



**ENQUÊTE RÉGIONALE
SUR LA SANTÉ**
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC



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

TABAGISME

Faits saillants

- Dans les communautés des Premières Nations, on compte plus d'un tiers de fumeurs parmi les personnes de 12 ans et plus.
- La proportion de fumeurs a diminué du tiers entre 2008 et 2015.
- Les proportions de fumeurs sont plus élevées dans les communautés situées en zones 2, 3 et 4 que dans les communautés situées en zone 1.
- Près du tiers de la population dit être exposée à de la fumée secondaire chaque jour ou presque.
- Les fumeurs souffrent davantage de divers problèmes de santé que les non-fumeurs.



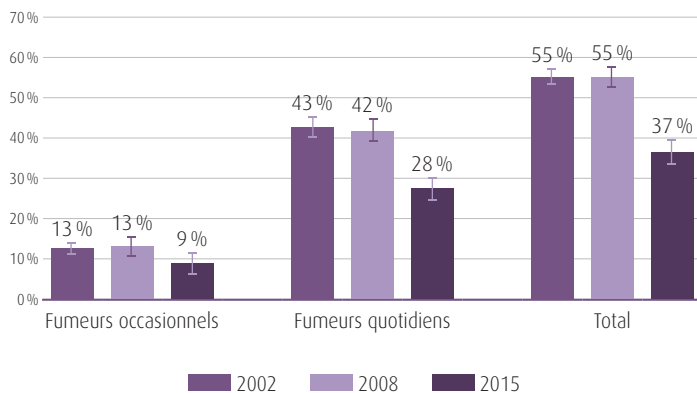
MISE EN CONTEXTE

Le présent feuillet porte sur l'usage non traditionnel du tabac dans les communautés des Premières Nations au Québec, plus précisément sur l'usage de la cigarette. Les effets néfastes du tabagisme sont bien connus et nombreux. Selon le Conseil québécois sur le tabac et la santé (2017), « la consommation de tabac est la principale cause de maladies et de décès évitables dans le monde ». L'organisme rappelle que le tabagisme augmente notamment le risque de cancer (en particulier le cancer du poumon) et de problèmes respiratoires et cardiovasculaires. Les fumeurs sont également plus à risque de souffrir du diabète de type 2. Pendant la grossesse, le tabagisme expose les mères et leurs enfants à des risques accrus de complications (y compris les fausses couches, la prématurité et le faible poids à la naissance). La fumée secondaire est également nocive, particulièrement pour les enfants. Selon Treyster et Gitterman (2011), il y a notamment un lien entre l'exposition à la fumée secondaire et le syndrome de mort subite du nourrisson, les problèmes respiratoires tels que l'asthme et les infections telles que l'otite moyenne.

UNE AMÉLIORATION DEPUIS 2008

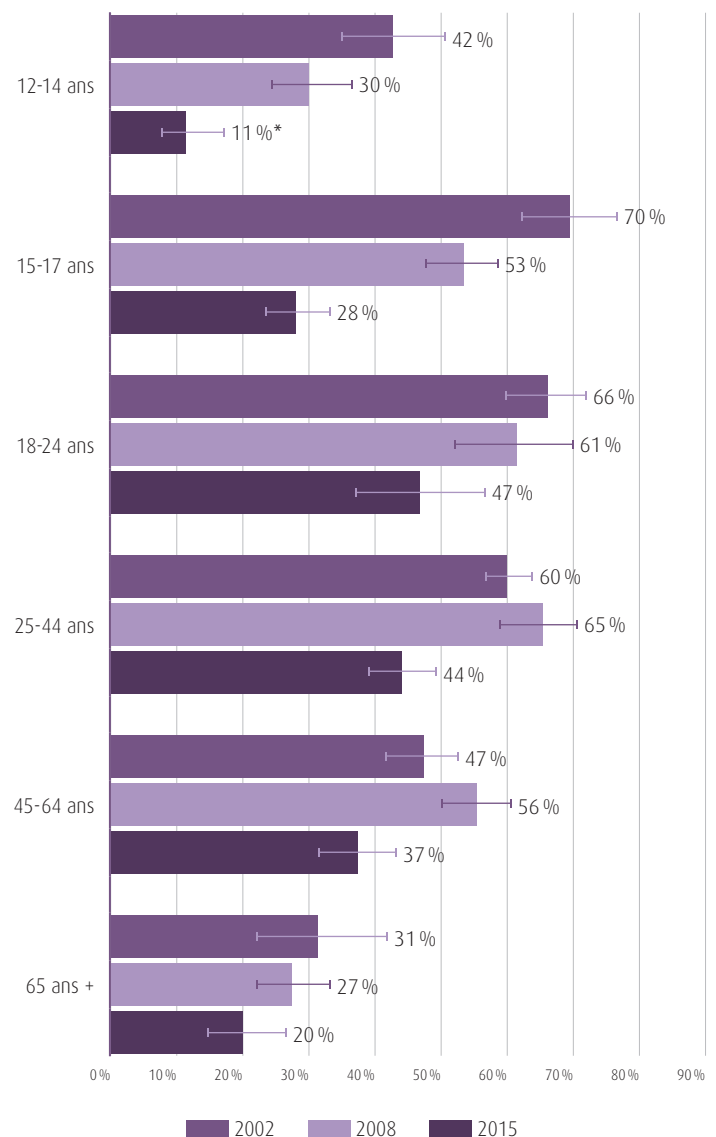
Dans les communautés des Premières Nations, la proportion de fumeurs de 12 ans et plus a diminué entre 2008 et 2015, passant de plus de la moitié de la population à plus du tiers. Environ les trois quarts des fumeurs sont des fumeurs quotidiens (FIGURE 1). Il ne semble pas y avoir de différence entre les hommes et les femmes. Malgré cette amélioration, un écart important persiste avec la population québécoise, qui comptait 20 % de fumeurs chez les 12 ans et plus en 2014 (Statistique Canada, 2016).

FIGURE 1
Proportion de fumeurs de 12 ans et plus selon l'année



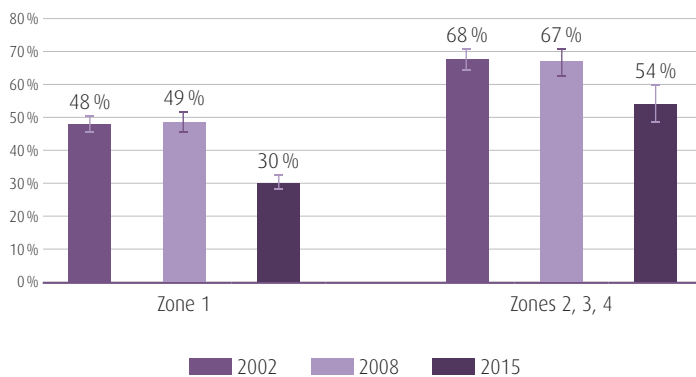
En 2015, les adultes de 18 à 24 ans et de 25 à 44 ans semblent former les groupes d'âge qui comptent les proportions de fumeurs les plus élevées. Depuis 2002, la proportion de fumeurs semble avoir diminué dans tous les groupes d'âge, mais de manière plus prononcée chez les adolescents (FIGURE 2). Chez ces derniers, en réunissant les 12 à 14 ans et les 15 à 17 ans, on constate une proportion de 21 % de fumeurs.

FIGURE 2
Proportion de fumeurs selon l'âge et l'année



En analysant les résultats en fonction des zones géographiques, on remarque que la proportion de fumeurs augmente avec l'éloignement. Ainsi, alors que moins du tiers des personnes de 12 ans et plus sont des fumeurs en zone 1, la proportion est de plus de la moitié en zones 2, 3 et 4.

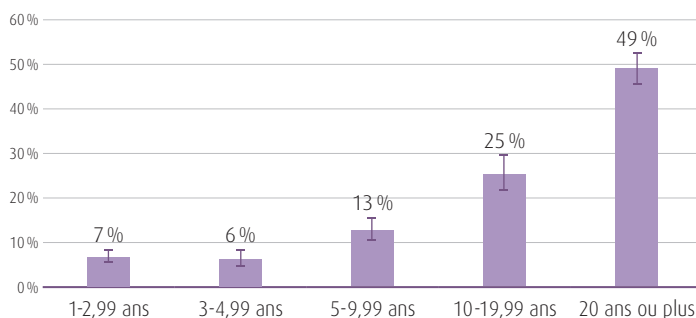
FIGURE 3
Proportion de fumeurs de 12 ans et plus selon l'année et l'éloignement géographique



DURÉE DU TABAGISME ET NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR

La FIGURE 4 illustre que le quart des fumeurs et des ex-fumeurs ont fumé pendant dix à vingt ans, et la moitié pendant vingt ans ou plus. Chez les fumeurs quotidiens, près de la moitié (47%) consomment au moins onze cigarettes par jour.

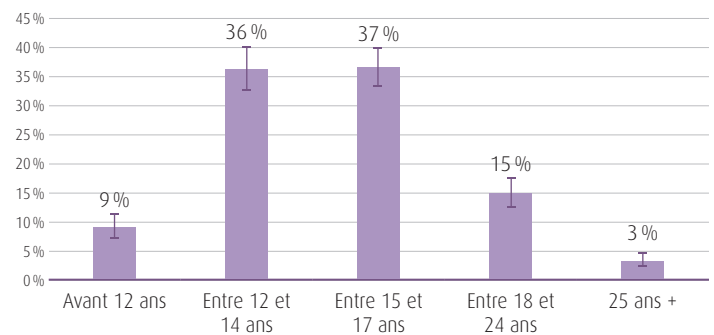
FIGURE 4
Répartition des fumeurs et des ex-fumeurs de 12 ans et plus selon la durée du tabagisme



INITIATION À LA CIGARETTE

Près des trois quarts des fumeurs et des ex-fumeurs disent avoir commencé à fumer pendant l'adolescence. Parmi ceux-ci, la moitié ont commencé entre 12 et 14 ans et l'autre moitié entre 15 et 17 ans (FIGURE 5).

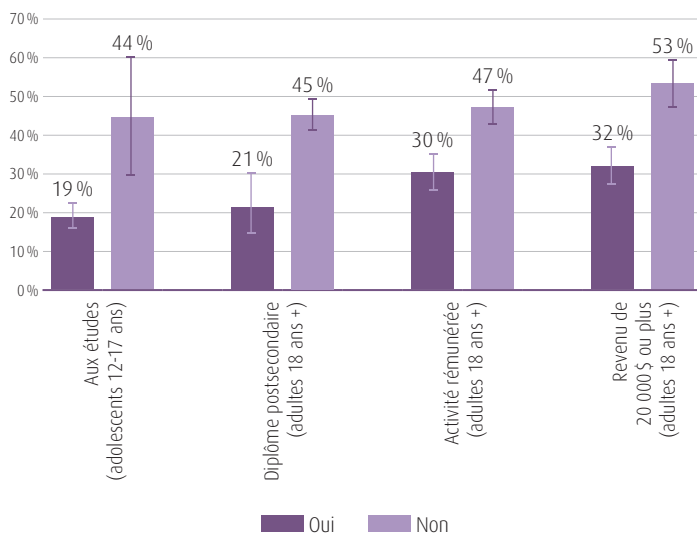
FIGURE 5
Répartition des fumeurs et des ex-fumeurs selon l'âge au début du tabagisme



SCOLARITÉ, EMPLOI ET REVENU

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (2012), le niveau de scolarité et le revenu du ménage font partie des facteurs exerçant une influence sur le tabagisme. Comme l'indique la FIGURE 6, les adultes ayant un diplôme d'études postsecondaires sont proportionnellement moins nombreux à fumer que ceux qui n'en ont pas, de même que les adolescents sont moins susceptibles de fumer s'ils vont à l'école que s'ils n'y vont pas. Parmi les adultes, la proportion de fumeurs est moins élevée chez ceux qui exercent une activité rémunérée ainsi que chez ceux vivant dans un ménage dont le revenu annuel est de 20 000 \$ ou plus.

FIGURE 6
Proportion de fumeurs selon la scolarité, le travail et le revenu



L'impact du lieu de résidence

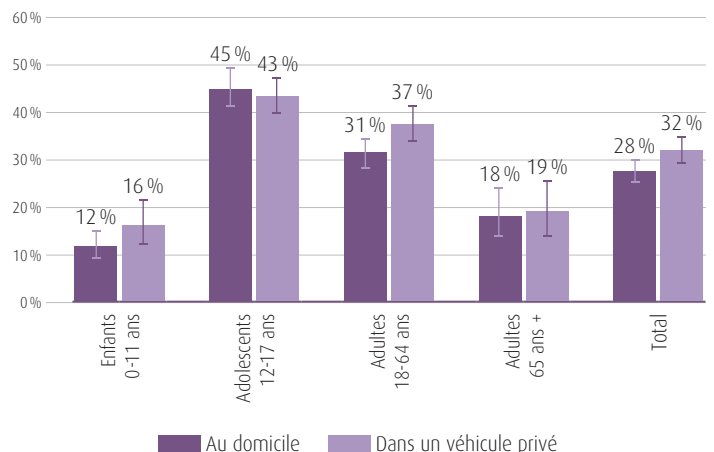
Comme on l'a vu, le tabagisme est moins fréquent dans les communautés situées en zone 1 que dans les communautés situées en zones 2, 3 et 4 (FIGURE 3). De plus, le niveau de scolarité et le revenu du ménage sont liés aux habitudes tabagiques (FIGURE 6). Or, les données révèlent une proportion plus élevée (28 %) d'adultes diplômés du postsecondaire en zone 1 qu'en zones 2, 3 et 4 (11 %*). On y trouve aussi une proportion plus grande d'adultes vivant dans un ménage dont le revenu annuel est de 20 000 \$ ou plus (72 %) qu'en zones 2, 3 et 4 (56 %). De plus, la proximité géographique des centres urbains, où il y a davantage de services et un meilleur accès aux campagnes de lutte contre le tabagisme, permet d'envisager que les personnes résidant en zone 1 sont plus sensibles à l'importance de ne pas fumer. Les communautés situées en zone 1 réunissent donc divers facteurs susceptibles de faire diminuer la proportion de fumeurs.

EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE

Au cours du mois précédant l'enquête, plus du quart des personnes ont été exposées à de la fumée secondaire à leur domicile chaque jour ou presque, et près du tiers d'entre elles ont été exposées à de la fumée secondaire dans une voiture. Les proportions les plus élevées s'observent chez les adolescents, alors que les enfants révèlent la proportion la plus faible (FIGURE 7).

Un peu plus de la moitié (54 %) des personnes de 12 ans et plus déclarant être exposées à de la fumée secondaire quotidiennement disent être des fumeurs. Chez les personnes qui ne sont pas exposées à de la fumée secondaire chaque jour, la proportion de fumeurs est plus faible (22 %).

FIGURE 7
Exposition à de la fumée secondaire chaque jour ou presque dans le mois précédant l'enquête, selon l'âge



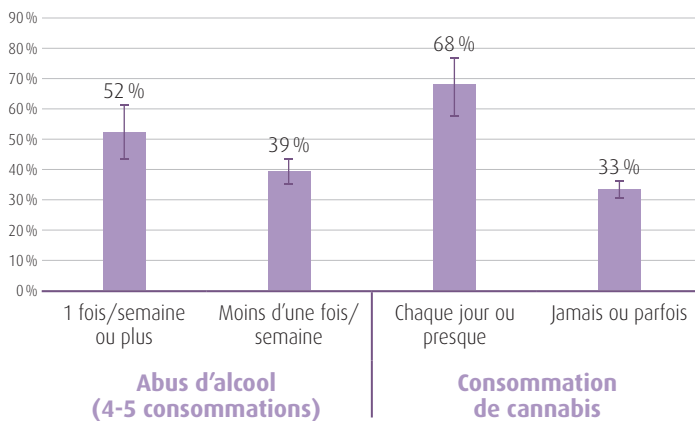
La fumée tertiaire, un problème méconnu

Selon l'organisme Québec sans tabac (2017), les enfants qui sont exposés aux effets de la fumée secondaire sont aussi plus vulnérables à la fumée tertiaire, c'est-à-dire la fumée qui reste piégée dans les tapis et la poussière, par exemple. Les plus jeunes, qui se déplacent près du sol, absorbent 20 fois plus de fumée tertiaire que les adultes. Comme la fumée primaire et secondaire, la fumée tertiaire présente des risques pour la santé.

CANNABIS, ALCOOL ET TABAGISME

Le tabagisme semble souvent associé à d'autres comportements néfastes pour la santé. En effet, les données de l'enquête démontrent bien qu'il existe une association entre la consommation de cannabis et le tabagisme. Les deux tiers des personnes disant consommer du cannabis chaque jour ou presque fument également la cigarette, alors que, chez les personnes ne consommant jamais de cannabis, ou seulement à l'occasion, on compte un tiers de fumeurs de cigarettes. La proportion de fumeurs semble également plus élevée chez les personnes consommant de l'alcool de façon excessive au moins une fois par semaine, comparativement aux personnes qui abusent de l'alcool moins d'une fois par semaine (FIGURE 8).

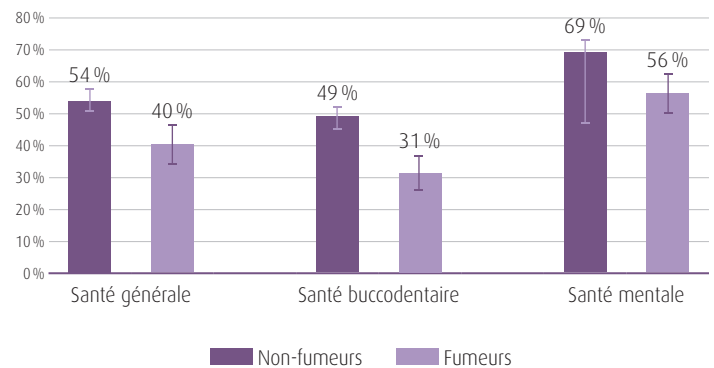
FIGURE 8
Proportion de fumeurs selon la fréquence de consommation abusive d'alcool et la consommation de cannabis



TABAGISME ET PROBLÈMES DE SANTÉ

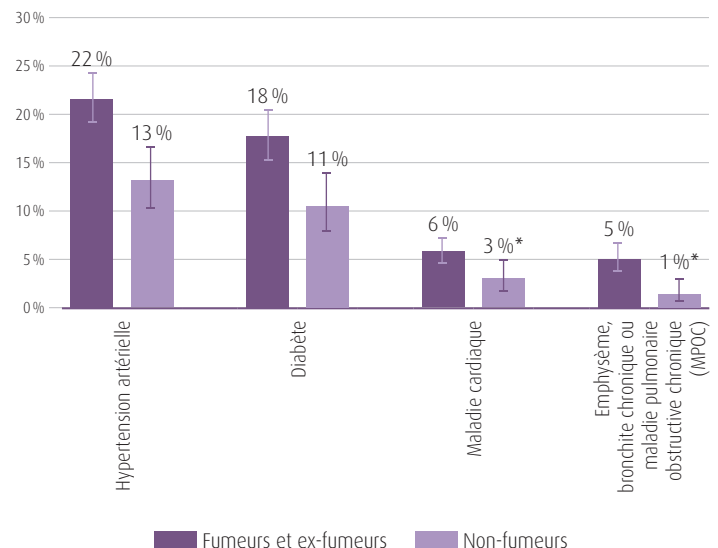
Les effets néfastes du tabagisme sur la santé étant bien connus, il n'est pas surprenant de constater que les non-fumeurs estiment davantage avoir une très bonne ou une excellente santé générale et buccodentaire que les fumeurs. Il semble que ce soit aussi le cas pour la santé mentale (FIGURE 9).

FIGURE 9
Personnes de 12 ans et plus estimant avoir une très bonne ou une excellente santé générale, buccodentaire et mentale selon le fait d'être fumeur ou non



En comparant les résultats pour plusieurs problèmes de santé, on constate que les personnes n'ayant jamais fumé ont moins reçu de diagnostics de maladies chroniques que les fumeurs et les ex-fumeurs (FIGURE 10).

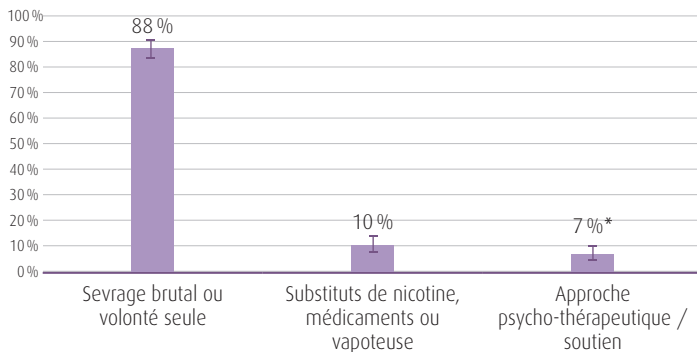
FIGURE 10
Problèmes de santé diagnostiqués selon les habitudes tabagiques (personnes de 12 ans et plus)



ABANDON DU TABAGISME

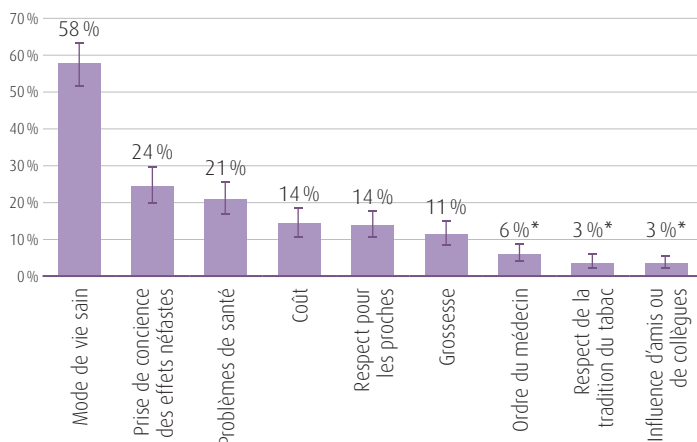
Près de la moitié (49 %) des fumeurs ont tenté d'arrêter de fumer dans l'année précédant l'enquête. La grande majorité des ex-fumeurs disent avoir cessé de fumer sans aide pharmacologique (sevrage brutal ou volonté seule) (FIGURE 11).

FIGURE 11
Méthodes employées par les personnes de 12 ans et plus ayant cessé de fumer



Les principales raisons invoquées par les ex-fumeurs d'avoir cessé le tabagisme sont liées à la santé, dans une perspective globale ou à cause de problèmes de santé (FIGURE 12).

FIGURE 12
Raisons de l'arrêt du tabagisme invoquées par les ex-fumeurs de 12 ans et plus



Les données indiquent que le souci d'un mode de vie sain est particulièrement présent dans l'ensemble de la population d'ex-fumeurs. La prise de conscience des effets néfastes du tabagisme s'opère davantage chez les adolescents (36 %), dont le quart (25 %) disent également qu'ils ont arrêté par respect pour les proches. La cessation en raison de problèmes de santé est plus présente chez les personnes de 65 ans et plus (32 %).

CONCLUSION

Selon les résultats d'enquête présentés ici, des progrès importants ont été accomplis depuis 2008 en matière d'abandon du tabagisme dans les communautés des Premières Nations. Par contre, un écart persiste entre ces dernières et la population québécoise. Diminuer le tabagisme a des effets positifs sur la santé des individus, des familles et des communautés. Pour que la situation continue à s'améliorer, il importe de poursuivre les efforts de sensibilisation et de prévention en matière de tabagisme ainsi que de consommation abusive d'alcool et de cannabis. Les données semblent également indiquer que la hausse des niveaux de scolarité et la réduction de la pauvreté dans les communautés pourraient constituer des facteurs de protection importants pour la réduction du tabagisme.

BIBLIOGRAPHIE

Conseil québécois sur le tabac et la santé (Québec sans tabac), site Web consulté le 20 novembre 2017, au <https://quebecsanstabac.ca/je-minforme/>.

Institut national de santé publique du Québec. (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Institut national de santé publique, 69 p. [En ligne] https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1487_ISSTabagExpoFumeeTabacEnviroQc.pdf.

Statistique Canada, site Web consulté le 20 novembre 2017, au <https://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health74b-fra.htm>.

Treyster Z, Gitterman B. *Second hand smoke exposure in children: environmental factors, physiological effects, and interventions within pediatrics*. Reviews on environmental health. 2011.



MÉTHODOLOGIE EN BREF

La troisième vague de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) chez les Premières Nations vise à décrire l'état de santé de la population au sein des communautés des Premières Nations au Québec. Elle a été réalisée de février 2015 à mai 2016 dans 21 communautés issues de huit nations et a permis de joindre 3 261 personnes (825 enfants de 0 à 11 ans, 769 adolescents de 12 à 17 ans et 1 667 adultes de 18 ans et plus) qui ont répondu à un questionnaire électronique soumis par des agents de terrain.

Les données suivies du signe «*» ont un coefficient de variation de 16,6% à 33,3% et doivent être interprétées avec prudence. Le signe «**» indique un coefficient de variation supérieur à 33,3%. Ces données ne sont pas publiées, à l'exception des estimations inférieures à 5%. Ces dernières doivent être interprétées avec prudence. Les traits présentés dans les diagrammes à bâtons ou à barres correspondent aux intervalles de confiance calculés selon un niveau de confiance de 95%.

Dans certains cas, les données sont présentées selon la zone géographique de la communauté des répondants. Ces zones se définissent comme suit¹ :

- Zone 1 (urbaine) : moins de 50 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 2 (rurale) : entre 50 et 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 3 (isolée) : plus de 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 4 (difficile d'accès) : pas de route.

Centre de services : la localité la plus proche pour accéder aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

Dans le cadre de l'ERS, le terme « communauté » est utilisé pour représenter les « réserves indiennes ».

Pour plus de détails, veuillez consulter le feuillet *Méthodologie* de l'ERS.

Le rapport de l'ERS est constitué de 20 feuillets thématiques. L'ensemble des feuillets peut être consulté au centre de documentation de la CSSSPNQL : <https://centredoc.cssspnql.com>.

¹ AANC <http://fnp-ppn.aandc-aadnc.gc.ca/fnp/main/Definitions.aspx?lang=fra#Geography> [consulté le 2018-01-03].

Rédaction

Matthieu Gill-Bougie, assistant technique de recherche,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Comité consultatif régional

André Simpson, épidémiologiste, Institut national de santé
publique du Québec

Françoise Gédéon, coordonnatrice des services sociaux,
familles d'accueil, Gesgapegiag

Marie-Noëlle Caron, conseillère en santé publique,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Martine Awashish, coordonnatrice – programme de prévention
du suicide, Services de santé d'Opitciwan

Oumar Ba, gestionnaire régional, Direction générale de la santé
des Premières nations et des Inuits

Serge Rock, Danny Robertson, coordonnateur régional jeunesse,
Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador

Sony Diabo, aîné de Kahnawake

Révision du contenu

Geneviève Voyer, Agente de développement- projets en santé,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Relecteurs

Faisca Richer, Secteur Santé des Autochtones,
Institut national de santé publique du Québec

Mathieu-Olivier Côté, analyste principal de données,
Commission de la santé et des services sociaux des
Premières Nations du Québec et du Labrador

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire du secteur de la
recherche, Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Révision linguistique

Chantale Picard, coordonnatrice des services linguistiques,
CSSSPNQL

Vicky Viens

Graphisme et mise en page

Patricia Carignan, designer graphique

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

Ce document est aussi disponible en anglais et peut être
téléchargé à partir du site Web de la CSSSPNQL :
<https://centredoc.cssspnql.com>.

Crédits photos : Freepik et Thinkstock.

Citation suggérée :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières
Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Enquête régionale
sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 :
Tabagisme*. Wendake : CSSSPNQL.

ISBN : 978-1-77315-153-3

Dépôt légal – 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec /
Bibliothèque et Archives Canada

© Propriété intellectuelle revenant à la CSSSPNQL

© CSSSPNQL – 2018