



# ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC - 2008

## Chapitre 8 Tabagisme



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

## Rédacteurs de la CSSSPNQL (Chapitres rédigés)

Hélène Bagirishya (Services à la petite enfance / Accès aux soins de santé et satisfaction des services)

Marie-Noëlle Caron (Alcool, drogues et jeux de hasard)

Mathieu-Olivier Côté (Logement / Migration)

Cheick Bamba Dieye Gueye (Blessures non-intentionnelles / Soins de santé préventifs)

Émilie Grantham (Caractéristiques sociodémographiques / Alimentation et activité physique)

Zineb Laghdir (Tabagisme / Santé sexuelle)

Patricia Montambault (Bien-être personnel / Bien-être communautaire)

Marie-Claude Raymond (Soins dentaires / Soins et services à domicile)

## Rédacteurs externes (Chapitres rédigés)

Yvonne Boyer, Kurtis Boyer, Erin Fletcher (Pensionnats indiens)

Bernard Roy (État de santé / Diabète)

## Comité de révision des chapitres de l'ERS

Mathieu-Olivier Côté, CSSSPNQL

Nancy Gros-Louis McHugh, CSSSPNQL

André Simpson, INSPQ

## Comité consultatif

Alex Sonny Diabo, Communauté de Kahnawake

Mathieu Joffre Lainé, RCAAQ

Peggy Mayo, Communauté de Kahnawake

Arden McBride, Communauté de Timiskaming

Jowan Philippe, Communauté de Mashteuiatsh

Serge Rock, Réseau Jeunesse des Premières Nations - APNQL

Sonia Young, Communauté de Wolf Lake

## Graphisme et mise en page

Chantal Cleary et Patricia Mathias

## Remerciements

Nous remercions les personnes qui ont permis de dresser ce portrait de l'état de santé des Premières Nations du Québec, particulièrement tous les répondants des communautés Premières Nations participantes. Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé à chacune des étapes de l'enquête et à leur réalisation.

Document également disponible en anglais sous le titre : *Quebec First Nations Regional Health Survey – 2008 . Smoking.*

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

ISBN : 978-1-926553-59-7

© CSSSPNQL (Février 2013)

## NOTE MÉTHODOLOGIQUE

### Historique

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) est l'enquête pionnière en matière de recherche par et pour les Premières Nations. Réalisée intégralement par les Premières Nations, elle est un modèle d'innovation en ce qui a trait à l'implication des communautés dans le processus, l'éthique et l'adaptation culturelle de la recherche.

L'ERS est la première recherche entièrement réalisée dans le respect des principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP). Ces principes visent à assurer une implication intégrale des communautés des Premières Nations dans toutes les étapes de la recherche.

La gouvernance et la coordination de l'ERS sont assurées par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) au plan national, et par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) au Québec.

Cette deuxième vague de l'ERS a été précédée par celle de 2002 (première vague), ainsi que par un projet pilote (1997). Depuis maintenant 15 ans, les données de l'ERS contribuent à supporter les décideurs et les intervenants tout en contribuant à étoffer les connaissances sur la situation socio sanitaire des Premières Nations. Nous prévoyons réaliser encore deux phases subséquentes à celle-ci, soit la phase 3 en 2013 et la phase 4 en 2016.

1997	2002	2008	2013	2016
Projet pilote de l'ERS	Phase 1 de l'ERS	Phase 2 de l'ERS	Phase 3 de l'ERS	Phase 4 de l'ERS
Complété	Complétée	Complétée		

### Questionnaire

Trois questionnaires distincts ont été créés pour trois groupes d'âge différents (enfants, adolescents, adultes). Ces questionnaires étaient administrés en personne par 63 intervieweurs des Premières Nations formés à cette fin. Afin de prévenir les risques d'erreur, la saisie des informations était réalisée par les intervieweurs lors de l'entrevue à l'aide d'ordinateurs portables. Dans le cas des enfants de moins de 12 ans, le questionnaire était administré au parent ou au tuteur. Le tableau suivant résume les thématiques abordées selon le groupe d'âge.

## Thématiques abordées dans les questionnaires de l'ERS 2008

Thématiques	Enfants	Adolescents	Adultes
	0 – 11 ans	12 – 17 ans	18 ans et plus
Vaccination	✓		
Garderie	✓		✓
Caractéristiques démographiques	✓	✓	✓
Caractéristiques du ménage	✓	✓	✓
Éducation	✓	✓	✓
Langue et culture	✓	✓	✓
Maladies chroniques	✓	✓	✓
Blessures	✓	✓	✓
Soins dentaires	✓	✓	✓
Diabète	✓	✓	✓
Activité physique	✓	✓	✓
Nutrition et aliments traditionnels	✓	✓	✓
Pensionnats	✓	✓	✓
Santé mentale		✓	✓
Bien-être communautaire		✓	✓
Tabagisme		✓	✓
Alcool et drogues		✓	✓
Santé sexuelle		✓	✓
Accès aux soins de santé		✓	✓
Médecine traditionnelle		✓	✓
Soins de santé préventifs			✓
Logement			✓
Aidants naturels			✓
Dépression			✓
Migration			✓
Emploi et revenu			✓
Jeux de hasard			✓
Sécurité alimentaire			✓
Soins à domicile et limitations			✓
Violence			✓
Indice de l'état de santé			✓

Un total de 2691 entrevues individuelles ont été réalisées (87,3 % de l'échantillon prévu initialement).

0-11 ans : 727 répondants (94,4 % de l'échantillon prévu initialement).

12-17 ans : 600 répondants (77,9 % de l'échantillon prévu initialement).

18 ans et plus : 1364 répondants (88,6 % de l'échantillon prévu initialement).

### *Période de collecte de données*

La collecte de données s'est déroulée de septembre 2008 à février 2010 dans les 21 communautés sélectionnées dans la région du Québec.

### *Échantillonnage*

L'ERS a été réalisée à l'aide d'un échantillon stratifié à deux degrés.

Premier degré : Classification des communautés de chaque nation selon leur taille dans l'une des trois strates suivantes : petite (entre 75 et 299 habitants); moyenne (entre 300 et 1499 habitants); grande (1500 habitants et plus). Les communautés devaient compter plus de 75 habitants pour être retenues. Une sélection aléatoire des communautés a ensuite été réalisée dans chacune des strates. Dans le but d'augmenter la puissance statistique, les communautés de grandes tailles ont toutes été invitées à participer à l'ERS. Dans l'éventualité où pour une nation, une strate ne comptait qu'une seule communauté, cette dernière était automatiquement invitée à participer à l'enquête.

Deuxième degré : Répartition de la population des communautés sélectionnées selon huit strates établies en fonction de l'âge et du sexe :

Strate 1 : 0-11 ans/masculin.

Strate 2 : 0-11 ans/féminin.

Strate 3 : 12-17 ans/masculin.

Strate 4 : 12-17 ans/féminin.

Strate 5 : 18-54 ans/masculin.

Strate 6 : 18-54 ans/féminin.

Strate 7 : 55 ans+/masculin.

Strate 8 : 55 ans+/féminin.

Sélection aléatoire des individus dans chacune des strates. Cette sélection est réalisée à l'aide de la liste de bande de chacune des communautés participantes.

Le nombre de répondants dans l'échantillon était suffisant pour permettre de vérifier la signification statistique des résultats observés. Comme on peut le lire dans les chapitres de l'enquête, pour la plus grande part des résultats observés, on peut généraliser le résultat observé dans l'échantillon à l'ensemble de la population avec un risque d'erreur inférieur à 5 %, ou selon le cas, inférieur à 1%.

### Communautés participantes à l'ERS 2008

Nation (8)	Taille	Communauté (21)	Échantillon	Population	% de la pop. interrogée
Abénakis	Moyenne	Odanak	50	309	16,2 %
Algonquins	Grande	Kitigan Zibi	122	1535	7,9 %
		Lac Simon	174	1403	12,4 %
	Moyenne	Pikogan	95	567	16,8 %
		Timiskaming	86	604	14,2 %
		Eagle Village	55	261	21,1 %
Atikamekw	Grande	Manawan	167	2122	7,9 %
		Opitciwan	183	2117	8,6 %
	Moyenne	Wemotaci	118	1307	9,0 %
Hurons-Wendat	Moyenne	Wendake	111	1332	8,3 %
Innus	Grande	Betsiamites	252	2848	8,8 %
		Mashteuiatsh	183	2022	9,1 %
		Uashat Mak Mani-Utenam	246	3080	8,0 %
	Moyenne	Matimekush-Lac John	87	729	11,9 %
		Natashquan	128	916	14,0 %
		Pakua Shipi	50	314	15,9 %
		Unamen Shipu	96	1016	9,4 %
		Essipit	38	177	21,5 %
Mi'gmaq	Grande	Listuguj	220	2000	11,0 %
	Moyenne	Gesgapegiag	72	608	11,8 %
Mohawks	Moyenne	Kanesatake	94	1328	7,1 %
Naskapis	Moyenne	Kawawachikamach	64	614	10,4 %
<b>Total</b>			<b>2691</b>	<b>27209</b>	<b>9,9 %</b>

## *Pondération*

Toutes les données exposées dans l'ERS ont été pondérées afin d'illustrer une estimation de la population totale des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés.

## *Limite de représentativité de la nation Mohawk*

Bien que la nation Mohawk au Québec soit composée de Kahnawake, Kanesatake et une portion d'Akwesasne, la seule communauté à avoir participé à l'ERS est Kanesatake. D'une part, la communauté d'Akwesasne a été exclue du plan d'échantillonnage de la région du Québec car la majorité de ses habitants vivent du côté ontarien de la frontière provinciale. D'autre part, la communauté de Kahnawake, où habite la majorité des Mohawks du Québec, a préféré ne pas participer à l'ERS. Pour ces raisons, il est impossible de produire des estimations qui puissent être appliqués à l'ensemble de la nation Mohawk au Québec.

## *Zone géographique*

Certaines des données de l'ERS sont présentées selon la zone géographique. Cette dernière fait référence au degré d'isolement des communautés des répondants. Cette mesure de l'isolement géographique est basée sur un système de zones élaboré par Affaire autochtones et développement du Nord Canada (AADNC).

Zone 1 : La communauté est située à moins de 50 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 2 : La communauté est située entre 50 et 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 3 : La communauté est située à plus de 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 4 : La communauté n'a pas de route d'accès ouverte reliée à l'année longue à un centre de service


Centre de services : La localité la plus proche où les membres de la communauté doivent se rendre pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.





## FAITS SAILLANTS

- Plus de la moitié (55,5 %) des participants de 12 ans et plus ont indiqué être des fumeurs de cigarettes au moment de l'enquête (76,0 % sont fumeurs réguliers et 24,0 % occasionnels).
- Les femmes sont significativement plus susceptibles que les hommes de fumer régulièrement (43,8 % versus 40,0 %) ou occasionnellement (14,0 % versus 12,2 %).
- Les 25 à 44 ans affichent la plus grande proportion de fumeurs réguliers.
- Un tiers des personnes de 12 à 14 ans fume, dont 57,6 % de façon régulière et 42,4% de façon occasionnelle.
- Comparant l'ERS 2008 à celle de 2002, la proportion de fumeurs a connu une légère baisse statistiquement significative chez les 15 à 17 ans ( $p = 0,002$ ) et chez les 18-24 ans ( $p = 0,02$ ). En revanche, les 45 à 64 ans affichent une légère augmentation statistiquement significative ( $p = 0,01$ ).
- Les proportions de fumeurs les plus élevées sont observées chez les Atikamekw (71,1 %), les Naskapis (63,5 %), les Innus (59,1 %) et les Algonquins (53,6 %).
- La proportion des fumeurs atteint son maximum dans la zone 3 (69,3 %) ainsi que dans les zones 2 et 4 (66,7 % et 66 % respectivement).
- Parmi les non-fumeurs, environ une personne sur 3 est exposée à la fumée secondaire.
- Trois enfants sur quatre (75,9 %) vivent dans un logement où ils sont exposés à la fumée secondaire.
- Plus de la moitié (52,7%) des femmes ont été exposées à la fumée secondaire au cours de leur grossesse.
- L'âge moyen de la première cigarette est de 15 ans (IC à 95 % [14,73 ; 15,47]).
- L'âge moyen auquel les femmes ont commencé à fumer leur première cigarette est significativement légèrement inférieur à celui des hommes ( $p < 0,0001$ ); soit 14,5 ans (IC à 95% = [14,1 ; 14,9]) contre 15,8 ans (IC à 95% = [15,1 ; 16,4]).
- Les membres des Premières Nations commencent à fumer de plus en plus jeunes.
- La plus grande proportion de fumeurs (57,5 %) se retrouve parmi les adultes dont le ménage gagne moins de 20 000 \$ par année.
- Les adultes ayant un faible niveau de scolarité sont plus à risque de fumer.

- 
- Les fumeurs (34,1 %) sont deux fois plus nombreux que les fumeuses (17,5 %) à déclarer avoir consommé en moyenne 20 cigarettes et plus par jour.
  - Parmi les fumeurs réguliers de 12 à 17 ans, 27,7 % consommaient en moyenne 10 à 19 cigarettes par jour.
  - Les fumeurs sont significativement environ deux fois plus nombreux que les non-fumeurs à se sentir parfois ou presque jamais en harmonie sur les quatre plans (physique, affectif, psychologique et spirituel).
  - Les personnes ayant eu des idées suicidaires au cours de leur vie sont significativement deux fois plus nombreuses parmi les fumeurs comparativement aux non-fumeurs.
  - Plus de la moitié des femmes enceintes fumaient régulièrement ou occasionnellement durant leur grossesse.
  - Parmi les femmes ayant déclaré avoir fumé au cours de leur grossesse, environ 6,5 % ont eu des enfants de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes).
  - La prévalence des cas d'asthme chez les enfants de femmes ayant fumé durant la grossesse (17,7 %) est significativement ( $p = 0,01$ ) supérieure à celle chez les enfants de femmes non fumeuses durant la grossesse (10,9 %).
  - Chez les hommes non-fumeurs, 25,1 % déclarent avoir déjà été fumeurs réguliers avant l'abandon de la cigarette, 18,9 % déclarent avoir déjà été fumeurs occasionnels et 56,0 % rapporte n'avoir jamais fumé.
  - Parmi les raisons pour lesquelles les non-fumeurs ont abandonné la cigarette, une raison prédomine chez un répondant sur deux; par choix d'un mode de vie sain (45,0 % chez les femmes comparé à 53,8 % chez les hommes).
  - Il semble que la majorité des répondants non-fumeurs (80,3 %) ont opté pour le « sevrage brutal ou la volonté seule » comme méthode pour cesser de fumer.

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	13
Objectifs de la recherche.....	13
Consommation du tabac.....	14
1. Portrait global de l'usage de tabac.....	14
1.1 Prévalence du tabagisme.....	14
1.2 Prévalence du tabagisme selon certains facteurs sociodémographiques.....	15
1.3 Exposition à la fumée secondaire.....	19
2. Portrait des fumeurs actuels.....	21
2.1 Âge d'initiation à la cigarette.....	21
2.2 Habitudes de consommation de tabac chez les fumeurs actuels selon certains facteurs sociodémographiques.....	22
2.3 Nombre de cigarettes fumées.....	25
2.4 Bien-être et tabagisme.....	27
2.5 Tabagisme et grossesse.....	29
3. Portrait des non-fumeurs actuels.....	31
3.1 Habitudes de consommation de tabac chez les non-fumeurs actuels.....	31
3.2 Âge moyen d'arrêt du tabagisme chez les ex-fumeurs.....	32
3.3 Raisons pour avoir cessé de fumer.....	33
3.4 Méthodes utilisées pour cesser de fumer.....	34
Discussion.....	37
Conclusion.....	39
Références.....	41

*Liste des tableaux*

Tableau 1 : Répartition de la population de 12 ans et plus, selon le statut de fumeur et l'âge.....	17
Tableau 2 : Âge moyen auquel les fumeurs actuels de 12 ans et plus ont commencé à fumer leur première cigarette, selon l'âge des répondants.....	22
Tableau 3 : Âge moyen auquel les fumeurs actuels de 12 ans et plus ont commencé à fumer leur première cigarette, selon le sexe et l'âge des répondants.....	23
Tableau 4 : Âge moyen d'arrêt du tabagisme chez les ex-fumeurs de 12 ans et plus, selon le sexe et l'âge des répondants.....	33

## Liste des figures

Figure 1 : Répartition de la population de 12 ans et plus selon le statut de fumeur .....	14
Figure 2 : Prévalence de l'usage de la cigarette chez les 12 ans et plus en 2002 et en 2008, selon le sexe.....	15
Figure 3 : Répartition de la population de 12 ans et plus, selon le statut de fumeur et le sexe .....	16
Figure 4 : Prévalence de l'usage de la cigarette selon l'âge, population de 12 ans et plus, comparaison 2002-2008 .....	17
Figure 5 : Répartition de la population de 12 ans et plus, selon le statut de fumeur et la nation.....	18
Figure 6 : Répartition de la population de 12 ans et plus, selon le statut de fumeur et la zone géographique .....	19
Figure 7 : Répartition des répondants de 12 ans et plus, selon le statut fumeur et l'exposition à la fumée secondaire .....	20
Figure 8 : Répartition des enfants de 0 à 11 ans selon l'exposition à la fumée secondaire .....	21
Figure 9 : Répartition des fumeurs âgés de 12 ans et plus selon les habitudes de consommation et l'âge.....	23
Figure 10 : Proportion de fumeurs adultes de 18 ans et plus selon le revenu du ménage .....	23
Figure 11 : Proportion de fumeurs adultes de 18 ans et plus selon le niveau de scolarité .....	24
Figure 12 : Proportion de fumeurs de moins de 18 ans selon le niveau de scolarité.....	25
Figure 13 : Répartition des fumeurs réguliers âgés de 12 ans et plus, selon le nombre moyen de cigarettes consommées par jour et le sexe .....	26
Figure 14 : Répartition des fumeurs réguliers âgés de 12 ans et plus, selon le nombre moyen de cigarettes consommées par jour et l'âge.....	27
Figure 15 : Répartition des répondants de 12 ans et plus se sentant parfois ou presque jamais en harmonie, selon le statut fumeur.....	28
Figure 16 : Proportion de fumeurs de 12 ans et plus ayant pensé ou non au suicide au cours de leur vie.....	28
Figure 17 : Répartition des femmes ayant affirmé être enceinte au moment de l'enquête, selon le statut de fumeur.....	29
Figure 18 : Répartition des femmes selon le statut fumeur durant leur grossesse .....	30
Figure 19 : Répartition des enfants de 0 à 11 ans ayant été diagnostiqué asthmatique ou non selon l'exposition à la fumée .....	30
Figure 20 : Répartition des non-fumeurs actuels de 12 ans et plus selon le statut et le sexe .....	31
Figure 21 : Répartition des non-fumeurs actuels de 12 ans et plus, selon le statut et l'âge.....	32
Figure 22 : Raisons pour abandonner la cigarette chez les ex-fumeurs de 12 ans et plus .....	34
Figure 23 : Méthodes utilisées pour cesser de fumer par les ex-fumeurs de 12 et plus.....	35

## INTRODUCTION

Le tabagisme est un important problème de santé publique et l'une des premières causes de décès (1). En effet, de nombreuses maladies sont reliées à l'utilisation du tabac, notamment les maladies myocardiques, vasculaires et pulmonaires chroniques comme l'emphysème, le cancer du poumon et autres cancers (1). De plus, le tabagisme est un facteur de risque du diabète de type 2 (2), très courant au sein des populations autochtones.

Le tabagisme pendant la grossesse est particulièrement nuisible au fœtus (3,4). En effet, les complications comprennent un plus grand nombre de décès périnataux, des troubles placentaires, un accouchement prématuré, un retard de croissance intra-utérin (5), des anomalies congénitales comme le gastroschisis, la mort subite du nourrisson ainsi qu'un plus grand risque d'avortement spontané et de troubles d'apprentissage (3). Un rapport de la British Medical Association montre également les effets délétères du tabagisme sur la santé sexuelle et sur la santé reproductive (6).

Parmi les collectivités des Premières Nations et des Inuits, la prévalence du tabagisme est deux fois plus élevée que celui constaté dans le reste du Canada (7). Au Québec, selon *l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2002* (ERS 2002), la prévalence de tabagisme était de 55,0 % en 2002. La mauvaise utilisation du tabac fait courir un risque sur le plan de la santé de même que l'espérance de vie (8). En 2002, le ministère des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada estimait que les hommes atteignaient en moyenne 68,9 ans, ce qui constitue un écart de 7,4 ans avec les autres Canadiens (9). Les femmes vivaient environ jusqu'à 76,6 ans, soit 5,2 ans de moins que leurs concitoyennes canadiennes (9). Les données continuent ainsi de s'accumuler à propos du nombre croissant d'effets du tabagisme sur la santé.

Selon les aînés des Premières Nations, l'usage traditionnel du tabac diffère de l'usage moderne de celui-ci. Au fil du temps, les populations autochtones ont modifié leur usage du tabac, passant de l'utilisation spirituelle et cérémoniale de tabac plutôt léger au moment du premier contact avec les Européens à l'usage hautement toxicomanogène d'aujourd'hui, tant pendant les cérémonies que pour l'utilisation personnelle (10). Bien que certaines personnes aient accès au tabac sacré traditionnel et l'utilisent encore, le mésusage du tabac met en péril la vie, la qualité de vie et l'espérance de vie d'un grand nombre d'adultes et d'enfants des communautés inuites et des Premières Nations (11).

Il est donc important de connaître les facteurs associés au tabagisme dans les communautés des Premières Nations de la région de Québec, afin d'identifier les types d'interventions utiles et d'établir des mesures de réduction des méfaits qui profiteront à ces communautés et réduiront les risques associés au tabagisme.

### *Objectifs de la recherche*

Pour évaluer la situation du tabagisme chez les adolescents et les adultes des communautés des Premières Nations de la région de Québec, il est important de dresser un portrait général de leur utilisation du tabac. Par la suite, comparer les données de la situation actuelle (2008) à celle de l'ERS de 2002. Cela nous permettra de mesurer l'évolution de ce phénomène au sein de cette population.

## CONSOMMATION DU TABAC

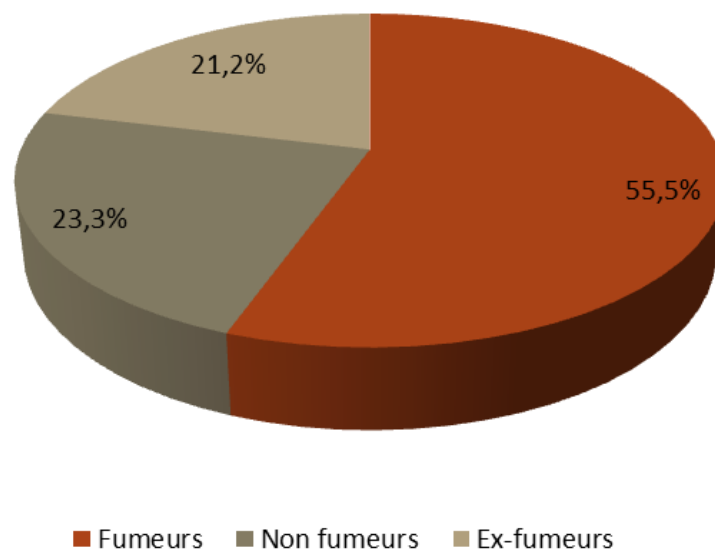
Le tabagisme dans la population québécoise est, depuis 1995, un enjeu majeur de santé publique (12). Depuis ce temps, les actions gouvernementales visant à le réduire se sont multipliées (13) et l'usage du tabac est étroitement surveillé. Toutefois, ce phénomène demeure très peu documenté en ce qui a trait à la population des Premières Nations du Québec.

### 1. PORTRAIT GLOBAL DE L'USAGE DE TABAC

#### 1.1 Prévalence du tabagisme

La prévalence de l'usage de la cigarette est mesurée en répartissant les individus de 12 ans et plus selon le type de fumeur. L'usage de la cigarette est défini selon trois principales catégories : 1) les fumeurs<sup>1</sup> (réguliers ou occasionnels), 2) les ex-fumeurs et 3) les non-fumeurs, ceux qui n'ont jamais fumé.

Figure 1 : Répartition de la population de 12 ans et plus selon le statut de fumeur (N= 22 563)



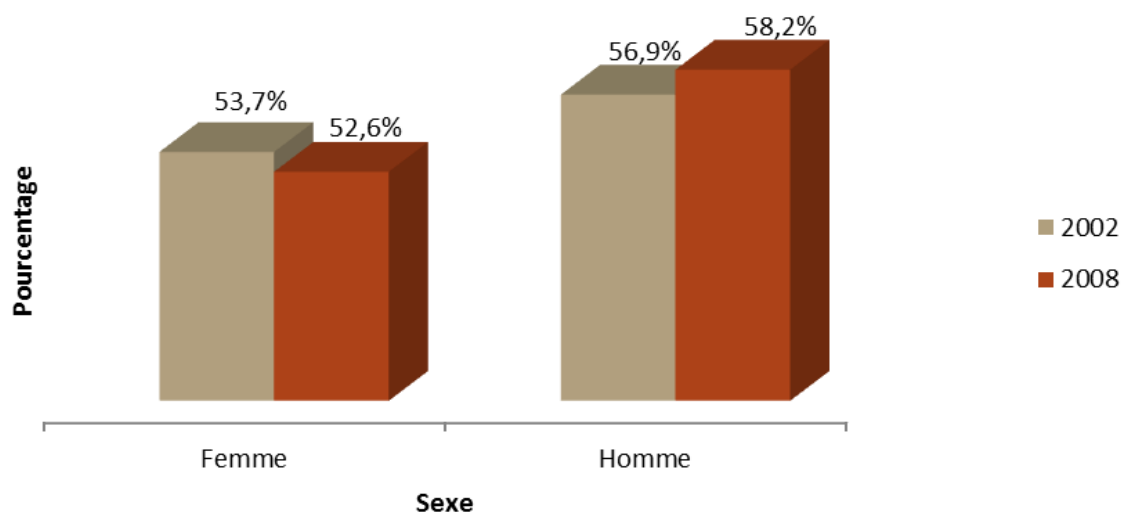
<sup>1</sup> Dans le cadre de ce chapitre, la catégorie des fumeurs inclut toutes les personnes qui ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement. Aucune distinction n'est donc faite selon la quantité de cigarettes fumée à chaque jour.

Les résultats de l'ERS 2008 montrent que plus de la moitié (55,5 %) des participants de 12 ans et plus ont indiqué être des fumeurs de cigarettes au moment de l'enquête (76,0 % réguliers et 24,0 % occasionnels), environ une personne sur cinq est une ex-fumeuse (21,2 %) et près d'une personne sur quatre n'a jamais fumé (23,3%) (Figure 1). Cette situation n'est pas statistiquement différente de celle observée en 2002. L'ERS 2002, pour sa part, estime à 55,3 % la prévalence de l'usage de la cigarette par les Premières Nations de 12 ans et plus (77,3 % de fumeurs réguliers et 22,7 % de fumeurs occasionnels).

### 1.2 Prévalence du tabagisme selon certains facteurs sociodémographiques

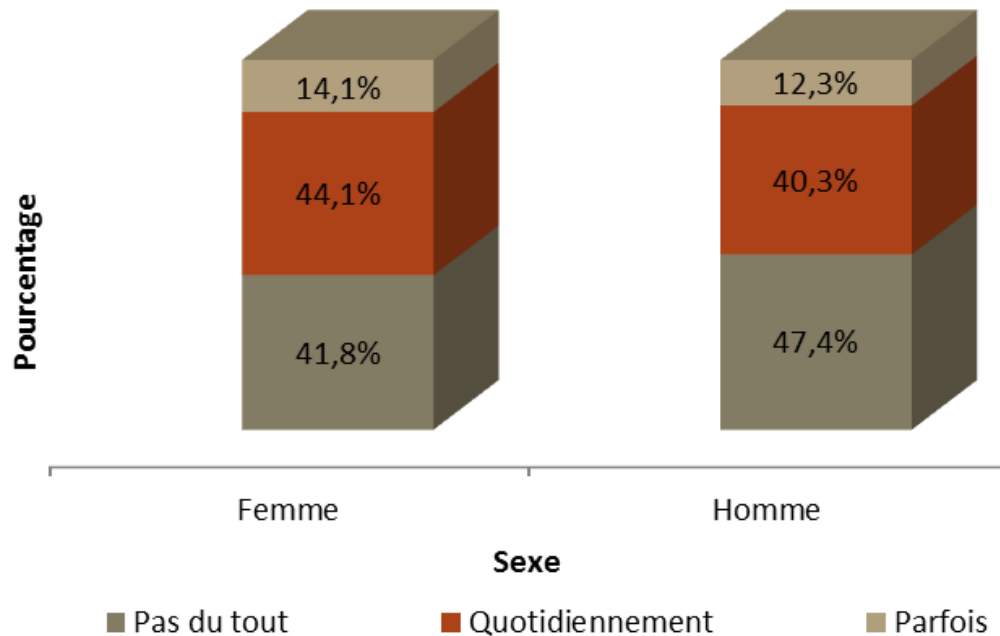
Selon le sexe, la consommation du tabac ne varie pas de façon significative statistiquement. En effet, la proportion de fumeurs chez les femmes est de 52,6 % comparativement à 58,2 % chez les hommes.

Figure 2 : Prévalence de l'usage de la cigarette chez les 12 ans et plus en 2002 et en 2008, selon le sexe



De même, peu importe la fréquence, les proportions de fumeurs rapportées dans l'ERS 2008 sont sensiblement les mêmes que celles issues de l'ERS 2002 (Figure 2). On ne note aucune différence statistiquement significative.

Figure 3 : Répartition de la population de 12 ans et plus, selon le statut de fumeur et le sexe (N=22 564)



Examinant cette fois-ci les habitudes de consommation du tabac selon le sexe, les données révèlent que les femmes sont plus susceptibles que les hommes à fumer régulièrement (44,1 % versus 40,3 %) ou occasionnellement (14,1 % versus 12,3 %) (Figure 3). En revanche, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se déclarer non-fumeurs (47,4 % versus 41,8 %) (Figure 3). Cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,42$ ).

En analysant ces données selon l'âge, c'est parmi les 65 ans et plus que se trouve la plus petite proportion de fumeurs; 27,0 % comparativement à 30,1 % chez les 12 à 14 ans, 53,0 % chez les 15 à 17 ans, 61,2 % chez les 18 à 24 ans, 65,1 % chez les 25 à 44 ans et 55,5 % chez les 45 à 64 ans (Tableau 1). Les 25 à 44 ans affichent quant à eux la plus grande proportion de fumeurs réguliers (50,4 %) comparativement aux autres groupes d'âge (17,2 %, 35,4 %, 39,1 %, 46 % et 23,5 % respectivement). Toutefois, il faut noter qu'un tiers des personnes de 12 à 14 ans fume (57,6 % de façon régulière et 42,4 % de façon occasionnelle).

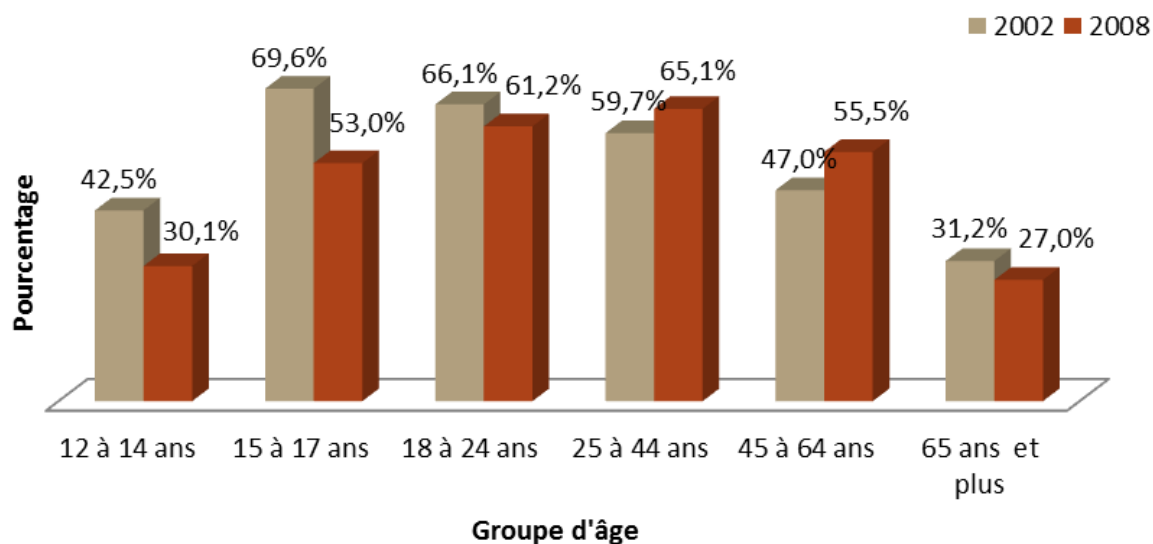


Tableau 1 : Répartition de la population de 12 ans et plus, selon le statut de fumeur et l'âge (N=22 558)

	Âge											
	12 à 14 ans		15 à 17 ans		18 à 24 ans		25 à 44 ans		45 à 64 ans		65 ans et +	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Non-fumeurs</b>	69,9	990	47,0	1 047	38,8	1 243	34,9	2 608	44,5	2 883	73,0	1 284
<b>Fumeurs</b>	30,1	426	53,0	1 182	61,2	1 957	65,1	4 865	55,5	3 598	27,0	475
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>1 416</b>	<b>100,0</b>	<b>2 229</b>	<b>100,0</b>	<b>3 200</b>	<b>100,0</b>	<b>7 473</b>	<b>100,0</b>	<b>6 481</b>	<b>100,0</b>	<b>1 759</b>

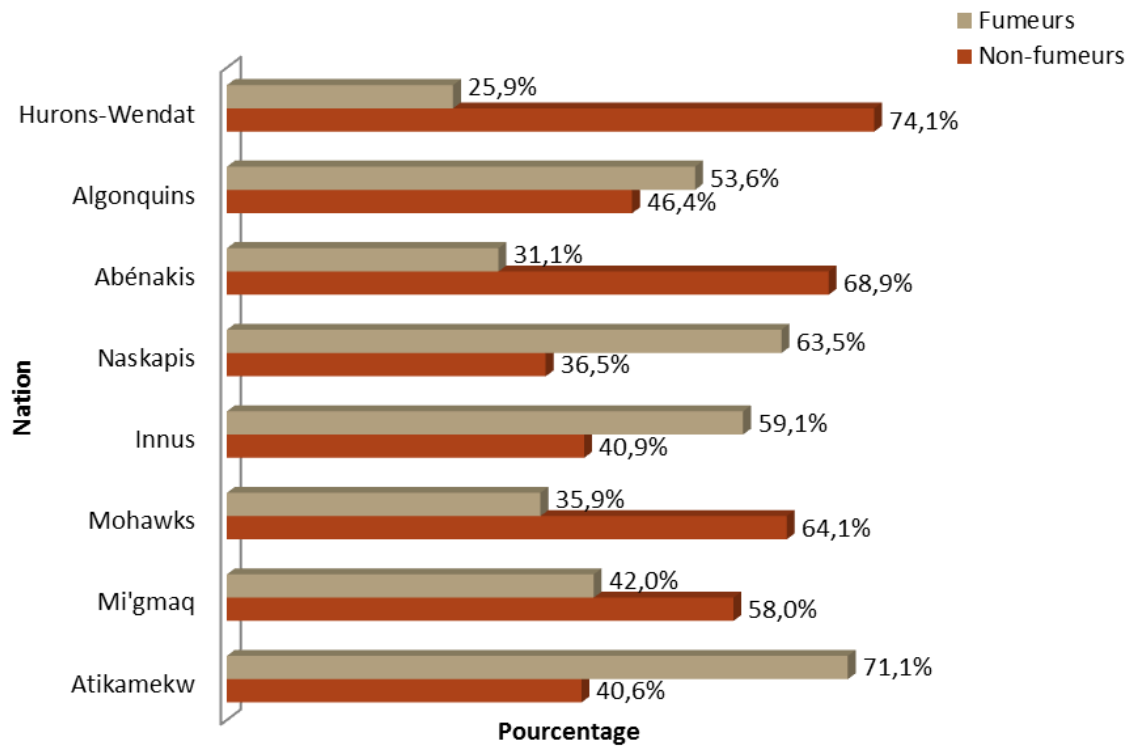
D'après la figure 4, il ressort de la comparaison de l'ERS 2008 à celle de 2002 que la proportion de fumeurs a une légère baisse statistiquement significative chez les 15 à 17 ans ( $p = 0,002$ ) et chez les 18 à 24 ans ( $p = 0,02$ ). En revanche, les 45 à 64 ans affichent une légère augmentation statistiquement significative ( $p = 0,01$ ). Quant aux autres groupes d'âge, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives (chez les 12 à 14 ans  $p = 0,06$ , chez les 25 à 44 ans  $p = 0,07$  et chez les 65 ans et plus  $p = 0,6$ ).

Figure 4 : Prévalence de l'usage de la cigarette selon l'âge, population de 12 ans et plus, comparaison 2002-2008



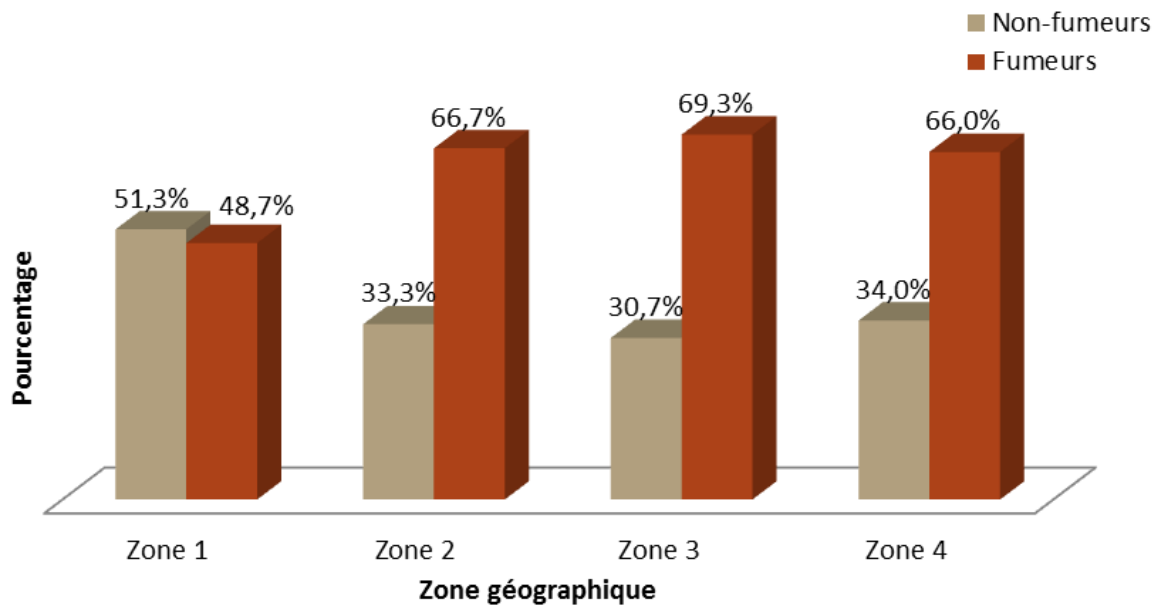
La proportion de fumeurs (réguliers et occasionnels) varie entre 25,9 % et 71,1 % selon la nation (Figure 5). Les proportions de fumeurs les plus élevées sont observées chez les Atikamekw (71,1 %), les Naskapis (63,5 %), les Innus (59,1 %) et les Algonquins (53,6 %). En revanche, les proportions les moins élevées sont observées chez les Hurons-Wendat (25,9 %), les Abénakis (31,1 %), les Mohawks (35,9 %) et les Mi'gmaq (42,0 %) (Figure 5). Sur le plan statistique, la proportion de fumeurs est significativement différente selon la nation ( $p < 0,0001$ ).

Figure 5 : Répartition de la population de 12 ans et plus, selon le statut de fumeur et la nation (N=22 563)



Analysant cette fois-ci les données selon la zone géographique (Figure 6), on constate que la proportion des fumeurs atteint son maximum dans la zone 3 (69,3 %) ainsi que dans les zones 2 et 4 (66,7 % et 66,0 % respectivement) de façon statistiquement significative ( $p < 0,0001$ ). Quant en zone 1, la proportion des non-fumeurs est légèrement significativement supérieure à celle des fumeurs ( $p < 0,0001$ ).

Figure 6 : Répartition de la population de 12 ans et plus, selon le statut de fumeur et la zone géographique (N= 22 550)

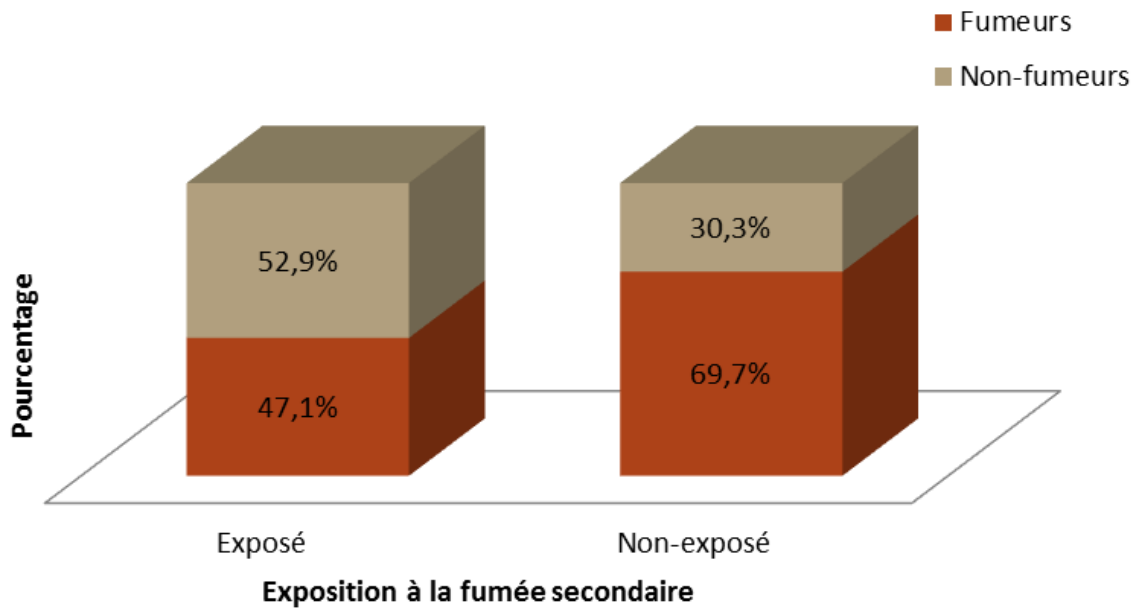


### 1.3 Exposition à la fumée secondaire

La fumée secondaire, aussi appelée « tabagisme passif », désigne aussi bien la fumée émanant directement de l'extrémité d'une cigarette (dite « fumée latérale ») que la fumée exhalée par le fumeur (dite « fumée principale »), la première étant environ quatre fois plus toxique que la seconde (12). La fumée secondaire renferme plus de 7 000 substances chimiques, dont au moins 250 sont nuisibles : c'est le cas du cyanure d'hydrogène, du monoxyde de carbone et de l'ammoniac (13).

À la lecture de la Figure 7, on constate qu'environ une personne non-fumeur sur 3 est exposée à la fumée secondaire.

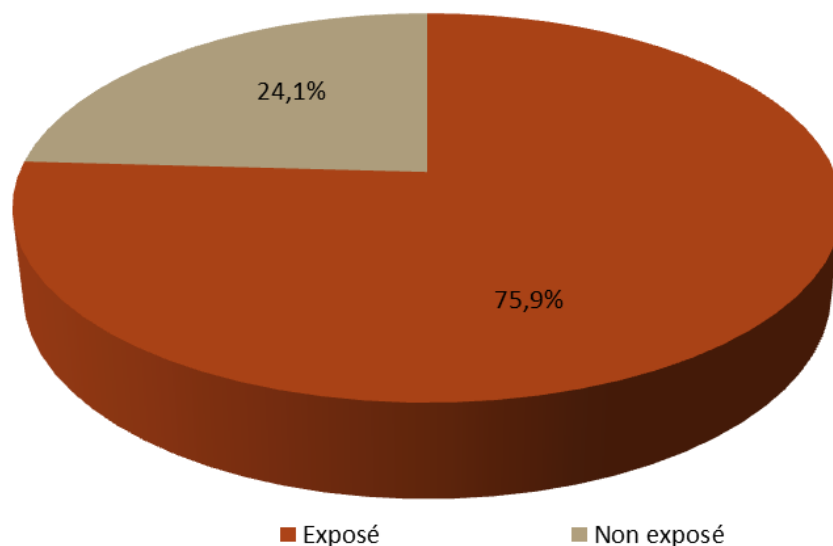
Figure 7 : Répartition des répondants de 12 ans et plus, selon le statut fumeur et l'exposition à la fumée secondaire (N= 22 324)



Quant aux enfants, les résultats démontrent que trois enfants sur quatre (75,9 %) vivent dans un logement où ils sont exposés à la fumée secondaire (Figure 8).

Par ailleurs, lorsqu'on a demandé aux mères des enfants, participant à l'ERS, si un ou plusieurs membres du ménage fumaient pendant leur grossesse, plus de la moitié (52,7%) des femmes ont répondu par l'affirmative.

Figure 8 : Répartition des enfants de 0 à 11 ans selon l'exposition à la fumée secondaire (N= 6 272)



## 2. PORTRAIT DES FUMEURS ACTUELS

Cette partie présente le portrait des répondants ayant déclaré être fumeurs au moment de l'enquête. Les données de l'ERS 2008 révèlent que l'âge moyen de la première cigarette est de 15 ans (IC à 95 % [14,73 ; 15,47]).

### 2.1 Âge d'initiation à la cigarette

Comparant les différents groupes d'âge (Tableau 2), on constate que l'âge moyen de la première cigarette tend à augmenter significativement avec l'âge des répondants au moment de l'enquête ( $p < 0,0001$ ). En effet, alors que l'âge moyen des répondants de 65 ans et plus est de 20,8 ans, il s'abaisse à 11,7 ans chez les jeunes âgés de 12 à 14 ans. L'écart observé entre les 65 ans et plus et les 12-14 ans est d'environ 9 ans.

Selon le sexe des fumeurs actuels, l'examen des données montre que l'âge moyen auquel les femmes ont commencé à fumer leur première cigarette est significativement légèrement inférieur à celui des hommes ( $p < 0,0001$ ); soit 14,5 ans (IC à 95 % = [14,1 ; 14,9]) contre 15,8 ans (IC à 95 % = [15,1 ; 16,4]).

**Tableau 2 : Age moyen auquel les fumeurs actuels de 12 ans et plus ont commencé à fumer leur première cigarette, selon l'âge des répondants (N=12 505)**

Âge des répondants	Âge moyen d'initiation	Erreur-type
65 ans et plus	20,8 ans	1,70
45 à 64 ans	16,7 ans	0,37
25 à 44 ans	14,8 ans	0,28
18 à 24 ans	13,8 ans	0,31
15 à 17 ans	12,9 ans	0,20
12 à 14 ans	11,7 ans	0,25

Toutefois, si l'écart entre l'âge moyen des hommes et des femmes auquel ils ont fumé leur première cigarette n'est pas si important, il se creuse en comparant les différents groupes d'âge (tableau 3). Alors que l'âge moyen des femmes de 65 ans et plus est de 18 ans il s'abaisse à 11,3 ans pour les adolescentes de 12 à 14 ans. Chez les hommes, la même tendance s'observe avec un âge moyen de 22,6 ans chez les 65 ans et plus et de 12,4 ans chez les adolescents de 12 à 14 ans. Ainsi, l'écart observé entre les 65 ans et plus et les 12-14 ans est de 6,7 ans chez les femmes et de 10,2 ans chez les hommes (Tableau 3).

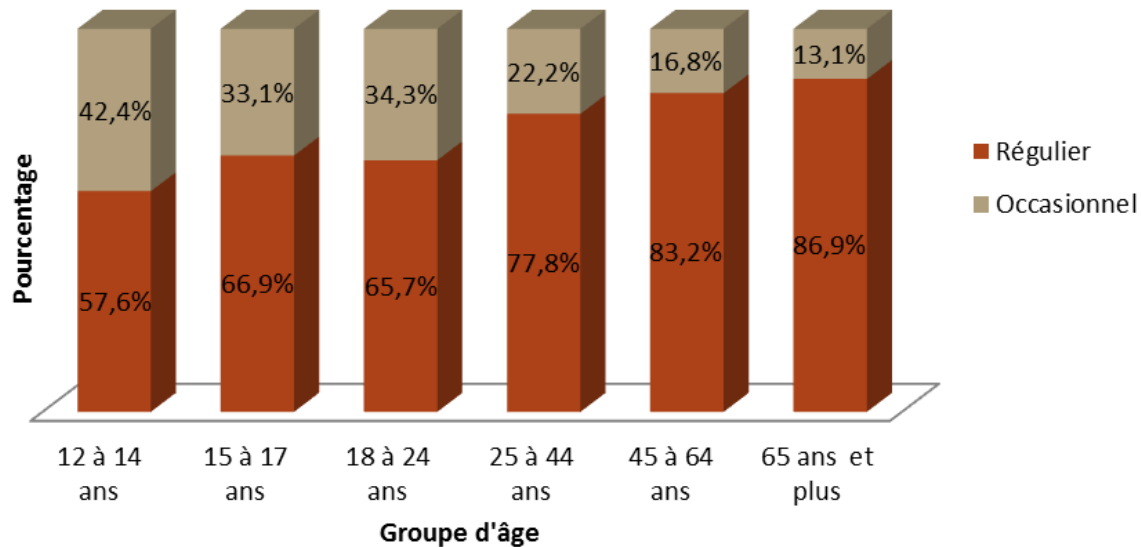
**Tableau 3: Age moyen auquel les fumeurs actuels de 12 ans et plus ont commencé à fumer leur première cigarette, selon le sexe et l'âge des répondants (N=12 505)**

Âge des répondants	Femmes		Hommes	
	Âge moyen d'initiation	Erreur-type	Âge moyen d'initiation	Erreur-type
65 ans et plus	18,0 ans	1,20	22,6 ans	2,75
45 à 64 ans	16,4 ans	0,40	16,9 ans	0,49
25 à 44 ans	14,3 ans	0,31	15,4 ans	0,51
18 à 24 ans	13,0 ans	0,52	14,5 ans	0,50
15 à 17 ans	12,7 ans	0,71	13,0 ans	0,33
12 à 14 ans	11,3 ans	1,00	12,4 ans	0,21

## 2.2 Habitudes de consommation de tabac chez les fumeurs actuels selon certains facteurs sociodémographiques

Sur le plan de l'âge, les données de l'enquête révèlent que les fumeurs réguliers sont proportionnellement plus nombreux chez les 65 ans et plus que chez les autres groupes d'âge; soit 86,9 % comparativement à 57,6 % chez les 12 à 14 ans, 66,9 % chez les 14 à 17 ans, 65,7 % chez les 18 à 24 ans, 77,8 % chez les 25 à 44 ans et 83,2 % chez les 45 à 64 ans (Figure 9). En revanche, il importe de souligner que parmi les jeunes fumeurs de 12 à 14 ans plus de la moitié (57,6 %) sont des fumeurs réguliers.

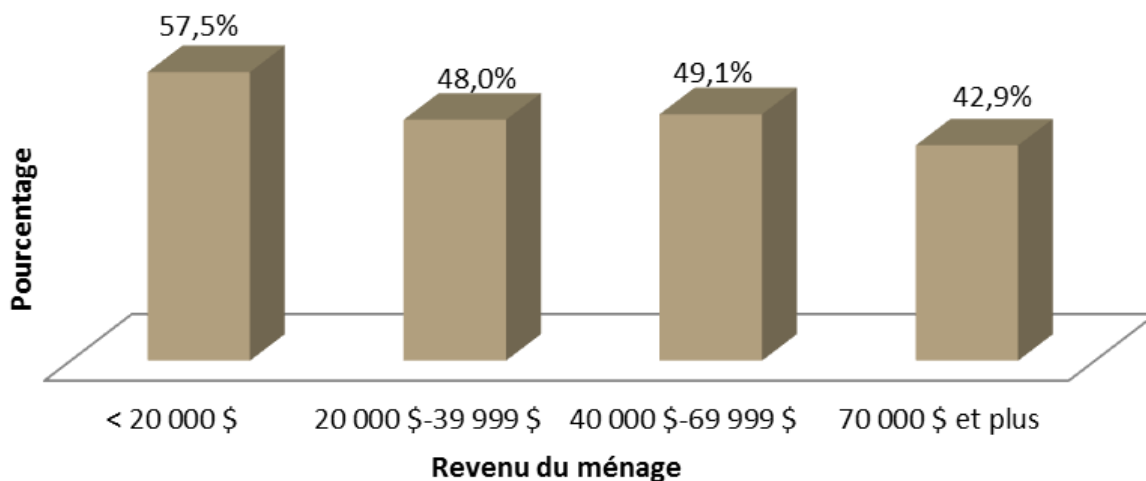
Figure 9 : Répartition des fumeurs âgés de 12 ans et plus selon les habitudes de consommation et l'âge (N= 12 505)



En examinant les proportions de fumeurs réguliers ou occasionnels selon le sexe, on ne constate aucune différence statistiquement significative ( $p = 0,75$ ) entre les femmes et les hommes (76,6 % versus 75,7 % et 23,4 % versus 24,3 % respectivement).

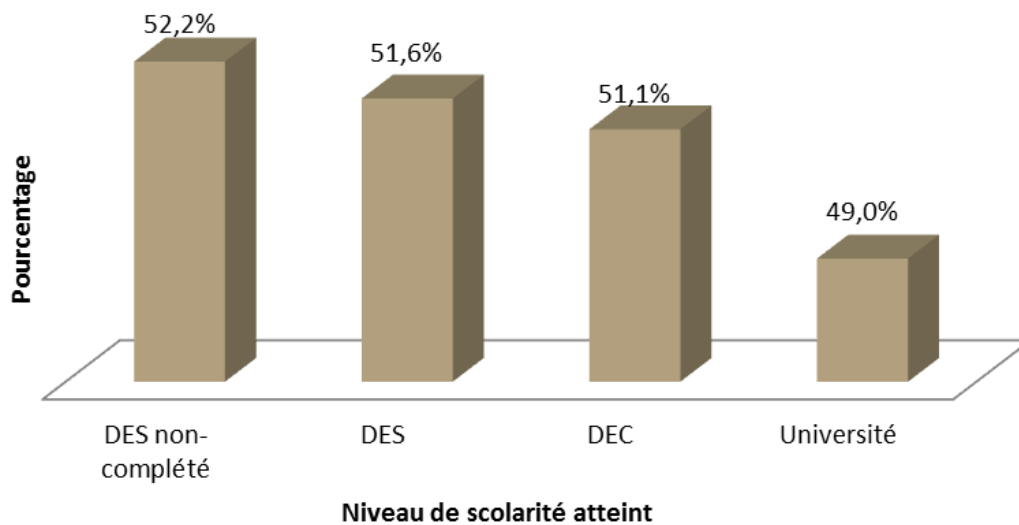
Selon les résultats de la Figure 10, la proportion de fumeurs adultes tend à diminuer légèrement avec l'augmentation du revenu du ménage, et ce, de façon significative ( $p = 0,0012$ ). Ainsi, c'est parmi les adultes dont le ménage gagne moins de 20 000 \$ par année que se retrouve la plus grande proportion de fumeurs (57,5 %).

Figure 10 : Proportion de fumeurs adultes de 18 ans et plus selon le revenu du ménage (N=1105)



En analysant les résultats selon le niveau de scolarité chez les adultes de 18 et plus (Figure 11), on constate que l'usage du tabac diminue légèrement à mesure que le niveau de scolarité augmente de façon statistiquement significative ( $p = 0,005$ ). En effet, les résultats révèlent que les fumeurs adultes sont sensiblement plus nombreux chez les adultes n'ayant pas complété leur secondaire comparativement aux niveaux de scolarité plus élevés.

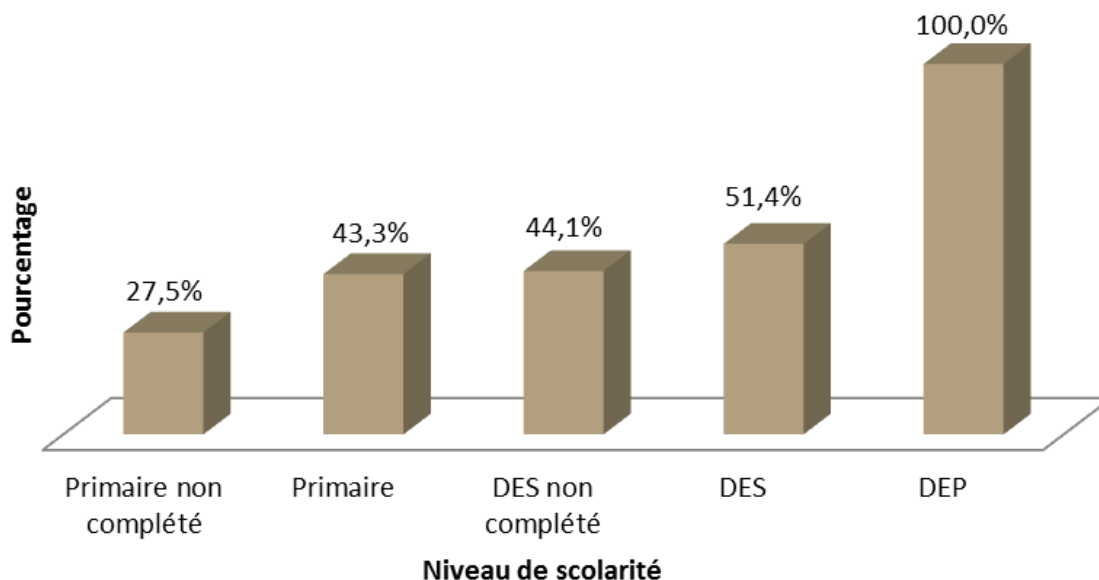
**Figure 11 : Proportion de fumeurs adultes de 18 ans et plus selon le niveau de scolarité (N=1297)**



La proportion des fumeurs chez les jeunes de moins de 18 ans augmente à mesure que le niveau de scolarité augmente, passant de 27,5 % chez les jeunes n'ayant pas complété leur primaire à 100% chez ceux ayant complété un secondaire professionnel (Figure 12). En revanche, cette tendance n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,22$ ).



Figure 12 : Proportion de fumeurs de moins de 18 ans selon le niveau de scolarité

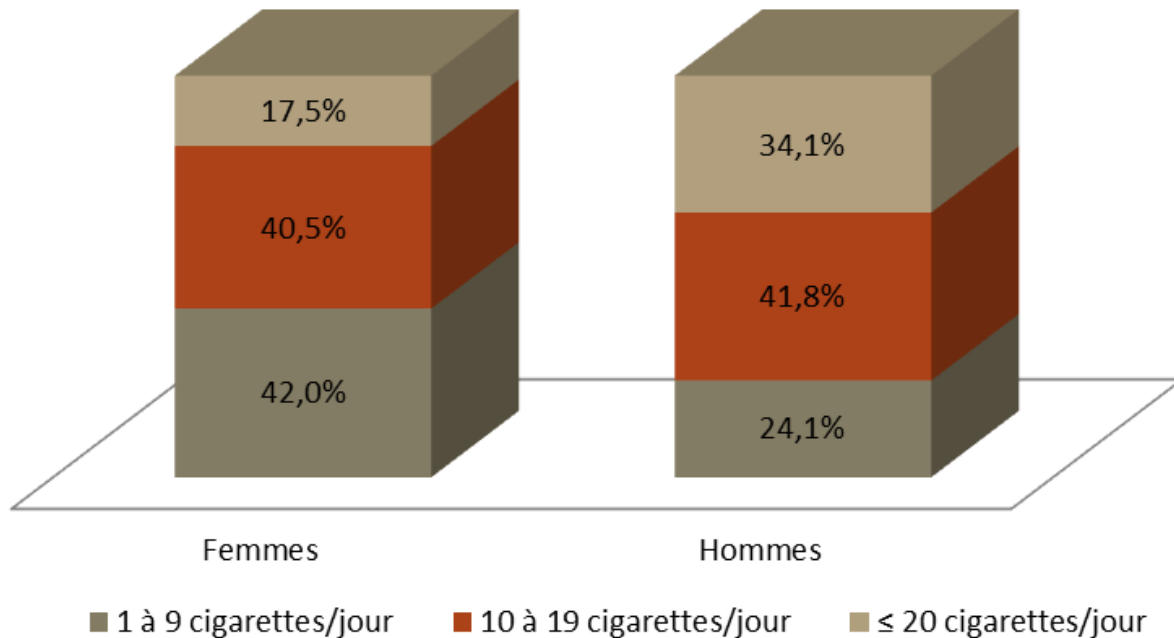


### 2.3 Nombre de cigarettes fumées

Prenez note que le nombre moyen de cigarettes fumées par jours a été réparti selon les catégories considérées à l'ERS 2002.

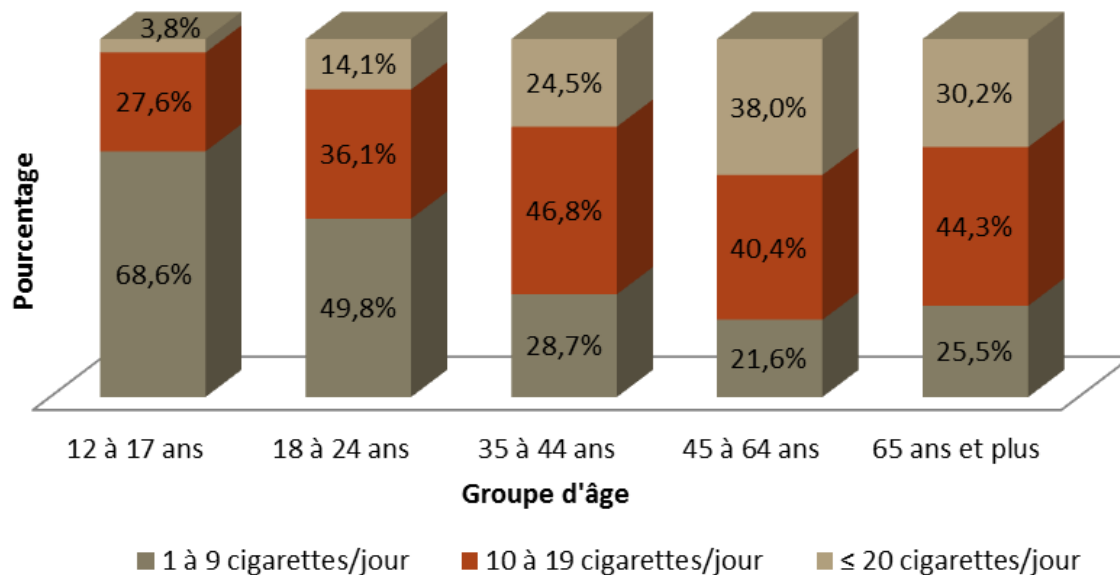
Il ressort de l'analyse des données présentées dans la figure 13 que les hommes se distinguent des femmes lorsqu'il s'agit d'une très grande consommation de cigarettes. En effet, les hommes (34,1 %) sont deux fois plus nombreux que les femmes (17,5 %) à déclarer avoir consommés 20 cigarettes et plus en moyenne par jour. En contrepartie, les femmes sont plus nombreuses, en proportion, à consommer en moyenne moins de 10 cigarettes par jour (42,0 % versus 24,1 %).

Figure 13 : Répartition des fumeurs réguliers âgés de 12 ans et plus, selon le nombre moyen de cigarettes consommées par jour et le sexe (N= 9 447)



Quant à la consommation selon l'âge (Figure 14), les données montrent qu'il y a parmi les 45 à 64 ans proportionnellement plus de fumeurs consommant régulièrement 20 cigarettes et plus en comparaison avec les autres groupes d'âge (38,0 % versus 3,8 % chez les 12 à 17 ans, 14,1 % chez les 18 à 24 ans, 24,5 % chez les 25 à 44 ans et 30,2 % chez les 65 ans et plus). Les 12 à 17 ans affichent une proportion plus élevée de consommateurs réguliers de 1 à 9 cigarettes (68,6 % comparativement à 49,8 %, 28,7 % 21,6% et 25,5 % respectivement pour les autres groupes d'âges).

Figure 14 : Répartition des fumeurs réguliers âgés de 12 ans et plus, selon le nombre moyen de cigarettes consommées par jour et l'âge (N= 9 443)



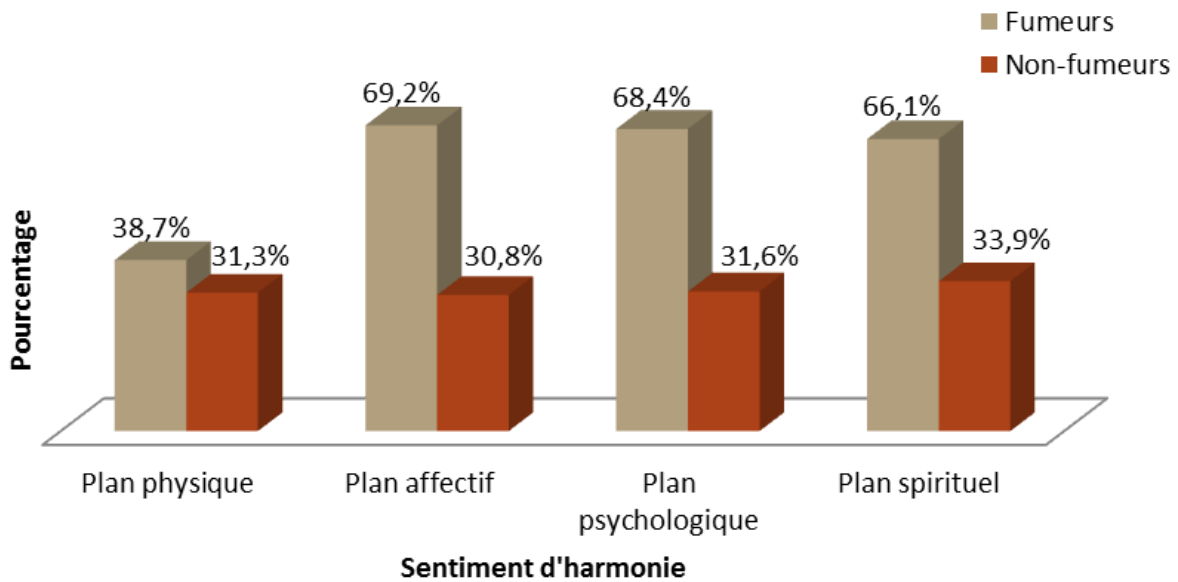
## 2.4 Bien-être et tabagisme

Afin d'examiner les données selon le sentiment d'harmonie, quatre composantes essentielles ont été prises en compte :

1. Physique
2. Affective
3. Psychologique
4. Spirituelle.

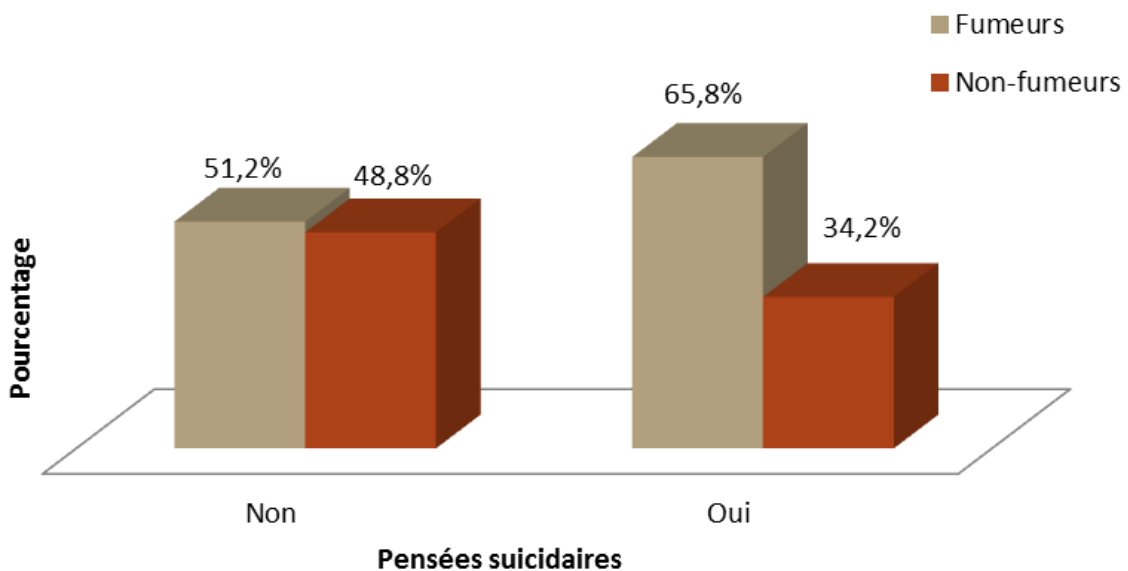
Relativement à la consommation selon le sentiment d'harmonie (Figure 15), les données montrent que les fumeurs sont environ deux fois plus nombreux que les non-fumeurs à se sentir parfois ou presque jamais en harmonie sur les quatre plans. Cette différence est statistiquement significative sur les quatre plans ( $p < 0,0001$ ).

Figure 15 : Répartition des répondants de 12 ans et plus se sentant parfois ou presque jamais en harmonie, selon le statut fumeur



L'analyse de données de l'enquête indique un lien statistiquement significatif ( $p < 0,0001$ ) entre la question du suicide et le tabagisme (Figure 16). En effet, parmi les 12 ans et plus, les répondants ayant déjà pensé au suicide au cours de leur vie sont significativement deux fois plus nombreux parmi les fumeurs en comparaison avec les non-fumeurs.

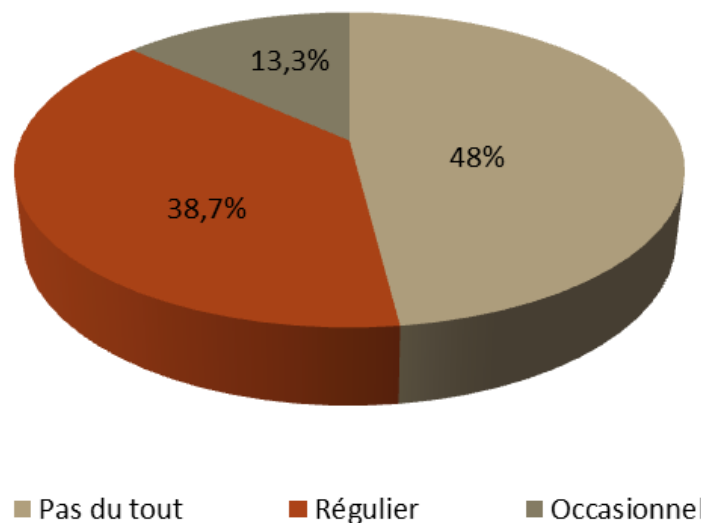
Figure 16 : Proportion de fumeurs de 12 ans et plus ayant pensé ou non au suicide au cours de leur vie (N=21 848)



### 2.5 Tabagisme et grossesse

La consommation du tabac durant la grossesse demeure un grave problème de santé publique. Elle est dangereuse tant pour la mère que pour le fœtus. En effet, diverses études ont établi un lien entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et toute une série de répercussions médicales défavorables. Par exemple, le tabagisme maternel prénatal a été associé à un petit poids à la naissance, à l'ischémie chronique, à l'hypoxie, à l'hypertonicité, à la multiplication des tremblements et à l'amplification du réflexe de Moro chez les nouveau-nés (14 -17).

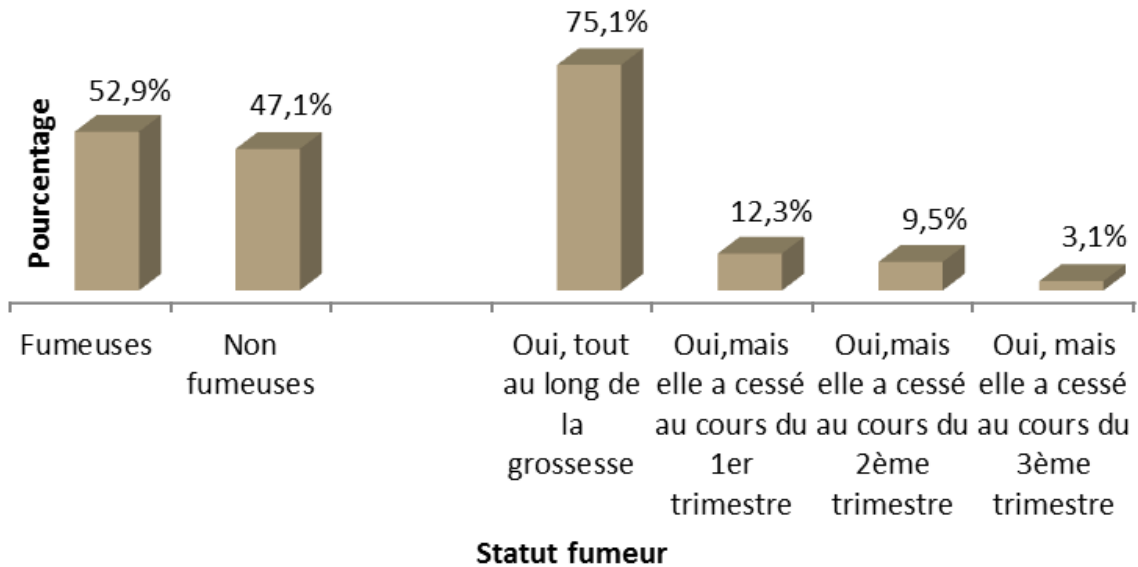
Figure 17 : Répartition des femmes ayant affirmé être enceinte au moment de l'enquête, selon le statut de fumeur



À la lecture de la Figure 17, il est important de constater que plus de la moitié des femmes affirmant être enceinte au moment de l'enquête fument durant leur grossesse. On note près de 39 % fument de façon régulière et environ 13 % fument occasionnellement.

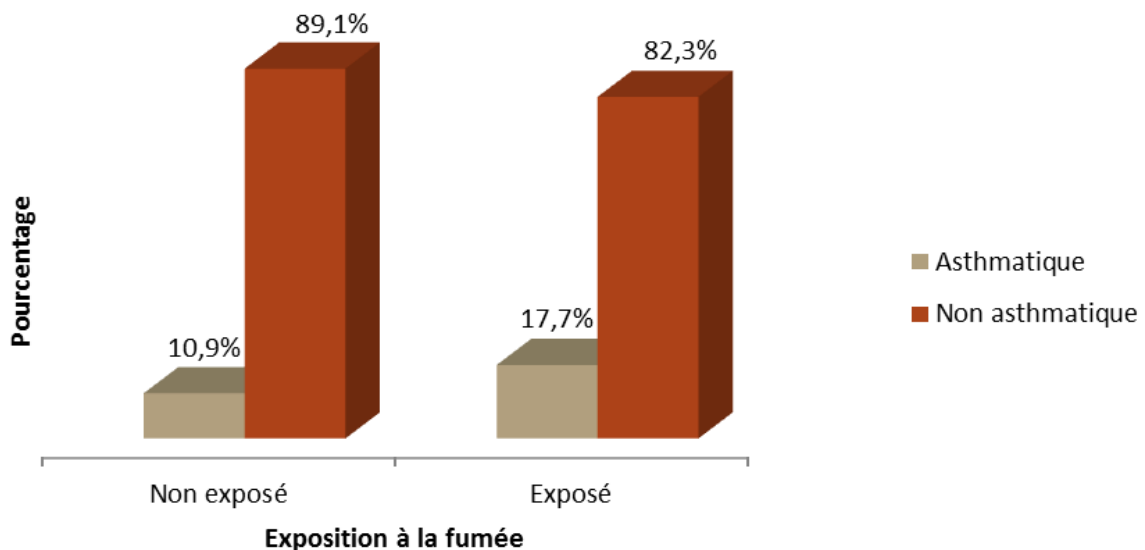
De même, les résultats des analyses (Figure18) nous révèlent que plus de la moitié (52,9 %) des femmes rapporte avoir déjà fumé au cours de leur grossesse (52,0 % régulièrement et 48,0 % occasionnellement). Parmi les fumeuses, on note qu'environ 3 femmes sur quatre (75,1 %) affirment avoir fumé tout au long de la grossesse, 12,3 % ont cessé de fumer au cours du 3ème trimestre, 9,5 % ont cessé de fumer au cours du 2ème trimestre et 3,1 % ont cessé de fumer au cours du 1er trimestre. Par ailleurs, parmi les femmes ayant déclaré avoir fumé au cours de leur grossesse, environ 6,5 % ont eu des enfants de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). On constate également qu'environ 24 % de ces femmes ont donné naissance à des bébés avec un poids à la naissance inférieur ou égal à 2 700 grammes.

Figure 18 : Répartition des femmes selon le statut fumeur durant leur grossesse (N=6 107)



D'après les résultats découlant des analyse (Figure 19), on constate que la prévalence des cas d'asthme chez les enfants de femmes ayant fumé durant la grossesse est significativement ( $p = 0,01$ ) supérieure à celle chez les enfants de femmes non fumeuses durant la grossesse; soit 17,7 % comparativement à 10,9 %.

Figure 19 : Répartition des enfants de 0 à 11 ans ayant été diagnostiqués asthmatiques ou non selon l'exposition à la fumée (N=6 107)



### 3. PORTRAIT DES NON-FUMEURS ACTUELS

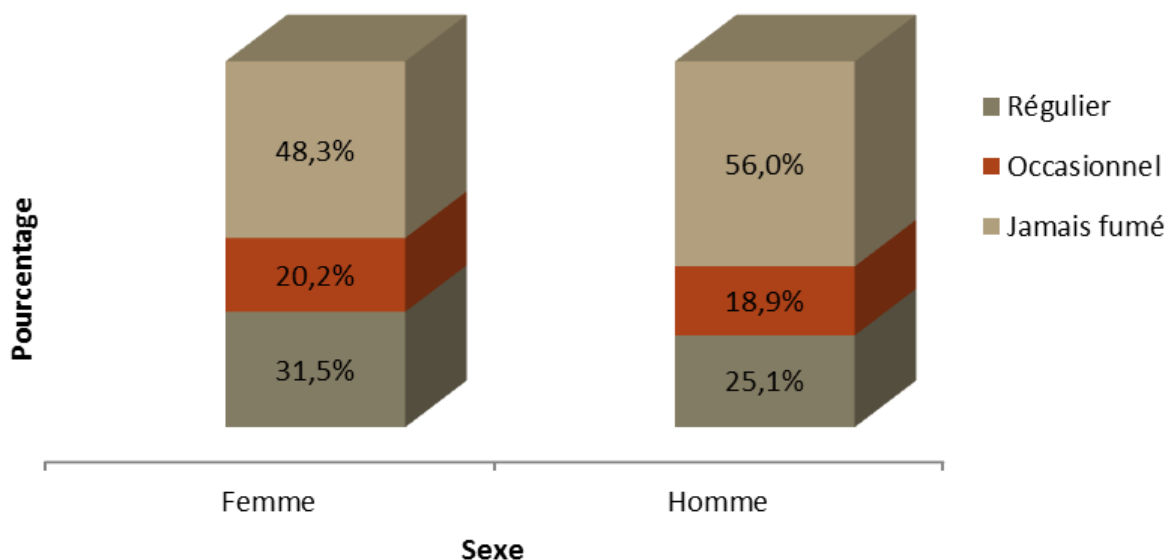
#### 3.1 Habitudes de consommation de tabac chez les non-fumeurs actuels

Environ 45 % des répondants âgés de 12 ans et plus se déclarent non-fumeurs, soit 52,4 % de personnes qui n'ont jamais fumé et 47,6 % d'ex-fumeurs.

Chez les hommes non-fumeurs, 25,1 % déclarent avoir déjà été fumeurs réguliers avant l'abandon de la cigarette, 18,9 % déclarent avoir déjà été fumeurs occasionnels et 56,0 % rapporte n'avoir jamais fumé (Figure 20). Tandis que chez les femmes, 31,5% déclarent avoir été fumeuses régulières, 20,2 % fumeuses occasionnelles et 48,3 % n'ont jamais fumé.

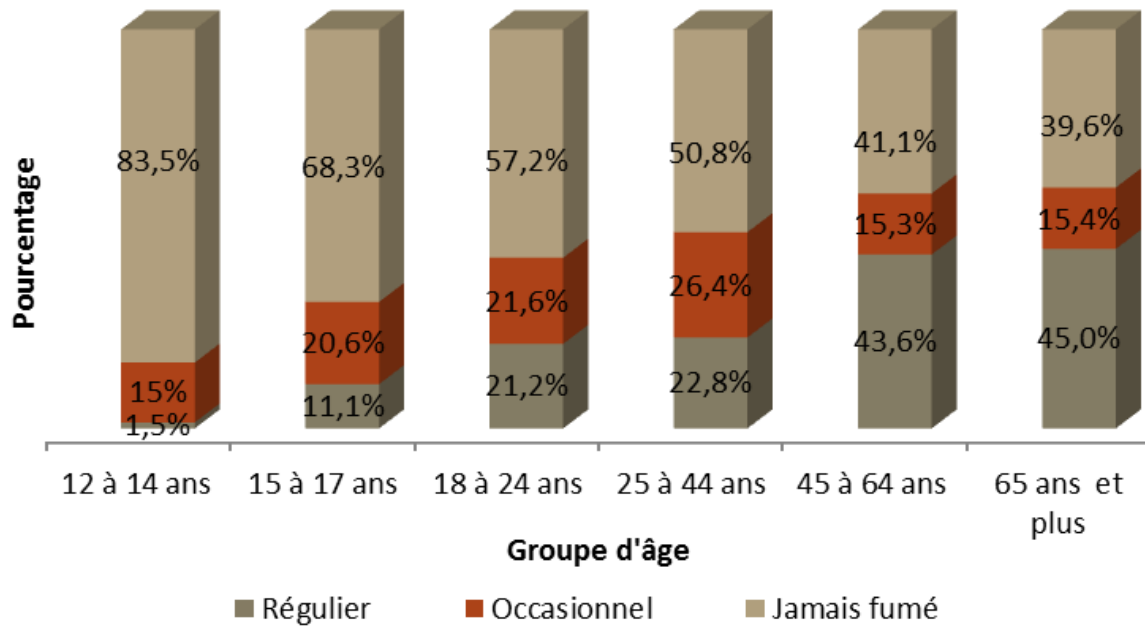
Comparant ces résultats (Figure 20), on note que le pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels est légèrement supérieur chez les femmes comparativement aux hommes. En revanche, les hommes sont plus susceptibles que les femmes à n'avoir jamais fumé. Toutefois, Cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,08$ ).

Figure 20 : Répartition des non-fumeurs actuels de 12 ans et plus selon le statut et le sexe (N=10 025)



Selon l'âge (Figure 21), les 45 à 64 ans et les 65 ans et plus se démarquent nettement des autres groupes d'âge, puisque la proportion d'ex-fumeurs réguliers est de 43,6 % et 45,0 % respectivement. Quant aux ex-fumeurs occasionnels, ce sont les 18 à 24 ans et les 25 à 44 ans qui se démarquent, avec 21,6 % et 26,4 % respectivement.

Figure 21 : Répartition des non-fumeurs actuels de 12 ans et plus, selon le statut et l'âge (N=10 020)



### 3.2 Âge moyen d'arrêt du tabagisme chez les ex-fumeurs

Pour rendre la comparaison appropriée selon les différents groupes d'âge, l'analyse du tableau 4 inclut seulement les ex-fumeurs ayant déclaré avoir arrêté de fumer avant l'âge de 18 ans chez les 18 à 24 ans, les 25 à 44 ans, les 45 à 64 ans et chez les 65 ans et plus. Il faut souligner également, que dans le but d'alléger la comparaison, on a regroupé les 12 à 14 ans et les 15 à 17 ans en une seule catégorie.

Comparant les femmes aux hommes, la moyenne d'âge auquel les ex-fumeurs ont arrêté de fumer est sensiblement la même; 14,2 ans (IC à 95 % = [13,5 ; 14,9]) contre 14,1 ans (IC à 95 % = [13,3 ; 14,8]). En effet, on ne note aucune différence statistiquement significative ( $p = 0,7$ ).

En examinant les résultats par groupes d'âge, c'est chez les 45 à 64 ans, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, que l'âge moyen d'arrêt du tabagisme est le plus jeune (Tableau 4).



Tableau 4 : Age moyen d'arrêt du tabagisme chez les ex-fumeurs de 12 ans et plus, selon le sexe et l'âge des répondants (N= 851)

Âge des répondants	Femmes		Hommes	
	Âge moyen d'arrêt	Erreur-type	Âge moyen d'arrêt	Erreur-type
65 ans et plus	14,3 ans	2,54	-	-
45 à 64 ans	11,2 ans	1,66	12,1 ans	1,41
25 à 44 ans	15,4 ans	0,84	14,6 ans	0,61
18 à 24 ans	15,3 ans	0,70	16,7 ans	0,73
12 à 17 ans	13,7 ans	0,43	13,0 ans	0,46

### 3.3 Raisons pour avoir cessé de fumer

Il est important de déterminer les raisons pour lesquelles les répondants non-fumeurs ont abandonné la cigarette. Ceci permettra de mieux orienter les interventions ou les programmes de prévention ou de sensibilisation.

À l'examen des raisons pour lesquelles les ex-fumeurs ont abandonné la cigarette (Figure 22), une raison prédomine chez un répondant sur deux; par choix d'un mode de vie sain (45 % chez les femmes comparé à 53,8 % chez les hommes).

Par la suite deux autres raisons ressortent :

- Par prise de conscience des effets néfaste de la cigarette sur ma santé (27,4 %)

25 % chez les femmes

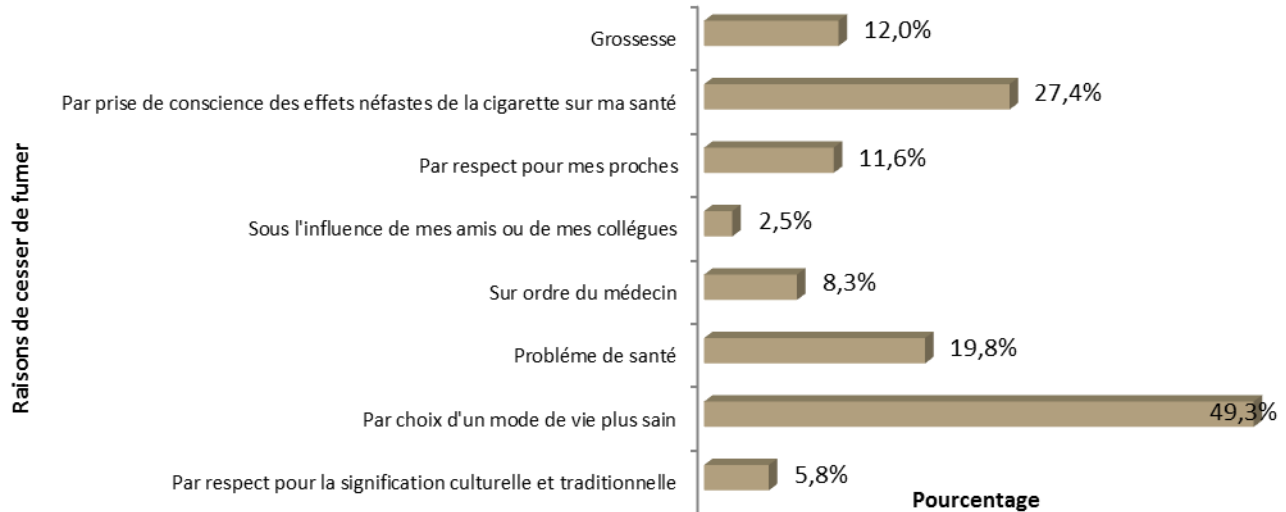
30 % chez les hommes

- Problème de santé (19,8 %)

21,4 % chez les femmes

18,1 % chez les hommes

Figure 22 : Raisons pour abandonner la cigarette chez les ex-fumeurs de 12 ans et plus (N=6573)

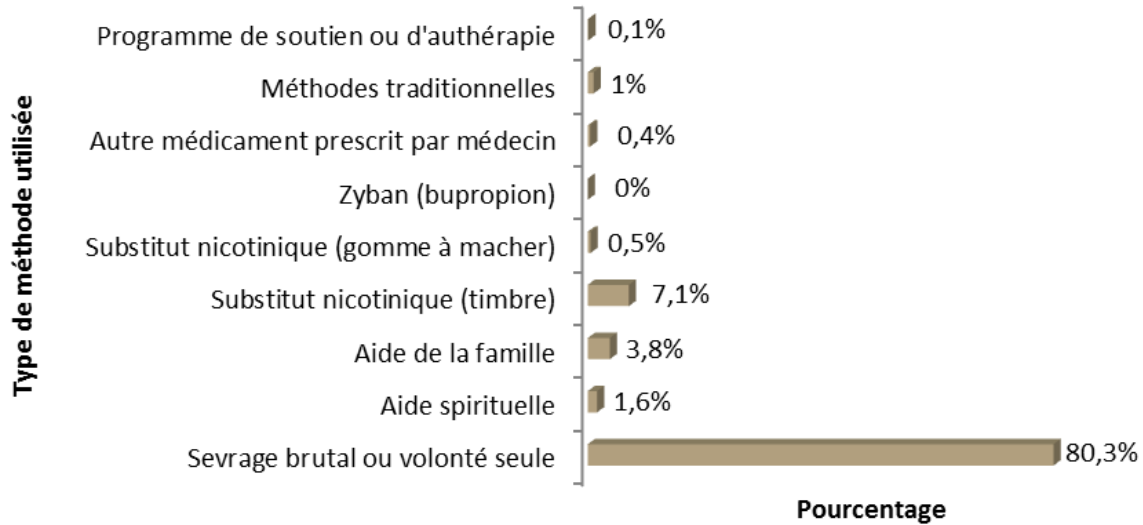


### 3.4 Méthodes utilisées pour cesser de fumer

Il existe différentes méthodes pour cesser de fumer ou faciliter l'abandon de cette dépendance. Certaines personnes aiment cesser tout d'un coup (sevrage brutal), d'autres préfèrent réduire graduellement leur consommation de cigarettes alors que d'autres préfèrent se prévaloir d'un soutien psychologique ou médical.

En analysant les résultats de la Figure 23, il semble que la majorité (80,3 %) des ex-fumeurs ont opté pour le « sevrage brutal ou volonté seule » comme méthode pour cesser de fumer. Toutefois, il faut souligner que 7,1 % (6,9 % chez les femmes contre 7,3 % chez les hommes) ont choisi le timbre et 3,8 % (2,6 % chez les femmes contre 5,1 % chez les hommes) ont choisi l'aide familiale pour abandonner la cigarette.

Figure 23 : Méthodes utilisées pour cesser de fumer par les ex-fumeurs de 12 et plus (N=4 805)





## DISCUSSION


Malgré les effets néfastes bien connus du tabagisme, en 2008, les données de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations* (ERS 2008) révèlent que plus de la moitié (55,4 %) des participants de 12 ans et plus affirment être des fumeurs actuels (76,0 % régulièrement et 24,0 % occasionnellement). Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2008, la proportion des Québécois de 12 ans et plus qui fumaient la cigarette était de 23,3 %. Autrement dit, les Premières Nations du Québec comptent, proportionnellement, plus du double de fumeurs que le reste du Québec.

En outre, comparant les différents groupes d'âge, les données de l'enquête révèlent que les membres des Premières Nations du Québec commencent à fumer de plus en plus jeune ( $p < 0,0001$ ). En effet, alors que les répondants de 65 ans et plus ont commencé à fumer en moyenne à 20,8 ans, les répondants âgés de 12 à 14 ans ont commencé à fumer en moyenne à 11,7 ans. L'écart observé entre les répondants de 65 ans et plus et ceux de 12 à 14 ans est d'environ 9 ans. D'ailleurs, parmi les fumeurs réguliers de 12 à 17 ans, 27,7 % consommaient de 10 à 19 cigarettes en moyenne par jour. Cette précocité pourrait exposer les jeunes à un plus grand risque de développer des maladies pouvant entraîner le décès de fumeur. De plus, l'âge à la première utilisation du tabac pourrait constituer un facteur important dans l'évolution de la dépendance au tabac (18). Toutefois, en comparaison avec les données de l'ERS de 2002, il importe de souligner une légère baisse statistiquement significative chez les 15 à 24 ans.

Les personnes ayant un faible revenu de ménage ont plus de risque de fumer que celles ayant un revenu de ménage plus important. En effet, la plus grande proportion de fumeurs (57,5 %) se retrouve parmi les adultes dont le ménage gagne moins de 20 000 \$. Le tabagisme est considéré un des facteurs de pauvreté (19). En effet, les dépenses pour le tabac auraient pu être affectées à des besoins fondamentaux tels que l'alimentation, le logement, l'éducation et les soins de santé (19). Par ailleurs, les fumeurs sont beaucoup plus susceptibles de tomber malades et de mourir prématurément d'une maladie liée au tabagisme, privant ainsi les membres de leur famille d'un revenu essentiel et leur imposant des dépenses supplémentaires pour les soins médicaux (19). Ceux-ci donc pourraient encore aggraver la pauvreté de la famille (19). Concernant le niveau de scolarité, un faible niveau de scolarité est associé à une plus forte proportion de tabagisme chez les adultes.

Quant au bien-être des fumeurs, il ressort des analyses que les fumeurs sont environ deux fois plus nombreux que les non-fumeurs à se sentir parfois, voire jamais, en harmonie sur les quatre plans. D'ailleurs, les personnes ayant eu des idées suicidaires au cours de leur vie sont proportionnellement deux fois plus nombreuses parmi les fumeurs comparativement aux non-fumeurs. Le National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions a mené une étude portant sur la relation du tabac et des comportements suicidaires chez 34 653 fumeurs (20). Cette étude a montré que le tabagisme est un facteur de risque de suicide. En revanche, arrêter de fumer aiderait à une baisse importante de ce risque.

Outre les risques cités plus haut, les analyses ont révélé que plus de la moitié des femmes enceintes fumaient durant leur grossesse. Or, le tabagisme durant la grossesse comporte des dangers particuliers. En effet, diverses études ont associé le



tabagisme maternel pendant la grossesse à toute une série de complications. Notamment, un petit poids à la naissance, l'ischémie chronique, l'hypoxie, l'hypertonie, la multiplication des tremblements et l'amplification du réflexe de Moro chez les nouveau-nés (14-17). D'ailleurs, les analyses ont révélé que, parmi les femmes ayant déclaré avoir fumé durant leur grossesse, environ 6,5 % ont eu des enfants de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes) et 17,7 % ont des enfants asthmatiques. Quant à l'exposition à la fumée secondaire, on note que trois enfants sur quatre (75,9 %) vivent dans un logement où ils sont exposés à la fumée secondaire. Aussi, plus de la moitié (52,7%) des femmes ont été exposées à la fumée secondaire au cours de leur grossesse.

Par ailleurs, il ressort des analyses que les proportions de fumeurs les plus élevées sont observées dans la zone 3 (69,3 %) ainsi que dans les zones 2 et 4 (66,7 % et 66,0 % respectivement). Ceci pourrait laisser supposer que l'isolement géographique pourrait être également un facteur de risque du tabagisme.

## CONCLUSION

Pour bien des populations des Premières Nations, le tabac est utilisé traditionnellement depuis des milliers d'années pendant les cérémonies, les rituels et la prière. De ce fait, on a souvent attribué la forte prévalence du tabagisme chez les membres des Premières Nations à cet usage traditionnel du tabac. Or, à la lumière de ces résultats, on constate que plusieurs autres facteurs sont associés au tabagisme. Il est donc important d'en tenir compte pour concevoir une campagne efficace de lutte contre le tabagisme. Autrement dit, il faut élaborer des stratégies fondées sur des bases factuelles et adaptées culturellement pour réduire le tabagisme et améliorer l'état de santé chez les Premières Nations de la région du Québec. D'ailleurs, *le Plan directeur 2007-2017 de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec : Remédier aux disparités... Accélérer le changement* présente des recommandations dans ce sens.


En outre, les stratégies doivent axer sur quatre éléments qui se renforcent mutuellement : la protection, la prévention, le renoncement et la réduction des méfaits. Il faut aussi lancer une campagne de sensibilisation et de vulgarisation sur les méfaits du tabagisme, de la fumée de tabac ambiante et sur les répercussions de la fumée de tabac ambiante sur le fœtus, le nourrisson et le jeune enfant. Ceci, afin de sensibiliser et inciter les membres des Premières Nations à participer aussi aux efforts entrepris dans le cadre de la lutte au tabagisme, particulièrement auprès des jeunes.





## BIBLIOGRAPHIE

- US Centers for Disease Control and Prevention. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. <<http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>> (version à jour le 11 juin 2010).
- Nakanishi N, Nakamura K, Matsuo Y, Suzuki K, Tatara K. Cigarette smoking and risk for impaired fasting glucose and type 2 diabetes in middle-aged Japanese men. *Ann Intern Med* 2000; 133:183-91.
- Action on Smoking and Health. Factsheet no: 23 - Smoking and diabetes. <<http://www.tobaccofreeutah.org/diabetestob.pdf>> (version à jour le 11 juin 2010).
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: Final data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2003; 52:1-113.
- Wang X, Zuckerman B, Pearson C, et al. Maternal cigarette smoking, metabolic gene polymorphism, and infant birth weight. *JAMA* 2002; 287:195-202.
- British Medical Association. Smoking and reproductive life: The impact of smoking on sexual, reproductive and child health. BMA 2004.
- 2004 Baseline Study among First Nations (On-Reserve) and Inuit, Environics Research Group Limited, April 2004.
- Comité sur la gouvernance de l'information des Premières nations. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations 2002-2003; Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les collectivités des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005.
- Info-tabac, numéro 66, <http://www.info-tabac.ca/pdf/bull66.pdf>
- Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis : L'usage et le mésusage du tabac chez les autochtones – mise à jour 2006. *Paediatr Child Health* 2006;11(10):687-92. [www.cps.ca/francais/enonces/II/FNIH06-01.htm](http://www.cps.ca/francais/enonces/II/FNIH06-01.htm).
- Williams K. Tradition and Addiction: The cost of tobacco on Aboriginal life. <http://www.ammsa.com/node/6653>
- Office of Environmental Health Hazard Assessment OEHHA, California Air Resources Board ARB, California Environmental Protection Agency Cal/EPA: Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: Final Report, approved at the Panel's June 24, 2005 meeting. Sacramento: Office of Environmental Health Hazard Assessment; 2005.
- National Cancer Institute. Second-hand Smoke and Cancer. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Tobacco/ETS#r4>.
- Ebrahim SH, Floyd KL, Merritt RK, Decoufle P, Holtzman D. Trends in pregnancy-related smoking rates in the United States, 1987-1996. *Journal of the American Medical Association* 2000; 283(3):361-366.

- 
- Fried PA. Prenatal exposure to tobacco and marijuana: effects during pregnancy, infancy, and early childhood. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1993; 36(2): 319-337.
- Fried PA, Watkinson B, Dillon RF, Dulberg CS. Neonatal neurological status in a low-risk population after prenatal exposure to cigarettes, marijuana and alcohol. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1987;8(6):318-326.
- Pollack H, Lantz PM, Frohna JG. Maternal smoking and adverse birth outcomes among singletons and twins. *American Journal of Public Health* 2000;90(3):395-400.
- Levin ED, Rezvani AH, Montoya D, Rose JE, Swartzwelder HS. Adolescent-onset nicotine self-administration modeled in female rats. *Psychopharmacology (Berl)* 2003;169:141-9
- Tobacco and poverty: a vicious circle. World Health Organization, Geneva. 2004. [www.ingcat.org/linked files/Poverty\\_en.pdf](http://www.ingcat.org/linked files/Poverty_en.pdf)
- Yaworski D, Robinson J, Sareen J, Bolton JM. The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry*. 2011 Mar; 56(3):161-70





COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR