à des règles communes à l'ensemble de la population puisque son résultat dépend de la réaction des individus qui en sont la cible. Ainsi, ce qui importe n'est pas si les fumeuses sont stigmatisées mais plutôt

la manière dont elles le sont et les conséquences de cette stigmatisation sur les inégalités sociales et spatiales du tabagisme. La présente étude met en évidence les différentes manières dont la stigmatisation est vécue. Elle montre qu'en dehors de la dichotomie fumeurs/non-fumeurs, il existe un processus de stigmatisation différent entre les divers groupes de fumeuses. Ce résultat renforce la pertinence d'analyser la contribution des relations de pouvoir à la construction de la stigmatisation et des inégalités sociales du tabagisme. Link et Phelan avaient déjà évoqué la participation nécessaire du pouvoir au phénomène de stigmatisation (Link & Phelan, 2001). La notion de pouvoir est pertinente au cas du tabagisme puisque le discours anti-tabac est récupéré par les groupes favorisés, alors que les groupes défavorisés subissent la stigmatisation liée à leur manière de fumer tout en disposant de peu d'opportunités de s'en échapper en raison des contraintes imposées par leurs conditions de vie difficiles. Ceci rejoint l'idée de Parker et Aggleton (2003) à savoir que la stigmatisation est utilisée par certaines personnes afin d'affirmer leur statut de domination hiérarchique dans un système qui produit des inégalités.

Il est reconnu que les normes sociales influencent le comportement tabagique (Ahern, Galea, Hubbard, & Syme, 2009; Alamar & Glantz, 2006; Hamilton, Biener, & Brennan, 2008). Les stratégies anti-tabac ont misé sur ce fait pour décourager le tabagisme et encourager la cessation (Bell, Salmon, et al., 2010; Collins & Procter, 2011). Or, même si cet élément a été inclus à prime abord dans la conception de cette étude, les participantes ont peu discuté des législations anti-tabac, soit les règles formelles quant aux interdictions de fumer dans leur quartier. Lorsqu'elles étaient questionnées à ce sujet, elles semblaient avoir de la difficulté à identifier les endroits où il était officiellement interdit de fumer. Il est possible d'expliquer ceci de deux manières différentes. En premier lieu, les interdictions de fumer dans les lieux publics sont entrées en vigueur à Montréal en 2006 (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2015), soit neuf années avant la réalisation des entrevues de la présente recherche. Les jeunes femmes interviewées ont donc passé la majeure partie de leur expérience tabagique – sinon l'entièreté – avec cette « nouvelle » norme anti-tabac. Or, dans une étude précédente, il semble que l'introduction des législations anti-tabac n'aurait pas eu l'effet escompté, soit la réduction ou la cessation tabagique, chez tous les participants et que certains facteurs tels que les réseaux sociaux étaient en cause (Hargreaves et al., 2010). Ceci est cohérent avec le fait que pour les participantes de l'étude actuelle, le manque d'acceptabilité sociale du tabagisme constitue la

norme. Ensuite, il y a dans leur propos un désir de vouloir être acceptées socialement. En réponse aux questions sur les interdictions formelles de fumer dans leur quartier, les participantes évoquaient les règles informelles, c'est-à-dire ce qui était mal perçu dans leur communauté, et non les règles formelles d'interdiction tabagique. L'analyse des formes de stigmatisation révèle également que le respect des règles officielles ne suffit pas pour éviter la stigmatisation; il faut respecter l'interdiction informelle, laquelle est souvent liée au contexte et à la pratique sociale. Plus encore, dans certains contextes, fumer est acceptable même s'il existe une interdiction formelle. Ce résultat met l'accent sur l'importance des normes sociales comme mécanisme explicatif du tabagisme et renforce l'importance du discours sur la fumeuse respectueuse en tant que norme sociale tel que le décrit par Poland (2000). En ce qui concerne l'évaluation de l'effet différencié des stratégies populationnelles visant à modifier les normes sociales du tabagisme, l'inclusion d'indicateurs permettant de mesurer les effets non attendus de ces stratégies telle que la stigmatisation subie par certains groupes peut s'avérer utile.

Le caractère exploratoire de cette recherche a permis de faire ressortir d'autres éléments du modèle de Pearce et al. (2012) qui n'avaient pas été considérés dans la conception de l'étude mais qui se sont avérés pertinents. D'abord le stress, la criminalité et le désordre dans le quartier sont des sujets que les participantes des quartiers défavorisés ont évoqués lorsqu'elles ont discuté de leur sentiment d'insécurité et des activités criminelles dans leur quartier. Ensuite, le renouveau urbain est ressorti à travers le phénomène d'embourgeoisement des quartiers défavorisés. Ces deux éléments ont été rapportés comme faisant partie de l'expérience de la défavorisation de quartier. Le fait que ces sujets sont ressortis parmi les participantes vivant dans les quartiers défavorisés particulièrement renforce la pertinence d'étudier davantage l'influence des taux de criminalité sur le tabagisme, particulièrement chez les femmes (Shareck & Ellaway, 2011; Virtanen et al., 2007) et l'influence de la présence de désordre urbain (Miles, 2006).

Aussi, les femmes des quartiers défavorisés ont discuté du caractère inacceptable de l'image de la femme qui fume ainsi que le stéréotype de malpropreté dont elles faisaient l'objet. Ceci fait écho à ce qui a été trouvé précédemment, à savoir que les femmes qui fument vivent une tension supplémentaire liée au genre (Alexander et al., 2010; Nichter et al., 2006). Elles

sont davantage victimes d'une image sociale négative associée au comportement de fumer et vivent des préoccupations par rapport à leur image corporelle. Cette stigmatisation supplémentaire, basée sur le genre, fait partie des facteurs contextuels qui jouent un rôle important dans le tabagisme chez les femmes; elles sont davantage victimes des inégalités sociales du tabagisme (Barnett, Pearce, & Moon, 2009).

Il semble que les effets des politiques anti-tabac sont plus limités auprès des femmes défavorisées (Greaves et al., 2006). En particulier, les femmes qui sont plus jeunes, qui vivent dans des quartiers défavorisés ou qui proviennent de minorités culturelles ont moins de succès dans leurs tentatives de cessation tabagique (Nichter et al., 2009). Une revue de littérature utilisant une analyse critique sensible au sexe et au genre a montré que les politiques anti-tabac contribuent à la marginalisation des femmes défavorisées (Greaves & Hemsing, 2009b). Celles-ci bénéficient moins des réglementations anti-tabac dans les espaces publics, et subissent de la discrimination dans l'accès aux ressources de cessation tabagique, dans les milieux de travail ainsi que dans l'accès au logement. Cette différenciation dans l'expérience de la stigmatisation est importante à analyser, d'autant plus que les compagnies de tabac mettent des efforts pour commercialiser et publiciser leurs produits spécifiquement auprès des femmes de faible statut socio-économique (Brown-Johnson, England, Glantz, & Ling, 2014). La stigmatisation se trouve accentuée lorsqu'elles sont enceintes ou lorsqu'elles doivent composer avec les soins à donner aux enfants (Greaves & Hemsing, 2009a). La stigmatisation vécue pourrait même avoir pour effet de nuire à la santé mentale des femmes défavorisées et augmenter leur consommation de cigarettes et d'alcool (Burgess, Fu, & van Ryn, 2009). Les sentiments de culpabilité dus à la stigmatisation liée au statut de fumeur s'ajoutent à l'expérience de vivre dans des conditions de défavorisation pour former une détresse chez des individus dont l'identité est déjà fragilisée (Burris, 2008).

Malgré cet état de faits, il existe peu ou pas de considération pour intégrer les différences propres aux femmes dans la recherche, les politiques et les programmes liés au tabagisme (Amos et al., 2011; Greaves, 2007). Les politiques actuelles ne tiennent pas compte des caractéristiques des femmes fumeuses et de la complexité du contexte social du tabagisme auprès de cette clientèle (Greaves & Hemsing, 2009a; Greaves & Jategaonkar, 2006). Ceci est nécessaire si l'on

veut prévenir les effets non désirés et non intentionnels des politiques anti-tabac (Hemsing, Greaves, Poole, & Bottorff, 2012; Moore, McLellan, Tauras, & Fagan, 2009), réduire les conséquences du tabagisme chez les enfants à naître (Office of the Surgeon General of Public Health Service, 2014) et s'assurer que les fumeuses provenant de milieux défavorisés bénéficient elles aussi des politiques et programmes mis en place (Greaves & Hemsing, 2009b). L'histoire du tabagisme montre que les politiques sociales et économiques des sociétés façonnent les opportunités des femmes et leur chance de fumer, ceci tout au long de leur vie (Amos et al., 2011; Graham et al., 2006). Le fait que les participantes vivant dans les quartiers défavorisés risquent de fumer n'est pas seulement relié à leur situation socio-économique actuelle mais également à leurs expériences de la défavorisation sur le long terme (Graham et al., 2006) et souligne la pertinence d'agir sur les déterminants distaux du tabagisme afin de rééquilibrer les opportunités des femmes. À terme, ces actions permettraient de briser le cycle de la pauvreté qui entraîne le tabagisme et le tabagisme qui appauvrit les gens, en particulier auprès des femmes. Les conséquences différenciées de la stigmatisation rapportées ici soutiennent le développement d'un cadre éthique qui tient compte des dangers potentiels et implique les communautés concernées dans l'élaboration des politiques anti-tabac (Greaves, 2007; Greaves & Hemsing, 2009a). L'élaboration de politiques anti-tabac transformatives axées sur le genre (Greaves, 2014; Greaves & Hemsing, 2009a) constitue une avenue à privilégier afin d'éviter la reproduction de stéréotypes basés sur le genre. Ce type de politique contribue également à réduire les inégalités en ciblant la source des conditions socio-économiques précaires des femmes.

Chapitre 6 : Conclusion

À travers la comparaison des expériences de la stigmatisation liée au tabagisme chez les jeunes femmes sont apparues l'importance des règles informelles dans la formation de la dénormalisation du tabagisme ainsi que la hiérarchisation des différentes classes de fumeuses. Cette étude exploratoire place l'expérience de la stigmatisation vécue par les jeunes femmes qui fument comme un élément permettant de comprendre les inégalités sociales et spatiales du tabagisme. Les résultats de cette étude suggèrent que la relation de pouvoir entre les classes sociales s'exprime dans les manières dont la stigmatisation des fumeuses est produite, et

souligne la participation de la défavorisation de quartier dans ce processus. Les opportunités – ou le manque d’opportunités - créées par les caractéristiques liées à la défavorisation de quartier contribuent aux expériences différenciées du tabagisme et de la stigmatisation. Les femmes des quartiers défavorisés sont plus vulnérables à la stigmatisation reliée au tabagisme parce qu’elle s’ajoute à d’autres types de stigmatisation, basées sur le genre et la pauvreté.

Les mesures universelles anti-tabac devraient être soutenues par des interventions locales qui s’adaptent plus aisément aux contextes de vie des groupes défavorisés. Une approche qui tient compte de ces conditions donnerait plus de chance de réussite aux interventions individuelles et serait plus équitable. La participation des groupes de fumeurs plus défavorisés aux processus d’élaboration et de décision quant aux programmes et politiques anti-tabac s’enlignerait avec les recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (Organisation Mondiale de la santé, 2008). Considérant le gradient social du tabagisme et l’accroissement des inégalités sociales, il est nécessaire d’examiner la question de la stigmatisation des fumeurs de pair avec celles de la stigmatisation des groupes défavorisés et de la condition des femmes. Un processus participatif et inclusif permettrait la création de politiques évitant la mise à l’écart de certains groupes marginalisés qui constituent pourtant les bénéficiaires de ces politiques. La stigmatisation de certains groupes de fumeurs créée par des politiques inéquitables renforce l’impératif d’un cadre éthique dans l’élaboration des politiques ainsi que dans le milieu de la recherche sur le tabagisme, de manière à tenir compte des effets non attendus des interventions anti-tabac. Finalement, les interventions populationnelles servant à rééquilibrer les chances entre les groupes défavorisés et favorisés en amont du problème du tabagisme représentent une avenue prometteuse pour s’assurer que tous bénéficient des efforts de lutte contre le tabagisme.

Bibliographie

- Adams, M. L., Jason, L. A., Pokorny, S., & Hunt, Y. (2013). Exploration of the Link Between Tobacco Retailers in School Neighborhoods and Student Smoking. *Journal of School Health, 83*(2), 112-118. doi: 10.1111/josh.12006
- Ahern, J., Galea, S., Hubbard, A., & Syme, S. L. (2009). Neighborhood smoking norms modify the relation between collective efficacy and smoking behavior. *Drug Alcohol Depend, 100*(1-2), 138-145. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.09.012
- Airey, L. (2003). "Nae as nice a scheme as it used to be": lay accounts of neighbourhood incivilities and well-being. *Health & Place, 9*(2), 129-137.
- Alamar, B., & Glantz, S. A. (2006). Effect of increased social unacceptability of cigarette smoking on reduction in cigarette consumption. *American Journal of Public Health, 96*(8).
- Alexander, S. A. C., Frohlich, K. L., Poland, B. D., Haines, R. J., & Maule, C. (2010). I'm a young student, I'm a girl ... and for some reason they are hard on me for smoking: The role of gender and social context for smoking behaviour. *Critical Public Health, 20*(3), 323-338. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09581590903410197>
- Amos, A., Greaves, L., Nichter, M., & Bloch, M. (2011). Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tobacco Control, 21*, 236-243. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050280
- Arbour-Nicitopoulos, K. P., Kwan, M. Y. W., Lowe, D., Taman, S., & Faulkner, G. E. J. (2010). Social norms of alcohol, smoking, and marijuana use within a Canadian university setting. *Journal of American College Health, 59*(3), 191-196. doi: 10.1080/07448481.2010.502194
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist American Psychologist, 55*(5), 469-480.
- Barnett, R., Pearce, J., & Moon, G. (2009). Community inequality and smoking cessation in New Zealand, 1981-2006. *Social Science & Medicine, 68*(5), 876-884. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.12.012

- Bayer, R. (2008). Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we. *Social Science & Medicine*, 67(3), 463-472. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.017>
- Bayer, R., & Stuber, J. (2006). Tobacco Control, Stigma, and Public Health: Rethinking the Relations. *American Journal of Public Health*, 96(1), 47-50.
- Bell, K., McCullough, L., Salmon, A., & Bell, J. (2010). 'Every space is claimed': smokers' experiences of tobacco denormalisation. *Sociology of Health & Illness*, 32(6), 914-929. doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01251.x
- Bell, K., Salmon, A., Bowers, M., Bell, J., & McCullough, L. (2010). Smoking, stigma and tobacco 'denormalization': Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine's Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue (67: 3). *Social Science & Medicine*, 70(6), 795-799. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.060
- Betzner, A. E., Boyle, R. G., Luxenberg, M. G., Schillo, B. A., Keller, P. A., Rainey, J., . . . Saul, J. E. (2012). Experience of Smokers and Recent Quitters with Smokefree Regulations and Quitting. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(5 supplement 3), S163-S170.
- Brown-Johnson, C. G., England, L. J., Glantz, S. A., & Ling, P. M. (2014). Tobacco industry marketing to low socioeconomic status women in the USA. *Tobacco Control*, 23, e139-e146. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051224
- Brown, T., Platt, S., & Amos, A. (2014). Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: systematic review. *Tobacco Control*, 0, 1-8. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051451
- Burgess, D. J., Fu, S. S., & van Ryn, M. (2009). Potential Unintended Consequences of Tobacco-Control Policies on Mothers Who Smoke: A Review of the Literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2, Supplement), S151-S158. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.05.006>
- Burris, S. (2008). Stigma, ethics and policy: A commentary on Bayer's 'Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we'. *Social Science & Medicine*, 67(3), 473-475. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.020>

- Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. *The Cochrane database of systematic reviews, Issue 7. Art. No.: CD001291*. doi: 10.1002/14651858.CD001291.pub2.
- Cattell, V., Dines, N., Gesler, W., & Curtis, S. (2008). Mingling, observing, and lingering: everyday public spaces and their implications for well-being and social relations. *Health & Place, 14*(3), 544-561. doi: 10.1016/j.healthplace.2007.10.007
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Current Cigarette Smoking Among Adults — United States, 2005–2012. Repéré le 06-11-2014 à http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6302a2.htm?s_cid=mmmm6302a2_w
- Chaix, B., Kestens, Y., Perchoux, C., Karusisi, N., Merlo, J., & Labadi, K. (2012). An interactive mapping tool to assess individual mobility patterns in neighborhood studies. *American Journal of Preventive Medicine, 43*(4), 440-450.
- Chapman, S., & Freeman, B. (2008). Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tobacco control, 17*(1), 25-31. doi: 10.1136/tc.2007.021386
- 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. doi: 10.1136/jech.2004.029041
- Ciaponni, A. (2011). *Systematic Review of the Link between Tobacco and Poverty*. Repéré à <http://www.cabdirect.org/abstracts/20133034017.html;jsessionid=168228F8B7E958E0C4C3A732F80427B6?freeview=true>
- Collins, D., & Procter, A. (2011). Smokings Shrinking Geographies. *Geography Compass, 5*(12), 918-931. doi: 10.1111/j.1749-8198.2011.00463.x
- Constance, J., & Peretti-watel, P. (2011). Prévenir le tabagisme par l'image : Anatomie du dégoût [Images to Prevent Addiction to Smoking : Anatomy of disgust]. *Ethnologie française (Paris), 41*(1), 67-78.
- Corsi, D. J., Boyle, M. H., Lear, S. A., Chow, C. K., Teo, K. K., & Subramanian, S. V. (2014). Trends in smoking in Canada from 1950 to 2011: progression of the tobacco epidemic

- according to socioeconomic status and geography. *Cancer Causes & Control*, 25(1), 45-57. doi: 10.1007/s10552-013-0307-9
- Datta, G. D., Subramanian, S. V., Colditz, G. A., Kawachi, I., Palmer, J. R., & Rosenberg, L. (2006). Individual, neighborhood, and state-level predictors of smoking among US Black women: a multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 63(4), 1034-1044. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.03.010
- Dennis, S. (2011). Smoking causes creative responses: on state antismoking policy and resilient habits. *Critical Public Health*, 21(1), 25-35. doi: 10.1080/09581596.2010.529420
- Dent, C., & Biglan, A. (2004). Relation between access to tobacco and adolescent smoking. *Tobacco Control*, 13(4), 334-338. doi: 10.1136/tc.2003.004861
- Dey, I. (1993). *Qualitative data analysis: A user-friendly guide for social scientists*. London: Routledge.
- Diez Roux, A. V. (2001). Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1783-1789.
- Direction de la santé publique (2013). *Montréal sans tabac. Le point sur le tabagisme*. Repéré à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/isbn978-2-89673-251-7.pdf
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(1519).
- Duncan, C., Jones, K., & Moon, G. (1999). Smoking and deprivation: are there neighbourhood effects? *Social Science and Medicine*, 48(4), 497-505.
- Ecob, R., & Macintyre, S. (2000). Small area variations in health related behaviours; do these depend on the behaviour itself, its measurement, or on personal characteristics? *Health & Place*, 6(4), 261-274.
- Ellaway, A., & Macintyre, S. (2009a). Are perceived neighbourhood problems associated with the likelihood of smoking? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(1), 78-80. doi: 10.1136/jech.2007.068767
- Ellaway, A., & Macintyre, S. (2009b). Are perceived neighbourhood problems associated with the likelihood of smoking? *J Epidemiol Community Health*, 63(1), 78-80. doi: 10.1136/jech.2007.068767

- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advance Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Farrimond, H. R., & Joffe, H. (2006). Pollution, peril and poverty: a British study of the stigmatization of smokers. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(6), 481. doi: 10.1002/casp.896
- Federico, B., Costa, G., & Kunst, A. E. (2007). Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts. *American Journal of Public Health*, 97(5), 838-845. doi: 10.2105/AJPH.2005.067082
- Foldes, S. S., An, L. C., Rode, P., Schillo, B. A., Davern, M., Alesci, N. L., . . . Manley, M. W. (2010). The prevalence of unrecognized tobacco use among young adults. *American Journal of Health Behavior*, 34(3), 309-321.
- Freedman, K. S., Nelson, N. M., & Feldman, L. L. (2012a). Smoking initiation among young adults in the United States and Canada, 1998-2010: a systematic review. *Preventing Chronic Disease*, 9 1-14.
- Freedman, K. S., Nelson, N. M., & Feldman, L. L. (2012b). Smoking initiation among young adults in the United States and Canada, 1998-2010: a systematic review. *Prev Chronic Dis*, 9, E05.
- Frohlich, K. L. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. PU: Montréal.
- Frohlich, K. L., Mykhalovskiy, E., Poland, B. D., Haines-Saah, R., & Johnson, J. (2012). Creating the socially marginalised youth smoker: the role of tobacco control. *Sociology of Health & Illness*, 34(7), 978-993. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01449.x
- Frohlich, K. L., Potvin, L., Chabot, P., & Corin, E. (2002). A theoretical and empirical analysis of context. *Social Science & Medicine* 54(9), 1401-1417.
- Frohlich, K. L., Potvin, L., Gauvin, L., & Chabot, P. (2002). Youth smoking initiation: disentangling context from composition. *Health & Place*, 8(3), 155-166.
- Frohlich, K. L., Shareck, M., Vallée, J., Abel, T., Agouri, R., Cantinotti, M., . . . Gagné, T. (2015). Cohort Profile: The Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking (ISIS). *International Journal of Epidemiology*, 1-13. doi: 10.1093/ije/dyv036
- Gatrell, A. C. (1997). Structures of geographical and social space and their consequences for human health. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 79(3), 141-154.

- Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society : outline of the theory of structuration*. Berkeley: University of California Press.
- Giskes, K., van Lenthe, F. J., Turrell, G., Brug, J., & Mackenbach, J. P. (2006). Smokers living in deprived areas are less likely to quit: a longitudinal follow-up. *Tobacco Control, 15*(6), 485-488. doi: 10.1136/tc.2006.015750
- Goffman, E. (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Gouvernement du Québec. (2015a). Découpages territoriaux. Repéré le 17-07-2015 à <http://emis.santemontreal.qc.ca/outils/atlas-sante-montreal/cartes-en-pdf/decoupages-territoriaux-pdf/>
- Gouvernement du Québec. (2015b). Définition des découpages géographiques. Repéré le 17-07-2015 à <http://emis.santemontreal.qc.ca/outils/atlas-sante-montreal/caracteristiques-de-la-population/definition-des-decoupages-geographiques/>
- Government of Canada. (2012a). Current smoking trends Repéré le 10-06-2015 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11676-eng.htm>
- Government of Canada. (2012b). Current Smoking Trends.
- Graham, H. (2012). Smoking, Stigma and Social Class. *Journal of Social Policy, 41*(1), 83-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S004727941100033X>
- Graham, H., Inskip, H. M., Francis, B., & Harman, J. (2006). Pathways of disadvantage and smoking careers: evidence and policy implications. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60 Suppl 2*, 7-12. doi: 10.1136/jech.2005.045583
- Greaves, L. (2007). *Sifting the evidence: gender and global tobacco control*. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Greaves, L. (2014). Can tobacco control be transformative? Reducing gender inequity and tobacco use among vulnerable populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 11*(1), 792-803. doi: 10.3390/ijerph110100792
- Greaves, L., & Hemsing, N. (2009a). Women and tobacco control policies: Social-structural and psychosocial contributions to vulnerability to tobacco use and exposure. *Drug and*

- Alcohol Dependence*, 104, Supplement 1(0), S121-S130. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.05.001>
- Greaves, L., & Jategaonkar, N. (2006). Tobacco policies and vulnerable girls and women: toward a framework for gender sensitive policy development. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(suppl 2), ii57-ii65. doi: 10.1136/jech.2005.045393
- Greaves, L., Johnson, J., Bottorff, J., Kirkland, S., Jategaonkar, N., McGowan, M., . . . Battersby, L. (2006). What are the effects of tobacco policies on vulnerable populations?: A better practices review. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 310-315.
- Greaves, L. J., & Hemsing, N. J. (2009b). Sex, Gender, and Secondhand Smoke Policies: Implications for Disadvantaged Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2, Supplement), S131-S137. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.05.012>
- Haines-Saah, R. J., Oliffe, J. L., White, C. F., & Bottorff, J. L. (2013). "It is just not part of the culture here": Young adults' photo-narratives about smoking, quitting, and healthy lifestyles in Vancouver, Canada. *Health & Place*, 22, 19-28.
- Hamilton, W. L., Biener, L., & Brennan, R. T. (2008). Do local tobacco regulations influence perceived smoking norms? Evidence from adult and youth surveys in Massachusetts. *Health Education Research*, 23(4), 709-722. doi: 10.1093/her/cym054
- Hammond, D. (2005). Smoking behaviour among young adults: beyond youth prevention. *Tobacco Control* 14, 181-185. doi: 10.1136/tc.2004.009621
- Hargreaves, K., Amos, A., Hight, G., Martin, C., Platt, S., Ritchie, D., & White, M. (2010). The social context of change in tobacco consumption following the introduction of 'smokefree' England legislation: a qualitative, longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 71(3), 459-466. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.025
- Harman, J., Graham, H., Francis, B., & Inskip, H. M. (2006). Socioeconomic gradients in smoking among young women: A British survey. *Social Science & Medicine*, 63(11), 2791-2800. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.07.021
- Hefler, M., & Chapman, S. (2014). Disadvantaged youth and smoking in mature tobacco control contexts: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Tobacco control*, 0, 1-7. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051756

- Heikkinen, H., Patja, K., & Jallinoja, P. (2010). Smokers' accounts on the health risks of smoking: why is smoking not dangerous for me? *Social Science & Medicine*, *71*(5), 877-883. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.036
- Hemings, N., Greaves, L., Poole, N., & Bottorff, J. (2012). Reshuffling and relocating: the gendered and income-related differential effects of restricting smoking locations. *Journal of Environmental and Public Health*, *2012*, 1-12. doi: 10.1155/2012/907832
- 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*, *34*(3), 390-396. doi: 10.1093/pubmed/fds012
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, *15*(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Huisman, M., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2005). Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tobacco Control*, *14*(2), 106-113. doi: 10.1136/tc.2004.008573
- Hystad, P., Carpiano, R. M., Demers, P. A., Johnson, K. C., & Brauer, M. (2013). Neighbourhood socioeconomic status and individual lung cancer risk: Evaluating long-term exposure measures and mediating mechanisms. *Social Science & Medicine*, *97*(0), 95-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.08.005>
- Institut de la statistique du Québec. (2012). Répartition de la population de 25 à 64 ans selon le plus haut niveau de scolarité atteint, la région administrative, l'âge et le sexe, Québec. Repéré le 24-05-2015 à <http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/education/niveau-scolaire/repartition-scol-ra-sexe-age.html>
- 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. *The Lancet*, *368*(9533), 367-370. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68975-7
- Kandula, N. R., Wen, M., Jacobs, E. A., & Lauderdale, D. S. (2009). Association between neighborhood context and smoking prevalence among Asian Americans. *American Journal of Public Health*, *99*(5), 885-892. doi: 10.2105/AJPH.2007.131854

- Karasek, D., Ahern, J., & Galea, S. (2012). Social Norms, Collective Efficacy, and Smoking Cessation in Urban Neighborhoods. *American Journal of Public Health, 102*(2), 343-351. doi: 10.2105/AJPH.2011.300364
- Katainen, A. (2012). Smoking and workers' autonomy: A qualitative study on smoking practices in manual work. *Health, 16*(2), 134-150. doi: 10.1177/1363459311403944
- Kleinschmidt, I., Hills, M., & Elliott, P. (1995). Smoking behaviour can be predicted by neighbourhood deprivation measures. *Journal of Epidemiology & Community Health, 49 Suppl 2*, S72-77.
- Lakshman, R., McConville, A., How, S., Flowers, J., Wareham, N., & Cosford, P. (2011). Association between area-level socioeconomic deprivation and a cluster of behavioural risk factors: cross-sectional, population-based study. *Journal of Public Health, 33*(2), 234-245. doi: 10.1093/pubmed/fdq072
- Lasnier, B., Leclerc, B.-S., & Hamel, D. (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Repéré à <http://www.inspq.qc.ca/publications/theme73.asp>
- Lazuras, L., Rodafinos, A., & Eiser, J. R. (2011). Adolescents' Support for Smoke-Free Public Settings: The Roles of Social Norms and Beliefs About Exposure to Secondhand Smoke. *Journal of Adolescent Health, 49*(1), 70-75. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.10.013
- Leatherdale, S. T., & Strath, J. M. (2007). Tobacco retailer density surrounding schools and cigarette access behaviors among underage smoking students. *Annals of Behavior Medicine, 33*(1), 105-111. doi: 10.1207/s15324796abm3301_12
- Leclerc, B.-S., & Lasnier, B. (2011). *Surveillance de l'usage du tabac au Québec*. Québec: Bibliothèques et archives nationales du Québec.
- Levin, K. A., Dundas, R., Miller, M., & McCartney, G. (2014). Socioeconomic and geographic inequalities in adolescent smoking: A multilevel cross-sectional study of 15 year olds in Scotland. *Social Science & Medicine, 107*(0), 162-170. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.016>
- Ling, P. M., & Glantz, S. A. (2004). Tobacco industry research on smoking cessation. Recapturing young adults and other recent quitters. *Journal of General Internal Medicine, 19*(5 Pt 1), 419-426. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.30358.x

- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V., & Tugwell, P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67(2), 190-193. doi: 10.1136/jech-2012-201257
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002a). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med*, 55(1), 125-139.
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002b). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social science & medicine*, 55(1), 125-139.
- Marmot, M. (2006). Smoking and inequalities. *The Lancet*, 368(9533), 341-342. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68976-9
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2011). *Designing qualitative research*. Los Angeles: Sage.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care - Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320(7226), 50-52. doi: DOI 10.1136/bmj.320.7226.50
- McDermott, L., Dobson, A., & Owen, N. (2007). Occasional tobacco use among young adult women: a longitudinal analysis of smoking transitions. *Tobacco Control*, 16(4), 248-254. doi: 10.1136/tc.2006.018416
- McDermott, L. J., Dobson, A. J., & Owen, N. (2006). From partying to parenthood: young women's perceptions of cigarette smoking across life transitions. *Health Education Research*, 21(3), 428-439. doi: 10.1093/her/cyl041
- Migliorini, C., & Siahpush, M. (2006). Smoking, not smoking: how important is where you live? *Health Promot J Austr*, 17(3), 226-232.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. California: Sage.
- Miles, R. (2006). Neighborhood disorder and smoking: Findings of a European urban survey. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2464-2475. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.06.011
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2014). Les enjeux socio-économiques reliés à la fumée de tabac. Repéré à

<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?Les-enjeux-socio-economiques-relies-a-la-fumee-de-tabac>

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2015). Loi sur le tabac. Repéré le 19-06-2015 à

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?loi_sur_le_tabac

Moore, R., McLellan, D. L., Tauras, J. A., & Fagan, P. (2009). Securing the Health of Disadvantaged Women: A Critical Investigation of Tobacco-Control Policy Effects on Women Worldwide. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2 Suppl), S117-S120. doi: 10.1016/j.amepre.2009.05.015

Nelson, D. E., Mowery, P., Asman, K., Pederson, L. L., O'Malley, P. M., Malarcher, A., . . . Pechacek, T. F. (2008). Long-term trends in adolescent and young adult smoking in the United States: metapatterns and implications. *American Journal of Public Health*, 98(5), 905-915. doi: 10.2105/AJPH.2007.115931

Nichter, M., Nichter, M., Lloyd-Richardson, E. E., Flaherty, B., Carkoglu, A., & Taylor, N. (2006). Gendered Dimensions of Smoking Among College Students. *Journal of Adolescent Research*, 21(3), 215-243. doi: 10.1177/0743558406287400

Nichter, M., Nichter, M., Padmawati, S., & Thresia, C. (2009). Anthropological contributions to the development of culturally appropriate tobacco cessation programs: a global health priority (*Anthropology and public health: Bridging differences in culture and society* (p. 298-331). New York: Oxford University Press.

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. doi: 10.2105/AJPH.2004.061622

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.e24.

Office of the Surgeon General of Public Health Service (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014* Rockville, MD. Repéré à <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/>

- Oliffe, J., Bottorff, J., Kelly, M., & Halpin, M. (2008). Analyzing participant produced photographs from an ethnographic study of fatherhood and smoking. *Research in Nursing & Health, 31*(5), 529-539. doi: 10.1002/nur.20269
- Organisation Mondiale de la santé (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.* . Genève. Repéré à http://www.who.int/social_determinants/thecommission/fr/
- Pampalon, R., Hamel, D., & Gamache, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec.* Québec: Bibliothèques et archives nationales du Québec.
- Pampalon, R., & Raymond, G. (2000). A deprivation index for health and welfare planning in Quebec. *Chronic Disease Canada, 21*(3), 104-113.
- Pampalon, R., & Raymond, G. (2003). Indice de défavorisation matérielle et sociale: son application au secteur de la santé et du bien-être. *Santé, société et solidarité, 2*(1), 191-208.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination : a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine, 57*(1), 13-24.
- Parry, J., Mathers, J., Laburn-Pearl, C., Orford, J., & Dalton, S. (2007). Improving health in deprived communities: What can residents teach us? *Critical Public Health, 17*(2), 123-136.
- Paul, C., Ross, S., Bryant, J., Hill, W., Bonevski, B., & Keevy, N. (2010). The social context of smoking: A qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. *BMC Public Health, 10*, 211. doi: 10.1186/1471-2458-10-211
- Pearce, J., Barnett, R., & Moon, G. (2012). Sociospatial inequalities in health-related behaviours: Pathways linking place and smoking. *Progress in Human Geography, 36*(1), 3-24. doi: 10.1177/0309132511402710
- Pierce, J. P., White, M. M., & Messer, K. (2009). Changing age-specific patterns of cigarette consumption in the United States, 1992-2002: Association with smoke-free homes and state-level tobacco control activity. *Nicotine Tobacco Research, 11*(2), 171-177. doi: 10.1093/ntr/ntp014
- Pires, A. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique.* Repéré à

[http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/echantillonnage_recherche_qualitative/echantillon_recherche_qual.pdf?](http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/echantillonnage_recherche_qualitative/echantillon_recherche_qual.pdf)

- 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. doi: 10.1136/tc.2004.009886
- Poland, B. D. (2000). The 'considerate' smoker in public space: the micro-politics and political economy of 'doing the right thing'. *Health & Place*, 6(1), 1-14.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019-1028. doi: 10.2105/ajph.2009.159491
- Rehm, J., Adlaf, E., Recel, M., & Single, E. (2006). *The costs of substance abuse in Canada, 2002*. Canadian Centre on Substance Abuse Ottawa, Canada.
- Reid, J., Hammond, D., Burkhalter, R., & Ahmed, R. (2012). *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends. Edition 2012*. Waterloo: University of Waterloo.
- Reid, J. L., Hammond, D., Rynard, V. L., & Burkhalter, R. (2014). *Tobacco use in Canada: patterns and trends*. Waterloo: University of Waterloo.
- Reijneveld, S. A. (1998). The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *International Journal of Epidemiology*, 27(1), 33-40.
- Ritchie, D., Amos, A., & Martin, C. (2010). "But it just has that sort of feel about it, a leper"- Stigma, smoke-free legislation and public health. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(6), 622-629. doi: 10.1093/ntr/ntq058
- Rooke, C., Amos, A., Highet, G., & Hargreaves, K. (2013). Smoking spaces and practices in pubs, bars and clubs: Young adults and the English smokefree legislation. *Health & Place*, 19, 108-115. doi: 10.1016/j.healthplace.2012.10.009
- Rosenthal, L., Carroll-Scott, A., Earnshaw, V. A., Sackey, N., O'Malley, S. S., Santilli, A., & Ickovics, J. R. (2013). Targeting cessation: Understanding barriers and motivations to quitting among urban adult daily tobacco smokers. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1639-1642. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.09.016

- Rusch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*(8), 529-539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Saldaña, J. (2012). *The coding manual for qualitative researchers*. Los Angeles: Sage.
- Samet, J. M. (2010). Estimating the burden of smoking: premature mortality, morbidity, and costs. *Salud Publica Mex, 52 Suppl 2*, S98-107.
- San, Gebhardt, W. A., Willemsen, M. C., Nagelhout, G. E., & Dijkstra, A. (2013). Behavioural and psychological responses of lower educated smokers to the smoke-free legislation in Dutch hospitality venues: A qualitative study. *Psychology & Health, 28*(1), 49-66. doi: 10.1080/08870446.2012.712695
- Scheffels, J., & Schou, K. C. (2007). To be one who continues to smoke: Construction of legitimacy and meaning in young adults' accounts of smoking. *Addiction Research & Theory, 15*(2), 161-176. doi: 10.1080/16066350601179464
- Shareck, M., & Ellaway, A. (2011). Neighbourhood crime and smoking: the role of objective and perceived crime measures. *BMC Public Health, 11*, 930. doi: 10.1186/1471-2458-11-930
- Shareck, M., & Frohlich, K. (2013). Rethinking Exposure in Area Studies on Social Inequities in Smoking in Youth and Young Adults. Dans C. Stock & A. Ellaway (dir.), *Neighbourhood Structure and Health Promotion* (p. 267-286): Springer US.
- Shohaimi, S., Luben, R., Wareham, N., Day, N., Bingham, S., Welch, A., . . . Khaw, K. T. (2003). Residential area deprivation predicts smoking habit independently of individual educational level and occupational social class. A cross sectional study in the Norfolk cohort of the European Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk). *Journal of Epidemiology & Community Health, 57*(4), 270-276.
- Shortt, N. K., Tisch, C., Pearce, J., Richardson, E. A., & Mitchell, R. (2014). The density of tobacco retailers in home and school environments and relationship with adolescent smoking behaviours in Scotland. *Tobacco Control, 0*(1-8). doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051473
- Skorpen, A., Anderssen, N., Oeye, C., & Bjelland, A. K. (2008). The smoking-room as psychiatric patients' sanctuary: a place for resistance. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 15*(9), 728-736. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01298.x

- Smith, K. C., Stillman, F., Bone, L., Yancey, N., Price, E., Belin, P., & Kromm, E. E. (2007). Buying and selling “loosies” in Baltimore: the informal exchange of cigarettes in the community context. *Journal of Urban Health, 84*(4), 494-507.
- Statistics Canada. (2012). Dissemination Area (DA). Repéré le 09-06-2015 à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/geo021-eng.cfm>
- Stead, M., MacAskill, S., MacKintosh, A., 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.
- Stuber, J., Galea, S., & Link, B. G. (2008). Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Social Science & Medicine, 67*(3), 420-430. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.010>
- Stuber, J., Galea, S., & Link, B. G. (2009). Stigma and Smoking: The Consequences of Our Good Intentions. *The Social Service Review, 83*(4), 585-609.
- Sunderland, N., Bristed, H., Gudes, O., Boddy, J., & Da Silva, M. (2012). What does it feel like to live here? Exploring sensory ethnography as a collaborative methodology for investigating social determinants of health in place. *Health & Place, 18*(5), 1056-1067. doi: 10.1016/j.healthplace.2012.05.007
- Tan, Q. H. (2013). Smoking spaces as enabling spaces of wellbeing. *Health & Place, 24*, 173-182. doi: 10.1016/j.healthplace.2013.08.003
- The Cancer Council. (2014). Prevalence of smoking—young adults. Repéré à <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/1-4-prevalence-of-smoking-young-adults>
- Thompson, L., Pearce, J., & Barnett, J. R. (2007). Moralising geographies: stigma, smoking islands and responsible subjects. *Area, 39*(4), 508-517.
- Turrell, G., Hewitt, B. A., & Miller, S. A. (2012). The influence of neighbourhood disadvantage on smoking cessation and its contribution to inequalities in smoking status. *Drug & Alcohol Review, 31*(5), 645-652. doi: 10.1111/j.1465-3362.2012.00452.x
- van Lenthe, F. J., & Mackenbach, J. P. (2006). Neighbourhood and individual socioeconomic inequalities in smoking: the role of physical neighbourhood stressors. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*(8), 699-705. doi: 10.1136/jech.2005.043851

- Varni, S. E., Miller, C. T., McCuin, T., & Solomon, S. (2012). Disengagement and engagement coping with HIV/AIDS stigma and psychological well-being of people with HIV/AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology, 31*(2), 123-150.
- Virtanen, M., Kivimaki, M., Kouvonen, A., Elovainio, M., Linna, A., Oksanen, T., & Vahtera, J. (2007). Average household income, crime, and smoking behaviour in a local area: the Finnish 10-Town study. *Social Science & Medicine, 64*(9), 1904-1913. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.01.005
- Voigt, K. (2010). Smoking and Social Justice. *Public Health Ethics, 3*(2), 91-106. doi: 10.1093/Phe/Phq006
- Voigt, K. (2013). "If You Smoke, You Stink." Denormalisation Strategies for the Improvement of Health-Related Behaviours: The Case of Tobacco. (*Ethics in Public Health and Health Policy* (p. 47-61). Montreal: Springer.
- Wiltshire, S., Bancroft, A., Amos, A., & Parry, O. (2001). "They're doing people a service" - qualitative study of smoking, smuggling, and social deprivation. *British Medical Journal, 323*(7306), 203-207. doi: 10.1136/bmj.323.7306.203
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative health research, 11*(4), 522-537. doi: 10.1177/104973201129119299
- World Health Organization. (2015). Tobacco fact sheet. Repéré le 07-11-2014 à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- Yen, I. H., & Kaplan, G. A. (1999). Neighborhood social environment and risk of death: multilevel evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology, 149*(10), 898-907.

Annexes

Annexe A : Population cible, population source, population échantillonnée et population à l'étude

Population cible: jeunes femmes âgées de 22 à 28 ans résidant à Montréal

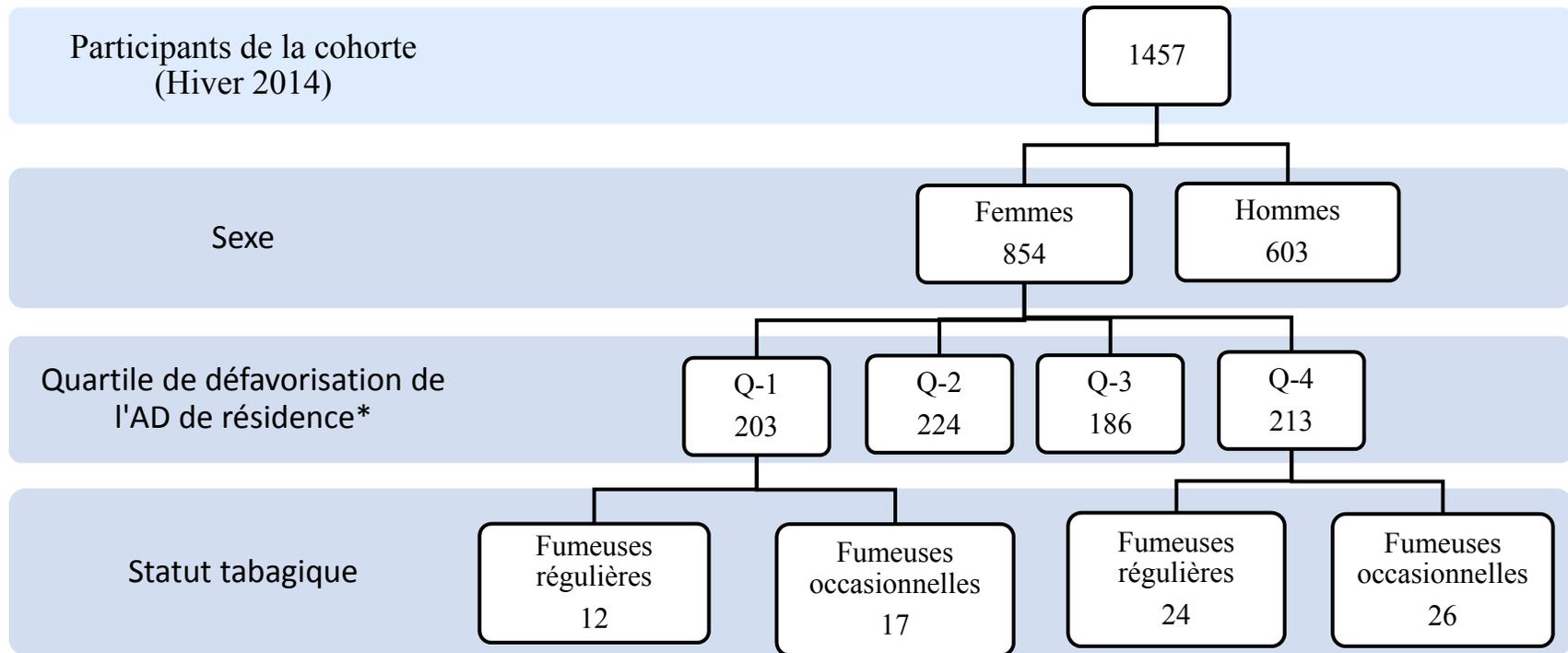
Population source: les participantes de la cohorte ISIS en 2014

Population échantillonnée: les participantes ISIS répondant aux critères d'éligibilité suivants:

- S'identifier en tant que femme
- Habiter dans un quartier à niveau de défavorisé élevé (Q4) ou bas (Q1)
- Habiter dans leur quartier depuis au moins un an
- Avoir déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement au questionnaire ISIS de l'hiver 2014

Population à l'étude: celles qui acceptent

Annexe B : Critères ayant servi à l'échantillonnage



*Il manque cette donnée pour 28 femmes de la cohorte.

Annexe C : Critères ayant servi à établir le niveau d'expérience tabagique des participantes ayant déclaré fumer occasionnellement au questionnaire de l'hiver 2014

Gradient du tabagisme		Critère 1		Critère 2			Critère 3
1		Fumé \geq 100 cigarettes à vie	AND	A fumé dans le dernier mois	AND		A déjà fumé quotidiennement durant plusieurs années
2		Fumé \geq 100 cigarettes à vie	AND	A fumé dans le dernier mois	AND		A déjà fumé quotidiennement sur une courte période
						OR	Jamais fumé quotidiennement
3		Fumé $<$ 100 cigarettes à vie					
	OR	Fumé \geq 100 cigarettes à vie	AND	Pas fumé dans le dernier mois			

Annexe D : Tableau descriptif des caractéristiques socio-démographiques des participantes

	Pseudonyme	âge	Indice de défavorisation matérielle du secteur de résidence	Statut tabagique à l'hiver 2014	Statut tabagique au moment de l'entrevue	Langue
1	Alexia	28	Q-4	Quotidien	Quotidien	Français
2	Carey	24	Q-1	Quotidien	Quotidien	Français
3	Emma	26	Q-1	Quotidien	Occasionnel	Français
4	Fara	23	Q-1	Quotidien	Ex-fumeuse	Français
5	Juliana	24	Q-1	Quotidien	Occasionnel	Français
6	Katie	27	Q-4	Quotidien	Ex-fumeuse	Français
7	Laurianne	24	Q-1	Quotidien	Ex-fumeuse	Français
8	Marianne	26	Q-1	Quotidien	Quotidienne	Français
9	Nadia	28	Q-1	Occasionnel	Occasionnel	Anglais
10	Ophélie	26	Q-4	Occasionnel	Occasionnel	Français
11	Pamela	27	Q-4	Occasionnel	Ex-fumeuse	Français
12	Rachel	25	Q-4	Occasionnel	Occasionnel	Français
13	Samantha	22	Q-4	Occasionnel	Occasionnel	Français
14	Tess	26	Q-4	Occasionnel	Occasionnel	Français
15	Viviane	24	Q-4	Occasionnel	Occasionnel	Français

Annexe E : Guide d'entrevue en français et en anglais

Guide d'entrevue

Recherche « Tabagisme et quartier : explorer les expériences de stigmatisation des jeunes femmes »

Préambule

Merci de prendre le temps de participer à cette recherche.

Je me présente, je suis Geneviève McCready, j'étudie à la maîtrise à l'Université de Montréal. Je fais partie d'une équipe de recherche où on essaie de comprendre les inégalités sociales liées au tabagisme à Montréal. À Montréal, il y a des quartiers où beaucoup de gens fument et d'autres où moins de gens fument. Nous essayons de comprendre quels sont les facteurs qui influencent le tabagisme dans les quartiers.

- Avez-vous eu le temps de lire le formulaire de consentement?

L'objectif de cette recherche plus précisément est de comprendre les manières dont les jeunes femmes font l'expérience de la stigmatisation liée au tabagisme en lien avec leur quartier de résidence. Nous voulons connaître vos perceptions quant à votre quartier de résidence en lien avec le tabagisme. Nous sommes également intéressés à connaître vos histoires, opinions et expériences de désapprobation et/ou de stigmatisation que vous avez pu vivre en lien avec le fait que vous fumez la cigarette.

- Comment ça marche : entrevue 60 à 90 minutes
- Expliquer les manières de conserver la confidentialité
- Expliquer que c'est une démarche volontaire, qu'elle n'est pas obligée de répondre aux questions et a le droit de mettre fin à l'entrevue à n'importe quel moment.
- Avez-vous des questions?

DÉBUTER L'ENREGISTREMENT

Guide d'entrevue

Je suis intéressée à connaître le quartier dans lequel vous vivez, comment les fumeurs sont perçus dans votre quartier, les règles formelles et informelles par rapport au tabagisme dans votre quartier et les expériences désagréables que vous avez pu vivre lié

au fait que vous fumez. C'est important de savoir qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je suis très intéressée à connaître vos perceptions à vous. J'ai apporté une carte avec les alentours de votre domicile, si vous voulez l'utiliser, vous pouvez le faire...

Votre quartier

- Pour commencer, parlez-moi un peu de votre quartier. Comment le décririez-vous à quelqu'un qui ne le connaît pas?

Tabagisme dans votre quartier

- Est-ce que fumer est une chose considérée comme normale/anormale dans votre quartier? Et pour les femmes?
- Y a-t-il quelque chose de spécifique sur comment les gens fument dans votre quartier?
- Existe-t-il des attentes dans votre quartier à l'égard des fumeurs? Si oui, quelles sont-elles?
- D'après vous, quelles sont les choses dans votre quartier qui encouragent ou découragent les gens à fumer (ex. : situations stressantes, influence des autres, etc.)?
- Existe-t-il des endroits où il est officiellement interdit de fumer dans votre quartier?
- Parlez-moi des règles non officielles qui existent dans votre quartier par rapport au tabagisme.

Stigmatisation des fumeurs dans votre quartier:

- Comment les personnes qui fument sont-elles perçues dans votre quartier?
 - o Qu'est-ce que les gens disent des femmes qui fument en particulier? Comment réagissent-ils à leur égard?
- Racontez-moi un ou des moment(s) où vous sentiez que vous n'étiez pas la bienvenue de fumer ou que vous n'étiez pas à l'aise de fumer dans votre quartier
- Racontez-moi d'autres événements déplaisants que vous avez vécus en lien avec le tabagisme dans votre quartier. (certaines personnes parlent de s'être senties jugées ou discriminées parce qu'elles fument...). Croyez-vous que ces expériences sont vécues différemment par les femmes?

- Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter par rapport au tabagisme, au quartier, au jugement vis-à-vis des fumeurs que l'on n'a pas discuté?

Interview Guide

“Smoking and neighbourhood : Exploring young women’s experiences”

Preamble

Thank you for taking the time to participate in this research.

My name is Geneviève McCready, I am a masters student at Université de Montréal. I am part of a research team which seeks to understand social inequalities related to smoking in Montreal. In Montreal, there are neighbourhoods with large smoker populations and other neighbourhoods where few people smoke. Our goal is to understand which factors influence smoking in Montreal’s neighbourhoods.

- Did you have time to read the consent form?

More precisely, the objective of this research is to understand how young women experience stigma related to smoking in their neighbourhood. We want to know your perceptions regarding the neighbourhood where you live in relation to smoking. We are also interested in hearing your stories, opinions and experiences of disapproval or stigma in relation to your smoker status.

- How does this work? Interview (60-90 minutes).
- Explain how confidentiality is protected.
- Explain that participation in this research is voluntary, that she has no obligation to respond to questions and has the right to end the interview at any time she wishes.
- Do you have any questions?

START RECORDING

Interview Guide

I am interested in learning about the neighbourhood where you live, how smokers are perceived in your neighbourhood, the formal and informal rules in relation to smoking which prevail in your neighbourhood and the unpleasant experiences you may have had because you smoke. It is important to know that there are no right or wrong answers. I am very interested in knowing your own perceptions. I brought a map which details the area where you live, please use it if you need to...

Your neighbourhood

- To begin, please tell me about your neighbourhood. How would you describe it to someone who isn’t familiar with it?

Smoking in your neighbourhood

- Is smoking considered normal/abnormal in your neighbourhood? What about women who smoke?
- Is there anything specific about how people smoke in your neighbourhood?
- Are there any expectations in your neighbourhood towards smokers? If yes, what are they?
- In your opinion, why do people in your neighbourhood smoke? What are the things in your neighbourhood which encourage or discourage people from smoking (ex.: Stressful situations, influence from others, etc.)?
- Are there any places where smoking is officially forbidden in your neighbourhood?
- Tell me about non official smoking rules in your neighbourhood.

Stigmatizing of smokers in your neighbourhood:

- How are people who smoke perceived in your neighbourhood?
 - o More specifically, what do people say about *women* who smoke? How do they react to them?
- Tell me about a moment when you felt you were not welcome to smoke or when you didn't feel comfortable smoking in your neighbourhood.
- Tell me about other unpleasant events you have experienced in relation to smoking in your neighbourhood (some people talk about judgement, discrimination because they smoke...). Do you think these experiences are lived differently by women compared to how they are lived by men?

- Is there anything else you would like to add in relation to smoking, neighbourhood or judgemental attitudes towards people who smoke that we did not discuss?

Annexe G : Certificat délivré par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal



Comité d'éthique de la recherche en santé

22 septembre 2014

Objet: Approbation éthique – « Stigmatisation des jeunes adultes fumeuses et défavorisation »

Mme Geneviève McCready,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) 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 à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

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 CERES 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,

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

DL/GP/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV

Katherine Leigh Frohlich, professeure agrégée, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive

Saliha Rihani (M. Sc. Santé communautaire)

p.j. Certificat #14-119-CERES-D

adresse postale

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

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), 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	Stigmatisation des jeunes adultes fumeuses et défavorisation
Étudiante requérante	Geneviève McCready [redacted] Candidate à la M. sc. en santé publique, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive
Sous la direction de	Katherine Leigh Frohlich, professeure agrégée, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
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 CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

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

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 CERES.



Dominique Langlois, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

22 septembre 2014
Date de délivrance

1er octobre 2015
Date de fin de validité

Annexe H : Formulaire d'information et de consentement en français et en anglais

Formulaire d'information et de consentement

Tabagisme et quartier : Explorer les expériences de la stigmatisation des jeunes femmes

Chercheure principale	Katherine L. Frohlich, PhD. Professeure agrégée École de Santé Publique, Université de Montréal Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal Téléphone: (514) 343-6111 poste 44024 Courriel: [REDACTED]
Co-chercheure	Nicole Glenn, PhD Chercheure post-doctorale École de Santé Publique, Université de Montréal Téléphone: (514) 343-6111 poste 0546 Courriel: [REDACTED]
Étudiante à la maîtrise	Geneviève McCready, inf. Étudiante à la maîtrise École de santé publique, Université de Montréal Téléphone: (514) 343-6111 poste 55728 Courriel: [REDACTED]

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Financement : « Tabagisme et quartier : Explorer les expériences de la stigmatisation des jeunes femmes » fait partie du projet de recherche *Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking* (ISIS), lequel est financé par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC).

RÉSUMÉ DU PROJET ET PARTICIPATION

Objectif du projet : L'objectif de l'étude est de comprendre comment les jeunes femmes font l'expérience de la stigmatisation liée à leur statut de fumeuse et comment ces expériences sont vécues dans les différents quartiers de Montréal. L'information collectée à travers cette recherche contribuera à ISIS, va nous permettre de mieux comprendre la réalité des jeunes femmes qui fument, et ultimement informer les stratégies pour réduire les inégalités sociales et spatiales de santé à Montréal.

Comment cela fonctionne : Si vous acceptez de participer à cette étude, cela consiste en une seule entrevue dans laquelle vous allez rencontrer l'étudiante à la maîtrise face-à-face à un moment et un endroit qui vous convient (ex. : dans un local de l'Université de Montréal, dans un endroit public comme un café près de votre maison ou votre travail). L'entrevue durera environ 60 à 90 minutes. Durant cette rencontre, l'étudiante vous posera des questions sur votre quartier et le tabagisme (ex.: les endroits où les gens fument ou non) ainsi que sur les manières dont vous vivez le tabagisme. Nous sommes intéressés à connaître vos histoires, opinions et expériences de désapprobation et/ou de stigmatisation que vous avez pu vivre en lien avec le fait que vous fumez la cigarette. Nous voulons également connaître vos perceptions quant à votre quartier de résidence en lien avec le tabagisme. L'entrevue sera enregistrée (audio) et transcrite mot pour mot. L'équipe de recherche analysera les transcriptions et créera un ou des manuscrit(s) pour publication dans une revue de recherche et/ou document de pratique. Toutes les informations qui pourraient permettre de vous identifier seront retirées durant la transcription (ex. : noms, détails personnels). Pour vous remercier de votre temps et effort, nous vous offrons une carte-cadeau d'une valeur de 30 \$.

Participation : Nous avons obtenu vos informations à travers le questionnaire ISIS vous avez rempli en 2014. Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez choisir de participer ou non. Si l'une des questions ou procédures vous rend mal à l'aise, ou vous ne voulez pas répondre à une question peu importe la raison, vous pouvez refuser d'y répondre sans qu'il y ait de conséquences. Si vous n'acceptez pas de participer, ou décidez de vous retirer

de l'étude à n'importe quel moment, vous n'avez pas besoin de nous donner une raison; il n'y aura pas de conséquences négatives. Si vous décidez de vous retirer de cette étude ou de ne pas participer, il est possible que l'équipe ISIS prenne contact avec vous plus tard pour vous demander votre participation dans la plus grande étude ISIS à une date ultérieure. Votre retrait de cette étude n'implique pas un retrait de la plus grande étude ISIS, sauf si vous le spécifiez.

Qui peut être dans cette étude : Vous êtes admissible à participer à l'étude si: 1) vous êtes une femme; 2) vous avez rempli le questionnaire ISIS en 2014; 3) vous habitez votre lieu de résidence actuel depuis au moins un an au moment de l'entrevue; et 4) vous fumez ou avez fumé la cigarette quotidiennement ou occasionnellement.

Confidentialité : Nous vous assurons que toutes les informations que vous nous fournirez seront traitées de façon strictement confidentielle. La chercheuse principale, la collaboratrice et l'étudiante à la maîtrise sont les seules personnes qui auront accès à vos données. Toutes les données seront conservées dans des armoires fermées à clé à l'Université de Montréal, ou dans des fichiers électroniques protégés par mot de passe, pour un maximum de 7 ans après l'achèvement du projet. Dans tous les résultats généraux de l'étude, qui seront publiés dans des revues et sur le site ainsi que présentés à des conférences, il sera impossible d'identifier l'un des participants. Dans le cadre du suivi du projet de recherche, votre dossier peut être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal ou par les représentants des Instituts de recherche en santé du Canada. Tous doivent suivre des politiques strictes de confidentialité.

Avantages et inconvénients : Votre participation à cette étude nous aidera à mieux comprendre comment la stigmatisation des femmes qui fument est vécue différemment en lien avec les quartiers de Montréal et ultimement informer les stratégies pour réduire les inégalités sociales et spatiales de santé à Montréal. Il est possible que vous sentiez que certains éléments de la discussion soient de nature plus sensible pour vous.

Diffusion : Lorsque la recherche sera complétée, la chercheuse principale enverra à tous les participants un résumé de la recherche par la poste ou par courriel, selon votre préférence. De plus, un résumé de l'étude sera disponible sur le site internet de ISIS à www.isis-montreal.ca. Un ou plusieurs articles seront publiés dans des revues scientifiques et présentés à des conférences pour faciliter le transfert de connaissances à d'autres chercheurs, praticiens et

décideurs politiques. Dans toutes les occasions de diffusion, la confidentialité des participantes sera maintenue.

Suspension possible de l'étude : L'étudiante à la maîtrise et les chercheuses peuvent décider de suspendre la participation de toute personne dans l'étude si elles estiment qu'il est dans le meilleur intérêt du participant, si le participant ne remplit plus les critères d'inclusion, ou pour toute autre raison qu'elles jugent valable.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Geneviève McCready, étudiante à la maîtrise, École de Santé Publique, Université de Montréal, bureau 3107, 7101 Av. du Parc, Montréal, QC H1B 3C1. Courriel : [REDACTED] tel. 514-343-6111 poste 55728.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel : [REDACTED]

Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel [REDACTED]. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement

Déclaration de la participante

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir à ma participation ou mon refus de participer.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et demander à obtenir des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs et l'étudiante de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Prénom et nom de la participante
(caractères d'imprimerie)

Signature de la participante

Date :

Engagement de l'étudiante

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension de la participante. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom de l'étudiante
(caractères d'imprimerie)

Signature de l'étudiante

Date :

Information Letter and Consent Form

Smoking and neighbourhood: Exploring young women's experiences

Principal investigator	Katherine L. Frohlich, PhD Associate Professor École de Santé Publique, Université de Montréal Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal Phone: (514) 343-6111 Ext. 44024 E-mail: [REDACTED]
Co-researcher	Nicole M. Glenn, PhD Post-Doctoral Fellow École de Santé Publique, Université de Montréal Phone: (514) 343-6111 Ext. 0546 E-mail: [REDACTED]
Master's student	Geneviève McCready, inf. Master's student École de santé publique, Université de Montréal Phone: (514) 343-6111 Ext. 55728 E-mail: [REDACTED]

You are invited to participate in a research project. Before agreeing to participate, please take the time to read this document, which presents the details of the project and the conditions of participation. Do not hesitate to ask any questions of the person who handed you this document or any other member of the research team.

Funding: "Smoking and neighbourhood: Exploring young women's experiences" is part of an ongoing project, *Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking (ISIS)*, funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

Summary of the project and participation

Objective of the project: The purpose of this study is to understand how young women experience stigma in relation to their smoking status and how these experiences are lived across different neighbourhoods in Montreal. The information we gather through this investigation will contribute to ISIS, allow us to better understand the reality of young women who smoke, and ultimately inform strategies in reducing social and spatial inequalities in health in Montreal.

How it works: If you agree to participate, this study will involve a single interview session where you will meet one on one with the master's student at a time and place convenient for you (e.g., an office at the University of Montreal, a public place such as a coffee shop near your home or place of work). The interview will last approximately 60 to 90 minutes. During this meeting, the student will ask you questions about your neighbourhood and about smoking (e.g., places where people smoke or not) and how you experience smoking. We are interested in your stories, opinions, and experiences related to disapproval or stigma that you may have experienced because you smoke cigarettes. We also want to know your perceptions about your neighbourhood in relation to smoking. The interview will be audiotaped and transcribed verbatim. The research team will analyze the transcripts and create a manuscript or manuscripts for publication in a research journal or for practice-related documentation. All identifying information will be removed during transcription (e.g., names, personal details). To thank you for your time and effort, we will offer you a \$30 gift or film certificate.

Participation: We obtained your contact information through the ISIS questionnaire you completed in the winter of 2014. Your participation in this study is entirely voluntary. You can choose to participate or not. If any of the questions or procedures make you uncomfortable, or if you do not wish to answer a question for any reason, you can refuse to do so without repercussion. If you do not wish to participate in the study or decide to withdraw at any time you do not need to provide a reason; there will be no negative consequences. If you decide to withdraw or not to participate in this study, it is possible that the ISIS team will contact you at a later date to ask for your continued participation in the larger ISIS study. Your withdrawal from this study does not imply a withdrawal from the larger ISIS study, unless you specify otherwise.

Who can participate in this study: You are eligible to participate in the study if: 1) you are a woman; 2) you have completed the ISIS questionnaire in 2014; 3) you will have lived at your current address for at least one year at the time of the interview; and 4) you smoke or have smoke cigarettes daily or occasionally.

Confidentiality: We assure you that all the information you provide us will be treated in a strictly confidential manner. The master's student and the researchers are the only people who will have access to your data. All data will be kept in locked cabinets at the University of Montreal or in password-protected electronic file for a maximum of seven years after the project is completed. The general results of the study, which will be published in journals and on the website and presented at conferences, will make it impossible to identify any of the participants. As part of the monitoring of the research project, your file may be consulted by a person mandated by the Research Ethics Committee of the University of Montreal's Faculty of Medicine or by representatives of the Canadian Institutes of Health Research, all of which adhere to strict confidentiality policies.

Benefits and risks: Your participation in this study will help us better understand the reality of young women who smoke and ultimately inform strategies to reduce social and spatial inequalities in health in Montreal. You may find certain elements of the discussion to be of a sensitive nature.

Dissemination: When the research is completed, the master's student will send all participants a summary of the research by mail or e-mail, according to your preference. In addition, the summary report will be available on ISIS' website at www.isis-montreal.ca. One or more articles will be published in scientific journals and presented at conferences to facilitate knowledge translation to other researchers, practitioners and policy makers in the field. On all occasions of dissemination, the confidentiality of the participants will be maintained.

Possible suspension from the study: The master's student and the researchers can decide to suspend anyone's participation in the study if they believe it is in the participant's best interest, if the participant no longer meets the inclusion criteria, or for any other reason deemed valid by the master's student and the researchers.

Voluntary participation and right to refuse or quit

You are free to accept or refuse to participate in this research project. You can stop participation at any time, for any reason, without consequences. You can simply tell the master's student that you would like to stop participation.

Responsibilities of the research team

By agreeing to participate in this research study you do not give up any of your rights and freedoms nor are the researchers released of their civil responsibilities and professional duties.

Contact persons for questions or concerns

If you have any questions about the study protocol please contact: Geneviève McCready, Master's student, School of Public Health, University of Montreal, room 3071, 7101 Ave. du Parc, Montréal, QC H1B 3C1. Email: [REDACTED], tel. 514-343-6111 ex. 55728.

For any questions about your rights or about the researchers' responsibilities regarding your participation in the study please contact the health ethics review board (le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé; CERES):

Email: [REDACTED]

Telephone: (514) 343-6111 ex. 2604

Website: [REDACTED]

Any concerns you may have with this research project can be addressed to the ombudsman, University of Montreal at: telephone (514) 343-2100 or email [REDACTED]. The ombudsman accepts collect calls. He speaks English and French and is available between 9 am and 5 pm.

Consent

Participant Declaration

I understand that I can take my time to think about my participation or refusal to participate.

I can ask questions of the research team and demand satisfactory answers.

I understand that by participating in this research project, I do not waive any of my rights nor does it relieve the researchers of their responsibilities.

I understand the information provided in this form and I agree to participate in this research project.

First and last name of the participant

(Print)

Participant signature

Date:

Researcher Declaration

I have explained the conditions of participation in this research project to the participant. I have responded to any questions he or she has had to the best of my abilities and confirm the participant understood the responses. Along with the entire research team, I agree to respect the conditions outlined in this information letter and consent form.

First and last name of the Master's student

(Print)

Master's student signature

Date:
