



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

Chapitre 9 Alcool, drogues et jeux de hasard



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

Rédacteurs de la CSSSPNQL (Chapitres rédigés)

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

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

Mathieu-Olivier Côté (Logement / Migration)

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

Émilie Grantham (Caractéristiques sociodémographiques / Alimentation et activité physique)

Zineb Laghdir (Tabagisme / Santé sexuelle)

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

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

Rédacteurs externes (Chapitres rédigés)

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

Bernard Roy (État de santé / Diabète)

Comité de révision des chapitres de l'ERS

Mathieu-Olivier Côté, CSSSPNQL

Nancy Gros-Louis McHugh, CSSSPNQL

André Simpson, INSPQ

Comité consultatif

Alex Sonny Diabo, Communauté de Kahnawake

Mathieu Joffre Lainé, RCAAQ

Peggy Mayo, Communauté de Kahnawake

Arden McBride, Communauté de Timiskaming

Jowan Philippe, Communauté de Mashteuiatsh

Serge Rock, Réseau Jeunesse des Premières Nations - APNQL

Sonia Young, Communauté de Wolf Lake

Graphisme et mise en page

Chantal Cleary et Patricia Mathias

Remerciements

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

Document également disponible en anglais sous le titre : *Quebec First Nations Regional Health Survey – 2008. Alcohol, drugs and gambling.*

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

ISBN : 978-1-926553-61-0

© CSSSPNQL (Février 2013)

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Historique

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

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

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

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

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

Questionnaire

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

Thématiques abordées dans les questionnaires de l'ERS 2008

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

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

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

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

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

Période de collecte de données

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

Échantillonnage

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

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

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

Strate 1 : 0-11 ans/masculin.

Strate 2 : 0-11 ans/féminin.

Strate 3 : 12-17 ans/masculin.

Strate 4 : 12-17 ans/féminin.

Strate 5 : 18-54 ans/masculin.

Strate 6 : 18-54 ans/féminin.

Strate 7 : 55 ans+/masculin.

Strate 8 : 55 ans+/féminin.

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

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

Communautés participantes à l'ERS 2008

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

Pondération

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

Limite de représentativité de la nation Mohawk

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

Zone géographique

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

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

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

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

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

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


FAITS SAILLANTS

Consommation d'alcool

- Selon l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008), 68,2 % des répondants de 12 ans et plus affirment avoir consommé de l'alcool dans l'année précédant l'enquête; une diminution depuis 2002 où 72,4 % déclaraient en avoir bu. Les hommes et les femmes consomment de l'alcool dans des proportions semblables.
- C'est chez les 18 à 34 ans que l'on retrouve les plus grandes proportions de consommateurs d'alcool (84,6 %), suivis des 15 à 17 ans (71,6 %). Ces derniers seraient moins nombreux à consommer en 2008 qu'en 2002 (81,7 % de consommateurs).
- Le nombre de consommateurs quotidiens augmente avec l'âge et le revenu du ménage.
- Les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool sur une base quotidienne.
- Plus de la moitié des répondants (55,2 %) ont eu une consommation excessive d'alcool au moins une fois dans l'année précédant l'enquête, dont 40,4 % au moins une fois par mois.
- Les hommes, les individus de 18 à 54 ans, ceux habitant en zone 4 et ceux dont le revenu du ménage se situe dans la tranche inférieure ou supérieure déclarent avoir eu une consommation excessive dans de plus grandes proportions.

Consommation de drogues

- Selon l'ERS 2008, 37,2 % des répondants de 12 ans et plus ont déclaré avoir fait usage de drogues dans l'année précédant l'enquête, les hommes dans de plus grandes proportions que les femmes (43,6 % vs 30,8 %).
- C'est chez les jeunes de 15 à 34 ans que l'on retrouve les plus grandes proportions de consommateurs de drogues (plus de 50,0 %).
- La consommation de drogues est associée au faible revenu, à la non-obtention d'un diplôme d'études secondaires et au fait d'habiter une zone plus isolée.
- En 2008, les types de drogues les plus consommées étaient le cannabis, la cocaïne et les amphétamines. La cocaïne a gagné de la popularité, passant de 9,7 % de consommateurs en 2002 à 16,6 % en 2008.
- Les jeunes de 15 à 34 ans sont les plus grands consommateurs de cannabis et de cocaïne.

- 
- Chez les adolescents de 12 à 17 ans, on note entre 2002 et 2008 une légère diminution de l'usage de cannabis mais une augmentation de celui de cocaïne.
 - La consommation de cocaïne est beaucoup moins répandue en zone 4.
 - Le cannabis est consommé majoritairement sur une base quotidienne et la cocaïne sur une base annuelle.
 - Parmi les adolescents de 15 à 17 ans qui consomment du cannabis, 38,4 % en prennent à chaque jour. Parmi ceux qui consomment de la cocaïne, 22,5 % en consomment sur une base hebdomadaire ou quotidienne.
 - Chez les adolescents consommateurs de 12 à 17 ans, on note une augmentation de l'usage quotidien de cannabis et de cocaïne entre 2002 et 2008.

Participation à des jeux de hasard

- L'ERS 2008 révèle que 68,4 % des répondants adultes ont déjà participé à des jeux de hasard au cours de leur vie.
- Les femmes affirment avoir déjà joué dans de plus grandes proportions que les hommes (74,0 % vs 62,8 %).
- Dix-sept pourcent (16,8 %) des répondants adultes ont déjà emprunté de l'argent pour jouer.
- Douze pourcent (12,1 %) ont déjà joué trop pour leurs moyens.
- Huit pourcent (8,4 %) ont déjà vécu des problèmes financiers ou personnels à cause du jeu.
- Facteurs psychosociaux associés à la consommation de substances
- On retrouve généralement plus de consommateurs d'alcool et de drogues parmi les répondants ayant des troubles de santé mentale ou ayant expérimenté certains traumatismes (violence, abus, placement).

Cumul des comportements à risque

- En 2008, 33,6 % des répondants de 12 ans et plus disent avoir consommé tant de l'alcool que des drogues dans l'année précédant l'enquête, les hommes plus que les femmes.
- Ce sont les jeunes les plus touchés avec la moitié des 18 à 34 ans et le tiers des 12 à 17 ans ayant adopté les deux comportements.

Utilisation des services

- Quarante-deux pourcent (42,4 %) des répondants adultes ont utilisé les services du PNLAADA¹ dans l'année précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, près de 70 % en étaient assez satisfaits ou très satisfaits.
- Dix-sept pourcent (17,4 %) de l'ensemble des répondants de 12 ans et plus ont déjà cherché à suivre un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie, les hommes dans de plus grandes proportions que les femmes.
- Les individus habitant en zone isolée sont plus susceptibles d'avoir déjà recherché un traitement.
- Près d'un quart des 35 à 54 ans et environ une personne sur cinq de 18 à 34 ans ont déjà cherché à suivre un traitement.
- Quatre pourcent des répondants de 12 ans et plus affirment avoir été admis dans un centre de traitement dans l'année précédente. Parmi ceux-ci, on retrouve deux fois plus d'hommes que de femmes.
- La grande majorité des individus ayant été admis étaient également répartis entre les 18 à 34 ans et les 35 à 54 ans.
- Plus d'individus vivant en zone isolée ont été admis dans un centre de traitement.

RÉSUMÉ

Ce chapitre présente les résultats de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008) relativement à la consommation d'alcool et de drogues ainsi qu'à la participation à des jeux de hasard. Sont aussi présentés des résultats relatifs à la disponibilité et l'utilisation des services. On remarque que la proportion de consommateurs d'alcool est plus faible chez les Premières Nations que dans le reste du Québec. Toutefois, la consommation excessive d'alcool et la consommation de drogues sont plus répandues chez les Premières Nations. On constate par ailleurs que la situation ne s'améliore pas et qu'elle empire même à certains points de vue. Tant au niveau de la consommation d'alcool que de drogues, des groupes à risque se démarquent; ce sont surtout les hommes, les jeunes et les individus souffrant de troubles de santé mentale ou ayant expérimenté certains traumatismes. Enfin, la participation à des jeux de hasard est un comportement qu'ont déjà adopté une majorité d'adultes, surtout des femmes.

¹ Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	17
1. Consommation d'alcool.....	18
1.1 Portrait global de la consommation.....	18
1.2 Patrons de consommation	21
1.2.1 Fréquence de consommation d'alcool parmi les consommateurs	21
1.2.2 Consommation excessive d'alcool.....	23
1.3 Comparaisons avec le Québec	26
2. Consommation de drogues.....	27
2.1 Portrait général de la consommation.....	28
2.2 Type de drogue consommée	29
2.3 Fréquence de consommation.....	33
2.4 Comparaisons avec le Québec	37
3. Consommation d'alcool et de drogues : facteurs psychosociaux associés	39
3.1 Troubles de santé mentale.....	39
3.2 Expériences passées et traumatismes	40
4. Jeux de hasard.....	43
4.1 Accessibilité aux jeux de hasard	43
4.2 Portrait global de la participation aux jeux de hasard.....	44
4.3 Signes supposant des problèmes de jeu	44
4.3.1 Emprunt d'argent pour jouer	45
4.3.2 Excès dans les sommes jouées.....	46
4.3.3 Problèmes financiers dus au jeu.....	47
5. Cumul des comportements à risque.....	48
6. Disponibilité et utilisation des services.....	50
6.1 Services du Programme National de Lutte contre l'Abus de l'Alcool et des Drogues (PNLAADA).....	50
6.2 Recherche de traitement.....	51
6.3 Admission en centre de traitement.....	53
7. Perception des problèmes liés aux dépendances.....	54
Discussion	57
Conclusion.....	59
Bibliographie	61

Liste des tableaux

Tableau 1 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, consommateurs de 18 ans et plus, comparaisons 2002-2008.....	22
Tableau 2 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon la scolarité, consommateurs de 18 ans et plus.....	23
Tableau 3 : Fréquence de consommation excessive d'alcool au cours des 12 derniers mois selon l'âge, consommateurs de 12 ans et plus.....	25
Tableau 4 : Fréquence de consommation excessive d'alcool au cours des 12 derniers mois selon la zone géographique, consommateurs de 12 ans et plus	26
Tableau 5 : Type de drogue consommée au cours des 12 derniers mois selon l'âge, population de 12 ans et plus.....	31
Tableau 6 : Type de drogue consommée dans les 12 derniers mois selon la scolarité, population de 18 ans et plus	32
Tableau 7 : Fréquence de consommation de cannabis et de cocaïne au cours des 12 derniers mois, consommateurs de 12 ans et plus.....	34
Tableau 8 : Fréquence de consommation de cannabis et de cocaïne au cours des 12 derniers mois selon le sexe, consommateurs de 12 à 17 ans	35
Tableau 9 : Fréquence de consommation de cannabis et de cocaïne au cours des 12 derniers mois selon le revenu annuel du ménage, consommateurs de 18 ans et plus	35
Tableau 10 : Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois selon le sexe, comparaisons avec le reste du Québec.....	38
Tableau 11 : Proportion de consommateurs d'alcool ou de drogues au cours des 12 derniers mois retrouvée parmi les répondants présentant certaines caractéristiques.....	42

Liste des figures

Figure 1 : Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon l'âge, comparaisons 2002-2008.....	19
Figure 2 : Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon le revenu annuel du ménage, adultes de 18 ans et plus	20
Figure 3 : Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon la zone géographique, répondants de 12 ans et plus	20
Figure 4 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, consommateurs de 12 ans et plus.....	21
Figure 5 : Fréquence de consommation excessive d'alcool au cours des 12 derniers mois, consommateurs de 12 ans et plus, 2002-2008.....	24
Figure 6 : Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois selon l'âge, population de 12 ans et plus, comparaison 2002-2008.....	28
Figure 7 : Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois selon le revenu du ménage, adultes de 18 ans et plus	29

Figure 8 : Type de drogue consommée au cours des 12 derniers mois, population de 12 ans et plus, comparaison 2002-200830

Figure 9 : Type de drogue consommée au cours des 12 derniers mois selon le revenu annuel du ménage, population de 18 ans et plus32

Figure 10 : Type de drogue consommée dans les 12 derniers mois selon la zone géographique, population de 12 ans et plus33

Figure 11 : Fréquence de consommation quotidienne de cannabis et de cocaïne au cours des 12 derniers mois, consommateurs de 12 ans et plus, comparaison 2002-2008.....36

Figure 12 : Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois, comparaisons avec le reste du Québec37

Figure 13 : Emprunt d'argent pour jouer selon le revenu annuel du ménage, adultes de 18 ans et plus45

Figure 14 : Emprunt d'argent pour jouer selon la zone géographique, adultes de 18 ans et plus46

Figure 15 : Excès dans les sommes jouées selon la zone, adultes de 18 ans et plus47

Figure 16 : Problèmes financiers dus au jeu selon la scolarité, adultes de 18 ans et plus48

Figure 17 : Coexistence de la consommation d'alcool et de drogues au cours des 12 derniers mois selon l'âge, population de 12 ans et plus49

Figure 18 : Satisfaction quant aux services du PNLAADA, adultes de 18 ans et plus.....51

Figure 19 : Recherche de traitement pour alcoolisme ou toxicomanie selon l'âge, population de 12 ans et plus.....52

Figure 20 : Recherche de traitement pour alcoolisme ou toxicomanie selon la scolarité, adultes de 18 ans et plus52

Figure 21 : Admission dans un centre de traitement des dépendances au cours des 12 derniers mois selon l'âge, adultes admis.....53

Figure 22 : Admission dans un centre de traitement des dépendances au cours des 12 derniers mois selon le revenu annuel du ménage, adultes admis.....54

Figure 23 : Perception des changements qui se sont produits en termes de toxicomanies au cours des 12 derniers mois, population de 12 ans et plus, comparaison 1997-2002-200855

INTRODUCTION

De tout temps, les substances psychotropes² et les jeux de hasard et d'argent ont fait partie de l'expérience humaine (Room, 2005 ; Anctil, 2008). Ainsi, avant la colonisation, l'alcool et d'autres substances psychoactives étaient utilisées par les premiers habitants de différentes régions du monde. Cet usage était alors très contrôlé et étroitement lié aux rites et coutumes de ces peuples (APN, 2007).

De nos jours, l'inquiétude suscitée par la participation à des jeux d'argent et par la consommation de certaines substances psychotropes (alcool, drogues) découle des multiples problèmes sociaux et de santé qui peuvent être associés à ces comportements, surtout lorsque ceux-ci deviennent abusifs ou créent une dépendance³.

On retrouve chez les Premières Nations du monde entier des facteurs de risque communs favorisant le développement des dépendances. Ces facteurs représentent différents stressors pouvant s'additionner chez un même individu : pauvreté, faible niveau de scolarité, chômage, racisme et instabilité familiale (King, 2009). Dans un rapport produit par la Fondation autochtone de guérison en 2007, on cite les propos d'un informateur-clé : « Identité, maltraitance ou violence, abandon et isolement, ce sont les quatre principales causes profondes de dépendances. » (Traduction libre) (Chansonneuve, 2007).

Les autorités sanitaires des Premières Nations du Québec sont évidemment préoccupées par les toxicomanies et par le manque de ressources pour leur prévention et leur traitement.

« Les dépendances à l'alcool, aux drogues, aux médicaments et aux jeux de hasard sont des fléaux grandissants et très ravageurs pour les Premières Nations. Ces dépendances engendrent de graves conséquences pour la vie familiale et sur la santé. »

Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017.

Remédier aux disparités... Accélérer le changement

(CSSSPNQL, 2008)

Ce chapitre présente les résultats issus de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008) relativement à la consommation d'alcool et de drogues ainsi qu'à la participation à des jeux de hasard chez les Premières Nations du Québec. On y décrit aussi des éléments liés à la disponibilité et l'utilisation des services. Afin d'établir des tendances temporelles, certains résultats de l'ERS 2008 sont comparés à ceux issus de l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002* (ERS 2002). Enfin, on y fait aussi le parallèle entre les résultats obtenus chez les Premières Nations et des résultats d'enquêtes québécoises.

² Substances qui agissent sur le système nerveux central, modifiant les perceptions sensorielles, l'état de conscience, le fonctionnement intellectuel ou le comportement dans son ensemble, quel que soit le type d'effet induit (dépresseur, stimulant ou perturbateur) (Gouvernement du Québec, 2006)

³ <http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?toxicomanie>



1. CONSOMMATION D'ALCOOL

Dans cette section sont présentés les résultats sur la consommation d'alcool (prévalence, fréquence de consommation, consommation excessive) globalement et selon différentes caractéristiques de la population. Les questions relatives à la consommation d'alcool ont été posées à l'ensemble des répondants de 12 ans et plus.

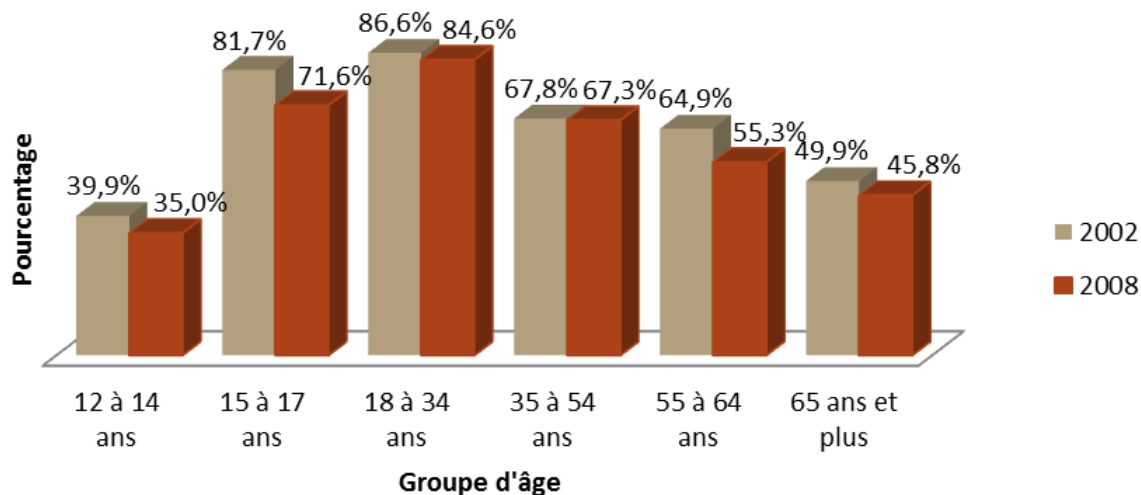
1.1 *Portrait global de la consommation*

Plus des deux tiers (68,2 %) des répondants de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008 (ERS 2008) affirment avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'enquête, une différence non statistiquement significative par rapport à 2002, où l'on comptait 72,4 % de consommateurs d'alcool ($p < 0,05$). Des proportions semblables d'hommes et de femmes disent avoir bu de l'alcool dans la dernière année (68,2 % vs 68,1 % respectivement; $p > 0,05$).

La consommation d'alcool est significativement liée à l'âge ($p < 0,001$). Ainsi, la figure 1 montre que celle-ci atteint un pic chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans, chez qui l'on retrouve les plus grandes proportions de consommateurs (84,6 %). Les adolescents de 15 à 17 ans sont le deuxième groupe présentant le plus de consommateurs (71,6 %). Quant aux abstinents, c'est chez les 12 à 14 ans et les 65 ans et plus qu'on les retrouve en plus grande proportion (64,5 % et 53,8 % respectivement).

Les mêmes tendances s'observaient lors de l'ERS 2002, avec un pic de consommation chez les jeunes de 15 à 34 ans. Or, on peut noter une diminution de la proportion de consommateurs chez les adolescents de 15 à 17 ans entre 2002 et 2008, passant de 81,7 % à 71,6 % ($p < 0,0001$).

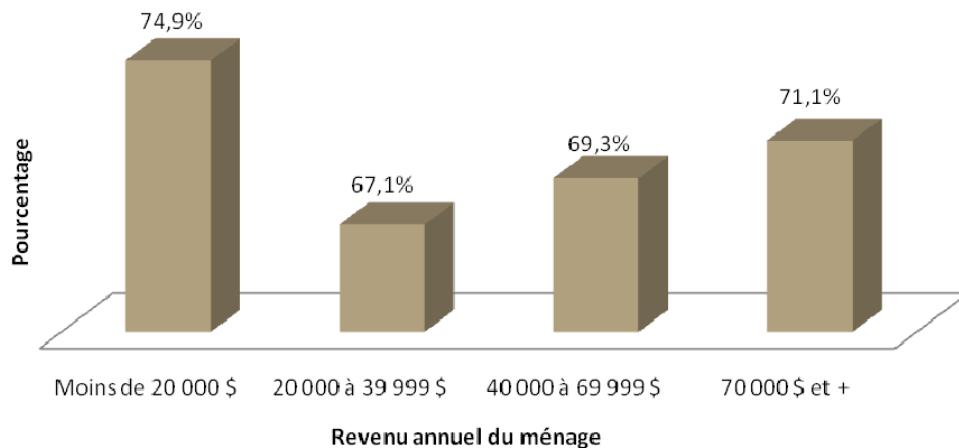
Figure 1 : Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon l'âge, comparaisons 2002-2008 (2002, N = 19 952; 2008 N = 22 729)



Note : Tout au long de ce chapitre, les réponses « ne sait pas » et « refus » sont habituellement incluses dans le calcul du dénominateur.

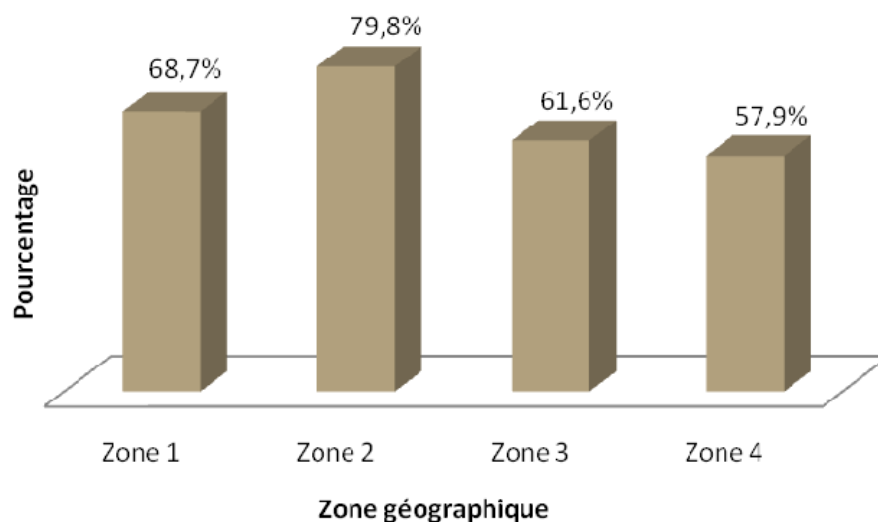
L'analyse de la consommation selon d'autres caractéristiques sociodémographiques permet de faire ressortir différentes tendances. On note que la proportion de consommateurs d'alcool varie légèrement selon le revenu du ménage (Figure 2). Ainsi, c'est chez les adultes dont le ménage gagne moins de 20 000 \$ par année que l'on retrouve le plus de consommateurs, les trois quarts de ceux-ci ayant pris de l'alcool au cours de l'année précédant l'enquête. Toutefois, la signification statistique de cette relation n'a pu être vérifiée étant donné la faible taille des effectifs. Quant à la scolarité, elle n'a pas d'effet statistiquement significatif sur la consommation d'alcool ($p > 0,05$).

Figure 2 : Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon le revenu annuel du ménage, adultes de 18 ans et plus (N = 14 948)



Par contre, la consommation d'alcool varie significativement en fonction de la zone géographique de la communauté (zone) où demeurent les répondants ($p < 0,0001$). Ainsi, on constate à la figure 3 que près de 80,0 % des répondants de 12 ans et plus habitant en zone 2 affirment avoir consommé de l'alcool dans l'année précédant l'enquête, comparativement à moins de 60,0 % pour ceux résidant en zone 4.

Figure 3 : Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon la zone géographique, répondants de 12 ans et plus (N = 22 729)



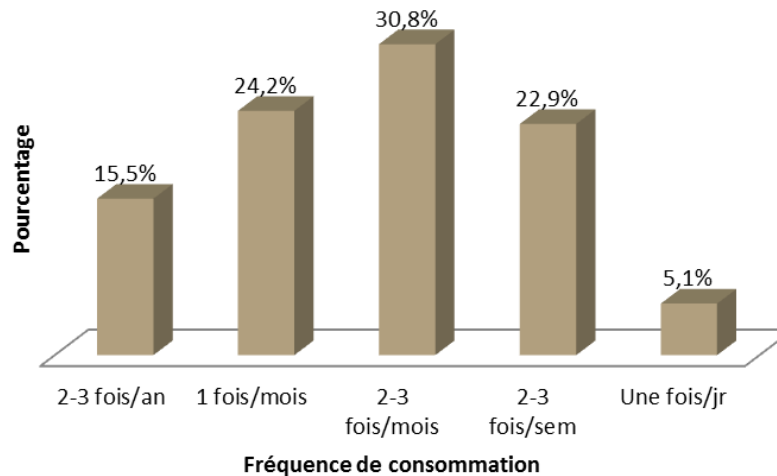
1.2 Patrons de consommation

Outre le volume ingéré, les patrons de consommation d'alcool déterminent ses effets sur la santé. Par exemple, alors qu'une consommation légère à modérée d'alcool est associée à une diminution du risque de maladie coronarienne (Room, 2005), la consommation excessive d'alcool (*binge drinking*) peut entraîner un infarctus aigu du myocarde (Flegel, 2011). L'enquête régionale sur la santé s'est donc intéressée à deux patrons, soit la fréquence de consommation d'alcool et la consommation excessive d'alcool, et les résultats présentés dans la prochaine section font le portrait des consommateurs quant à ces deux patrons.

1.2.1 Fréquence de consommation d'alcool parmi les consommateurs

Parmi les répondants ayant affirmé avoir consommé de l'alcool dans la dernière année, 15,5 % ont dit en avoir bu deux à trois fois par année, 55,0 % une à trois fois par mois, 22,9 % deux à trois fois par semaine et 5,1 % une fois par jour. Il est à noter que cette donnée ne précise pas le nombre de consommations⁴ prises à chaque occasion.

Figure 4 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, consommateurs de 12 ans et plus (N = 15 497)



Le tableau 1 révèle que, chez les consommateurs adultes, la fréquence de consommation d'alcool a subi des variations depuis 2002 ($p < 0,0001$). Bien que la majorité des consommateurs boive encore sur une base mensuelle, on remarque cependant une certaine hausse dans la consommation hebdomadaire et quotidienne en 2008.

⁴ Au Canada, une consommation standard (un verre) contient 341 ml de bière, 142 ml de vin, 85 ml de vin fortifié (par ex. : porto) ou 43 ml de spiritueux (« fort ») (INSPQ, 2010).

Malheureusement, on ne peut effectuer de comparaisons avec les résultats de l'ERS 2002 quant à la fréquence de consommation parmi l'ensemble des consommateurs car la question n'était pas posée aux adolescents.

Tableau 1: Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, consommateurs de 18 ans et plus, comparaisons 2002-2008

Fréquence de consommation d'alcool	Année de l'enquête régionale sur la santé (ERS)			
	2002		2008	
	n	%	n	%
2-3 fois/an	2 508	20,3	1 852	13,8
1 fois/mois	2 563	20,8	3 167	23,6
2-3 fois/mois	4 129	33,5	4 265	31,8
2-3 fois/semaine	2 442	19,8	3 173	23,7
Une fois/jr	448	3,6	769	5,7
Ne sait pas /Refus	253	2,0	167	1,2
TOTAL*	12 343	100,0	13 393	100,0

* L'addition des pourcentages peut donner un nombre légèrement inférieur ou supérieur à 100 %. Ceci est dû à l'arrondissement des valeurs.

La fréquence de consommation d'alcool varie selon le genre ($p < 0,0001$), les hommes en buvant plus fréquemment que les femmes. En effet, selon l'ERS 2008, plus d'hommes que de femmes prennent de l'alcool « 2 à 3 fois par semaine » et « une fois par jour » (25,4 % vs 20,4 % et 8,5 % vs 1,7 %). Les femmes sont pour leur part plus nombreuses que les hommes à ne consommer que deux à trois fois par année (19,0 % vs 12,0 %).

L'âge a un impact sur la fréquence de consommation ($p < 0,0001$). En effet, la proportion de consommateurs quotidiens augmente avec l'âge, passant de aucun chez les 12 à 14 ans à 8,4 % chez les 65 ans et plus. On remarque aussi que la consommation hebdomadaire d'alcool croît d'abord avec l'âge, passant de 10 % chez les 12 à 14 ans à 28,1 % chez les 35 à 54 ans, pour ensuite décroître. Chez les jeunes consommateurs de 12 à 14 ans, on observe que la majorité (62,8 %) affirme boire de l'alcool entre 2 à 3 fois par année et 1 fois par mois.

Bien qu'on ne puisse pas conclure que le revenu du ménage ait un impact statistiquement significatif sur la fréquence de consommation d'alcool, on remarque certaines différences entre les classes de revenu. Ainsi, 9,8 % des individus déclarant un revenu annuel de plus de 70 000 \$ consommeraient de l'alcool sur une base quotidienne comparativement à 7,0 % pour les individus dont le ménage gagne moins de 20 000 \$, 5,3 % pour ceux gagnant entre 20 000 \$ et 39 999 \$ et 3,4 % pour ceux gagnant entre 40 000 \$ et 69 999 \$. De plus, les individus des ménages les mieux nantis consommeraient dans de moindres proportions sur une base annuelle (2,9 % vs autour de 15,0 % pour les autres catégories de revenu).

La fréquence de consommation d'alcool varie selon la scolarité ($p < 0,05$). En observant le tableau 2, on remarque que l'usage

quotidien d'alcool augmente avec la scolarité. La consommation hebdomadaire d'alcool est plus élevée chez les répondants n'ayant pas complété leur secondaire et ceux ayant obtenu un diplôme d'études collégiales (environ 7,0 %).

Tableau 2 : Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon la scolarité, consommateurs de 18 ans et plus (N = 13 102)

Fréquence de consommation d'alcool	DES† non complété		DES†		DEC†		Études universitaires	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2-3 fois/an	1 032	15,5	318	9,9	303	18,8	138	8,4
1 fois/mois	1 637	24,6	702	22,0	309	19,2	435	26,6
2-3 fois/mois	2 015	30,3	1 274	39,8	430	26,7	489	29,8
2-3 fois/semaine	1 380	20,7	770	24,1	441	27,4	514	31,4
Une fois/jr	475	7,1	112	3,5	108	6,7	57	3,5
Ne sait pas/refus	112	1,7	25	0,8	21	1,3	5	0,3
TOTAL*	6 651	100,0	3 201	100,0	1 612	100,0*	1 638	100,0

* L'addition des pourcentages peut donner un nombre légèrement inférieur ou supérieur à 100 %. Ceci est dû à l'arrondissement des valeurs.

† DES : Diplôme d'études secondaires; DEC : Diplôme d'études collégiales

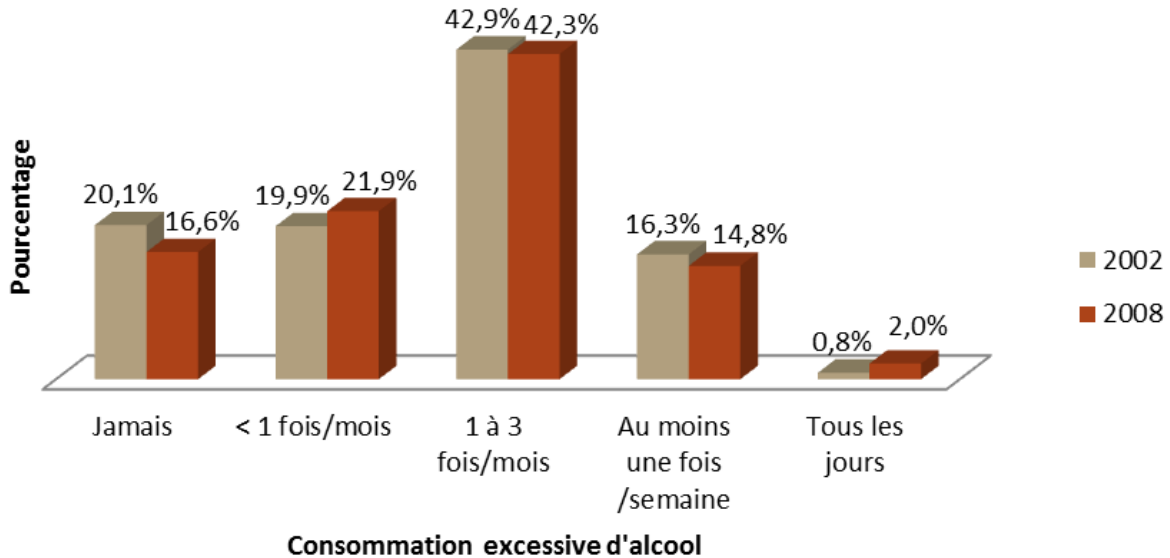
La zone géographique a une influence sur la fréquence de consommation d'alcool ($p < 0,05$). Ainsi, la consommation hebdomadaire et quotidienne est plus répandue chez les répondants habitant en zones 1 et 4 (31,7 % et 32,2 % respectivement) que chez ceux habitant en zones 2 et 3 (23,7 % et 18,1 %).

1.2.2 Consommation excessive d'alcool

La consommation excessive d'alcool, définie comme la prise de cinq consommations ou plus d'alcool en une même occasion, est associée à un risque accru d'infarctus du myocarde, de violence, de relations sexuelles non protégées et d'accidents (INSPQ, 2010; Room, 2005; Flegel, 2011). Parmi l'ensemble des répondants à l'enquête, plus de la moitié (55,2 %) ont affirmé avoir eu une consommation excessive d'alcool au moins une fois dans l'année précédant l'enquête, dont 40,4 % au moins une fois par mois. On constate que la consommation excessive sur une base mensuelle (une à trois fois par mois) est la plus répandue, regroupant près de 30,0 % des répondants.

Si l'on ne s'intéresse qu'aux consommateurs, on note que la majorité d'entre eux (81,0 %) affirme avoir bu de façon excessive dans la dernière année. La consommation excessive sur une base mensuelle est la plus fréquente, avec 42,3 % des consommateurs d'alcool ayant adopté ce comportement dans l'année précédant l'enquête. Des changements sont survenus depuis l'ERS 2002, dont une diminution dans la proportion de consommateurs affirmant n'avoir jamais bu de façon excessive (20,1 % vs 16,6 %) et une augmentation de ceux ayant adopté ce comportement tous les jours (0,8 % vs 2,0 %) ($p < 0,0001$).

Figure 5 : Fréquence de consommation excessive d'alcool au cours des 12 derniers mois, consommateurs de 12 ans et plus, 2002-2008 (2002, N= 14 040; 2008, N= 15 497)



Parmi les consommateurs, la prise excessive d'alcool varie significativement selon le sexe ($p < 0,0001$), les hommes semblent adopter ce comportement plus fréquemment que les femmes. Ainsi, ils sont 20,7 % à affirmer avoir consommé de façon excessive sur une base hebdomadaire ou quotidienne contre 12,9 % chez les femmes. À l'opposé, les femmes sont plus nombreuses à ne jamais avoir eu une consommation excessive dans la dernière année (19,4 % vs 13,7 %).

L'âge a un impact sur la fréquence de consommation excessive d'alcool ($p < 0,0001$). Parmi les consommateurs, les répondants de 12 à 14 ans et de 65 ans et plus sont plus nombreux à ne jamais avoir adopté ce comportement (40,3 % et 48,3 % respectivement). À l'opposé, les consommateurs de 18 à 64 ans affirment avoir bu de façon excessive sur une base hebdomadaire ou quotidienne dans des proportions oscillant autour de 15,0 % et 20,0 %. Il est à noter que chez les adolescents de 15 à 17 ans, ce sont 13,7 % qui affirment adopter ce comportement sur une base hebdomadaire ou quotidienne.

Tableau 3 : Fréquence de consommation excessive d'alcool au cours des 12 derniers mois selon l'âge, consommateurs de 12 ans et plus

Fréquence de consommation	Groupe d'âge					
	12 à 14 ans (N = 497)	15 à 17 ans (N = 1 603)	18 à 34 ans (N = 5 846)	35 à 54 ans (N = 5 496)	55 à 64 ans (N = 1 296)	65 ans et plus (N = 755)
	%	%	%	%	%	%
Jamais	40,3	15,4	10,9	13,0	31,0	48,3
<1 fois/mois	21,1	24,6	23,3	19,8	22,3	20,6
1 à 3 fois /mois	29,0	43,1	48,4	42,3	29,8	23,8
Au moins une fois/ semaine	6,4	13,7	13,3	18,8	13,9	5,5
Tous les jours	0,0	0,0	2,4	2,5	2,0	1,3
Ne sait pas/Refus	3,4	3,1	1,6	3,5	1,1	0,5
TOTAL*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* L'addition des pourcentages peut donner un nombre légèrement inférieur ou supérieur à 100 %. Ceci est dû à l'arrondissement des valeurs.

L'éducation a un impact statistiquement significatif sur la fréquence de consommation excessive parmi les consommateurs de 18 ans et plus ($p < 0,05$). La prise excessive d'alcool sur une base mensuelle (1 à 3 fois par mois) décroît avec la scolarité, passant de 45,9 % chez ceux n'ayant pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (DES) à 34,2 % chez ceux ayant fait des études universitaires. On remarque aussi que les répondants ayant fait des études universitaires sont significativement plus nombreux à adopter une consommation excessive quotidienne (3,8 %; $p < 0,005$). Quant au revenu du ménage, il n'est pas possible de statuer de manière statistique quant à son influence sur ce comportement étant donné la faible taille des effectifs. Toutefois, on note une tendance à une consommation excessive hebdomadaire ou quotidienne plus fréquente chez consommateurs ayant déclaré un revenu annuel du ménage de 70 000 \$ et plus (26,7 %). Les résultats indiquent aussi que la consommation sur une base mensuelle tend à diminuer avec le revenu, passant de 46,9 % chez ceux dont le ménage gagne moins de 20 000 \$ par année à 37,3 % chez ceux gagnant 70 000 \$ et plus.

Enfin, le niveau d'isolement de la communauté a un impact significatif sur la fréquence de consommation excessive d'alcool ($p = 0,0005$). Ainsi, on note au Tableau 4 que l'absence de ce comportement est plus fréquente dans les régions moins isolées alors que la consommation excessive sur une base mensuelle augmente avec l'isolement. On remarque aussi que c'est parmi les répondants de la zone 4 que l'on retrouve la plus faible proportion de consommation excessive sur une base quotidienne (0,4 %).

Tableau 4 : Fréquence de consommation excessive d'alcool au cours des 12 derniers mois selon la zone géographique, consommateurs de 12 ans et plus (N= 15 497)

Fréquence de consommation	Zone							
	Zone 1		Zone 2		Zone 3		Zone 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jamais	1 715	18,1	438	14,1	143	11,3	119	9,9
<1 fois/mois	2 006	21,2	800	25,7	330	26,1	204	17,0
1 à 3 fois /mois	3 844	40,6	1 400	44,9	678	53,5	741	61,7
Au moins une fois/ semaine	1 670	17,7	408	13,1	80	6,3	133	11,1
Tous les jours	224	2,4	68	2,2	35	2,8	5	0,4
Ne sait pas/ Refuse	1	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0
TOTAL*	9 460	100,0	3 115	100,0	1267	100,0	1201	100,0

* L'addition des pourcentages peut donner un nombre légèrement inférieur ou supérieur à 100 %. Ceci est dû à l'arrondissement des valeurs.

1.3 Comparaisons avec le Québec

Si l'on compare les résultats de l'ERS 2008 avec ceux de la population québécoise en général, il est intéressant de noter qu'on retrouve moins de consommateurs de boissons alcoolisées parmi les Premières Nations que chez les Québécois. En effet, alors que 68,2 % des Premières Nations affirment avoir consommé de l'alcool dans la dernière année, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009-2010⁵ (ESCC 2009-2010) nous révèle que 82,9 % des Québécois de 12 ans et plus ont bu de l'alcool dans l'année précédant l'enquête (ISQ, 2011). Tout comme chez les Premières Nations, les hommes québécois déclarent consommer de l'alcool dans une plus grande proportion que les femmes (85,5 % vs 80,2 %). Au Québec, c'est aussi chez les jeunes que l'on retrouve la plus grande proportion de buveurs (92,5 % chez les 18 à 24 ans et 87,4 % chez les 25 à 44 ans). Quant aux adolescents des Premières Nations de 12 à 17 ans, ils seraient plus nombreux que leurs vis-à-vis québécois à avoir consommé de l'alcool dans l'année précédente (57,4 % vs 51,3 %).

Des différences dans la fréquence de consommation d'alcool se dessinent entre les populations des Premières Nations du Québec et la population générale de la province. Ainsi, les résultats de l'ERS 2008 et de l'ESCC 2009-2010 révèlent que les Premières Nations consomment de l'alcool moins fréquemment que la population québécoise. Ainsi, chez les consommateurs des Premières Nations, c'est la consommation sur une base mensuelle qui prédomine : 55,0 % boivent entre une et trois fois par mois contre 21,4 % chez les buveurs québécois (ISQ, 2011). À l'opposé, seulement 22,9 % des consommateurs des

⁵ L'ESCC exclut les Autochtones vivant sur réserve.

Premières Nations déclarent boire de l'alcool sur une base hebdomadaire contre 61,8 % parmi les buveurs québécois. La fréquence de consommation d'alcool en fonction du sexe et de l'âge varie de manière semblable chez les Premières Nations et les Québécois, les hommes buvant plus fréquemment que les femmes et les groupes d'âge plus âgés consommant plus fréquemment que les plus jeunes.

À l'opposé, la consommation excessive d'alcool serait plus présente chez les Premières Nations que chez les Québécois. Ainsi, 40,4 % des Premières Nations de 12 ans et plus affirment avoir consommé cinq consommations d'alcool ou plus en une même occasion au moins 12 fois dans l'année, contre 18,5 % des répondants québécois (ISQ, 2011). Au Québec, les hommes auraient adopté ce comportement plus de deux fois plus que les femmes (26,1 % vs 11,0 %), un écart plus large que chez les Premières Nations (44,1 % vs 36,5 %).

2. CONSOMMATION DE DROGUES

Cette section dresse un portrait de la consommation de drogues chez les Premières Nations du Québec (prévalence, type de drogue consommée, fréquence de consommation) de façon générale et selon différentes caractéristiques de la population. Sept types de drogues ont été étudiés dans le cadre de l'ERS 2008 :

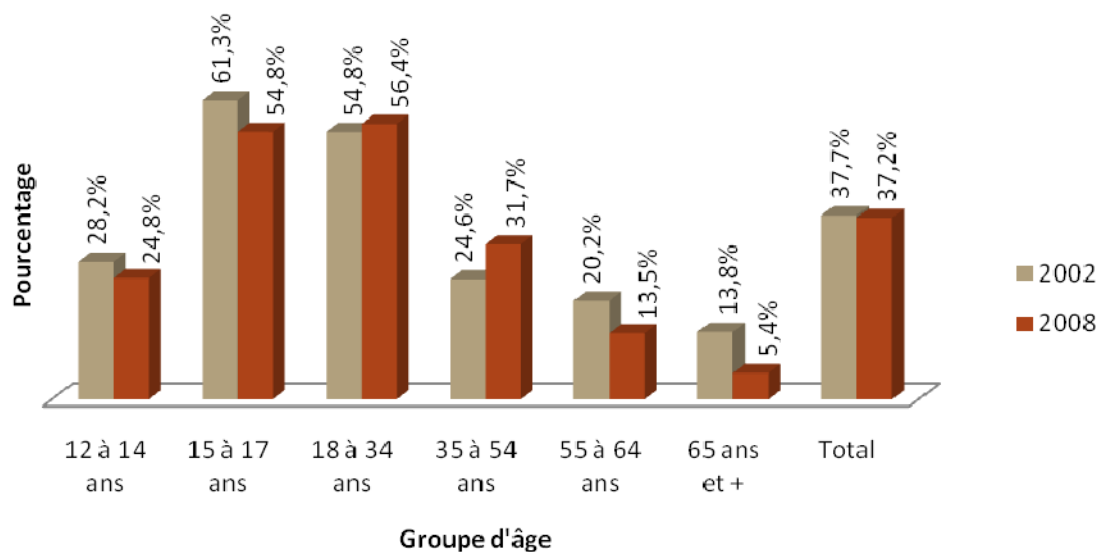
- Le cannabis (marijuana, pot, herbe, hash, etc.)
- La cocaïne (coke, crack, freebase, etc.)
- Les amphétamines et autres stimulants (crystal meth, speed, ecstasy, etc.)
- Les substances inhalées (solvants, colle, pétrole, diluant à peinture)
- Les sédatifs ou somnifères (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)
- Les hallucinogènes (LSD, PCP, acides, kétamine, champignons, etc.)
- Les opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, etc.)

2.1 Portrait général de la consommation

Parmi l'ensemble des répondants de 12 ans et plus, 37,2 % ont affirmé avoir consommé au moins un type de drogue dans l'année précédant l'enquête. La consommation de drogues varie selon le sexe et l'âge ($p < 0,0001$). Ainsi, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir adopté ce comportement (43,6 % vs 30,8 %). C'est chez les 15 à 17 ans et les 18 à 34 ans que l'on retrouve le plus de consommateurs de drogues, avec plus de la moitié des répondants en ayant consommé (54,8 % et 56,4 % respectivement). La prévalence de consommation de drogues diminue ensuite avec l'âge. Il est à noter que chez les adolescents de 12 à 14 ans, un individu sur quatre (24,8 %) a fait usage de drogues dans l'année précédente (Figure 6).

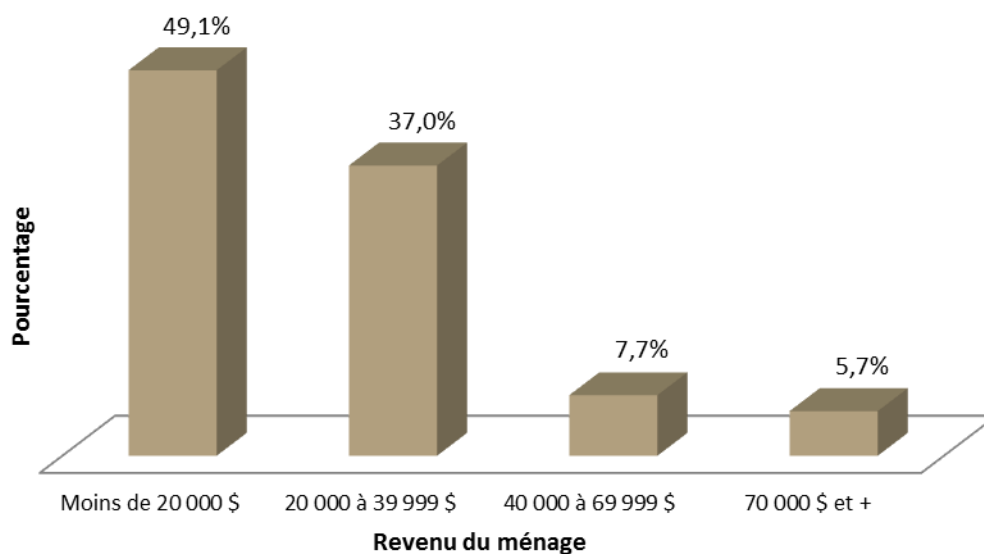
La figure 6 présente les proportions de consommateurs par groupe d'âge en 2002 et en 2008. On y constate que la consommation chez l'ensemble des répondants a peu changé entre 2002 et 2008 (38,7 % vs 37,2 %) ($p > 0,05$). Par contre, on peut noter des variations à l'intérieur de certains groupes d'âge. Ainsi, la consommation chez les adolescents de 12 à 17 ans semble suivre une tendance à la baisse (45,6 % lors de l'ERS 2002 à 43,2 % en 2008) ($p < 0,05$), tout comme chez les 55 ans et plus. Toutefois, on remarque une légère tendance à la hausse chez les 35 à 54 ans. Ces tendances temporelles devront être suivies lors des prochaines enquêtes.

Figure 6 : Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois selon l'âge, population de 12 ans et plus, comparaison 2002-2008 (2002, N= 19 952; 2008, N=22 729)



Outre le sexe et l'âge, le revenu du ménage a une influence sur la consommation de drogues chez les Premières Nations. C'est parmi les répondants dont le ménage gagne moins de 20 000 \$ par année que l'on retrouve la plus grande proportion de consommateurs de drogues (49,1 %). À l'opposé, les individus dont le ménage déclare un revenu dans les tranches supérieures rapportent moins avoir consommé des drogues dans l'année précédant l'enquête (Figure 7).

Figure 7 : Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois selon le revenu du ménage, adultes de 18 ans et plus (N = 14 676)



La scolarité a un impact sur la consommation de drogues ($p < 0,001$). On remarque que les répondants n'ayant pas complété leurs études secondaires se démarquent par des proportions de consommateurs de drogues plus importantes. En effet, ils sont près de la moitié (43,9 %) à en avoir consommé dans l'année précédant l'enquête.

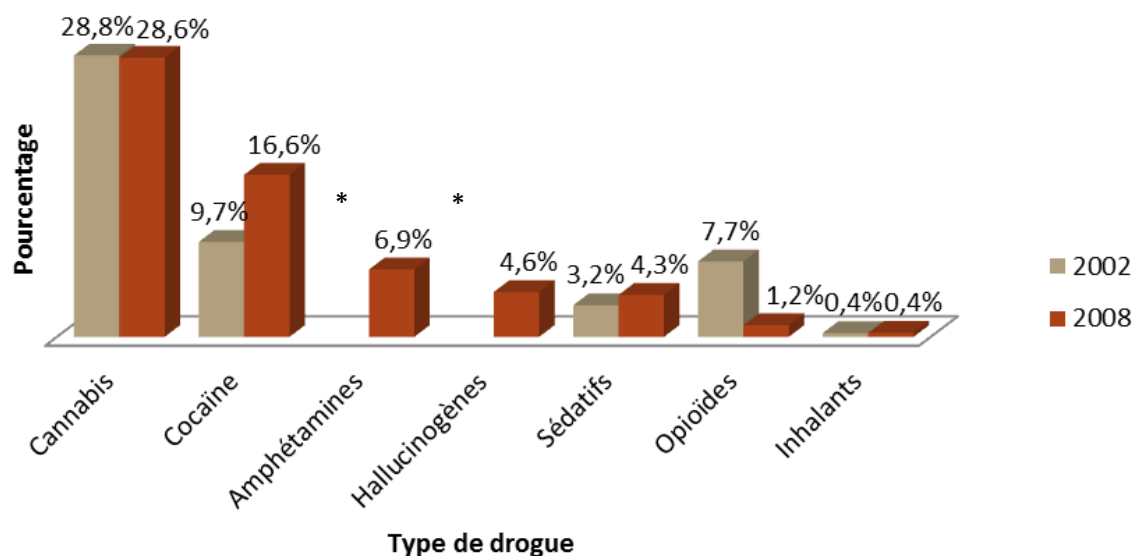
Enfin, la consommation de drogues semble plus fréquente dans les communautés des zones 3 et 4 (46,0 % et 44,7 %) que dans les communautés des zones 1 et 2 (34,6 % et 38,3 %) ($p < 0,05$).

2.2 Type de drogue consommée

Comme ailleurs au Québec, le cannabis est la drogue la plus consommée par les membres des Premières Nations avec près d'un tiers (28,6 %) des répondants ayant affirmé en avoir consommé dans l'année précédant l'enquête. Suivent la cocaïne avec une proportion de consommateurs de 16,6 % et les amphétamines avec 6,9 %. Pour sa part, l'usage de médicaments d'ordonnance (opioïdes et sédatifs) touche 5,5 % des répondants à l'ERS 2008.

En comparant les résultats de 2002 et de 2008, on remarque des différences marquées dans la consommation de cocaïne et d'opioïdes. La cocaïne semble avoir gagné en popularité ($p < 0,0001$) alors que la prise d'opioïdes a grandement diminué, passant de 7,7 % à 1,2 % ($p < 0,0001$). Toutefois, il est impossible d'effectuer les comparaisons quant à la consommation d'amphétamines et d'hallucinogènes puisque les drogues incluses dans les catégories de l'ERS 2002 étaient différentes.

Figure 8 : Type de drogue consommée au cours des 12 derniers mois, population de 12 ans et plus, comparaison 2002-2008 (2002, N = 19 952; 2008, N = 22 729)



* Les substances incluses dans ces catégories étaient différentes lors de l'ERS 2002.

Tout comme ils affirment consommer des drogues en plus grandes proportions, les hommes consomment significativement plus de cannabis (36,3 % vs 20,9 %) et de cocaïne (19,8 % vs 13,3 %) que les femmes ($p < 0,0002$). Ils consomment aussi plus d'hallucinogènes (6,7 % vs 2,5 %) ($p < 0,0001$).

L'âge des répondants influence le type de drogues consommées ($p < 0,05$). C'est chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans et les jeunes de 18 à 34 ans que l'on retrouve les plus grandes proportions de consommateurs de cannabis (respectivement 40,7 % et 43,6 %). Ces deux groupes sont près de deux fois plus nombreux que les 35 à 54 ans à avoir adopté ce comportement. Quant à la consommation de cocaïne, les individus de 18 à 34 ans se distinguent par une consommation beaucoup plus élevée que ceux des autres groupes d'âge (29,4 %). On observe aussi que près de 12,0 % des adolescents de 15 à 17 ans déclarent avoir consommé de la cocaïne dans l'année précédant l'enquête. Enfin, c'est chez les jeunes de 18 à 34 ans que la consommation d'hallucinogènes est la plus élevée (9,6 %). Le tableau 5 présente les types de drogues utilisées selon l'âge.

Tableau 5 : Type de drogue consommée au cours des 12 derniers mois selon l'âge, population de 12 ans et plus (N = 22 729)

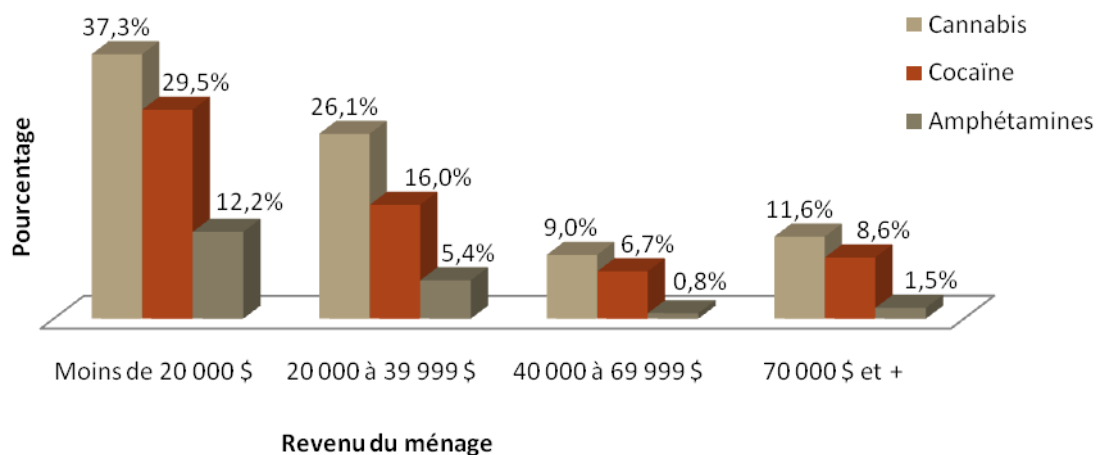
Type de drogue	Groupe d'âge					
	12 à 14 ans	15 à 17 ans	18 à 34 ans	35 à 54 ans	55 à 64 ans	65 ans et +
	(N = 1 420)	(N = 2 237)	(N = 6 908)	(N = 8 169)	(N = 2 341)	(N = 1 650)
	%	%	%	%	%	%
Cannabis	24,1	51,3	43,6	22,9	4,9	0,9
Cocaïne	2,2	11,6	29,4	16,3	3,9	0,2
Amphétamines	1,3	12,0	14,5	3,3	0,8	0,2
Inhalants	0,4	1,2	0,7	0,0	0,3	0,2
Sédatifs	0,9	0,4	4,7	5,1	6,8	4,0
Hallucinogènes	0,4	3,8	9,6	3,3	1,1	0,2
Opioides	0,0	0,6	2,0	1,2	0,5	0,6

Si l'on observe plus spécifiquement la situation chez les adolescents, on remarque que les 15 à 17 ans se distinguent des 12 à 14 ans avec des proportions de consommateurs plus élevées pour chacune des trois principales drogues : 51,3 % vs 24,1 % pour le cannabis; 11,6 % vs 2,2 % pour la cocaïne; 12,0 % vs 1,3 % pour les amphétamines. Le sexe des adolescents a peu d'influence sur le type de drogue consommée. La consommation de cannabis chez les adolescents des Premières Nations a diminué entre 2002 et 2008 (42,7 % vs 40,7 %) ($p > 0,05$). La consommation de cocaïne, pour sa part, a augmenté de façon significative entre 2002 et 2008, passant de 3,7 % à 7,9 % ($p < 0,0001$).

La consommation de sédatifs prend de l'importance avec l'âge. Chez les adultes de 35 à 54 ans, les amphétamines sont remplacées par les sédatifs qui deviennent ainsi le troisième type de drogues le plus consommé. De plus, les sédatifs représentent le type de drogue le plus utilisé par les adultes de 55 ans et plus, devant le cannabis.

L'effet du revenu sur le type de drogues consommées est présent dans les tranches supérieures (40 000 \$ à 70 000 \$) où la consommation de cocaïne, malgré qu'elle soit moins élevée que dans les tranches inférieures, prend plus d'importance proportionnellement aux autres drogues (Figure 9).

Figure 9 : Type de drogue consommée au cours des 12 derniers mois selon le revenu annuel du ménage, population de 18 ans et plus (N = 14 948)



Parmi les adultes, la consommation de certains types de drogues est influencée par la scolarité du répondant. Ainsi, on note une baisse de la consommation de cannabis, de cocaïne, d'amphétamines, de sédatifs et d'hallucinogènes avec l'augmentation du niveau de scolarité, et ce jusqu'au niveau collégial (Tableau 6). On observe cependant que cette consommation augmente à nouveau chez les répondants ayant fait ou complété des études universitaires.

Tableau 6 : Type de drogue consommée dans les 12 derniers mois selon la scolarité, population de 18 ans et plus

Type de drogue consommée	Scolarité							
	DES non-complété		DES		DEC		Université	
	(N = 9 828)		(N = 4 338)		(N = 2 201)		(N = 2 154)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cannabis *	3223	32,8	1165	26,9	260	11,8	320	14,9
Cocaïne *	2417	24,6	500	11,5	188	8,6	301	14,0
Amphétamines*	934	9,5	253	5,8	15	0,7	52	2,4
Inhalants	43	0,4	0	0	15	0,7	0	0
Sédatifs †	664	6,8	169	3,9	32	1,5	75	3,5
Hallucinogènes*	792	8,1	127	2,9	0	0	46	2,1
Opioides	171	1,7	53	1,2	0	0	26	1,2

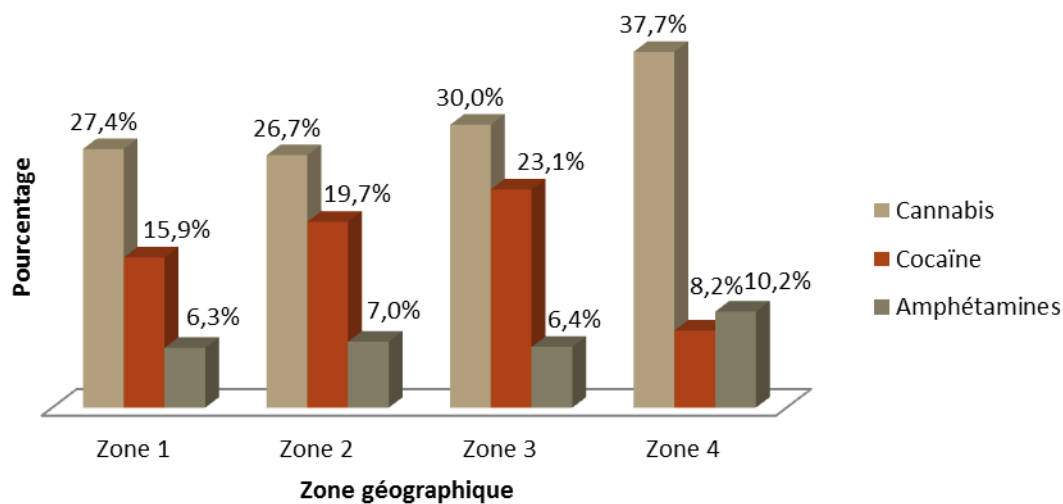
* : $p < 0,0001$

† : $p < 0,05$

DES : Diplôme d'études secondaires; DEC : Diplôme d'études collégiales

Enfin, on observe à la figure 10 que la zone a une influence sur la consommation de drogues ($p < 0,05$). Ainsi, la consommation de cocaïne est beaucoup moins répandue parmi les répondants habitant en zone 4 (8,2 %) que chez ceux habitant en zone 1 (15,9 %), en zone 2 (19,7 %) ou en zone 3 (23,1 %). Au contraire, la consommation de cannabis et d'amphétamines est plus élevée en zone 4.

Figure 10 : Type de drogue consommée dans les 12 derniers mois selon la zone géographique, population de 12 ans et plus (N = 22 729)



2.3 Fréquence de consommation

Le cannabis et la cocaïne sont les drogues les plus communément consommées et pour cette raison, c'est uniquement pour ces deux drogues que la fréquence de consommation a été étudiée. Cette section présente les résultats sur la fréquence de consommation de drogues **parmi les consommateurs**, et non pour l'ensemble des répondants.

Parmi les répondants ayant affirmé avoir consommé du cannabis dans l'année précédant l'enquête, la consommation sur une base quotidienne et annuelle est la plus répandue (35,5 % et 34,3 %) alors que la cocaïne se consomme surtout sur une base annuelle (41,7 %). Notons cependant que près de 10,0 % des consommateurs font usage de cocaïne presque à chaque jour et qu'environ un consommateur sur cinq en consomme sur une base hebdomadaire (Tableau 7).

Tableau 7 : Fréquence de consommation de cannabis et de cocaïne au cours des 12 derniers mois, consommateurs de 12 ans et plus

Fréquence de consommation	Cannabis		Cocaïne	
	n	%	n	%
Une ou deux fois par année	2 228	34,3	1 572	41,7
Une fois par mois	855	13,2	1 167	31,0
Une fois par semaine	1 113	17,1	692	18,4
Une fois par jour ou presque	2 308	35,5	335	8,9
TOTAL*	6 504	100,0	3 766	100,0

* L'addition des pourcentages peut donner un nombre légèrement inférieur ou supérieur à 100 %. Ceci est dû à l'arrondissement des valeurs.

La fréquence de consommation de cannabis et de cocaïne est influencée par le sexe ($p < 0,01$). Ainsi, les consommateurs masculins sont plus nombreux que leurs vis-à-vis féminins à consommer quotidiennement du cannabis ou de la cocaïne (38,1 % vs 31,0 %; 9,6 % vs 7,9 %).

L'âge influence également la fréquence de consommation de drogues ($p < 0,0001$). La consommation quotidienne de cannabis est maximale chez les 15 à 17 ans et les 35 à 54 ans, parmi lesquels plus de deux consommateurs sur trois affirment faire usage de cannabis à tous les jours (38,4 % et 37,1 % respectivement). Quant à la cocaïne, c'est chez les consommateurs de 35 à 54 ans que la consommation hebdomadaire ou quotidienne est la plus répandue (37,6 %), alors que ce patron de consommation est absent chez les 12 à 14 ans et les 65 ans et plus. Notons que parmi les adolescents de 15 à 17 ans, plus d'un consommateur sur cinq (22,5 %) font usage de cocaïne sur une base hebdomadaire ou quotidienne.

Plus spécifiquement chez les adolescents, le tableau 8 révèle que les garçons de 12 à 17 ans sont plus nombreux que les filles à consommer du cannabis ou de la cocaïne quotidiennement (42,7 % vs 24,2 %; 24,6 % vs 0,0 %). Pour leur part, les filles adoptent majoritairement une consommation annuelle, tant pour le cannabis que la cocaïne.

Tableau 8 : Fréquence de consommation de cannabis et de cocaïne au cours des 12 derniers mois selon le sexe, consommateurs de 12 à 17 ans

Fréquence de consommation	Cannabis				Cocaïne			
	Garçons		Filles		Garçons		Filles	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Une ou deux fois par année	293	36,8	313	45,2	36	27,4	94	59,3
Une fois par mois	55	6,9	88	12,7	48	36,4	54	33,8
Une fois par semaine	108	13,5	124	17,9	15	11,6	11	6,9
Une fois par jour ou presque	340	42,7	168	24,2	32	24,6	0	0,0
TOTAL*	796	100,0	693	100,0	131	100,0	159	100,0

* L'addition des pourcentages peut donner un nombre légèrement inférieur ou supérieur à 100 %. Ceci est dû à l'arrondissement des valeurs.

Le revenu du ménage a aussi une influence sur la fréquence de consommation de drogues. Ainsi, on observe dans le tableau 9 que la consommation quotidienne de cocaïne est plus répandue (13,9 %) chez les consommateurs dont le revenu annuel du ménage est de 70 000 \$ et plus. Toutefois, ces derniers se démarquent avec une consommation quotidienne de cannabis beaucoup moins importante (7,2 % comparativement à 35% à 45% dans les autres tranches de revenu).

Tableau 9 : Fréquence de consommation de cannabis et de cocaïne au cours des 12 derniers mois selon le revenu annuel du ménage, consommateurs de 18 ans et plus

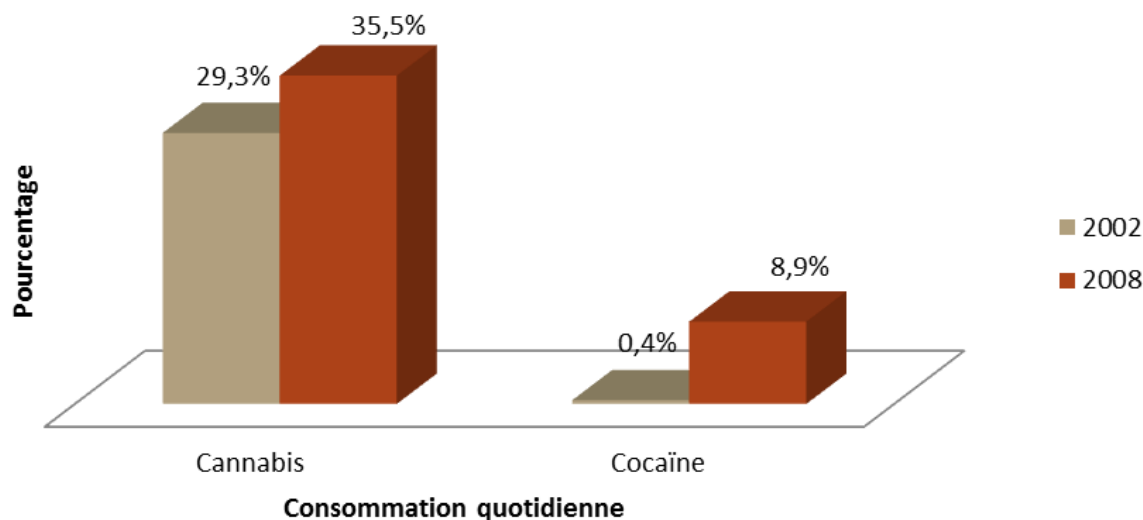
Fréquence de consommation	Cannabis				Cocaïne			
	Revenu du ménage (\$)							
	Moins de 20 000 \$ (N = 1 882) %	20 000 à 39 999 \$ (N = 1 397) %	40 000 à 69 999 \$ (N = 245) %	\$ 70 000 et + (N = 194) %	Moins de 20 000 \$ (N = 1 543) %	20 000 à 39 999 \$ (N = 814) %	40 000 à 69 999 \$ (N = 199) %	70 000 \$ et + (N = 145) %
Une ou deux fois par année	22,1	39,6	42,4	57,4	39,9	42,1	58,2	52,0
Une fois par mois	20,9	8,4	6,0	25,0	30,9	32,3	41,8	16,4
Une fois par semaine	19,8	17,6	5,7	10,4	19,9	21,9	0,0	17,7
Une fois par jour ou presque	37,3	34,4	45,9	7,2	9,4	3,7	0,0	13,9
TOTAL*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* L'addition des pourcentages peut donner un nombre légèrement inférieur ou supérieur à 100 %. Ceci est dû à l'arrondissement des valeurs.

Parmi les consommateurs de cannabis, les résultats révèlent certaines différences quant à la fréquence de consommation selon la zone géographique (Figure 10). Ainsi, la consommation quotidienne de cannabis est plus marquée en zone 3 (46,5 % vs 35,9 % en zone 1, 31,3 % en zone 2 et 29,2 % en zone 4). Les répondants vivant en zone 4 se démarquent par une forte proportion de consommation annuelle, soit 47,9 % des consommateurs (contre 33,5 % en zone 1, 26,8 % en zone 2 et 24,6 % en zone 3).

En raison des différences dans les choix de réponse, il est difficile d'établir des comparaisons entre les résultats de l'ERS 2002 et ceux de l'ERS 2008 quant à la fréquence de consommation de cannabis et de cocaïne. Il est toutefois possible de le faire pour la catégorie « une fois par jour ou presque » qui est la même dans les deux enquêtes. Ainsi, on remarque une augmentation de la consommation quotidienne à la fois de cannabis et de cocaïne parmi les consommateurs entre 2002 et 2008.

Figure 11 : Fréquence de consommation quotidienne de cannabis et de cocaïne au cours des 12 derniers mois, consommateurs de 12 ans et plus, comparaison 2002-2008

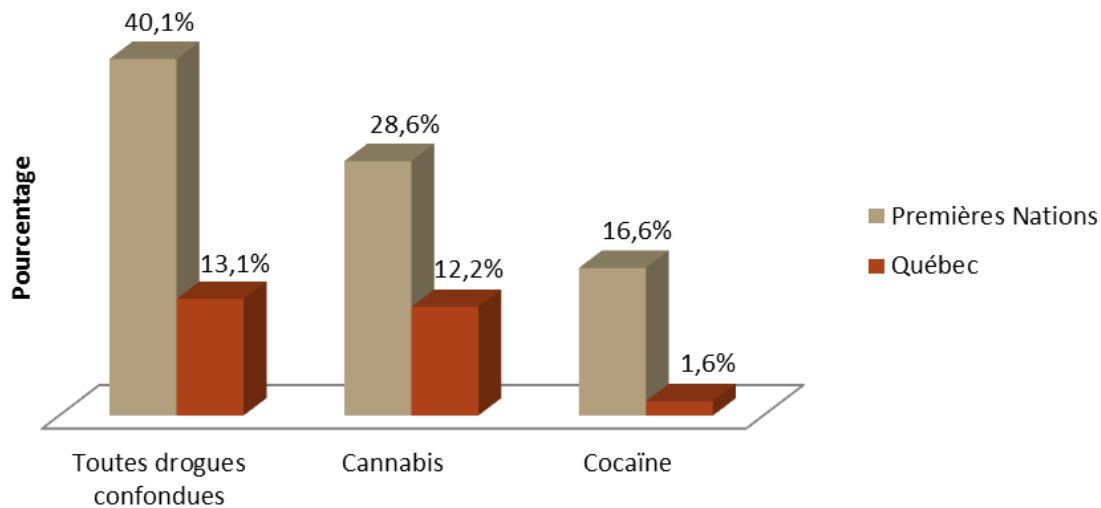


Enfin, chez les adolescents consommateurs de 12 à 17 ans, on note une évolution à la hausse statistiquement significative dans la consommation quotidienne tant de cannabis que de cocaïne entre 2002 et 2008. En 2002, 24,0 % de ceux-ci consommaient du cannabis à chaque jour, proportion qui a augmenté pour atteindre 34,0 % en 2008 ($p < 0,0001$). Quant à la cocaïne, aucun adolescent n'a déclaré en faire une consommation quotidienne en 2002; en 2008, ce sont 11,1 % d'entre eux qui en consommaient quotidiennement ($p < 0,0002$).

2.4 Comparaisons avec le Québec

Les résultats de l'ESCC 2008 (ISQ, 2010) au Québec⁶ nous permettent de faire le parallèle avec ceux obtenus lors de l'ERS 2008 chez les Premières Nations du Québec. Ces comparaisons mettent en évidence une consommation de drogues de beaucoup supérieure chez ces derniers face à leurs vis-à-vis québécois (Figure 12). On constate que les proportions de consommateurs de drogues parmi l'ensemble des répondants (12 ans et plus) des Premières Nations sont plus de trois fois supérieures à celles rencontrées chez les Québécois de 15 ans et plus, et ce tant chez les hommes que chez les femmes. La consommation de cannabis est plus de deux fois plus importante chez les Premières Nations, et celle de cocaïne environ 10 fois plus répandue.

Figure 12 : Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois, comparaisons avec le reste du Québec



Le tableau 10 permet de voir le détail de la consommation selon le sexe. On remarque que tant chez les Premières Nations que dans le reste du Québec, les hommes consomment des drogues en plus grandes proportions que les femmes.

⁶ Données de l'ESCC 2008 disponibles pour les 15 ans et plus.

Tableau 10 : Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois selon le sexe, comparaisons avec le reste du Québec

	Premières Nations (12 ans et plus)	Québec (15 ans et plus)
Proportion de consommateurs, toutes drogues confondues (%)		
Total	40,1	13,1
Hommes	43,6	17,2
Femmes	30,8	9,0
Proportion de consommateurs de cannabis (%)		
Total	28,6	12,2
Hommes	36,3	16,2
Femmes	20,9	8,3
Proportion de consommateurs de cocaïne (%)		
Total	16,6	1,6
Hommes	19,8	2,3
Femmes	13,3	0,8

Source des données pour le Québec : ISQ, 2010

L'initiation aux drogues se fait souvent à l'adolescence (INSPQ, 2009). Il est donc crucial d'étudier les tendances de consommation chez les adolescents des Premières Nations et de les comparer avec celles des jeunes du reste du Québec.

Tant au Québec que chez les Premières Nations, on observe une diminution quant à la consommation de drogues chez les adolescents. L'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2008 (ISQ, 2009) révèle que 27,8 % des élèves interrogés déclaraient avoir consommé de la drogue au moins une fois au cours d'une période de douze mois, une importante diminution depuis 2002 où 41,2 % des élèves en avaient consommé. Chez les adolescents de 12 à 17 ans des Premières Nations, ces proportions sont passées de 45,6 % lors de l'ERS 2002 à 43,2 % en 2008 ($p < 0,05$), une diminution moins marquée que pour le reste du Québec.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la consommation de cannabis et de cocaïne chez les adolescents, on remarque certaines différences dans les tendances chez les Premières Nations et les reste du Québec. Ainsi, la consommation de cannabis chez les adolescents des Premières Nations est passée de 42,7 % en 2002 à 40,7 % en 2008 alors que chez les jeunes du secondaire du Québec, ces proportions passaient de 39,1 % en 2002 à 27,2 % en 2008. Bien que dans les deux groupes la consommation de cannabis soit à la baisse, la diminution est plus marquée au Québec.

Quant à la consommation de cocaïne chez les adolescents, on note des tendances inverses chez les Premières Nations et le reste du Québec. En effet, cette consommation aurait augmenté entre 2002 et 2008 chez les jeunes des Premières Nations, passant de 3,7 % à 7,9 %. Chez les jeunes du secondaire au Québec, on remarque au contraire une diminution de 5,2 % en 2002 à 3,4 % en 2008.

3. CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES : FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ASSOCIÉS

Certains facteurs sont reconnus comme étant liés à la consommation de substances psychoactives. Des travaux suggèrent que les comportements de dépendances seraient une façon d'échapper aux stressés chroniques, lesquels peuvent être nombreux chez les peuples autochtones : racisme, pauvreté, faible scolarité, non-emploi, problèmes familiaux, héritage des pensionnats (King 2009). De fait, dans une étude réalisée chez des jeunes toxicomanes des Premières Nations admis en centre de traitement, la principale raison de consommation d'alcool et de drogues était le désir d'oublier les problèmes et la souffrance (CSSSPNQL 2008). Par ailleurs, les troubles de santé mentale sont souvent associés à la consommation de substances. En effet, des études réalisées auprès de patients atteints de troubles mentaux sévères ont révélé une importante prévalence de consommation problématique de substances (Virgo 2001).


Dans cette section, nous explorons donc la relation entre certains facteurs d'ordre psychosocial et la consommation d'alcool ou de drogues. Ces facteurs sont la détresse psychologique, les idées suicidaires et tentatives de suicide ainsi que les antécédents de placement dans une famille d'accueil, d'expérience de violence, d'abus dans l'enfance et de fréquentation des pensionnats. L'analyse de ces données nous permet d'évaluer la concomitance de ces facteurs avec la consommation de substances mais non d'établir des liens de cause à effet.

L'ensemble des résultats sont présentés au tableau 10 qui se trouve à la fin de la section.

3.1 *Troubles de santé mentale*

L'analyse des données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 révèle que la prévalence de la dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites est plus élevée parmi les personnes ayant déjà présenté un trouble de l'humeur ou anxieux dans leur vie (Kairouz, 2008). La consommation de drogues est aussi plus élevée chez les individus dont l'indice de détresse psychologique (échelle de Kessler, K6) est élevé (ISQ, 2009).

L'indice de détresse psychologique a été mesuré chez les participants adultes de l'ERS 2008 grâce à l'échelle de Kessler (K10)⁷. On remarque au tableau 10 que les proportions de répondants adultes dont le niveau de détresse dans le mois pré-



cédaient l'enquête était « élevé » sont significativement plus susceptibles d'avoir consommé des drogues ou de l'alcool dans l'année précédente (respectivement 47,4 % vs 30,9 % et 77,4 % vs 69,8 %).

Des études cliniques ont rapporté que les taux de consommation et de dépendance au cannabis étaient élevés chez des individus ayant fait une grave tentative de suicide (Lynskey, 2004). Les individus ayant une dépendance à la cocaïne auraient aussi un plus grand risque de comportements suicidaires (Roy, 2001). Ainsi, une étude américaine réalisée auprès de patients admis pour traitement de leur dépendance à la cocaïne révèle qu'une importante proportion de ceux-ci ont déjà fait une tentative de suicide (Roy, 2001).

Si l'on observe le tableau 10, on note que, chez les répondants ayant affirmé avoir déjà eu des pensées suicidaires ou tenté de se suicider, les proportions de consommateurs d'alcool ou de drogues sont significativement plus élevées. Ce fait est d'autant plus marqué dans l'association entre les antécédents de tentative de suicide et la consommation de drogues où l'on retrouve près de deux fois plus de consommateurs de drogues chez les répondants ayant déjà fait une tentative de suicide (63,0 % vs 32,8 %).

3.2 *Expériences passées et traumatismes*

On retrouve chez les Premières Nations des taux élevés de signalements, de prise en charge et de placements d'enfants par le système de protection de la jeunesse (CSSSPNQL, 2011). Tant à court qu'à long terme, ces enfants issus du système de protection de la jeunesse auront à faire face à de nombreux obstacles liés entre autres à leur réinsertion sociale. Parmi ces difficultés, on retrouve l'abus de substances (Goyette, 2009 cité dans CSSSPNQL, 2011).

Chez les répondants âgés de 12 à 16 ans de l'ERS 2008, on constate que chez ceux ayant été placés dans un centre jeunesse, des proportions significativement plus élevées ont consommé de l'alcool ou des drogues comparativement aux adolescents n'ayant pas fréquenté le centre jeunesse (alcool : 87,9 % vs 56,4 %; drogues : 90,5 % vs 40,2 %).

Les individus ayant une expérience de violence ou d'abus, actuelle ou passée, sont plus à risque de développer différents problèmes de santé mentale, d'abus de substances et de relations interpersonnelles (Cohen, 2003; AHF, 2003). Malgré plusieurs recherches réalisées sur le lien entre l'abus sexuel et le développement subséquent de problèmes d'alcool, force est de constater qu'il est toutefois difficile d'établir si l'abus sexuel est un prédicteur indépendant de l'abus d'alcool (AHF, 2003). En effet, plusieurs autres facteurs confondants sont souvent présents (dysfonction familiale, négligence...).

Le tableau 10 révèle des proportions de consommateurs de drogues environ deux fois plus élevées parmi les répondants ayant des antécédents d'abus dans l'enfance ou ayant vécu une expérience personnelle de violence physique ou verbale dans l'année précédant l'enquête ($p < 0,0001$).

Selon un rapport publié par la Aboriginal Healing Foundation, les individus ayant séjourné dans les pensionnats sont reconnus pour avoir d'importants taux d'abus d'alcool (AHF, 2003; Smith, 2005). Certains tentent d'expliquer cette situation par les

⁷ La détresse psychologique mesurée par l'échelle de Kessler (K10) est fondée sur 10 questions et établit à quelle fréquence, au cours du dernier mois, la personne s'est sentie épuisée, nerveuse, désespérée, agitée, triste ou déprimée, bonne à rien ou avait eu l'impression que tout lui demandait un effort. L'indice permet de classer les répondants selon deux catégories de détresse psychologique : faible à modérée et élevée (voir Chapitre 5).

effets psychologiques et sociaux liés au séjour dans les pensionnats et qui se transmettraient de génération en génération (AHP, 2007). Parmi ces effets, on retrouve les difficultés à développer des liens de confiance et d'attachement. Selon des spécialistes, les dépendances seraient une façon d'affronter les douleurs émotionnelles. Ce moyen serait toutefois inapproprié (AHF, 2007).

On remarque au tableau 10 que c'est parmi les adultes ayant fréquenté les pensionnats eux-mêmes que la consommation d'alcool ou de drogues est la moins élevée (58,2 % vs 73,4 %; 24,6 % vs 38,7 %) Bien que l'on ait pu s'attendre à l'inverse, on peut penser que l'effet de cohorte a une influence. Ainsi, les gens ayant fréquenté les pensionnats sont actuellement plus âgés et leur consommation reflète leur âge (la consommation d'alcool et de drogues diminue avec l'âge; voir sections 1.1. et 2.1.).

Parmi les répondants adultes, 29,8 % affirment qu'au moins un de leurs parents a fréquenté les pensionnats. La consommation d'alcool et de drogues est significativement plus élevée parmi ces répondants que chez ceux dont aucun parent n'est allé dans un pensionnat (78,7 % vs 64,1 % ; 50,5 % vs 30,3 %).

Tableau 11 : Proportion de consommateurs d'alcool ou de drogues au cours des 12 derniers mois retrouvée parmi les répondants présentant certaines caractéristiques

Caractéristique	Pourcentage de consommateurs d'alcool (au cours des 12 derniers mois)	p	Pourcentage de consommateurs de drogues (au cours des 12 derniers mois)	p
Détresse psychologique (adultes)				
Élevée	77,4	< 0,05	47,4	< 0,0001
Faible à modérée	69,8		30,9	
Antécédents de pensées suicidaires				
Oui	77,5	< 0,0001	53,1	< 0,0001
Non	64,7		30,8	
Antécédents de tentative de suicide				
Oui	82,7	< 0,0001	63,0	< 0,0001
Non	66,0		32,8	
Placement dans un centre jeunesse dans l'année précédente (adolescents)				
Oui	87,9	< 0,0004	90,5	< 0,0001
Non	56,4		40,2	
Antécédents d'abus dans l'enfance				
Oui	71,3	< 0,05	50,1	< 0,0001
Non	66,8		32,3	
Expérience des pensionnats (adultes)				
Personnelle				
Oui	58,2	< 0,0001	24,6	< 0,0002
Non	73,4		38,7	
Au moins un parent				
Oui	78,7	< 0,0001	50,5	< 0,0001
Non	64,1		30,3	
Expérience personnelle de violence physique dans l'année précédente				
Oui	88,7	< 0,0001	68,0	< 0,0001
Non	65,5		27,3	
Expérience personnelle de violence verbale dans l'année précédente				
Oui	81,9	< 0,0001	53,6	< 0,0001
Non	64,7		27,0	

4. JEUX DE HASARD

Les jeux de hasard sont pratiqués dans plusieurs cultures et sociétés depuis fort longtemps, notamment chez les Premières Nations (Dion, 2010a). Ainsi, on retrouvait chez ces dernières de nombreux jeux comme les ossements, les bâtons et les jeux de mains. Or, ces formes de jeu traditionnelles ont fait place à celles pratiquées par les Nord-Américains, dont le bingo, les loteries et les casinos.

Le paysage du jeu s'est modifié dans les dernières années. Ainsi, à partir des années 1990, on voit apparaître au Canada de nouvelles formes légalisées de jeux de hasard dont les casinos, les appareils de loterie vidéo en milieu communautaire et plus récemment, les jeux sur Internet (Cox, 2005; Korn, 2000). Cette augmentation de l'accessibilité au jeu, son acceptation, sa promotion et sa légalisation sont en partie responsables de l'engouement qu'il suscite (Dion, 2010a).

Le jeu demeure pour plusieurs une activité à laquelle s'associe le rêve, la détente ou la socialisation (Dion, 2010a). Cependant, certains développeront des problèmes liés au jeu. On distingue de nombreux facteurs de risque associés aux problèmes de jeu : pauvreté, chômage, exposition au jeu, dépendances à l'alcool et aux drogues, histoire d'abus dans l'enfance, troubles de santé mentale (Dion, 2010b; Korn, 2000). Malheureusement, ces facteurs de risque sont habituellement plus présents chez les Autochtones que dans la population générale.

Les problèmes de jeu peuvent entraîner diverses conséquences dont la dégradation de la situation financière, des relations avec la famille, les proches et la communauté, de l'estime de soi, des performances académiques ou professionnelles, de la santé physique et mentale, bref de la qualité de vie en général (Papineau, 2010; Marshall, 2003).

Cette section présente un portrait de la situation liée au jeu de hasard dans les communautés des Premières Nations en décrivant l'offre de jeu, le portrait de la participation et certains signes suggérant des problèmes de jeu.

4.1 Accessibilité aux jeux de hasard

Avant de présenter les résultats sur la prévalence de la participation aux jeux de hasard et de ses conséquences, il apparaît essentiel de décrire l'offre de jeu dans les communautés des Premières Nations ou à proximité de celles-ci. En effet, l'accès aux jeux d'argent est un facteur déterminant et des études démontrent qu'on retrouve plus de problèmes de jeu dans les régions ayant de fortes concentrations de terminaux de loterie vidéo ou un casino permanent (Cox, 2005). Dès 1999, l'Association canadienne de santé publique recommandait d'ailleurs aux gouvernements de réduire l'accessibilité aux appareils de loterie vidéo (Courteau, 2003).

Dans l'enquête communautaire de l'ERS 2008, une question permettait de décrire l'accessibilité aux jeux de hasard pour les résidents des communautés. Les résultats révèlent que sur les 22 communautés des Premières Nations interrogées, 17 ont accès à des appareils de loterie vidéo, dont neuf en ayant à l'intérieur même de leur communauté. L'accessibilité à un casino est toutefois beaucoup moins importante. Malheureusement, l'accessibilité à d'autres formes de jeu très populaires dans les communautés, dont le bingo, n'était pas investiguée dans l'ERS 2008.

4.2 Portrait global de la participation aux jeux de hasard

Dans l'ERS 2008, les répondants de 18 ans et plus devaient dire s'ils avaient déjà joué à des jeux de hasard, c'est-à-dire s'ils avaient déjà dépensé de l'argent soit pour jouer (bingo, cartes, billets de loterie, loterie vidéo) ou pour miser sur des événements sportifs. Des questions portaient aussi sur certains signes de jeu problématique.

Il est important de noter que les résultats ne représentent pas la situation dans la dernière année, mais bien l'expérience « à vie » des répondants. Malheureusement, aucune comparaison ne peut être faite avec les résultats de l'ERS 2002, car les questions portaient alors sur la participation dans l'année précédant l'enquête.

Dans l'ERS 2008, les questions portant sur la participation à des jeux de hasard ont été posées aux adultes de 18 ans et plus et nous révèlent que plus des deux tiers (68,4 %) de ceux-ci ont déjà participé à de tels jeux. En faisant une analyse selon le sexe, on remarque que significativement plus de femmes que d'hommes se sont déjà adonnés à des jeux d'argent (74,0 % vs 62,8 %; $p < 0,0001$). Les proportions d'individus ayant déjà joué sont semblables d'un groupe d'âge à l'autre ($p > 0,05$).

Le revenu annuel du ménage déclaré au moment de l'enquête n'a pas d'impact statistiquement significatif sur le fait d'avoir déjà joué à des jeux de hasard ($p > 0,05$). La scolarité des individus influence leur participation à des jeux de hasard ($p < 0,05$). Ainsi, on note une participation plus faible chez ceux ayant un diplôme d'études secondaires (63,6 %) et une participation plus importante chez les détenteurs d'un diplôme d'études collégiales (76,2 %). Toutefois, on remarque que la participation à des jeux de hasard varie significativement selon la zone de résidence déclarée au moment de l'enquête, sans tendance notable cependant ($p < 0,0001$). Ainsi, on retrouve plus d'antécédents de jeu chez les participants résidant en zone 4 ou 2 (respectivement 81,3 % et 76,3 %) que chez ceux habitant en zone 1 ou 3 (respectivement 66,9 % et 48,5 %).

4.3 Signes supposant des problèmes de jeu

Bien que sans danger pour plusieurs, la participation à des jeux de hasards peut devenir problématique chez certains. Ainsi, on distingue trois types de joueurs : 1) le joueur **récréatif**, qui ne rencontre pas de problème lorsqu'il joue, 2) le joueur **problématique**, qui subit certains impacts négatifs en lien avec ses comportements de jeu, mais sans que cela n'occasionne de graves conséquences et 3) le joueur **pathologique**, qui vit un cumul de problèmes importants causés par une dépendance sévère aux jeux de hasard et d'argent⁸.

Différents signes peuvent laisser supposer des problèmes de jeu : mentir, jouer pour récupérer l'argent perdu, jouer plus que prévu, emprunter de l'argent pour jouer, miser toujours plus et être préoccupé par le jeu. L'ERS 2008 s'est intéressée à trois signes pouvant marquer un problème de jeu : l'emprunt d'argent pour jouer, le fait de miser trop d'argent et les problèmes financiers causés par le jeu.

Il est à noter que la signification statistique de l'ensemble des relations explorées dans cette section n'a pu être vérifiée étant donné la faible taille des effectifs.

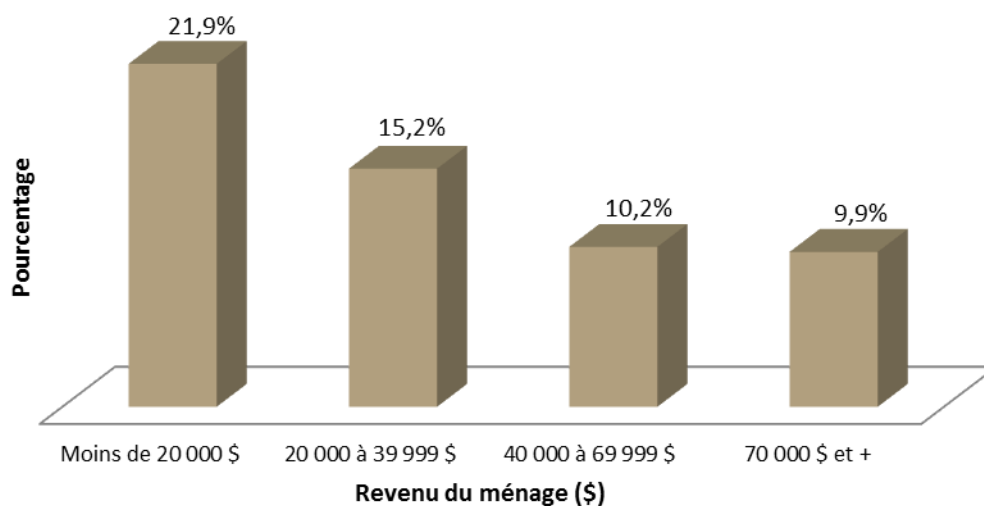
⁸ <http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?definition-jeu>

4.3.1 Emprunt d'argent pour jouer

L'ERS 2008 révèle que 16,8 % des répondants de 18 ans et plus ont dit avoir déjà emprunté de l'argent pour jouer. Les femmes semblent avoir eu plus tendance à emprunter de l'argent pour jouer (19,8 %) que les hommes (13,8 %). On constate aussi que les antécédents d'emprunt d'argent sont plus fréquents chez les plus jeunes (18,5 % chez les 18 à 34 ans ; 18,0 % chez les 35 à 54 ans ; 14,1 % chez les 55 à 64 ans et 7,9 % chez les 65 ans et plus).

La figure 12 indique que les antécédents d'emprunt d'argent dans le but de jouer à des jeux de hasard décroît avec le revenu du ménage déclaré dans l'année précédant l'enquête. C'est chez ceux dont le ménage gagne moins de 20 000 \$ par année que l'on retrouve la plus grande proportion d'emprunteurs, avec plus du quart des répondants (21,9 %).

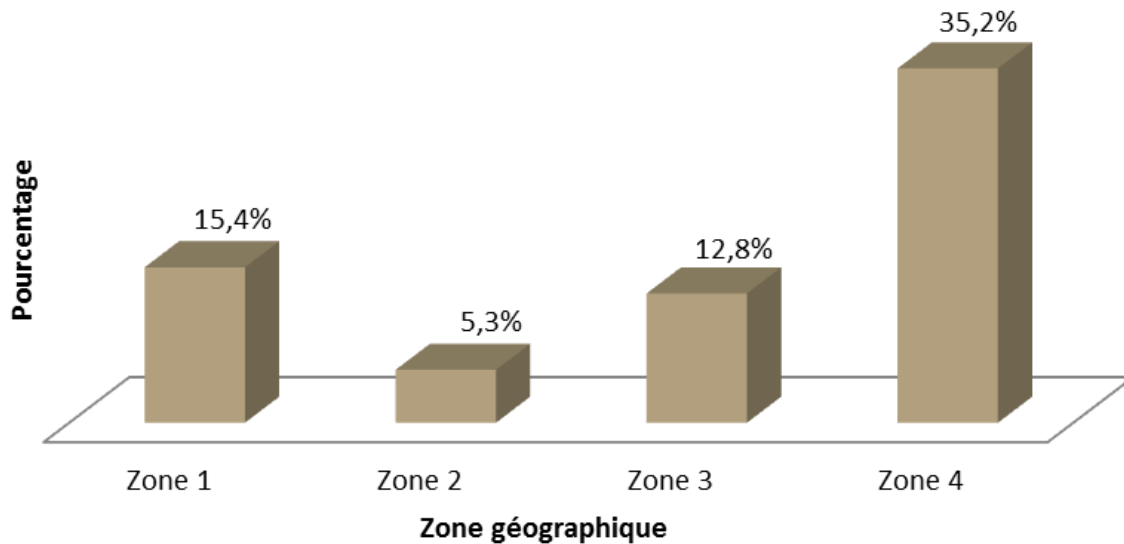
Figure 13 : Emprunt d'argent pour jouer selon le revenu annuel du ménage, adultes de 18 ans et plus (N=14 947)



On note des différences dans l'historique d'emprunt d'argent selon la scolarité déclarée au moment de l'ERS 2008. Les répondants ne détenant pas de DES semblent plus susceptibles d'avoir déjà emprunté de l'argent pour jouer (20,8 %) comparativement aux autres catégories d'éducation (11,7 % avec un DES, 13,2 % avec un diplôme collégial et 13,7 % avec un diplôme universitaire).

Enfin, la zone de résidence actuelle semble avoir un impact sur le fait d'avoir déjà emprunté de l'argent pour jouer. En effet, les répondants habitant en zone 4 sont plus nombreux à déclarer avoir déjà emprunté pour jouer; c'est plus d'un individu sur trois qui a déclaré cette situation.

Figure 14 : Emprunt d'argent pour jouer selon la zone géographique, adultes de 18 ans et plus (N = 19 068)



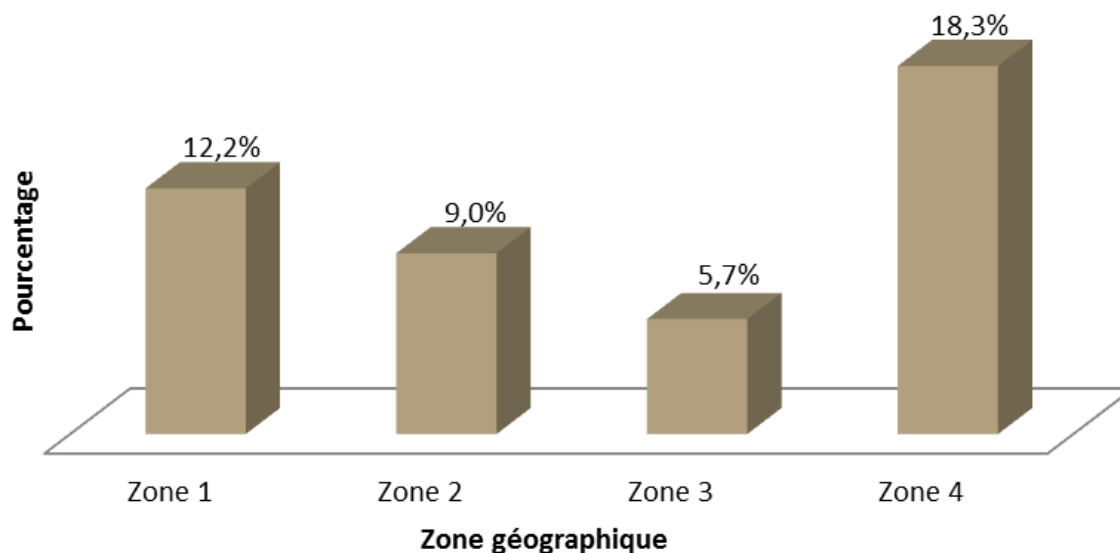
4.3.2 Excès dans les sommes jouées

À la question « Avez-vous déjà joué plus d'argent que vous ne pouviez vous le permettre? », 12,1 % des répondants ont répondu par l'affirmative. Les hommes et les femmes affirment avoir déjà joué trop dans des proportions semblables (11,5 % vs 12,8 %). Tout comme pour l'emprunt d'argent, le fait d'avoir joué trop pour ses moyens a tendance à diminuer avec l'âge, passant d'environ 13,0 % chez les 18 à 54 ans à 4,3 % chez les 65 ans et plus.

Le revenu du ménage au moment de l'enquête ne semble pas avoir d'influence sur le fait de miser des sommes trop importantes pour ses moyens. À souligner toutefois que, parmi les adultes dont le revenu du ménage est de moins de 20 000 \$ par année, ce sont ceux qui ont un revenu annuel entre 1 000 \$ et 4 999\$ qui ont le plus déclaré avoir déjà joué au-delà de leurs moyens (37,3 %). En analysant les résultats selon la scolarité, on note des proportions plus importantes d'excès dans les sommes jouées chez les individus n'ayant pas terminé leur secondaire ou ayant un diplôme d'études collégiales (respectivement 14,5 % et 14,8 %) que chez les détenteurs d'un diplômes d'études secondaires ou les gens ayant fait/complété des études universitaires (respectivement 7,2 % et 9,2 %).

Enfin, les répondants des communautés en zone 4 auraient « déjà joué plus qu'ils ne pouvaient se le permettre » dans de plus grandes proportions que ceux des autres zones.

Figure 15 : Excès dans les sommes jouées selon la zone, adultes de 18 ans et plus (N = 19 068)



4.3.3 Problèmes financiers dus au jeu

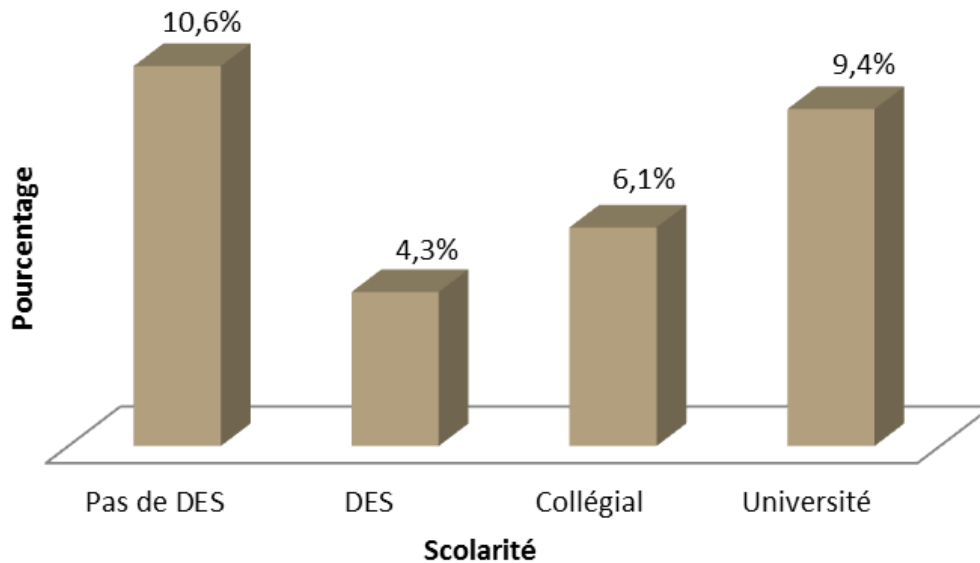
Enfin, 8,4 % des répondants ont déclaré avoir déjà vécu des problèmes financiers personnels ou familiaux à cause du jeu. Le sexe et l'âge au moment de l'enquête semblent avoir peu d'influence sur l'occurrence de problèmes financiers, mais on peut noter que les aînés de 65 ans et plus auraient moins expérimenté ce type de problèmes (3,2 %).

On remarque une tendance à la baisse de l'expérience de problèmes financiers⁹ au cours de la vie avec l'augmentation du revenu. Ainsi, 10,6 % des répondants ayant déclaré un revenu du ménage de moins de 20 000 \$ auraient déjà eu des problèmes financiers dus au jeu comparativement à 10,3 % chez ceux ayant gagné entre 20 000 \$ et 39 999 \$, 7,1 % pour ceux dont le revenu était de 40 000 \$ à 69 999 \$ et 6,2 % pour ceux dont le ménage a gagné 70 000 \$ et plus.

L'occurrence passée de problèmes financiers dus au jeu varie aussi selon la scolarité déclarée au moment de l'enquête. Les répondants n'ayant pas de DES sont plus nombreux à en avoir eu (10,6 %), suivis des répondants ayant fait/complété des études universitaires (9,4 %), des détenteurs d'un diplôme d'études collégiales (6,1 %) et des détenteurs d'un diplôme d'études secondaires (4,3 %).

⁹ La majorité des tests statistiques réalisés dans cette section ne peuvent être interprétés car la proportion de cellules dont l'effectif est plus petit que cinq dépasse 20,0 %.

Figure 16 : Problèmes financiers dus au jeu selon la scolarité, adultes de 18 ans et plus (N = 18 522)



Encore une fois, la zone d'isolement géographique au moment de l'enquête semble avoir une incidence sur la survenue de problèmes financiers dus au jeu au cours de la vie. Ainsi, les individus de la zone 4 auraient eu une telle expérience deux fois plus que l'ensemble de la population (17 % vs 8,4 %).

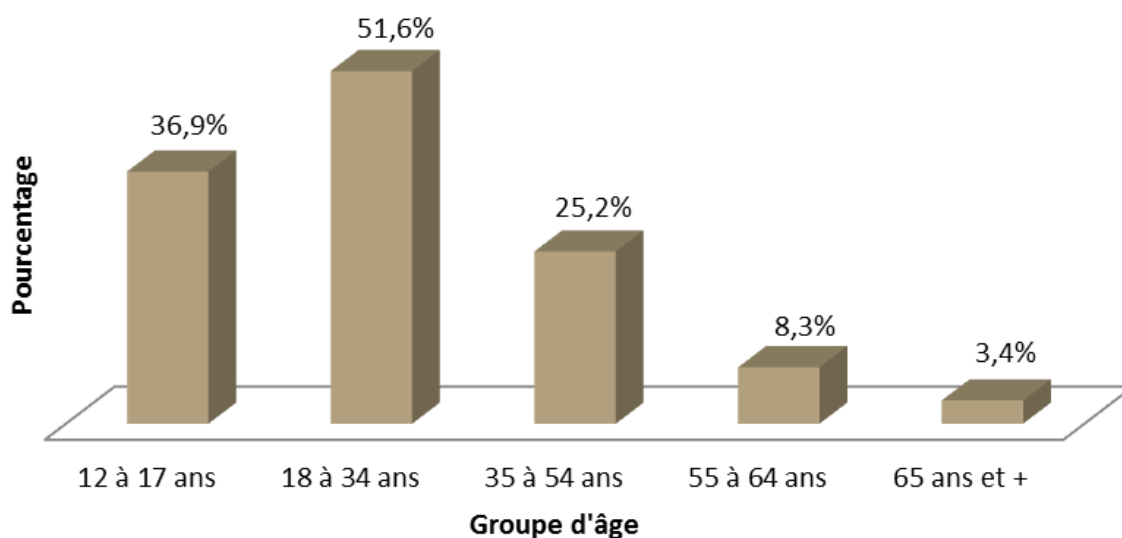
5. CUMUL DES COMPORTEMENTS À RISQUE

Le phénomène de la polyconsommation, c'est-à-dire la consommation de plusieurs substances psychoactives par un même individu en même temps ou successivement (Stohler, 2003), est un problème en expansion au Québec (Gouvernement du Québec, 2006). Des analyses effectuées à partir des données de l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2004 montrent que le cumul de plusieurs de ces comportements à risque est très répandu chez les élèves québécois (Émond, 2005). Ce sont 27 % d'entre eux qui auraient expérimenté trois ou quatre comportements à risque dans l'année précédente.

Il aurait été intéressant d'évaluer le cumul des trois comportements : consommation d'alcool, de drogues et participation à des jeux de hasard. Or, puisque les questions sur les jeux de hasard concernaient la participation à vie et non dans l'année précédant l'enquête, il est difficile de combiner les trois comportements pour en déterminer la coexistence. C'est pourquoi nous ne nous attardons qu'à la consommation concomitante d'alcool et de drogues dans la population de 12 ans et plus.


Selon l'ERS 2008, 33,6 % des répondants disent avoir consommé tant de l'alcool que des drogues dans l'année précédant l'enquête comparativement à 31,7 % en 2002 ($p > 0,05$). Au Québec en 2002, 10,0 % des 15 ans et plus avaient consommé de l'alcool et du cannabis dans l'année précédente et 2,2 % de l'alcool, du cannabis et d'autres substances illicites (ISQ, 2008). Chez les Premières Nations, des différences significatives existent entre les deux sexes, les hommes consommant des deux substances dans des proportions de 36,1 % contre 27,2 % chez les femmes ($p < 0,0001$). L'âge a aussi un effet significatif ($p < 0,0001$) sur la coexistence de consommation d'alcool et de drogues comme le démontre la figure 16. Les jeunes de 18 à 34 ans, plus touchés par la consommation d'alcool et de drogues prises séparément, sont aussi le groupe où ces deux habitudes coexistent le plus (51,6 %). Une attention particulière doit aussi être portée aux adolescents chez qui plus d'un tiers (36,9 %) co-consommeraient de l'alcool et des drogues.

Figure 17 : Coexistence de la consommation d'alcool et de drogues au cours des 12 derniers mois selon l'âge, population de 12 ans et plus (N = 22 230)



La co-consommation d'alcool et de drogues varie selon le revenu du ménage ($p < 0,0001$). On remarque une tendance à la baisse de ce comportement avec l'augmentation du revenu. Ainsi, 41,9 % des répondants dont le ménage gagnait moins de 20 000 \$ dans l'année précédant l'enquête auraient adopté ce comportement contre 29,0 % pour ceux dont le revenu était de 20 000 \$ à 39 999 \$, 11,2 % de ceux avec un revenu de 40 000 \$ à 69 999 \$ et 13,0 % de ceux gagnant 70 000 \$ et plus.

Le niveau de scolarité a aussi un impact significatif sur la coexistence de la consommation d'alcool et de drogues ($p < 0,0001$). On observe une diminution de la co-consommation avec la scolarité, mais avec une remontée parmi les répondants ayant atteint le niveau universitaire. De fait, ce comportement serait adopté par 37,0 % des répondants n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (DES), 28,9 % des détenteurs d'un DES, 12,1 % de ceux ayant atteint un niveau collégial et 21,9 % un niveau universitaire.



Enfin, on note de légères différences dans la co-consommation d'alcool et de drogues selon la zone, sans signification statistique toutefois ($p > 0,05$). C'est chez les répondants habitant en zone 3 que l'on retrouve le plus fréquemment ce comportement (38,1 %) alors que ce sont 29,3 % des habitants de zone 1 qui co-consommeraient. Des proportions semblables de co-consommation sont présentes en zones 2 et 4 (35,1 % et 34,2 % respectivement).

6. DISPONIBILITÉ ET UTILISATION DES SERVICES

L'accès et le recours aux soins sont cruciaux pour un bon état de santé et des conditions sanitaires équitables (OMS, 2009). Cette section tentera donc de faire le portrait des services offerts, de leur utilisation et de la satisfaction des usagers à leur égard.

6.1 Services du Programme National de Lutte contre l'Abus de l'Alcool et des Drogues (PNLAADA)

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), est un programme de Santé Canada dont la gestion est assurée en grande partie par les communautés et les organismes des Premières Nations. Son objectif premier est d'aider les Inuit et les Premières Nations à établir et offrir des programmes visant à abaisser les taux élevés d'abus d'alcool et de drogue chez les résidents des communautés. Des volets sociaux et culturels spécifiques aux Premières Nations et les Inuit sont inclus dans les différents volets du PNLAADA¹⁰.

Le PNLAADA contribue à trois principaux types d'activités :

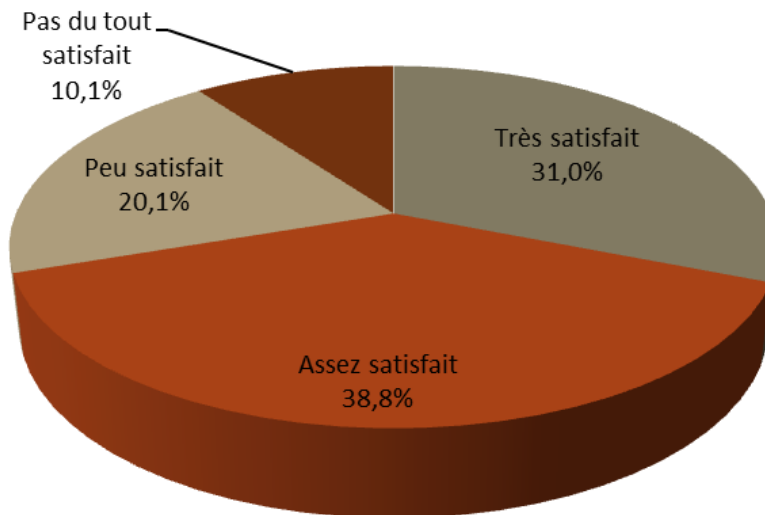
- Prévention : série d'activités de sensibilisation visant à prévenir les graves problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues.
- Intervention : série d'activités visant à traiter les problèmes d'abus le plus tôt possible.
- Traitement : offrir des programmes de courte durée en réhabilitation.

Les services du PNLAADA sont disponibles dans l'ensemble des communautés des Premières Nations du Québec où un ou deux agents sont habituellement présents pour réaliser les activités mentionnées plus haut.

Parmi les 42,4 % de répondants adultes ayant utilisé les services du PNLAADA, la majorité étaient très satisfaits ou assez satisfaits (69,8 %) des services offerts. À noter toutefois que près d'un utilisateur sur trois (30,2 %) était soit peu ou pas satisfait. Malheureusement, on ne peut évaluer l'évolution de la satisfaction puisque la question n'était pas posée en 2002.

¹⁰ <http://www.cssspnql.com/champs-intervention/services-sociaux/dépendances>

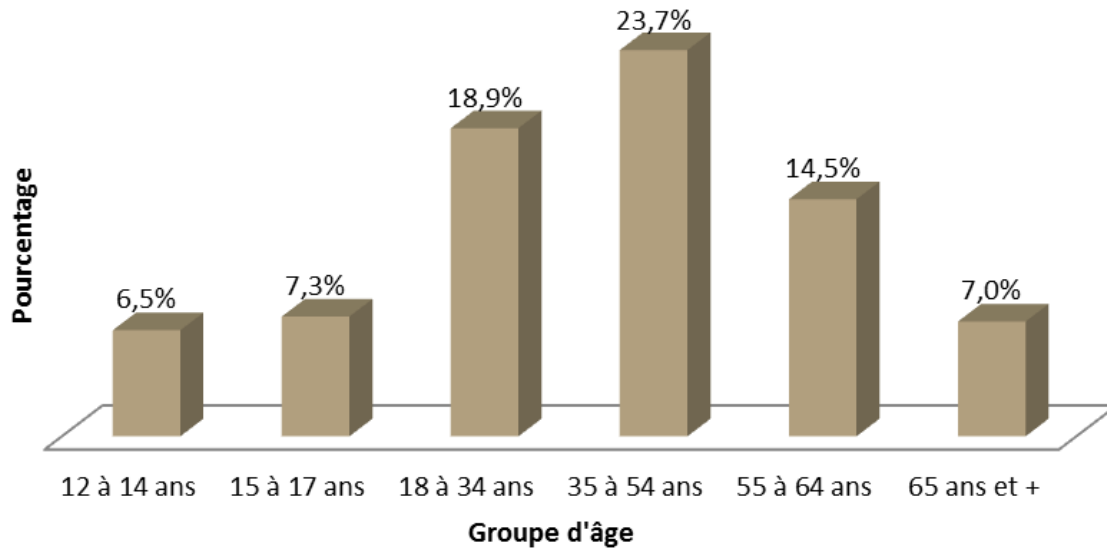
Figure 18 : Satisfaction quant aux services du PNLAADA, adultes de 18 ans et plus (N = 17 706)



6.2 Recherche de traitement

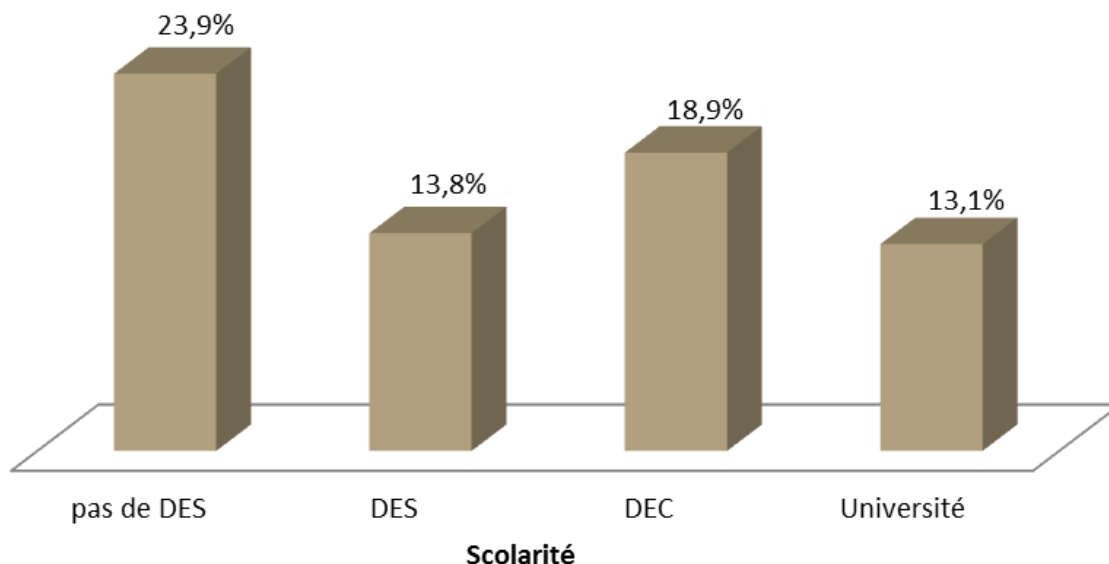
Les données de l'ERS 2008 révèlent que 17,4 % des répondants de 12 ans et plus ont « déjà cherché à suivre un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie » au cours de leur vie. Les hommes auraient fait une telle démarche légèrement plus que les femmes (19,1 % vs 15,7 %). La recherche de traitement est influencée par l'âge ($p < 0,0001$). Ainsi, il semble que les individus des jeunes générations seraient plus portés à chercher un traitement pour toxicomanie. On remarque à la figure 18 que c'est chez les adultes de 18 à 54 ans que l'on retrouve les plus grandes proportions de répondants ayant déjà recherché un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie : près d'une personne sur cinq (18,9 %) chez les 18 à 34 ans et près d'une personne sur quatre (23,7 %) chez les 35 à 54 ans. Chez les adolescents, environ 7,0 % auraient déjà recherché un tel traitement. En 2002, 16,8 % des adultes avaient « déjà été traités pour abus de substances ».

Figure 19 : Recherche de traitement pour alcoolisme ou toxicomanie selon l'âge, population de 12 ans et plus (N = 22 728)



La recherche de traitement pour alcoolisme ou toxicomanie semble plus répandue chez les individus dont le revenu du ménage est de moins de 20 000 \$ par année. En effet, plus d'un individu sur quatre (26,0 %) auraient déjà tenté d'obtenir un tel traitement comparativement à 18,4 % pour ceux dont le ménage gagne entre 20 000 \$ et 39 999 \$, 12,7 % pour ceux gagnant entre 40 000 \$ et 69 999 \$ et 22,5 % pour ceux gagnant 70 000 \$ et plus par année. Quant à la scolarité, elle aurait un impact significatif sur la recherche de traitement ($p < 0,001$). Les répondants n'ayant pas complété leur secondaire semblent avoir plus tendance à rechercher un traitement que ceux ayant une scolarité plus élevée.

Figure 20 : Recherche de traitement pour alcoolisme ou toxicomanie selon la scolarité, adultes de 18 ans et plus (N=18 522)



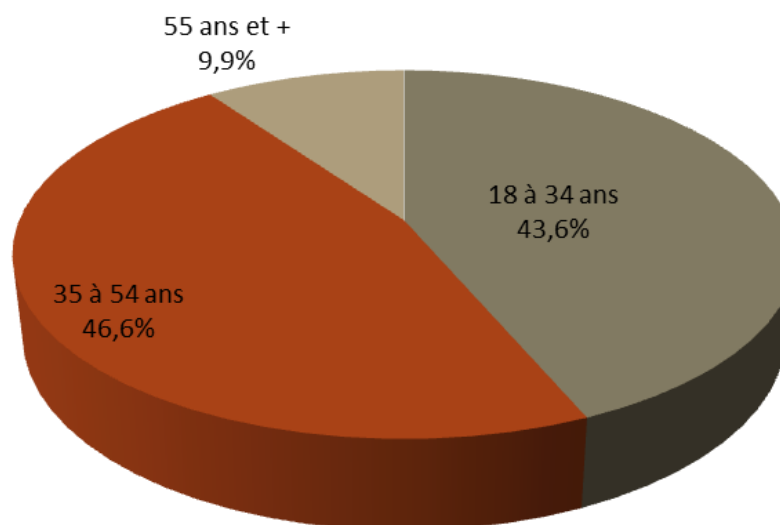
Les proportions de répondants ayant fait des démarches afin d'obtenir un traitement pour une dépendance augmentent avec l'isolement ($p < 0,05$). Ainsi, 16,4 % des répondants de la zone 1 ont déjà entrepris de telles démarches contre 17,1 % en zone 2, 20,2 % en zone 3 et 24,6 % des répondants en zone 4. Ce constat reflète la réalité de consommation d'alcool et de drogues dans les différentes zones (voir sections 1 et 2).

6.3 Admission en centre de traitement

Certains individus aux prises avec un problème de dépendance pourront avoir accès aux services offerts dans un des centres de traitement des dépendances du réseau PNLAADA de la région du Québec. Le réseau comporte six centres de traitement ou de réadaptation répartis sur le territoire, chacun pouvant accueillir entre huit et 16 personnes. Cinq de ces centres reçoivent une clientèle adulte et un est réservé à la clientèle mineure de 12 à 17 ans. La durée des traitements est de quatre à six semaines.

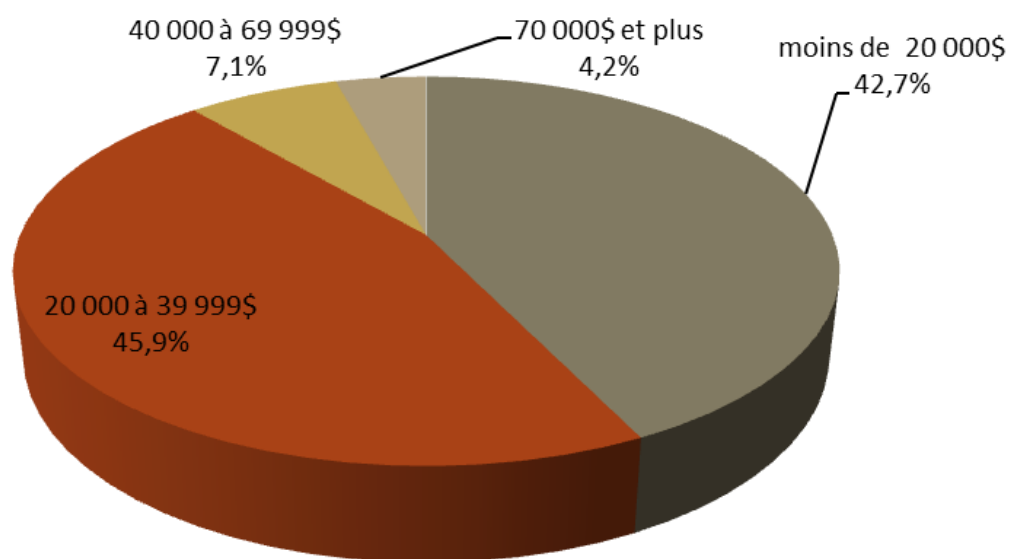
Parmi l'ensemble des répondants à l'ERS 2008, 4,0 % ont déclaré avoir été admis dans un de ces centres de traitement dans l'année précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, on retrouve deux fois plus de femmes que d'hommes (66,0 % vs 34,0 %) ($p < 0,05$). La grande majorité des individus admis en centre de traitement est composée d'adultes âgés de 18 à 34 ans (43,6 %) et de 35 à 54 ans (46,6 %). Les adultes de 55 ans et plus représentent environ 10,0 % de la clientèle. D'après les résultats de l'ERS 2008, aucun des adolescents ayant répondu au questionnaire n'a été admis en centre de traitement dans l'année précédant l'enquête. Toutefois, on sait que des jeunes fréquentent le centre qui leur est réservé à chaque année. Par exemple, en 2007, environ une soixantaine y ont été admis (CSSSPNQL, 2008). L'apparente absence d'adolescents admis est attribuable à l'échantillonnage réalisé dans le cadre de l'ERS 2008.

Figure 21 : Admission dans un centre de traitement des dépendances au cours des 12 derniers mois selon l'âge, adultes admis (N=917)



On remarque à la figure 21 certaines tendances quant à l'influence du revenu du ménage sur l'admission en centre de traitement. Ainsi, la grande majorité des adultes admis (90,0 %) ont un revenu familial annuel inférieur à 40 000 \$, dont 42,7 % dans la tranche de moins de 20 000 \$. La scolarité, quant à elle, n'a pas d'impact sur l'admission dans un centre de traitement des dépendances.

Figure 22 : Admission dans un centre de traitement des dépendances au cours des 12 derniers mois selon le revenu annuel du ménage, adultes admis (N = 718)



Enfin, le degré d'isolement géographique semble avoir une influence sur l'admission en centre de traitement ($p < 0,05$). En effet, plus de répondants venant des zones 3 et 4 (respectivement 5,0 % et 7,6 %) ont affirmé avoir fréquenté un des centres dans l'année précédente en comparaison avec ceux des zones 1 et 2 (3,7 % et 2,5 %).

7. PERCEPTION DES PROBLÈMES LIÉS AUX DÉPENDANCES

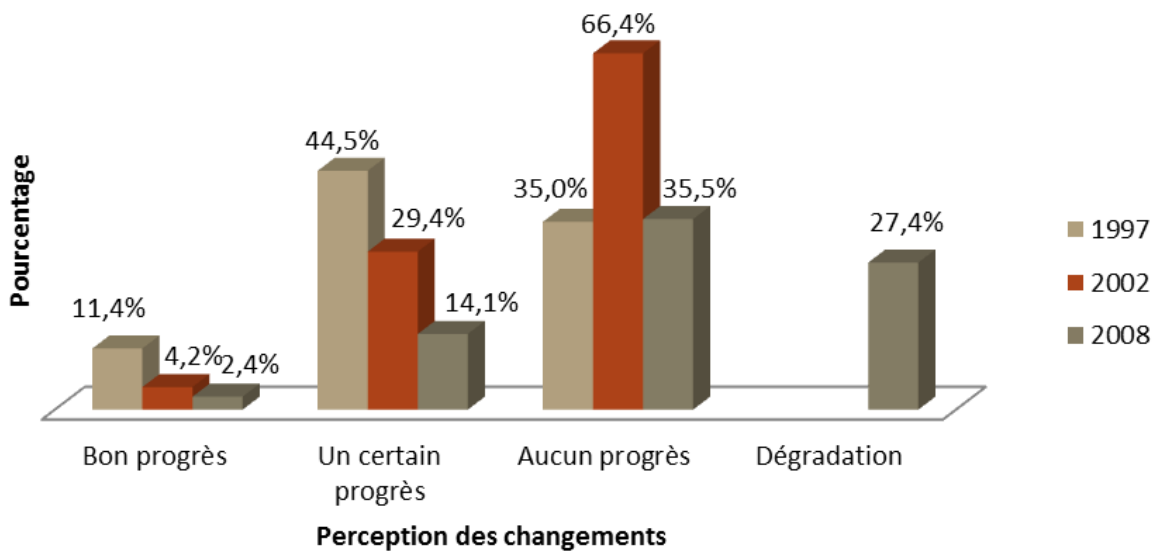
L'ERS 2008 a permis aux répondants d'exprimer leur opinion quant aux problèmes majeurs vécus dans leur communauté. Parmi eux, 83,6 % ont déclaré que la consommation d'alcool et de drogues était l'un de ces problèmes.

Déjà, on notait qu'entre l'enquête médicale régionale de 1997 et l'ERS 2002, les répondants (adultes) percevaient que la situation relative aux toxicomanies ne s'était pas améliorée. En effet, la proportion de répondants affirmant qu'aucun progrès n'avait été réalisé dans ce domaine a presque doublé entre 1997 et 2002 (35,0 % vs 66,4 %). À l'opposé, 11,4 % disaient avoir noté de bons progrès en 1997 (vs 4,2 % en 2002) et 44,5 % avaient remarqué certains progrès (vs 29,4 % en 2002).

Comme le révèle la figure 22, cette tendance se poursuit en 2008. En effet, on note que la majorité des répondants (62,9 %) perçoivent qu’aucun changement ne s’est produit, ou pire, qu’une dégradation de la situation est survenue.

Les toxicomanies demeurent donc une problématique majeure pour la majorité de la population des Premières Nations qui, malheureusement, voit très peu d’amélioration dans ce domaine voire même une dégradation de la situation.

Figure 23 : Perception des changements qui se sont produits en termes de toxicomanies au cours des 12 derniers mois, population de 12 ans et plus, comparaison 1997-2002-2008



*La question sur la dégradation n’était pas posée en 1997 et en 2002.

DISCUSSION


À la lumière des résultats issus de l'*Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2008* (ERS 2008), force est de constater que la problématique des toxicomanies est toujours bien présente dans les communautés des Premières Nations du Québec. Malgré certaines améliorations dont l'augmentation de l'abstinence d'alcool, on note surtout une stagnation ou une dégradation de la situation entre 2002 et 2008, et ce tant dans les chiffres que dans les perceptions.

On retrouve chez les Premières Nations des patrons de consommation d'alcool plus risqués que dans le reste de la province. En effet, malgré un plus haut taux d'abstinence et une fréquence de consommation plus faible, la consommation excessive, ou « binge drinking », y est plus de deux fois plus répandue que dans le reste du Québec. Or, on connaît les risques associés à cette forme de consommation : risque accru d'infarctus du myocarde, de violence, de relations sexuelles non protégées et d'accidents (INSPQ, 2010; Room, 2005; Flegel, 2011). Il serait intéressant d'explorer les raisons pour lesquelles les membres des Premières Nations se tournent vers ce mode de consommation afin d'orienter l'intervention en conséquence.

Outre les risques cités plus haut, la consommation d'alcool chez la femme enceinte comporte des dangers particuliers. En effet, les femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse risquent de donner naissance à un enfant atteint de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF), y compris sa forme la plus visible, le syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) (ASPC, 2006). Par ailleurs, on estime que l'incidence du SAF et de l'ETCAF est plus élevée chez quelques collectivités autochtones du Canada (ASPC, 2006). L'ERS 2002 révélait que 29,6 % des femmes avaient consommé de l'alcool alors qu'elles étaient enceintes comparativement à 17,7 % dans le reste du Québec selon l'ESCC 2005 (April, 2010). Malheureusement, les questions concernant la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ont été retirées de l'ERS 2008, nous empêchant de suivre la tendance.

La consommation de drogues est aussi beaucoup plus importante chez les Premières Nations que dans le reste de la province. Entre 2002 et 2008, la proportion de répondants ayant affirmé avoir consommé au moins un type de drogue est passée de 36,2 % à 37,2 %. Les drogues les plus consommées sont les mêmes chez les Premières Nations que dans le reste du Québec : cannabis et cocaïne. Toutefois, la consommation de cannabis y est plus de deux fois plus élevée et celle de cocaïne près de dix fois supérieure. Chez les adolescents des Premières Nations, la consommation de cocaïne aurait plus que doublé depuis 2008, alors qu'au Québec, on assiste plutôt à une baisse de la consommation. Ces résultats troublants quant à la consommation de cocaïne portent à se questionner sur les biais d'information liés à la méthodologie de l'enquête. Par exemple, un individu pourrait déclarer avoir consommé de la cocaïne alors que la substance qu'il s'est procurée et inhalée n'en était pas réellement.

Il est malheureusement difficile d'analyser les tendances quant à la consommation d'amphétamines chez les Premières Nations puisque dans l'ERS 2002, elles étaient groupées avec certains hallucinogènes à l'intérieur d'une même catégorie. Par ailleurs, bien que les résultats de l'ERS 2008 révèlent une diminution quant à la consommation d'opioïdes, des observations récentes émergent du terrain suggèrent plutôt que la consommation de ce type de médicaments d'ordonnance prendrait de l'ampleur. Il sera intéressant de suivre cette tendance dans le futur. Enfin, il est intéressant de noter la consommation résolument plus faible de cocaïne dans les communautés de la zone 4. Il serait intéressant d'étudier les causes de cette situation; est-ce une question d'accès à la cocaïne ou une variante dans les comportements de consommation?



La consommation d'alcool ou de drogues vient rarement seule. Le cumul des comportements à risque (consommation d'alcool et de drogues) est un phénomène qui touche un tiers des Premières Nations. C'est trois fois plus qu'au Québec. Les jeunes adultes sont particulièrement à risque, plus de la moitié d'entre eux consommant à la fois de l'alcool et des drogues. Il apparaît important de s'attarder à cette problématique car les effets des différentes substances consommées peuvent être amplifiés, entraînant des risques plus graves pour la santé : surdose, prise de risques accrue (relations sexuelles non protégées, partage de matériel d'injection, conduite avec facultés affaiblies), mauvaise réponse au traitement d'une dépendance (Stohler, 2003; Trudel, 2010).

Tant au point de vue de la consommation d'alcool que de drogues, des groupes à risque se démarquent généralement. Ce sont les hommes, les jeunes, les individus vivant dans une communauté éloignée et ceux dont le revenu du ménage est faible. Les adolescents de 12 à 17 ans constituent aussi un groupe à surveiller, l'expérimentation à un jeune âge de l'alcool, et des drogues étant un marqueur important d'un usage futur persistant (Vega, 1993). De plus, nombre d'études ont fait ressortir plusieurs conséquences sur la santé physique (transmission d'Infections transmises sexuellement par le sang (ITSS), grossesse à l'adolescence, traumatismes), mentale (anxiété, dépression, dépendance) et psychosociales (difficultés et décrochage scolaires, délinquance, violence) des adolescents consommant des drogues (INSPQ, 2010). Enfin, comme déjà démontré dans la littérature, les individus souffrant de troubles de santé mentale ou ayant expérimenté certains traumatismes (antécédents de violence ou d'abus, fréquentation des pensionnats) révèlent de plus grandes proportions de consommation d'alcool et de drogues. La connaissance de l'ensemble de ces caractéristiques sociodémographiques devrait permettre de guider les interventions en facilitant l'identification des groupes à risque.

Le portrait des habitudes de jeu dans les communautés des Premières Nations est difficile à interpréter. Contrairement à l'ERS 2002, celle de 2008 ne s'intéressait pas à la participation à des jeux de hasard dans l'année précédente, mais plutôt à sa prévalence à vie. Ceci rend plus ou moins valable les croisements avec des variables ayant pu changer dans le temps (revenu, scolarité, zone d'habitation). En effet, il est intéressant de connaître le lien temporel entre le revenu gagné dans une année et le fait de participer à des jeux d'argent dans cette même année, par exemple. Il serait donc fort pertinent à l'avenir de poser les questions sur la participation à des jeux d'argent dans l'année précédente. De plus, les questions sur les jeux de hasard devraient aussi être posées aux adolescents de 12 à 17 ans, ce comportement touchant autour de 10,0 % des élèves du secondaire au Québec (Émond, 2005).

La recherche de traitement est importante chez les jeunes de 18 à 34 ans, où près d'un individu sur cinq aurait déjà cherché à suivre un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie. C'est plus que chez la génération précédente. Cette réalité est-elle le reflet de l'importante prévalence des toxicomanies chez les jeunes? Ou est-ce relié à une amélioration de l'accès aux services ou de la diminution des tabous entourant les toxicomanies et leur traitement?

Enfin, les données recueillies présentent certaines limites inhérentes à la thématique et à la méthodologie employée. Ainsi, le biais de désirabilité sociale est non négligeable et pourrait entraîner une sous-estimation de la consommation. Toutefois, ce biais est le même dans toutes les enquêtes et ne vient en rien réduire la validité des comparaisons faites avec le Québec, par exemple. Un biais de mémoire est évidemment présent, mais son impact sur les réponses données n'est pas différentiel.

CONCLUSION

Face à cette réalité inquiétante, la mobilisation de tous est essentielle afin de lutter contre l'expansion des problèmes de consommation dans les communautés des Premières Nations du Québec. De nombreux enjeux se présentent, tels que la banalisation et la normalisation de la consommation, la facilité d'accès aux diverses substances et au jeu, l'arrivée de nouveaux produits à la toxicité mal connue ainsi que la diversité et l'importance des conséquences des dépendances. En réponse, des interventions efficaces devront être rapidement mises sur pied ou renforcées, impliquant l'ensemble des partenaires concernés. Des recommandations et un plan d'action ont d'ailleurs été élaborés suite au Sommet sur les dépendances chez les Premières Nations du Québec tenu en février 2011. Ces recommandations touchent la prévention et l'amélioration du continuum de soins (APNQL, 2011) et on y retrouve des actions portant sur le développement des capacités des individus et des intervenants, la réduction de l'accès aux substances, la promotion des saines habitudes de vie et de la culture et l'amélioration des services.

*« Réveillez-vous! Ouvrez les yeux! Nous en avons assez de tourner en rond
et de n'arriver à rien de bon! »*

Kanapeush Vollant, représentant jeunesse (CSSSPNQL, 2011)

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de santé publique du Canada (2006) Le point sur la recherche - Consommation d'alcool et grossesse : Une importante question sociale et de santé publique canadienne, 116 p.
- Anctil, M. et Chevalier S. (2008) Habitudes de vie en matière de consommation d'alcool, de drogues et les pratiques de jeux de hasard et d'argent, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Bais James, 27 p.
- April, N., Bégin, C. et Morin, R. (2010) La consommation d'alcool et la santé publique au Québec, INSPQ, 100 p.
- Assembly of First Nations (2007) RHS 2002/2003 Adult Survey – Chapter 10 : Alcohol and Drug Use, Ottawa, 7 p.
- Assembly of First Nations (2007) RHS 2002/2003 Youth Survey – Chapter 22 : Non-Traditional Use of Tobacco (Smoking), Alcohol, and Drug Use, Ottawa, 6 p.
- Cazale, L. et Leclerc, P. (2010) L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, Chapitre 8 : Consommation de drogues, Institut de la statistique du Québec, p.159-171.
- Chansonneuve, D. (2007) Chapter 2 : Addictive Behaviours and Residential School Abuse dans Addictive Behaviours among Aboriginal People in Canada, Aboriginal Healing Foundation, Ottawa, p. 19-28.
- Cohen, J. et coll. (2003) Abuse and Violence History of Men and Women in Treatment for Methamphetamine Dependence, The American Journal on Addictions, 12 : 377-385.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (1999) Rapport final sur l'Analyse et l'interprétation de l'Enquête médicale régionale, Région du Québec, 360 p.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2006) Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002, 236 p.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2007) Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec 2007-2017, Québec, 105 p.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2008) Alcool, drogues et inhalants : Portrait des consommateurs et des habitudes de consommation chez les Premières Nations de la région du Québec, 275 p.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2011) Évaluation de l'implantation des services sociaux de première ligne dans quatre communautés des Premières Nations du Québec, 231 p.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones, [En ligne], adresse URL : <http://www.cssspnql.com/fr/s-sociaux/alcool.htm>, consulté le 15 mars 2012.

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2011) Sommet sur les dépendances chez les Premières Nations du Québec : rapport final, 61 p.
- Courteau, J.-P. (2003) Les problèmes de santé reliés aux jeux de hasard et d'argent, *L'information, preuves à l'appui*, MedActuel FMC, p. 27-36.
- Cox, B.J. et coll. (2005) A National Survey of Gambling Problems in Canada, *Can J Psychiatry*, 50(4) : 213-217.
- Dion, J., Ross, A. et Collin-Vézina, D. (2010) Jeu pathologique chez les membres des Premières Nations : facteurs de risques et problèmes concomitants, *L'écho-Toxico*, 20(2) : 6-8.
- Dion, J. et coll. (2010) An Exploration of the Connection between Child Sexual Abuse and Gambling in Aboriginal Communities, *Int J Ment Health Addiction*, 8 :174-189.
- Dubé, G. et coll. (2009) Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2008, Institut de la statistique du Québec, 224 p.
- Du Mays, D. et Bordeleau, M. (2011) La consommation d'alcool au Québec : évolution et portrait régional, *Zoom santé*, décembre 2011, numéro 32, Institut de la statistique du Québec, 7 p.
- Émond, A., Pica, L. et Dubé, G. (2005) Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004, Chapitre 6 : Liens entre les comportements à risque, Institut de la statistique du Québec, 185 p.
- Flegel, K., MacDonald, N. et Hébert, P. C. (2011) Binge Drinking : all too prevalent and hazardous, *CMAJ*, 183(4) :411.
- Gagnon, H. (2009) L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : portrait épidémiologique, INSPQ, 51 p.
- Gouvernement du Québec (2006) Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, 80 p.
- Kairouz, S. et coll. (2008) Comorbidité des troubles mentaux et de l'usage de psychotropes dans Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.
- King, M., Smith A. et Gracey, M. (2009) Indigenous health part 2 : the underlying causes of the health gap, *Lancet*, 374 :76-85.
- Korn, D.A. (2000) Expansion of gambling in Canada : implications for health and social policy, *CMAJ*, 163(1) : 61-64.
- Lynskey, M. T. et coll. (2004) Major Depressive Disorder, Suicidal Ideation, and Suicide Attempt in Twins Discordant for Cannabis Dependence and Early-Onset Cannabis Use, *Arch Gen Psychiatry*, 61 : 1026-1032.
- Marshall, K. et Wynne, H. (2003) Fighting the odds, *Perspectives*, Statistics Canada, p. 5-13.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006) Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, Chapitre 1 : Pourquoi un Plan d'action interministériel en toxicomanie?, Gouvernement du Québec, p. 17-22.

- OMS (2009) Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève, 23 p.
- Papineau, E. (2010) Les problèmes de jeu dans les communautés des Premières Nations et les villages inuits du Québec : bref état de situation, Institut national de santé publique, 29 p.
- Room, R., Babor T. et Rehm, J. (2005) Alcohol and public health, *Lancet*, 365 :519-30.
- Roy, A. (2001) Characteristics of Cocaine-Dependent Patients who Attempt Suicide, *Am J Psychiatry*, 158(8): 1215-1219.
- Santé et Services sociaux Québec, Portail Dépendances, [En ligne], adresse URL : <http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?toxicomanie> , consulté le 11 janvier 2011.
- Smith, D., Varcoe, C. et Edwards, N. (2005) Renverser les effets intergénérationnels des pensionnats sur les populations autochtones : implications pour les orientations et les pratiques en matière de santé, *CJNR*, 37(4) :38-60.
- Stohler, R. (2003) Questions de traitement et de prise en charge liées à la polyconsommation de drogues, document présenté lors de la Conférence ministérielle du Groupe Pompidou, Dublin.
- Tait, C. (2003) Fetal Alcohol Syndrome Among Aboriginal People in Canada : Review and Analysis of the Intergenerational Links to Residential Schools, *The Aboriginal Healing Foundation Research Series*, Ottawa, 337 p.
- Vega, W.A. et coll. (1993) Risk Factors for Early Adolescent Drug Use in Four Ethnic and Racial Groups, *American Journal of Public Health*, 83(2) :185-189.
- Virgo, N. et coll. (2001) The prevalence and characteristics of co-occurring serious mental illness (SMI) and substance abuse or dependence in the patients of Adult Mental Health and Addictions Services in eastern Dorset, *Journal of Mental Health*, 10(2) :175-188.



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