

## **Mortalité attribuable au tabagisme (SAM)**

### **Description**

Mortalité attribuable au tabagisme :

- Le nombre de décès dans la population causés par le tabagisme.<sup>1,2</sup>

### **Indicateurs spécifiques**

- Mortalité attribuable au tabagisme selon les groupes de maladie
- Mortalité attribuable au tabagisme chez les adultes
- Mortalité attribuable au tabagisme selon toute cause
- Mortalité attribuable à la fumée secondaire

### **Normes de la santé publique de l'Ontario (NSPO)**

- Les Normes de la santé publique de l'Ontario (NSPO) mettent en place des standards pour les programmes et services fondamentaux de santé publique, lesquels sont appliqués par les conseils de santé. Les tâches associées comprennent l'évaluation et la surveillance, la valorisation de la santé et le développement de politiques, la prévention de maladies et de blessures, et la protection de la santé. Les NSPO sont composées d'une norme fondamentale et de 13 normes liées aux programmes. Elles définissent les objectifs sociétaux globaux découlant des activités des conseils de santé et d'autres administrations, y compris les partenaires communautaires, les organismes non gouvernementaux, et les organisations gouvernementales. Deux plans expriment les résultats : résultats sociétaux et résultats de conseil de santé. Les résultats sociétaux entraînent le besoin d'effectuer des changements sur le plan du statut de la santé, des organisations, des systèmes, des normes, des politiques, des environnements, des pratiques et des résultats obtenus dans divers secteurs de société, y compris les conseils de santé, dans le but d'améliorer la santé de la population dans son ensemble. Les résultats des conseils de santé proviennent de leurs efforts, et ces résultats sont souvent centrés sur les changements en lien avec la sensibilisation, les connaissances, les attitudes, les compétences, les pratiques, les environnements et les politiques. Les conseils de santé sont tenus responsables de ces résultats. De plus, les normes soulignent ce que les conseils de santé doivent mettre en application pour atteindre les résultats mentionnés.

Résultats liés à cet indicateur

- Retombée sociale (Prévention des maladies chroniques) : Il y a une augmentation de l'adoption des habiletés et des comportements associés à la réduction du risque de maladies chroniques d'importance pour la santé publique.
- Retombée sociale (Prévention des maladies chroniques) : Une proportion croissante de la population vit, travaille, joue et apprend dans un environnement sain qui contribue à la prévention des maladies chroniques.
- La conclusion de la commission d'hygiène (Prévention des maladies chroniques) : Les populations prioritaires adoptent un mode de vie sans tabac.

Exigences en matière d'évaluation ou de surveillance en lien avec cet indicateur

- La commission d'hygiène doit mener une analyse épidémiologique des données de surveillance... dans le domaine de la lutte globale contre le tabac (Prévention des maladies chroniques).

<http://www.ontario.ca/publichealthstandards>

## Indicateurs de santé correspondants de Statistique Canada et de l'ICIS

- Aucun

### Sources de données

**Numérateur :** [Mortality Data](#)

**Source originale :** Bureau du registraire général de l'Ontario (ORG)

**Distribué par :** IntelliHEALTH ONTARIO, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO)

**Référence suggérée (voir [Data Citation Notes](#)) :**

Données sur la mortalité en Ontario [années], IntelliHEALTH ONTARIO, MSSLDO, Extrait : [date]

**Numérateur et dénominateur :** [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes \(ESCC\)](#)

**Source originale :** Statistique Canada

**Distribué par :** MSSLDO

**Référence suggérée (voir [Data Citation Notes](#)) :**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [année], Statistique Canada, Dossier de partage, MSSLDO

### Questions de l'enquête

L'**Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes** comporte un module sur la cigarette (Smoking module) (contenu de base en 2000-01, 2003, 2005 et 2007-08).

Source de données	Module	Question	Catégories de réponses	Année	Variable
ESCC	La cigarette (Smoking)	Au cours de votre vie, avez-vous fumé un total de 100 cigarettes ou plus? (environ 4 paquets)?	Oui, Non, Ne sait pas, Refuse de répondre	2007-08	SMK_01A
				2005	SMKE_01A
				2003	SMKC_01A
				2000-01	SMKA_01A
		Avez-vous déjà fumé 1 cigarette complète?	Oui, Non, Ne sait pas, Refuse de répondre	2007-08	SMK_01B
				2005	SMKE_01B
				2003	SMKC_01B
				2000-01	SMKA_01B
		Actuellement, fumez-vous quotidiennement, occasionnellement ou pas du tout?	Quotidiennement, Occasionnellement, Pas du tout	2007-08	SMK_202
				2005	SMKE_202
				2003	SMKC_202
				2000-01	SMKA_202

		Au cours du mois dernier, pendant combien de jours avez-vous fumé 1 cigarette ou plus?	Jours (MIN : 0) (MAX : 30), Ne sait pas	2007-08	SMK_05C
				2005	SMKE_05C
				2003	SMKC_05C
				2000-01	SMKA_05C

L'ESCC contient une variable calculée – le type de fumeur – qui classe les types de fumeur en six catégories. Veuillez noter que la définition de variable calculée pour chaque catégorie varie légèrement des définitions d'indicateur recommandées par le Groupe consultatif national sur la surveillance et l'évaluation (NAGME)<sup>11</sup> en ce que les catégories de variable calculée de l'ESCC n'incluent pas le critère de l'usage de 100 cigarettes dans une vie. Les lignes suivantes sont des descriptions détaillées de la façon dont chaque catégorie de type de fumeur de l'ESCC est calculée.

Fumeur quotidien = Fume quotidiennement actuellement (SMK\_202=1)

Fumeur occasionnel (ancien fumeur quotidien) = Fume occasionnellement actuellement (SMK\_202=2) ET a déjà fumé quotidiennement (SMK\_05D=1)

Fumeur occasionnel (n'a jamais fumé quotidiennement ou a déjà fumé moins de 100 cigarettes) = Fume occasionnellement actuellement (SMK\_202=2) ET n'a jamais fumé quotidiennement (SMK\_05D=2 ou S.O.)

Ancien fumeur quotidien (non-fumeur actuellement) = Ne fume pas actuellement (SMK-202=3) ET a déjà fumé quotidiennement (SMK\_05D=1)

Ancien fumeur occasionnel (au moins une cigarette complète, non-fumeur actuellement) = Non-fumeur actuellement (SMK-202=3) ET [n'a jamais fumé quotidiennement (SMK\_05D=2) ET {a fumé 100 cigarettes au cours de sa vie (SMK\_01A=1) OU a fumé une cigarette complète (SMK\_01B=1)}]

N'a jamais fumé (une cigarette complète) = Non-fumeur actuellement (SMK-202=3) ET n'a jamais fumé 100 cigarettes au cours de sa vie (SMK\_01A=2) ET n'a jamais fumé une cigarette complète (SMK\_01B=2)

Source de données	Module	Description	Catégories de réponses	Année	Variable
ESCC	La cigarette (Smoking)	Type de fumeur	Fumeur quotidien, Fumeur occasionnel (ancien fumeur quotidien), Fumeur occasionnel (n'a jamais fumé quotidiennement ou a fumé <100 cigarettes), Ancien fumeur quotidien (non-fumeur actuellement), Ancien fumeur occasionnel (au moins 1 cigarette complète, non-fumeur actuellement), N'a jamais fumé	2007-08	SMKDSTY
				2005	SMKEDSTY
				2003	SMKCDSTY
				2000-01	SMKADSTY

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes comporte un module sur l'exposition à la fumée secondaire (Exposure to Second-Hand Smoke (ETS)) (contenu de base en 2003, 2005 et 2007-08).

Source de données	Module	Question	Catégories de réponses	Année	Variable	
ESCC	Exposition à la fumée secondaire (Exposure to Second Hand Smoke)	Si l'on inclut les membres du ménage et les visiteurs réguliers, diriez-vous que quelqu'un fume dans la maison, chaque jour ou presque?	Oui, Non, Ne sait pas, Refuse de répondre	2007-08	ETS_10	
				2005	ETSE_10	
				2003	ETSC_10	
			Au cours du mois dernier, [étiez/était] [vous/il/elle] exposé à la fumée secondaire, chaque jour ou presque, dans une voiture ou un autre véhicule privé?	Oui, Non, Ne sait pas, Refuse de répondre	2007-08	ETS_20
					2005	ETSE_20
					2003	ETSC_20
		Au cours du mois dernier, [étiez/était] [vous/il/elle] exposé à la fumée secondaire, chaque jour ou presque, dans des lieux publics (tels que les bars, les restaurants, les centres commerciaux, les arénas, les salles de bingo ou les allées de quilles)?	Oui, Non, Ne sait pas, Refuse de répondre	2007-08	ETS_20B	
				2005	ETSE_20B	
				2003	ETSC_20B	

#### Autre(s) source(s) de données

Le [Rapid Risk Factor Surveillance System \(RRFSS\)](#) comporte un module intitulé Tabac – utilisation faite des répondants (Tobacco – Use by Respondent) (module de base depuis 2001-2008) et un module intitulé Tabac – exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA) (Tobacco-Exposure to Environmental Tobacco Smoke (ETS)) (contenu optionnel depuis 2004). Le module Tabac – exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA) n'est demandé qu'aux anciens fumeurs (t1=1 et t2=5) et aux non-fumeurs. (t1=5).

Source de données	Module	Question	Catégories de réponses	Année	Variable
	Tabac – utilisation faite des répondants (Tobacco – Use by Respondent)	J'aimerais vous poser des questions sur le tabagisme. Avez-vous fumé au moins 100 cigarettes au cours de votre vie?	Oui, Non, Ne sait pas, Refuse de répondre	2001 à 2008	T1
		Actuellement, fumez-vous des cigarettes chaque jour, parfois, ou pas du tout?	Oui, Non, Ne sait pas, Refuse de répondre	2001 à 2008	T2

<p>Tabac – exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA) (Tobacco-Exposure to Environmental Tobacco Smoke (ETS))</p>	<p>Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé à la fumée secondaire chaque jour ou presque?</p>	<p>Oui, Non, Ne sait pas, Refuse de répondre</p>	<p>2004 à 2008</p>	<p>expose_1</p>
	<p>Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé à la fumée secondaire chaque jour ou presque... à la maison?</p>	<p>Oui, Non, Ne sait pas, Refuse de répondre</p>	<p>2004 à 2008</p>	<p>expose_2</p>
	<p>... dans une voiture ou un autre véhicule privé? Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé à la fumée secondaire chaque jour ou presque dans une voiture ou un autre véhicule privé?</p>	<p>Oui, Non, N'est pas monté dans une voiture ou un autre véhicule privé au cours du dernier mois, Ne sait pas, Refuse de répondre</p>	<p>2004 à 2008</p>	<p>expose_3</p>
	<p>... dans des lieux publics, tels que les bars, les restaurants, les centres commerciaux, les arénes, les salles de bingo ou les allées de quilles? Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé à la fumée secondaire chaque jour ou presque dans des lieux publics, tels que les bars, les restaurants, les centres commerciaux, les arénes, les salles de bingo ou les allées de quilles?</p>	<p>Oui, Non, N'est pas allé dans un lieu public au cours du dernier mois, Ne sait pas, Refuse de répondre</p>	<p>2004 à 2008</p>	<p>expose_4</p>
	<p>... en visite chez des amis ou des proches? Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé à la fumée secondaire chaque jour ou presque chez des amis ou des proches?</p>	<p>Oui, Non, N'a pas visité d'amis ou de proches au cours du dernier mois, Ne sait pas, Refuse de répondre</p>	<p>2004 à 2008</p>	<p>expose_5</p>

		... au travail? Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé à la fumée secondaire chaque jour ou presque au travail?	Oui, Non, Ne travaille pas/n'a pas travaillé au cours du dernier mois/travaille à la maison/travaille à l'extérieur à son compte, Ne sait pas, Refuse de répondre	2004 à 2008	expose_6
--	--	---	---	-------------	----------

### Code(s) des CIM

#### *Catégories de maladies liées au tabagisme<sup>2</sup>*

Maladies	codes CIM-10
Néoplasmes malins	
Lèvre, cavité orale, pharynx	C00-C14
Œsophage	C15
Estomac	C16
Pancréas	C25
Larynx	C32
Trachée, bronches et poumons	C33-C34
Col de l'utérus	C53
Reins et bassinets du rein	C64-C65
Vessie	C67
Leucémie myéloïde aiguë	C92.0
Maladies cardiovasculaires	
Cardiopathies ischémiques	I20-I25
Autres maladies du cœur	I00-I09, I26-I51
Maladies cérébrovasculaires	I60-I69
Athérosclérose	I70
Anévrisme de l'aorte	I71
Autres maladies artérielles	I72-I78
Maladies respiratoires	
Pneumonie et grippe	J10-J18
Bronchite, emphysème	J40-J42, J43
Obstruction chronique des voies aériennes	J44

### Liste de vérification d'analyse

#### ESCC

- On recommande aux services de santé publique d'utiliser le fichier partagé fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée plutôt que le Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) fourni par Statistique Canada. Le fichier partagé est basé sur un échantillonnage légèrement plus petit que le FMGD, car les répondants doivent accepter de partager leurs renseignements avec les autorités provinciales. Par contre, le fichier partagé comporte plus de variables et moins de groupement de catégories à l'intérieur des variables que le FMGD. Le fichier partagé comprend des données épurées

convenant davantage aux analyses de l'Ontario, car toutes les variables qui ne faisaient pas partie du contenu courant, du contenu thématique ou du contenu optionnel pour l'Ontario ont été enlevées.

- Il peut y avoir de légères différences entre les résultats du fichier cummun et les données publiées sur le site Web de Statistique Canada pour les indicateurs de santé parce que les taux calculés pour les indicateurs de santé utilisent le fichier maître de données CCHS.
- Les participants qui n'ont pas fourni des réponses applicables devraient être exclus; cependant, il est important de comprendre d'où proviennent ces répondants en fonction de l'enchaînement des questions, afin d'être capable de cerner la population pertinente.
- Les utilisateurs doivent déterminer s'ils doivent inclure, ou non, les catégories « refus », « ne sait pas » et « non déclaré » dans le dénominateur. Les taux publiés dans la plupart des rapports, y compris dans la majorité des Rapports sur la santé publiés par Statistique Canada, excluent ces catégories de réponses. L'exclusion des réponses non déclarées du dénominateur suppose que les valeurs manquantes sont aléatoires, ce qui n'est pas toujours le cas. Cet aspect est particulièrement important lorsque la proportion de ces catégories de réponses est élevée.
- Les estimations doivent être pondérées adéquatement (généralement, en fonction de la pondération partagée pour l'ESCC) et arrondies.
- Les utilisateurs du fichier partagé de l'ESCC de l'Ontario doivent adhérer aux directives de publication de Statistique Canada en lien avec les données de l'ESCC avant de diffuser ou de publier, sous toutes formes, des données provenant du fichier. Veuillez vous référer au guide d'utilisation approprié pour obtenir les directives en matière de tabulation, d'analyse et de publication de données provenant de l'ESCC. En général, lorsque le calcul du coefficient de variation (CV) est effectué à partir du fichier partagé en utilisant des poids bootstrap, les utilisateurs ne doivent pas publier des estimations pondérées lorsque la valeur non pondérée de la cellule est inférieure à 10. En matière de ratios ou de proportions, cette règle doit être appliquée sur le numérateur du ratio. Statistique Canada utilise cette approche pour les données tabulaires de leur site Web. Lorsque les tables de variabilité approximative de l'échantillon (CV) sont utilisées avec le fichier partagé, les données ne peuvent pas être publiées lorsque la valeur non pondérée des cellules est inférieure à 30. Cette règle doit être appliquée au numérateur en matière de ratios et de proportions. Ceci permet d'obtenir une marge de sécurité sur le plan de la qualité de données, car le CV utilisé n'est qu'une approximation.
- Avant de diffuser ou de publier des données, les utilisateurs doivent déterminer le CV de l'estimation pondérée arrondie et se conformer aux directives ci-dessous :
  - **Acceptable (CV de 0,0 - 16,5 %)** les estimations peuvent faire l'objet d'une diffusion générale sans restriction. Il n'y aucune notation particulière prévue.
  - **Conditionnelle (CV de 16,6 - 33,3 %)** les estimations peuvent faire l'objet d'une diffusion générale sans restriction, mais il est nécessaire de mettre en garde les utilisateurs à propos de la variabilité d'échantillonnage élevée liée à ces estimations. De telles estimations doivent être identifiées par la lettre E (ou d'une autre manière semblable).
  - **Inacceptable (CV supérieur à 33,3 %)** Statistique Canada recommande de ne pas diffuser les estimations de qualité inacceptable. Cependant, si les utilisateurs choisissent malgré tout de diffuser les estimations, celles-ci doivent être identifiées de la lettre F (ou d'une manière semblable) et l'avertissement suivant doit accompagner les estimations : « Nous avisons l'utilisateur que (spécifiez les données) ne sont pas conformes aux normes de qualité de Statistique Canada en lien avec ce programme statistique. Les conclusions tirées de ces données ne seront pas fiables et fort probablement invalides ». Ces données et tous résultats relatifs ne doivent pas être publiés. Si l'utilisateur choisit de publier ces données ou résultats, cet avis de non-responsabilité doit accompagner les données.

- Il faut faire preuve de prudence lors de la comparaison des résultats du cycle 1.1 (2000/2001) de l'enquête avec les résultats des années suivantes en raison du changement dans le mode de collecte de données. L'échantillon du cycle 1.1 contient une plus grande proportion de participants interrogés en personne que les autres échantillons, ce qui vient affecter la comparaison de certains indicateurs de santé clés. Pour consulter une copie complète de l'article de Statistique Canada intitulé « Effets du mode de collecte à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : une comparaison de l'IPAO et l'ITAO », veuillez visiter l'adresse suivante : [http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226\\_D16\\_T9\\_V1-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D16_T9_V1-fra.pdf)

#### Mortalité

- Utiliser la source de données sur les décès du dossier *Vital Statistics* dans IntelliHEALTH, sélectionner la mesure # *ON Deaths* (nombre de décès des résidents de l'Ontario décédés en Ontario). Nota : les décès des résidents de l'Ontario qui sont décédés à l'extérieur de la province ne sont pas saisis dans *Vital Statistics*.
- Un rapport a été produit dans les Dossiers partagés (Shared Folders)\dossier du service de santé publique (PHU) dans IntelliHEALTH, qui fournit des données sur les causes de mortalité attribuées au tabagisme par année civile et par service de santé publique, ainsi que pour l'Ontario.
- Sélectionner la géographie appropriée du dossier *Deceased Information* (service de santé publique ou RLISS). Inclure d'autres items selon vos besoins (chapitre CIM-10, Groupe de causes principales, Groupe d'âge, Sexe, etc.).

#### Méthode de Calcul

##### Fractions attribuables au tabagisme (FAT) :

Les fractions attribuables au tabagisme pour chaque maladie (listées dans le tableau ci-dessus) et le sexe sont calculées selon la formule suivante :

$$FAT = [(p0 + p1(RR1) + p2(RR2)) - 1] / [p0 + p1(RR1) + p2(RR2)]$$

Mesure	Adultes touchés par la SAM (mortalité attribuée au tabagisme)
<b>p0</b>	Pourcentage d'adultes non-fumeurs dans les groupes d'études
<b>p1</b>	Pourcentage d'adultes fumeurs actuellement dans les groupes d'études
<b>p2</b>	Pourcentage d'adultes anciens fumeurs dans les groupes d'études
<b>RR1</b>	Risque relatif de décès d'adultes fumeurs actuellement par rapport aux non-fumeurs
<b>RR2</b>	Risque relatif de décès d'adultes anciens fumeurs comparativement aux non-fumeurs
Adulte : 35 à 64 ans et 65 ans ou plus	

Le produit de la fraction attribuable au tabagisme (population qui fume) et du nombre de décès dans la population fournit un compte de mortalité attribuable (mortalité attribuable au tabagisme ou SAM).<sup>2</sup>

$$\text{(mortalité attribuable au tabagisme) SAM} = \text{Nombre de décès} \times \text{FAT}$$

Calculer la mortalité attribuable au tabagisme pour chaque groupe de maladie (listés dans le tableau), le sexe et les groupes d'âge (35 à 64 ans, 65 ans ou plus pour un adulte touché par la SAM)

Le nombre de SAM selon toute cause possible est la somme de SAM provenant de toutes les catégories de

maladie.<sup>3</sup>

Pour vous aider dans les calculs, utiliser la feuille d'exemples de calculs *Adult SAM Calculation Examples spreadsheet*.

**La mortalité attribuable à la fumée secondaire (PSAM)** est calculée pour compter les décès associés aux cardiopathies ischémiques et au cancer du poumon.<sup>4,5</sup>

$$\text{Fraction étiologique du risque (FER)} = p(DI - 1) / (p(DI - 1) + 1) \text{ }^6$$

Mesure	Mortalité attribuable à la fumée secondaire
<b>p</b>	La proportion de la population totale avec exposition (c.-à-d. les non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée de tabac ambiante dans leur foyer)
<b>DI</b>	La densité de l'incidence (risque relatif)

### Risques relatifs

Risques relatifs de SAMMEC pour un adulte <sup>1</sup>				
Consulté : le 9 juin 2009				
Source : <a href="https://apps.nccd.cdc.gov/sammecc/index.asp">https://apps.nccd.cdc.gov/sammecc/index.asp</a>				
Catégories de maladie	Homme		Femme	
	Fumeur actuel (RR1)	Ancien fumeur (RR2)	Fumeur actuel (RR1)	Ancien fumeur (RR2)
<b>Néoplasmes malins</b>				
Lèvre, cavité orale, Pharynx	10,89	3,4	5,08	2,29
Œsophage	6,76	4,46	7,75	2,79
Estomac	1,96	1,47	1,36	1,32
Pancréas	2,31	1,15	2,25	1,55
Larynx	14,6	6,34	13,02	5,16
Trachée, Poumon, Bronches	23,26	8,7	12,69	4,53
Col de l'utérus	0	0	1,59	1,14
Reins et bassinets du rein	2,72	1,73	1,29	1,05
Vessie	3,27	2,09	2,22	1,89
Leucémie myéloïde aiguë	1,86	1,33	1,13	1,38
<b>Maladies cardiovasculaires</b>				
Cardiopathies ischémiques				
Personnes âgées de 35 à 64 ans	2,8	1,64	3,08	1,32
Personnes âgées de 65 ans ou plus	1,51	1,21	1,6	1,2
Autres maladies du cœur	1,78	1,22	1,49	1,14

Maladies cérébrovasculaires				
Personnes âgées de 35 à 64 ans	3,27	1,04	4	1,3
Personnes âgées de 65 ans ou plus	1,63	1,04	1,49	1,03
Athérosclérose	2,44	1,33	1,83	1
Anévrisme de l'aorte	6,21	3,07	7,07	2,07
Autres maladies artérielles	2,07	1,01	2,17	1,12
Maladies respiratoires				
Pneumonie, Grippe	1,75	1,36	2,17	1,1
Bronchite, Emphysème	17,1	15,64	12,04	11,77
Obstruction chronique des voies aériennes	10,58	6,8	13,08	6,78
Éléments de données				
<b>Nom</b>	CPS-II(82-88)			
<b>Référence</b>	Les évaluations non publiées fournies par l'American Cancer Society (ACS). Voir Thun MJ, Day-Lally C, Myers DG, et al. Trends in tobacco smoking and mortality from cigarette use in Cancer Prevention Studies I (1959 through 1965) and II (1982 through 1988). Dans : Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control. Smoking and Tobacco Control Monograph 8. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute 1997;305-382. NIH Publication n° 97-1213. (en anglais seulement)			
<sup>1</sup> Parmi les adultes âgés de 35 ans ou plus.				

La densité de l'incidence à la fumée secondaire (DI)/Risque relatif	
consulté : 9 juin 2009	
<b>Catégories de maladie</b>	<b>Les deux sexes</b>
Cancer du poumon	1,21
Cardiopathies ischémiques	1,24
<b>Références</b> : Baliunas et. al. 2007 <sup>5</sup> , De Groh et. al. 2002 <sup>6</sup>	

#### Catégories de base

- Groupes d'âge de SAM chez les adultes : groupes d'âge de 5 ans, de 35 à 85 ans ou plus pour les données sur la mortalité; de 35 à 64 ans et 65 ans ou plus pour les données sur la prévalence du tabac.
- Sexe : homme, femme, et le total.
- Codes de la table CIM-10

- Zones géographiques : service de santé publique, RLISS, province.

### Commentaires sur l'indicateur

*Logiciel sur la mortalité, la morbidité et les coûts économiques attribués au tabagisme (Smoking-Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs (SAMMEC))*

- Le logiciel SAMMEC sur la méthode de SAM fourni par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) a été utilisé pour calculer le nombre d'adultes touchés par la SAM.
- L'application SAMMEC est conçue pour évaluer l'impact global des maladies causées par le tabac dans une population. Ce n'est pas un outil de surveillance.<sup>2</sup>
- Les fractions attribuables au tabagisme (FAT) utilisées dans SAMMEC sont calculées en se servant des risques relatifs (RR) pour chaque cause de décès selon une étude de prévention de l'American Cancer Society (Cancer Prevention Study-II (CPS-II;1982-1988)) et des prévalences des fumeurs actuels et des anciens fumeurs pour deux groupes d'âge : les personnes âgées de 35 à 64 ans et les personnes âgées de 65 ans ou plus. Pour ce qui concerne la mortalité liée aux cardiopathies ischémiques et aux maladies cérébrovasculaires, les estimations des risques relatifs (RR) ont été stratifiées par âge (35 à 64 ans et 65 ans ou plus).<sup>2</sup>
- Le logiciel SAMMEC a été révisé selon les résultats du rapport de 2004 sur les maladies causées par le tabac, produit par le Surgeon General. La liste des maladies attribuées au tabagisme inclut maintenant le cancer de l'estomac et la leucémie myéloïde aiguë, mais exclut l'hypertension.<sup>7</sup>
- Les CDC ne recommandent pas l'usage du logiciel SAMMEC pour analyses des populations de moins de quelques centaines de milliers de personnes. La validité statistique des résultats sera remise en question.<sup>2</sup>
- Les utilisateurs de SAMMEC peuvent produire leurs propres estimations sur les adultes selon leur juridiction relative à la santé, en visitant le site Web de SAMMEC et en changeant ou en éditant chaque élément de données directement du menu. Vous pouvez vous inscrire au SAMMEC en visitant le site Web des CDC à l'adresse : <http://apps.nccd.cdc.gov/sammec/index.asp>. (en anglais seulement).
- Les résultats de l'étude CPS-II ont été critiqués pour ne pas avoir été généralisables à la population entière des États-Unis. Les participants de l'étude CPS-II tendent à surreprésenter la classe moyenne, à être plus éduqués, et un nombre disproportionné d'entre eux est blanc.<sup>4,5,8,9</sup>
- En ce qui concerne les risques relatifs de l'étude CPS II, on s'est servi de la définition suivante pour identifier les anciens fumeurs : avoir fumé au moins une cigarette par jour pendant au moins un an. Par conséquent, la définition sur les anciens fumeurs dans l'ESCC surestime probablement la fraction attribuable à la population dans la population canadienne puisque l'étude CPS II avait besoin d'une exposition plus importante, menant ainsi à des estimations des risques relatifs plus élevées.<sup>1</sup>

### *Limites des calculs de SAM et considérations*

- Des définitions différentes des fumeurs actuels et des anciens fumeurs peuvent produire des estimations de SAM différentes.<sup>1</sup>
- La méthodologie des fractions attribuables calcule les décès attribuables au tabagisme en utilisant la prévalence des fumeurs et le nombre de décès de l'année courante. Toutefois, la plupart des décès attribuables au tabagisme sont le résultat de consommation de tabac étalée sur des décennies, période où les taux de tabagisme étaient alors plus élevés. Pendant les périodes où la prévalence du tabagisme décline, la méthodologie de fraction attribuable (FA) tendra à sous-estimer le nombre de décès causés par le tabagisme. Inversement, lorsque la prévalence du tabagisme augmente, la formule FA risque de surestimer le nombre de décès causés par le tabagisme.<sup>2</sup>
- Les problèmes associés à la mesure de l'exposition (définitions de fumeurs) et à l'erreur de classification (exposition, risque et résultat) risquent d'affecter certains services de santé publique locaux plus que d'autres. Selon l'étude<sup>1</sup> effectuée par Tanuseputro et al., certains services de santé avaient des estimations de mortalité attribuable au tabagisme plus élevées que ce à quoi l'on s'attendait, ce qui est plausible parce que les taux de cancer du poumon étaient élevés malgré une faible prévalence actuelle au tabagisme. Les autres avaient une prévalence exceptionnellement élevée au tabagisme chez les aînés au cours d'une période de sondage, mais pas les autres. Il est donc conseillé, lors de l'analyse des estimations de la mortalité attribuable au tabagisme, que les personnes examinent les estimations de plus près en se servant des méthodes définies dans l'étude, si des problèmes au niveau des estimations de mortalité surviennent concernant des différences entre les résultats et ce à quoi l'on s'attendait.
- Utiliser des définitions d'exposition qui se ressemblent (fumeur actuel/ancien fumeur) dans l'étude (source

des estimations du risque relatif) et des populations cibles (source d'estimation du risque d'exposition, c.-à-d., l'ESCC).<sup>1,4</sup>

- Étant donné la disponibilité des différentes définitions d'exposition – le tabagisme et l'exposition à la fumée ambiante – il est recommandé que des analyses de sensibilité soient effectuées afin de comprendre les impacts de ces différences.<sup>1</sup>
- Utiliser l'âge et la prévalence selon le sexe, la mortalité et les estimations du risque relatif lorsque disponibles. Au Canada, la prévalence du tabagisme et la fraction attribuable au tabagisme décroissent lorsque l'âge augmente. L'utilisation de la prévalence du bassin selon l'âge estime puis sous-estime la fraction attribuable au tabagisme pour les groupes d'âge plus jeunes et la surestime pour les groupes d'âge plus âgés. Puisque le nombre de décès est systématiquement plus important pour les groupes d'âge plus âgés, le degré de surestimation de la SAM pour les personnes plus âgées sera plus grand en termes absolus que le degré de sous-estimation des personnes plus jeunes.<sup>1</sup>
- Les calculs de SAM ne comptent pas pour les interrelations entre les facteurs de risque, c.-à-d. la consommation d'alcool (pour éviter la confusion).<sup>2</sup>
- Les décès par le feu causés par la cigarette ne sont pas représentés dans les estimations sur la mortalité attribuable au tabagisme.
- Les estimations sur la SAM minimisent les décès attribués à l'usage du tabac parce que les estimations des décès attribués à la consommation de cigares, à l'usage de la pipe et à l'usage de tabac sans fumée ne sont pas incluses.<sup>2</sup>
- Plusieurs années de données sur la mortalité (5 ans) devraient faire partie du calcul de la SAM afin d'éviter, autant que possible, les inquiétudes relatives aux petits nombres et aux variations d'année en année.
- Il est recommandé de calculer les taux ajustés selon l'âge des adultes touchés par la SAM. Étant donné que les risques varient selon les caractéristiques démographiques telles que l'âge, les populations avec une répartition par âge plus âgées auront tendance à avoir des taux bruts de mortalité plus élevés. Par conséquent, lorsque l'on compare les taux bruts entre les groupes (p. ex., dans un service de santé), on ne peut être certain si les différences apparentes sont dues aux différences dans la répartition par âge des groupes ou aux différences réelles du risque de mortalité. L'ajustement selon l'âge est une technique statistique conçue pour réduire les différences entre taux bruts qui résultent des différences dans la répartition par âge des populations.<sup>2</sup>
- Dans la mortalité attribuable au tabagisme, le tabagisme durant la grossesse peut aussi être calculé. Toutefois, il n'a pas été inclus dans cet indicateur. Les nombres peuvent être trop petits à l'échelle locale pour produire des estimations valides de tabagisme durant la grossesse. Également, des recherches plus poussées sont requises pour déterminer la source de données la plus appropriée (des questions de sondage de l'ESCC ou d'autres sources de données) à utiliser pour les calculs d'estimations de tabagisme pendant la grossesse.

#### *Estimations du statut de fumeur et ses effets sur la santé*

- Les sondages ont été pensés généralement de façon à sous-estimer les taux de tabagisme parce que les fumeurs sont parfois réticents à avouer leur consommation de tabac ou ont parfois de la difficulté à rapporter leurs habitudes de consommation de tabac de façon précise.
- Un fumeur est défini de façon différente dans l'ESCC et dans le RRFSS. Le RRFSS considère fumeur celui qui a fumé au moins 100 cigarettes au cours de sa vie. Ceci n'est pas une condition pour l'ESCC.
- Il existe des preuves que l'usage du tabac est lié à plus de deux douzaines de maladies et de mauvais états de santé. C'est la principale cause de décès évitables et il produit des impacts négatifs sur la santé des personnes de tout âge : les enfants en gestation, les bébés, les enfants, les adolescents, les adultes et les aînés.<sup>10</sup>
- L'usage du tabac est la cause évitable la plus importante du cancer du poumon; 85 % des nouveaux cas de cancer du poumon y sont attribuables au Canada. L'usage du tabac peut mener à des cancers de l'appareil respiratoire et du tube digestif supérieur, en plus d'avoir été démontré comme une cause contribuant à la leucémie et aux cancers de la vessie, de l'estomac, des reins et du pancréas. Les femmes qui fument ont un risque plus élevé de développer un cancer du col utérin. L'usage du tabac est associé à la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et les maladies cardiovasculaires causées par l'usage du tabac incluent les coronaropathies, les acrosyndromes et les maladies cérébrovasculaires.<sup>10</sup>
- Il existe des preuves que les personnes exposées de façon répétée à la fumée de tabac ambiante sont plus enclines à développer des problèmes de cœur, un cancer du poumon et des problèmes respiratoires et d'en

mourir. La fumée de tabac ambiante peut aussi causer des infections au niveau de la poitrine et des oreilles, et provoquer une toux excessive, ainsi qu'une irritation de la gorge.<sup>10</sup>

## Définitions

- Une fraction attribuable au tabagisme (FAT) – c'est la fraction d'une maladie dans la population qui n'aurait pas été développée si les effets associés au tabagisme étaient absents.<sup>4,5</sup>
- La mortalité attribuable à la fumée secondaire (PSAM) – s'applique au risque relatif selon l'âge et le sexe et les taux de mortalité découlant du cancer du poumon et des cardiopathies ischémiques à la population qui n'a jamais fumé, mais qui est exposée à la fumée de tabac ambiante provenant de leurs époux ou d'autres sources.<sup>5</sup>
- Fumeur actuel – fumeur quotidien + fumeur occasionnel.
- Ancien fumeur – fumeur quotidien ou occasionnel antérieurement, mais qui ne fume pas actuellement.
- Fumeur quotidien – qui fume au moins une cigarette par jour.
- Fumeur occasionnel – qui ne fume pas au moins une cigarette par jour.

## Revois à d'autres indicateurs

- Statut de fumeur (Section 5A : Comportement et santé (Behaviour and Health))
- Les non-fumeurs exposés à la fumée secondaire (Section 5A : Comportement et santé (Behaviour and Health))

## Référence(s) utilisée(s)

- 1 Tanusepturo, P. Manuel, DG. Schultz, SE. Johansen, H. Mustard, CA. Improving Population Attributable Fraction Methods: Examining Smoking-attributable Mortality for 87 Geographic Regions in Canada. American Journal of Epidemiology Vol. 161, N° 8. 2005. pp. 787-798. Disponible en ligne à l'adresse : <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/full/161/8/787> (Consulté le 16 octobre 2008) (en anglais seulement)
- 2 Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs (SAMMEC): Adult SAMMEC and Maternal and Child Health (MCH), logiciel SAMMEC, 2007. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.cdc.gov/tobacco/sammeec> (en anglais seulement)
- 3 Tanusepturo, P. Manuel, DG. Leung, M. Nguyen, K. Johansen, H. Risk factors for cardiovascular disease in Canada. Journal canadien de cardiologie. Vol. 19, N° 11. Octobre 2003. pp. 1249-1259. (en anglais seulement)
- 4 U.S. Surgeon General. The Impact of Smoking on Disease and the Benefits of Smoking Reduction. The Health Consequences of Smoking. Chapter 7. 2004. pp. 853-893. Disponible en ligne à l'adresse : [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2004/00\\_pdfs/chapter7.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/00_pdfs/chapter7.pdf) (Consulté le 14 octobre 2008) (en anglais seulement)
- 5 Baliunas, D. Patra, J. Rehm, J. Popova, S. Kaiserman, M. Taylor, B. Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques. Maladies chroniques au Canada, Vol. 27, N° 4. 2007 pp. 154-162. Disponible en ligne à l'adresse : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/27-4/pdf/cdic274-3\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/27-4/pdf/cdic274-3_f.pdf) (Consulté le 14 octobre 2008).
- 6 De Groh, M. Morrison, HI. La fumée de tabac ambiante et les décès attribuables aux cardiopathies ischémiques au Canada. Maladies chroniques au Canada. Vol. 23, N° 1. 2002. Disponible en ligne à l'adresse : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/23-1/b\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/23-1/b_f.html) (Consulté le 30 mars 2009)
- 7 Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses – United States, 1997-2001. MMWR, 1 juillet 2005 / 54(25):625-628. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5425a1.htm> (Consulté le 8 juin 2009) (en anglais seulement)
- 8 Sterling, TD. Rosenbaum, WI Weindam, JJ. Risk attribution and tobacco-related deaths. American Journal of Epidemiology 1993; 138:128-139 (en anglais seulement)
- 9 Malarcher, AM. Schulman, J. Epstein, LA. Thun, MJ. Mowery, P. Pierce, B et al. Methodological issues in estimating smoking-attributable mortality in the United States. American Journal of Epidemiology 2000; 152:573-584 (en anglais seulement)
- 10 Santé Canada. Le tabagisme et votre corps. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/index-fra.php> (Consulté le 16 octobre 2008).

11 Copley TT, Lovato C, O'Connor S. Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme. Indicateurs pour la surveillance dans le cadre de la lutte contre le tabagisme : un outil pour les décideurs, les évaluateurs et les chercheurs. Toronto, ON: Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme pour le compte du Groupe consultatif national sur la surveillance et l'évaluation, 2006. Disponible en ligne à l'adresse : [http://ctcri.ca/~ctcri/fr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=31&Itemid=44](http://ctcri.ca/~ctcri/fr/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=44) (Consulté en 2007).

### Autre(s) référence(s)

- Flanagan, W. Boswell-Purdy, J. Le Petit, C. Berthelot, JM. Estimating summary measures of health: a structured workbook approach. Population Health Metrics 11 mai 2005, 3:5 Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.pophealthmetrics.com/content/3/1/5> (Consulté le 30 mars 2009) (en anglais seulement)
- He, J. Vupputuri, S. Allen, K. Prerost, M. Hughes, J. Whelton, P.K. Passive Smoking and the Risk of Coronary Heart Disease – A Meta-Analysis of Epidemiologic Studies. The New England Journal of Medicine 25 March 1999, 340:12 Disponible en ligne à l'adresse : [www.nejm.org](http://www.nejm.org) (Consulté le 9 juin 2009) (en anglais seulement)
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. A Report of the Surgeon General 2006 Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/> (Consulté le 9 juin 2009) (en anglais seulement)
- Single, E. Rehm, J. Robson, L. Truong, M.V. The Relative Risks and Etiologic Fractions of Different Causes of Death and Disease Attributable to Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Use in Canada. Journal de l'Association médicale canadienne. 13 juin 2000, 162:12 Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/abstract/162/12/1669> (Consulté en octobre 2008) (en anglais seulement)

### Changements apportés

Date	Type de révision - révision formelle ou ad hoc?	Changements effectués par	Modifications
22 juin 2009	Examen formel	Les sous-groupes cancer, cigarette et prévention contre les rayons du soleil des indicateurs de base.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceci est un nouvel indicateur.</li> </ul>