

La parole aux femmes

Étude exploratoire
sur le **tabagisme** en milieu défavorisé
dans le RLS de Lanaudière-Nord

Décembre
2013

Sébastien C. O'Neill
Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Conception, réalisation et rédaction de l'étude

Sébastien C. O'Neill

Collecte des données qualitatives

Sébastien C. O'Neill

Transcription des entrevues

Catherine Hébert

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont

Comité de lecture

ASSS de Lanaudière

Élizabeth Cadieux

Mario Paquet

Céline Poissant

Louise Lemire

Comité de suivi

ASSS de Lanaudière

Louise Lemire

Laurent Marcoux

Sarah Monette

Céline Carrier

CSSS du Nord de Lanaudière

Denis Petitot

Julie Thériault

GMF de Saint-Lin-Laurentides

Sophie Plouffe

Clinique dentaire Miron

Isabelle Saindon-Morneau

On peut se procurer un exemplaire de ce document en communiquant avec la :

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

245, rue du Curé-Majeau, Joliette (Québec) J6E 8S8

Téléphone : 450 759-1157, poste 4294, ou sans frais, 1 800 668-9229

Pour toute information relative à ce document, veuillez contacter : Élizabeth Cadieux, au 450 759-1157 poste 4410 ou par courriel : elizabeth_cadieux.ssss.gouv.qc.ca

La version PDF de ce document est disponible sur le site Web de l'Agence au : www.agencelanaudiere.qc.ca sous *Documentation/Publications/Tabagisme*

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

O'NEILL, Sébastien C. *La parole aux femmes : étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, décembre 2013, 48 pages.

Cette étude a bénéficié d'une subvention obtenue conjointement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, dans le cadre du Programme de subventions en santé publique (PSSP), 2012-2013.

© Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2013

Dépôt légal : Quatrième trimestre 2013

ISBN : 978-2-89669-186-9 (version imprimée)

978-2-89669-187-6 (version PDF)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Table des matières

Pourquoi cette étude?	7
Que disent les experts sur le sujet?	9
Méthodologie	13
Objectifs de l'étude	13
Le comité de suivi et l'approche participative et négociée	13
L'outil de collecte des données	14
Le recrutement des participantes	15
La collecte des données	15
Le traitement des données	17
Les limites de l'étude	17
Résultats	19
Un soulagement pour le stress	19
Un environnement social favorisant la consommation	20
La position paradoxale du gouvernement et le rôle de l'industrie	21
La cessation tabagique	23
Les croyances	27
Les médecins	28
Discussion des résultats	31
Pistes de réflexion	35
Conclusion	37
Références bibliographiques	39
Annexe 1	45
Annexe 2	46
Annexe 3	47

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Remerciements

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de ce rapport. L'apport de chacun est souligné ici.

J'aimerais d'abord remercier les membres du comité de suivi de cette étude : Laurent Marcoux, Sarah Monette, Louise Lemire, Isabelle Saindon-Morneau, Denis Petitot, Julie Thériault, Sophie Plouffe ainsi que Céline Carrier. Leur aide précieuse, tant côté « terrain » que « théorique », m'a permis de relever les défis que pose la réalisation d'un tel projet de recherche.

Je ne saurais passer sous silence la contribution des membres du comité de lecture, Céline Poissant, Élisabeth Cadieux, Mario Paquet et Louise Lemire, pour leurs commentaires éclairants et pertinents, tant sur le fond que sur la forme de ce document. Je tiens également à souligner la pertinence des commentaires et suggestions faits par Michel O'Neill, professeur émérite à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, en ce qui a trait aux premières versions de ce rapport. Le travail de Micheline Clermont se doit aussi d'être mis en évidence : ses suggestions ont grandement bonifié la présentation de ce rapport.

Finalement, je remercie tout particulièrement les acteurs terrain et les organismes communautaires qui ont participé à la recherche. Sans leur aide, la réalisation d'une telle étude aurait été impossible : la *Soupière Joliette-Lanaudière* (Joliette; Nathalie Loyer), la *Maison populaire de Joliette* (Joliette; Pierre-Hugues Sylvestre), la *Maison Pauline Bonin* (Joliette; Céline Benny) et l'*Association Carrefour Famille* Montcalm (Saint-Lin-Laurentides; Isabelle Poitras et Henri Thibodeau). Leur contribution, tant au niveau du recrutement des participantes qu'à celui de la logistique technique, a été sans égal et renforce la conviction que le milieu communautaire lanaudois est entre les mains de gens compétents et dévoués.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Pourquoi cette étude?

« J'ai l'idée d'arrêter.
Ça fait trois ans que j'y pense
... mais j'cherche le moyen de le faire... »

Le tabagisme est l'une des plus grandes problématiques de santé publique du 21^e siècle. Même si une diminution du nombre de fumeurs y est observée depuis quelques années (Lemire et Payette, 2012), on constate au Québec qu'une portion importante de la population fume encore de manière quotidienne (Lemire, Marcoux et Monette, 2012). Malgré l'implantation de diverses mesures législatives (environnement sans fumée, interdiction de fumer dans les bars, les restaurants et les milieux de travail, etc.) et de campagnes provinciales de sensibilisation, le tabagisme demeure la principale cause de mortalité évitable (Simoneau et Leane, 2013).

L'idée de réaliser cette étude provient du document *Tabagisme dans les deux territoires de RLS de Lanaudière. Quelques résultats de l'Enquête québécoise sur la santé des populations 2008*, réalisé en 2012 par Louise Lemire et Geneviève Marquis, en collaboration avec Sarah Monette. Les auteures y relèvent de nombreuses disparités propres aux fumeurs de Lanaudière, notamment par rapport à la présence du tabagisme dans les milieux défavorisés. À la suite d'une présentation portant sur ces données auprès d'acteurs du milieu communautaire lanaudois, une proposition de recherche fut soumise au Programme de subventions en santé publique (PSSP) 2012-2013, avec pour intention de scruter en profondeur les enjeux soulevés par ce document.

Dans cette optique, il s'avère utile de rappeler qu'à l'intérieur du RLS de Lanaudière-Nord¹, le taux de tabagisme s'élève à plus de 40 % chez les femmes âgées de 25 à 44 ans, tandis qu'il décroît significativement à 19 % pour celles du même âge dans le RLS de Lanaudière-Sud et à 24 % pour le Québec (Lemire, Marquis et Monette, 2012). Au sein de la population défavorisée du Nord de Lanaudière, le taux de tabagisme est encore plus élevé : les femmes vivant en milieu défavorisé sont plus susceptibles d'être dépendantes au tabac par rapport à celles du reste de la province vivant la même situation (Lemire, Marcoux et Monette, 2012). Ces chiffres surprennent par leur importance relative et demeurent préoccupants dans un contexte de réduction des inégalités sociales de santé.

L'objectif général de cette étude exploratoire était de donner la parole aux fumeuses et aux ex-fumeuses des milieux défavorisés du Nord de Lanaudière afin de jeter un éclairage novateur sur le tabagisme dans la région.

¹ À noter que la région de Lanaudière compte deux territoires de réseau local de services (RLS). Le territoire du RLS de Lanaudière-Nord couvre les municipalités régionales (MRC) de Joliette, D'Autray, Matawinie et Montcalm, celui du RLS de Lanaudière-Sud englobe les MRC de L'Assomption et des Moulins.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Le rapport se divise en cinq grandes sections. D’abord, une revue de littérature aborde divers thèmes relatifs à l’étude. Ensuite, la méthodologie employée est rappelée. La troisième section présente les résultats provenant des groupes de discussion. La quatrième propose une discussion des résultats tandis que la cinquième et dernière section s’attarde aux pistes de réflexion que suggèrent les résultats de cette recherche.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Que disent les experts sur le sujet?

Fort peu répandu au début du XX^e siècle, le tabagisme des femmes au Canada s'est accru, surtout à partir de 1945 et dans les années qui ont suivi (Royer, 2004). Les grandes compagnies de tabac ont rapidement profité de l'arrivée importante des femmes sur le marché du travail, au moment de la Seconde Guerre mondiale, pour associer dans leurs publicités, tabagisme, émancipation et liberté des femmes (Info-Tabac, 2005). Dans les pays industrialisés, le tabagisme féminin a ainsi atteint son apogée à partir du milieu des années 60² (Royer, 2004). Les désirs d'autonomie des femmes les ont finalement menées vers une certaine dépendance au tabac (Info-Tabac, 2005). Fait préoccupant, dans les pays les moins développés du monde, la montée du tabagisme féminin, notée actuellement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est semblable à celle enregistrée il y a 50 ans dans les pays occidentaux et les mêmes messages de l'industrie du tabac y sont repris avec succès (Info-Tabac, 2005; Stanton, 2003).

Tel un cheval de Troie, cette augmentation cache un message que les grandes tabatières n'ont cessé d'exploiter depuis la création des premières cigarettes pour femmes de Philip Morris en 1924 : celui du désir de liberté et d'indépendance des femmes (Greaves, Jategaonkar et Sanchez, 2006). Même si l'entretien du mythe est l'une des forces de l'industrie du tabac, on sait que la consommation de cigarettes amène plutôt des problèmes de santé et d'argent, tout en réduisant l'indépendance et la qualité de vie.

Il demeure inquiétant, à ce jour, de constater la forte emprise qu'a le tabac dans les milieux défavorisés (Stead et coll., 2001, Wiltshire et coll., 2003). Déjà en 1998-1999, au Canada, environ 34 % des femmes en situation de faible revenu fumaient, comparativement à 21 % pour celles profitant de plus hauts revenus (Kirkland, Greaves et Devichaud, 2003). Au Québec, indiquent Guyon et coll., (2007), chez les femmes les mieux nanties, « (...) 8,3 % seulement ont affirmé avoir fumé pendant leur grossesse alors que, parmi les plus pauvres, plus d'une femme sur trois affirmait la même chose » (p. 3). Les résultats des enquêtes régionales menées dans Lanaudière depuis le début des années 90 mettaient en évidence une constante : les personnes peu scolarisées et à faible revenu, et plus particulièrement les femmes, sont plus nombreuses, en proportion, à faire partie des

² Le pourcentage de fumeuses est passé, au Canada, de 26 % en 1945 à 38 % en 1964, et ce, jusqu'en 1975. Il a commencé à décliner par la suite.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

fumeurs ou à être exposées à la fumée secondaire de tabac. À cet égard, les écarts observés entre les plus favorisés et les plus défavorisés semblent persister dans le temps (Goneau et coll., 1996; Guillemette et coll., 2001; Lemire et Garand, 2010; Marquis, 2012).

Il faut dire que l'emprise de la cigarette sur les milieux défavorisés est considérable : le taux de tabagisme y demeure élevé malgré les efforts consentis pour veiller à sa réduction (Reid, Hammond et Driezen, 2010; Reid et coll., 2009). Dans les faits, les populations des milieux défavorisés présentent des pourcentages de fumeurs actuels plus élevés et sont plus nombreuses à le faire depuis plus longtemps, tout en étant relativement indifférentes aux campagnes de cessation tabagique (Simoneau et Leane, 2013, Bancroft et coll., 2003; Roddy et coll., 2006; Stead et coll., 2001; Wiltshire et coll., 2001).

Cette différenciation marquée par des clivages, aussi bien socioéconomiques que culturels, a été étudiée par de nombreux chercheurs (voir entre autres Cnattingius, 2004; Graham et coll., 2006; Greaves et coll., 2006; Lumley et coll., 2009; Stead et coll., 2001). Parmi les études intéressantes, celle de Stead et coll. (2001) portant sur la consommation de cigarettes au sein de milieux défavorisés britanniques, révèle comment les femmes sont généralement moins enclines à arrêter de fumer, en raison du stress d'avoir des enfants à leur charge, de devoir constamment se démener pour arriver financièrement et de ne pas avoir de perspectives d'avenir autres que celles offertes par le milieu dans lequel elles vivent. Dans le même sens, Bancroft et coll. (2003) soutiennent que les femmes monoparentales de milieux défavorisés utilisent la cigarette comme un mécanisme permettant d'amenuiser le stress relié à une existence quotidienne mouvementée. Ces derniers auteurs rappellent aussi que ces femmes sont souvent attirées par l'aspect social qu'amène la cigarette. L'importante étude montréalaise de Colin et coll. (1991) abonde dans ce sens et démontre comment les femmes peuvent construire un réseau social original basé sur l'échange, le troc et l'emprunt de cigarettes. La cigarette peut donc, dans ce cas, être considérée comme un vecteur contrecarrant l'isolement et la monotonie d'une vie souvent marquée par des événements difficiles.

L'étude qualitative de Roddy et coll. (2006) fournit d'autres éléments d'éclairage. Elle démontre comment les populations de milieux défavorisés ont souvent peur d'être jugées en raison de leur consommation de cigarettes et comment elles vivent difficilement l'échec qu'entraîne une rechute après cessation. Les auteurs ont aussi constaté une méconnaissance généralisée des services de cessation tabagique. Ces grands thèmes reviennent également dans l'étude de Stewart et coll. (1996). Ceux-ci ajoutent que les programmes « classiques » de cessation n'aident en rien les femmes à arrêter de fumer, étant donné qu'ils ne tiennent pas ou peu compte des différences

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

sociales et psychologiques relatives aux milieux défavorisés. Les auteurs suggèrent de déplacer les interventions à l'intérieur des centres et des organismes de femmes afin d'atteindre un taux de succès plus élevé. Roddy et coll. (2006) ont aussi obtenu des résultats similaires à partir d'une étude qualitative portant sur les fumeurs de milieux défavorisés en Angleterre. D'après eux, les fumeuses ne connaissent pas beaucoup les services de cessation et elles entretiennent des préjugés négatifs quant à leur efficacité et à leur disponibilité. Tout comme Stewart et coll. (1996), ces auteurs proposent d'aller de l'avant avec des approches plus adaptées aux réalités des milieux défavorisés, tout en les complétant de traitements pharmacologiques gratuits.

En résumé, les experts s'entendent pour dire que le taux de tabagisme est généralement plus élevé dans les milieux défavorisés. Cela confirme qu'il existe et qu'il persiste bel et bien un écart entre les différentes couches de la société par rapport au tabagisme. Pour les femmes qui habitent ces milieux, l'habitude de fumer est très souvent liée à un niveau de stress élevé, au fait que les programmes de cessation soient mal adaptés aux caractéristiques du milieu, à la présence d'un entourage qui n'encourage pas la cessation, de même qu'au poids de devoir supporter une famille de plusieurs enfants. Pour certaines, la cigarette peut aussi servir de vecteur permettant de former et de consolider des liens sociaux.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Méthodologie

Objectifs de l'étude

Cette étude exploratoire visait à cerner les perceptions, les expériences et le vécu des femmes du territoire du RLS de Lanaudière-Nord vivant dans un milieu défavorisé à l'égard de leur consommation de cigarettes. Trois objectifs spécifiques ont été retenus. Il s'agit de :

- Documenter les particularités d'un contexte social en matière de dépendance au tabac;
- Améliorer la compréhension de ce que représente le produit (la cigarette) en s'attardant aux connaissances et aux croyances véhiculées par les femmes;
- Produire des connaissances qui permettront aux instances appropriées de bonifier, améliorer et adapter l'offre en cessation tabagique dans ce territoire de RLS.

Pour atteindre ces objectifs, le recours à une démarche de recherche qualitative a été privilégié. Elle a permis d'identifier les représentations sociales des femmes à l'égard de la cigarette à partir de leur discours sur cette question. L'approche choisie n'avait aucune prétention par rapport à la représentativité statistique de la population étudiée. Elle a toutefois permis de dégager des éléments-clés pour la compréhension de ce problème de santé publique.

Le comité de suivi et l'approche participative et négociée

Dans le cadre de cette étude exploratoire, il a été convenu de faire appel à un comité de suivi composé de professionnels oeuvrant dans le milieu de la santé et des services sociaux et dans le réseau communautaire. Ces derniers ont été choisis en raison de leur connaissance de la problématique du tabac ou des caractéristiques de la population ciblée. Il était ainsi plus facile, d'une part, de s'assurer de rester en contact avec les priorités et les particularités du milieu, et, d'autre part, de conserver une pertinence scientifique respectant les grandes lignes des recherches et des études effectuées par la santé publique. Cette approche, dite participative et négociée, est d'ailleurs celle préconisée par le Service de surveillance, recherche et évaluation à la Direction de la santé publique (DSP) de Lanaudière. Bien que cette approche ait été développée pour l'évaluation de projets en santé publique, sa philosophie d'incorporation des différents acteurs affectés par la recherche demeure essentielle, ne serait-ce que parce qu'elle permet un dialogue ouvert et fructueux entre les diverses parties prenantes (Service de surveillance recherche et évaluation, 2011).

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

L'outil de collecte des données

Les entrevues de groupe semi-dirigées ont été privilégiées comme outil de collecte des données et une grille d'entrevue a été élaborée. Les thèmes retenus sont basés sur des études scientifiques qualitatives touchant à des sujets similaires (Colin et coll., 1991; Greaves et coll., 1996; Stewart et coll., 1996; Stead et coll., 2001; Bancroft et coll., 2003; Poland et coll., 2006) ainsi que sur les commentaires et les suggestions des membres du comité de suivi. Cette grille a été mise à l'épreuve à l'occasion du premier groupe de discussion afin de vérifier son adéquation à la population étudiée.

Pour les fumeuses, les thèmes abordés étaient : les débuts et le contexte de consommation, la perception des non-fumeurs à l'égard du tabagisme, les tentatives d'abandon, les services de cessation, la ou les marque(s) fumée(s), les composés de la cigarette, les problèmes de santé que le tabac peut causer ainsi que le rôle du gouvernement et de l'industrie. Pour les ex-fumeuses, les sujets d'entretien retenus étaient les mêmes, à l'exception des suivants : la perception des non-fumeurs, avant et maintenant, le contexte de la cessation et plus particulièrement, les facteurs qui y ont contribué. À ces derniers s'ajoutaient deux sujets d'ordre plus général : l'un portant sur les motivations relatives au fait de fumer au sein des milieux défavorisés et l'autre s'attardant à comprendre si la cigarette était, pour elles, un véritable problème à régler (la même question qui avait été posée dans le tout premier groupe de discussion réalisé en décembre 2012). Le but était de susciter des réponses auprès des femmes vivant directement dans les milieux touchés.

L'entrevue semi-dirigée a été privilégiée car elle permettait plus de souplesse. Les groupes de discussion ont été animés par l'agent de recherche, responsable de l'étude. Afin d'amener une certaine fluidité dans les échanges, l'ordre de présentation des thèmes n'a pas toujours été respecté. La grille d'entrevue a été utilisée comme un outil souple laissant libre cours aux sujets émergents. À cet effet, des thèmes non inclus dans la grille ont spontanément été abordés par les participantes, tels la relation avec leur médecin et les traitements pharmacologiques. En contrepartie, comme il sera possible de le constater dans la section suivante, certains sujets prévus dans la grille d'entrevue n'ont pas suscité de discussions ou n'ont pas été abordés par manque de temps (Voir les schémas d'entrevue aux annexes 2 et 3).

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Le recrutement des participantes

La population visée par cette étude concernait les femmes des milieux défavorisés du Nord de Lanaudière. Aucune question par rapport au revenu ou encore au niveau de scolarité n'était demandée aux femmes. À cet égard, les membres du comité de suivi et le responsable de l'étude ont jugé pertinent de sélectionner des organismes communautaires locaux oeuvrant auprès des milieux défavorisés afin qu'ils agissent à titre d'intermédiaires pour recruter des femmes acceptant de participer à l'étude. De cette manière, on s'est assuré que les participantes correspondaient à la population ciblée. En collaboration avec les membres du comité de suivi, l'agent de recherche a identifié les organismes communautaires selon leur emplacement (à l'intérieur d'un milieu défavorisé du territoire de RLS de Lanaudière-Nord) et leur intérêt à faire partie de cette démarche. La première invitation se faisait soit par l'agent de recherche, soit par un membre du comité de suivi. La suite des démarches et des communications avec les organismes était assurée par l'agent de recherche via des rencontres en personne ou des discussions au téléphone.

La collecte des données

Pour saisir les perspectives des femmes interrogées, leurs opinions et leurs perceptions par rapport au sujet de l'étude, six groupes de discussion semi-dirigés ont été réalisés. Une rémunération de 35 \$ en argent comptant était prévue pour chaque participante pour couvrir les coûts de garderie, de transport, de repas ou autres dépenses en lien avec leur participation à cette activité de recherche.

Pour chacun des groupes de discussion, l'agent de recherche débutait par une introduction générale où il présentait les grandes lignes du projet de recherche, de même que son rôle à l'intérieur de ce projet et au sein de la discussion à venir. La durée approximative de la discussion (1h-1h15) était aussi mentionnée, de même qu'un court commentaire sur le lien entre l'agent de recherche, l'organisme communautaire et la DSP. L'agent de recherche procédait à une brève explication des règles de confidentialité, à la suite de quoi les participantes étaient invitées à signer un formulaire de consentement éclairé (Annexe 1) et à formuler leurs questions et leurs commentaires. Finalement, elles devaient inscrire leur nom sur une feuille de papier qu'elles pliaient devant elles. Cela a permis de faciliter les échanges entre ces dernières et l'agent de recherche, en ajoutant une touche plus personnalisée et conviviale à la démarche.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Un premier groupe de discussion, réunissant six fumeuses, a été réalisé en décembre 2012, à l'intérieur des locaux d'un organisme communautaire du territoire sélectionné. L'objectif de ce groupe de discussion était double : premièrement, identifier si la cigarette constituait un véritable problème pour ces fumeuses. Il faut dire que le fait de fumer la cigarette, dans les milieux défavorisés, n'est pas toujours perçu comme un problème ou une mauvaise habitude (Stead et coll., 2001). En second lieu, cet exercice a permis de mettre à l'essai la grille d'entrevue (voir Annexe 2). De cette manière, celle-ci s'est trouvée à être validée et bonifiée à la fois par les participantes et les membres du comité de suivi. À la suite de ce premier exercice, il a été constaté que la cigarette, et par extension le tabagisme, constituaient bel et bien un problème pour les fumeuses des milieux défavorisés rencontrées. Elles comprenaient pertinemment que fumer n'est pas bon, mais que la dangerosité exacte, ainsi que les impacts à long terme, demeuraient relativement méconnus.

Pour la partie principale de la collecte des données, cinq groupes de discussion ont été tenus entre février et juin 2013. Deux étaient composés de fumeuses actuelles ne désirant pas arrêter de fumer, les trois autres étaient formés d'ex-fumeuses et de quelques non-fumeuses à vie. Il y avait de 5 à 6 participantes par groupe et les femmes étaient âgées entre 20 et 60 ans.

Les participantes ont démontré une compréhension satisfaisante des questions posées et des thèmes abordés. Le thème touchant au rôle du gouvernement et de l'industrie a peut-être été le plus difficile à saisir en raison de sa plus grande complexité (les deux paliers de gouvernement, leurs rôles légaux et réglementaires respectifs, l'industrie du tabac et la publicité, etc.). Une technique de mise en situation a dû être utilisée afin de susciter des échanges. Des illustrations montrant divers paquets de cigarettes ponctués de couleurs vives et de messages percutants ont aussi été montrées aux participantes. Cela a eu pour effet d'entraîner une discussion intéressante sur l'esthétique du paquet de cigarettes, de même que sur les conséquences que cela peut occasionner sur leur vente.

Un certain nombre de participantes ont mentionné avoir beaucoup apprécié les groupes de discussion, car ces derniers permettaient d'échanger sur un sujet qui les touchait, et ce, à l'intérieur d'un climat favorisant l'ouverture d'esprit et la compréhension. Les ex-fumeuses étaient d'ailleurs très enclines à partager leur histoire de cessation, ne serait-ce que par fierté, ou encore pour faire entendre leur point de vue quant aux techniques qui fonctionnent et celles qui ne fonctionnent pas.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Le traitement des données

Les échanges dans les groupes de discussion ont été enregistrés numériquement et retranscrits par la suite (verbatim). Ces *verbatim* ont été analysés par le responsable de l'étude à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Dedoose (version 4.5). L'analyse a été étayée à l'aide de citations tirées des *verbatim*. À noter que le processus d'analyse qualitatif préconisé est à la fois inductif, car les thèmes mentionnés dans cette section proviennent en partie de la grille d'entrevue, et déductif, car certains thèmes se sont imposés d'eux-mêmes durant les entrevues.

Les limites de l'étude

Certaines difficultés ont été rencontrées au cours de cette recherche. Premièrement, en raison de problèmes de recrutement, il a été impossible de conduire des groupes de discussion dans l'ensemble du territoire du RLS de Lanaudière-Nord. Les milieux où les groupes de discussion ont été réalisés sont ceux de Joliette et de Saint-Lin-Laurentides (correspondant à un milieu urbain et à un milieu rural). Si cette étude était reconduite, il faudrait accorder une attention plus grande à la répartition géographique des participantes.

Deuxièmement, les critères de sélection pour ces groupes de discussion ont occasionné quelques difficultés dans le déroulement de l'étude. Initialement, il fallait recruter des participantes dans chacun des stades de changement de Prochaska et DiClemente (1983) afin de comprendre la cessation à travers cette lorgnette. Cette idée a dû être abandonnée en cours de route. Dans les faits, recruter des participantes selon les stades de changement intermédiaires fut très difficile, voire impossible. Les critères de sélection relatifs à cette approche, lorsque communiqués aux responsables des organismes communautaires, se sont avérés trop spécifiques et trop nombreux, selon la grille des étapes du changement menant à la cessation tabagique, pour permettre la constitution de groupes de discussion. Cela semble être dû au fait que la majorité des femmes soient des fumeuses ou des ex-fumeuses, et non des fumeuses qui prévoient arrêter de fumer dans les mois qui suivent ou des fumeuses qui ont cessé depuis moins de six mois. À partir de cette constatation, un changement dans la stratégie de recrutement a dû être mis en place en cours d'étude. Pour simplifier le recrutement, deux catégories de participantes ont alors été déterminées : les fumeuses et les ex-fumeuses.

Pour conclure cette section, il est important de rappeler que cette étude exploratoire visait à comprendre les perceptions, les croyances et le vécu des fumeuses et ex-fumeuses des milieux défavorisés du Nord de Lanaudière. En conséquence, l'interprétation des résultats, les analyses et les pistes de réflexion proposées ne doivent pas mener à des généralisations à l'ensemble des fumeuses de la région.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Résultats

Un soulagement pour le stress

La cigarette semble être perçue comme un moyen de composer avec le stress vécu au quotidien. Beaucoup de participantes parlaient de la cigarette comme d'une béquille les aidant à passer au travers des moments difficiles. Ces moments stressants pouvaient être reliés à une situation financière délicate, au fait d'avoir à s'occuper de plusieurs enfants sur une base quotidienne, à être confrontées à des problèmes de santé vécus par des proches, à un retour aux études ou encore au fait d'être dans des endroits où la cigarette n'est pas tolérée.

« Les problèmes financiers [ça] stresse, faque on est plus portée à fumer (...). Si j'en avais pas eu de problèmes monétaires, j'me serais pas cassé la tête, pis j'aurais peut-être pas recommencé à fumer non plus. »

« Les facteurs de stress (...), que ce soit un nouveau travail, un retour aux études, (...) financier, un stress familial, n'importe quoi. »

L'association entre le fait de fumer et d'être stressée, ou encore le recours à la cigarette pour apaiser le stress, semble être une idée bien intégrée chez les participantes. Cela pourrait, dans certains cas, contribuer à une augmentation de la consommation de cigarettes ou encore à une rechute.

« Ouin, dix, douze cigarettes par jour, ouin (...). À peu près. OK, j'te dis pas que y a pas des journées où ce que j'ai un stress là (...), pis la soupape est à veille de péter, j'peux me rendre jusqu'à une vingtaine là, mettons. »

« Ma mère a été fumeuse depuis toujours (...). Elle a arrêté onze mois de temps, jusqu'à temps qu'arrivent les grosses émotions. Elle a recommencé depuis ce temps-là. »

La notion que la cigarette pouvait donner un répit est aussi revenue dans le discours des participantes. On comprend que ce moment, situé en dehors de la temporalité habituelle, vient en quelque sorte morceler la journée et permet aux femmes de profiter d'une forme de détente mentale et physique. Cet aspect est aussi en lien avec le fait que la cigarette soit considérée comme un « petit luxe », une douce récompense qu'elles peuvent se permettre dans le cadre d'une vie où les contraintes budgétaires dictent, plus souvent qu'autrement, les manières d'agir et de réagir.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Un environnement social favorisant la consommation

Les personnes côtoyées dans les contextes familial, scolaire, amical et intime peuvent avoir une influence directe sur le fait de consommer ou non la cigarette. En effet, les probabilités de fumer sont beaucoup plus grandes si leur entourage est composé de fumeurs ne percevant pas le tabac comme une substance dommageable pour la santé.

À cet égard, la grande majorité des femmes rencontrées ont grandi dans un milieu où la consommation de cigarettes, dès un très jeune âge, était considérée comme normale. Selon leur témoignage, la plupart des participantes ont commencé à fumer la cigarette entre 11 et 14 ans, parfois même plus jeune (7 ans).

L'influence des pairs en milieu scolaire, couplée à la disponibilité des produits de tabac dans les dépanneurs locaux, a surgi à maintes reprises dans le discours des participantes. Elles percevaient ce lieu comme un terrain fertile pour les débuts tabagiques. Que ce soit sous l'influence de leurs camarades, pour faire partie de la gang, pour se sentir belles, ou encore, pour imiter les plus vieux (frères, sœurs, camarades de classe), les participantes racontaient comment elles avaient commencé à fumer.

« J'ai commencé à 13 ans. C'est ça là, par rapport au groupe d'amis, à l'école. »

« Mais moi, ça a adonné comme ça. J'ai vu ma cousine. C'est la première personne que je voyais jeune à fumer. J'ai trouvée donc ben belle, pis donc ben le fun. »

« Mais en fait, c'est vraiment (...) en côtoyant des gens qui fumaient. Donc, des amis d'école qui fumaient occasionnel. Pis le dépanneur à côté de mon école vendait des cigarettes à l'unité. »

On constate aussi que les parents des participantes ont été, pour la plupart, des fumeurs. Ne serait-ce que par la disponibilité de la cigarette ou encore par mimétisme, on découvre que cela a constitué un facteur déterminant dans le fait de fumer ou non. Beaucoup de participantes ont dit avoir « grandi » avec le tabac.

« Ben moi, j'ai commencé à 11 ans (...). J'ai commencé à cause de mes parents (...). C'était dans le temps des maudites rouleuses (...). Ils roulaient tout le temps. Y'avait tout le temps un pot de tabac dans le milieu de la table avec leurs cigarettes, rempli tsé (...). Veux veux pas, à un moment donné, tsé, j'en prenais (...). Y'en avait trop sur la table. Je parlais avec la poignée. »

« Moi, j'étais la quatrième de dix. Donc j'étais parmi les plus vieux là. Ben, c'est sûr qu'on avait cet exemple-là, de voir nos parents fumer, pis les plus vieux que moi. Pis, j'me disais tsé (...). Tu te sentais comme plus grande là, tsé. »

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

« Moi, tsé, en 62 là, ces années-là, le monde (...), pis j'allais acheter des cigarettes pour mes parents. J'me souviens de la commande là, tsé : un Oldport pas de boutte pour mon père, pis des Peter Jackson pour ma mère. J'me souviens d'avoir fait les commissions de cigarettes. »

Parfois, en raison de certaines contraintes budgétaires, un choix doit se faire entre l'achat de cigarettes et la participation à une activité, ou encore, le fait de se payer une denrée alimentaire.

« Moi, je jouais au hockey. Faque là, ça été : tu joues au hockey ou tu fumes. Pis j'ai pas arrêté de fumer, faque j'ai arrêté de jouer au hockey. »

« Moi, y'a des fois, ça va m'arriver, je vas me priver de lait, ça me dérange pas de prendre un café noir pour avoir des cigarettes. »

Ces diverses normes sociales reliées à la consommation de cigarettes (âge précoce de début du tabagisme, influence des parents, du milieu scolaire, de l'entourage, etc.) semblent avoir eu pour effet de banaliser le fait de fumer, tout en normalisant la consommation de cigarettes et en permettant à la dépendance de s'installer sournoisement, mais durablement.

La position paradoxale du gouvernement et le rôle de l'industrie

Le discours des participantes relativement au rôle que joue le gouvernement à l'égard de la cigarette a montré qu'elles demeuraient, somme toute, conscientes du fait que la cigarette est un produit légal, en vente libre, même si les effets négatifs rattachés à sa consommation sont démontrés depuis longtemps. Plusieurs d'entre elles ont d'ailleurs soulevé qu'il existe un paradoxe entre la position de Santé Canada et le fait que ce même gouvernement autorise et taxe la vente du produit.

« C'est de la drogue, pis là c'est ça, le gouvernement (...) parce que y'a quelque chose de pas cohérent dans la société. C'est pas bon fumer tsé, pis tout ça, mais tsé en (...). Mais les taxes qui sont reçues là-dessus (...). Ben y aime ben ça en (...). Dans les coffres à quelque part (...). C'est sûr, y aime ça. »

« Y'a de la désinformation, y culpabilise le fumeur : « C'est pas bon fumer. » Des médecins te le disent, c'est pas bon fumer, gna gna gna, mais le gouvernement, lui, pendant c'temps là, y ramasse, ça c'est clair. »

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

« Aujourd'hui, les gouvernements sont beaucoup trop à l'argent qu'à autre chose (...). Faut que ça rapporte, faut qu'on aye de l'argent, faut qu'on aye de l'argent, faut qu'on aye de l'argent. Où qu'on va chercher de l'argent? Ben, on va continuer à eux autres parce que y subventionnent les mosus de compagnies de tabac. Y leur donnent des crédits d'impôt, y leur donnent full, full, full de cossins de même pour qui restent là. Faque eux autres y continuassent. Faque c't'officiel que le gouvernement se fait de l'argent là. »

« Parce ça leur rapporte trop d'argent (...). Au lieu de venir le chercher avec les impôts, y viennent le chercher avec des cigarettes. »

« J'ai vu un film qu'ils nous ont présenté d'avant-guerre, pis que le gouvernement le savait très bien que ça (...). Ça m'a révoltée mon cher, là t'as pas idée comment. Parce j'me disais pour eux autres, faire de l'argent sur la santé, de notre santé, pas de problème. C't'un peu comme, t'as pas le droit de te partir une loto ou quoi que ce soit, mais Loto-Québec, c'est légal, en (...). C'est gouvernemental ça. »

Pourquoi s'acharne-t-on autant sur la cigarette plutôt que sur d'autres produits néfastes? C'est là un questionnement qui a été soulevé par plusieurs participantes lorsqu'on a abordé le thème de la réglementation et des lois liées à la cigarette. Selon certaines, il y a d'autres problématiques, comme l'alcool au volant, l'obésité ou les stimulants, qui méritent l'attention des autorités compétentes. Une participante décrivait d'ailleurs assez clairement comment elle voyait des gens du quartier faire le « serpent dans la rue » (en référence à quelqu'un qui prend un verre de trop avant de conduire son automobile).

« Là, (...) y veulent s'entêter sur ceux-là qui ont du poids. Ça te tente-tu? Ça te tente-tu, toi ? »

« De toute manière, que ça soit la cigarette (...). Bon ben, à un moment donné là, woh, (...). Mais le café tsé, c'est comme y vont arrêter : « Ah! prends pus de café » parce que, tsé, y en a que ça (...) pour le cœur (...). »

Les participantes comprenaient bien que le gouvernement, sans nommer lequel, engrangeait des profits grâce à la vente de la cigarette, tout en tentant de dissuader les gens de consommer le produit. L'industrie du tabac est aussi nommée par quelques participantes comme étant de connivence avec les gouvernements. Ce quasi-monopole semble, à leur avis, difficile à contrer étant donné le contrôle que ceux-ci exercent dans la vente, la distribution et la certification du produit³.

³ Les femmes ayant complété un processus de cessation avec un intervenant demeurent, selon ce qui a pu être constaté, plus alertes quant aux agissements de l'industrie du tabac et du gouvernement.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

La cessation tabagique

À la suite des entrevues de groupe, il a été possible de classer les participantes selon trois grandes catégories : celles qui ne désiraient pas arrêter, celles qui désiraient arrêter de fumer, mais qui s'en sentaient incapables et celles qui avaient réussi à arrêter sans avoir fait de démarches au préalable.

Cet état de fait met en lumière la faible connaissance des programmes de cessation. À cet égard, les participantes semblaient se situer, pour la plupart, à un « premier niveau » : elles étaient au courant de l'existence de programmes, de lignes d'écoute et de services de cessation tabagique, mais elles ne savaient pas nécessairement comment entrer en contact avec ces ressources. Il a aussi été constaté que certaines recherchaient avant tout un soutien des pairs, tandis que d'autres ne voulaient tout simplement pas entrer en contact avec les services disponibles.

« C'est pas connu (...). Je le sais pas pourquoi qu'ils font pas de pub. Y ont peut-être pas les moyens, tsé, si mettons tout le monde est au courant (...). »

« Mais où c'est j'ai vu ça moi? Ça doit être au CLSC, parce que le petit, j'allais le faire vacciner, pis sûrement des affaires comme ça. »

« Me semble y'en parlent à la télévision (...). Moi, j'ai vu des annonces. »

« J'veux dire, j'sais qui a beaucoup, quand même, y'a des ressources alentour de moi. Mais en ce moment, c'est comme j'te disais (...), je sais qui en a, mais r'garde, j'vas rester chez nous. »

« On en voit à la télévision, des pamphlets, les pharmacies, les médecins t'en parlent un peu, pour savoir c'que t'as le goût de faire. Tsé, ma sage-femme m'en a parlé. Tu mets des patchs dès que t'accouches, tsé, quelque chose de même. Pis j'ai dit non. »

Malgré cela, quelques participantes ont réussi à trouver de l'aide pour arrêter de fumer. Le type d'aide recherchée variait de la simple consultation en pharmacie jusqu'à la participation à des groupes de soutien, en passant par les alternatives pharmacologiques proposées par les médecins et les pharmaciens.

« Moi, j'mets toutes les chances de mon bord. Faque, je rencontre tout le temps quelqu'un (...) au centre d'abandon du tabac. J'y vas encore, j'vas y aller encore, c'est sûr! »

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

« Ma coloc a vu ça dans le journal de Joliette, qui avait justement une conférencière (...). Pis ça a été un petit peu l'influence de ma coloc, un peu beaucoup, pis on a été six semaines de suite à un programme J'arrête, J'arrête, J'arrête quelque chose là. »

« Ben, dans le fond, j'suis allée à la pharmacie pour m'informer avec la pharmacienne. »

Les femmes attribuent leurs mauvaises expériences de cessation tabagique aux effets secondaires des médicaments. De plus, il paraissait subsister beaucoup de méconnaissance par rapport aux aides pharmacologiques et à la cessation, plus particulièrement autour de la bonne utilisation du médicament. Les effets secondaires indésirables amèneraient les femmes à reprendre la consommation de cigarettes ou encore à ne plus croire en une possible cessation. Ce type de témoignages circule abondamment dans les milieux défavorisés et contribue à véhiculer des perceptions erronées par rapport à l'utilisation du médicament.

Participant : *« J'ai jamais été capable d'arrêter de fumer. Non, c'pas vrai, le Zyban. »* Chercheur : *« T'as réussi un p'tit peu d'arrêter avec ça ? »* Participant : *« Ouais »*. Chercheur : *« Et qui t'avait prescrit ça ? »* Participant : *« Mon médecin, mais asteure, ils le prescrivent pus. Parce que le monde, ils font des dépressions ç'a l'air. Moi, j'ai jamais fait rien avec ça là. J'ai arrêté de fumer sauf qu'un m'ment donné, y'est tombé une situation, pis que j'ai pogné un gros stress. »*

« Le Champix, j'le conseille à personne! (...). Moi, j'te dis, je capotais, mais j'ai jamais été aussi agressive. Quand j'te dis que je voulais me battre avec mon chum là, c'pas moi là. Moi, mon chum, l'agressivité, c'est pas chez nous là. J'te l'aurais tué. Là, il me disait : « Arrête-moi ça, tu deviens parano là. » Pis il disait : « R'garde, ça feel pas là. T'as trois mois à prendre des médicaments comme ça là. » Mais l'effet reste après là. C'est très dangereux. »

« J'ai arrêté une fois avec le Champix (...). Ça gèle ça. Aïe, oublie ça. J'tais assistante-gérante d'un dépanneur, moi. J'avais la grippe, j'avais pris du sirop avec ça, du Bénylin. J'ai jamais été capable de fermer le dépanneur. Ma caisse balançait pas. J'ai mis la clé dans porte. Ah! non, oublie ça, j'tais rendue accotée de même su'le comptoir. »

« J'ai arrêté quatre mois après ma crise de cœur. J'avais mis les patchs. Les patchs me débalançaient. C'tait pas bon pour moi. »

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Certaines femmes ont aussi mentionné que les services de cessation actuels, particulièrement les lignes téléphoniques d'écoute et d'entraide, ne correspondaient pas à ce qu'elles recherchaient en matière d'aide pour se libérer de leur dépendance. Elles les considéraient trop abstraits, trop loin de leur réalité et mal adaptés aux caractéristiques de leur milieu. Malgré le soutien que procure ce type d'aide à la cessation, les femmes ont affirmé que cela ne pouvait les aider sur d'autres problèmes très concrets, comme le gain de poids à la suite d'une cessation. Ce point est d'ailleurs revenu à plusieurs reprises. Il semble représenter un obstacle important pour les femmes rencontrées.

« Tsé, y'a la ligne pour appeler là, mais qu'est-ce qu'ils vont me dire de plus de ce que je sais là? Tsé, c'pas bon, y'a toute ça pour arrêter, mais y'a pas c'que moi j'aurais de besoin, tsé. Moi, je sais que c'est carrément l'habitude. »

« Si toi, tu vas chercher toi-même ton aide, toi, tu vas être plus portée à te dire : « Non, faut pas que j'y touche. »

« Pis j'me dis même, les aides téléphoniques, j'trouve que me faire dire au bout de la ligne : « Lâche pas », ça m'aide pas là. »

Par conséquent, pour certaines participantes, la seule manière d'arrêter véritablement de fumer a été de le faire pour elles-mêmes et non pour faire plaisir à quelqu'un ou pour répondre à des pressions extérieures.

«Tsé, j'veux dire, parce ça donne rien. Je sais qu'en bout de ligne, si je ne veux pas le faire pour moi, c'est mon énergie que je vas gaspiller pour rien, parce que ça va rien me donner en retour. »

« (Quelques mois après l'accouchement), ben le goût me reprenait. Je recommençais. J'ai faite ça deux fois. Pis la troisième fois, j'ai décidé d'arrêter pour moi. Faque, j'ai pas recommencé à fumer. »

« Tsé, on arrête de fumer pour soi (...). C'est le plus important. »

« Moi, j'ai arrêté, parce que je le voulais, pas parce que quelqu'un m'a aidé à arrêter de fumer. Faut vraiment que ça vienne de toi. »

« Pis les seuls qui ont vraiment, vraiment, vraiment arrêté de fumer, y'ont arrêté de fumer pour eux et non pour son frère, sa femme. »

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Cette manière de concevoir l'arrêt, couplée à la relative impopularité des services de cessation, semble laisser croire que l'arrêt tabagique est couramment lié à l'acharnement et à la détermination de chacune des participantes. Chez bon nombre d'entre elles, on remarque que le désir d'arrêter pour elles-mêmes est marqué par un arrêt drastique, *du jour au lendemain*, sans véritable planification. Par ailleurs, on constate que cette décision est souvent liée à la maladie ou au décès d'un proche. La rencontre d'un nouveau partenaire, non-fumeur, semble aussi constituer un facteur important.

« À partir du moment où j'me suis levée un matin, pis j'ai dit : « J'ai fini. » (...), j'avais fini. »

« J'ai rencontré mon chum actuel, pis là, j'dois être tombée pas mal en amour, parce que j'ai arrêté de fumer sans m'en rendre compte (...). Ça a été fini comme ça. J'ai arrêté là. »

« Du côté de mon père, lui, mon père, c'est deux décès back à back par rapport à la cigarette. Les vingt personnes de la famille ont quasiment arrêté de fumer. »

« J pense qu'on peut pas arrêter tranquillement. Ça vient que ton habitude, tu la perds pas. Et ton système va toujours être à t'en demander, parce que tu y en donnes de temps en temps. »

« Tandis que moi dans ma démarche, ça s'est faite du jour au lendemain sans que je le dise à personne. »

« Mon ex-conjoint, y a arrêté de fumer comme ça. (...). Un matin, y s'est levé : « Moi, j'fume pus, achale-moi pus avec ça, j'veux pus rien savoir ». Pis ç'a été fini comme ça. »

« Non, j'ai dit : « R'garde, moi je lâche, pis r'garde j'tannée, j't'écœurée de tousser, pis r'garde, j'crèverai pas (...). J'ai lâché du jour au lendemain. »

De manière générale, on constate que plusieurs embûches se retrouvent sur le chemin menant à la cessation tabagique. Souvent dépourvues d'informations utiles sur les méthodes de cessation, certaines participantes ont affirmé que la méthode la plus efficace pour véritablement arrêter de fumer, à défaut de connaître, d'utiliser et de croire aux ressources disponibles, était d'arrêter d'un seul coup, guidées par leur propre volonté et en le faisant pour elles-mêmes.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Les croyances

Les entrevues de groupe ont été l'occasion de constater qu'un important lot de croyances divergentes circulait parmi les participantes. Certaines de ces croyances sont liées à l'état de santé des fumeurs en comparaison à celui des non-fumeurs et des ex-fumeurs. Les participantes ont parfois mis en doute le lien entre les maladies cardiovasculaires et le fait de fumer la cigarette. Pour beaucoup, le fait d'avoir le cancer est associé à des prédispositions génétiques plutôt qu'à une dégradation physiologique causée par le tabac. Il devient donc ardu de lier ce type de maladie uniquement aux fumeurs. L'expérience empirique accumulée semble valider ce point.

« Tsé, mais j'connais quelqu'un. J'l'a connais pas, mais ça a passé dans le journal. C'tait épouvantable. Une jeune femme, elle venait d'avoir son bébé, 23-25 ans, cancer du poulmon. À l'a jamais fumé, sportive au boutte. »

« J'pas d'accord. J'associe pas le cancer aux fumeurs, parce que j'ai déjà rencontré des gens qui sont morts de cette maladie-là, mais y ont jamais fumé de leur vie. »

On peut affirmer que ces croyances s'appuient sur des cas d'exception. À l'intérieur d'un milieu relativement hermétique en terme de transmission des connaissances, de tels cas d'espèce circulent et finissent par être pris pour acquis. On sait pourtant que près de 90 % des décès par cancer du poulmon sont attribuables au tabagisme (Kiyohara et coll., 2010).

La grossesse nourrit également moult croyances relativement au tabagisme. Certaines participantes mentionnaient ne pas voir de relation directe entre le fait que la mère fume et le poids du bébé à la naissance. D'autres tendaient à croire que le fait de fumer la cigarette n'était pas une raison suffisamment importante pour nécessiter un arrêt complet lors de la grossesse.

« S'cusez, mais moi, je rentre pas là-dedans. Mon premier avait 7 livres et 2, mon deuxième, 6 livres 14, ma troisième, 6 livres et 8, elle 8 livres. Mon placenta était parfait, pis j'tais fumeuse là. »

« Moi aussi (...). Oui, j'essaye de faire attention, mais j'ai pas diminué à 10-15 cigarettes là, pis ma première pesait 7 livres et 10, pis le placenta était super beau. Pis j'ai eu des jumelles qui pesaient 6 livres et 2, pis le placenta était beau aussi là. »

« Ben parce que y'a plusieurs mamans qui me disent ça : « J'étais fumeuse, pis ma fille, je l'ai accouchée, pis elle était pas asthmatique. Pis elle a arrêté pour les deux autres, pis ah! tabarnouche, asthmatiques au boutte. »

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Les médecins

Les médecins sont traditionnellement perçus comme des figures d'autorité en matière de santé et de bien-être. Diffuseurs d'informations utiles, ils demeurent une référence importante par rapport à la cigarette et à la cessation tabagique (Guyon et coll., 2007). Il est possible de constater ce fait dans le discours des participantes.

« Moi, j'trouve que c'est bien qu'ils nous le rappellent constamment, parce que si personne nous le rappelle, on pensera jamais à arrêter. »

« Oui, parce qu'à chaque fois, même si y m'oblige pas, y me fait réfléchir. »

Quelques médecins semblent cependant proposer des recommandations fermes quant au tabac et cela se reflète dans l'attitude adoptée avec les participantes. Selon ce qu'elles rapportent, des médecins utilisent un discours explicitement clair et impératif.

« Je suis allée voir un médecin un moment donné, pis j'avais demandé : R'garde, si je modère de fumer, pis si je lâche, ça va tu être correct? A dit : Toi t'es finie (...). À me fera pas crever c'te médecin-là! J'crèverai pas. ». Pis r'garde, j't'encore deboutte! »

« Y dit : « Continue avec tes « cigarettes [procurées sur des réserves] indiennes », c'est la pire merde que tu peux pas te mettre dans le système. »

« Tsé, comme ma grand-mère : « J'ai mal ici, j'ai mal là. ». Mais le médecin y dit : « Qu'est-ce que tu veux que je fasse ? Fumez-vous ? » Elle dit : « Oui. » Il dit : « Si tu arrêtes pas de fumer, j'peux rien faire » (...). Son médecin lui a dit : « La seule affaire que j'vous suggère, c'est de faire vos arrangements funéraires. » Elle a arrêté de fumer. »

« Il lui a dit : « R'garde, j'veux t'sauver la vie pour quelque chose, mais tu es en train de t'encrasser par l'autre bord. C'pas bon là. »

« Pis le médecin lui a dit un ultimatum : « Il faut que vous preniez soin de vous, faire de l'exercice, arrêter de fumer, manger mieux, tatata, parce que les jours sont comptés. »

« Un médecin qui avait dit à mon ex-beau-frère, y avait fait une crise de cœur, et y a dit : « Est-ce que tu fumes des [cigarettes procurées sur des réserves] indiennes? (...). Y dit : « Oui ». Ben y dit : « Continue de même ». Y dit : « Viens pus me voir. Viens pus me voir, je te soignera même pus. »

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Le Gouvernement du Canada (2012), par le biais de son Agence de la santé publique, soutient que toute fumée, qu'elle soit directe ou secondaire, est néfaste pour le bébé. À cet égard, il recommande aux mères de s'abstenir complètement de fumer durant la grossesse. Or, certains médecins ont conseillé aux femmes de diminuer la cigarette et d'arrêter complètement le cannabis plutôt que d'arrêter complètement la consommation des deux substances.

« Il conseille pas « d'arrêter de fumer ». Moi, quand je suis tombée enceinte de Ève, (...) j'fumais du pot en plus de la cigarette (...). Il conseille pas parce que ça donne un plus gros stress. C't'encore plus nocif pour le bébé que de fumer 10 à 15 cigarettes par jour. »

Discussion des résultats

Que peut-on retenir des résultats présentés dans la section précédente?

Pour la très grande majorité des fumeuses rencontrées, fumer la cigarette permet, entre autres choses, de composer avec le stress vécu au quotidien. Ce stress est occasionné par la difficulté de vivre dans des milieux où règne une grande précarité et où la mobilité sociale est négligeable. Des études similaires corroborent ces résultats : Stead et coll., 2001; Stewart et coll., 1996; Amos et coll., 1999 et celle de Wiltshire et coll., 2003, de même que celle de Stafford et coll., 2005. Ces résultats viennent aussi supporter l'argument voulant que les comportements relatifs à la santé soient fortement influencés par le fait de vivre dans un milieu défavorisé où les opportunités de faire des choix positifs de santé demeurent plus rares (Stewart et coll., 1996; Stead et coll., 2001).

Le contexte socioculturel joue aussi un rôle prépondérant dans le fait que l'on retrouve des taux élevés de tabagisme au sein des milieux défavorisés étudiés. Le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* en fait état : l'une des prémisses de la stratégie intégrée de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques repose sur la transformation des conditions de vie des individus et des familles, par l'amélioration des environnements dans lesquels ils vivent (Lemire et Garand, 2010, p. 31). Les témoignages recueillis lors des entrevues de groupe appuient ce constat. Ce point est aussi relevé par plusieurs études sur le tabac en milieu défavorisé (Stead et coll., 2001; Stewart et coll., 1996). Pour citer Hoggart (1991), il semble bel et bien persister une culture particulière dans les milieux défavorisés, une culture où la réception des messages, qu'ils soient culturels, politiques ou sociaux, ne peut être dissociée des conditions sociales propres à sa réception.

En conséquence, il est important de réfléchir sur les conditions collectives d'accès aux services et aux ressources, tant matérielles que sociales. Comme les femmes l'ont souligné lors des entrevues de groupe, l'accès aux services de cessation, tant par le biais des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des pharmacies, des lignes téléphoniques que des organismes communautaires, n'est pas une chose acquise. L'analyse des résultats révèle une faible connaissance des services de cessation tabagique actuellement offerts. Les femmes expriment des craintes face au jugement des professionnels et croient que les services actuels de cessation ne peuvent les aider à arrêter de fumer. Selon les attentes exprimées, elles rechercheraient du soutien pour gérer leur stress et des moyens concrets pour supprimer l'habitude de fumer. Pourtant, les services actuels de cessation offrent ce type de soutien, mais ceux-ci n'arrivent pas à

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

rejoindre cette population. Cette distance entre les professionnels et les femmes interrogées semble résulter à la fois des caractéristiques de deux milieux socialement et culturellement différents et d'une possible méconnaissance réciproque. De plus, les informations relatives aux méthodes de cessation circulent dans les communautés locales et cette forme de transmission, verbale dans la majorité des cas, entraîne la formation de ouï-dire et d'approximations parfois éloignées de la réalité. L'isolement, dans le cas des régions plus rurales, ou encore le fait de ne pas posséder de voiture, en décourage aussi plusieurs qui voient dans les programmes de cessation tabagique, une couche supplémentaire de responsabilités, dans une vie déjà chargée.

Cette situation, mise en évidence par un niveau élevé de pauvreté et un faible taux de scolarisation, contribue à la production et à la reproduction d'un milieu social limité où l'horizon des possibles demeure restreint (Freund et coll., 1992). Stewart et coll. (1996) suggèrent le terme *powerlessness* pour décrire cette situation. Ce terme pourrait se traduire par un manque de pouvoir et de capacité d'agir. La perception du manque de contrôle que met en lumière cette notion renforce le fait qu'il est souvent difficile de maîtriser sa destinée lorsqu'on habite en milieu défavorisé. Dupéré, De Koninck et O'Neill (2011), qui ont effectué une recherche sur les hommes en situation de pauvreté à Montréal, renchérissent :

« Les entretiens et observations permettent d'affirmer que le quotidien de plusieurs hommes se limite bien souvent aux frontières de cet univers. Certains ont ainsi raconté ne pas être sortis du quartier depuis plusieurs années, ce qui pourrait en partie expliquer pourquoi ils semblent s'être positionnés par rapport à leur environnement immédiat plutôt qu'à un univers plus large » (p. 274).

Lorsqu'exposé à des exemples et des modèles issus de son propre milieu, il peut être difficile d'avoir la motivation de cesser de fumer quand la majorité des amis, des membres de la famille et de l'entourage sont fumeurs et indifférents à l'égard de la cigarette.

Ce contexte social, parce qu'il est tributaire des agents permettant son existence et de la structure déterminant les frontières du possible (Giddens, 1984), amène à réfléchir au concept des représentations sociales. Ces dernières sont des formes « (...) de connaissances, socialement élaborées et partagées, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune de l'ensemble social » (Jodelet, 1994, cité dans Guyon et coll., 2007, p. 114). Les croyances relevées par les femmes, dont celles associées à la grossesse et au cancer, participent activement à l'intériorisation de ces représentations sociales.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Il ne faut pas s'étonner de la présence de ces croyances. De manière générale, et peu importe le milieu social, la circulation de croyances, qu'elles soient liées à la santé, aux drogues, à l'argent ou encore à une foule d'autres sujets, est chose courante. C'est, en quelque sorte, le propre de l'être humain en société : les croyances permettent aux individus d'accorder un sens à leur existence et au milieu dans lequel ils évoluent.

Or, on retiendra, après Durkheim, que ces représentations sociales détiennent une emprise inconsciente sur les *agirs* des individus (Poissant, 2010, p. 30). Cette forme d'intériorisation inconsciente s'imprègne dans la vie des individus jusqu'à former des schèmes de pensée pouvant conduire à la reproduction de comportements, d'habitudes et de gestes qui, sans pour autant qu'ils ne soient vus ou perçus comme mauvais dans les milieux étudiés, sont effectivement des barrières limitant l'efficacité des efforts de cessation déployés. Qui plus est, Poissant (2010, p. 30) souligne, en s'appuyant sur Bézille-Lesquoy, que l'intériorisation des représentations conduit aussi à une intégration des normes sociales, donc des manières d'agir et de se comporter dans une situation donnée et dans un milieu social particulier. En conséquence, le nœud du problème réside dans la compréhension des mécanismes occultant, à leurs dépens, les individus d'une compréhension éclairée de leur situation par rapport au fait de fumer ou non et, par extension, d'avoir, en soi-même et dans la communauté immédiate, les ressources nécessaires pour mettre fin à leur consommation de tabac.

Gardant ces constats à l'esprit, les données recueillies permettent de dégager une tendance générale relativement aux femmes des milieux défavorisés étudiés. Même si toutes les fumeuses rencontrées savent que la cigarette est nuisible à leur santé et qu'elles voudraient, dans l'idéal, arrêter de fumer, certaines ont même déjà fait des tentatives, elles anticipent souvent le fait d'arrêter comme extrêmement difficile, voire impossible. Cette perception, mise en évidence par la propagation de croyances, réduit l'horizon des possibles et renforce les préjugés rattachés à la cessation (Gillies, 1999; Wiltshire et coll., 2003). En toute logique, l'élaboration des programmes et des initiatives de cessation devrait tenir compte des préférences, des croyances et des connaissances propres aux individus qui habitent les milieux défavorisés. Dans ces circonstances, la concertation intersectorielle entre les décideurs, les planificateurs, les intervenants et le public-cible, à condition qu'elle tienne compte de la réalité des milieux touchés, s'avère essentielle si l'on veut atteindre un taux de cessation plus élevé.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Pistes de réflexion

Ces pistes de réflexion sont proposées à titre de points saillants à retenir dans le cadre d'une discussion sur la refonte des services de cessation tabagique de la région. Elles se situent dans une vision plus large, prenant pour acquis que les conditions objectives de la pauvreté font partie intégrante de la réalité sociale étudiée. Dans les mots de Lemire et Garand (2010), « (...) il est indéniable que les améliorations des conditions de vie des groupes sociaux défavorisés et vulnérables ont aussi un impact majeur sur l'adoption de comportements favorables à la santé (...) » (p. 32).

- Les représentations sociales négatives rattachées au fait d'arrêter de fumer sont nombreuses (la peur d'être jugée lors d'une rechute ou de ne plus avoir le même réseau social par exemple) et demeurent des boulets attachés aux pieds des individus désirant vivre sans fumer. Une manière de contrecarrer ces représentations sociales pourrait être de favoriser des jumelages entre des femmes qui ont réussi à arrêter de fumer et d'autres qui désirent le faire. En agissant de la sorte, les femmes qui veulent arrêter de fumer auraient avec elles un exemple concret de réussite provenant du milieu dans lequel elles vivent. Les ex-fumeuses seraient plus sensibles aux obstacles potentiels et aux défis à relever (ex. : gain de poids, préservation des liens sociaux, contrôle de leur agressivité) et pourraient, du même coup, fournir une aide personnalisée à leur camarade. Ce serait aussi une forme d'empowerment, c'est-à-dire qu'une telle formule confierait aux ex-fumeuses une responsabilité importante tout en valorisant leur réussite et leur capacité à aider les autres dans leur démarche de cessation tabagique. Ces exemples vont dans le même sens que les travaux de Paquet (2005) et De Koninck et coll., (2008). Ces derniers auteurs proposaient des :

« Interventions individuelles et collectives qui devraient avoir pour orientation de redonner le pouvoir d'agir aux personnes vivant au bas de l'échelle sociale, afin de contrer une certaine fatalité sociale et sanitaire (...). Ces interventions doivent miser sur les succès obtenus en milieu défavorisé, afin de redonner l'espoir et un sentiment de pouvoir maîtriser sa destinée » (p. 72).

- Les messages antitabagiques et les programmes de cessation circulant dans les milieux défavorisés du territoire de RLS de Lanaudière-Nord pourraient davantage mettre l'accent sur l'importance d'arrêter pour soi, sans que cela vienne d'une pression extérieure. L'adoption de cette perspective serait en adéquation avec les préoccupations de plusieurs des femmes rencontrées, soit d'être responsable de son propre succès sans dépendre des autres. Il est aussi important de reconnaître que les programmes de cessation comportant des structures trop rigides ne sont pas en accord avec les priorités

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

des individus des milieux étudiés qui recherchent plutôt des formes de soutien priorisant l'écoute et la compréhension. Corroborés par l'étude de Lorand et autres (2008), les arrêts *du jour au lendemain* devraient être encouragés au même titre que les autres types d'arrêts, car ils constituent, chez la population étudiée, l'une des formes les plus efficaces de cessation tabagique. À cet égard, il serait intéressant de travailler sur l'élément déclencheur amenant les personnes à arrêter de la sorte, de manière à l'intégrer dans le discours et la pratique des intervenants en cessation tabagique.

- Fumer la cigarette constitue une habitude venant compenser les effets délétères d'un contexte social où règne la précarité. Qui dit précarité, dit niveau de stress élevé. Les interventions en cessation tabagique faites dans les milieux défavorisés devraient donc proposer des solutions concrètes pour combattre le stress. On pourrait aussi offrir des ateliers et des groupes de soutien à l'intérieur même des organismes communautaires en contact avec la population. De cette manière, on interviendrait sur une des premières causes conduisant à la consommation de cigarettes, soit les conditions de vie précaires et le stress qui en découle.
- Les médecins œuvrant dans les milieux étudiés devraient tenir un discours consistant par rapport au tabagisme et aux effets négatifs que cela peut occasionner sur la santé. Aussi, considérant que les individus moins favorisés socioéconomiquement tendent davantage vers une gestion des risques immédiats, il serait essentiel que le message des médecins mette bien en évidence les conséquences à court et à long terme du tabac sur la santé.
- Dans une optique plus générale, l'offre actuelle en matière de cessation tabagique pourrait être révisée afin de refléter plus adéquatement les conditions particulières des milieux défavorisés. Cela passe par un soutien accru des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et par la reconnaissance de la nécessité d'accroître l'intensité des services offerts.

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Conclusion

Dans cette étude qualitative sur le tabagisme en milieu défavorisé, il a été démontré que le taux élevé de tabagisme dans les milieux défavorisés du RLS de Lanaudière-Nord était directement lié au contexte social des participantes. À cet égard, on a pu constater qu'il pouvait parfois être difficile d'effectuer des choix positifs relatifs à la santé, malgré les nombreux organismes oeuvrant au mieux-être la population. Dans la tradition des recherches effectuées par Stewart et coll., (1996), Stead et coll. (2001), Bancroft et coll. (2003) et Wiltshire et coll. (2003), cette étude qui s'appuie sur une approche qualitative, s'ajoute au corpus de connaissances sur le tabac en milieu défavorisé.

Plus concrètement, et sans préjugés, cette recherche a permis de donner la parole aux femmes des milieux défavorisés, tout en tenant compte de leurs perceptions, de leurs représentations sociales et de leurs croyances par rapport au tabagisme. Elle s'inscrit donc en adéquation avec la démarche de recherche sur le tabagisme dans les deux RLS, initiée par la DSP de Lanaudière, avec, entre autres, les travaux de Lemire, Marcoux et Monette (2012). Plus largement, elle se situe dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé.

En intégrant les personnes qui ont pris part à son évolution et à sa réalisation, cette étude va également contribuer à repenser et à restructurer l'offre en matière de cessation tabagique dans la région, tout en concourant à la réduction du taux de tabagisme.

Finalement, cette étude ouvre de nombreuses avenues de recherche dans Lanaudière. D'autres groupes d'âge, notamment les adolescents, pourraient être ciblés afin de voir si, à la lueur des statistiques disponibles, une démarche similaire produirait des résultats semblables ou si des différences notables se profileraient à l'horizon. Une recherche auprès des hommes serait aussi intéressante à réaliser, car elle permettrait d'explorer comment l'appartenance sexuelle en milieu défavorisé joue ou non un rôle particulier dans le fait de fumer ou non.

Références bibliographiques

- AMOS, A., P. GAUNT-RICHARDSON, L. MCKIE et J. BARLOW (1999). Addressing Smoking and Health among Women Living on Low Income III : Ayr Barnardo's Homelessness Service and Dundee Women's Aid, *Health Education Journal*, 58, 329-340.
- BANCROFT, A., S. WILTSHIRE, O. PARRY et A. AMOS (2003). "It's Like an Addiction First Thing afterwards it's Like a Habit" : Daily Smoking Behaviour among People Living in Areas of Deprivation, *Social Science & Medicine*, 56(6), 1261-1267.
- BERG, B. L. (1998). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (3rd ed.), Boston : Allyn and Beacon.
- BOURDIEU, P. (1979). *La distinction, critique sociale du jugement*, Paris : Les Éditions de Minuit.
- BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*, Paris : Éditions du Seuil.
- BOURDIEU, P. et L. WACQUANT (1992). *Réponses pour une anthropologie réflexive*, Paris : Éditions du Seuil.
- CNATTINGIUS, S. (2004). The Epidemiology of Smoking during Pregnancy: Smoking Prevalence, Maternal Characteristics, and Pregnancy Outcomes, *Nicotine & Tobacco Research*, 6, 125-140.
- COLIN, C., F. OUELLET, G. BOYER et C. MARTIN (1991). *Survivre et penser à sa santé en situation d'extrême pauvreté*, Montréal : DSC Maisonneuve-Rosemont/DSC Sacré-Cœur.
- DE KONINCK, M., R. PAMPALON, G. PAQUET, M. CLÉMENT, A. M. HAMELIN, M. J. DISANT, G. TRUDEL et A. LEBEL (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec : Institut national de santé publique du Québec, Université Laval et Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.
- DUPÉRÉ, S., M. DE KONINCK et M. O'NEILL (2011). Rouge, jaune, vert... noir : l'expérience de la pauvreté d'hommes du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal, *Recherches sociographiques*, Québec, Université Laval, 52 (2), 255-283.
- ELKIND, A.K. (1985). The Social Definition of Women's Smoking Behaviour, *Social Science & Medicine*, 20(12), 1269-1278.
- FREUN, K.M., R.B. D'AGOSTINA, A. J. BELANGER, W. B. KANNEL et J. STOKES, (1992). Predictors of Smoking Cessation : The Farmingham Study, *American Journal of Epidemiology*, 135(9), 957-964.
- FROHLICH, K. L., B. POLAND et M. SHARECK (2012). « Contrasting Entry Points for Intervention in Health Promotion Practice : Situating and Working with Context », Dans I. ROOTMAN, S. DUPÉRÉ, A. PEDERSON & M. O'NEILL (Eds.), *Health Promotion in Canada (3rd edition)*, Toronto : Canadian Scholar's Press, 102-117.
- FROHLICH, K. L., L. POTVIN, P. CHABOT et E. CORIN (2002). A Theoretical and Empirical Analysis of Context : Neighbourhoods, Smoking and Youth, *Social Science & Medicine*, 54, 1401-1417.
- FROHLICH, K. L., L. POTVIN, L. GAUVIN et P. CHABOT (2002). Youth Smoking Initiation : Disentangling Dcontext from Composition, *Health & Place*, 8(3), 155-166.
- GIDDENS, A. (1984). *The Constitution of Society : Outline of the Theory of Structuration*, Cambridge : Polity Press.
- GILLIES, V. (1999). « An Analysis of the Discursive Positions of Women Smokers: Implications for Practical Interventions » dans WILLIG, C. (ed.). *Applied Discourse Analysis; Social and Psychological Interventions*, Buckingham: Open University Press, 66-86.

GONEAU, M., A. GUILLEMETTE, L. LEMIRE et C. GARAND (coll.) (1996). *Et la santé dans Lanaudière, ça va ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, St-Charles Borromée : Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique.

GOUVERNEMENT DU CANADA (2013). *Le guide pratique d'une grossesse en santé*, Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, guide révisé en 2012, (Site Web : www.phac-aspc.gc.ca).

GRAHAM, H. (1993). *When Life's a Drag : Women Smoking and Disadvantage*, London : HMSO.

GRAHAM, H., B. FRANCIS, H.M. INSKIP et J. HARMAN (2006). Socioeconomic Lifecourse Influences on Women's Smoking Status in Early Adulthood, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(3), 228-233.

GREAVES, L. (1996). *Smoke Screen : Women's Smoking and Social Control*, London : Scarlet University Press.

GREAVES, L., N. JATEGAONKAR et S. SANCHEZ (Eds.) (2006). *Pour tourner la page - Les femmes, le tabac et l'avenir*, Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes de Colombie-Britannique.

GUILLEMETTE, A., J. BRASSARD, G. MARQUIS, É. CADIEUX, L. LEMIRE, M. GONEAU, B.-S. LECLERC, J. BÉLISLE et K. CHARBONNEAU. (2001) *Où en est la santé dans Lanaudière? Principaux résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998*, Saint-Charles-Borromée : Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique.

GUILLEMETTE, A., M.-E. SIMONEAU et J. PAYETTE (2010). *Localiser la défavorisation - Mieux connaître son milieu. Territoire de référence RLS de Lanaudière-Nord 2006*, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation.

GUYON, L., L. CHAYER, C. AUDET, N. APRIL et M. DE KONINCK (2007). *Prévention du tabagisme chez les femmes enceintes*, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

HOGGART, R. (1991). *La culture du pauvre*, Paris : Les Éditions de Minuit.

INFO-TABAC (2005). *Les femmes, une cible de choix pour l'industrie*, N° 56.

KIRKLAND, S. L. GREAVES et P. DEVICHAUD (2003). « Différences entre les sexes dans le tabagisme et les indicateurs auto-déclarés de la santé », dans SANTÉ CANADA. *Rapport de surveillance de la santé des femmes. Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*, Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

KIYOHARA, C. et O. YOSHIYUKI (2010). Sex Differences in Lung Cancer Susceptibility: a review, *Gender Medicine*, 7(5), 381-401.

LASNIER, B., B.-S. LECLERC et D. HAMEL (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*, Québec : Institut national de la santé publique du Québec.

LEMIRE, L., et C. GARAND. (2010). *Les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation.

LEMIRE, L., L. MARCOUX et S. MONETTE (2012). *Le tabagisme dans le nord et le sud de Lanaudière*, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation et Service promotion/prévention, Présentation faite à la Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière, 24 avril.

LEMIRE, L., G. MARQUIS et S. MONETTE (2012). *Le tabagisme dans les deux territoires de RLS de Lanaudière. Quelques résultats de l'Enquête québécoise sur la santé des populations 2008*, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation et Service de promotion/prévention.

LEMIRE, L. et J. PAYETTE (2012). Baisse du tabagisme dans Lanaudière. *On surveille pour vous*, Bulletin d'information lanaudois, N° 10, mars, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation.

LORANT V., L. HONG NGUYEN et J. PRIGNOT (2008). Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus et que faire en Communauté française de Belgique? *Éducation Santé*, 231, 8-14.

LUMLEY, J., C. CHAMBERLAIN, T. DOWSWELL, S. OLIVER, L. OAKLEY et L. WATSON (2009). Interventions for Promoting Smoking Cessation During Pregnancy, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(3).

MARQUIS, G. (2012). *Les facteurs de risque associés aux maladies chroniques - Mise à jour des données. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation.

MILES, M. B., et A. M. HUBERMAN (1994). *Qualitative Data Analysis : An Expanded Sourcebook*, Londres : Sage.

MORSE, J. M. (1991). *Qualitative Nursing Research*, Newbury Park, California : Sage.

OAKLEY, A. (1989). Smoking in Pregnancy : Smokescreen or Risk Factor? *Sociology of Health and Illness*, 11(4), 311-335.

PAMPALON, R., et G. RAYMOND (2003). Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et bien-être, *Santé, Société et Solidarité*, 1(2), 191-208.

PAQUET, G. (2005). *Partir du bas de l'échelle. Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

POISSANT, C. (2010). *L'approche intégrée, globale et concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière. Évaluation participative et formative de représentations et de pratiques en évolution*, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation.

POLAND, B. (2000). The "Considerate" Smoker in Public Space : the Micro-Politics and Political Economy of 'Doing the Right Thing', *Health & Place*, 6(1), 1-14.

POLAND, B., K. FROHLICH, R. HAINES, E. MYKHALOVSKIY, M. ROCK et R. SPARKS (2006). The Social Context of Smoking : The Next Frontier in Tobacco Control? *Tobacco Control*, 15(1), 59-63.

POLAND, B., P. LEHOUX, D. HOLMES et G. ANDREWS (2005). How Place Matters : Unpacking Technology and Power in Health and Social Care, *Health and Social Care in the Community*, 13(2), 170-180.

POLAND, B., L. STOCKTON, M. J. ASHLEY, L. PEDERSON, J. COHEN et R. FERRENCE (1999). Interactions Between Smokers and Non-Smokers in Public Places : A Qualitative Study, *Revue canadienne de santé publique*, 90(5), 330-333.

PROCHASKA, J. O., et C. C. DICLEMENTE (1983). Stages and processes of self-change of smoking : Toward an Integrative Model of Change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.

REID, J. L., D. HAMMOND, D. et P. DRIEZEN (2010). Socio-economic Status and Smoking in Canada, 1999-2006 : Has there been any Progress on Disparities in Tobacco Use? *Canadian Journal of Public Health*, 101(1), 73-78.

REID., R. D., A. PIPE, D. L. RILEY et M. SORENSEN (2009). Sex differences in Attitudes and Experiences concerning Smoking and Cessation: Results from an International Survey, *Patient Education and Counseling*, 76(1), 99-105.

RODDY, E., M. ANTONIAK, J. BRITTON, A. MOLYNEUX et S. LEWIS (2006). Barriers and Motivators to Gaining Access to Smoking Cessation Services amongst Deprived Smokers – a Qualitative Study, *BMC Health Services Research*, 6(147).

ROYER, A. (2004). *Le tabagisme au féminin : quelle histoire !*, Présentation réalisée dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP), Québec : Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, 30 novembre.

SERVICE DE SURVEILLANCE RECHERCHE ET ÉVALUATION (2011). *Une démarche participative et négociée pour l'exercice de l'évaluation. Cadre de référence à la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière*, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation.

SIMONEAU, M-E., et V. LEAUNE (2013). *Montréal sans tabac. Le point sur le tabagisme*, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique.

STANTON, D. (2003). Liberté, égalité...fumée, *La Gazette des femmes*, 21(5), 10-13.

STEAD, M., S. MACASKILL, A-M. MACKINTOSH, J. REECE et D. EADIE (2001). "It's as if You're Locked in" : Qualitative Explanations for Area Effects on Smoking in Disadvantaged Communities, *Health & Place*, 7(4), 333-343.

STEWART, M.J., A. GILLIS, G. BROSKY, G. JOHNSTON, S. KIRKLAND, G. LEIGH, V. PERSAUD, I. ROOTMAN, S. JACKSON et B. A. PAWLIW-FRY. (1996). Smoking Among Disadvantaged Women : Cause and Cessation, *Canadian Journal of Nursing Research*, 28(1), 41-60.

TRI COUNTY CESSATION CENTER (2012). *Cigarette Ingredients*. New York, Dutchess, Sullivan and Ulster Counties, (Site Web : Tricountycessation.org).

WILTSHIRE, S., A. BANCROFT, A. AMOS et O. PARRY (2001). They're doing People a Service - Qualitative Study of smoking, Smuggling, and Social Deprivation, *British Medical Journal*, 323(7306), 203-207.

WILTSHIRE, S., A. BANCROFT, A. AMOS et O. PARRY (2003). I Came back here and Started Smoking again: Perceptions and Experiences of Quitting among Disadvantaged Smokers, *Health Education Research*, 18(3), 292-303.

ANNEXES

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Annexe 1

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Participation à un groupe de discussion dans le cadre d'une étude sur la consommation de cigarette en milieu défavorisé

Objet de la rencontre

Cette rencontre est réalisée dans le cadre d'une étude portant sur les habitudes de consommation de cigarette parmi la population défavorisée du Nord de Lanaudière. Nous voulons comprendre pourquoi les femmes du Nord de Lanaudière fument substantiellement plus que celles du Sud de Lanaudière. Le but de cette de recherche est de comprendre plus précisément le rôle de la cigarette dans la vie de ces femmes afin d'améliorer les services de cessation tabagique existants.

Anonymat et confidentialité

Votre participation à cette entrevue s'effectue sur une base anonyme et confidentielle. Votre nom ne sera pas publié dans le rapport de recherche. Des extraits de conversation pourraient être utilisés dans le rapport de recherche, mais des pseudonymes seront utilisés afin de ne pas révéler votre identité.

Enregistrement du contenu des discussions

Afin de faciliter le travail d'analyse et pour ne rien perdre du contenu de la discussion, celle-ci sera enregistrée. Les enregistrements ne seront accessibles qu'aux personnes responsables de l'étude. Après l'analyse, ceux-ci seront conservés pour la durée de l'étude puis détruits par la suite, conformément aux règles éthiques et à la législation en matière de renseignements personnels.

Liberté de se retirer

Vous êtes libre de vous retirer de cette rencontre à tout moment. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions qui vous seront adressées.

Engagement et signature

Je comprends à quoi je m'engage en participant à ce groupe de discussion. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions à cet effet et on y a répondu à ma satisfaction.

Signé à _____, le ____ du mois de _____ 2013.

Signature de Sébastien C. O'Neill
Agent de planification, programmation et recherche
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Signature de la participante

La parole aux femmes

Étude exploratoire sur le tabagisme en milieu défavorisé dans le RLS de Lanaudière-Nord

Annexe 2

SCHÉMA POUR ENTREVUE AVEC LES FUMEUSES

1) Particularités du contexte social, facteurs individuels et environnementaux reliés au tabagisme

- **Les débuts** : contexte du début de la consommation, les raisons qui ont amené la consommation, raison de la poursuite de la consommation.
- **Contexte actuel de consommation** : quand ou à quels moments fument-elles? Moments où elles fument le plus et le moins. Que pense leur entourage de leur tabagisme? Tolérance à l'égard du tabac dans le milieu dans lequel elles évoluent, règles à suivre (ex : fumer ou ne pas fumer dans les maisons)? Perception du tabagisme dans les lieux qu'elles fréquentent (ex : localité, organismes, bars, restaurants, etc.).
- **Perception des non-fumeurs.**
- **Tentatives d'abandon** : ont-elles déjà essayé d'arrêter?, Pour quelles raisons? De quelle façon ont-elles arrêté? Pourquoi ça n'a pas marché? Que pensait leur entourage de leur tentative ? Qu'est-ce qui aurait pu les aider à ne pas recommencer? Qu'est-ce qui pourrait les aider à arrêter de nouveau?
- **Les services (objectif N°3 de l'étude)** : connaissaient-elles des services // campagnes pour aider à arrêter de fumer (ex : Défi J'arrête, j'y gagne, les centres d'abandon du tabagisme, les programmes de groupe dans les centres d'action bénévole)? Que pensaient-elles de ces services? Comment les améliorer? Les médecins de famille?

2) La perception du produit (croyances, connaissances)

- La marque fumée, l'esthétique des paquets, la perception ou le sentiment de sécurité ou de dangerosité du produit.
- Ce que ça contient.
- Ce que ça peut causer comme problème de santé.
- Rôle du gouvernement : les aspects légaux, la contrebande // la capacité de l'industrie de contester les lois/jugements et d'utiliser à leur avantage les lois actuelles devenues obsolètes // la mise en situation par rapport au produit en tant que tel et la sensibilisation au fait que, s'il était proposé aujourd'hui, jamais il ne serait mis en vente.

3) Pourquoi les femmes en milieu défavorisé fument-elles plus que dans les autres milieux?

- Quels sont les principaux facteurs qui, selon elles, pourraient jouer un rôle ?

4) Est-ce que la cigarette est un problème important pour elles à régler? (peut être abordé plus tôt, par exemple dans le contexte actuel de consommation)

Annexe 3

SCHÉMA POUR ENTREVUE AVEC LES EX-FUMEUSES

1) Particularités du contexte social, facteurs individuels et environnementaux reliés au tabagisme

- Les débuts : contexte du début de la consommation, les raisons qui ont amené la consommation, raison de la poursuite de la consommation.
- Contexte de consommation : quand ou à quels moments fumaient-elles? Que font-elles maintenant dans ces situations, puisqu'elles ne fument plus? Que pensait leur entourage? Perception du tabagisme dans les lieux qu'elles fréquentent (ex : localité, organismes, bars, restaurants, etc.).
- Perception des non-fumeurs avant et maintenant.
- Contexte de la cessation : les raisons, la préparation, ce qui les a aidées à arrêter, le soutien de leur entourage, pourquoi ça fonctionne ou non selon elles?
- Les services (objectif #3 de l'étude) : connaissaient-elles des services ou des campagnes pour aider à arrêter de fumer (ex : Défi J'arrête, j'y gagne, les centres d'abandon du tabagisme, les programmes de groupe dans les centres d'action bénévole)? Que pensaient-elles de ces services? Comment les améliorer?

2) La perception du produit (croyances, connaissances)

- La marque fumée, l'esthétique des paquets, la perception ou le sentiment de sécurité ou de dangerosité du produit
- Ce que ça contient.
- Ce que ça peut causer comme problème de santé.
- Rôle du gouvernement : les aspects légaux, la contrebande // la capacité de l'industrie de contester les lois/jugements et d'utiliser à leur avantage les lois actuelles devenues obsolètes // la mise en situation par rapport au produit en tant que tel et la sensibilisation au fait que, s'il était proposé aujourd'hui, jamais il ne serait mis en vente.

3) Pourquoi les femmes en milieu défavorisé fument-elles plus que dans les autres milieux?

- Quels sont les principaux facteurs qui, selon elles, pourraient jouer un rôle ?

4) Est-ce que la cigarette était un problème important pour elles à régler? Est-ce toujours le cas? (peut être abordé plus tôt, dans le contexte actuel de consommation)

