

Enquête régionale longitudinale
sur la santé des Premières Nations
de la région du Québec
2002



Rapport sur le tabagisme





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

**FIRST NATION OF QUEBEC AND LABRADOR
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMISSION**

CSSSPNQL/FNQLHSSC 250, Place Chef Michel-Laveau, Wendake (Québec) G0A 4V0
Téléphone/Telephone: (418) 842-1540 Télécopieur/Fax: (418) 842-7045
www.cssspnql.com

© 2006

Tous droits réservés. Aucune reproduction, intégrale ou partielle, du présent document ne peut être effectuée sans l'accord préalable et écrit de la CSSSPNQL.

Illustrateur : Martin Aubry

Impression : Les Copies de la Capitale inc.

Le présent document a été imprimé sur du papier 100% recyclé. Il est aussi disponible en anglais sur le site web de la CSSSPNQL (www.cssspnql.com).

ISBN : 0-9781634-0-0

Préface

L'équipe de recherche de la CSSSPNQL est très heureuse de vous présenter le rapport sur le tabagisme de *l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002*.

La planification de la deuxième vague de cette enquête a pris son envol en 2000 dans l'ensemble des 10 provinces du Canada. C'est finalement en 2002, après plusieurs années de planification et de négociation sur la question du financement que la deuxième collecte d'information s'est concrétisée. Dans la région du Québec, vingt-trois (23) communautés ont pris part à cette enquête en plus de trois régions urbaines (Montréal, Québec et Val-d'Or). Au total, plus de 4 000 entrevues ont été réalisées. Cette enquête visait les enfants, les adolescents et les adultes.

Depuis la conclusion de la collecte d'information en 2003, l'équipe de recherche au sein de la CSSSPNQL travaille à la réalisation du rapport régional. Trois années pleines de défis et d'expériences enrichissantes se sont écoulées entre la fin de la cueillette d'information dans les communautés de la région du Québec et la publication de ce rapport régional.

Trois rapports résultent de ce projet de recherche. Le premier rapport se concentre sur la santé et le mieux-être des membres des Premières Nations qui habitent sur communauté. Le deuxième se concentre sur la santé et le mieux-être des individus des Premières Nations qui vivent hors communauté en milieu urbain et, finalement, le troisième fait état de la situation du tabagisme chez les Premières Nations.

La CSSSPNQL se réjouit de l'intérêt et de l'enthousiasme manifestés par les membres des communautés. En effet, la CSSSPNQL a obtenu un taux de participation de 85,5% de la population visée, ce qui est excellent ! Ce succès s'explique en partie par le fait que cette enquête est unique en son genre puisqu'elle est réalisée entièrement par les Premières Nations et qu'elle adopte une approche holistique qui tient compte de plusieurs déterminants de la santé.

Cette enquête est aussi longitudinale, c'est-à-dire qu'elle sera menée périodiquement à quelques années d'intervalles en vue de relever les changements qui touchent la santé et le mieux-être des membres des Premières Nations participants, et ce, sur une période déterminée.

Suite à cette expérience, la CSSSPNQL souhaite fortement que la deuxième vague de cette enquête unique amorçe une nouvelle ère sur le plan de la recherche communautaire chez les Premières Nations. Elle constitue un modèle de prise en charge de la recherche par les Premières Nations. Les rapports qui en découlent témoignent aussi de données validées scientifiquement et culturellement.

En outre, ce rapport régional est une source d'information précieuse qui servira à mieux comprendre l'état de santé global des membres des Premières Nations de la région du Québec, ainsi qu'à identifier les priorités sur lesquelles tabler dans les mois et les années à venir pour améliorer la santé et le mieux-être des individus, des familles, des communautés et des Nations.

Ce rapport brosse le portrait de santé de 2002 des membres des Premières Nations. La CSSSPNQL estime qu'une réflexion plus approfondie intégrant une approche culturelle sur l'ensemble des résultats présentés dans ce rapport est nécessaire pour bien cerner et orienter les actions à prendre dans le futur. La CSSSPNQL suggère ainsi aux responsables et aux décideurs des ordres régional et communautaire d'effectuer cet exercice et d'approfondir l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport. Ce rapport n'est pas une fin en soi, mais plutôt un outil reflétant la situation en ce qui concerne la santé et le mieux-être de nos frères et sœurs des Premières Nations de la région du Québec (excluant les Cris et les Inuit).

Bonne lecture.

Remerciements

La CSSSPNQL aimerait remercier tous les Chefs, au nom de leur communauté, qui ont accepté l'invitation de participer à cette enquête. Nous aimerions aussi remercier spécialement les Directeurs à la santé de ces communautés qui ont relevé le défi, qui nous ont fait confiance et, finalement, qui ont collaboré avec nous tout au long de ce processus. Un remerciement également aux responsables des établissements de santé qui ont ouvert leurs portes pour nous accueillir pendant la collecte d'information.

Nous remercions également tous les intervieweurs de l'enquête, nos ambassadeurs, qui ont joué un rôle de premier plan dans cette étude tout comme les membres des communautés qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à l'enquête.

Un merci tout spécial aux membres du Comité de recherche régional des Premières Nations du Québec qui ont prodigué conseils et orientations tout au long de l'évolution du projet.

Merci aux organismes des Premières Nations et au Centre d'amitié autochtone de la région du Québec qui ont collaboré à la démarche et à la réalisation de cette enquête.

Nous désirons également remercier les membres de l'équipe de recherche du Centre des Premières Nations rattaché à l'Organisation Nationale de la Santé des Autochtones (ONSA) au plan national qui nous ont accompagné dans nos démarches régionales et qui ont accepté de partager leurs connaissances avec l'équipe de recherche de la CSSSPNQL.

Merci aux employés et à l'équipe de recherche de la CSSSPNQL pour leur soutien et le partage de leurs connaissances qui ont mené à la réalisation de ce projet d'envergure.

Enfin, megwetch, pour le soutien, la confiance et la compréhension manifestés tout au long de ce projet.

Nancy Gros-Louis McHugh
Coordonnatrice technique à la recherche



Table des matières

Section 1: Introduction	1
1.1 Objectifs de l'enquête	3
1.2 Principes de Propriété, Contrôle, Accès et Possession (PCAP)	4
1.3 Méthodologie	5
1.3.1 Population totale	5
1.3.2 Population désignée	5
1.3.3 Échantillon désigné	6
1.3.4 Échantillon par grappes	6
1.3.5 Échantillon stratifié	8
1.3.6 Échantillon final	9
1.4 Cueillette des données	9
1.4.1 Sélection et formation des intervieweurs	9
1.4.2 Outils de saisie, de traitement et d'analyse de l'information	10
1.4.3 Session d'interprétation par des tiers	10
1.4.4 Questionnaires	11
1.5 Limites de la recherche	13
1.5.1 Méthode d'échantillonnage du volet « membres des Premières Nations vivant dans les communautés »	13
1.5.2 Collecte de données	14
1.5.2.1 Langue et traduction	14
1.5.2.2 Roulement des intervieweurs	14
1.5.2.3 Erreurs dues au répondant	15
1.5.2.4 Erreurs dues au questionnaire	15
1.5.3 Analyse des données et rédaction des rapports	15
1.5.3.1 Formation des employés	15
1.5.3.2 Roulement des employés	15
1.6 Notes importantes à l'intention du lecteur	16
Section 2: Tabagisme chez les adultes des Premières Nations	17
2.1 Tendances générales et prévalence	19
2.1.1 Répartition des fumeurs adultes en fonction de l'âge	19
2.1.2 Prévalence du tabagisme par groupe d'âge	20
2.2 Habitudes de consommation	22
2.2.1 Habitudes de consommation selon l'âge	22
2.2.2 Habitudes de consommation des fumeurs selon le genre	23
2.2.3 Habitudes de consommation des fumeurs selon le genre et l'âge	23
2.3 Les non-fumeurs et les ex-fumeurs adultes	23
2.3.1 Âge des ex-fumeurs adultes	24
2.4 Âge du début de la consommation de tabac	26
2.4.1 Âge du début de la consommation en fonction du genre	26
2.5 Cesser de fumer	26
2.5.1 Nombre de tentatives pour cesser de fumer	26
2.5.2 Raisons invoquées pour cesser de fumer	27
2.5.3 Moyens employés pour cesser de fumer	27
2.6 Exposition à la fumée de cigarette	28
2.6.1 Environnement et fumée secondaire	28
2.6.2 Exposition globale à la fumée de cigarette	28
2.6.3 Niveau de consommation de tabac et type d'environnement	28

2.7	État de santé et tabagisme	29
2.7.1	Perception de l'état de santé et prévalence du tabagisme.....	29
2.7.2	État de santé et habitudes de consommation	29
2.7.3	Problèmes de santé et tabagisme	30
2.7.4	Problèmes de santé, tabagisme en fonction de l'âge.....	30
2.8	Tabagisme et style de vie	31
2.8.1	Régime alimentaire	31
2.8.2	Consommation d'alcool	32
2.8.3	Traitement pour abus d'alcool.....	33
2.8.4	Consommation de drogue	33
2.8.5	Traitement pour abus de drogues	33
2.8.6	Tabagisme et activités physiques	34
2.8.7	Tabagisme et activités traditionnelles.....	34
2.9	Éducation et tabagisme	34
2.9.1	Diplôme secondaire et tabagisme.....	34
2.10	Tabagisme et isolement géographique des communautés	35
2.11	Taille de la communauté et tabagisme	36
2.12	Nations et tabagisme	36
2.13	Tabagisme et revenus	37
2.14	Bien-être et tabagisme.....	37
2.14.1	Tabagisme et suicide	38

Section 3: Tabagisme chez les adolescents des Premières Nations.....39

3.1	Prévalence du tabagisme	41
3.1.1	Âge des fumeurs adolescents	41
3.1.2	Sexe des fumeurs adolescents	42
3.2	Habitudes de consommation des adolescents	42
3.2.1	Habitudes de consommation.....	42
3.2.2	Nombre de cigarettes fumées par jour	42
3.2.3	Habitudes de consommation selon le sexe	42
3.2.4	Habitudes de consommation selon l'âge.....	43
3.3	Âge du début de la consommation de tabac.....	43
3.3.1	Début de la consommation.....	43
3.4	Cesser de fumer.....	44
3.5	Exposition à la fumée de cigarette	44
3.5.1	Prévalence du tabagisme et exposition à la fumée secondaire	44
3.5.2	Nombre de cigarettes fumées quotidiennement et exposition à la fumée secondaire	44
3.6	État de santé et tabagisme	45
3.6.1	Perception de l'état de santé et tabagisme.....	45
3.6.2	Problèmes de santé et tabagisme	45
3.7	Tabagisme et style de vie	45
3.7.1	Régime alimentaire et tabagisme	45
3.7.2	Consommation d'alcool et tabagisme	46
3.7.3	Consommation de drogue et tabagisme.....	47
3.7.4	Tabagisme et activité physique	47
3.7.5	Tabagisme et activités traditionnelles.....	48
3.8	Éducation et tabagisme	48
3.9	Tabagisme et isolement géographique des communautés	49
3.10	Taille de la communauté et tabagisme	50
3.11	Nations et tabagisme	50
3.12	Bien-être et tabagisme.....	51
3.12.1	Équilibre émotionnel, mental physique et spirituel.....	51



3.12.2	Estime de soi.....	51
3.12.3	Suicide, déprime et tabagisme.....	51
Section 4: Exposition des enfants à la fumée du tabac		53
4.1	Situation générale.....	55
4.2	Isolement géographique de la communauté et exposition des enfants à la fumée du tabac	55
4.3	Taille des communautés et exposition des enfants à la fumée du tabac	56
4.4	Nations et exposition des enfants à la fumée du tabac	56
4.5	Habitudes de consommation des mères et santé de l'enfant	57
4.5.1	Problèmes médicaux des enfants et tabagisme des parents ou tuteurs.....	57
4.5.2	Tabagisme et allaitement.....	58
4.6	Revenu, situation sociale et tabagisme des parents ou tuteurs.....	58
Section 5: Résumé et conclusion		61
Section 6: Recommandations.....		65
Bibliographie		70
Personnel impliqué dans l'ERLSPN de la région du Québec.....		72

Liste des graphiques, tableau et carte

Introduction	3
Graphique 1. Évolution longitudinale de l'ERLSPN	3
Tableau 1: Sélection des communautés participantes.....	7
Carte 1: Nations participantes à la vague 2002 de l'ERLSPN de la région du Québec	8
Tabagisme chez les adultes des Premières Nations.....	19
Graphique 2. Évolution de la prévalence du tabagisme chez les adultes des Premières Nations du Canada (PN Canada) et de la région du Québec (PNQL).....	19
Graphique 3. Fumeurs adultes selon l'âge (1)	19
Graphique 4. Fumeurs adultes selon l'âge (2)	20
Graphique 5. Prévalence du tabagisme par groupe d'âge (1)	20
Graphique 6. Prévalence du tabagisme par groupe d'âge (2)	21
Graphique 7. Âge des fumeurs selon le sexe (1)	21
Graphique 8. Âge des fumeurs selon le sexe (2)	21
Graphique 9. Habitudes de consommation des fumeurs adultes, présentées par groupe d'âge	22
Graphique 10. Nombre de cigarettes fumées chez les fumeurs quotidiens selon le groupe d'âge	22
Graphique 11. Nombre de cigarettes fumées chez les fumeurs quotidiens, par sexe	23
Graphique 12. Habitudes liées au tabac chez les adultes.....	24
Graphique 13. Répartition des ex-fumeurs adultes selon le groupe d'âge	24
Graphique 14. Répartition des ex-fumeurs adultes selon le groupe d'âge (2)	25
Graphique 15. Proportions d'ex-fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé chez les non-fumeurs, par groupe d'âge (1).....	25
Graphique 16. Proportions d'ex-fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé chez les non-fumeurs, par groupe d'âge (2).....	25
Graphique 17. Âge du début de la consommation chez les fumeurs adultes.....	26
Graphique 18. Tentatives pour cesser de fumer parmi les fumeurs adultes au cours des 12 mois précédant l'enquête	27
Graphique 19. Raisons invoquées pour cesser de fumer selon le groupe d'âge.....	27
Graphique 20. Statut de fumeur selon l'environnement (fumeur ou non-fumeur) du domicile	28
Graphique 21. Nombre de cigarettes fumées, selon l'environnement (fumeur ou non-fumeur) du domicile	29
Graphique 22. Perception de l'état de santé selon le statut de fumeur des personnes présentant des problèmes médicaux	30
Graphique 23. Statut de fumeur des personnes présentant des problèmes médicaux, par groupe d'âge.....	30
Graphique 24. Statut de fumeur des personnes présentant des problèmes respiratoires ou cardiovasculaires	31
Graphique 25. Statut de fumeur selon la qualité perçue du régime alimentaire.....	32
Graphique 26. Fréquence de consommation de 5 verres ou plus d'alcool en une seule occasion en fonction du statut de fumeur.....	32
Graphique 27. Statut de fumeur des personnes ayant déclaré avoir consommé de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête.....	33
Graphique 28. Statut de fumeur des personnes ayant déclaré avoir suivi un traitement pour abus de drogue	33
Graphique 29. Fumeurs selon l'obtention du diplôme secondaire, présentés par groupe d'âge.....	35
Graphique 30. Proportions de fumeurs selon la zone de la communauté	35
Graphique 31. Proportions de fumeurs par nation.....	36
Graphique 32. Proportions de fumeurs selon le revenu du ménage (en milliers de dollars).....	37



Graphique 33.	Proportions de fumeurs selon le revenu personnel (en milliers de dollars)	37
Graphique 34.	Pourcentage de fumeurs selon l'état d'équilibre émotionnel, mental, physique et spirituel des individus.....	38
Graphique 35.	Pourcentage de fumeurs chez les individus ayant pensé ou non au suicide au cours de leur vie.....	38
Graphique 36.	Pourcentage de fumeurs chez les individus ayant tenté de se suicider au cours de leur vie.	38
Tabagisme chez les adolescents des Premières Nations.....		41
Graphique 37.	Proportions de fumeurs et de non-fumeurs parmi les adolescents des Premières Nations	41
Graphique 38.	Proportions des fumeurs adolescents selon la catégorie d'âge	41
Graphique 39.	Prévalence du tabagisme selon le sexe, présentée par groupe d'âge.....	42
Graphique 40.	Quantité de cigarettes fumées selon le sexe.....	43
Graphique 41.	Âge du début de la consommation de tabac pour l'ensemble des adolescents fumeurs, présenté par groupe d'âge	43
Graphique 42.	Nombre de tentatives pour cesser de fumer chez les adolescents (12 mois précédant l'enquête).....	44
Graphique 43.	Quantité de cigarettes fumées quotidiennement selon le type d'environnement	45
Graphique 44.	Perception de l'état de santé en fonction du statut de fumeur	45
Graphique 45.	Régime alimentaire équilibré en fonction du statut de fumeur.....	46
Graphique 46.	Répartition des consommateurs d'alcool en fonction du statut de fumeur, par groupe d'âge.....	46
Graphique 47.	Occurrence de la consommation de 5 verres ou plus d'alcool en une seule occasion selon le statut de fumeur	47
Graphique 48.	Répartition des consommateurs de drogue en fonction du statut de fumeur, par groupe d'âge	47
Graphique 49.	Statut de fumeur en fonction de différents niveaux d'activité physique.....	48
Graphique 50.	Appréciation de l'école selon le statut de fumeur	49
Graphique 51.	Statut de fumeur des adolescents selon l'isolement de la communauté	49
Graphique 52.	Proportions de fumeurs adolescents par nation.....	51
Graphique 53.	Statut de fumeur des adolescents ayant pensé ou tenté de se suicider	52
Exposition des enfants à la fumée du tabac.....		55
Graphique 54.	Domiciles offrant un environnement sans fumée selon la zone géographique	56
Graphique 55.	Autres membres du ménage qui fumaient durant la grossesse selon la zone géographique	56
Graphique 56.	Mères ayant fumé durant leur grossesse selon la nation	57
Graphique 57.	Proportions de tuteurs ou parents percevant la santé de l'enfant comme étant excellente, selon l'habitude de consommation de tabac de la mère (durant sa grossesse)	57
Graphique 58.	Proportions d'enfants ayant été allaités selon l'habitude de consommation de tabac de la mère durant la grossesse.	58
Graphique 59.	Proportions de mères ayant fumé durant leur grossesse selon le revenu annuel du ménage (en milliers de dollars)	58
Graphique 60.	Mères ayant fumé durant leur grossesse selon le niveau de scolarité.....	59

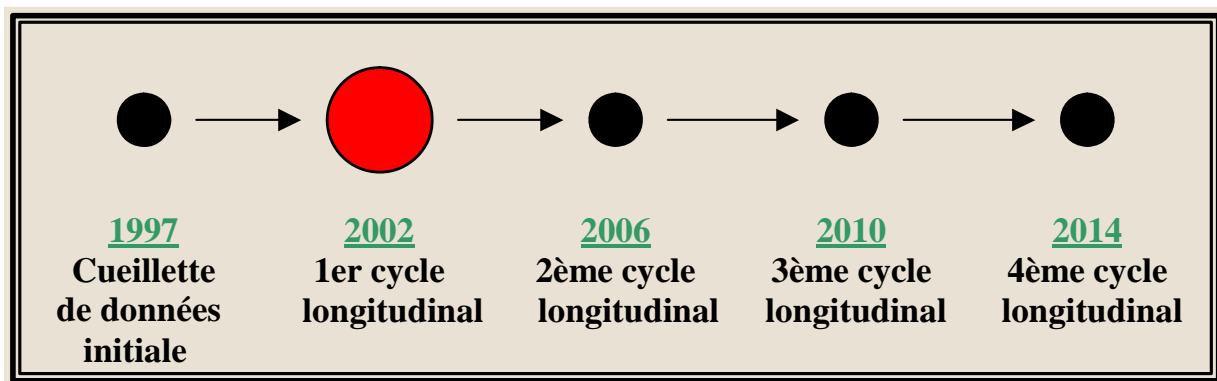
Section 1: Introduction

Introduction

Effectuée dans un esprit holistique, l'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERLSPN) de la région du Québec dresse un portrait de la santé des Premières Nations du Québec en fournissant des informations descriptives et statistiques qui englobent différents aspects de la santé et du contexte socioculturel particulier de ces populations. Les résultats de cette enquête identifient ainsi les problèmes et les progrès en santé holistique. Précisons qu'il s'agit de la seconde phase d'une première recherche sur la santé des Premières Nations dont la gouvernance est entièrement sous la responsabilité des autorités des Premières Nations, au même titre que l'élaboration de la méthode de recherche et la coordination du projet.

Au cours de l'année 1997, en réponse au besoin de renseignements sur la santé des Premières Nations, le Comité des Chefs sur la Santé et l'Assemblée des Premières Nations du Canada (APNC) ont décidé que l'ERLSPN deviendrait une enquête longitudinale quadriennale qui devrait se dérouler jusqu'en 2014 comme le démontre le schéma suivant :

Graphique 1. Évolution longitudinale de l'ERLSPN




La coordination nationale de l'édition 2002 de l'ERLSPN est assurée par le Centre des Premières Nations (CPN) de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). Dans leurs régions respectives, dix organisations régionales des Premières Nations ont mené l'enquête et ont supervisé toutes les dimensions du processus de recherche. La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a assuré le déroulement du projet pour la région du Québec.

1.1 Objectifs de l'enquête

Les trois questionnaires créés dans le cadre de cette enquête (adultes, adolescents et enfants) ont été construits en tenant compte des objectifs spécifiques suivants :

- « Obtenir de l'information concernant les caractéristiques démographiques pouvant affecter l'état de santé des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information se rapportant à l'état de santé physique des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information touchant le bien-être des membres des Premières Nations vivant au Québec.
- Obtenir de l'information quant aux habitudes de vie des membres des Premières Nations vivant au Québec.

- 
- Obtenir de l'information à propos de la perception des services de santé selon les membres des Premières Nations vivant au Québec. »¹
 - Obtenir l'information la plus pertinente possible concernant les différentes problématiques rencontrées dans les communautés des Premières Nations vivant au Québec².
 - Réaliser tous ces objectifs pour chacun des groupes d'âge identifiés dans le cadre de cette recherche, soit : enfants, adolescents et adultes.

1.2 Principes de Propriété, Contrôle, Accès et Possession (PCAP)

Le présent projet repose sur les principes de PCAP. Instaurés par les Premières Nations du Canada, les principes de Propriété, de Contrôle et d'Accès ont, dans un premier temps, été élaborés par le Comité directeur de l'ERLSPN en 1998. Le principe de Possession ayant été ajouté par la suite, cet ensemble de règles éthiques est une expression d'autodétermination dans le domaine de la recherche, de la gestion et de la création de l'information. Les définitions suivantes définissent plus clairement ces concepts :

« **Propriété** :

La notion de « propriété » se rapporte à la relation d'une communauté des Premières Nations avec les connaissances, les données et l'information relatives à sa culture. Ce principe veut qu'une communauté ou un groupe détienne collectivement la propriété de l'information de la même façon qu'une personne détient la propriété de son information personnelle. Cela diffère de la gouvernance. La gouvernance ou l'administration de données ou d'informations par une institution qui doit rendre des comptes au groupe est un mécanisme au moyen duquel il est possible de réaliser la propriété.

Contrôle :

Les aspirations et les droits des membres des Premières Nations concernant le maintien et la reprise du contrôle de tous les aspects de leur vie et de leurs institutions s'étendent à la recherche, à l'information et aux données. Le principe de « contrôle » veut que les membres des Premières Nations, leurs communautés et les groupes qui les représentent soient en droit de souhaiter obtenir le contrôle de tous les aspects du processus de gestion de la recherche et de l'information ayant des répercussions sur eux. Le contrôle de la recherche par les Premières Nations peut comprendre toutes les étapes d'un projet de recherche en particulier, de la conception à l'achèvement. Ce principe s'étend au contrôle des ressources et du processus d'examen, à la formulation des cadres de travail conceptuels, à la gestion des données, etc.

Accès :

Les membres des Premières Nations doivent avoir « accès » à l'information et aux données qui les concernent et qui concernent leurs communautés, peu importe l'endroit où ces données sont conservées. Ce principe fait aussi référence aux droits des communautés et des organisations autochtones de gérer l'information qui les concerne collectivement et de prendre des décisions concernant l'accès à cette information. En pratique, on peut y parvenir au moyen de protocoles normalisés et officiels.

¹ CSSSPNQL, 1999, p.4.

² Le terme « communauté » est utilisé pour désigner les « réserves », terme à connotation négative.



Possession :

Le terme « propriété » désigne en principe la relation entre un peuple et les données existant à son sujet tandis que les termes « possession » ou « gouvernance » sont plus explicites. Bien que la possession ne soit pas une condition essentielle à la propriété, la possession des données est un mécanisme permettant d'affirmer et de protéger la propriété. Lorsqu'une partie possède des données appartenant à une autre partie, il y a risque de violation ou d'usage abusif. Cela est particulièrement important lorsqu'il existe un manque de confiance entre le propriétaire et le possesseur.

Plus important encore, les principes de PCAP sont des concepts visionnaires et proactifs. Ils ouvrent de nouvelles voies à l'autodétermination et à l'exercice des pouvoirs dans les domaines de la recherche et de l'information et laisse entrevoir des changements positifs. »³

Ce qui distingue principalement l'ERLSPN des autres enquêtes portant sur les Premières Nations est l'application des principes PCAP.

Un examen éthique national conclut que l'enquête respecte la vie privée des individus. De plus, l'utilisation de formulaires de consentement contribue grandement au principe de l'implication volontaire des participants à l'enquête. Toutes les questions concernant les protocoles de protection des données relèvent d'ententes et de méthodes uniques aux Premières Nations. Enfin, la publication des données de l'ERLSPN vise la maximisation de la diffusion afin d'en faire profiter les Premières Nations tout en protégeant l'information propre à chacune des communautés. Toutes les publications doivent être effectuées sous l'approbation des autorités des Premières Nations et ce, pour chacun des niveaux national, régional et local.

1.3 Méthodologie

De nature descriptive, l'enquête consiste à interroger un échantillon représentatif de la population sous forme d'entrevue dirigée au moyen d'un questionnaire sur support électronique. Cette méthode a été retenue pour les raisons budgétaires, techniques et éthiques suivantes :

- Coûts de réalisation modestes du fait que la recherche se base sur un échantillon et non sur la totalité de la population étudiée.
- Préservation de la confidentialité des individus et obtention de renseignements sur certains sujets qui, pour des raisons morales, ne pourraient être observés directement.
- Rapide et simple.
- Possibilité de standardiser l'information, facilitant du coup les analyses et les comparaisons.


1.3.1 Population totale

La population totale se définit comme étant l'ensemble de la population comprise dans l'univers d'étude. Dans le cas présent, il s'agit de la totalité des membres des Premières Nations vivant dans la région du Québec. D'après le recensement démographique du Ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canadien de 2001 (MAINC), la région du Québec comptait 63 315 membres des Premières Nations répartis en 10 nations distinctes au moment du sondage. Sur ce nombre, 44 274 résidaient dans une communauté tandis que les 19 041 autres demeuraient hors réserve.

1.3.2 Population désignée

La population désignée est constituée de membres de la population totale qui répondent à certaines caractéristiques. Dans le cas de l'ERLSPN, la population désignée comprend tous les membres des Premières Nations vivant sur communauté, à l'exception des Cris, des Inuit et des Mohawks de Kahnawake

³ ONSA, 2004, p.81.



qui ne participent pas à l'enquête⁴. La règle selon laquelle seulement les personnes vivant sur communauté sont retenues dans la population désignée ne s'applique cependant pas dans le cas des Malécites de Viger qui ne comptaient que deux membres vivant sur communauté en 2001. Pour cette raison, les membres vivant hors communauté appartenant à la nation malécite ont été retenus. À partir de la population totale préalablement définie, une population désignée de 27 330 membres des Premières Nations provenant de 9 nations et vivant sur communauté a été identifiée.

1.3.3 Échantillon désigné

L'échantillon de l'ERLSPN de la région du Québec comporte deux niveaux de tirage. En premier lieu, un échantillonnage par grappes a été effectué afin de sélectionner les communautés participantes pour chacune des nations. Nous avons ensuite effectué un échantillonnage stratifié non proportionnel dans chacune des grappes sélectionnées préalablement.

1.3.4 Échantillon par grappes

Dans le but de faire une sélection représentative des communautés participantes, nous avons réparti ces dernières selon leur taille démographique, qui a été établie comme suit : grande (1 500 habitants et plus), moyenne (de 301 à 1 499 habitants) et petite (300 habitants et moins).

Lors de la première sélection, nous avons effectué un échantillonnage par grappes des communautés participantes. Dans le cas présent, une communauté équivaut à une grappe. Toutes les communautés de grande taille ont été automatiquement incluses à l'échantillon. Une sélection au hasard des moyennes et petites communautés a ensuite été effectuée. Lorsque certaines communautés refusaient de participer à l'enquête, on les remplaça par d'autres qui ne figuraient pas dans la première sélection. Le tableau suivant illustre la sélection des communautés participantes, alors que la carte qui suit illustre la répartition des nations et des communautés participant à l'ERLSPN.

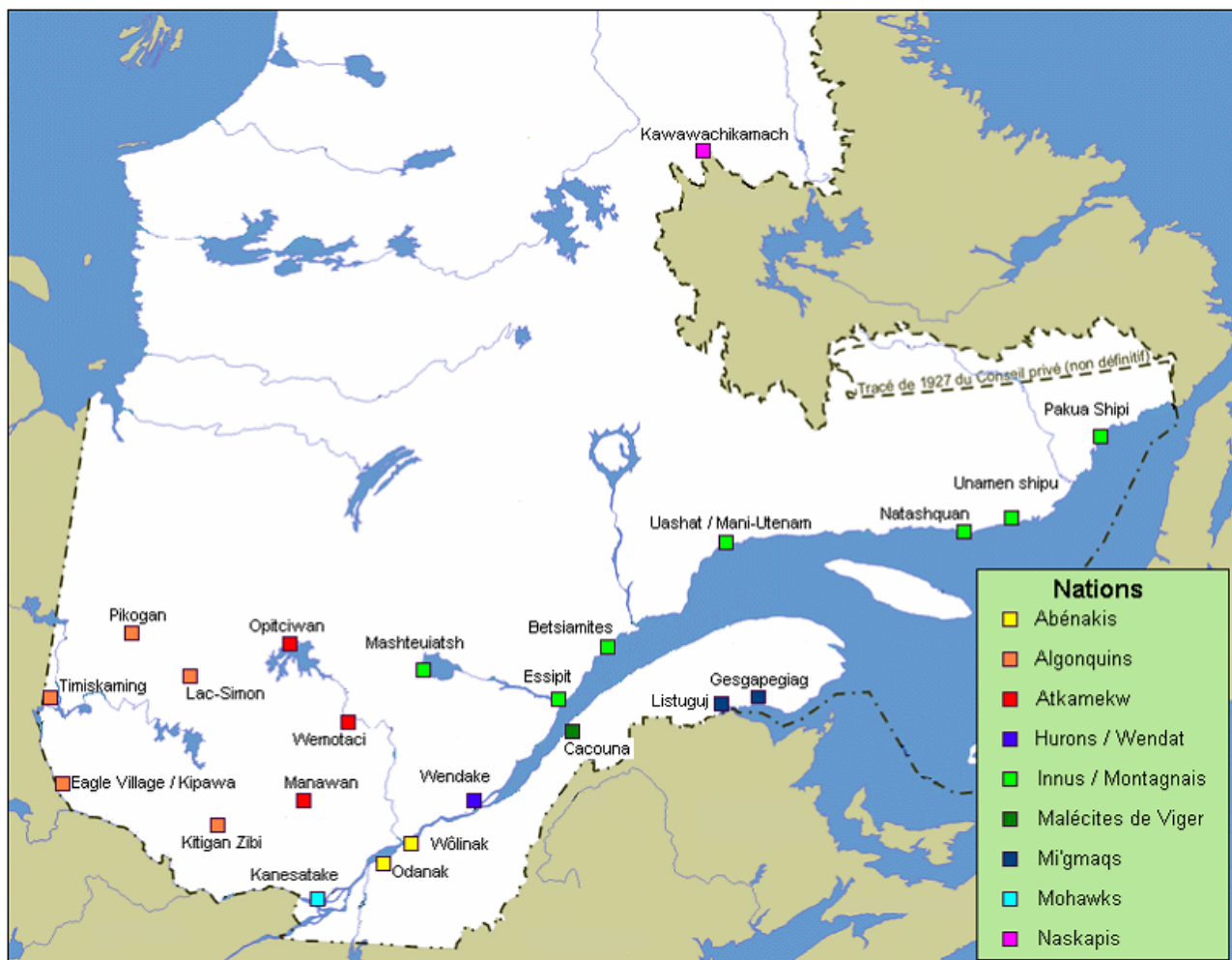
⁴ Les résultats associés aux Mohawks ne concernent que la communauté de Kanesatake, la communauté de Kahnawake ayant décidé de ne pas participer à l'enquête, alors que celle d'Akwesasne relève de la région de l'Ontario.



Tableau 1: Sélection des communautés participantes

Nation	Communauté	Communautés approchées à la première sélection	Communautés retenues en cas de refus	Sélection finale
Abénakis	Odanak	X		X
	Wôlinak	X		X
Algonquins	Barriere Lake		X	
	Eagle Village-Kipawa	X		X
	Kitigan Zibi	X		X
	Lac Simon	X		X
	Long Point		X	
	Pikogan	X		X
Atikamekw	Timiskaming		X	X
	Manawan	X		X
	Opitciwan	X		X
Hurons / Wendat	Wemotaci		X	X
	Wendake	X		X
Innus	Betsiamites	X		X
	Ekuanitshit		X	
	Essipit		X	X
	Masteuiatsh	X		X
	Matimekush		X	
	Natashquan		X	X
	Pakua Shipi	X		X
	Uashat Mak Mani-Utenam	X		X
	Unamen Shipu	X		X
Malécites de Viger				X
Mi'gmaqs	Gesgapegiag	X		X
	Listuguj	X		X
Mohawks	Kanesatake	X		X
	Kahnawake	X		X
Naskapis	Kawawachikamach	X		X

Carte 1: Nations participantes à la vague 2002 de l'ERLSPN de la région du Québec



1.3.5 Échantillon stratifié

Initialement, un échantillon stratifié non proportionnel à la population selon le groupe d'âge et le genre a été créé pour chaque communauté sélectionnée afin de représenter la population désignée. Celui-ci a été conçu afin que chacune de ces strates respecte les critères suivants :

- Un niveau de confiance de 95% (le niveau de confiance est un indicateur du degré de certitude d'en arriver à une estimation qui englobe la moyenne de la population de la strate).
- Une proportion de 20% (la proportion dans l'échantillon est un estimateur non biaisé d'une proportion réelle dans la population; dans le cas présent, ceci veut dire que si on observe un phénomène chez 20% des personnes incluses dans une strate de l'échantillon, on doit pouvoir affirmer sans biais que ce phénomène se produit chez 20% de la strate de population).
- Un coefficient de variation ne dépassant pas 40% (le coefficient de variation est une mesure en pourcentage de la dispersion des observations autour de la moyenne de l'échantillon).
- Une marge d'erreur ne dépassant pas + ou - 8% (la marge d'erreur correspond à la marge autour de laquelle un résultat issu de l'échantillon peut varier pour être représentatif de la population; par exemple, si 40% des personnes incluses dans une strate dont la marge d'erreur est de + ou - 8% vivent en appartement, ceci veut dire que cette proportion peut varier entre 32% et 48% dans la population).



Le plan d'échantillonnage prévu s'est avéré trop coûteux pour le financement disponible. Le tir a donc été réajusté afin que les caractéristiques énumérées précédemment s'appliquent à un échantillon stratifié selon la nation, la taille de la communauté, le groupe d'âge et le genre. Malgré ces efforts pour rectifier la situation, la représentativité des strates révisées en a tout de même souffert. Afin d'obtenir un degré de représentativité acceptable dans le cas des communautés de petite taille, ces dernières ont été fusionnées aux communautés de moyenne taille. Ainsi, la stratification ne se fait pas sur trois tailles (grande, moyenne, petite), mais plutôt sur deux tailles (grande, moyenne/petite).

La sélection des individus a été basée sur les listes des membres de chacune des communautés participantes. Avec ces listes, un échantillon et une liste d'individus remplaçants ont été créés pour chacune des strates de façon aléatoire simple. Dans le cas où une personne sélectionnée refusait de répondre, elle était remplacée par une personne figurant sur la liste de remplacement.

1.3.6 Échantillon final

Bien que la conception d'un échantillon désigné soit relativement simple, il est très rare que tous les gens inclus acceptent de participer à l'enquête. Ainsi, l'échantillon final d'une recherche comprend rarement autant d'individus que les prévisions de l'échantillon désigné. Au total, 1 949 adultes, 798 adolescents et 1 038 enfants composent l'échantillon final.

Comme nous l'avons vu précédemment, un standard a été préétabli pour notre échantillon. Ainsi, le niveau de confiance est de 95% et la proportion est de 20%. L'intervalle de confiance de l'échantillon adulte est de 1,7%.


1.4 Cueillette des données

1.4.1 Sélection et formation des intervieweurs

Comme nous l'avons mentionné auparavant, l'ERLSPN se distingue des autres enquêtes, notamment, par l'implication des membres des Premières Nations dans toutes les étapes de sa réalisation. Suivant ce principe d'implication, la participation d'intervieweurs membres des Premières Nations a été privilégiée. La CSSSPNQL a demandé à la Direction des Centres de Santé ou des dispensaires de chacune des communautés participantes de faire le recrutement d'intervieweurs potentiels. Par la suite, la CSSSPNQL a effectué l'embauche des personnes recommandées et considérées comme étant les plus compétentes pour effectuer les différentes tâches nécessaires à la réalisation des entrevues. L'embauche de personnel contractuel membre des Premières Nations et vivant dans les communautés présente des avantages certains : la connaissance du terrain et de la langue d'usage de la communauté sont des atouts précieux pour une meilleure qualité des données recueillies. En effet, ceux-ci limitent les problèmes d'interprétation et l'incompréhension de certains concepts qui sont difficilement traduisibles. Notons également un niveau de confiance plus élevé en présence d'un concitoyen qu'en situation où l'administration du questionnaire est réalisée par une personne étrangère et allochtone.

Tous les intervieweurs sélectionnés ont signé un serment de silence devant un commissaire à l'assermentation et ont suivi une formation de trois jours qui s'est tenue à Québec du 30 septembre au 2 octobre 2002. Cette formation, dispensée par la CSSSPNQL, touchait les thèmes suivants :

- Historique de l'ERLSPN.
- Échantillonnage.
- Consentement à la divulgation de renseignements et protection des données.
- Techniques d'entrevue.
- Moyens pour faire face à différentes situations qui surviennent lors de la conduite d'entrevues.
- Utilisation de l'ordinateur portable et des questionnaires informatisés.
- Tenue de dossiers, expédition de matériel et rédaction de courts rapports.



Lorsque de nouveaux intervieweurs ont été engagés pour remplacer ceux qui se sont retirés au cours du processus de cueillette de données, la formation a été dispensée au besoin dans les communautés participantes.

1.4.2 Outils de saisie, de traitement et d'analyse de l'information

Toutes les entrevues effectuées dans le cadre de l'ERLSPN 2002 de la région du Québec ont été réalisées sur support informatique. Tous les intervieweurs avaient en leur possession un ordinateur portable dans lequel se trouvaient les questionnaires destinés aux enfants, aux adolescents et aux adultes. Ces questionnaires informatisés ont été créés sous la supervision du CPN de la ONSA à l'aide du logiciel Lotus Notes. Tous les questionnaires complétés par les intervieweurs étaient automatiquement encryptés, donc impossible à consulter par quiconque ; la confidentialité des réponses de chacun des individus en était ainsi assurée. Après une journée de travail, les intervieweurs devaient télécharger les entrevues recueillies de leur portable vers le serveur régional à la CSSSPNQL. Une fois la totalité des entrevues terminées, les données régionales ont été ensuite décryptées et transférées sur support Microsoft Excel afin de les transformer en bases de données brutes, le tout sous la supervision de la CSSSPNQL. Ces bases de données ont été gravées sur cédérom et envoyée au CPN de la ONSA pour être uniformisées aux bases de données des autres régions (il s'agit d'une étape nécessaire pour effectuer l'analyse au niveau national) et nettoyées à l'aide des logiciels SAS (Statistic Analysis System) et SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Une fois ces étapes complétées, le CPN remet les données nettoyées aux régions. Pour la région du Québec, l'analyse des données a été effectuée par le secteur de la recherche de la CSSSPNQL à l'aide des logiciels SPSS et Microsoft Excel.

1.4.3 Session d'interprétation par des tiers

La CSSSPNQL a organisé, le 15 juin 2005 à l'Hôtel Clarion de Québec, une session d'interprétation par des tiers familiers avec les problématiques liées à la santé dans leur communauté respective. Cet exercice visait essentiellement à discuter de résultats préliminaires avec ces délégués des centres de santé de chacune des Nations participantes. Sous la forme d'une table ronde, tous les participants étaient invités à donner leur avis et leurs idées en ce qui concerne les différents problèmes soulevés par l'enquête. Les principaux thèmes abordés étaient les suivants :

- Médecine traditionnelle
- Soins de santé en général
- Alimentation
- Maladie et problèmes médicaux
- Soins à domicile
- Soins de santé non assurés (SSNA)
- Syndrome de l'alcoolisation fœtale / Effets de l'alcoolisation fœtale (SAF/EAF)
- Santé des femmes
- Obésité
- Natalité
- Santé holistique
- Événements culturels traditionnels
- Spiritualité
- Religion
- Langues autochtones

Cet exercice s'est avéré très constructif et a permis aux communautés de contribuer à l'étape de l'interprétation des résultats de l'ERLSPN. La rencontre permet, entre autres, de réfléchir à plusieurs problématiques sous différents angles qui n'avaient pas toujours été explorés par l'équipe de recherche. Enfin, cette session nous a démontré que le travail en collaboration avec les communautés est indéniablement un grand pas vers la réussite de la recherche, permettant de confirmer des hypothèses, d'en apporter de nouvelles et d'assurer ainsi une plus grande adéquation des résultats à la réalité des membres des Premières Nations.



1.4.4 Questionnaires

Les questionnaires ont été conçus en suivant une démarche holistique qui ne s'attarde non seulement à la santé des Premières Nations, mais aussi à tous les aspects susceptibles de l'influencer. En plus de traiter de la santé dans sa globalité, les questionnaires de l'enquête ont été élaborés en tenant compte du contexte culturel et des priorités des Premières Nations. La région du Québec a ajouté un volet régional aux questionnaires destinés aux adolescents et aux adultes. Tel que mentionné précédemment, les trois questionnaires ont été implantés sur support informatique afin de faciliter le travail des interviewers.

Questionnaire enfant (0 à 11 ans)

Le questionnaire destiné aux enfants a été complété sous forme d'entrevue dirigée. L'enquêteur questionnait le parent ou le tuteur, sélectionné de façon aléatoire, qui répondait par procuration au nom de l'enfant. Ce questionnaire prenait environ 35 minutes à compléter et était composé de questions portant sur les sujets suivants :

- Composition du ménage de la famille
- Scolarité des parents
- Scolarité – niveau, réussite, PAPPN
- Taille, poids – à la naissance et actuels
- Allaitement
- Tabagisme, exposition à la fumée secondaire – fœtale, à la maison
- Langue – compréhension, usage, intérêt
- Alimentation et nutrition
- Activités – physiques, sociales, parascolaires
- État de santé, maladies – durée du traitement et effets
- Blessures
- Incapacités, limitations
- Accès aux services de santé – soins de santé non assurés
- Santé dentaire, carie du biberon
- Culture traditionnelle – importance, apprentissage
- Bien-être émotionnel et social
- Service de garde
- Pensionnats (parents, grands-parents)

Questionnaire adolescent (12 à 17 ans)

Le questionnaire adolescent était auto-administré, c'est-à-dire qu'il était directement complété par le répondant. Ce dernier devait répondre aux questions sur ordinateur portable et était assisté par l'enquêteur qui restait à sa disposition si certaines précisions étaient nécessaires. D'une durée d'environ 35 à 45 minutes, le questionnaire adolescent portait sur les sujets suivants :

Volet national

- Composition du ménage / de la famille
- Scolarité – niveau, réussite, objectifs personnels
- Langue – compréhension, usage
- Alimentation et nutrition
- Activités – physiques, sociales
- Taille, poids, niveau de satisfaction
- Diabète – type, traitement

- État de santé, maladies – durée, traitement, effets
- Blessures
- Soins dentaires
- Tabagisme, alcool, drogue
- Sexualité
- Pratiques de santé préventive
- Bien-être, soutien et santé mentale
- Idées et tentatives de suicide
- Activités parascolaires
- Culture traditionnelle – importance, apprentissage
- Pensionnat (parents et grands-parents)

Volet régional

- Études, profession visée et rêves futurs

Questionnaire adulte et aîné (18 ans et plus)

Le questionnaire était administré sous forme d'entrevue dirigée. Le participant répondait aux questions posées par l'intervieweur. Ce dernier guidait le répondant, sans influencer ses réponses, pendant tout le processus, qui durait environ une heure. Le questionnaire destiné aux adultes et aînés était composé des sujets suivants :

Volet national

- Données démographiques
- Langues – compréhension, usage
- Scolarité
- Emploi
- Revenu et sources de revenu
- Ménage – composition et revenu
- Habitation – état, surpeuplement, moisissures
- Qualité de l'eau
- Services – téléphone, eau, détecteur de fumée, Internet, etc.
- Taille, poids
- État de santé, maladies – durée, traitement, effets
- Diabète – type, traitement, effet
- Blessures physiques
- Soins dentaires
- Incapacités, limitations
- Activité physique
- Alimentation et nutrition
- Soins à domicile – utilisation, besoins
- Services de santé – utilisation, accès aux SSNA
- Médecine traditionnelle, guérisseurs
- Tabagisme, alcool, drogue – consommation, abandon, traitement
- VIH / Sida, MTS et sexualité
- Grossesse, fertilité
- Pratiques de médecine préventive
- Bien-être, soutien et santé mentale
- Idées et tentatives de suicide
- Pensionnat – impact
- Bien-être communautaire
- Culture, spiritualité et religion
- Développement communautaire



Volet régional

- Études
- Moyens de transport et sécurité
- Style de vie et problèmes sociaux
- Jeux de hasard et loteries

1.5 Limites de la recherche

Une enquête de l'envergure de l'ERLSPN n'est pas à l'abri de contraintes, d'obstacles et de biais qui peuvent altérer la validité des résultats obtenus et le déroulement général de la recherche. Consciente de ces sources d'erreurs réelles comme potentielles, l'équipe de recherche qui a mené l'ERLSPN dans la région du Québec en a tenu compte dans l'analyse et l'interprétation des résultats, tout comme pour la rédaction du présent rapport. La région du Québec, comme l'ensemble des régions qui ont participé à l'ERLSPN sur le plan national, a eu à relever des défis communs et particuliers, et ce à chacune des grandes étapes de la réalisation de l'Enquête. Cette section vise à documenter, pour chacune de ces grandes étapes – soit la constitution de l'échantillon, la collecte de données et l'analyse des informations recueillies –, les biais et sources potentielles d'erreurs inhérentes au contexte de recherche propre à l'ERLSPN⁵⁶ de la région du Québec.

La publication de cette section documentant les limites de l'ERSPNQL témoigne d'un souci de transparence du processus de recherche intégral, mais surtout d'une volonté de partage des apprentissages acquis et des savoir-faire construits au cours de la réalisation de l'Enquête. Les prochaines vagues de l'ERLSPN ainsi que les nouvelles recherches bénéficieront de cet outil pour améliorer le processus de la recherche effectuée par et pour les Premières Nations.

1.5.1 Méthode d'échantillonnage du volet « membres des Premières Nations vivant dans les communautés »

Le plan d'échantillonnage de l'Enquête s'intéressant aux membres des Premières Nations vivant dans les communautés a été établi selon des paramètres qui permettent de produire des échantillons probabilistes. La quantité d'informateurs à inclure dans les différentes strates (Nation, taille de la communauté, groupe d'âge et sexe) des échantillons a été calculée à partir du Registre des Indiens de 1999, un registre tenu à jour par le Ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canadien. Ce registre établit le nombre de membres des Premières Nations résidant sur des Réserves Indiennes ou des terres de la Couronne. Les personnes susceptibles d'être sélectionnées dans l'échantillon ont quant à elle été sélectionnées de manière aléatoire dans chacune des strates à partir des listes de membres des communautés.

Le plan d'échantillonnage développé⁷ pour la collecte de données prévoyait l'obtention de données statistiques valides pour chacune des communautés participantes. Malheureusement, le plan d'échantillonnage prévu s'avéra trop coûteux pour le financement disponible. Le tir a donc été réajusté afin que les caractéristiques précises de l'échantillon (le niveau de confiance, la proportion dans l'échantillon, le coefficient de variation et la marge d'erreur⁸) s'appliquent à un échantillon stratifié selon la nation, la taille de la communauté, le groupe d'âge et le sexe. Malgré ces efforts pour rectifier la situation, la représentativité des strates révisées fut tout de même problématique; elles ont dû être ajustées à nouveau⁹.


⁵ Pour un résumé de la méthodologie de la recherche, se référer à la section « méthodologie » de ce rapport. Pour une description détaillée de la méthodologie de l'ERSPNQL, consulter le « rapport méthodologique ».

⁶ En plus de l'examen du processus effectué à l'interne par l'équipe de recherche de la CSSSPNQL, cette section s'appuie sur le rapport du Harvard Project on American Indian Economic Development mandaté par le Comité d'information et de gouvernance des Premières Nations, un Comité Permanent du Comité des Chefs sur la santé et du Centre des Premières Nations au sein de l'organisation Nationale de la Santé des Autochtones.

⁷ Pour les détails, référer au rapport méthodologique

⁸ Pour les détails, voir le rapport méthodologique

⁹ Pour les détails, référer au rapport méthodologique



En plus de ces contraintes, comme c'est le cas pour une forte proportion des enquêtes statistiques concernant des populations autochtones¹⁰, l'échantillon final n'équivaut pas à l'échantillon visé chez les adolescents et les enfants. En faisant fi des entrevues effectuées en surplus dans l'échantillon final des adultes, la région du Québec a atteint 85,5% de son objectif initial sur le plan de l'échantillonnage et a ainsi obtenu les réponses de 1 949 adultes, 798 adolescents et 1 038 enfants. Par contre, si l'on considère le nombre d'entrevues effectuées en surplus auprès des adultes, le taux de participation total atteint 113,2%¹¹. Parmi les causes identifiées pour expliquer l'écart entre l'échantillon visé et l'échantillon final chez les enfants et les adolescents, notons le roulement important des intervieweurs au sein des communautés durant la collecte de données qui a duré 15 mois. Ce roulement a eu comme impact la réduction du temps consacré à la collecte de données dans les communautés, principalement parce que chaque nouvel intervieweur devait être formé à la collecte de données dans le cadre de cette enquête. Le gain d'expérience, par conséquent l'efficacité des intervieweurs, a aussi été limité par ce roulement important. Par ailleurs, les répondants de diverses strates de l'échantillon pouvaient, dans certains cas, être difficilement atteignables si peu de personnes correspondaient au profil de répondants visés au sein des communautés ou si le taux de refus de participer s'avérait élevé.

1.5.2 Collecte de données

1.5.2.1 Langue et traduction

En raison d'un financement limité, les formulaires de consentement en anglais et en français qui ont été systématiquement utilisés n'ont pu être fournis aux répondants potentiels dans leur langue d'origine. Tous les intervieweurs sélectionnés maîtrisaient toutefois la langue des Premières Nations d'usage dans la communauté où ils étaient affectés ainsi que le français ou l'anglais. Conséquemment, ils pouvaient aider les répondants à comprendre les formulaires. Cependant, il est possible que les formulaires de consentement aient été mal compris ou interprétés par certains informateurs. Ceci a pu provoquer des refus de participer ou encore engendrer la signature de formulaires sans compréhension complète de leur contenu.

La gestion et la manutention des formulaires de consentement ont aussi eu un impact sur le nombre d'informateurs desquels les réponses ont pu être incluses dans l'analyse. De nombreux formulaires mal remplis ou comportant des irrégularités ont effectivement dû être rejetés en même temps que les entrevues qui leurs correspondaient.

Un autre obstacle linguistique, encore une fois causé par un financement limité, s'applique aux questionnaires d'enquête qui n'étaient disponibles qu'en français ou en anglais. Une question adressée aux répondants permet de comptabiliser la proportion d'entre eux pour lesquels une traduction fut nécessaire. Ils sont 27,9% à avoir indiqué qu'une traduction des questions a été nécessaire. L'intervieweur a été le traducteur dans la quasi-totalité des cas. La nécessité de traduire, les différentes manières de traduire ou la difficulté de traduire certains concepts dans une langue autochtone a pu influencer la compréhension des questions, provoquer la non-réponse à certaines questions ou encore le refus de répondre au questionnaire.

1.5.2.2 Roulement des intervieweurs

Le roulement des intervieweurs a aussi provoqué une multiplication des modes de conduite des entrevues qui ont pu engendrer des variations dans la qualité de la collecte de données. Sur ces deux points, toutefois, il est important de noter que le contexte culturel dans lequel s'est déroulée la recherche préconisait l'utilisation d'intervieweurs appartenant à la même communauté que l'interviewé. Mentionnons que l'embauche de personnel contractuel membre des Premières Nations et vivant sur la communauté sondée offre un double avantage. Premièrement, la connaissance du terrain et de la langue d'usage peut limiter les problèmes d'interprétation et d'incompréhension de certains concepts difficilement traduisibles. En second lieu, le niveau de confiance des répondants peut aussi s'avérer plus élevé en présence d'un concitoyen que lorsque le questionnaire est administré par un étranger allochtone. Par contre, l'embauche de ce personnel peut avoir comme désavantages de soulever la crainte du bris de confidentialité chez les répondants en

¹⁰ Voir le rapport cité en note 2

¹¹ Afin d'éviter la sur-représentativité de certaines strates chez les adultes, un facteur de pondération a été introduit dans les calculs dont le présent rapport présente les résultats. Pour plus de détails, consulter le rapport méthodologique de l'ERLSPN-2002.



raison des liens étroits que les membres de la communauté entretiennent entre eux et l'interprétation des propos du répondant à partir des connaissances qu'a l'intervieweur du répondant. Ceci dit, la situation impliquant le moins de risques a donc été favorisée, soit celle de privilégier des intervieweurs locaux.

1.5.2.3 Erreurs dues au répondant

Concernant les erreurs dues au répondant, il se peut que les répondants aient faussé de manière volontaire ou involontaire certaines réponses. Certains facteurs peuvent expliquer cela. Parmi ceux-ci, le questionnaire présentait certaines questions qui pouvaient induire certaines erreurs due à la « désirabilité sociale ». La « désirabilité sociale » consiste à donner des réponses que l'on croit « bonnes » sur le plan social (celles auxquelles on « s'attend » socialement). Les questions habituellement concernées par ces erreurs sont celles qui abordent des sujets délicats. Le questionnaire employé pour cette enquête en compte plusieurs, un fait inévitable lorsqu'une enquête vise à documenter différents items liés à la santé des individus dans une perspective holistique.

Des erreurs dues à la non-réponse se sont aussi glissées tout au long du processus d'enquête. Pour plusieurs questions, les répondants ont donné des réponses incomplètes ou n'ont tout simplement pas répondu, ce qui fausse incontestablement les résultats.

1.5.2.4 Erreurs dues au questionnaire

Bien que réalisés avec minutie et avec le souci d'adapter les questions à la multiplicité des situations vécues par les membres des Premières Nations, les questionnaires conçus pour l'ERLSPN comportent certaines erreurs qui ont pu biaiser des réponses. Ces erreurs ont essentiellement la forme de choix de réponses comportant des catégories non mutuellement exclusives ou encore de choix de réponses incomplets qui ne couvraient pas l'ensemble des réponses possibles.

Par ailleurs, il existe certaines questions du questionnaire qui peuvent porter à interprétation et ainsi influencer les réponses des répondants. Par exemple, une question demande aux répondants s'ils ont déjà « pensé à se suicider ». En plus d'être un thème délicat, « penser au suicide » n'a sans doute pas la même signification pour chaque répondant. On peut envisager que pour certains, penser au suicide signifie « réfléchir à la question du suicide » alors que pour d'autres c'est « avoir des idées suicidaires ». Les réponses ont ainsi pu être inspirées par la pluralité des perceptions qu'ont les répondants sur le vocabulaire employé pour aborder cette question. Par ailleurs, en cas de questions mal comprises, l'intervieweur pouvait donner des explications complémentaires. Sa formation n'impliquait cependant pas l'assimilation d'indications claires et uniformes à transmettre aux informateurs à propos de chaque question.


1.5.3 Analyse des données et rédaction des rapports

1.5.3.1 Formation des employés

Le secteur de la recherche de la CSSSPNQL a pris en charge l'analyse des données correspondantes aux Premières Nations de la région du Québec de même que la rédaction des différents rapports. Le caractère novateur de l'enquête et la spécificité de la population d'enquête impliquent des innovations méthodologiques et conceptuelles importantes pour mener à bien l'ERLSPN. Bien que l'équipe de recherche de la CSSSPNQL soit composée d'un personnel formé en recherche sociale, la formation complémentaire du personnel aux enjeux de la recherche, aux méthodes d'enquête de même qu'aux différents indicateurs de santé propres aux Premières Nations aurait facilité l'analyse et l'interprétation des résultats. Or, le contexte budgétaire restreint n'a pas permis aux différents analystes et rédacteurs de l'équipe de recherche de la CSSSPNQL d'accéder à des formations ponctuelles et complémentaires.

1.5.3.2 Roulement des employés

L'équipe de recherche de la CSSSPNQL s'est constituée et a grandi en même temps que ce cycle de l'ERLSPN se déployait. L'embauche de personnel s'est donc adaptée aux besoins identifiés au cours des mois et années durant lesquels s'est étendue l'Enquête de 2002. Un peu à l'image de la situation qui a prévalu chez les intervieweurs, le roulement des employés, particulièrement des assistants de recherche a



eu certains impacts sur la réalisation de l'Enquête. En plus de ralentir la production des différents rapports, ce roulement a aussi pu briser le suivi de certaines tâches et de certains dossiers importants dans le cadre de cette enquête. Notons par exemple le transfert des dossiers d'un employé à un autre qui a souffert de ressources limitées afin d'y consacrer le temps nécessaire.

1.6 Notes importantes à l'intention du lecteur

Dans le présent rapport, les données statistiques suivies d'un astérisque (*) ont une variabilité d'échantillonnage élevée (coefficient de variation entre 16,6% et 33,3%). Elles doivent être interprétées avec prudence.

Un dièse (#) indique que les données ont été supprimées étant donné leur variabilité d'échantillonnage trop élevée (coefficient de variation de 33,3% et plus).

La variabilité d'échantillonnage des Malécites étant trop grande, il s'avère impossible d'effectuer le moindre croisement selon cette nation; c'est pourquoi on ne les retrouve pas dans les tableaux et les graphiques traitant des résultats selon les nations.

Dans ce rapport, lorsque l'on utilise les termes « la population des Premières Nations », on se réfère à la population désignée des Premières Nations du Québec, laquelle exclue les Cris, les Inuit, les Innus du Labrador et les Mohawks, à l'exception de la communauté de Kanesatake.

Zones géographiques des communautés

Système de zonage développé par le MAINC afin de catégoriser le degré d'isolement géographique des communautés.

- Zone 1 : Situé à moins de 50km d'un centre de services¹² relié par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 2 : Situé entre 50 et 350km d'un centre de services relié par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 3 : Situé à plus de 350km d'un centre de services relié par une route d'accès ouverte à l'année.
- Zone 4 : Aucune route d'accès ouverte à l'année vers un centre de services.

Tailles des communautés

Petite taille : Entre 0 et 300 habitants
Moyenne taille : Entre 301 et 1 499 habitants
Grande taille : 1 500 habitants et plus.

Notons que les résultats des communautés de petite et moyenne tailles, de même que ceux des zones 3 et 4, ont été fusionnés, car pris individuellement, ils se révélaient sans signification statistique.

Enfin, précisons que tous les résultats furent croisés selon l'âge, le sexe, la nation, la taille et la zone des communautés. Les influences de l'éducation, de la langue la plus souvent utilisée, de l'état civil et du revenu furent également vérifiées lorsque la pertinence de tels croisements nous apparaissait valable. Si des résultats n'apparaissent pas dans le document, c'est donc que les différences n'étaient pas valables statistiquement et, afin d'alléger le texte, nous n'avons pas systématiquement mentionné ces croisements sans valeur statistique.

¹² Localité la plus près pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

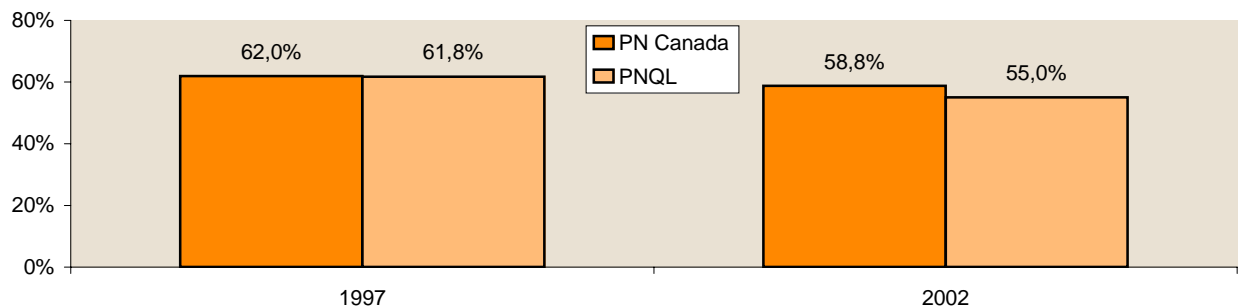
Section 2: Tabagisme chez les adultes des Premières Nations

Tabagisme chez les adultes des Premières Nations

2.1 Tendances générales et prévalence

Bien qu'il demeure très élevé, le tabagisme chez les adultes des Premières Nations de la région du Québec a diminué depuis 1997. Effectivement, alors que le rapport sur l'analyse et l'interprétation de l'enquête médicale régionale 1999 révélait une prévalence du tabagisme atteignant 61,8%¹³, l'enquête de 2002 indiquait que 55,0% des adultes étaient fumeurs; un recul de 6,8% en 5 ans. La variation pour l'ensemble des Premières Nations du Canada était, quant à elle, moins marquée avec 62,0% de fumeurs en 1997 et 58,8% en 2002, une diminution de 3,2%¹⁴.

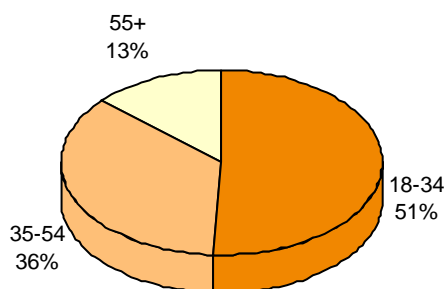
Graphique 2. Évolution de la prévalence du tabagisme chez les adultes des Premières Nations du Canada (PN Canada) et de la région du Québec (PNQL)



2.1.1 Répartition des fumeurs adultes en fonction de l'âge

L'observation de l'âge des fumeurs parmi les Premières Nations témoigne que le tabagisme touche particulièrement les jeunes adultes. Sur l'ensemble de la population adulte s'étant déclaré fumeur, 20,9% avaient entre 18 et 24 ans, 14,8% avaient entre 25 et 29 ans et 15,2% étaient âgés de 30 à 34 ans. Au total, 50,8% des fumeurs adultes sont âgés de moins de 35 ans. Par ailleurs, les personnes de 35 à 54 ans comptent pour 36,0% des fumeurs alors que les personnes de 55 ans comptent pour 13,2% d'entre eux. Le graphique suivant présente la répartition des fumeurs adultes selon deux catégorisations d'âge.

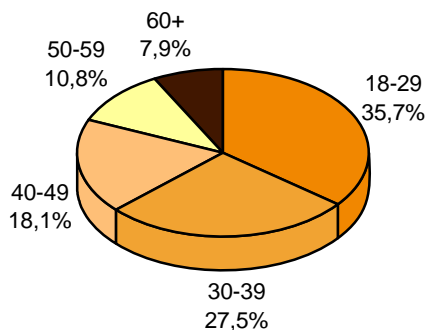
Graphique 3. Fumeurs adultes selon l'âge (1)



¹³CSSSPNQL, 1999, Rapport sur l'analyse et l'interprétation de l'enquête médicale régionale. Région du Québec, p. 37

¹⁴L'enquête a révélé qu'il n'existe pas de différence statistique significative entre les proportions de fumeurs masculins et féminins parmi les adultes des Premières Nations de la région du Québec.

Graphique 4. Fumeurs adultes selon l'âge (2)

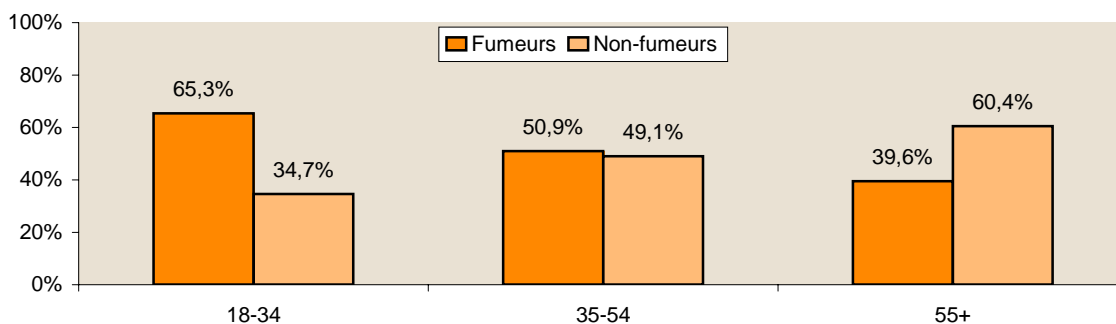


Notons que la différence entre la proportion de fumeurs masculins et féminins n'est pas significative sur le plan statistique lorsqu'on aborde le tabagisme sans autre variable. On ne peut donc affirmer d'emblée que les hommes ou les femmes sont plus enclins à fumer.

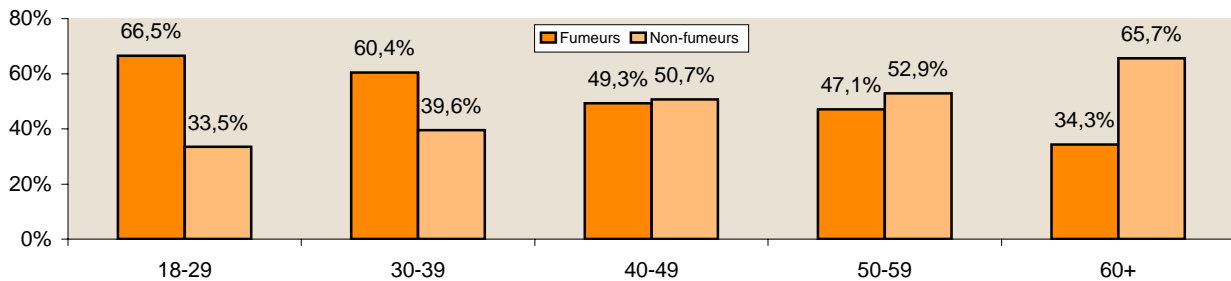
2.1.2 Prévalence du tabagisme par groupe d'âge

Les données concernant les groupes d'âges sont aussi évocatrices lorsque les variables à l'étude sont abordées différemment, c'est-à-dire lorsqu'on s'intéresse à la proportion de fumeurs dans chacun des groupes d'âge. Selon ces paramètres, on constate que les personnes âgées de 18 à 34 ans fument dans une proportion de 65,3%, que les personnes de 35 à 54 ans fument dans 50,9 % des cas et que les personnes de 55 ans et plus sont fumeurs à 36,6%. Selon une catégorisation des groupes d'âge par dizaine, on remarque que les personnes de 18 à 29 ans comptent le plus de fumeurs avec un pourcentage de 66,5% d'entre eux. La proportion de fumeurs au sein de chacun des groupes d'âges diminue ensuite graduellement pour les personnes de 30 à 39 ans (60,4%), de 40 à 49 ans (49,3%), 50 à 59 ans (47,1%) et de 60 ans et plus (34,3%). En somme, les adultes plus jeunes fument davantage que les adultes plus âgés.

Graphique 5. Prévalence du tabagisme par groupe d'âge (1)

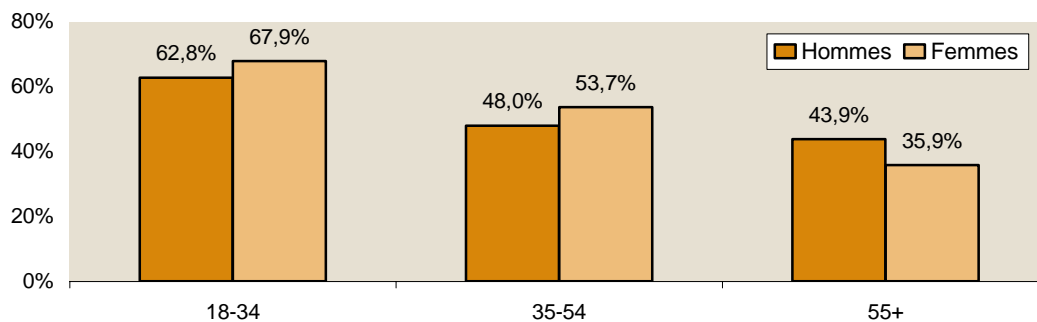


Graphique 6. Prévalence du tabagisme par groupe d'âge (2)

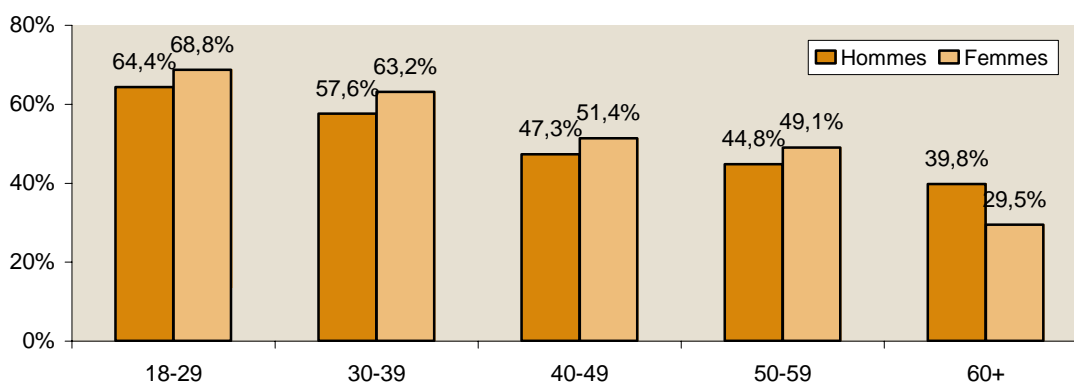


S'il n'existe pas de distinction significative sur le plan statistique entre les niveaux de tabagisme des hommes et des femmes adultes sans égard à l'âge des individus, la répartition selon les genres en fonction de deux échelles d'âges distinctes révèle une donnée pertinente à noter. Pour l'ensemble des groupes d'âges, à l'exception de ceux représentant les aînés (55 ans et plus ou 60 ans et plus selon le cas), les femmes consomment du tabac dans une plus forte proportion que les hommes. La différence est d'environ 5,0% entre les genres, dans chaque groupe d'âge. Par ailleurs, pour les aînés, les femmes fument significativement moins. Chez les 55 ans et plus, la différence est de l'ordre de 8,0 % alors qu'elle atteint 10,3 % pour le groupe des 60 ans et plus. Les graphiques suivants résument ces observations pour les deux catégorisations d'âge.

Graphique 7. Âge des fumeurs selon le sexe (1)



Graphique 8. Âge des fumeurs selon le sexe (2)

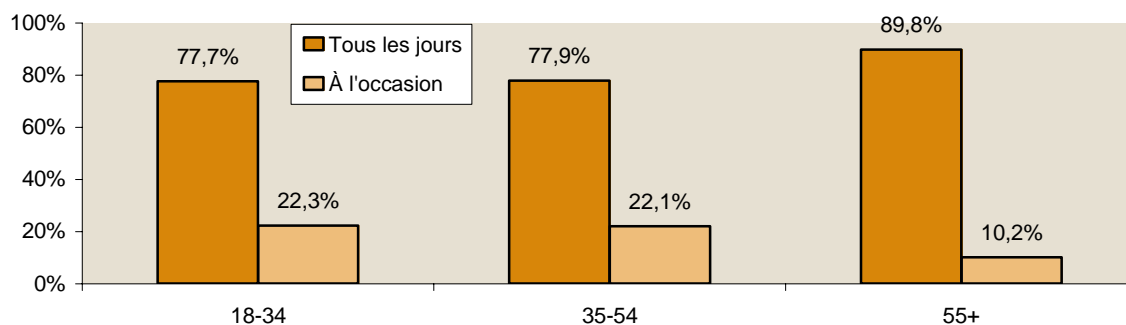


2.2 Habitudes de consommation

2.2.1 Habitudes de consommation selon l'âge

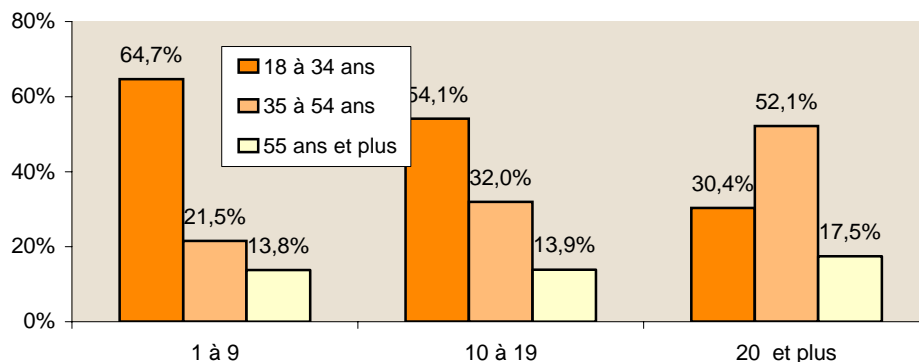
L'enquête révèle qu'une forte majorité de fumeurs adultes consomment du tabac à tous les jours. Ce sont effectivement près de 78,0% des fumeurs adultes de 18 à 54 ans qui fument à tous les jours. Aucune différence significative n'est donc observable entre les deux groupes d'âges de cette catégorie (18-34 et 35-54) du point de vue des habitudes de consommation du tabac. Quant à eux, les fumeurs de 55 ans et plus consomment à tous les jours dans une proportion de 89,8%. À ce chapitre, la différence entre les genres demeure non-significative.

Graphique 9. Habitudes de consommation des fumeurs adultes, présentées par groupe d'âge



L'observation de la consommation de cigarettes par les fumeurs adultes en fonction des groupes d'âge permet d'affiner le portrait du tabagisme au sein des Premières Nations. Alors que le graphique précédent permettait de noter une forte similarité entre les jeunes adultes et les adultes en ce qui a trait à la proportion de fumeurs occasionnels et quotidiens, le prochain graphique indique une différence importante entre les fumeurs quotidiens de ces deux groupes d'âge du point de vue du nombre de cigarettes fumées quotidiennement. 64,9% des fumeurs de 1 à 9 cigarettes par jour sont de jeunes adultes (18-34). La proportion pour ce groupe d'âge diminue à 54,1% et 30,4% des fumeurs de 10 à 19 et 20 cigarettes et plus respectivement. À l'inverse, les adultes de 35 à 54 ans comptent pour 21,5% des fumeurs de 1 à 9 cigarettes par jour, mais sont 32,0% des fumeurs de 10 à 19 cigarettes par jour et composent la majorité des fumeurs de 20 cigarettes et plus quotidiennement (52,1%).

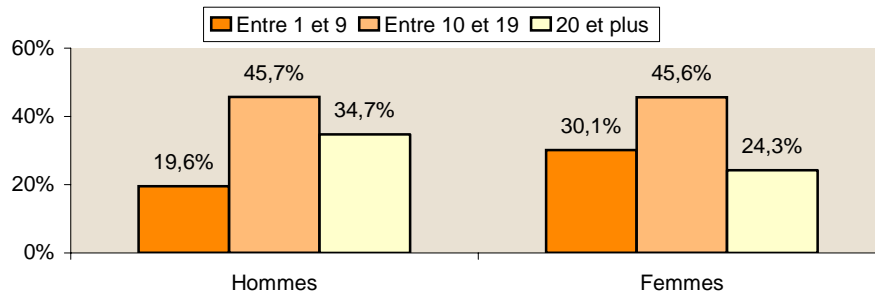
Graphique 10. Nombre de cigarettes fumées chez les fumeurs quotidiens selon le groupe d'âge



2.2.2 Habitudes de consommation des fumeurs selon le genre

Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est aussi distinct entre les hommes et les femmes. Le graphique suivant présente ces distinctions pour les fumeurs et les fumeuses ayant déclaré fumer à tous les jours. Pour les fumeurs quotidiens, ce graphique montre que les hommes ont tendance à fumer plus de cigarettes que les femmes. Étant donné la marge d'erreur de 1,7% associée à l'échantillon de cette enquête, on ne peut identifier de distinction significative sur le plan statistique entre les proportions d'hommes et de femmes qui fument en moyenne 10 à 19 cigarettes par jour.

Graphique 11. Nombre de cigarettes fumées chez les fumeurs quotidiens, par sexe



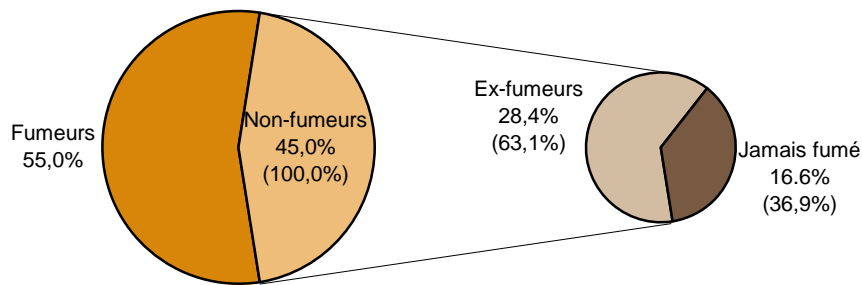
2.2.3 Habitudes de consommation des fumeurs selon le genre et l'âge

En combinant les résultats des deux graphiques précédents, nous obtenons des résultats plus nuancés qui permettent d'identifier les similarités et distinctions en ce qui concerne la consommation de cigarettes en fonction des groupes d'âges. Chez les 18 à 34 ans, la distinction principale entre les hommes et les femmes s'observe chez les fumeurs de 1 à 9 cigarettes par jour. Les femmes fument cette quantité selon une proportion 15,4% supérieure aux hommes, soit 40,4% comparativement à 25,0% chez les jeunes hommes. Le niveau de consommation de 10 à 19 cigarettes est cependant le même entre les hommes et les femmes dans cette tranche d'âge. Entre 35 et 54 ans, on observe une proportion d'hommes qui fument 20 cigarettes ou plus par jour supérieure aux femmes, soit 50,0% contre 38,1%. Les hommes de 35 à 54 ans fument 10 à 19 cigarettes dans une proportion de 38,7%, seulement 5,0% de moins que les femmes. Chez les aînés, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les proportions d'hommes et de femmes fumant 20 cigarettes et plus par jour; ils sont près de 35,0% dans chacun des cas. Par contre, une proportion significativement plus forte d'aînés masculins fument entre 10 et 19 cigarettes par jour, soit 48,6% contre 36,6%.

2.3 Les non-fumeurs et les ex-fumeurs adultes

En 2002, 45,0% des membres de Premières Nations de la région du Québec se déclaraient non-fumeurs. Cependant, parmi ces derniers, 63,1% sont des ex-fumeurs. Le graphique suivant marque cet important détail.

Graphique 12. Habitudes liées au tabac chez les adultes



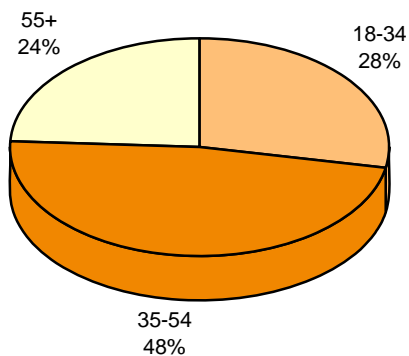
Note: Les chiffres entre parenthèses () correspondent aux proportions du total des non-fumeurs seulement.

Considérant la population totale qui a participé à l'enquête, ce sont donc 28,4% des membres adultes des communautés des Premières Nations de la région du Québec qui sont des ex-fumeurs (63,9% des non-fumeurs). En ajoutant cette proportion au 55,0% de fumeurs dans la même population, l'enquête révèle que 83,4% de la population adulte fumait au moment de l'enquête ou a fumé au cours de sa vie contre 16,6% qui n'ont jamais fumé.

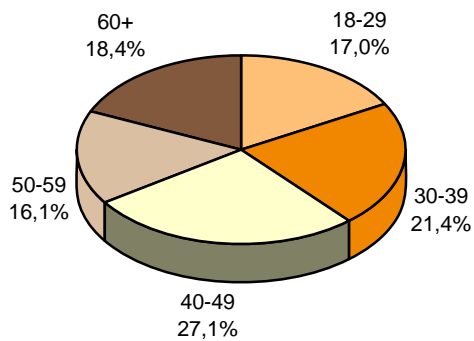
2.3.1 Âge des ex-fumeurs adultes

Les ex-fumeurs dans la population adulte des Premières Nations de la région du Québec étaient composés de 28,1% d'adultes de 18 à 24 ans, de 47,6% d'adultes de 35 à 54 ans et de 24,3% d'adultes de 55 ans et plus. Les deux graphiques suivants témoignent de la répartition de la composition des ex-fumeurs selon deux catégorisations d'âge.

Graphique 13. Répartition des ex-fumeurs adultes selon le groupe d'âge

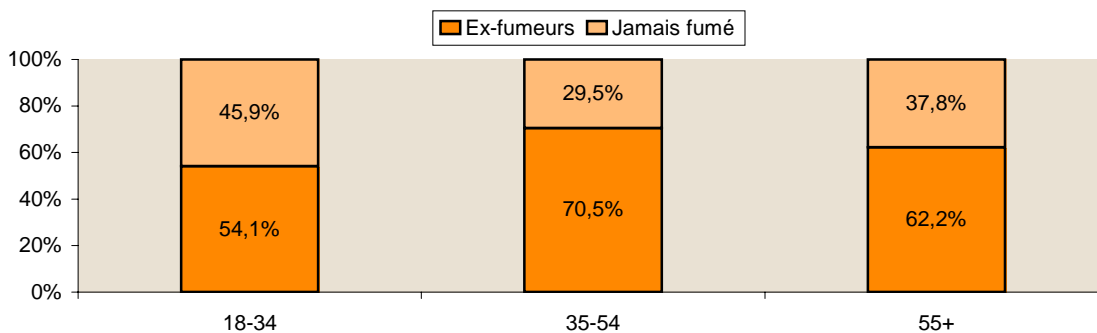


Graphique 14. Répartition des ex-fumeurs adultes selon le groupe d'âge (2)

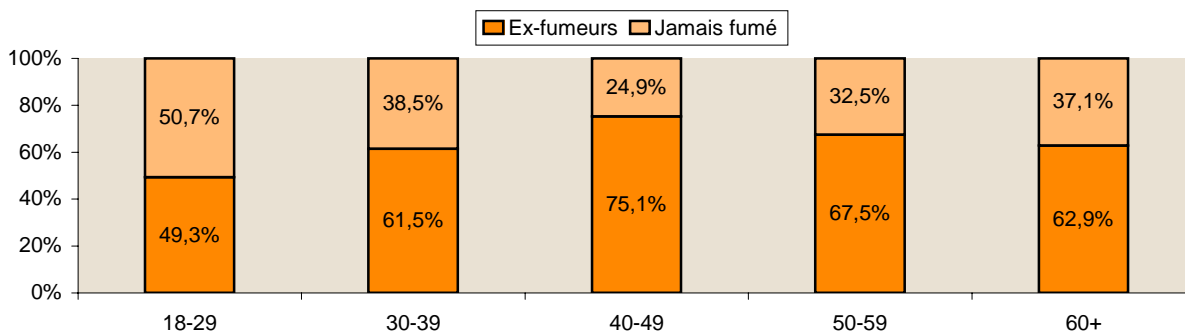


La répartition par groupes d'âge plus restreints permet d'identifier les personnes âgées de 40 à 49 ans comme étant les plus représentées parmi les ex-fumeurs, avec une proportion de 27,1% de ces derniers. Cette même catégorie d'âge compte le plus fort pourcentage d'ex-fumeurs parmi les personnes se déclarant non-fumeurs en comparaison avec les autres groupes d'âges. Le graphique suivant montre en effet que 75,1% des non-fumeurs de 40 à 49 ans sont des ex-fumeurs. En comparaison, les 30-39 ans et les 18-29 ans comptent respectivement 61,5% et 49,3 % d'ex-fumeurs parmi leurs non-fumeurs.

Graphique 15. Proportions d'ex-fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé chez les non-fumeurs, par groupe d'âge (1)



Graphique 16. Proportions d'ex-fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé chez les non-fumeurs, par groupe d'âge (2)

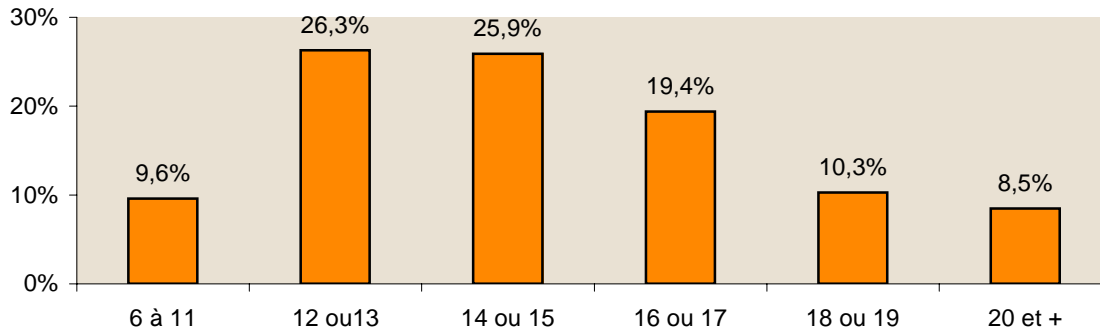


Note : La distinction entre les genres en ce qui a trait aux habitudes liées au tabac est infime et non-significative sur le plan statistique. Ceci indique que pratiquement autant d'hommes que de femmes sont fumeurs, ex-fumeurs ou n'ont jamais fumé, peu importe la catégorie d'âge.

2.4 Âge du début de la consommation de tabac

Près de 10,0 % la population d'adultes fumeurs a déclaré avoir commencé sa consommation à l'enfance, soit à 11 ans ou moins. Le début de l'adolescence a été identifié comme une période clé dans l'adoption de la cigarette dans les habitudes de vie. Ainsi, 26,3% des adultes qui fumaient au moment de l'enquête ont commencé à 12 ou 13 ans et 25,9% ont commencé à 14 ou 15 ans. En somme, ce sont 35,9% des adultes fumeurs qui ont commencé leur consommation de tabac avant 14 ans et 49,0% des fumeurs adultes qui ont débuté leur consommation à 15 ou moins. Les autres fumeurs adultes ont déclaré, dans 19,4% des cas, avoir débuté à 16 ou 17 ans et à 18 ou 19 ans pour 10,3 % d'entre eux. En outre, ce ne sont que 8,5% des fumeurs adultes qui ont commencé à fumer à 20 ans ou plus.

Graphique 17. Âge du début de la consommation chez les fumeurs adultes



2.4.1 Âge du début de la consommation en fonction du genre

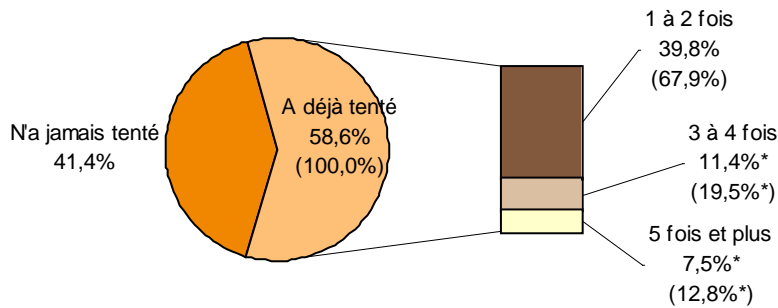
En ajoutant la variable genre au graphique précédent, on constate que les femmes adultes et fumeuses ont débuté leur consommation de tabac plus tôt que les hommes. Elles sont effectivement près de 9,0% de plus que les hommes à avoir débuté à 12 ou 13 ans. Les hommes ont commencé à fumer entre 14 et 15 ans ou entre 16 et 17 ans dans des proportions de 5,5% et 7,3% supérieures aux femmes. Nos données demeurent non utilisables pour les groupes d'âges 6 à 11 ans (variabilité trop élevée) et 18 à 19 ans (en fonction de notre intervalle de confiance). Les données concernant les personnes de 20 ans et plus présentent une différence significative entre les hommes et les femmes, la variabilité qui leur est associée commande cependant de la prudence quant à leur interprétation. L'âge du début de la consommation de tabac, lorsque croisé avec l'âge des fumeurs au moment de l'enquête, ne produit pas de résultats utilisables dans le cadre de ce rapport en raison d'une variabilité d'échantillonnage trop élevée.

2.5 Cesser de fumer

2.5.1 Nombre de tentatives pour cesser de fumer

Les fumeurs actuels ont déclaré avoir effectué au moins une tentative pour cesser de fumer dans une proportion de 58,6 %. Parmi ces personnes, une forte majorité (68,3%) n'ont fait qu'une ou deux tentatives contre près de 20,0% qui ont tenté 3 ou 4 fois et 7,5% qui ont tenté plus souvent. Le graphique suivant présente ces résultats :

Graphique 18. Tentatives pour cesser de fumer parmi les fumeurs adultes au cours des 12 mois précédant l'enquête



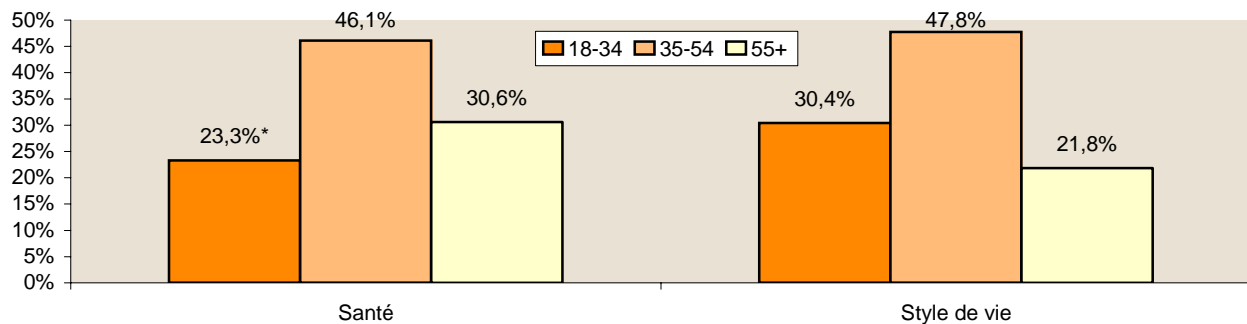
Note: Les chiffres entre parenthèses () correspondent aux proportions du total des personnes ayant déjà tenté de cesser de fumer seulement.

Aucune différence statistique n'existe entre les hommes et les femmes sur cette question. Le questionnaire employé pour cette enquête ne permet pas de vérifier le nombre de tentatives pour cesser de fumer qu'ont effectué les personnes qui sont des ex-fumeurs.

2.5.2 Raisons invoquées pour cesser de fumer

Dans un choix de réponses parmi lesquelles les répondants étaient invités à cocher autant de réponses qui représentaient leur situation, la principale raison invoquée par les ex-fumeurs pour cesser de fumer est l'adoption d'un style de vie plus sain. 60,7% de tous les ex-fumeurs l'ont indiqué, parmi lesquels 63,8% des hommes et 57,2% des femmes qui ont tenté de cesser de fumer, une différence de 6,6% entre les sexes. L'âge des individus semble être en relation plus étroite avec l'indication de l'adoption d'un mode de vie plus sain comme raison pour cesser de fumer. L'âge est aussi lié à la seconde raison la plus mentionnée, soit la santé globale. Le graphique suivant montre les résultats obtenus pour chacun des groupes d'âge :

Graphique 19. Raisons invoquées pour cesser de fumer selon le groupe d'âge



Le respect des autres (22,1%), l'impact de la sensibilisation (19,9%) ou la recommandation du médecin (10,0%) complètent le tableau des raisons invoquées pour arrêter de fumer. Il est impossible de comparer ces raisons à celles présentées dans le tableau précédent, puisqu'elles présentent des pourcentages non significatifs lorsqu'on les considère à partir du genre et de l'âge.

2.5.3 Moyens employés pour cesser de fumer

Le sevrage brutal a été mentionné le plus fréquemment comme moyen employé pour cesser de fumer, il a été employé par 82,6% des ex-fumeurs. Qu'ils soient fumeurs ou ex-fumeurs, 88,0% des personnes de

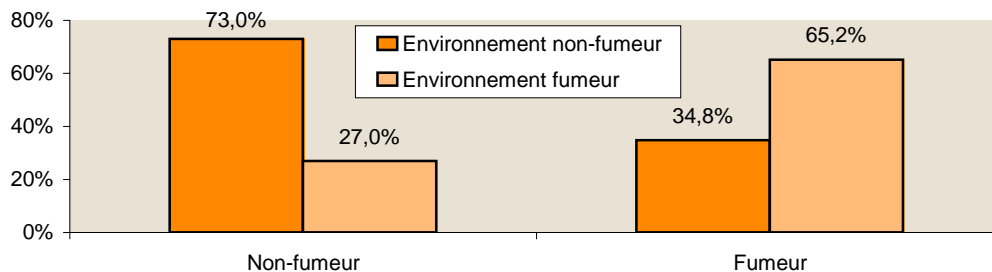
18 à 34 ans, 78,0% des personnes de 35 à 54 ans et 86,0% des aînés ont employé le sevrage brutal pour cesser de fumer. Ces proportions permettent d'anticiper que le sevrage brutal est considéré comme la méthode la plus efficace par les membres des Premières Nations. Dans une proportion beaucoup plus petite, 7,3% des ex-fumeurs ont déclaré avoir employé des timbres de nicotine. La proportion restante d'ex-fumeurs est répartie en fonction de divers moyens employés pour cesser de fumer. La proportion relative à chacun de ces moyens demeure cependant inutilisable puisque non significative sur le plan statistique.

2.6 Exposition à la fumée de cigarette

2.6.1 Environnement et fumée secondaire

L'impact du tabac sur la santé n'est pas seulement associé au fait de fumer la cigarette. La fumée secondaire est désormais reconnue comme un agent cancérigène dont l'impact est non négligeable. Le questionnaire associé à cette enquête documentait l'exposition à la fumée secondaire des membres des Premières Nations de la région du Québec. L'enquête révèle que 52,0% des membres des Premières Nations déclarent vivre dans un environnement fumeur. Avec une proportion de non-fumeurs de 45,0%, ce résultat laisse entrevoir que plusieurs non-fumeurs vivraient dans une maison fumeur. Il y aurait effectivement 27,0% des non-fumeurs qui vivent dans un environnement fumeur et sont conséquemment exposés à la fumée secondaire. Par ailleurs, 34,8% des fumeurs vivent dans une maison non-fumeur.

Graphique 20. Statut de fumeur selon l'environnement (fumeur ou non-fumeur) du domicile



2.6.2 Exposition globale à la fumée de cigarette

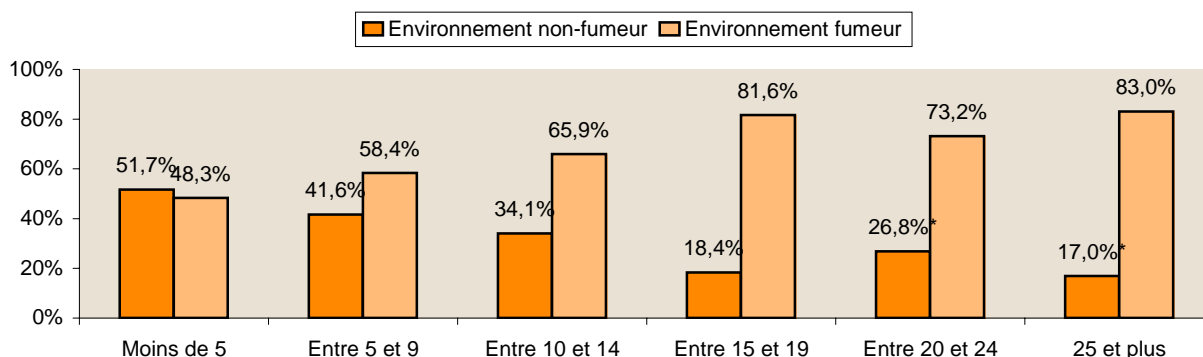
Les données permettent aussi de calculer la proportion d'individus, fumeurs ou non-fumeurs, qui sont exposés à la fumée de cigarette parce qu'eux-mêmes ou un membre de leur ménage fume. Ainsi, on constate qu'un total de 67,2% de membres des Premières Nations sont exposés à la fumée de cigarette, soit 12,2% de plus que la proportion totale de fumeurs adultes (55,0%). Cette proportion constitue une moyenne, il existe une grande variabilité pour cette donnée en fonction des nations.

2.6.3 Niveau de consommation de tabac et type d'environnement

Le nombre de cigarettes fumées par les fumeurs quotidiens est aussi en relation avec l'environnement dans lequel les fumeurs vivent. Alors qu'une proportion pratiquement égale de fumeurs quotidiens vivant dans un environnement fumeur et non-fumeur consomment moins de 5 cigarettes par jour, 83,0% des fumeurs quotidiens de 25 cigarettes ou plus vivent dans un environnement fumeur.



Graphique 21. Nombre de cigarettes fumées, selon l'environnement (fumeur ou non-fumeur) du domicile



2.7 État de santé et tabagisme

NOTE : Les associations entre le tabagisme et la perception de l'état de santé doivent être interprétées avec prudence. Le questionnaire interrogeait les répondants à propos de leur perception de leur état de santé dans une section qui n'abordait pas la question du tabagisme. Il est conséquemment possible que les répondants aient fait fi de leurs habitudes liées au tabac pour exprimer leurs impressions relatives à leur état de santé. Par ailleurs, dans la mesure où l'information documentée est de nature perceptuelle, elle ne peut décrire exactement et de manière objective l'état de santé des répondants.

2.7.1 Perception de l'état de santé et prévalence du tabagisme

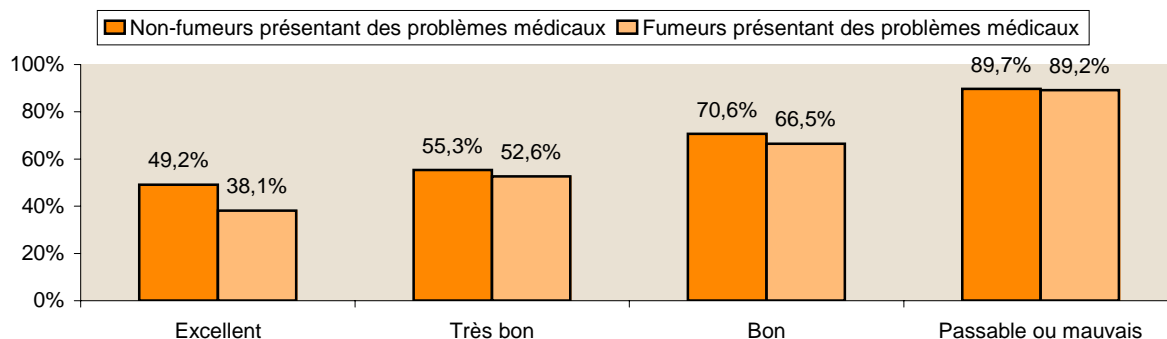
Les adultes des Premières Nations, qu'ils soient fumeurs ou non-fumeurs, ont une perception pratiquement identique de leur état de santé. En moyenne, ils sont 16,7% à estimer leur santé excellente, 31,4% à la considérer très bonne et 35,7% à se dire en bonne santé. Seule la catégorie « santé passable ou mauvaise » présente une différence statistique significative, bien que très faible, entre les fumeurs et les non-fumeurs. Les non-fumeurs se déclarent en santé passable ou mauvaise dans 19,3% des cas contre 13,7% de non-fumeurs. Par ailleurs, il existe une distinction statistique du point de vue de la perception de l'état de santé entre les ex-fumeurs et les personnes n'ayant jamais fumé. Ainsi, les ex-fumeurs se conçoivent en excellente santé dans une proportion de 12,6% et en mauvaise santé dans 23,0% des cas. Quant à elles, les personnes n'ayant jamais fumé présentent des pourcentages de 21,6% et 13,1% respectivement pour ces mêmes catégories. Les autres catégories de perception de l'état de santé ne présentent pas de différences significatives.

2.7.2 État de santé et habitudes de consommation

Qu'ils fument à l'occasion ou à tous les jours, les fumeurs des Premières Nations ont une perception pratiquement identique de leur état de santé individuel, perception qui ne diffère pas non plus de celle des non-fumeurs. De même, les données indiquent que le nombre de cigarettes fumées quotidiennement n'a pas plus d'influence sur l'état de santé perçu.

52,6% des personnes atteintes de problèmes médicaux sont des fumeurs, 60,3% des fumeurs sont donc atteints de problèmes médicaux contre 66,3% des non-fumeurs. En ce qui concerne les ex-fumeurs, 70,0% sont atteints de problèmes médicaux. Le graphique suivant indique qu'il existe peu de différences entre les fumeurs et les non-fumeurs présentant des problèmes médicaux quant à leur perception de leur état de santé. Dans chaque catégorie définissant l'état de santé, les fumeurs et les non-fumeurs sont généralement représentés de manière équivalente. Ceci indique que le fait d'être fumeur ou non, quand ils ont des problèmes de santé, a peu d'incidences sur la perception qu'ont les membres des Premières Nations de leur état de santé. Au-delà du fait d'être fumeur ou non-fumeur, d'autres facteurs de risque et prédispositions entrent probablement en jeu dans la perception de l'état de santé.

Graphique 22. Perception de l'état de santé selon le statut de fumeur des personnes présentant des problèmes médicaux



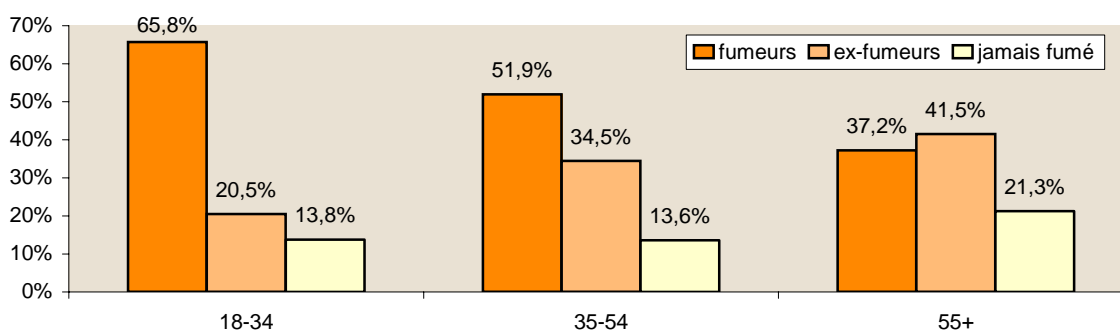
2.7.3 Problèmes de santé et tabagisme

Les fumeurs étaient 60,3% à déclarer des problèmes médicaux contre 70,0% des ex-fumeurs et 58,9% des personnes n'ayant jamais fumé. Ces données ne permettent pas d'associer directement l'expérience de problèmes de santé avec le fait de fumer. En ce sens, l'enquête permet d'anticiper que des facteurs autres que le tabagisme - ou associés à celui-ci - influencent l'état de santé des personnes. Comme on pouvait s'y attendre, les résultats de l'enquête indiquent, par exemple, que l'âge est en relation plus étroite avec l'état de santé. Ainsi, les 18 à 34 ans ont déclaré présenter des problèmes de santé dans 48,0% des cas, contre 68,6% des personnes de 35 à 54 ans et 84,9% des aînés.

2.7.4 Problèmes de santé, tabagisme en fonction de l'âge

Considérons maintenant les habitudes liées à la consommation du tabac pour l'ensemble des personnes ayant déclaré des problèmes de santé dans chacun des groupes d'âge. On remarque que parmi les 18 à 34 ans, 65,8% des personnes présentant des problèmes de santé sont des fumeurs. Cette proportion baisse à 51,9% chez les 35 à 54 ans et à 37,2% chez les 55 ans et plus. Le graphique suivant montre ces observations :

Graphique 23. Statut de fumeur des personnes présentant des problèmes médicaux, par groupe d'âge



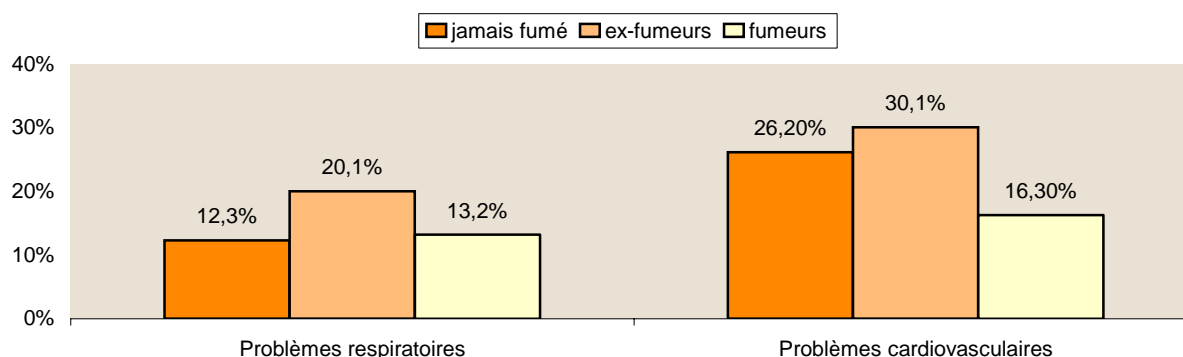
La plus faible proportion de fumeurs parmi les personnes éprouvant des problèmes de santé se trouve chez les 55 ans et plus. Or, parmi ces trois groupes d'âge, ce sont précisément les aînés qui déclarent le plus vivre des problèmes de santé (84,9%). Ce sont aussi ces derniers qui présentent la prévalence du tabagisme le plus faible. Ce cas suggère que l'âge avancé, probablement en raison des pathologies qui lui sont associées, est mis en cause dans l'état de santé à plus forte raison que le fait de fumer. Par contre, l'observation de la proportion d'ex-fumeurs chez ces derniers – qui atteint le double de celle des jeunes adultes – porte à croire que les aînés pourraient être plus malades parce qu'ils ont déjà fumé dans le passé. De même, les aînés ont pu délaisser l'habitude de fumer étant donné que leur santé se détériorait. À ce propos, les ex-fumeurs aînés



ont déclaré avoir cessé de fumer pour des raisons de santé dans 48,5% des cas contre 37,0% et 31,0% des ex-fumeurs de 35 à 54 ans et de 18-34 ans respectivement.

Bien que le tabagisme soit reconnu comme étant un facteur de risque prédisposant à plusieurs maladies, les données de l'enquête n'indiquent pas de relation marquée entre le tabagisme et l'expérience de problèmes médicaux divers, mis à part les problèmes respiratoires et cardiovasculaires. Le graphique suivant montre la relation entre le statut fumeur et ces deux types de problèmes de santé. On y voit que 12,3 % de fumeurs expérimentent des problèmes respiratoires, contre 20,1% d'ex-fumeurs et 13,2 % de fumeurs. Les problèmes cardio-vasculaires sont quant à eux plus répandus dans l'ensemble des groupes. 26,2% de non-fumeurs, 30,1% d'ex-fumeurs et 16,3% de fumeurs en sont atteints.

Graphique 24. Statut de fumeur des personnes présentant des problèmes respiratoires ou cardiovasculaires



Le graphique précédent montre une plus forte occurrence des deux types de maladies chez les ex-fumeurs. Ceci permet d'anticiper que le tabagisme y soit en cause. La séparation des personnes présentant ces maladies selon les groupes d'âge permet de préciser les observations.

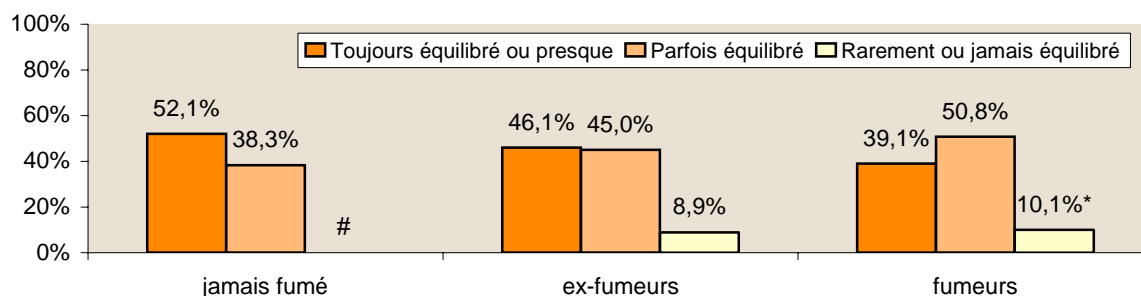
Dans le groupe d'âge des 35 à 54 ans, le pourcentage de personnes atteintes de problèmes cardio-vasculaires est de plus de trois fois supérieur à celui des plus jeunes, soit 24,6% contre moins de 8,0 %. C'est dans ce même groupe que la proportion d'ex-fumeurs est la plus élevée, ils comptent effectivement pour 70,5% des non-fumeurs. Les aînés, quant à eux, vivent des problèmes de santé cardiovasculaire dans 49,1% des cas. En ce qui a trait aux problèmes respiratoires, ils affectent 23,5% des aînés contre la moitié d'adultes et de jeunes adultes. Notre échantillon ne permet pas de produire de données valides décrivant d'un même jet l'occurrence de ces maladies pour tous les groupes d'âge et en fonction des trois statuts de fumeur.

2.8 Tabagisme et style de vie

2.8.1 Régime alimentaire

L'enquête a documenté les habitudes alimentaires des membres des Premières Nations. Dans la mesure où l'alimentation est liée au style de vie adopté par les individus, elle peut être mise en relation avec le tabagisme qui est aussi un indicateur du style de vie. Les données révèlent que les fumeurs déclarent avoir un régime toujours équilibré ou presque toujours équilibré dans une plus faible proportion que les ex-fumeurs ou les personnes n'ayant jamais fumé. Ils sont respectivement 39,1 % des fumeurs, 46,1% des ex-fumeurs et 52,1% des personnes n'ayant jamais fumé à adopter une alimentation toujours ou presque toujours équilibrée.

Graphique 25. Statut de fumeur selon la qualité perçue du régime alimentaire



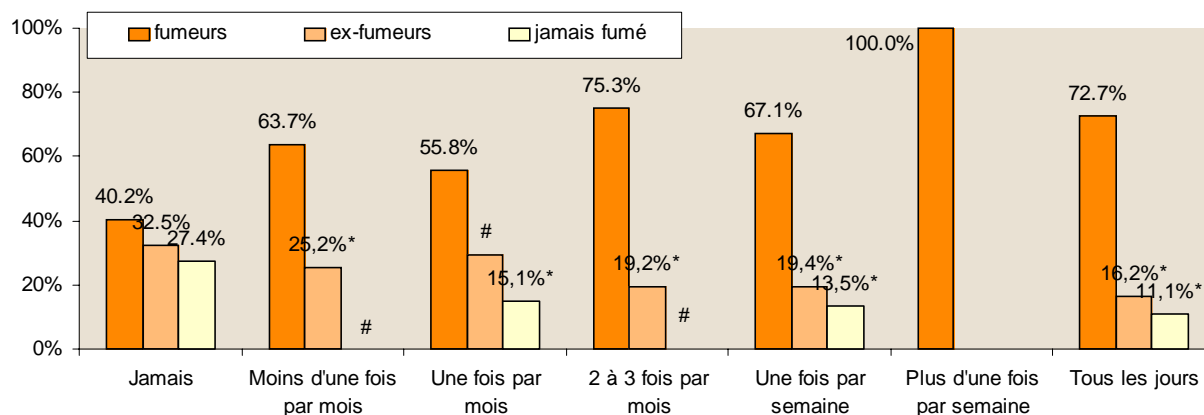
Notons aussi que les habitudes liées au tabac ne semblent pas en lien avec la consommation d'aliments vides, bien que celle-ci demeure élevée. Près de 90,0% des personnes ont en effet mentionné en consommer plusieurs fois par semaine, peu importe leurs habitudes liées au tabac. La disponibilité et le prix élevé de la nourriture saine et fraîche en région isolée et le régime alimentaire en transition des Premières Nations (d'une alimentation fondée sur les produits de la chasse et de la cueillette à une alimentation basée sur la nourriture du commerce) a probablement un impact majeur sur cette forte proportion.

2.8.2 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est en relation assez étroite avec les habitudes liées à la consommation de tabac. Les résultats indiquent que parmi les gens qui déclaraient avoir consommé de l'alcool dans les 12 mois précédant l'enquête, 15,6% n'avaient jamais fumé, 23,6% étaient des ex-fumeurs et 60,9% étaient fumeurs. La différence entre les fumeurs et les non-fumeurs sur cette question atteint donc 45,3%. L'enquête a aussi permis d'obtenir des informations concernant la fréquence de consommation d'alcool associée au statut de fumeur déclaré. Les résultats de ces associations témoignent d'un lien entre la consommation d'alcool et de tabac.

L'occurrence de la consommation de 5 verres ou plus d'alcool en une seule occasion a été documentée lors de l'enquête. Considérant qu'une proportion de 55,0% de personnes fument au sein des Premières Nations, les données indiquent que les fumeurs, en comparaison avec le reste de la population, sont plus nombreux à consommer 5 verres ou plus d'alcool lors d'une même occasion. Le graphique suivant montre que dans la plupart des catégories de consommation de 5 verres et plus (de « jamais » à « tous les jours »), les fumeurs sont majoritaires dans une proportion qui dépasse 55,0%. La proportion atteint 100,0% chez ceux qui consomment cette quantité plus d'une fois par semaine.

Graphique 26. Fréquence de consommation de 5 verres ou plus d'alcool en une seule occasion en fonction du statut de fumeur



NOTE : Le graphique précédent présente plusieurs résultats dont la variabilité d'échantillonnage commande une prudence particulière pour leur interprétation.

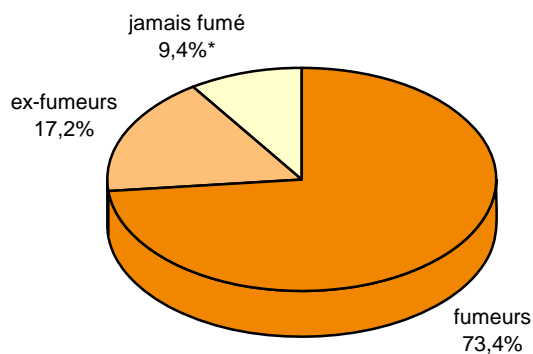
2.8.3 Traitement pour abus d'alcool

L'alcoolisme ou la consommation excessive d'alcool a mené 15,5% des membres adultes des Premières Nations à suivre un traitement pour abus d'alcool. Les personnes ayant déclaré avoir suivi un traitement pour consommation excessive d'alcool ont aussi déclaré être fumeurs dans 68,2% des cas. 29,7% étaient quant à eux des ex-fumeurs. Ceci indique que pratiquement toutes les personnes qui ont suivi un traitement lié à l'abus d'alcool sont fumeurs. Ceci vient appuyer les données qui indiquent qu'une relation existe entre la consommation d'alcool et le tabagisme.

2.8.4 Consommation de drogue

En faisant abstraction du type de drogue consommée, 36,2% des adultes ont dit avoir consommé de la drogue dans les douze mois précédant l'enquête. Parmi ces 36,2% de consommateurs adultes de drogue, 73,4% sont fumeurs et 17,2 % sont des ex-fumeurs. Le graphique suivant illustre ces dernières données :

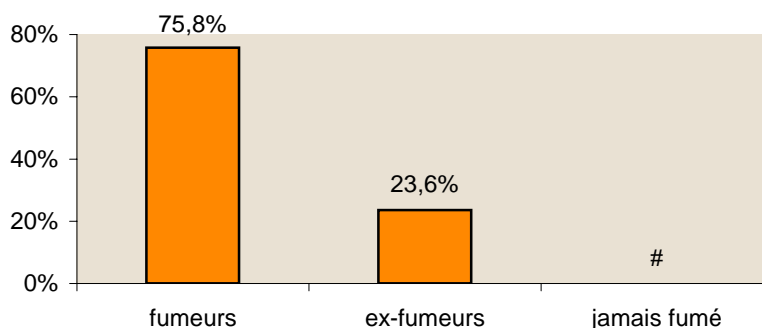
Graphique 27. Statut de fumeur des personnes ayant déclaré avoir consommé de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête




2.8.5 Traitement pour abus de drogues

La consommation de tabac semble aussi être associée au fait de suivre des traitements pour abus de drogue. On remarque, comme dans le cas des traitements pour l'abus d'alcool, que près de 100,0% des personnes ayant subi des traitements pour abus de drogue sont des fumeurs (75,8%) ou des ex-fumeurs (23,6%). Si le tabagisme ne peut expliquer le passage en centre de traitement pour abus de drogue, ces données permettent de mettre en relief les liens et associations qui existent entre le tabagisme et la consommation de drogue.

Graphique 28. Statut de fumeur des personnes ayant déclaré avoir suivi un traitement pour abus de drogue



26,5% des adultes ont déclaré avoir consommé de la marijuana ou du haschisch dans les 12 mois précédant l'enquête. Le mode de consommation de ces substances (principalement fumées) fait en sorte qu'elles sont



souvent associées à la consommation de tabac. Ainsi, 37,5% des fumeurs adultes en ont consommé contre 13,3% des ex-fumeurs et 13,1% des personnes n'ayant jamais fumé. Lorsqu'on considère la consommation de marijuana en fonction du statut de fumeur de ces consommateurs, on constate que parmi les consommateurs de marijuana ou de haschisch, 77,5% étaient des fumeurs, 14,2% étaient des ex-fumeurs et 8,2% n'avaient jamais fumé. L'habitude de fumer occasionnellement ou à tous les jours n'est pas en relation avec la consommation de marijuana ou de haschisch.

Par ailleurs, la consommation de drogue autre que la marijuana ou le haschisch a concerné 22,0 % de la population adulte dans les 12 mois précédant l'enquête. Encore dans cette catégorie, les fumeurs représentent 73,5% des consommateurs de drogue, 18,0% sont ex-fumeurs et 8,5% n'ont jamais fumé. La répartition des fumeurs occasionnels et quotidiens (qui demeure à environ 20,0% et 80,0% respectivement) parmi les gens ayant consommé de la drogue autre que la marijuana et le haschisch dans les 12 mois précédant l'enquête est relativement égale. Ainsi, 29,1% des fumeurs quotidiens et 31,8% des fumeurs occasionnels ont consommé de la drogue (la différence demeure non-significative sur le plan statistique). On peut en déduire que le fait de fumer ou non est en relation plus étroite avec le fait de consommer de la drogue que l'habitude de consommer du tabac occasionnellement plutôt que quotidiennement.

2.8.6 Tabagisme et activités physiques

Parmi les adultes des Premières Nations, la pratique d'activités physiques ne semble pas être en relation avec le statut de fumeur. Effectivement, une différence d'à peine plus de 10% distingue les personnes ne pratiquant aucune activité physique des personnes qui en pratique intensément, soit 11 heures ou plus par semaine. Les proportions de fumeurs dans chacun de ces deux groupes sont de 50,1% et 62,5% respectivement. Les proportions d'ex-fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé au sein de chacune de ces catégories d'activités montrent une constance similaire.

2.8.7 Tabagisme et activités traditionnelles

Dans la mesure où la consommation traditionnelle de tabac est associée à la pratique d'activités traditionnelles, il peut aussi exister une relation entre la consommation non-traditionnelle de tabac et la pratique d'activités traditionnelles. Les données de l'enquête permettent d'effectuer ces observations. 70,8% de la population totale a déclaré pratiquer des activités traditionnelles¹⁵. Parmi l'ensemble de ces gens, 56,7% sont aussi fumeurs, soit une proportion similaire de la proportion totale de fumeurs au sein des Premières Nations. De même, une différence non valide est observée entre le pourcentage de fumeurs et de non-fumeurs qui ont déclaré avoir pris part à une activité traditionnelle au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les deux pourcentages sont conséquemment rapprochés de celui relatif à la population totale. Ces données ne permettent donc pas de mettre en relation le tabagisme et le fait de pratiquer ou non une activité traditionnelle. Les données ne permettent pas, par ailleurs, de vérifier si la consommation de tabac est plus ou moins intense pendant la pratique d'activités traditionnelles. Elles ne permettent pas non plus d'évaluer si la pratique d'activités traditionnelles fait augmenter, diminuer ou n'a aucun impact sur la prévalence du tabagisme.

2.9 Éducation et tabagisme

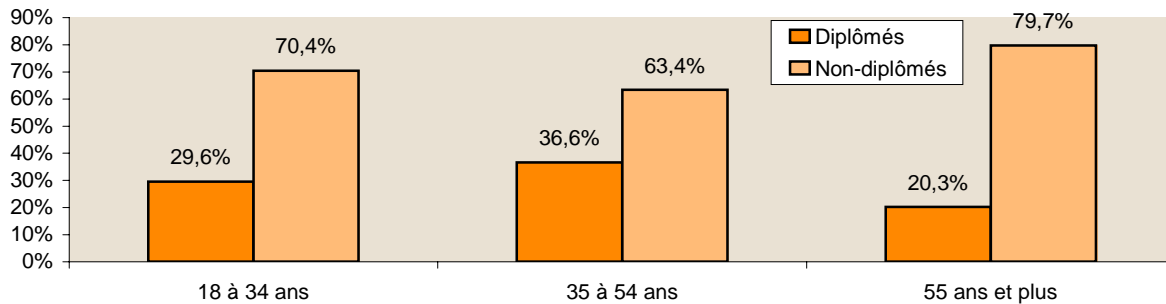
2.9.1 Diplôme secondaire et tabagisme

Avec 61,4% des personnes qui n'ont pas obtenu de diplôme secondaire et qui fument contre 45,3% de fumeurs chez ceux qui l'ont obtenu, les données de l'enquête indiquent que le niveau d'éducation est en relation avec les habitudes liées au tabac. Considérant les groupes d'âges, les fumeurs de 18 à 34 ans, sont non diplômés dans 70,4% des cas. La proportion est de 63,4% chez les 35 à 54 ans et de 79,7% chez les aînés. Le tableau suivant présente ces données :

¹⁵ La catégorie « pratique d'activités traditionnelles » comprend l'ensemble des personnes qui ont déclaré avoir pratiqué la chasse, le piégeage, la pêche, la raquette ou le canot dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête.



Graphique 29. Fumeurs selon l'obtention du diplôme secondaire, présentés par groupe d'âge



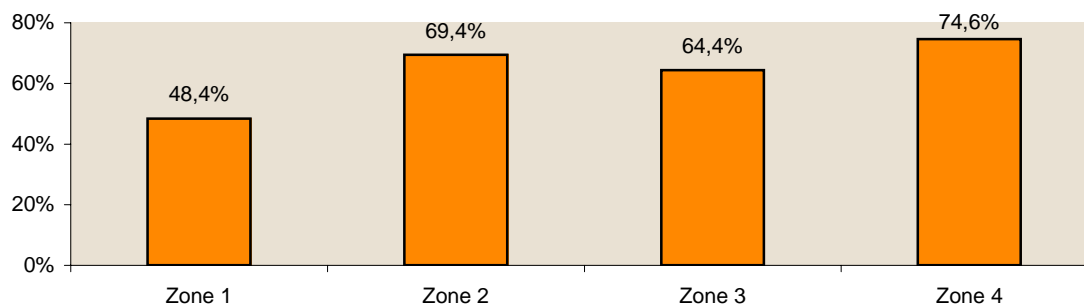
Si l'on considère la proportion de fumeurs en fonction de différents niveaux d'éducation, on remarque une différence importante entre les diplômés du secondaire d'une part et les diplômés universitaires d'autre part. Les premiers sont fumeurs dans des proportions des 47,2% contre 31,3% chez les universitaires. Nous remarquons également que les taux les plus élevés de fumeurs se retrouvent chez les individus n'ayant pas complété leur secondaire et ceux ayant un diplôme collégial ou professionnel, avec respectivement 59,9% et 56,4%.

2.10 Tabagisme et isolement géographique des communautés

NOTE : Les données présentées dans cette section (2.10), particulièrement celles référant aux zones 3 et 4 sont fournies à titre indicatif seulement. Le faible nombre de répondants des communautés dans les deux dernières zones et la forte variabilité entre ces dernières en ce qui a trait aux questions liées au tabagisme empêche qu'un portrait représentatif puisse être dressé. Ainsi, la comparabilité des zones entre elles demeure très limitée.

Le pourcentage de fumeurs varie lorsqu'on le considère en fonction de l'isolement géographique des communautés. La zone 1 compte la proportion la plus faible de fumeurs avec 48,4% des personnes vivant dans les communautés de cette zone. Les communautés de la zone 4 comptent le plus de fumeurs avec 74,6% de la population qui fume. Le graphique suivant exprime ces différences :

Graphique 30. Proportions de fumeurs selon la zone de la communauté



Le nombre de cigarettes fumées distingue aussi les zones entre elles. La zone 1 présente le plus faible taux de fumeurs de 1 à 9 cigarettes par jour (35,9%) et la zone 3 présente le plus fort pourcentage dans cette catégorie (55,7%). À l'inverse, la zone 1 a le plus fort pourcentage de personnes fumant 20 cigarettes et plus par jour (29,1%) alors que la zone 3 compte moins de 10,0% de fumeurs de cette catégorie (9,9%). La très forte variabilité de notre échantillon ne nous permet pas de documenter les distinctions qui pourraient exister quant à l'âge du début de la consommation de cigarettes entre les zones en fonction des mêmes regroupements que ceux employés pour la population totale. Cependant, les données permettent de constater que les adultes fumeurs des zones 2 et 3 commencent à fumer avant l'âge de 16 ans dans une proportion légèrement supérieure aux fumeurs des zones 1 et 4. Pour les zones 1 à 4, on obtient respectivement 62,2 %, 67,5%, 68,4% et 57,0% de fumeurs ayant débuté à 15 ans ou moins.

La zone 3 se démarque aussi en ce qui a trait à l'habitude de consommation de tabac. Les fumeurs des zones 1, 2 et 4 fument tous les jours dans une proportion de près de 80,0% alors qu'en zone 3, les fumeurs quotidiens représentent 66,1% des fumeurs.

2.11 Taille de la communauté et tabagisme

NOTE : Les données présentées dans cette section (2.11), particulièrement celles référant aux communautés de petites tailles, sont fournies à titre indicatif seulement. La forte variabilité entre les communautés composant cette catégorie en ce qui a trait aux questions liées au tabagisme empêche qu'un portrait représentatif puisse être dressé. Ainsi, la comparabilité des différentes tailles de communautés entre elles demeure très limitée.

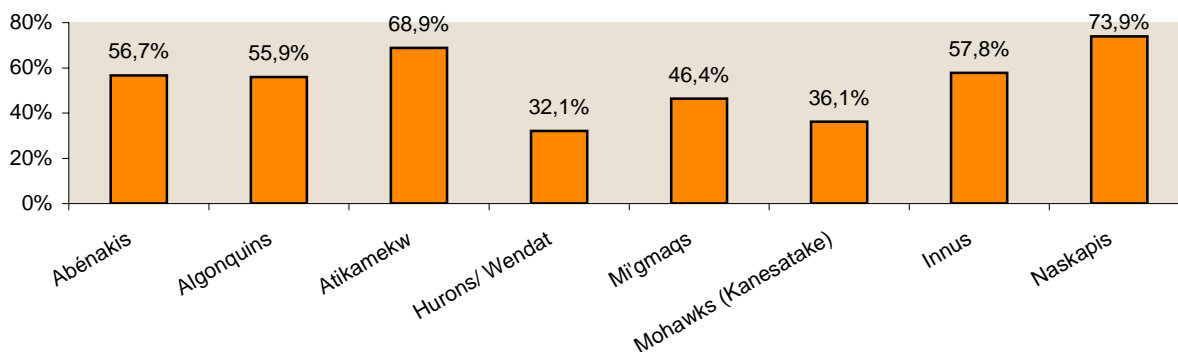
La proportion de fumeurs, d'ex-fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé ne varie pas de manière significative sur le plan statistique entre les communautés regroupées d'après leur taille (petite, moyenne et grande). Par contre, l'habitude de consommation des fumeurs présente une variation appréciable entre ces trois catégories de communautés. Ainsi, 86,0% des fumeurs des communautés de petite taille fument sur une base quotidienne, contre 80,7% et 75,9% dans les communautés de taille moyenne et grande respectivement.

Le nombre de cigarettes fumées par jour distingue les communautés des trois tailles à plus forte raison. Si la zone 1 est la zone où la prévalence du tabac est la plus faible, la plus forte proportion de fumeurs de 20 cigarettes et plus par jour se retrouve dans cette zone avec 29,1% des fumeurs. La zone 1 compte aussi le plus faible pourcentage de fumeurs de 1 à 9 cigarettes quotidiennes. À l'inverse, la zone 3 compte 9,9% de fumeurs de 20 cigarettes et plus par jour, mais 55,7% de consommateurs de 1 à 9 cigarettes quotidiennes.

2.12 Nations et tabagisme

Les données de l'enquête permettent d'évaluer la proportion de fumeurs au sein de chacune des nations de la région du Québec. Rappelons que la moyenne de la prévalence du tabagisme est de 55,0% de l'ensemble des Premières Nations. Si cette moyenne témoigne bien de la réalité des Nations Abénakis (56,7%), Algonquins (55,9%) et Innus (57,8%), d'autres nations ont des pourcentages de fumeurs éloignés de cette moyenne. C'est le cas, entre autres, des Hurons/Wendat dont 32,1% des membres fument ou des Naskapis dont 73,9% des membres sont fumeurs. Le graphique suivant indique le pourcentage de fumeurs par nation :

Graphique 31. Proportions de fumeurs par nation



Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est aussi un facteur qui distingue les nations de manière claire. Les Naskapis, la nation dont la prévalence du tabagisme est la plus élevée, présente un pourcentage (70,0%) de personnes fumant 20 cigarettes et plus par jour (les gros fumeurs) de près de 25% supérieur aux Hurons/Wendat qui ont le second pourcentage le plus élevé de personnes fumant cette quantité de cigarettes (44,6%*). À l'opposé, les Atikamekw qui suivent pourtant les Naskapis pour la prévalence du tabagisme au sein de leur nation, présentent la plus faible proportion de fumeurs de 20 cigarettes ou plus (13,5%*)¹⁶ par jour.

Les proportions concernant une consommation de tabac plus faible, soit 1 à 9 cigarettes quotidiennement (les petits fumeurs), indiquent que la nation des Hurons/Wendat (22,3%*) et des Innus (28,7%) comptent la plus faible proportion de fumeurs de cette catégorie alors que les Algonquins en comptent 53,9%. Ils sont suivis de près par les Atikamekw qui sont 49,9% à fumer cette quantité. Les fumeurs de cette quantité de

¹⁶ Il est possible que les Nations Algonquins et Naskapis présentent des proportions comparables. La variabilité d'échantillonnage élevée des proportions correspondant à ces Nations ne nous permet pas d'utiliser les résultats obtenus pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

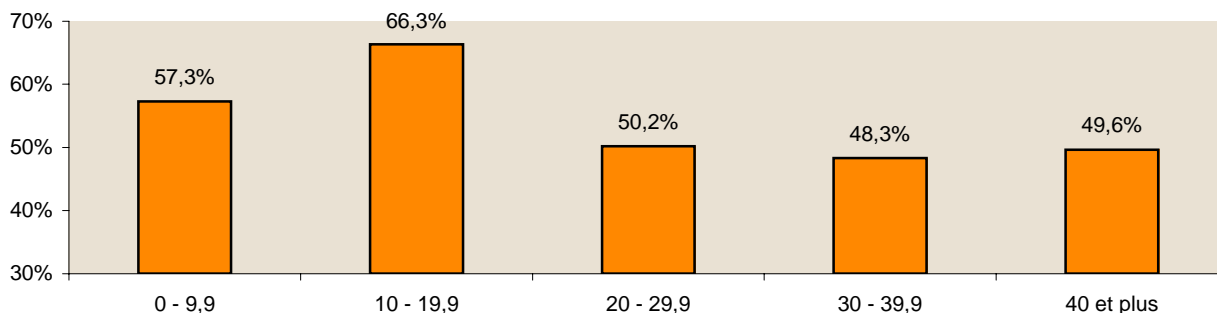


cigarettes parmi les autres nations sont en proportion rapprochée de la moyenne pour cette catégorie, soit 38,5%.

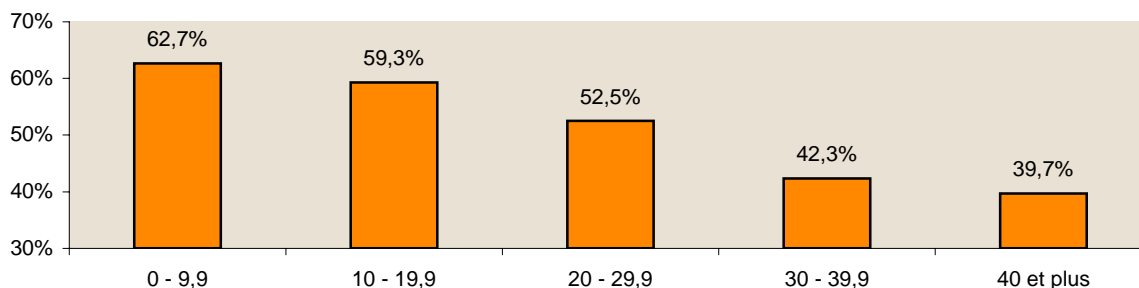
2.13 Tabagisme et revenus

Un bas niveau de revenu est souvent associé à une forte prévalence du tabagisme. En ce qui concerne les Premières Nations, le lien entre le niveau de revenus et le tabagisme est peu marqué du point de vue du revenu des ménages, mais assez clair en ce qui concerne les revenus individuels. Dans ce second cas, les données permettent de produire une courbe constante entre un fort pourcentage de fumeurs dont le revenu individuel est de 0 à 9 999\$ annuellement et un pourcentage inférieur de 23,0% pour les personnes gagnant plus de 40 000\$ annuellement. Les deux graphiques suivant expriment la relation entre le revenu et le tabagisme.

Graphique 32. Proportions de fumeurs selon le revenu du ménage (en milliers de dollars)



Graphique 33. Proportions de fumeurs selon le revenu personnel (en milliers de dollars)

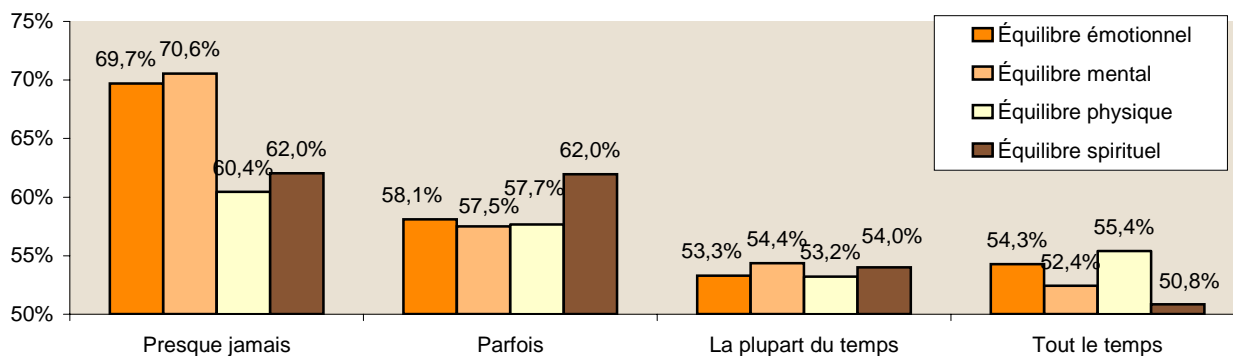


2.14 Bien-être et tabagisme

Il existe une relation entre le niveau de bien-être exprimé par les membres des Premières Nations et la prévalence du tabagisme. Il semble que peu importe qu'il s'agisse d'équilibre émotionnel, mental, physique ou spirituel, les personnes ayant déclaré n'être presque jamais en équilibre fument plus que les personnes ayant déclaré être souvent ou presque toujours en équilibre. Par exemple, les premiers fument dans 60,4% à 70,2% des cas, selon la catégorie d'équilibre. Ce sont les personnes n'étant presque jamais en équilibre mental ou émotionnel qui fument le plus. À l'opposé, celles et ceux qui se déclarent tout le temps en équilibre fument dans des proportions de 50,8% à 55,4%. La plus faible proportion de fumeurs est parmi ceux qui sont tout le temps en équilibre spirituel. Ils sont cependant suivis de près par ceux étant toujours en équilibre mental (52,4%), émotif (54,3%) puis physique (55,4%)¹⁷. Le prochain graphique montre les résultats obtenus concernant le lien entre le tabagisme et les niveaux d'équilibre déclarés.

¹⁷ Étant donné notre marge d'erreur, la distinction entre les catégories doit se faire de manière prudente.

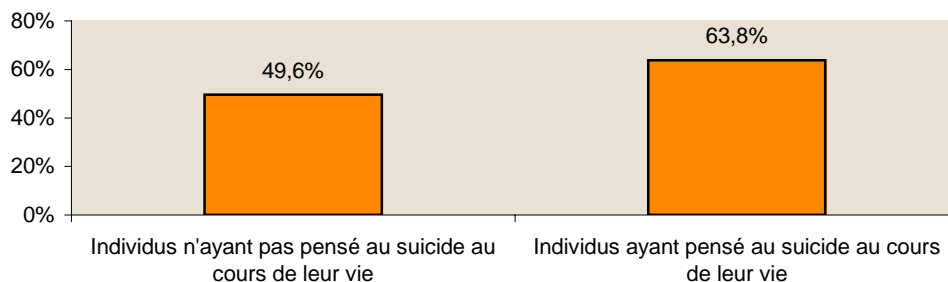
Graphique 34. Pourcentage de fumeurs selon l'état d'équilibre émotionnel, mental, physique et spirituel¹⁸ des individus



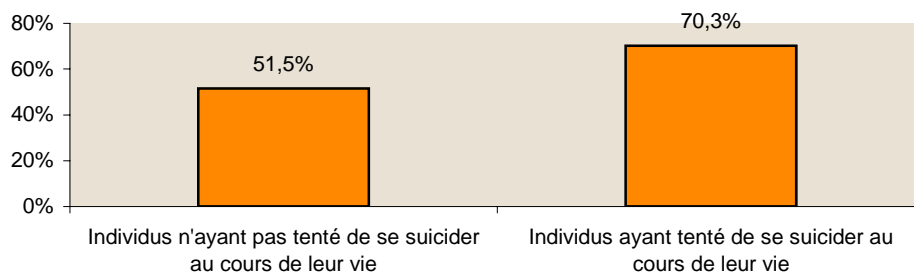
2.14.1 Tabagisme et suicide

Les données de l'enquête indiquent un lien entre la question du suicide et le tabagisme. 63,8% des personnes ayant pensé au suicide au cours de leur vie fument, comparativement à 49,6% pour ceux n'y ayant jamais pensé. De plus, 60,4% des individus ayant affirmé s'être sentis déprimés au cours des 12 mois précédant l'enquête fument, comparativement à 52,2% pour ceux qui ne se sont pas sentis déprimés. Enfin, 70,3% des individus ayant déclaré avoir tenté de se suicider (les résultats quant aux tentatives de suicide ne concernent que les tentatives manquées) au cours de leur vie fument.

Graphique 35. Pourcentage de fumeurs chez les individus ayant pensé ou non au suicide au cours de leur vie



Graphique 36. Pourcentage de fumeurs chez les individus ayant tenté de se suicider au cours de leur vie.



¹⁸ Les notions d'équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel sont subjectives. Le questionnaire n'offrait pas de définition aux répondants mais leur indiquait de s'informer de chacun et de cocher les réponses correspondant à leur perception.

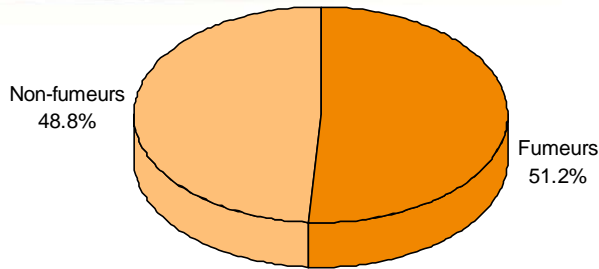
Section 3: Tabagisme chez les adolescents des Premières Nations

Tabagisme chez les adolescents des Premières Nations

3.1 Prévalence du tabagisme

La proportion de jeunes fumeurs chez les Premières Nations est légèrement inférieure à la moyenne des adultes de la même population. Effectivement, 51,2% des adolescents de 12 à 17 ans fument contre une moyenne de 55,0% d'adultes.

Graphique 37. Proportions de fumeurs et de non-fumeurs parmi les adolescents des Premières Nations

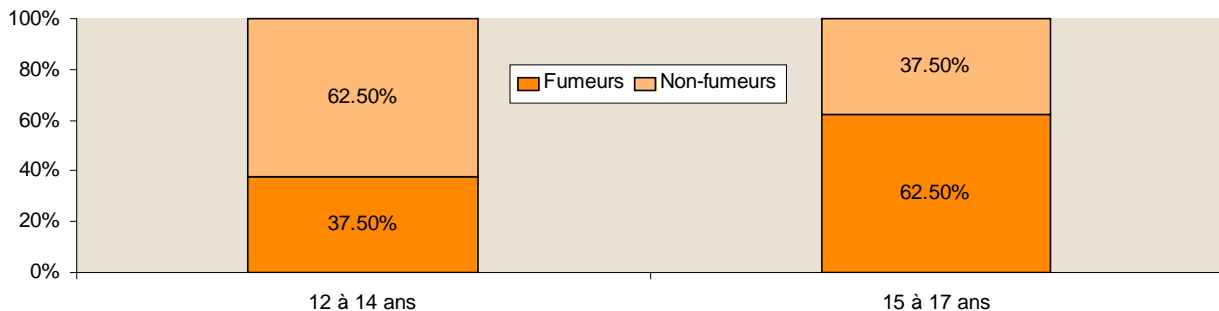


Malgré leur jeune âge, il y a une proportion d'adolescents qui ont répondu être des ex-fumeurs. La proportion de l'échantillon qui a déclaré être ex-fumeur demeure très petite et doit être employée prudemment. Les données indiquent que ce sont 7,2%* des adolescents qui sont des ex-fumeurs. Conséquemment, les non-fumeurs sont composés à 14,8%* d'ex-fumeurs.

3.1.1 Âge des fumeurs adolescents

La répartition de l'âge des fumeurs donne une indication de la composition en âge des fumeurs adolescents. Sur l'ensemble des adolescents qui ont répondu être fumeurs, 33,2% n'avaient que 12 à 14 ans, les autres avaient 15 à 17 ans. Considérant maintenant tous les représentants de chacune des catégories d'âge pour l'ensemble des adolescents des Premières Nations, les données permettent d'identifier la proportion de fumeurs qu'elles contiennent. Ainsi, sur l'ensemble des jeunes de 12 à 14 ans, 37,5% de personnes se sont déclarées fumeurs. Près du double des 15 à 17 ans, soit 62,5% d'entre eux sont fumeurs. Le graphique suivant illustre ces dernières données.

Graphique 38. Proportions des fumeurs adolescents selon la catégorie d'âge¹⁹

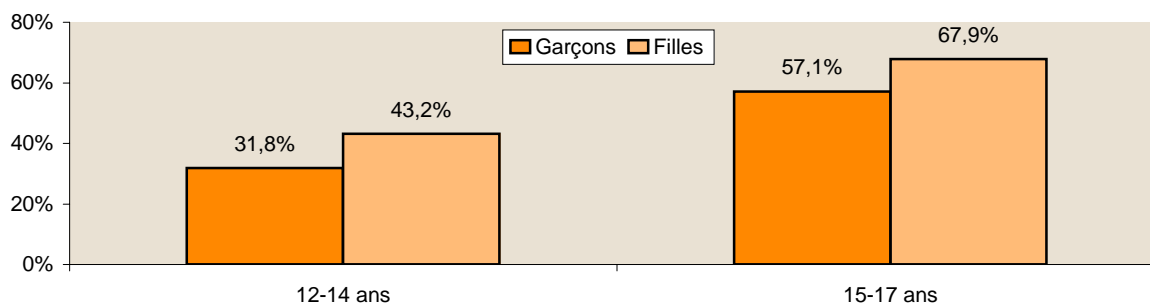


¹⁹ Le graphique présente, pour chaque catégorie d'âge et de manière distincte, la proportion de fumeurs par rapport aux non-fumeurs. Bien que le total des proportions de fumeurs relatives aux deux catégories d'âge totalise 100%, ceci relève du hasard et ne doit pas être interprété comme étant une expression de la répartition du total de fumeurs adolescents selon leur groupe d'âge. Cette dernière est exprimée dans le texte précédant le graphique.

3.1.2 Sexe des fumeurs adolescents

Les données de l'enquête témoignent d'une distinction importante entre la prévalence du tabagisme chez les adolescents et les adolescentes. Leur situation est en ce sens comparable à la population non-autochtone de la province de Québec où une même tendance est observée. Ainsi, chez les adolescents de 12 à 14 ans, 31,8% des garçons fument contre 43,2% des filles du même âge. L'écart est légèrement moins grand mais demeure significatif entre les garçons et les filles de 15 à 17 ans. Ces derniers fument dans des proportions respectives de 57,1% et 67,9%. Le graphique suivant illustre ces distinctions.

Graphique 39. Prévalence du tabagisme selon le sexe, présentée par groupe d'âge



3.2 Habitudes de consommation des adolescents

3.2.1 Habitudes de consommation

Alors qu'entre 77,7% et 89,8% des adultes fumeurs consomment des cigarettes à tous les jours, la consommation quotidienne de tabac concerne 66,0% des fumeurs adolescents. L'âge n'est pas lié de manière très forte avec l'habitude de consommation de tabac. Ainsi, les fumeurs quotidiens composent 61,3% des adolescents de 12 à 14 ans contre 68,3% des 15 à 17 ans. D'une même manière, les données indiquent que le sexe des adolescents n'est pas en relation étroite avec l'habitude de consommation. Les filles sont 62,8% à fumer à tous les jours contre 68,7% de garçons.

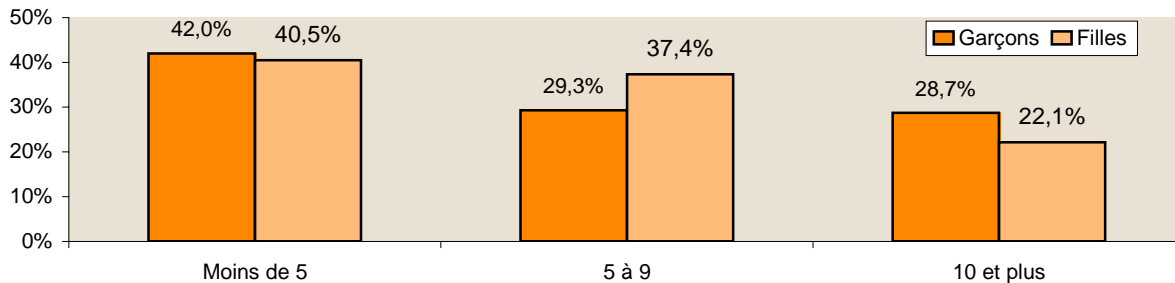
3.2.2 Nombre de cigarettes fumées par jour

Le quart des adolescents fument en moyenne 10 cigarettes et plus par jour, environ le tiers en fument entre 5 et 9. 41,2% fument moins de 5 cigarettes par jour (soit la moitié des 12 à 14 ans et un peu plus du tiers des 15 à 17 ans).

3.2.3 Habitudes de consommation selon le sexe

La différence entre les garçons et les filles au chapitre des habitudes de consommation selon les sexes n'est valide que pour les catégories 5 à 9 cigarettes par jour et 10 cigarettes et plus. Ainsi, on peut affirmer que les garçons et les filles fument 5 cigarettes ou moins quotidiennement dans des proportions égales. Le graphique suivant présente des différences entre les garçons et les filles.

Graphique 40. Quantité de cigarettes fumées selon le sexe



3.2.4 Habitudes de consommation selon l'âge

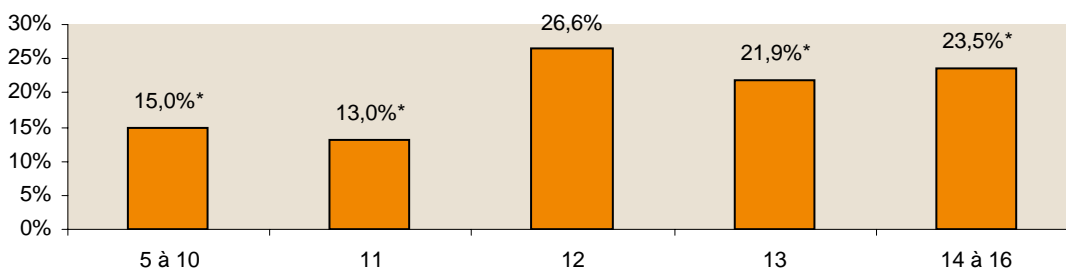
Comme on peut s'y attendre, les jeunes adolescents ont tendance à consommer moins de cigarettes quotidiennement. La moitié (50,5%) des fumeurs de 12 à 14 ans en consomment moins de 5 par jour. À l'opposé, ils sont 19,7%* à en consommer 10 et plus. Chez les 15 à 17 ans, ils sont 36,7% à en fumer moins de 5 par jour, autant à en fumer 5 à 9 (35,5%) et 27,8%* à en fumer 10 et plus par jour.

3.3 Âge du début de la consommation de tabac

3.3.1 Début de la consommation

Les adolescents ont commencé à fumer la cigarette plus tôt que les adultes. Par exemple, les fumeurs adultes ont déclaré avoir débuté leur consommation à 13 ans ou moins dans une proportion de 35,9%. En ce qui concerne les adolescents, ils étaient 76,5% à déclarer avoir débuté à ces âges²⁰. Plus de la moitié des adolescents (54,6%) déclareraient avoir débuté à 12 ans ou moins. Le graphique suivant illustre l'âge de début de consommation de tabac pour l'ensemble des adolescents.

Graphique 41. Âge du début de la consommation de tabac pour l'ensemble des adolescents fumeurs, présenté par groupe d'âge



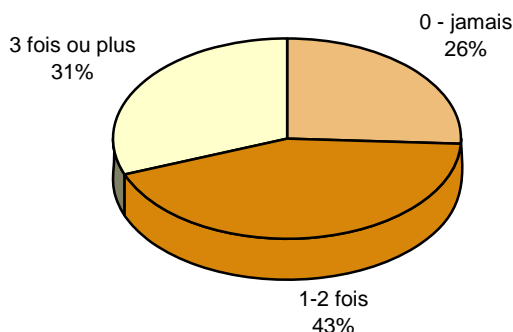
Pour les adolescents, les données de l'enquête ne permettent pas de mettre le sexe en relation avec l'âge de début de consommation de tabac. Aucune différence statistique significative ne distingue effectivement les sexes à ce niveau et ce, peu importe le groupe d'âge. Une seule exception; près de 10,0% plus de garçons que de filles débutent leur consommation à l'âge de 12 ans, soit 31,7%* des garçons contre 22,6%* des filles. Cet âge est le plus fréquemment identifié par les garçons alors que les filles mentionnaient le plus fréquemment 12 et 13 ans dans des proportions indistinctes sur le plan statistique.

²⁰ Note : Étant donné que 19,1% des adultes ont déclaré avoir débuté leur consommation de cigarettes après 17 ans, il faut demeurer prudent dans la comparaison de l'âge de début de consommation de tabac des adolescents et des adultes. Ne considérant que les adultes ayant débuté leur consommation avant 18 ans, les pourcentages pour chacun des groupes d'âges inférieurs à 18 ans auraient été supérieurs. Cependant, ils n'auraient pas atteint le niveau des adolescents et la différence demeurerait statistiquement significative.

3.4 Cesser de fumer

La forte proportion de jeunes qui tentent de cesser de fumer est peut-être un indicateur de leur conscience à l'égard des effets nocifs que peut avoir le tabac sur leur santé ou de leur réponse positive aux campagnes anti-tabac. Lorsqu'on associe le pourcentage d'adolescents qui tentent de cesser de fumer (74,1% dans les 12 mois précédant l'enquête) et le pourcentage d'adolescents qui fument (66,0%), les données de l'enquête permettent d'anticiper que la prévention du tabagisme, c'est-à-dire les actions entreprises pour éviter que les jeunes ne commencent à fumer, est moins efficace que les campagnes faisant la promotion de l'arrêt du tabagisme. Le graphique suivant montre le nombre de tentatives pour cesser de fumer chez les adolescents :

Graphique 42. Nombre de tentatives pour cesser de fumer chez les adolescents (12 mois précédant l'enquête)



En ce qui a trait aux raisons pour lesquelles les adolescents ont cessé de fumer, les données ne produisent des proportions significatives sur le plan statistique que pour la raison suivante : adopter un mode de vie plus sain. Ils sont 63,7%²¹ d'ex-fumeurs à avoir mentionné cette raison.

3.5 Exposition à la fumée de cigarette

3.5.1 Prévalence du tabagisme et exposition à la fumée secondaire

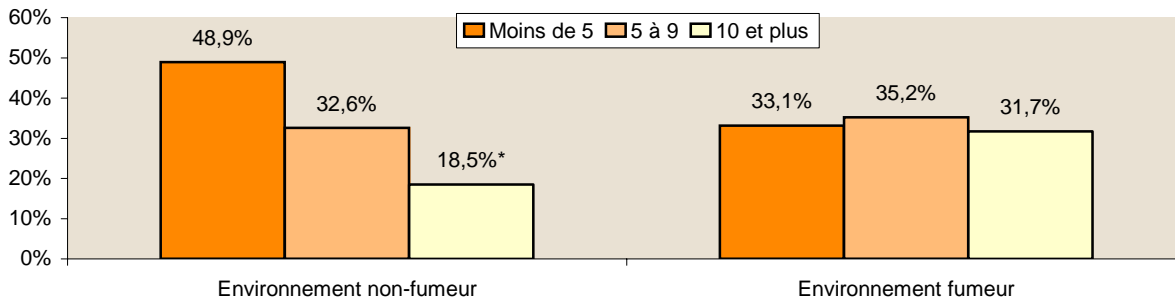
L'exposition des fumeurs et des non-fumeurs adolescents à la fumée secondaire est semblable à celle des adultes. La moitié des adolescents ont déclaré vivre dans un environnement fumeur. Cependant, à la différence des adultes, une proportion égale de fumeurs et de non-fumeurs vivent dans un environnement fumeur et non-fumeur. Or, les adolescents qui vivent en milieu fumeur ne sont pas tous fumeurs. En combinant les fumeurs et les adolescents non-fumeurs exposés à la fumée de cigarette, les données indiquent que 76,3% des adolescents sont exposés à la fumée de cigarette. Chez les adultes, seulement 27,0% des non-fumeurs vivent dans un environnement fumeur. Dans la mesure où les jeunes ont souvent tendance à imiter leurs parents plus âgés, le fait que près de 50,0% d'adolescents non-fumeurs vivent en milieu fumeur pourrait être considéré comme une des causes de l'adoption du tabagisme par les adolescents.

3.5.2 Nombre de cigarettes fumées quotidiennement et exposition à la fumée secondaire

Comme pour les adultes où on remarquait que le nombre de cigarettes fumées par les personnes vivant en milieu non-fumeur était inférieur à celui des fumeurs vivant en milieu fumeur, les fumeurs adolescents fument des quantités inférieures de cigarettes à chaque jour lorsqu'ils vivent en milieu non-fumeur. Le graphique suivant indique, par exemple, que beaucoup moins de jeunes fument 10 cigarettes et plus par jour quand leur milieu de vie est non-fumeur.

²¹ Bien que le pourcentage soit valide pour la population d'ex-fumeurs, le soulignage commande une utilisation prudente de cette donnée car la population d'ex-fumeurs au sein des adolescents est très petite et par conséquent, sa validité est limitée.

Graphique 43. Quantité de cigarettes fumées quotidiennement selon le type d'environnement

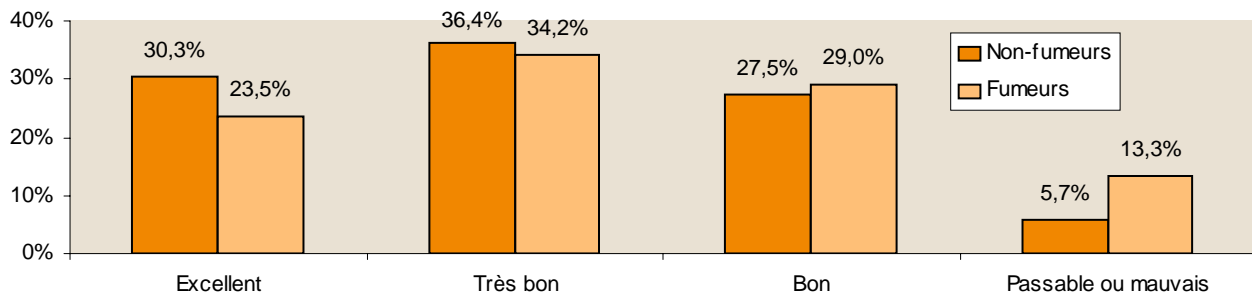


3.6 État de santé et tabagisme

3.6.1 Perception de l'état de santé et tabagisme

Comme pour les adultes, les adolescents ont été invités à commenter leur état de santé sur une base perceptuelle. Le graphique suivant montre que la catégorie « excellent » a été mentionnée par plus de non-fumeurs que de fumeurs. À l'opposé, la catégorie « passable ou mauvais » est mentionnée plus de deux fois plus souvent par les fumeurs. Les catégories médianes (« très bon » et « bon ») ne présentent pas de différences significatives entre les fumeurs et les non-fumeurs. Notre marge d'erreur de 1,7% laisse effectivement ouverte la possibilité que les proportions pour les fumeurs et les non-fumeurs dans chaque catégorie soient indistinctes. Le graphique suivant résume ces informations :

Graphique 44. Perception de l'état de santé en fonction du statut de fumeur



3.6.2 Problèmes de santé et tabagisme

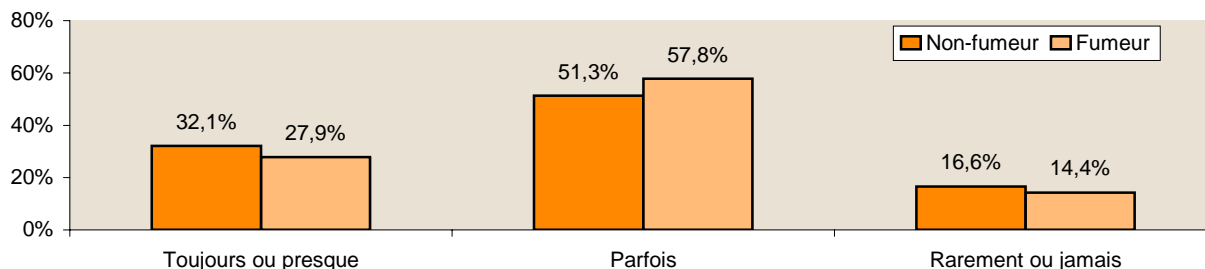
Le fait de fumer ou non, chez les adolescents, n'est pas en relation avec l'expérience de diverses maladies. Les données indiquent en effet qu'autant de fumeurs que de non-fumeurs souffrent de maladies, incluant les problèmes respiratoires.

3.7 Tabagisme et style de vie

3.7.1 Régime alimentaire et tabagisme

Un écart très faible distingue les fumeurs des non-fumeurs du point de vue de la qualité de leur régime alimentaire. Plus de fumeurs (32,1%) que de non-fumeurs (27,9%) ont déclaré entretenir un régime équilibré « toujours ou presque ». À l'inverse, à peine plus de fumeurs (57,8%) que de non-fumeurs (51,3%) ont déclaré avoir un régime parfois équilibré. La différence entre les fumeurs et les non-fumeurs qui ont déclaré avoir un régime rarement ou jamais équilibré est non significative. Elle est de près de 15,0% dans les deux cas. Le graphique suivant indique ces minces différences :

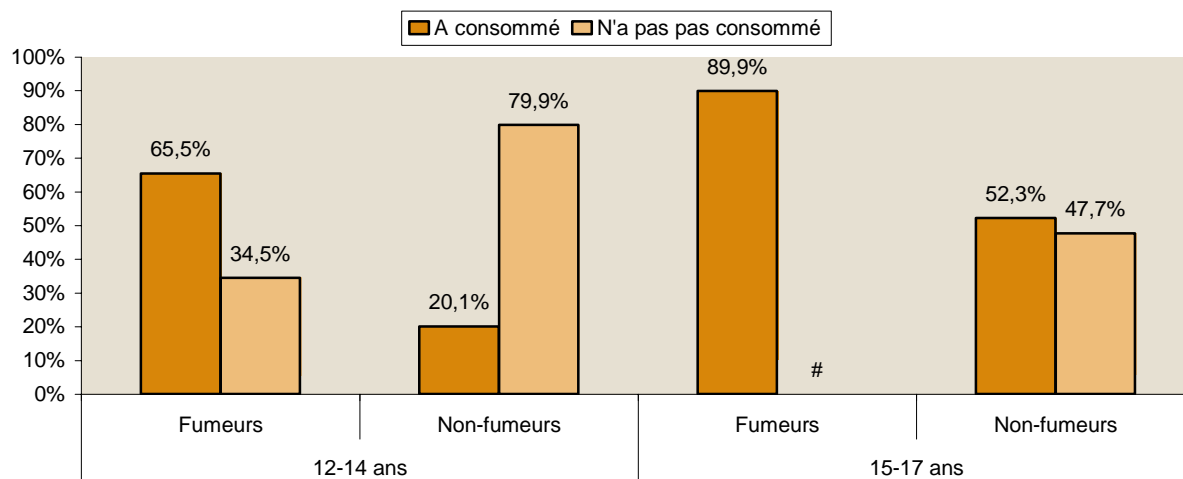
Graphique 45. Régime alimentaire équilibré en fonction du statut de fumeur



3.7.2 Consommation d'alcool et tabagisme

Il existe un lien apparemment assez fort entre le fait d'avoir consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois et le fait de fumer la cigarette. Le graphique suivant est très évocateur à ce sujet.

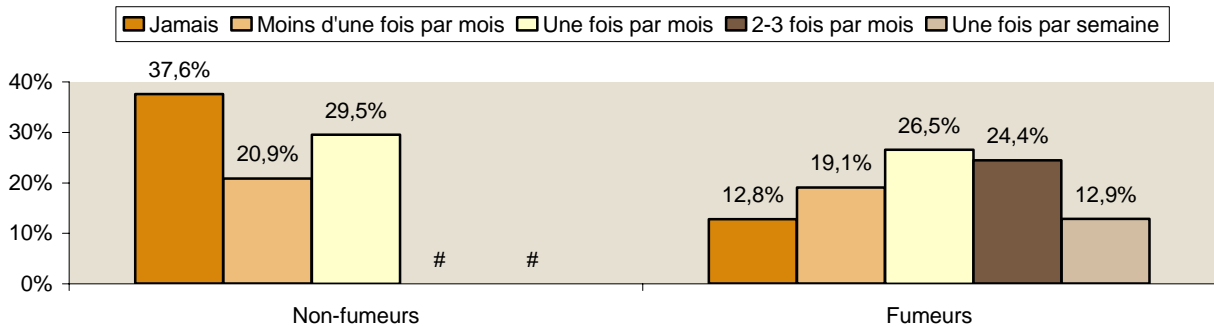
Graphique 46. Répartition des consommateurs d'alcool en fonction du statut de fumeur, par groupe d'âge



Les données présentées dans le tableau précédent permettent de comprendre que la consommation de cigarettes est en relation avec le fait d'avoir consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois précédant l'enquête. En effet, les 12 à 14 ans et les 15 à 17 ans qui sont fumeurs ont consommé de l'alcool dans des proportions beaucoup plus fortes que leurs pairs non-fumeurs. Par ailleurs, une proportion beaucoup plus forte de fumeurs de 15 à 17 ans que de 12 à 14 ans ont consommé de l'alcool, soit 89,9% contre 65,5% respectivement. Ainsi, l'habitude de fumer le tabac est associée à la consommation d'alcool, mais doit être comprise à la lumière de l'âge des adolescents. La relation est plus forte pour les adolescents plus âgés, mais demeure claire pour les adolescents de 12 à 14 ans.

La consommation de 5 verres ou plus d'alcool en une seule occasion a aussi été documentée pour les adolescents des Premières Nations qui ont participé à l'enquête. Cette variable est aussi en relation avec le statut de fumeur des adolescents. On remarque que si autant de fumeurs que de non-fumeurs consomment cette quantité d'alcool une fois par mois, ils sont beaucoup plus de fumeurs à consommer 5 verres ou plus 2 à 3 fois par mois ou une fois par semaine. Un total de près de 40,0% de fumeurs sont dans cette situation contre un pourcentage trop faible pour être significatif chez les non-fumeurs. Le graphique suivant résume ces constatations.

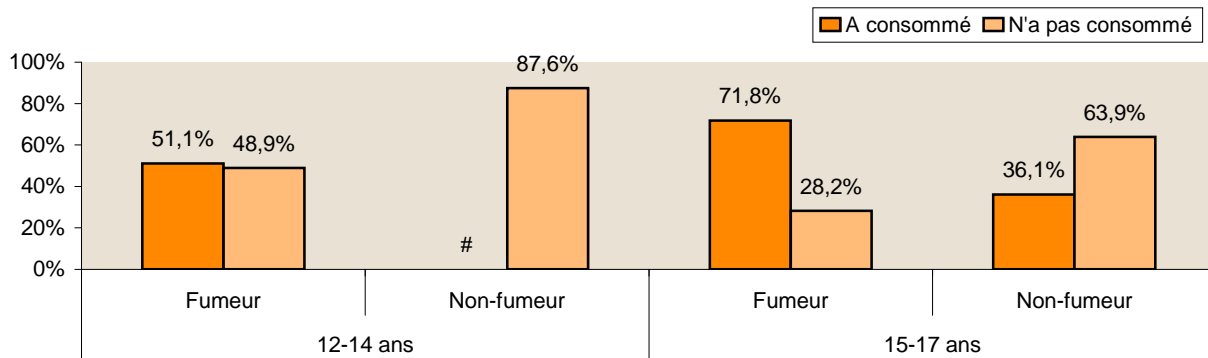
Graphique 47. Occurrence de la consommation de 5 verres ou plus d'alcool en une seule occasion selon le statut de fumeur



3.7.3 Consommation de drogue et tabagisme

La consommation de cigarettes et celle de drogues semblent être en relation, mais principalement chez les 15 à 17 ans. Dans ce groupe d'âge, les fumeurs ont consommé de la drogue dans les 12 mois précédant l'enquête dans une proportion de 71,8% contre 36,1% chez les non-fumeurs. Les fumeurs de 12 à 14 ans ont consommé de la drogue quant à eux selon un pourcentage de 51,1% contre une minorité non significative du même âge chez les non-fumeurs. Le graphique suivant exprime ces données.

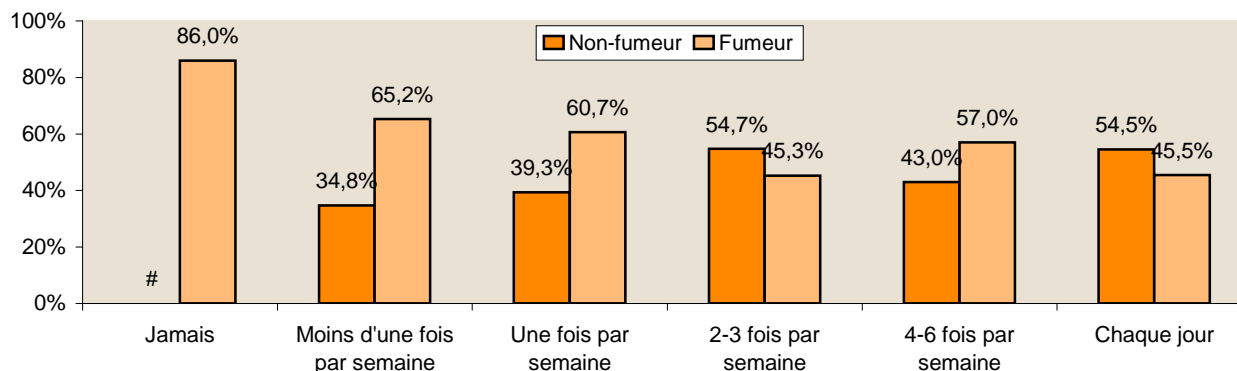
Graphique 48. Répartition des consommateurs de drogue en fonction du statut de fumeur, par groupe d'âge



3.7.4 Tabagisme et activité physique

Selon les données de l'enquête, il n'existe pas de relation convaincante entre le fait de fumer la cigarette et le niveau d'activité physique des adolescents quand on compare les adolescents sur la base de leur statut de fumeur. Par contre, quand on les compare selon différents niveaux de fréquence de pratique d'activité physique, une tendance est observable. Le graphique suivant est révélateur :

Graphique 49. Statut de fumeur en fonction de différents niveaux d'activité physique



Dans le graphique précédent, on remarque que parmi les adolescents ayant déclaré des fréquences de pratique d'activité physique inférieures (de jamais à une fois par semaine), les fumeurs sont beaucoup plus représentés. Par contre, à partir de 2 à 3 fois par semaine d'activité physique, l'écart est réduit entre les fumeurs et les non-fumeurs sans que toutefois les fumeurs deviennent clairement majoritaires chez les adolescents pratiquant des activités physiques très fréquemment (4 à 6 fois par semaine ou chaque jour).

Si l'on considère le nombre d'heures passées à faire des activités physiques qui augmentent le rythme cardio-respiratoire, les fumeurs sont généralement en proportion équivalente aux non-fumeurs dans chaque catégorie. Le scénario est quelque peu différent lorsqu'on prend en compte le nombre de jours par semaine durant lesquels les adolescents pratiquent des activités physiques. Dans ce cas, il est possible d'affirmer que 2 fois plus de fumeurs (22,4%) que de non-fumeurs (12,2%) ne font des activités physiques qu'une fois par semaine ou moins. Par ailleurs, une proportion légèrement plus élevée de non-fumeurs (24,5%) que de fumeurs (19,3%) pratiquent une activité chaque jour.

3.7.5 Tabagisme et activités traditionnelles

En comparaison aux 70,8% d'adultes qui déclaraient avoir pratiqué une activité traditionnelle²² durant les 12 mois qui ont précédé l'enquête, les adolescents étaient 58,7% à déclarer de même. Cette proportion est vérifiée autant pour les fumeurs que les non-fumeurs. Cette variable ne peut donc être mise en relation avec le tabagisme.

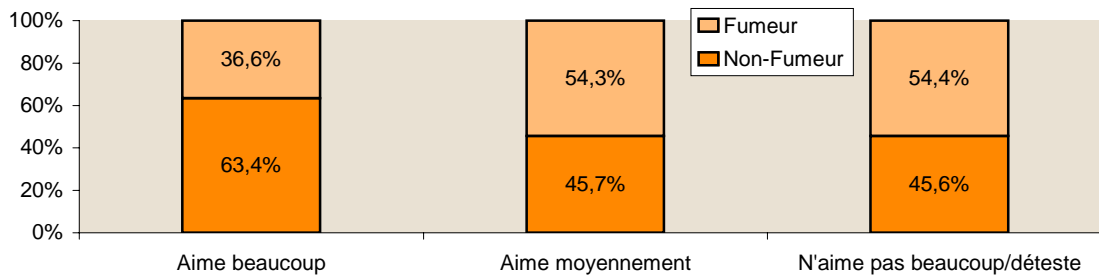
3.8 Éducation et tabagisme

Parmi les adolescents des Premières Nations, 7,3%* déclarent ne pas fréquenter l'école. Cette donnée présente une variabilité d'échantillonnage élevée, elle doit être traitée avec prudence. Parmi l'ensemble des personnes qui ne fréquentent pas l'école, 79,8% sont des fumeurs. Pris à rebours, les données indiquent aussi que 11,6%* des fumeurs adolescents ne fréquentent pas l'école contre une proportion trop petite pour être significative de non-fumeurs. L'âge est à prendre en compte dans l'interprétation de ces résultats puisque le groupe des adolescents ne fréquentant pas l'école est composé de personnes de 15 à 17 ans dans plus de 90,0% des cas.

Concernant l'appréciation qu'ont les adolescents de l'école, ceux qui aiment beaucoup l'école sont fumeurs dans une proportion de 36,6% par rapport à des proportions d'environ 55,0% pour ceux qui apprécient moyennement ou pas du tout l'école. Ces données portent à croire que la meilleure appréciation de l'école peut être mise en relation avec une moins forte prévalence du tabagisme. Le graphique suivant illustre ces données :

²² La catégorie « pratique d'une activité traditionnelle » comprend l'ensemble des activités composé de la chasse, du piégeage, de la pêche, de la raquette et du canot dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête.

Graphique 50. Appréciation de l'école selon le statut de fumeur



Étant donné le fort pourcentage d'adolescents qui fréquentent toujours l'école, il est impossible de lier le niveau de scolarité des individus et leur statut de fumeur (leur scolarisation est en cours). Par ailleurs, une question de l'enquête documentait les ambitions des adolescents en matière de scolarité. Les données permettent de voir que 61,9% des non-fumeurs souhaiteraient compléter un diplôme universitaire contre 43,1% de fumeurs. Les différences entre fumeurs et non-fumeurs pour les autres niveaux de scolarité que les adolescents souhaiteraient compléter (diplômes secondaire, collégial ou professionnel/technique) sont plus faibles. Cependant, les fumeurs y sont toujours en proportions plus grandes.

En ce qui a trait au fait de doubler une année scolaire, les données indiquent que 67,7% des adolescents ayant doublé une année fument, comparativement à 33,9% pour ceux n'ayant jamais doublé. De même, les adolescents qui vivent des problèmes d'apprentissage à l'école sont fumeurs dans 61,4% des cas, contre 44,2% de fumeurs parmi ceux qui n'expérimentent pas de tels problèmes.

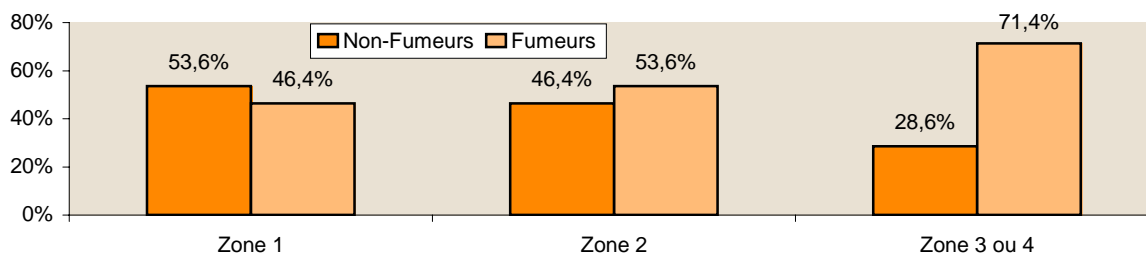
Selon ces résultats, l'éducation doit être entrevue comme étant en relation assez étroite avec le tabagisme sans toutefois négliger l'importance d'autres facteurs, comme par exemple la confiance et l'estime de soi, qui peuvent agir sur les habitudes liées au tabac de même que sur la performance et les ambitions scolaires.

3.9 Tabagisme et isolement géographique des communautés


NOTE : Les données présentées dans cette section (3.9), particulièrement celles référant aux zones 3 et 4 sont fournies à titre indicatif seulement. Le faible nombre de communautés dans ces deux dernières zones et la forte variabilité d'échantillonnage entre ces dernières en ce qui a trait aux questions liées au tabagisme empêche qu'un portrait représentatif puisse être dressé. Ainsi, la comparabilité des zones entre elles demeure très limitée.

Les adolescents vivent en majorité en zone 1, les zone 2 et 3 contiennent chacune à peine plus de 20,0% des adolescents. Chaque zone possède un profil différent de tabagisme. Il existerait une tendance liant l'éloignement de la communauté et le nombre de fumeurs. Effectivement, plus les adolescents habitent loin, plus il y a de fumeurs parmi eux. Le graphique suivant montre cette tendance :

Graphique 51. Statut de fumeur des adolescents selon l'isolement de la communauté



Le nombre de cigarettes fumées, quant à lui, ne semble pas être en relation très étroite avec l'éloignement de la communauté des fumeurs adolescents. Des différences d'au plus 6,0% à 8,0% distinguent les fumeurs de différentes quantités de cigarettes d'une zone à l'autre. Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, pour chaque zone est donc près de celui identifié pour l'ensemble des fumeurs adolescents (voir point 1.1.2).



En ce qui concerne l'âge auquel les adolescents commencent à fumer, l'enquête révèle qu'en zone 1 de même qu'en zone 3 et 4 (regroupées), une majorité de fumeurs commencent leur consommation à l'âge de 13 ans ou moins²³. En zone 2, la situation est inversée. Alors que 42,7% des jeunes commencent à fumer à 12 ans et moins, la majorité (57,3%) débute à 13 ans ou plus.

Les adolescents fument à tous les jours selon une proportion de 66,2%. Le profil des habitudes de consommation des adolescents fumeurs de la zone 3-4 sont très près de cette moyenne avec une proportion de fumeurs quotidiens de 67,5%. Cependant, en zone 1, ce pourcentage atteint 71,5% contre 57,3% en zone 2. Rappelons que les adultes des zones 1, 2 et 4 fument à tous les jours dans près de 80,0% des cas et qu'en zone 3, on fume à tous les jours dans 66,1% des cas.

3.10 Taille de la communauté et tabagisme

NOTE : Les données présentées dans cette section (3.10) sont fournies à titre indicatif seulement. Le faible nombre de communautés dans les différentes catégories et la forte variabilité d'échantillonnage entre ces dernières en ce qui a trait aux questions liées au tabagisme empêche qu'un portrait représentatif puisse être dressé. Ainsi, la comparabilité des zones entre elles demeure très limitée.

Les adolescents de l'échantillon vivent dans 43,4% des cas dans des communautés de petite ou de moyenne taille alors que 56,6% d'entre eux vivent en communautés de grande taille. 51,7% des résidents adolescents des communautés de petite ou moyenne tailles fument contre 55,7% de ceux vivant en communautés de grande taille. La taille de la communauté - dans la mesure où les fumeurs et les non-fumeurs s'y retrouvent dans des proportions distinctes que de 4,0% - n'est donc pas en relation avec la prévalence du tabagisme chez les adolescents. Cette constatation vaut aussi pour les habitudes de consommation du tabac puisque les consommateurs quotidiens ou occasionnels sont distingués par seulement 5,0% dans les deux tailles de communautés (grandes vs petites et moyennes). Ainsi, les fumeurs quotidiens comptent pour 70,8% des fumeurs des communautés de petite ou moyenne taille contre 66,0% des fumeurs de communautés de grande taille.

Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est aussi un indicateur de la faiblesse du lien entre la taille de la communauté et la consommation de tabac. La seule distinction significative à ce chapitre concerne la consommation de 10 cigarettes et plus attribuable à 19,7% des fumeurs de petites ou moyennes communautés contre 24,0% de fumeurs de communautés de grande taille.

3.11 Nations et tabagisme

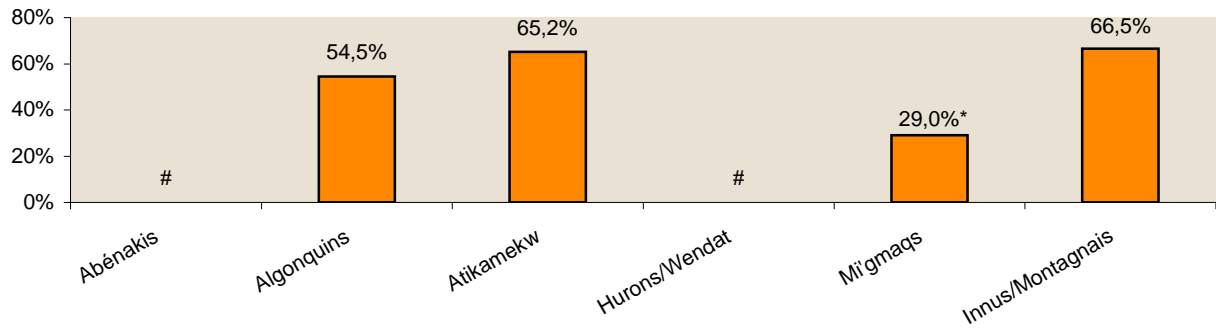
NOTE : En raison de coefficients de variations élevés, il est impossible de produire des données fiables pour plusieurs Nations en ce qui concerne la population d'adolescents. Ainsi, les Malécites de Viger, les Mohawks et les Naskapis sont exclus des analyses effectuées dans cette section (3.11) du rapport.

La moyenne d'adolescents qui fument, toutes nations confondues, est de 51,2%. Une répartition par nations permet de constater qu'il existe une grande variabilité de la prévalence du tabagisme entre les nations. Le graphique suivant illustre cette variabilité :

²³ Les âges ont été regroupés en catégories afin d'atteindre une variabilité d'échantillonnage assez basse pour considérer les données comme étant fiables.



Graphique 52. Proportions de fumeurs adolescents par nation²⁴



Concernant les habitudes liées à la consommation du tabac, les données fournissent des proportions dont la variabilité demeure trop forte pour les utiliser intégralement. Cependant, il est possible d'avancer que les Algonquins, les Mi'gmaqs et les Innus ont un pourcentage de fumeurs quotidiens élevé (71,4%, 72,3% et 74,3% respectivement) considérant la moyenne de 66,0% parmi l'ensemble des adolescents des Premières Nations. À l'opposé, les Atikamekw ont une proportion d'adolescents qui fument quotidiennement de 51,3%.

3.12 Bien-être et tabagisme

3.12.1 Équilibre émotionnel, mental physique et spirituel

En moyenne, l'ensemble des adolescents ont déclaré avoir un haut niveau d'équilibre dans 31,8% des cas, un niveau moyen dans 57,8% des cas et un niveau bas dans 10,4%* des cas. Les fumeurs, quant à eux, obtiennent des proportions qui indiquent que leur niveau d'équilibre est supérieur à celui des non-fumeurs. En effet, 34,9% des fumeurs ont déclaré un haut niveau d'équilibre, contre 29,0% de non-fumeurs. Par ailleurs, 54,1 % des fumeurs comparativement à 61,2% des non-fumeurs déclarent des niveaux moyen et inférieur respectivement. La marge d'erreur associée à cette enquête ne permet pas d'affirmer qu'il existe une différence statistique entre les fumeurs et les non-fumeurs adolescents qui déclarent un bas niveau de bien-être (situé autour de 10,0%).

3.12.2 Estime de soi

Le questionnaire auquel ont été soumis les adolescents documentait le niveau d'estime de soi à partir de quatre questions référant à l'amour propre et à la fierté individuelle. Sur l'ensemble des adolescents, 73,6% déclaraient avoir une haute estime d'eux-mêmes, 25,6% avaient une moyenne estime d'eux-mêmes. Un pourcentage non significatif avait une basse estime personnelle. Lorsqu'on distingue les fumeurs des non-fumeurs, l'enquête révèle un écart petit mais significatif entre ces derniers. Les fumeurs ont une haute estime d'eux-mêmes dans 69,2% des cas alors que les non-fumeurs sont 78,4% à avoir un haut niveau d'estime personnelle. Cet écart d'environ 10,0% se retrouve pour la catégorie d'estime « moyenne », mais en faveur des fumeurs cette fois. Ces derniers présentent en effet une proportion de personnes déclarant une estime d'elles-mêmes moyenne de 29,1% contre 21,6% de non-fumeurs.

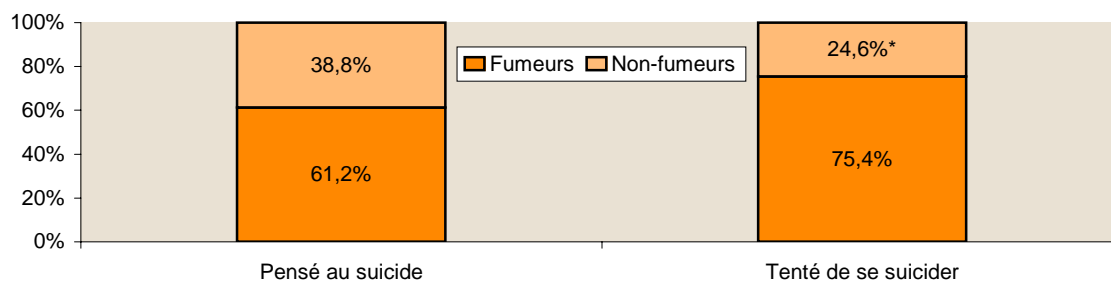
3.12.3 Suicide, déprime et tabagisme

Parmi les adolescents, 34,7% ont déjà pensé à se suicider à un moment ou un autre au cours de leur vie. Parmi les personnes ayant eu des pensées suicidaires, les fumeurs et les non-fumeurs sont représentés dans des proportions distinctes. En effet, les personnes ayant déjà pensé au suicide étaient fumeurs au moment de l'enquête dans 61,2% des cas contre 38,8% qui ne fumaient pas.

²⁴ Outre les deux données inutilisables en raison de leur trop importante variabilité d'échantillonnage (identifiée par un #), quatre autres valeurs sont associées à un astérisque (*) référant à une donnée valide bien que présentant une variabilité d'échantillonnage élevée. Ceci commande une grande prudence dans l'utilisation des données.

Les adolescents ayant tenté de se suicider et qui ont répondu au questionnaire sont aussi fumeurs dans une forte proportion, soit 75,4% contre 24,6%* de non-fumeurs. Le graphique suivant résume les données relatives au suicide et au tabagisme.

Graphique 53. Statut de fumeur des adolescents ayant pensé ou tenté de se suicider



Enfin, 59,7% des adolescents s'étant sentis déprimés au cours de l'année précédant l'enquête fument, comparativement à 46,1% pour ceux ne s'étant pas sentis déprimés.

Section 4: Exposition des enfants à la fumée du tabac

Exposition des enfants à la fumée du tabac

4.1 Situation générale

L'enquête a documenté l'exposition des jeunes enfants à la fumée du tabac ainsi que les habitudes liées au tabac des femmes enceintes. Sur le plan méthodologique, le questionnaire abordant le cas des enfants a été complété sous forme d'entrevue dirigée. L'enquêteur questionnait un parent ou un tuteur qui répondait au nom de l'enfant. La première section portait sur la consommation tabagique de la mère et de l'entourage de l'enfant durant la grossesse. Ces parents ou tuteurs d'enfants ont mentionné que les mères fumaient durant leur grossesse dans un peu plus de la moitié des cas (50,5%). L'enquête indique aussi que parmi les mères qui ont fumé alors qu'elles étaient enceintes, 83,8% ont fumé durant les 9 mois de leur grossesse. Ces dernières fumaient à tous les jours dans 85,2% des cas.

La proportion de femmes qui n'ont fumé que durant une portion de leur grossesse est, quant à elle, de 16,2%*. Bien que ces résultats présentent une forte variabilité d'échantillonnage, l'enquête permet d'évaluer qu'une grande majorité de femmes qui ont cessé de fumer durant leur grossesse ont cessé au premier ou au second trimestre. Parmi toutes les mères qui ont fumé pendant qu'elles étaient enceintes, 76,1% fumaient tous les jours et 23,9% à l'occasion.

59,0% des parents ou tuteurs des enfants concernés ont affirmé qu'un autre membre du ménage fumait lorsque leur mère était enceinte, que celle-ci soit aussi fumeuse ou non. Or, dans 45,7% des cas ou la mère ne fumait pas du tout pendant la grossesse, un autre membre du ménage fumait pendant la grossesse. Le questionnaire ne permet toutefois pas de vérifier si les autres fumeurs du ménage fumaient en présence de la mère. Dans l'éventualité où les femmes enceintes avaient toutes été exposées à la fumée de ces autres fumeurs composant les ménages, ce sont jusqu'à 73,1% des femmes enceintes qui fumaient ou respiraient de la fumée secondaire.

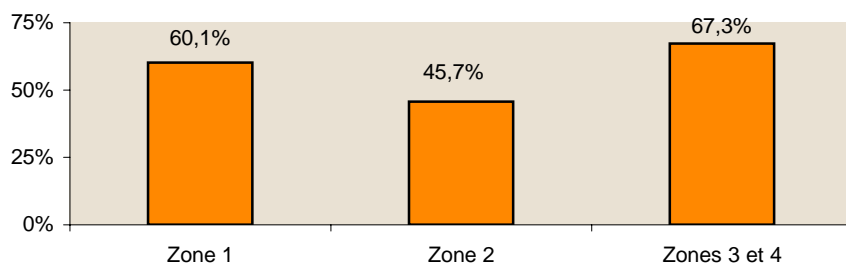
Par ailleurs, 44,5% des parents ou tuteurs mentionnent que leur domicile n'offre pas un environnement sans fumée pour leurs enfants. Soulignons que 62,3% des enfants de 0 à 5 ans habitent un domicile sans fumée, comparativement à 49,2% des enfants de 6 à 11 ans. Sans que l'enquête ne puisse déterminer si cette diminution est liée à la croissance des enfants, la réduction de la proportion d'enfants vivant dans des environnements non-fumeurs en fonction de l'avancement de leur âge mérite d'être soulignée.

4.2 Isolement géographique de la communauté et exposition des enfants à la fumée du tabac

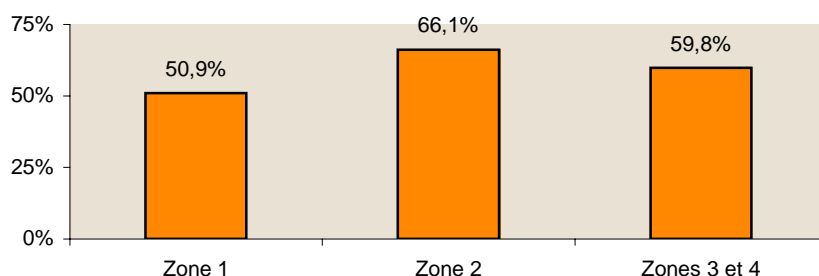
Le pourcentage des mères qui ont fumé lorsqu'elles étaient enceintes de l'enfant est moins élevé en zone 1. En effet, ce pourcentage est de 40,6% comparativement à 59,1% en zone 2 et à 62,2% en zones 3 et 4. Par contre, les femmes qui ont fumé durant leur grossesse ont légèrement plus tendance à fumer tout au long de leur grossesse en zones 1 et 2, avec des pourcentages respectifs de 76,5% et de 79,9%. En zones 3 et 4, ce pourcentage est de 70,7%.

En ce qui concerne l'exposition à la fumée secondaire, les enfants de la zone 2 sont les plus exposés. Dans cette zone, 66,1% des parents ou tuteurs de l'enfant affirment qu'un autre membre du ménage fumait lorsque la mère était enceinte et moins de la moitié (45,7%) affirment que leur domicile offre un environnement sans fumée. Les deux graphiques suivants illustrent ces données.

Graphique 54. Domiciles offrant un environnement sans fumée selon la zone géographique



Graphique 55. Autres membres du ménage qui fumaient durant la grossesse selon la zone géographique



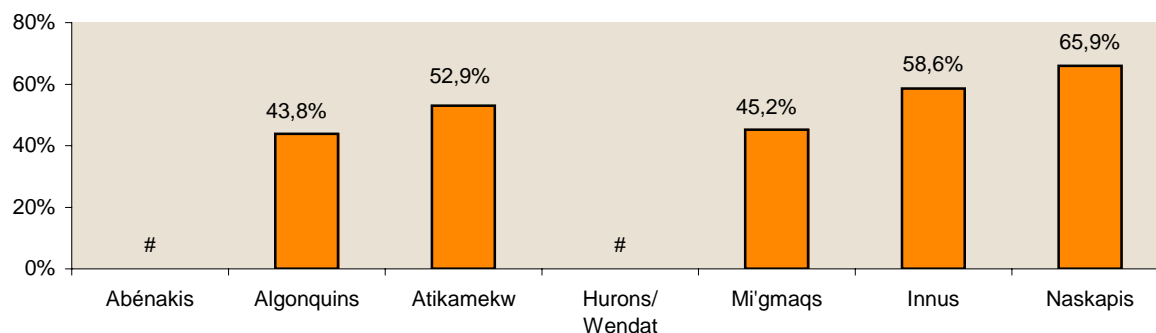
4.3 Taille des communautés et exposition des enfants à la fumée du tabac

Une différence de moins de 4,0% distingue les communautés de petite, moyenne et grande taille, lorsqu'on considère les proportions d'enfants dont la mère fumait alors qu'elle était enceinte. Une différence d'à peine 6,0% distingue par ailleurs ces mêmes communautés sur la base de leur taille, considérant la proportion d'autres membres du ménage qui fumaient alors que la mère était enceinte. Les enfants des communautés de taille moyenne bénéficient cependant d'un environnement sans fumée dans une plus forte proportion que les autres. Ils sont 61,3% en communautés de moyenne taille contre 50,4% et 55,0% en communautés de petite et grande taille respectivement.

4.4 Nations et exposition des enfants à la fumée du tabac

Finalement, nous pouvons constater qu'il y a des différences considérables entre les nations en ce qui a trait à la consommation de tabac des femmes enceintes et à l'exposition à la fumée secondaire. Plus de la moitié des mères Naskapis, Innues et Atikamekw ont fumé durant leur grossesse, soit respectivement 65,7%, 58,6% et 52,9%. Viennent ensuite les mères de la nation Algonquins (43,8%) et les Mi'gmaqs (45,2%), les autres nations ne présentent pas de pourcentages significatifs sur le plan statistique à cet effet. Spécifions que les Hurons/Wendat obtiennent le taux le plus élevé de mères n'ayant pas consommé de tabac durant leur grossesse, soit 78,9%.

Graphique 56. Mères ayant fumé durant leur grossesse selon la nation

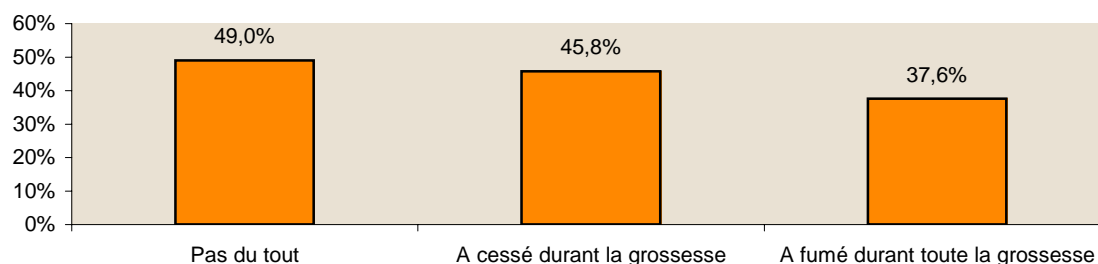


En ce qui concerne l'exposition à la fumée secondaire, les Abénakis obtiennent la proportion la plus élevée de domiciles n'offrant pas un environnement sans fumée aux enfants (60,0%). Viennent ensuite les Naskapis (51,8%), les Innus (51,7%), les Atikamekw (45,2%), les Mi'gmaqs (38,6%) et les Algonquins (38,3%).

4.5 Habitudes de consommation des mères et santé de l'enfant

La santé des enfants est qualifiée d'excellente ou très bonne par 44,3% et 33,3% des parents ou tuteurs des enfants concernés par l'enquête. Tout juste plus de 20,0% considèrent la santé des enfants bonne, passable ou mauvaise. Le graphique suivant présente la proportion de parents ou tuteurs qui considèrent que la santé des enfants est excellente en fonction de l'habitude de la mère à l'égard du tabac :

Graphique 57. Proportions de tuteurs ou parents percevant la santé de l'enfant comme étant excellente, selon l'habitude de consommation de tabac de la mère (durant sa grossesse)



On remarque qu'il existe une relation inverse entre la consommation de tabac par la mère et la perception de la santé de l'enfant; la seconde s'améliore quand la première diminue. De même, la perception d'une excellente santé est supérieure à la moyenne (44,3%) dans le cas d'enfants dont la mère ne fumait pas alors qu'elle est sous la moyenne pour les enfants dont la mère a fumé durant toute la grossesse.

4.5.1 Problèmes médicaux des enfants et tabagisme des parents ou tuteurs

Sur l'ensemble des enfants à propos desquels les parents ou tuteurs fournissaient des informations, 46,6% étaient atteints de problèmes médicaux divers. L'enquête documentait l'occurrence de maladies assez étroitement liées au tabac, comme l'asthme ou les bronchites chroniques. Ces deux maladies touchent respectivement 17,0% et 7,3%* des enfants en moyenne.

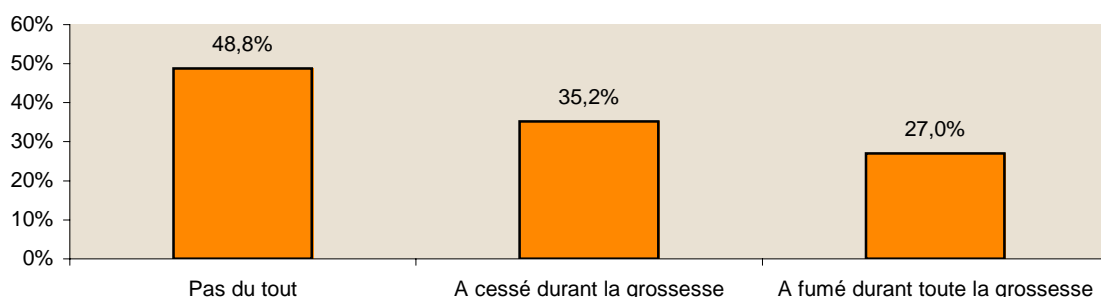
Les données de l'enquête révèlent que parmi l'ensemble des enfants souffrant de bronchites chroniques, 56,7% vivent en milieu fumeur. La relation entre le milieu et la maladie est faible, mais elle demeure significative sur le plan statistique. D'autre part, sur la totalité des enfants qui souffrent de l'asthme, 39,1% vivent en milieu fumeur. Cette proportion pourrait porter à croire que l'influence du milieu sur le développement de l'asthme est significative. Or, les causes de l'asthme sont multiples et peuvent se combiner. Par exemple, la poussière ambiante dans les communautés dont les chemins ne sont pas asphaltés peut aussi avoir une influence importante sur le développement et la gravité de cette maladie. D'autre part, il se

peut que les ménages dans lesquels un enfant souffre de l'asthme aient choisi de limiter ou d'éliminer la consommation de tabac en présence de l'enfant. Dans ce contexte, le milieu de vie fumeur ou non-fumeur n'expliquerait plus l'état de santé de manière unilatérale, mais l'état de santé des enfants expliquerait aussi le fait qu'un milieu de vie soit fumeur ou non-fumeur.

4.5.2 Tabagisme et allaitement

Sur l'ensemble des enfants des Premières Nations, 38,7% des enfants ont été allaités. Considérant l'habitude de consommation de tabac par la mère durant la grossesse, un portrait intéressant de l'allaitement peut être dressé. Parmi les femmes qui ne fumaient pas du tout durant leur grossesse, des proportions équivalentes de femmes ont allaité ou n'ont pas allaité (près de 50,0% de part et d'autre). Cependant, les femmes qui ont fumé durant toute la grossesse n'ont allaité que dans 27,0% des cas. Celles qui ont cessé de fumer au cours de leur grossesse ont allaité dans 35,2% des cas.

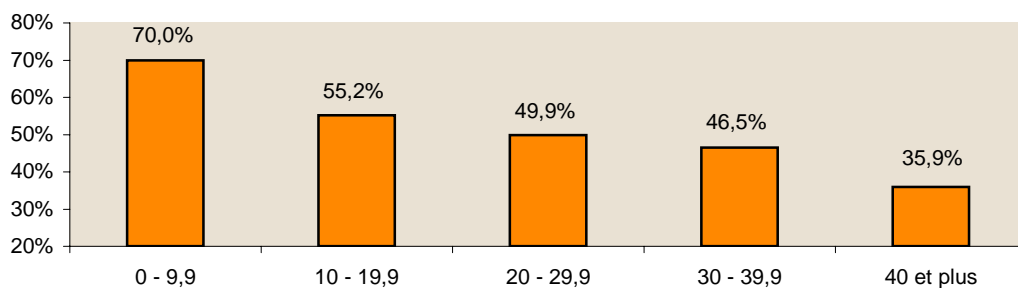
Graphique 58. Proportions d'enfants ayant été allaités selon l'habitude de consommation de tabac de la mère durant la grossesse.



4.6 Revenu, situation sociale et tabagisme des parents ou tuteurs

Les données de l'enquête indiquent que le revenu du ménage est lié à la consommation de tabac des mères durant leur grossesse. En effet, la plus forte proportion de mères ayant fumé durant leur grossesse se retrouve chez celles ayant un revenu du ménage inférieur à 9 999\$ (70,0% d'entre elles), alors que le taux le plus bas se retrouve chez celles ayant un revenu du ménage de 40 000\$ et plus (35,9%).

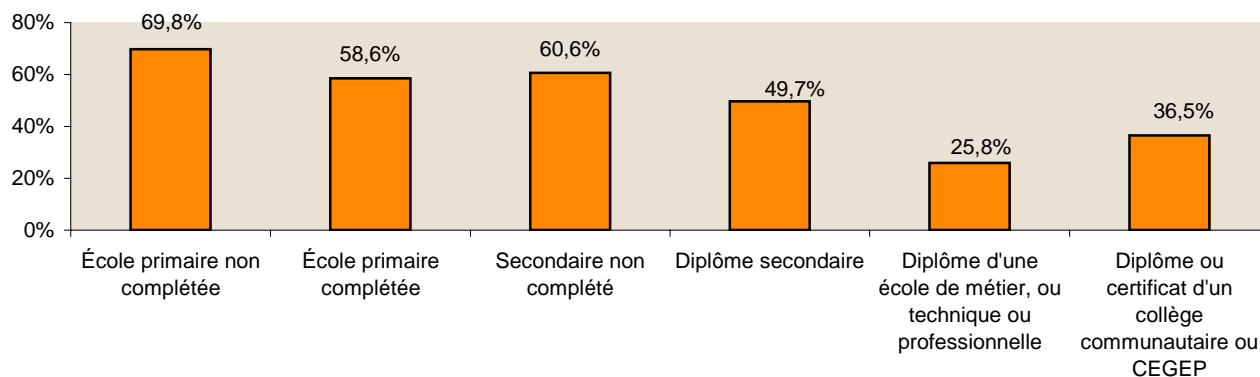
Graphique 59. Proportions de mères ayant fumé durant leur grossesse selon le revenu annuel du ménage (en milliers de dollars)



Le revenu étant souvent étroitement lié au niveau d'éducation, les données produisent des résultats suivant la tendance des constatations précédentes en ce qui concerne le lien entre le niveau d'éducation de la mère et le pourcentage de mères ayant fumé durant leur grossesse. Comme l'indique le graphique suivant, le pourcentage de mères ayant fumé durant leur grossesse est plus élevé chez celles ayant un niveau de scolarité plus bas:



Graphique 60. Mères ayant fumé durant leur grossesse selon le niveau de scolarité



Considérant le niveau de scolarité du père, les proportions les plus élevées de mères ayant fumé durant leur grossesse se retrouvent chez celles où le père de l'enfant n'a pas complété son primaire ou son secondaire (ou lorsque le père a un diplôme primaire seulement).

L'enquête révèle aussi que plus le revenu du ménage est bas, plus les ménages comptent un autre membre qui fumait lorsque la mère était enceinte. En effet, 70,2% de ceux ayant un revenu de moins de 9 999\$ comptent un autre membre du ménage qui fumait lorsque la mère était enceinte comparativement à 51,5% pour ceux ayant un revenu de 40 000\$ et plus.


De plus, plus le revenu du ménage est bas, moins les enfants bénéficient d'un environnement sans fumée. En effet, les enfants dont les parents ou tuteurs ont un revenu de moins de 19 999\$ vivent à 44,5% dans un domicile sans fumée. Comparativement, en moyenne, 60,1% des enfants vivent dans un milieu non-fumeur quand leurs parents ou tuteurs ont un revenu de 20 000\$ à 39 999\$. Cette proportion grimpe à 70,8% pour ceux dont le ménage gagne 40 000\$ et plus annuellement.

Section 5: Résumé et conclusion

Résumé et conclusion

Le présent rapport a dressé un portrait général du tabagisme au sein des Premières Nations de la région du Québec. Parmi l'ensemble des résultats qui y sont présentés, les données reproduites ci-bas résument bien l'état général de la question du tabagisme :

- 55,0% des adultes et 51,2% des adolescents des Premières Nations fument;
- C'est entre 15 à 17 ans qu'on retrouve le plus de fumeurs chez les adolescents et entre 18 et 34 ans que les proportions de fumeurs sont les plus élevées chez les adultes. Le tabagisme touche donc particulièrement les 15 à 34 ans;
- La consommation non traditionnelle de tabac s'effectue à tous les jours pour au moins 78,0% des adultes et 66,0% des fumeurs adolescents;
- Les jeunes fumeurs (les adolescents de 15 à 17 ans et les adultes de 18 à 34 ans) fument une quantité inférieure de cigarettes quotidiennement que les adultes et les aînés qui comptent, quant à eux, les plus forts pourcentages de gros fumeurs;
- Il n'existe globalement que très peu de différences entre les hommes et les femmes du point de vue de la prévalence du tabagisme, des habitudes de consommation et de la quantité de cigarettes fumées quotidiennement et ce, chez les adolescents comme chez les adultes;
- Bien que 45,0% des adultes se déclarent non-fumeurs, ceux-ci sont composés à 63,1% d'ex-fumeurs. Ainsi, seulement 16,6% de tous les adultes des Premières Nations n'ont jamais fumé;
- 49,0% des fumeurs adultes ont commencé leur consommation à 15 ans ou moins. Les fumeurs adolescents étaient quant à eux 54,6% à avoir débuté à 12 ans ou moins. En incluant les fumeurs qui ont débuté à 13 ans, la proportion passe à 76,5%;
- L'enfance (5 à 11 ans) est la période lors de laquelle 9,6% des adultes fumeurs ont déclaré avoir débuté leur consommation de tabac alors que c'est le cas de 28,0% des adolescents fumeurs;
- 58,6% d'adultes fumeurs ont tenté d'arrêter de fumer dans les 12 mois précédant l'enquête comme 74,1% des adolescents;
- L'adoption d'un mode vie plus sain est la raison invoquée par une forte majorité d'adultes et d'adolescents qui ont déclaré avoir tenté de cesser de fumer au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête;
- 67,2% des adultes sont exposés à la fumée de cigarettes comme 76,3% des adolescents, ceci parce qu'eux-mêmes fument ou bien parce qu'ils vivent dans une maison où l'on fume;
- Les fumeurs adultes et adolescents qui vivent dans un environnement non-fumeur ont tendance à fumer moins de cigarettes que les fumeurs vivant dans un milieu fumeur;
- L'état de santé des adultes est en relation avec le tabagisme pour les jeunes adultes (18 à 34 ans) et les adultes (35 à 54 ans) chez lesquels 65,8% et 51,9% des personnes déclarant des problèmes médicaux sont fumeurs. L'âge, plus que le tabagisme, est plus étroitement lié à la santé des aînés;
- Les fumeurs adultes ont un régime alimentaire moins souvent équilibré que les ex-fumeurs et les personnes n'ayant jamais fumé;
- La fréquence de consommation d'alcool et la fréquence de consommation de plus de 5 verres d'alcool en une seule occasion est en relation étroite avec le tabagisme. Les adolescents comme les adultes qui fument sont beaucoup plus représentés dans ces deux catégories;
- Parmi les adultes et les adolescents de 15 à 17 ans consommateurs de drogues, une très forte majorité sont fumeurs;
- Chez les adolescents, les personnes ne pratiquant jamais ou rarement des activités physiques sont majoritairement fumeurs;

- 
- Chez les adultes, il existe une relation entre la scolarisation et la proportion de fumeurs. Les non-diplômés ou les diplômés de niveaux de scolarité inférieurs sont plus souvent fumeurs que leurs égaux plus scolarisés. Chez les adolescents, l'enquête révèle que ceux qui apprécient l'école fument dans de moins fortes proportions que ceux qui l'apprécient peu ou pas du tout;
 - Il existe une forte variabilité quant aux proportions de fumeurs et aux habitudes des fumeurs du point de vue de l'isolement géographique des communautés, de la taille des communautés et, à plus forte raison, des différentes nations;
 - Les revenus individuels sont en relation étroite et claire avec le tabagisme. Chez les adultes, plus le revenu augmente, plus la proportion de fumeurs diminue. Ces proportions passent de 62,7% chez les personnes ayant un très faible revenu à 39,7% chez les personnes gagnant 40 000\$ et plus par année;
 - Chez les adultes, un fort niveau de bien-être est associé à un plus faible niveau de tabagisme, tout comme une forte estime de soi chez les adolescents est associée à un plus faible pourcentage de fumeurs;
 - Les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide, chez les adultes comme chez les adolescents, sont plus fréquentes chez les fumeurs.

Un tel portrait pose un défi de promotion, de prévention et d'intervention en matière de tabagisme qui soit adapté aux réalités des Premières Nations et réponde à une conception holistique de la santé. Des initiatives, comme la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières Nations et des Inuit (SLTPNI), sont en place ou en développement en vue de relever ce défi. Ces dernières méritent un appui particulier et un financement adéquat afin que les Premières Nations atteignent un niveau de santé équivalent à celui des citoyens canadiens et québécois.

Section 6: Recommandations

Recommandations

- Considérant les résultats de cette enquête sur la prévalence du tabagisme dans les communautés des Premières Nations :

et

- Considérant les différents déterminants de la santé qui influencent l'adoption du tabagisme chez les Premières Nations (faible revenu, faible niveau de scolarité, décrochage scolaire, consommation de drogue et/ou d'alcool, faible niveau d'activités physiques, alimentation moins équilibrée) :

- La lutte au tabagisme doit devenir une priorité de santé pour les autorités, les membres et les intervenants communautaires, ainsi que les autorités gouvernementales.
- De nouvelles stratégies de cessation et de prévention du tabagisme adaptées aux Premières Nations (langue, culture, niveau littéraire), autogérées et auto-administrées par les communautés devraient être développées par les Premières Nations pour ainsi assurer leur efficacité;
- Afin d'adapter culturellement les messages de prévention et de cessation du tabagisme, ainsi que les messages de promotion de la santé, des ressources financières supplémentaires récurrentes et renouvelées doivent être investies par les gouvernements;
- La collaboration et la communication efficaces doivent être maintenues et renforcées entre les communautés, les organisations des Premières Nations, les associations de santé autochtones et les instances fédérales et provinciales afin d'assurer l'efficacité des nouvelles stratégies de prévention et de cessation du tabagisme et les stratégies de promotion de la santé.

- Considérant la prévalence plus élevée du tabagisme chez les Premières Nations que dans la population générale :

Les communautés des Premières Nations doivent avoir un accès équitable aux stratégies offertes à la population générale canadienne et un financement équitable pour réaliser leurs propres stratégies. Les programmes doivent également être adaptés culturellement par les Premières Nations.

Concernant le développement de ressources humaines pour la lutte au tabagisme et les spécificités des Premières Nations :

- Le développement des ressources humaines au sein des communautés devrait être priorisé afin de concevoir et d'appliquer des programmes communautaires d'éducation pour la santé auprès de la population et pour administrer les stratégies de prévention et de lutte au tabagisme;
- Au niveau communautaire, des comités pourraient, par exemple, être mis sur pied afin de lutter contre le tabagisme. Ces comités seraient les mieux placés pour adapter les stratégies aux réalités des communautés et ainsi assurer leur succès.

Concernant les actions de prévention du tabagisme et de promotion de la santé nécessaires et les groupes cibles et les plus touchés par le tabagisme :

- Considérant la pluralité des milieux de vie dans lesquels évoluent les individus et les différents groupes vulnérables au tabagisme :

- Des actions de prévention et de promotion de la santé devraient avoir lieu dans différents milieux de vie, comme par exemple dans les écoles, les lieux publics, les milieux de travail, les foyers etc, et cibler les groupes les plus vulnérables au tabagisme.

- Considérant que 51,2 % des adolescents fumaient au moment de l'enquête et que plus du quart d'entre eux ont commencé à fumer à l'enfance (5 à 11 ans) :

- Des stratégies de prévention du tabagisme et de promotion de la santé devraient s'assurer de rejoindre ces adolescents directement dans leurs milieux de vie;
- Les figures parentales et les intervenants auprès des jeunes devraient être impliqués à part entière dans toutes les stratégies de prévention et de lutte au tabagisme, et de promotion de la santé.

- Considérant qu'une majorité de femmes enceintes ont fumé durant leur grossesse ou encore sont non-fumeuses et vivant dans un environnement fumeur :

Des stratégies d'éducation pour la santé doivent être destinées à cette population spécifique et axées sur la santé des femmes de manière générale. Il est de mise que les messages soient orientés vers l'action, soient non culpabilisants, et soient diffusés directement dans les milieux où les femmes enceintes évoluent.

- Considérant que plusieurs ex-fumeurs ont évoqué le désir d'un mode de vie sain comme raison justifiant leur arrêt tabagique :

Des stratégies de promotion de la santé doivent être maintenues et renforcées afin qu'un plus grand nombre d'individus désire adopter un mode de vie sain.

**Concernant l'exposition à la fumée secondaire :**

- Considérant qu'une grande proportion de personnes fumeuses et non-fumeuses vivent dans des environnements fumeurs et que la fumée secondaire est néfaste pour la santé :

Des mesures devraient être mises en place, maintenues et renforcées afin de sensibiliser les membres, les intervenants et les autorités communautaires aux inconvénients et aux risques de vivre et de travailler dans un environnement fumeur pour leur santé et celle de leur famille.

Concernant le bien-être émotionnel :

- Considérant que le tabagisme peut être associé à un faible niveau d'équilibre émotionnel, mental, spirituel et physique :

- Des stratégies de promotion de la santé psychologique et psychosocial devraient être mises en place, maintenues et renforcées par les communautés elles-mêmes. De plus, des ressources supplémentaires doivent être destinées à cette fin;
- Une prévention efficace du tabagisme nécessite l'implication de nombreux acteurs des différentes sphères de la santé. Ces services devraient être développés et dispensés par les Premières Nations, devraient répondre aux besoins spécifiques des communautés et devraient être développés à partir d'une approche globale (holistique).

Pistes pour considérations futures :

- Afin de mieux adapter les stratégies de prévention et de lutte au tabagisme, des enquêtes supplémentaires réalisées par les Premières Nations devraient documenter : les facteurs prédisposants, facilitants et contribuant à l'adoption d'habitudes de vie saine. Ces enquêtes pourraient, par exemple, approfondir la compréhension des perceptions des membres des Premières Nations sur la santé.
- Les stratégies actuelles de prévention et de cessation du tabagisme, ainsi que les stratégies de promotion de la santé doivent être évaluées afin de les améliorer et identifier les obstacles à leur réussite. Un financement suffisant doit permettre aux Premières Nations de réaliser elles-mêmes ces évaluations.
- La recension des initiatives communautaires, régionales et nationales de lutte au tabagisme pourrait permettre que les nouvelles initiatives soient inspirées par celles ayant obtenu le plus de succès dans certaines communautés. Cette démarche, appelée « benchmarking » constitue une méthode de plus en plus mise en oeuvre pour l'élaboration de programmes et stratégies, notamment dans le domaine de la santé.

Bibliographie

Brant Castellano, Marlene (2004)

L'Éthique de la recherche sur les autochtones. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 98-113.

Canada (2004)

Manuel de la Classification des Bandes, Préparé et émis par la Direction de la gestion de l'information ministérielle et la Direction générale de la gestion de l'information.

Canada (2003)

Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada. Préparé par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit.

Canada (2003)

Méthodes et pratiques d'enquête. Division des méthodes d'enquêtes sociales, Statistiques Canada.

Canada (1999)

Rapport statistique sur la santé de la population canadienne. Préparé par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population pour la rencontre des Ministres de la santé.

CSSSPNL (2001)

First Nations Childcare Services Regional report, First Nations Early Childhood Sector.

CSSSPNQL (1999)

Enquête Médicale Régionale Portant sur la Santé des Membres des Premières Nations. Rapport final sur l'analyse et l'interprétation de l'enquête médicale régionale, Région du Québec.

CSSSPNQL (1997)

Enquête Médicale Régionale Portant sur la Santé des Membres des Premières Nations. Rapport final, Saisie de l'information, Région du Québec.

Elias, B. et O'Neil, J. (2004)

Une politique de confiance et de participation : Étude de cas sur le développement des capacités des Premières Nations et des universités en matière de création de systèmes d'information sur la santé dans le contexte des Premières Nations. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 68-78.

First Nation Center of NAHO (2004)

What First Nations Think About Their Health and Health Care: Summary of findings.

First Nation Center of NAHO (2003)

Bringing Meaning to Numbers: Analysis, Interpretation and Dissemination of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey 2002-2003. Technical Proposal for 2004-05 to the First Nation and Inuit Health Branch.

First Nation and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee (1999)

First Nations and Inuit Regional Health Survey. National Report.

Flaherty, D.H. (2002)

A Privacy Impact Assessment of the First Nations and Inuit Regional Longitudinal Health Survey. Préparé pour le Centre des Premières Nations de l'Organisation Nationale de la Santé Autochtone.

Gilles, A. (1994)

Éléments de Méthodologie et d'Analyse Statistique pour les Sciences Sociales. McGraw-Hill, Montréal.

Goss Gilroy Inc for the FNC (2002)

Sampling Plan for the First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey (RHS).

**Lavoie, J.G. (2004)**

Régis par contrats : Le développement des services indigènes de santé primaires au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 6-24.

Lemchuk-Favel, L. et Jock, R. (2004)

Les Systèmes de santé autochtones au Canada : Neuf études de cas. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 28-51.

Maar, M. (2004)

Préparer la voie à une prise en charge de la santé communautaire : Intégration des services de soins de santé dans un centre autochtone d'accès aux services de santé de la zone rurale du centre nord de l'Ontario. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 54-64.

Schnarch, B. (2004)

Propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) ou l'autodétermination appliquée à la recherche : Une analyse critique de la recherche contemporaine des Premières Nations et quelques options à l'intention des communautés des Premières Nations. Journal de la Santé Autochtone, janvier 2004, 120 : 80-95.

Personnel impliqué dans l'ERLSPN de la région du Québec

Personnel de la CSSSPNQL

Gill, Guylaine
Directrice générale

Gros-Louis, Nadine
Coordonnatrice de la santé

Gros-Louis McHugh, Nancy
Coordonnatrice technique ERLSPN

Carbonneau, Etienne
Assistant technique à la recherche

Côté, Mathieu-Olivier
Assistant technique à la recherche

Garant, Sophie
Assistante technique à la recherche

Petitpas, Judith
Assistante technique à la recherche

Carbonnel, Gary (1994-2005)
Directeur général

Dussault, Marie-Josée
Coordonnatrice technique ERLSPN (2000-02)

Bizier, Bruno
Assistant technique à la recherche (2002)

Delisle, Sara
Assistante technique à la recherche (2004-2005)

Dickey, Daniel
Assistant technique à la recherche (2003-2005)

Giguère, Karen
Assistante technique à la recherche (2003-2004)

Lacasse, Patrice
Assistant technique à la recherche (2002-03)

Mapitché, Johanne
Assistante technique à la recherche (2002)

Picard, Jules
Coordonnateur des stratégies et de la politique
(2003-2006)

Consultants

Dr. Thibault, Jacques
Consultant à la recherche

Simon, Linda
Consultante à la formation des intervieweurs

Paul, Martin
Consultant informatique

Tanguay, Julie
Consultante en communications

Comité de recherche

Courtois, Gilbert
Patrimoine, culture et territoire-Masteuiash

Jourdain, Nicole
Chef des infirmières autochtones

Lejeune, Pierre
Observateur pour les Cris

Martin, Carry
Association des femmes autochtones

Picard, Lison
Directrice de la santé Wendake

Picard, Richard
Directeur de la santé Wendake

Prudence, Hannis
Association des femmes autochtones

Torrie, Jill
Observatrice pour les Cris

Whiteduck, Lionel
Directeur de la santé Kitigan Zibi



Intervieweurs

Betsiamites

Ashini, Annie
Hervieux, Nina
Picard, Lauréat
St-Onge, Caroline

Eagle Village/Kipawa

Moore Fortin, Noella

Essipit

Jean, Stéphanie
Ross Proulx, Jocelyne

Gesgapegiag

Douglas Martin

Kanesatake

Filipelli, Dina
Harding, Diane
Lamouche, Michel
Meilleur, Patricia
Nicholas, Wendy
Pilon Oke, Diane

Kawawachikamach

Shecanapish, Joseph
Uniam, Rebecca
Vachon, Sheyenne

Kitigan Zibi

Miljour, Angela
Whiteduck, Carole

Lac Simon

Aneshenapeo, Simon
Papatie, Marie-Josée
Cheezo, Shirley

Listuguj

Burnaby, Karen
Metallic, Kita
Metallic, Rose-Marie
Michel, Brandon

Malécites de Viger

Jenniss, Dave
Nicholas, Annie
Nicholas, Françoise
Perron, Diane

Manawan

Moar, Franco
Ottawa, Dorian
Ottawa, Jeffrey
Quitish, Florian

Mashteuiatsh

Benjamin Courtois, Pierrette
Benjamin, Paul
Larouche, Pierre
Launière, Annie
Raphaël, Élisabeth
Raphaël, Linda
Robertson, Nadia

Natashquan

Malec, Agnes
Mestenapeo, Lyne
Shipatawao, Dolorès
Wapistan, Estelle
Wapistan, Nicole

Odanak

Watso, Thérèse

Opitciwan

Awashish, André
Awashish, Jean-Guy
Awashish, Louise Denise
Chachaï, Maurice

Pakua Shipi

Bellefleur, Karine
Bellefleur, Martine

Pikogan

Kistabich, Maurice
Mckenzie, Jason
Mowatt, Salomon
Rankin, Steeve

Timiskaming

Chevrier, Christine
Chief Shelley
King, Lydia
Lavigne, Daniel

Uashat / Mani-Utenam

Rock, Silvestre
Jean-Pierre, Salvador

Unamen Shipu

Mestenapeo, Cindy

Wemotaci

Boivin, Aline
Boivin, Lucie
Petiquay, Marie-Claude

Wendake

Duchesneau, Nancy
Gagné, Nathalie
Gros-Louis, Louise
Laframboise, Johanne
Picard, Thérèse
Picard, Valérie
Savard, Diane
Sioui, Sonia

Wôlinak

Deshaies, Liliane

Wemindji

Georgekish, Dorlene
Visitor, Ella

Whapmagoostui

Masty, Charlotte
Sheshamush, Virginia

Nemiscau

Brown, Lyndsay
Joly, Carolina

Sheshatshiu

Fidler, Barbara
Grégoire, Winnie
Hart, Paulette

Québec

Fontaine, Bernadette
McKensie, Audrey-Lise
Plante, Élise
Régis, Victoria
Riverin, Linda
Savard, Diane
Sioui, Gilbert

Montréal

Crane, Tatum
Cardoso, Tartiana
Gockey, Marie
Picard, Doreen
Crane, Brenda
Rousseau, Julie

Val d'Or

Kistabish, Oscar



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

**FIRST NATION OF QUEBEC AND LABRADOR
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMISSION**

CSSSPNQL/FNQLHSSC 250, Place Chef Michel-Laveau, Wendake (Québec) G0A 4V0
Téléphone/Telephone: (418) 842-1540 Télécopieur/Fax: (418) 842-7045
www.cssspnql.com