Dans les pays industrialisés, le tabagisme est la principale cause de morbidité évitable et de décès prématurés. Si la mortalité attribuable au tabagisme a déjà été estimée pour la population du Québec, elle ne l'a jamais été sur une base régionale. Dans le cadre de cette étude, nous avons calculé la mortalité attribuable à l'habitude de fumer par région socio-sanitaire au Québec pour 10 pathologies très fortement associées à l'habitude de fumer. Le calcul a été fait pour la période de 1984 à 1993 à l'aide des données issues du recensement de 1991 (variables démographiques), de l'enquête Santé-Québec 1987 (prévalence du tabagisme), du fichier des décès du Bureau de la statistique du Québec (mortalité), et de la cohorte américaine du "Cancer Prevention Study II" (risques relatifs). Pour les pathologies investiguées, 24 637 et 62 711 décès sont respectivement attribuables au tabagisme chez les femmes et les hommes durant la période à l'étude, soit des pourcentages attribuables de 29,4 et 51,2 %. Il n'y a pas de différence significative entre les régions, indiquant en cela un problème à l'échelle de la province. Ces données viennent de nouveau confirmer l'impact énorme de l'usage du tabac sur la santé de la population. La lutte contre le tabagisme est un choix de société qui s'impose d'emblée au Québec.

A B S T R A C T

In industrialized countries, tobacco smoking is the main cause of preventable morbidity and premature deaths. Although mortality attributable to smoking has already been estimated for the population of the province of Québec, it has never been studied on a regional basis. We calculated the mortality attributable to smoking by socio-sanitary regions of the province of Québec for 10 fatal diseases positively associated with smoking. The calculations were made for the years 1984 through 1993 taking into account Canadian Census data (demographic variables), the Santé-Québec survey (prevalence of smoking), the death registry of the "Bureau de la statistique du Québec" (mortality data), and the American cohort of the "Cancer Prevention Study II" (relative risks). For the diseases investigated, 24,637 and 62,711 deaths were attributable to smoking for women and men respectively during the period studied, thus representing 29.4% and 51.2% of attributable percentages. There is no statistical difference between the regions, which indicates a general problem for all the province. These data again confirm the incredible impact of smoking on public health. The struggle against smoking should be a primary area for action for the benefit of all Quebecers.

Mortalité attribuable au tabagisme au Québec

Benoît Lévesque, MD, MSc, FRCPC, Louis Rochette, MSc, Suzanne Gingras, MSc

À travers le monde, environ trois millions de personnes meurent chaque année en raison du tabagisme,¹ et l'industrie du tabac est probablement responsable du plus de décès prématurés que n'importe quelle entreprise commerciale, excédant même le commerce des armes et des drogues illicites.¹ Dans les pays industrialisés, l'usage du tabac est identifié comme la principale cause de morbidité évitable et de décès prématurés.

S'il est difficile, en raison du long temps de latence des différents effets du tabac sur la santé, de déterminer directement par des devis épidémiologiques l'impact du tabagisme sur les populations, il est possible par des méthodes indirectes d'en estimer assez précisément les retombées sanitaires. Ainsi, au Canada, la cigarette aurait causé environ 40 000 décès en 1990² et le même nombre en 1991,³ soit environ 21 % de l'ensemble des mortalités survenues au pays durant ces périodes.³

Même si la mortalité attribuable au tabagisme a déjà été évaluée pour l'ensemble de la province de Québec,³ à notre connaissance, le même exercice n'a jamais été fait sur une base régionale. À l'aide des différentes banques de données disponibles, nous avons calculé pour 10 différentes causes de décès associées à l'usage du tabac, la mortalité attribuable à l'habitude de fumer stratifiée par région socio-sanitaire (RSS) au Québec.

MÉTHODES

Pour examiner l'importance du tabagisme sur la population québécoise, nous

avons choisi 10 pathologies fortement associées à l'usage du tabac.⁴ En fait, les risques de contracter 7 de celles-ci, soit les cancers de la cavité orale, du larynx, du poumon, de la vessie et du pancréas, ainsi que les cardiopathies ischémiques et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (bronchite et emphysème), sont largement ou entièrement associés au tabagisme.¹ Pour les trois autres, les cancers de l'oesophage, du rein et les accidents cérébro-vasculaires, les risques sont partiellement dépendants de la consommation de tabac.¹

Le nombre de décès et le pourcentage de mortalité attribuables au tabagisme ont été calculés selon les méthodes décrites par Makomaski Illing et al.³ Celles-ci nécessitent de connaître la répartition démographique et la prévalence du tabagisme de la population étudiée, ainsi que le nombre de décès et les risques relatifs imputables au tabagisme pour chacune des causes étudiées. Le calcul a été fait pour la période de 1984 à 1993 inclusivement pour la population âgée de 35 ans et plus de l'ensemble des RSS du Québec à l'exclusion du Nord du Québec, du Nunavik et des Terres-Cris-de-la-Baie-James. Les données nécessaires ont été obtenues de quatre sources différentes.

La répartition de la population selon l'âge, le sexe et la région a été documentée à partir du recensement de 1991 de Statistique Canada agrégée sur une base régionale par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).⁵ La prévalence du tabagisme stratifiée selon le sexe, l'âge et la RSS a été estimée à l'aide des données issues du questionnaire auto-administré de l'enquête Santé-Québec 1987.⁶ La population a été répartie en trois catégories, soit les fumeurs, les anciens fumeurs et les non fumeurs classés en fonction de l'usage quotidien de la cigarette.

Centre de santé publique de Québec

Correspondance : Benoît Lévesque, Santé et environnement, Centre de santé publique de Québec, 2400, d'Estimaerville, Beauport (Québec), G1E 7G9, Tél. : 418-666-7000, poste 296, Téléc. : 418-666-2776

Ainsi, pour entrer dans les catégories fumeurs et anciens fumeurs, une personne devait respectivement fumer ou avoir déjà fumé quotidiennement. Les statistiques de mortalité des 10 pathologies investiguées ont été obtenues du fichier de décès produit par le bureau de la Statistique du Québec.⁷ Finalement, pour les mêmes maladies, les risques relatifs de mortalité en fonction du statut tabagique et du sexe ont été documentés à partir des résultats de la deuxième étude américaine sur la prévention du cancer (Cancer Protection Study II) de la Société américaine du cancer pour la population caucasienne^{8,9} (voir tableau I). Cette étude de cohorte a permis d'étudier 1,2 million de volontaires de 35 ans et plus qui ont été enrôlés entre 1982 et 1986. Dans le cadre de cette étude, les sujets ont été catégorisés fumeurs s'ils affirmaient fumer, et anciens fumeurs s'ils ne fumaient pas mais disaient avoir fumé plus de 100 cigarettes durant leur vie.

Pour vérifier la précision des estimations, des intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) ont été calculés¹⁰ sur les pourcentages de mortalité attribuable au tabagisme stratifiés selon le sexe, pour l'ensemble de la province, mais également pour chacune des RSS.

RÉSULTATS

Les tableaux II et III décrivent pour les pathologies investiguées le nombre et le pourcentage de décès attribuables à l'usage du tabac respectivement pour les femmes et pour les hommes. Les résultats sont présentés par RSS mais également pour l'ensemble de la province. Au total, pour les 10 années couvertes par l'étude, 24 637 décès attribuables au tabagisme sont survenus chez les femmes et 62 711 chez les hommes, soit des pourcentages de 29,4 % (IC 95 % = 23,6 - 34,3) et 51,2 % (IC 95 % = 46,4 - 55,1) des décès causés par les 10 maladies étudiées. Il faut noter ici que de 1984 à 1993, ces pathologies ont été respectivement responsables de 40,9 % et 50,1 % de l'ensemble des décès au Québec chez les femmes et les hommes.

Les calculs de pourcentage de mortalité attribuable au tabagisme ventilés par RSS montrent des résultats variant de 23,5 % (Chaudière-Appalaches) à 38,4 % (Côte-

TABLEAU I
Risques relatifs utilisés par cause de mortalité selon le sexe et le statut tabagique

Causes de mortalité	Hommes		Femmes	
	Fumeurs	Ex-fumeurs	Fumeuses	Ex-fumeuses
PAN ^a	2.1	1.1	2.3	1.8
CCO ^b	27.5	8.8	5.6	2.9
CO ^c	7.6	5.8	10.3	3.2
CL ^d	10.5	5.2	17.8	11.9
CP ^e	22.4	9.4	11.9	4.7
CV ^f	2.9	1.9	2.6	1.9
CR ^g	3.0	2.0	1.4	1.2
BE ^h	9.7	8.8	10.5	7.0
CI (35-64 ans) ⁱ	2.8	1.8	3.0	1.4
CI (≥ 65 ans) ^j	1.6	1.3	1.6	1.3
ACV (35-64 ans) ^k	3.7	1.4	4.8	1.4
ACV (≥ 65 ans) ^l	1.9	1.3	1.5	1.0

a Cancer du pancréas
b Cancer de la cavité orale
c Cancer de l'oesophage
d Cancer du larynx
e Cancer du poumon
f Cancer de la vessie
g Cancer du rein
h Bronchite et emphyseme
i Cardiopathie ischémique chez les 35 à 64 ans
j Cardiopathie ischémique chez les 65 ans et plus
k Maladie cérébro-vasculaire chez les 35 à 64 ans
l Maladie cérébro-vasculaire chez les 65 ans et plus

Nord) chez les femmes, et de 47,6 % (Estrie) à 58,4 % (Côte-Nord) chez les hommes. Fait intéressant, les RSS de la Côte-Nord et du Saguenay/Lac St-Jean ont les proportions les plus élevées de mortalité attribuable au tabagisme autant chez les femmes que chez les hommes. En contrepartie, Chaudière-Appalaches, le Bas-Saint-Laurent et l'Estrie font partie des quatre RSS où les pourcentages de cas attribuables à l'usage du tabac sont les moins élevés, et ceci indépendamment du sexe. Cependant, le chevauchement des IC 95 % indique qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les régions et que de ce fait, l'impact sanitaire du tabagisme ne peut être abordé comme un problème restreint à une ou quelques régions. Il s'agit plutôt d'une problématique commune à l'ensemble de la province.

DISCUSSION

Pour les 10 pathologies investiguées, les décès attribuables à l'usage de tabac documentés par Makomaski Illing et al. pour le Québec en 1991, étaient de 2 434 cas chez les femmes et de 6 213 cas chez les hommes,³ donc très comparables aux nombres répertoriés dans l'étude actuelle pour une période de 10 ans (voir tableaux II et III). Fait à noter, toujours selon l'étude de Makomaski Illing et al., en 1991, parmi les cinq grandes régions canadiennes (provinces de l'Atlantique, Québec, Ontario, Prairies, Colombie-Britannique),

le Québec avait le pourcentage de mortalité attribuable au tabac le plus élevé au Canada chez les hommes (30,2 %), et arrivait bon deuxième (16,7 %) chez les femmes, légèrement derrière la Colombie-Britannique (16,9 %).³ Malheureusement, ces chiffres ont été calculés globalement sur un nombre plus important de maladies que dans l'étude actuelle pour laquelle on a conservé que les 10 entités cliniques les plus fortement associées au tabagisme. En cela, ils peuvent difficilement se comparer à ceux répertoriés aux tableaux II et III. Cependant, l'ensemble de ces données montrent clairement que la lutte contre le tabagisme doit être considérée comme la plus grande priorité en santé publique au Québec. Ceci est d'autant plus vrai, qu'en raison de divers problèmes méthodologiques, les chiffres répertoriés aux tableaux II et III sont probablement en deçà de la réalité.

Le calcul de la mortalité attribuable est tributaire de la prévalence de l'usage du tabac dans la population. Ceci, ainsi que le temps de latence élevé des maladies associées au tabagisme sont deux facteurs qui conjointement ont possiblement, dans l'étude actuelle, engendré une sous-estimation des décès secondaires à la consommation de tabac. Ainsi, les données de l'enquête Santé-Québec de 1987 ont été utilisées. Celles-ci permettaient de déterminer la prévalence du tabagisme sur une base régionale. Cependant, il aurait été probablement préférable, en raison du nombre important d'années nécessaires aux

TABLEAU II
Mortalité attribuable au tabagisme au Québec chez les femmes de 35 ans et plus par région socio-santitaire de 1984 à 1993

Région socio-santitaire ^a	PAN ^b (n=3210) % MA	CCO ^c (n=615) % MA	CO ^d (n=557) % MA	CI ^e (n=290) % MA	CP ^f (n=9850) % MA	CV ^g (n=945) % MA	CR ^h (n=1081) % MA	BE ⁱ (n=1484) % MA	CI (35-64) ^j (n=5296) % MA	CI (≥ 65) ^k ACV (35-64) ACV (≥ 65) ^m (n=42341) (n=1947) (n=16254) % MA % MA % MA	TOTAL Ma ⁿ % Ma ^p n ⁿ	IC ^q
Bas-Saint-Laurent	30,6	58,2	71,7	85,3	76,0	34,5	11,3	76,4	34,7	16,0	2 479	(14,7 - 32,3)
Saguenay / Lac Saint-Jean	35,6	63,9	76,3	88,0	80,1	40,0	13,9	80,4	40,4	19,5	2 683	(24,3 - 42,0)
Québec	34,2	62,4	75,2	87,2	79,0	38,4	13,1	79,3	39,0	18,4	7 431	(24,2 - 34,7)
Mauricie / Bois-Francs	33,7	62,2	75,3	86,9	79,0	37,9	12,9	78,9	39,1	18,2	6 169	(21,6 - 33,2)
Estrie	32,1	60,4	73,7	86,1	77,7	36,3	12,1	77,7	37,2	17,2	3 600	(17,8 - 32,7)
Montréal	33,3	61,7	74,9	86,7	78,6	37,5	12,7	78,6	38,6	17,9	29 845	(26,1 - 31,3)
Outaouais	37,5	65,8	77,9	88,7	81,4	41,9	14,9	81,5	42,6	20,8	2 554	(22,9 - 41,2)
Abitibi-Témiscamingue	36,4	65,0	77,5	88,3	80,9	40,8	14,4	80,8	42,1	20,1	1 348	(17,6 - 43,0)
Côte-Nord	36,2	64,9	77,5	88,1	80,9	40,6	14,3	80,7	42,2	20,0	604	(15,2 - 52,8)
Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine	32,4	60,1	73,1	86,3	77,4	36,4	12,1	77,9	36,3	17,2	1 202	(11,0 - 37,3)
Chaudière-Appalaches	29,6	57,0	70,6	84,7	75,0	33,5	10,8	75,6	33,5	15,4	3 787	(15,8 - 30,3)
Laval	36,2	65,0	77,7	88,1	81,0	40,6	14,3	80,6	42,5	20,0	3 138	(22,9 - 39,3)
Laurentides	35,3	63,7	76,4	87,7	80,0	39,6	13,7	80,0	40,5	19,2	3 075	(23,2 - 39,4)
Laurentides	38,3	66,7	78,7	89,1	82,1	42,8	15,4	82,1	43,9	21,4	3 611	(25,3 - 40,4)
Montréal	36,0	64,2	76,6	88,1	80,3	40,3	14,0	80,6	40,7	19,7	12 344	(26,3 - 34,4)
TOTAL	34,3	62,5	75,4	87,2	79,2	38,5	13,2	79,3	39,3	18,5	83 870	(23,6 - 34,3)

a Les régions du Nord du Québec, du Nunavik et des Terres-Cri-de-la-Baie-James ont été exclues de l'analyse

b Cancer du pancréas

c Cancer de la cavité orale

d Cancer de l'oesophage

e Cancer du larynx

f Cancer du poumon

g Cancer de la vessie

h Cancer du rein

i Bronchite et emphysème

j Cardiopathie ischémique chez les 35 à 64 ans

k Cardiopathie ischémique chez les 65 ans et plus

l Maladie cérébro-vasculaire chez les 35 à 64 ans

m Maladie cérébro-vasculaire chez les 65 ans et plus

n Nombre total de cas

o Mortalité attribuable

p Pourcentage de mortalité attribuable

q Intervalle de confiance à 95 %

manifestations cliniques secondaires à l'usage du tabac, d'utiliser des statistiques plus anciennes. Or, et quoiqu'il soit hasardeux de comparer des enquêtes qui ont été faites avec des méthodologies différentes, il y a eu une diminution du tabagisme au Québec. À titre d'exemple, les proportions d'utilisateurs réguliers documentées dans l'enquête Santé Canada en 1978 étaient de 50,4 % chez les hommes et de 41,1 % chez les femmes.¹¹ En 1987, les pourcentages répertoriés pour la même variable par l'enquête Santé-Québec, étaient 41,1 % pour les hommes et 38,8 % pour les femmes.⁶

Un autre facteur qui a possiblement affecté les résultats en générant une sous-estimation de la mortalité attribuable est la catégorisation utilisée pour stratifier la population en fumeurs, anciens fumeurs et non fumeurs. Celle-ci était nécessaire pour pouvoir utiliser les risques relatifs associés à l'usage du tabac pour les maladies étudiées, calculés dans le cadre de la "Cancer Prevention Study II". Malheureusement, il était impossible, à partir des données de Santé-Québec, d'obtenir des catégories équivalentes. La classification utilisée dans l'étude actuelle pour classer les fumeurs et les anciens fumeurs, laquelle est basée sur une consommation quotidienne respectivement actuelle et passée, est beaucoup plus restrictive que celle utilisée dans l'étude américaine où les gens qui disent fumer sont classés comme fumeurs peu importe la fréquence, et ceux qui affirment avoir déjà fumé plus de 100 cigarettes durant leur vie sont des anciens fumeurs. Ces différences permettent d'affirmer que s'il existe un biais, il va dans le sens d'une sous-estimation du nombre de décès attribuables à l'usage de la cigarette.

Les résultats présentés aux tableaux II et III ne viennent que confirmer une évidence déjà connue. On estime respectivement à 55 % et 51 % les proportions de décès prématurés dus au tabagisme chez les fumeurs et les fumeuses au Canada.¹² En comparaison, les pourcentages attribuables au suicide et aux accidents de la route pour le même indicateur sont respectivement pour les fumeurs et les fumeuses de 3 % et 1,4 %, ainsi que 2,7 % et 1,8 %.¹² L'habitude de fumer compromet l'espérance de vie à tout âge.¹³ Dans une étude réalisée chez la population canadienne, Basavaraj a démontré qu'à 35 ans, l'espérance de vie est réduite d'environ 10 à 20 % chez les femmes, alors qu'au delà de 60 ans, la réduction est de 30 %.¹³ L'amélioration des conditions sociales ainsi que les progrès de la médecine moderne ont progressivement permis de réduire la mortalité chez les enfants sans affecter sérieusement les décès survenant à l'âge moyen. La lutte contre l'usage du tabac offre les plus grandes promesses de gain appréciable à ce niveau. Selon les calculs de Peto et al., en l'absence du tabagisme, seulement une personne sur cinq devrait mourir avant l'âge de 70 ans dans les pays de "l'Organisation de coopération et de développement économique" (OCDE).²

Au Québec, la prévalence de l'usage du tabac de 35,4 % (hommes : 38,5 %, femmes : 32,3 %) est encore en 1994, nettement plus élevée qu'en Ontario (28,2 %; hommes : 29,4 %, femmes : 27,1 %) et dans le reste du Canada (30,5 %; hommes : 32,9 %, femmes : 28,3 %).¹⁴ De plus, si entre 1985 et 1990, le tabagisme a diminué dans la population québécoise, il a aug-

TABLEAU III
Mortalité attribuable au tabagisme au Québec chez les hommes de 35 ans et plus par région socio-sanitaire de 1984 à 1993

Région socio-sanitaire ^a	PAN ^b (n=573) % MA	CCO ^c (n=2170) % MA	CO ^d (n=1477) % MA	CI ^e (n=1579) % MA	CP ^f (n=28517) % MA	CV ^g (n=2071) % MA	CR ^h (n=1721) % MA	BE ⁱ (n=3973) % MA	CI (35-64) ^j (n=19307) % MA	CI (≥65) ^k (n=44543) % MA	ACV (35-64) ^l (n=2487) % MA	ACV (≥65) ^m (n=11171) % MA	n ⁿ	Ma ^p	% Ma ^p	IC ^q
Bas-Saint-Laurent	30.2	92.6	80.7	83.4	91.6	50.6	52.3	85.9	48.7	24.8	52.9	30.4	4 214	2 110	50.1	(42.8 - 56.1)
Saguenay / Lac Saint-Jean	31.7	93.0	81.7	84.3	92.1	52.2	54.0	86.7	50.4	26.0	54.5	31.8	4 686	2 674	57.1	(50.1 - 62.7)
Québec	29.3	92.5	81.2	83.4	91.6	50.8	52.6	86.3	48.8	24.9	52.0	30.2	11 105	5 874	52.9	(48.5 - 56.8)
Mauricie / Bois-Francs	31.0	92.9	81.5	84.0	91.9	51.7	53.5	86.5	49.8	25.6	53.8	31.3	9 439	4 783	50.7	(45.7 - 55.0)
Estrie	29.0	92.3	80.3	82.8	91.3	49.7	51.5	85.6	47.8	24.1	51.6	29.5	5 106	2 432	47.6	(41.1 - 53.2)
Montréal	30.5	92.6	80.5	83.3	91.6	50.4	52.2	85.7	48.6	24.6	53.1	30.4	36 730	18 299	49.8	(47.6 - 51.9)
Outaouais	32.8	93.2	81.7	84.5	92.5	52.6	54.3	86.6	50.8	26.3	55.6	32.4	4 431	2 364	53.4	(46.3 - 59.2)
Abitibi-Témiscamingue	33.8	93.5	82.3	85.0	92.5	53.6	55.3	87.0	51.8	27.1	56.8	33.3	2 576	1 401	54.4	(43.4 - 60.9)
Côte-Nord	31.6	93.0	81.9	84.3	92.1	52.4	54.2	86.8	50.5	26.2	54.5	31.9	1 304	761	58.4	(41.9 - 66.0)
Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine	33.0	93.3	82.2	84.8	92.4	53.3	55.0	87.0	51.4	26.8	55.9	32.9	2 240	1 182	52.8	(40.3 - 60.0)
Chaudière-Appalaches	28.4	92.1	80.2	82.6	91.1	49.4	51.1	85.6	47.4	23.9	50.9	29.1	6 422	3 172	49.4	(43.7 - 54.4)
Laval	28.1	92.1	80.2	82.6	91.1	49.3	51.1	85.6	47.4	23.9	50.6	29.0	4 306	2 173	50.5	(43.5 - 56.4)
Laudière	35.1	93.6	82.0	85.1	92.6	53.7	55.3	86.6	52.0	27.1	57.9	33.8	5 285	2 889	54.7	(48.5 - 59.9)
Laurentides	32.8	93.3	82.1	84.7	92.3	53.0	54.7	86.9	51.2	26.6	55.7	32.7	6 259	3 289	52.5	(46.3 - 57.9)
Montréal	30.6	92.8	81.4	83.8	91.8	51.4	53.2	86.4	49.6	25.4	53.4	31.0	18 486	9 308	50.4	(46.9 - 53.5)
TOTAL	31.0	92.8	81.3	83.8	91.9	51.5	53.2	86.3	49.6	25.4	53.8	31.2	122 589	62 711	51.2	(46.4 - 55.1)

a Les régions du Nord du Québec, du Nunavik et des Terres-Cri-de-la-Baie-James ont été exclues de l'analyse

b Cancer du pancréas

c Cancer de la cavité orale

d Cancer de l'oesophage

e Cancer du larynx

f Cancer du poumon

g Cancer de la vessie

h Cancer du rein

i Bronchite et emphyseme

j Cardiopathie ischémique chez les 35 à 64 ans

k Cardiopathie ischémique chez les 65 ans et plus

l Maladie cérébro-vasculaire chez les 35 à 64 ans

m Maladie cérébro-vasculaire chez les 65 ans et plus

n Nombre total de cas

o Mortalité attribuable

p Pourcentage de mortalité attribuable

q Intervalle de confiance à 95 %

menté chez les hommes et est demeuré stable chez les femmes de 1991 à 1994.¹⁴ Il s'agit d'un renversement de la tendance à la baisse qui avait cours depuis 30 ans, et on croit que la réduction des taxes en réaction à la contrebande serait un facteur important de cet état de fait.¹⁵

Dans une revue récente sur l'efficacité des différentes mesures susceptibles d'être incluses dans un programme de lutte contre le tabagisme, Reid conclue que les meilleurs résultats sont obtenus lorsque plusieurs actions différentes sont entreprises simultanément.¹⁶ Cependant, il identifie clairement la politique fiscale et le lobby médiatique nécessaires pour obtenir le support de la population comme les deux éléments conjugués ayant été responsables de l'essentiel de la diminution de la consommation de tabac en Grande-Bretagne depuis 1960.¹⁶ Force est d'admettre que la crise générée par la contrebande du tabac au Québec et la séquence d'événements qui a suivi est l'exemple patent d'une situation où ces deux éléments ont été utilisés d'une façon malencontreuse avec les conséquences que l'on connaît. Malheureusement, et les tableaux II et III sont là pour le souligner, chaque augmentation de l'usage du tabac a un impact énorme sur la santé de la population, lequel se chiffre en morbidité et en mortalité entièrement évitables. Aussi, mettre tout en œuvre pour lutter contre le tabagisme est un choix de société qui s'impose de lui-même.

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier le docteur Murray Kaiserman de Santé Canada pour l'aide inestimable qu'il nous a apportée dans la réalisation de cette étude. Des remerciements sont également adressés à messieurs Roger Gauthier, Paul Lachance et Bertrand Nolin, ainsi qu'à madame Nadia Tremblay pour leur contribution fort appréciée.

BIBLIOGRAPHIE

- Walds NS, Hackshaw AK. Cigarette smoking: An epidemiologic overview. *Br Med Bull* 1996;52(1):3-11.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from smoking world-wide. *Br Med Bull* 1996;52(1):12-21.
- Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991. *Can J Public Health* 1995;89(4):257-65.
- Fielding JE. Smoking : Health effects and control, dans : Last JM et Wallace RB, *Maxcy - Rosenau - Last Public Health and Preventive Medicine*. Norwalk : Appleton and Lange, 1992;715-40.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Info-Recensement : Bulletin d'information sur le système de données du recensement (J36) du MSSS. Bulletin no. 95-1 Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.
- Santé-Québec. Banques de données de l'enquête Santé-Québec, 3 tomes. Montréal : Service diffusion et bureautique, division diffusion, Santé-Québec, 1989.
- Bureau de la statistique du Québec. Registre des événements démographiques : Fichier des décès. Québec : Direction des statistiques socio-démographiques, Bureau de la statistique du Québec, 1993.
- Garfinkel L, Heath CW. Cancer Prevention Study II, the American Cancer Society prospective study. *Stat Bull Metrop Insur Co* 1992;73(4):21-29.
- American Cancer Society. Cancer Prevention Study II, 1982-1988 (tableaux non publiés). Atlanta, GA.
- Bouyer J, Hemon D, Cordier S, et al. *Épidémiologie; Principes et méthodes quantitatives*. Paris : Les éditions Inserm, 1993.
- Conseil des affaires sociales et de la famille. Le point sur les habitudes de vie : Le tabac. Québec : Conseil des affaires sociales et de la famille, 1985.

12. Villeneuve P, Morrison H. Effets du tabagisme sur la santé au Canada : Mise à jour. *Maladies chroniques au Canada* 1994;15:117-19.
13. Basavaraj S. Smoking and loss of longevity in Canada. *Can J Public Health* 1993;84(5):343-45.
14. Santé-Québec. L'usage de la cigarette au Québec, 1985 à 1994: analyse d'enquêtes multiples, Monographie no. 4. Montréal : Santé-Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Une législation québécoise contre le tabagisme, un choix pour la santé. Québec : Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.
16. Reid D. Tobacco control: Overview. *Br Med Bull* 1996;52(1):108-20.

Reçu : 28 janvier 1997
Accepté : 11 juin 1997