
L'usage du tabac selon le sexe chez les immigrants éthiopiens vivant à Toronto

I Hyman, Ph.D. (1); H Fenta, Ph.D. (2); S Noh, Ph.D. (3)

Résumé

Cet article présente des données descriptives sur l'usage du tabac chez les immigrants éthiopiens selon le sexe à Toronto (Canada). Il se fonde sur un plan d'enquête épidémiologique transversale (N = 342) et les résultats sont principalement établis à partir de mesures touchant les fumeurs actuels (réguliers ou occasionnels), les fumeurs quotidiens et les anciens fumeurs. De façon globale, 20,8 % des personnes incluses dans l'échantillon fumaient au moment de l'étude et 15,7 % faisaient quotidiennement usage de tabac. Même si la proportion de fumeurs (actuels et quotidiens) était beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes, près de deux fois plus de femmes que d'hommes fumant quotidiennement déclaraient avoir commencé à fumer après la migration (60,0 % contre 30,2 %). De plus, 80,0 % des femmes qui fumaient quotidiennement affirmaient fumer plus depuis leur migration, comparativement à environ 56 % des hommes. Une proportion beaucoup plus importante d'hommes que de femmes étaient d'anciens fumeurs quotidiens (17,8 % comparativement à 4,4 %). Les résultats de l'étude constituent un défi pour les spécialistes en santé publique, puisqu'ils amènent à se demander comment prévenir l'adoption du tabac par les femmes éthiopiennes et comment faciliter l'abandon du tabac chez les hommes éthiopiens. Les corrélations avec l'usage du tabac au moment de l'étude donnent à penser que les programmes de prévention du tabagisme et de renoncement au tabac dans les collectivités de nouveaux immigrants pourraient être améliorés s'ils tenaient compte des contextes social, économique et religieux qui influent sur la vie des nouveaux arrivants selon leur sexe.

Mots clés : usage du tabac, immigration, sexe

Introduction

L'usage du tabac est un facteur important de mortalité et de morbidité^{1,2}. Plusieurs études laissent entendre que l'usage du tabac a augmenté chez les personnes ayant immigré dans les pays occidentaux, et que cette augmentation explique pourquoi, dans de nombreux cas, le taux de cancer chez les immigrants se rapproche du taux constaté dans la population née au pays³⁻⁵. Les facteurs de risque et de protection associés au tabagisme – âge, sexe, religiosité, niveau de scolarité, situation professionnelle, stress et soutien

social⁶⁻⁹ – sont bien documentés dans les ouvrages spécialisés. Le sexe est un facteur particulièrement important dans les collectivités d'immigrants où les femmes sont habituellement beaucoup moins nombreuses à fumer que les hommes^{10-13,16}. Pourtant, peu d'études ont examiné le tabagisme et ses corrélations chez les personnes récemment immigrées au Canada. Ces renseignements sont essentiels pour éclairer l'élaboration de stratégies de prévention du tabagisme et de désaccoutumance au tabac axées sur les collectivités de nouveaux immigrants. La présente étude s'appuie sur une

enquête communautaire menée auprès d'immigrants et de réfugiés éthiopiens vivant à Toronto (Canada). Elle présente des données descriptives sur l'usage du tabac et sur les facteurs de risque et de protection associés au tabagisme au sein de cette population.

Revue de la littérature

Les changements touchant l'usage du tabac après la migration sont bien documentés³⁻⁵, alors que les déterminants du tabagisme chez les immigrants le sont moins. Les modèles proposés pour expliquer ces changements comprennent l'exposition prolongée à des événements stressants, des circonstances défavorables comme une situation socioéconomique difficile ou la perte des réseaux sociaux, l'usage du tabac en tant que réaction d'adaptation à la discrimination et à la pauvreté, de même que les changements des croyances, des valeurs et des normes concernant l'usage du tabac en raison de l'acculturation^{14,15}.

On reconnaît par ailleurs que les immigrants ne forment pas un groupe homogène¹⁵. Lors de son analyse des données tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996 et des éditions de 2000-2001 et de 2002-2003 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, McDonald¹⁶ a relevé des différences importantes dans le taux de tabagisme des personnes émigrées au Canada, selon le sexe et la durée de séjour dans le pays d'accueil. Il a par exemple constaté que le taux d'usage du tabac augmentait à la fois chez les femmes et chez les hommes immigrants avec la durée

Coordonnées des auteurs

1 Département des services en santé publique, Université de Toronto

2 Réseau ontarien de traitement du VIH

3 Département de psychiatrie, Université de Toronto

Correspondance : Ilene Hyman, Centre d'excellence conjoint pour la recherche en immigration et en intégration, 246, rue Bloor Ouest, 7^e étage, Toronto (Ontario), M5S 1V4, Tél. : (416) 946-0116, Courriel : i.hyman@utoronto.ca

du séjour au Canada mais, après avoir ajusté les résultats pour tenir compte des différences des caractéristiques démographiques et socioéconomiques, il n'a relevé une convergence significative que chez les immigrants de sexe masculin. Il a aussi observé des différences régionales : parmi les immigrants non anglophones nés dans des pays extérieurs à l'Europe par exemple, les immigrants du Moyen-Orient et de l'Asie occidentale étaient plus susceptibles de fumer que ceux d'Asie orientale (groupe témoin), alors que les immigrants de l'Asie du Sud étaient moins susceptibles de fumer que ceux du groupe témoin. Le logarithme du risque relatif d'usage quotidien du tabac chez les immigrants africains ne différait pas de façon significative de celui du groupe témoin.

On reconnaît de plus en plus que le sexe constitue un déterminant de la santé des femmes immigrantes¹⁷. On sait en effet que le sexe influe à la fois sur le processus d'établissement et sur les schémas cognitifs concernant la santé^{17,18}. Cette intersection du sexe et de facteurs tels que le statut de minorité, le revenu, l'emploi et l'intégration sociale peut influencer directement sur l'exposition à des événements stressants et indirectement sur la santé¹⁸⁻²⁰.

Peu d'études ont examiné l'usage du tabac ou ses déterminants psychosociaux et économiques au sein de groupes d'immigrants spécifiques selon le sexe. Il semble clair que, pour combler les lacunes de connaissances, la recherche sur l'usage du tabac doit inclure 1) des études de la prévalence et des corrélations du tabagisme dans des collectivités d'immigrants spécifiques, de même que 2) des études intersectionnelles qui examinent l'usage du tabac à la fois sous l'angle du sexe et de la migration.

Contexte de l'étude

L'Éthiopie a connu un exode massif de réfugiés depuis le milieu des années 1970. On estime que 1,25 million d'Éthiopiens ont fui dans des pays voisins, notamment au Soudan, au Kenya, à Djibouti et au Yémen, et qu'un nombre relativement plus

faible a émigré en Europe et en Amérique du Nord²¹. Entre 1974 et septembre 1998, plus de 13 000 Éthiopiens ont migré vers l'Ontario²². Selon l'Ethiopian Association in Toronto, de 45 000 à 30 000 Éthiopiens vivent actuellement dans cette ville. En 1997, le Programme d'étude sur la culture, la communauté et la santé du Centre de toxicomanie et de santé mentale et l'Ethiopian Association in Toronto ont formé un partenariat en vue d'examiner l'état de santé physique et mental des membres de la collectivité et les problèmes d'accès auxquels ils font face. La présente étude s'appuie sur une étude épidémiologique menée par les auteurs et intitulée « Pathways and Barriers to Health Care for Ethiopians in Toronto », qui a permis de recueillir des données détaillées sur la santé et les expériences de réinstallation de la collectivité éthiopienne. Pour ce qui est de la déontologie, la présente recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de l'Université de Toronto.

Méthodes

Échantillon et données. L'étude suit un plan d'enquête épidémiologique transversale. Diverses stratégies ont été utilisées pour recruter des sujets. Après avoir recensé, à l'aide de la technique du sondage en boule de neige, tous les organismes ethniques, religieux, politiques et sociaux s'adressant aux Éthiopiens à Toronto, nous avons obtenu la liste de leurs membres. En consultant l'annuaire téléphonique de la ville, nous avons de plus dressé une liste des personnes qui portaient un nom typiquement éthiopien. Comme il est difficile de distinguer certains noms islamiques d'origine éthiopienne (Mohammed, Osman, Fatuma par exemple) des autres noms islamiques non éthiopiens, nous avons établi une liste distincte de personnes portant un nom islamique et nous l'avons remise à différents organismes musulmans et associations éthiopiennes afin qu'ils identifient les personnes originaires d'Éthiopie. Nous avons présumé que les associations et les organismes éthiopiens de Toronto pouvaient connaître certains de ces musulmans, même s'ils ne figuraient pas nécessairement sur leurs

listes de membres. Nous avons ensuite formé une base de sondage en combinant les listes de membres des différents organismes et les personnes inscrites dans l'annuaire portant des noms typiquement éthiopiens ou des noms typiquement islamiques, mais non éthiopiens.

Cette base de sondage comptait 4 854 ménages. Dans cette liste, nous avons prélevé 400 ménages par échantillonnage aléatoire simple, et, dans chaque ménage, une personne de 18 ans ou plus. Les Éthiopiens qui résidaient au Canada depuis moins de douze mois ont été exclus de l'étude. Les interviews ont été effectuées en amharique par des interviewers éthiopiens ayant reçu une formation complète sur les techniques d'interview et les procédures à suivre pour rejoindre les sujets potentiels, de même que des renseignements généraux sur l'immigration, l'établissement et la santé physique et mentale des immigrants. Le projet a été annoncé aux membres de la collectivité éthiopienne par l'entremise d'organismes religieux, d'un bulletin d'information et de médias communautaires. Entre mai 1999 et mai 2000, 342 personnes se sont prêtées à l'interview structurée; le taux de réponse global a atteint 85 %.

Mesure. Les questions portant sur l'usage du tabac ont été modelées sur celles qui apparaissaient dans des enquêtes nationales et provinciales relatives à la santé. On a demandé à tous les répondants de se classer dans l'une des catégories suivantes : fumeurs actuels (réguliers ou occasionnels), non-fumeurs ou anciens fumeurs quotidiens. Les répondants qui fumaient la cigarette de façon régulière ou occasionnelle au moment de l'enquête ont reçu le code 1.

On a demandé aux fumeurs réguliers ou occasionnels s'ils fumaient tous les jours. Puis on a demandé aux fumeurs quotidiens à quel âge ils avaient commencé à fumer et combien de cigarettes ils fumaient chaque jour. En comparant l'âge auquel les répondants sont arrivés au Canada et l'âge auquel ils ont commencé à fumer chaque jour, nous avons pu déterminer à quel moment les personnes qui ont commencé

à fumer quotidiennement au Canada avaient commencé à le faire après leur immigration. Dans une autre question, on a demandé aux fumeurs quotidiens si leurs habitudes d'usage du tabac avaient changé depuis leur départ d'Éthiopie (l'augmentation de la consommation de tabac a reçu le code 1, la diminution de la consommation de tabac, le code 2 et la consommation inchangée, le code 3). Ces deux variables ne s'excluaient pas mutuellement.

Les répondants ont été qualifiés d'anciens fumeurs s'ils avaient déjà fumé quotidiennement, mais se disaient maintenant non-fumeurs ou fumeurs occasionnels.

Un éventail de facteurs de risque et de protection ont été inclus dans l'analyse. Les codes suivants ont été attribués à l'état matrimonial : personnes actuellement mariées (1), personnes célibataires, séparées, divorcées ou veuves (0). Afin de déterminer le degré de religiosité des répondants, on leur a demandé d'évaluer l'importance de leurs croyances religieuses; puis les réponses ont été codées de la façon suivante : très importantes ou importantes (1), peu importantes ou pas importantes (0). Le niveau de scolarité des répondants a été codé comme suit : études secondaires ou moins (1), études collégiales (2), diplôme universitaire (3). La situation professionnelle, quant à elle, a reçu les codes suivants : occupant actuellement un emploi (1), actuellement sans emploi (0).

Pour évaluer le stress postérieur à la migration, nous nous sommes servi d'une échelle de quatorze items sur les événements récents de la vie, utilisée dans l'Enquête sociale et de santé (ESS) du Québec et tirée de l'étude de Paykel et coll.²³. L'ESS incluait des événements propres aux immigrants et aux minorités (par exemple difficultés dues aux préjugés ou à la discrimination et au fait que le milieu environnant ne comprend pas la langue). Le niveau de stress a été calculé en fonction du nombre d'événements vécus par les répondants dans les douze mois précédant l'interview.

TABLEAU 1
Description de la population étudiée, selon le sexe

Variable	Total (n = 342)	Hommes (n = 203)	Femmes (n = 139)
Âge (en années) – (moyen ± É.T.)***	(35,4 ± 7,2)	(36,7 ± 7,3)	(33,3 ± 6,3)
État matrimonial (marié) – n (%)	(55,4 %)	(56,5 %)	(53,7 %)
Religion – n (%)			
Orthodoxe éthiopien	(67,7 %)	(72,1 %)	(61,0 %)
Protestant	(22,3 %)	(19,4 %)	(22,3 %)
Catholique	(5,3 %)	(3,5 %)	(8,1 %)
Musulman	(2,4 %)	(2,0 %)	(2,9 %)
Aucune religion	(2,4 %)	(3,0 %)	(1,5 %)
Importance de la religion – n (%)			
La religion est importante pour moi	(91,6 %)	(88,5 %)	(96,2 %)
La religion n'est pas importante pour moi	(8,4 %)	(11,5 %)	(3,8 %)
Niveau de scolarité – n (%)			
Études secondaires ou moins	(32,1 %)	(26 %)	(41,2 %)
Études collégiales	(44,0 %)	(41,0 %)	(48,5 %)
Diplôme universitaire	(23,8 %)	(33,0 %)	(10,3 %)
Occupant actuellement un emploi – n (%)***	(78,1 %)	(87,6 %)	(64,0 %)
Durée de séjour au Canada (moyenne ± É.T.)	(9,2 ± 4,5)	(9,5 ± 4,7)	(8,7 ± 4,2)
Traumatisme avant la migration – n (%)	(20,8 %)	(26,7 %)	(11,9 %)
Internement dans un camp de réfugiés – n (%)	(10,6 %)	(12,6 %)	(7,2 %)
Nombre d'événements stressants vécus après la migration – n (%)			
Aucun événement stressant	(50,1 %)	(48,0 %)	(53,3 %)
1 à 2 événements stressants	(36,2 %)	(36,6 %)	(35,6 %)
≥ 3 événements stressants	(13,6 %)	(15,3 %)	(11,1 %)
Satisfaction à l'égard du soutien social reçu n (moyenne ± É.T.)	(8,3 ± 1,7)	(8,2 ± 1,8)	(8,5 ± 1,4)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Pour évaluer l'exposition des sujets à des facteurs de stress avant la migration, nous leur avons demandé si, avant la migration, ils avaient vécu des expériences traumatisantes liées à la guerre et à des massacres (oui = 1, non = 0), ou s'ils avaient été internés dans un camp de réfugié (oui = 1, non = 0).

La technique utilisée pour mesurer le niveau de soutien social s'est inspirée de celle de Wolchik et coll.²⁴. On a évalué trois dimensions du soutien social : la dimension instrumentale, la dimension affective et la possibilité d'obtenir des conseils et de l'information. Pour chaque dimension, les répondants ont évalué de

façon subjective, sur une échelle allant de 1 à 10, leur satisfaction à l'égard du soutien disponible. Dans la présente étude, nous avons utilisé une note indicelle combinant les cotes accordées aux trois dimensions. La cohérence interne de l'échelle, mesurée au moyen du coefficient alpha de Cronbach, était de 0,96.

Analyse des données. On a procédé à une analyse descriptive de la population étudiée, sous l'angle des caractéristiques socio-démographiques et des habitudes d'usage du tabac. On a calculé la proportion d'anciens fumeurs dans cette population. Les fumeurs quotidiens ont été décrits en fonction des caractéristiques suivantes :

TABLEAU 2
Description de la population étudiée, selon le type de fumeur et le sexe

Variables relatives à l'usage du tabac	Total (n = 342)	Hommes (n = 203)	Femmes (n = 139)
Fumeur actuel (régulier ou occasionnel) – (%)***	20,8	27,7	10,4
Ancien fumeur – (%)***	12,4	18,3	4,4
Fumeur quotidien – (%)***	15,7	21,3	7,4

Variables relatives à l'usage quotidien du tabac	Total (n = 53)	Hommes (n = 43)	Femmes (n = 10)
Nombre de cigarettes fumées quotidiennement – Moyenne (É.T.) :	12,0 (6,7)	12,0 (6,7)	11,8 (6,7)
Début de l'usage quotidien du tabac après la migration – (%) ^a	35,8	30,2	60,0
Augmentation de l'usage quotidien du tabac après la migration – (%)	60,4	55,8	80,0

*** $p < 0,001$; ^a $p < 0,1$

nombre de cigarettes fumées par jour, début de l'usage de tabac (après l'immigration par exemple) et *changements* des habitudes d'usage du tabac depuis le départ d'Éthiopie.

Les corrélations liées à l'usage actuel du tabac ont été examinées à l'aide d'une analyse de régression logistique à deux

variables. Toutes les analyses tenaient compte du sexe. Aucune analyse multivariée n'a été effectuée pour les femmes en raison de la taille réduite des cellules de fumeuses, ce qui constitue une limite de l'étude. En conséquence, les résultats de la présente étude ne permettent pas d'établir un modèle d'usage du tabac, mais plutôt les facteurs possibles de risque

et de protection associés au tabagisme, qu'il sera possible de vérifier dans des études ultérieures.

Résultats

Description de l'échantillon. Le tableau 1 résume, selon le sexe, les données sur les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié, qui incluait environ 60 % d'hommes. Les répondants étaient surtout de jeunes personnes ayant en moyenne 35,3 ans; les femmes étaient beaucoup plus jeunes que les hommes. La majorité des répondants étaient mariés (55,4 %) et membres de l'Église orthodoxe d'Éthiopie (67,7 %). Beaucoup plus de femmes que d'hommes accordaient une *très grande importance* à la religion (96,2 % comparativement à 88,5 %). Plus des deux tiers des répondants (67,8 %) avaient fait des études postsecondaires et la majorité exerçaient un emploi (78,1 %). Comparativement aux hommes, les femmes étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir fait des études universitaires et d'occuper un

TABLEAU 3
Régression logistique à deux variables de facteurs associés à l'usage régulier ou occasionnel du tabac, selon le sexe

Variable	Hommes			Femmes		
	B	RC	IC	B	RC	IC
Âge (années)	0,012	1,012	(0,97, 1,05)	0,026	1,026	(0,94, 1,11)
Actuellement marié (= 1)	-0,465	0,628	(0,33, 1,16)	-1,587*	0,205	(0,05, 0,77)
Religion très importante (=1)	-1,605***	0,201	(0,08, 0,51)	n.d.	n.d.	n.d.
Scolarité : Études secondaires ou moins (=1)	0,041	1,042	(0,44, 2,42)	0,365	1,440	(0,15, 13,11)
Études collégiales (=1)	0,428	1,534	(0,74, 3,17)	0,353	1,424	(0,16, 12,66)
Université (référence)		1,000			1,000	
Emploi (1 = ayant un emploi)	-0,235	0,791	(0,32, 1,95)	0,392	1,480	(0,43, 4,99)
Durée de séjour au Canada	0,031	1,032	(0,96, 1,10)	0,156*	1,169	(1,02, 1,33)
Traumatismes avant la migration (=1)	0,720*	2,055	(1,10, 3,99)	-0,610	0,544	(0,06, 4,46)
Internement dans un camp de réfugiés (=1)	0,687	1,988	(0,77, 5,07)	0,067	1,069	(0,11, 9,68)
Nombre d'événements stressants vécus après la migration	0,078	1,081	(0,88, 1,32)	0,335*	1,398	(0,99, 1,97)
Satisfaction à l'égard du soutien social	0,209*	1,232	(1,01, 1,49)	0,049	1,051	(0,68, 1,60)

RC = rapport de cotes

IC = intervalle de confiance à 95 % du rapport de cotes estimé

n.d. = aucune estimation, en raison du manque de répondants dans la cellule

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

emploi ($p < 0,001$). La durée moyenne de séjour au Canada était de 9,2 ans (9,5 ans pour les hommes et 8,7 ans pour les femmes). Beaucoup plus d'hommes que de femmes avaient subi un traumatisme avant la migration (26,71 % contre 11,94 %) et avaient été internés dans un camp de réfugiés (12,6 % contre 7,2 %); dans ce dernier cas, la différence n'était toutefois pas significative. Environ la moitié des hommes et des femmes participant à l'étude avaient déjà vécu au moins un événement stressant. Le niveau de satisfaction à l'égard du soutien social reçu était similaire chez les hommes et les femmes.

Données descriptives sur l'usage du tabac. Le tableau 2 décrit la population étudiée selon le degré d'usage du tabac et le sexe. Globalement, 20,8 % des répondants de l'échantillon fumaient (régulièrement ou de façon occasionnelle) au moment de l'enquête. Le taux d'usage du tabac était 2,7 fois plus élevé chez les hommes (27,7 %; $n = 56$) que chez les femmes (10,4 %; $n = 14$). La différence du taux d'usage du tabac selon le sexe était significative ($p < 0,001$). La différence de la proportion d'anciens fumeurs dans la population, selon le sexe, était également significative (17,8 % chez les hommes et 4,4 % chez les femmes; $p < 0,001$). Parmi les 53 personnes qui fumaient quotidiennement, les hommes constituaient 21,3 % ($n = 43$) de l'effectif masculin de l'échantillon et les femmes, 7,4 % ($n = 10$) de l'effectif féminin ($p < 0,001$). Les hommes et les femmes fumaient en moyenne un nombre similaire de cigarettes par jour (12,0 et 11,8 respectivement). Environ 35,8 % des personnes qui fumaient quotidiennement ($n = 53$) avaient commencé à le faire après la migration. On constatait des différences entre les sexes : seulement 30,2 % des hommes contre 60 % des femmes ne fumaient pas *avant* de quitter l'Éthiopie et avaient commencé à fumer *après* leur départ ($p < 0,1$). Les réponses variaient aussi selon le sexe quand on demandait aux répondants si leur consommation de tabac avait changé depuis qu'ils avaient quitté l'Éthiopie. Environ 56 % des hommes et 80 % des femmes signalaient une augmentation de leur consommation

de tabac après la migration; cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative.

Corrélations relatives aux fumeurs actuels. On a évalué à l'aide d'une régression logistique les associations bidimensionnelles entre l'usage actuel du tabac (régulier ou occasionnel) et les facteurs de risque et de protection potentiels (les résultats se trouvent au tableau 3). Chez les hommes, les fumeurs actuels avaient moins tendance que les non-fumeurs à déclarer que la religion est importante ou très importante pour eux, mais ils étaient plus susceptibles d'avoir vécu un traumatisme avant leur migration et d'avoir signalé un niveau plus élevé de satisfaction à l'égard du soutien social reçu. On n'observait pas les mêmes associations chez les femmes éthiopiennes : comparativement aux non-fumeuses, les fumeuses actuelles étaient moins susceptibles d'être mariées et plus susceptibles d'avoir passé un plus grand nombre d'années au Canada et d'avoir vécu des événements stressants après leur migration. Nous avons trouvé des ensembles de corrélations différents chez les hommes et les femmes. Une analyse de régression logistique multiple des facteurs associés à la consommation actuelle de tabac chez les hommes a confirmé les résultats de l'analyse à deux variables effectuée parmi les hommes éthiopiens. Cette analyse n'a pas été effectuée chez les femmes éthiopiennes en raison de la taille réduite de l'échantillon (données disponibles sur demande).

Analyse

Les résultats de l'étude révèlent des écarts très importants entre les femmes et les hommes originaires d'Éthiopie pour ce qui est de l'usage du tabac; ces différences persistent après la migration. Des différences frappantes ont aussi été observées dans les corrélations relatives aux fumeurs actuels, selon le sexe. Chez les hommes éthiopiens, les facteurs associés à l'usage régulier ou occasionnel du tabac incluaient la religiosité, un traumatisme avant la migration et la satisfaction à l'égard du soutien social. Les

fumeuses, elles, étaient plus susceptibles d'être mariées, d'avoir passé un plus grand nombre d'années au Canada et d'avoir vécu un nombre plus important d'événements stressants que les non-fumeuses.

Les résultats de l'étude sont conformes à l'écart des taux de tabagisme selon le sexe observés dans la Global Youth Tobacco Survey menée en 2003 auprès d'élèves éthiopiens de 9^e à 11^e année (15,2 % de fumeurs chez les garçons et 5,7 % chez les filles)²⁵. Ils rejoignent aussi ceux d'autres études menées au sein de populations nées aux États-Unis ou à l'extérieur de ce pays, qui laissent entendre que les femmes immigrantes sont moins susceptibles de fumer que les hommes immigrantes et les femmes nées aux États-Unis⁹⁻¹². Même si McDonald¹⁶ n'a pas constaté d'augmentation importante du logarithme du risque d'usage du tabac chez les femmes immigrantes selon la durée du séjour, des tendances similaires ont été observées chez les femmes immigrantes. Il se peut aussi que ses conclusions aient masqué des variations propres au pays dans les habitudes d'usage du tabac chez les immigrants.

La présente étude est la première à recueillir des données sur l'usage du tabac par les Éthiopiens émigrés au Canada. Même si on ne connaît pas le taux actuel de tabagisme en Éthiopie, des études menées dans les années 1980 ont révélé que 38 % des hommes et 3,4 % des femmes fumaient²⁶, ce qui semble indiquer que les immigrés éthiopiens de sexe masculin ont peut-être un mode de vie plus sain (taux plus bas de tabagisme) que les Éthiopiens qui vivent encore dans leur pays d'origine. On constate cependant le contraire chez les femmes. Toutefois, à Toronto, la proportion de fumeurs chez les hommes éthiopiens (27,7 %) est légèrement plus élevée que dans l'ensemble de la population torontoise (25,6 %), tandis qu'elle est beaucoup moins élevée chez les femmes éthiopiennes (10,4 %) que dans l'ensemble de la population torontoise (17,8 %)²⁷.

Les données présentées dans cet article confirment les résultats d'autres études selon lesquelles la proportion d'immigrants

adoptant certaines habitudes – régime riche en gras, tabagisme, consommation excessive d'alcool – augmente avec les années pour atteindre celle de la culture majoritaire^{13,28-29}. Seulement 44,2 % des hommes et 20,0 % des femmes qui fumaient quotidiennement ont déclaré que leurs habitudes d'usage du tabac n'avaient pas changé depuis la migration. La grande majorité des femmes (80 %) et plus de la moitié des hommes qui fumaient quotidiennement ont indiqué que leur consommation de tabac avait augmenté depuis leur départ d'Éthiopie. En outre, 18,3 % des hommes éthiopiens, mais seulement 4,4 % des femmes éthiopiennes ont pu être classés parmi les « anciens fumeurs ». Dans le cas des hommes éthiopiens, il s'agit d'une bonne nouvelle, car ce résultat laisse entendre que le pourcentage d'hommes éthiopiens qui fument quotidiennement diminue et se rapproche du taux constaté dans l'ensemble de la population masculine de Toronto. En revanche, il se pourrait qu'on assiste à une augmentation de la prévalence actuelle du tabagisme chez les femmes de la collectivité éthiopienne, qui au départ était beaucoup moins élevée que dans l'ensemble de la population féminine de Toronto.

Chez les hommes éthiopiens, la religiosité et la satisfaction à l'égard du soutien social reçu comptaient parmi les facteurs associés à la consommation régulière ou occasionnelle de tabac. La religiosité avait un effet inverse sur l'usage du tabac (c.-à-d. que les personnes très religieuses étaient moins susceptibles de fumer). D'autres études ont révélé que de fortes croyances religieuses et la conservation de la culture d'origine sont associées au maintien d'habitudes bénéfiques pour la santé : régime traditionnel à forte teneur en fibres et absence de consommation de tabac et d'alcool^{15,30-31}. Même si un bon soutien social est habituellement associé à des comportements sains^{4,32-33}, on observe le contraire dans la collectivité éthiopienne en ce qui a trait au tabagisme. Ce phénomène est peut-être dû au fait que de nombreux hommes éthiopiens, particulièrement ceux qui ne possèdent pas de proches parents au Canada, socialisent dans des endroits où il est permis de fumer, comme

les bars et les cafés. Il en va peut-être différemment pour les femmes en raison des normes sociales qui restreignent leur liberté de mouvement et des attentes à l'égard de leur rôle^{21,34}.

Les traumatismes vécus avant la migration étaient associés à un risque accru de tabagisme, mais seulement chez les hommes. Cette constatation rejoignait celles d'autres études laissant entrevoir un fort lien entre le stress associé à un traumatisme et l'usage du tabac dans les populations non immigrantes³⁵⁻³⁶. Il est possible qu'on n'ait pas observé cette association chez les femmes parce qu'un petit sous-ensemble de femmes seulement fumait et avait vécu un traumatisme avant la migration.

Bien que l'on ait constaté que les hommes éthiopiens vivaient plus d'événements stressants que les femmes éthiopiennes, les événements stressants vécus après la migration étaient seulement associés à l'usage régulier ou occasionnel du tabac chez les femmes. Selon le modèle du stress lié à l'acculturation, les immigrants se tournent vers des moyens de soutien artificiels quand ils se sentent stressés et désorientés par l'expérience de l'immigration. Par ailleurs, des études laissent entendre que la consommation d'alcool et de drogues est un comportement « appris » dans le cadre du processus d'assimilation³⁷. Les résultats de notre étude donnent à penser qu'en présence de stress, les hommes et les femmes éthiopiens émigrés au Canada peuvent adopter des comportements d'adaptation différents. Les femmes éthiopiennes, par exemple, ont peut-être moins l'occasion de consommer de l'alcool et des drogues parce que, sur le plan culturel, ces comportements sont jugés moins acceptables que l'usage du tabac.

Le résultat voulant que les femmes installées au Canada depuis plus longtemps sont plus susceptibles de fumer n'est pas surprenant. Selon une étude portant sur des femmes enceintes originaires d'Asie du Sud-Est et vivant à Montréal, les femmes établies depuis plus longtemps au Canada sont moins susceptibles de déclarer qu'elles reçoivent un soutien social

adéquat et risquent plus de faire état d'expériences stressantes que les immigrantes récemment arrivées au pays³⁸. De la même façon, les stratégies adoptées par les nouveaux venus pour faire face au stress peuvent aussi changer selon le temps passé dans le pays d'accueil.

La présente étude est la première enquête sur la santé communautaire menée auprès d'immigrants éthiopiens en Amérique du Nord. Parmi ses points forts figurent l'excellent taux de réponse et les efforts déployés pour établir une base de sondage complète. Il convient toutefois de reconnaître que l'étude présente certaines limites. Premièrement, des candidats potentiels ont été exclus s'ils ne possédaient pas le téléphone ou une adresse fixe, ou s'ils n'étaient pas membres d'organismes éthiopiens. Deuxièmement, la faible prévalence du tabagisme chez les femmes de la population étudiée a limité l'efficacité statistique et empêché d'établir des paramètres d'interaction dans une analyse de régression logistique à plusieurs variables.

Les résultats de l'étude constituent un défi évident pour les professionnels de la santé publique et pour la collectivité éthiopienne, puisqu'ils les incitent à se demander comment empêcher l'adoption du tabac par les femmes éthiopiennes et comment faciliter l'abandon du tabac par les hommes éthiopiens. Les chercheurs féministes voient de plus en plus l'usage du tabac et des drogues non seulement comme le choix d'un mode de vie néfaste, mais aussi comme une réponse rationnelle aux pressions réelles causées par les inégalités liées au sexe et à la classe sociale³⁹⁻⁴⁰. Comparativement aux femmes en général, les femmes nouvellement immigrées font face à des obstacles multiples et plus nombreux qui les empêchent de maintenir ou d'adopter des comportements sains⁴²⁻⁴³. Les résultats de la présente étude donnent à penser que les programmes de prévention et de cessation du tabagisme dans la collectivité éthiopienne doivent reconnaître et prendre en compte les contextes sexuel, social et religieux qui entourent la vie de ces nouveaux arrivants. Les résultats sont également pertinents pour les autres collectivités d'immigrants au Canada qui

peuvent faire face à des problèmes similaires liés au contexte et au sexe.

Remerciements

Nous tenons à remercier notre partenaire communautaire, l'Ethiopian Association in Toronto, pour le soutien qu'elle nous apporté, de même que le Centre d'excellence conjoint pour la recherche en immigration et en intégration (CERIS) et Patrimoine Canada pour le financement qu'ils nous ont offert. Les auteurs remercient également M^{me} Lorraine Greaves, directrice générale du Centre d'excellence pour la santé des femmes de Colombie-Britannique, qui a révisé la version finale du manuscrit.

Bibliographie

1. Fondation des maladies du cœur du Canada. Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents cérébraux au Canada, 2000, Ottawa, Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999.
2. Cancer Care Ontario. Cancer Incidence and Mortality in Ontario, 1964-1996, Toronto, Cancer Care Ontario, 2000.
3. Kliewer EV, Smith KR. Ovarian cancer mortality among immigrants in Australia and Canada. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1995;4:453-58.
4. Acevedo M. The role of acculturation in explaining ethnic differences in the prenatal health-risk behaviours, mental health, and parenting beliefs of Mexican American and European American at-risk women. *Child Abuse Neglect.* 2000;24:111-27.
5. Acevedo-Garcia D, Pan J, Jun HJ, Osypuk TL, Emmons KM. The effect of immigrant generation on smoking. *Soc Sci Med.* 2005;61:1223-42.
6. Ng E, Wilkins R, Gendron F, Berthelot JM. L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population 2005. URL : <http://www.statcan.ca:8096/bsolc/francais/bsolc?catno=82-618-MWF2005002>
7. Agence de la santé publique du Canada. Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne, 1999. URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/rapport/toward/index.html>
8. Baron-Epel O, Haviv-Messika A, Tamir D, Nitzan-Kaluski D, Green M. Multiethnic differences in smoking in Israel: Pooled analysis from three national surveys. *Eur J Public Health.* 2004;14:384-89.
9. Maxwell AE, Bernaards CA, McCarthy WJ. Smoking prevalence and correlates among Chinese- and Filipino-American adults: Findings from the 2001 California Health Interview Survey. *Prev Med.* 2005;41:693-99.
10. Wilkinson LM, Spitz MR, Strom SS, et coll. Effects of nativity, age at migration, and acculturation on smoking among adult Houston residents of Mexican descent. *Am J Public Health.* 2005;95:1043-49.
11. Taylor KL, Kerner JF, Gold KF, Mandelblatt JS. Ever vs. never smoking among an urban, multiethnic sample of Haitian-, Caribbean-, and US-born blacks. *Prev Med.* 1997;26:855-65.
12. King G, Polednak AP, Bendel R, Hovey D. Cigarette smoking among native and foreign-born African Americans. *Ann Epidemiol.* 1999;9:236-44.
13. Chen J, Ng E, Wilkins R. The health of Canada's immigrants in 1994-5. *Health Rep.* 1996;7(4):33-45.
14. Albrido-Lanza AF, Armbrister AN, Florez KR, Aguirre AN. Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *Am J Public Health.* 2006;96:1342-1346.
15. Hyman I. Immigration et santé, document de travail 01-05, Série de documents de travail sur les politiques de santé, Ottawa, Santé Canada, septembre 2001. URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/francais/dgdr/wpapers/fpapindex.html>
16. McDonald JT. « The health behaviours of immigrants and native-born people in Canada », Working Paper N° 01-06, Halifax/Moncton, Atlantic Metropolis Centre, 2006.
17. Thurston WE et Vissandjee B. An ecological model for understanding culture as a determinant of women's health. *Critical Public Health.* 2005;15:229-242.
18. Walters V. The social context of women's health. *BMC Women's Health.* 2004; 4: S2.
19. Im E & Yang K. Theories on immigrant women's health. *Health Care for Women International.* 2006;6:666-681.
20. Agnew V. Gender, Migration and Citizenship Resources Project, Part II: A Literature Review and Bibliography on Health, Toronto, Centre for Feminist Research, York University, 2002.
21. McSpadden L, Moussa H. I have a name: The gender dynamics in asylum and in resettlement of Ethiopian and Eritrean refugees in North America. *J Refugee Studies.* 1993;6:203-25.
22. George U, Mwarigha MA. Consultation on Settlement Programming for African New-comers: Final report, Toronto, University of Toronto, Centre for Applied Social Research, 1999.
23. Paykel ES, Mayers JK, Diendelt MN, Klerman GL, Lindenthal JJ, Pepper MP. Life events and depression: A controlled study. *Arch Gen Psychiat.* 1969;25:340-47.
24. Wolchik SA, Beals J, Sandler IN. « Mapping children's support networks: Conceptual and methodological issues », dans D. Belle (dir.), *Children's Social Networks and Social Supports*, New York, John Wiley & Sons, 1989, p. 191-220.
25. Centres for Disease Control. Ethiopia – Addis Ababa Global Youth Tobacco Survey (GYTS), 2003. URL : http://www.afro.who.int/tfi/publications/gyp_factsheet/ethiopia/addis_ababa.2003.doc

26. Organisation mondiale de la santé. Tobacco or Health: A Global Status Report, Country Profiles by Region, 1997. URL : <http://www.cdc.gov/tobacco/who/whofirst.htm>
27. Toronto Health Profiles. 2001. URL : <http://www.torontohealthprofiles.ca/>
28. Hyman I. « Femmes immigrantes et femmes des minorités visibles », dans D.E. Stewart, A.Cheung, L.E. Ferris, I. Hyman, M. Cohen et U. Williams (dir.), Rapport sur la santé des femmes en Ontario, Toronto, Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, 2002, p. 339-359.
29. Statistique Canada. La santé de la population canadienne, rapport annuel, Ottawa, Statistique Canada, 1999, n° 82-003SIF au catalogue.
30. Marmot MG, Syme SL. Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. *Am J Epidemiol.* 1976; 104:225-47.
31. Scribner R, Dwyer JH. Acculturation and low birthweight among Latinos in the Hispanic HANES. *Am J Public Health.* 1989;79:1263-67.
32. Sabogal F, Marin G, Otero-Sabogal R, Marin BV, Pérez-Stable EJ. Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't? *Hispanic J Behav Sci.* 1987;9:397-412.
33. Suarez L. Pap smear and mammogram screening in Mexican-American women: The effects of acculturation. *Am J Public Health.* 1994;84:742-46.
34. Matsuoka A, Sorenson J. Ghosts and Shadows: Construction of Identity and Community in an African Diaspora, Toronto, University of Toronto Press, 2001, p. 13-14.
35. Vlahov D, Galea S, Ahern J, et coll. Consumption of cigarettes, alcohol, and marijuana among New York City residents six months after the September 11 terrorist attacks. *Am J Drug Alcohol Ab.* 2004;30:385-407.
36. op den Velde W, Aarts PGH, Falger PRJ, et coll. Alcohol use, cigarette consumption and chronic post-traumatic stress disorder. *Alcohol Alcoholism.* 2002;37:355-61.
37. Rebhun LA. « Substance use among immigrants to the United States », dans S. Loue (dir.), Handbook of Immigrant Health, New York, Plenum Press, 1998, p. 493-519.
38. Hyman I, Dussault G. Negative consequences of acculturation: Low birthweight in a population of pregnant immigrant women. *Can J Public Health.* 2000;91:357-61.
39. Adrian M, Lundy C, Eliany M (dir.). Les canadiennes et l'usage d'alcool, de tabac et d'autres drogues, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1996.
40. Horne T. Les femmes et le tabagisme : plan d'action, Ottawa, Santé Canada, 1995.
41. Gomberg ESL et Nirenberg TD. « Antecedents and Consequences », dans E. S. L. Gomberg et T. D. Nirenberg (dir.), Women and Substance Abuse, New Jersey, Ablex Publishing Corporation, 1993.
42. Oxman-Martinez J, Abdool SN et Loiselle-Leonard M. Immigration, women and health in Canada. *Can J Public Health.* 2000; 91:394-395.
43. Vissandjee B, Weinfeld M, Dupéré S, et coll. Sex, gender, ethnicity and access to health care services: Research and policy challenges for immigrant women in Canada. *JIMI.* 2001;2(1).