Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03



Résultats pour les adultes, les adolescents et les enfants des communautés des Premières Nations



© Assemblée des Premières Nations, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) ISBN : 1-894804-33-3

Pour plus d'information ou pour obtenir des copies additionnelles, s.v.p. contactez :

Assemblée des Premières Nations Équipe nationale de l'ERS 473 Albert St., local 810 Ottawa, Ontario K1R 5B4

Téléphone : 613-241-6789 Sans frais : 1-866-869-6789

Ce rapport est disponible en version électronique anglaise et française au : www.rhs-ers.ca.

Mars 2007

Remerciement spécial à Santé Canada pour son appui continu envers le travail fait par l'équipe de l'ERS.

Enquête régionale longitudinale Résultats relatifs aux adultes, aux sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 adolescents et aux enfants vivant dans des communautés des Premières Nations













Acception de la communauté

Propriété, contrôle, accès et possession

Table des matières

1	Cadre culturel de l'ERS
<i>13</i>	Résumé du processus et des méthodes
<i>21</i>	La santé des adultes des Premières Nations
23	Chapitre 1: Démographie, éducation et éducation
<i>33</i>	Chapitre 2: Langue et culture
44	Chapitre 3: Logement et conditions de vie des Premières Nations
<i>57</i>	Chapitre 4: Handicaps et problèmes de santé chroniques
<i>75</i>	Chapitre 5: Diabète
<i>83</i>	Chapitre 6: Blessures
90	Chapitre 7: Accès aux soins dentaires et besoins de traitements
<i>104</i>	Chapitre 8: Activité physique, indice de masse corporelle et nutrition
<i>114</i>	Chapitre 9: Utilisation non traditionnelle du tabac (tabagisme)
<i>123</i>	Chapitre 10: Consommation d'alcool et de drogues
<i>130</i>	Chapitre 11: Sexualité et hygiène sexuelle
<i>136</i>	Chapitre 12: Accès aux soins de santé
<i>145</i>	Chapitre 13: Impacts des pensionnats
<i>151</i>	Chapitre 14: Santé mentale, bien-être et soutien personnel
<i>159</i>	Chapitre 15: Bien-être communautaire
<i>167</i>	La santé des adolescents des Premières Nations

Chapitre 16: Composition du ménage, revenue et éducation parentale

184 Chapitre 18: Activité physique, indice de masse corporelle et nutrition

176 Chapitre 17: Scolarité

Renforcement des capacités dans la recherche sur les Premières Nations

340 Annexe C: Communautés participantes

Notre voix Notre enquête Notre avenir

<i>195</i>	Chapitre 19	: Handicaps et problèmes de santé chroniques
<i>204</i>	Chapitre 20	: Blessures
<i>211</i>	Chapitre 21	: Besoins de soins et de traitements dentaires
223	Chapitre 22	: Usage non traditionnel du tabac (tabagisme), consommation d'alcool et de drogues
<i>230</i>	Chapitre 23	: Sexualité et hygiène sexuelle
239	Chapitre 24	: Impacts de la fréquentation d'un pensionnat par les parents ou les grands-parents
243	•	: Bien-être émotionnel et social
251	La san	té des enfants des Premières Nations
<i>253</i>	Chapitre 26	: Structure du ménage, revenu et scolarité des parents
<i>260</i>	Chapitre 27	: Langue, culture, aide préscolaire et école
<i>269</i>	Chapitre 28	Évaluations précoces de la santé de l'enfant: poids à la naissance, tabagisme maternel et allaitement
<i>284</i>	Chapitre 29	: Activité physique, indice de masse corporelle et nutrition
<i>293</i>	Chapitre 30	: Handicaps et problèmes de santé chroniques
<i>303</i>	Chapitre 31	: Blessures
<i>308</i>	Chapitre 32	: Besoins de traitements dentaires et utilisation des services dentaires
<i>325</i>	Chapitre 33	L'impact de la fréquentation d'un pensionnat indien par les parents et les grands-parents
<i>329</i>	Chapitre 34	: Bien-être émotionnel et social
	Annexe	es
<i>337</i>	Annexe A:	Remerciements
220	Δηηρνο Β.	Collaborateurs

Remerciements

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé, connue simplement sous le nom d'ERS, célèbre ses dix ans d'existence. C'est un événement digne de mention et l'occasion de faire connaître le travail effectué par les Premières Nations de tout le Canada et leur engagement envers ce processus. L'ERS est conçue comme une étude longitudinale, dont le cycle est quadriennal. Nous sommes heureux de publier les résultats de notre enquête de 2002-2003. Grâce au processus de l'ERS, les principes de PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) des Premières Nations sont mis de l'avant dans le domaine de la recherche. Ces principes sont largement utilisés, adoptés et mis en oeuvre par les Premières Nations. De nombreuses personnes considèrent l'ERS comme ce qu'il y a de mieux en matière de recherche de Premières Nations et la norme par excellence en matière de recherche communautaire.

La bataille pour changer la façon dont on effectue les recherches dans les communautés des Premières Nations du Canada a été difficile. L'ERS a ouvert la voie aux guerriers des données, qui revendiquent l'autodétermination en matière de recherche. La voie était semée d'embûches, mais combien enrichissante. Il semble que le dévouement et la détermination des Premières Nations à l'échelle communautaire, régionale et nationale nous a permis d'accomplir un aussi long périple.

Le bien-être des communautés des Premières Nations a toujours été au coeur de cette initiative. Faire « ce qu'il y a de mieux pour nos communautés » est profondément ancré dans toutes nos actions. Nous croyons que l'information de l'enquête servira à améliorer la vie des enfants, des adolescents, des adultes et des aînés de nos communautés. Nous tenons à remercier toutes les Premières Nations qui ont participé directement ou indirectement au processus de l'ERS, les communautés des Premières Nations, les coordonnateurs régionaux de l'ERS et le Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) pour leur soutien continu et l'orientation qu'ils ont donnée à l'ERS.

Nous ne pourrions fêter les dix ans de l'ERS si vous n'aviez pas cru, soutenu et fait confiance à ce processus!

Welalin,

Jane Gray, RN BScN

Jane Bray

Gestionnaire nationale

Enquête régionale longitudinale sur la santé (ERS)

Mars 2005

Cadre culturel de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS)

Le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations a jugé important d'élaborer un cadre culturel des Premières Nations pour l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003. Nous l'appellerons « Cadre culturel de l'ERS ». En participant à la création d'un processus d'interprétation culturellement informé, ce cadre veut faire en sorte que les résultats puissent être redonnés aux communautés et leur rendent service, en renforcant leurs façons de voir, de se situer, de savoir et d'être. Le cadre culturel permet d'offrir une interprétation plus juste de l'information communiquée par les enfants, les adolescents et les adultes des Premières Nations. En d'autres mots, le Cadre culturel de l'ERS englobe l'ensemble de la santé de l'ensemble de la personne dans l'ensemble de son environnement¹.

Depuis toujours, les peuples des Premières Nations transmettent des valeurs selon lesquelles les gens doivent être placés au premier plan – en les remerciant de leur compassion, de leur honnêteté, de leur partage et de leur force. Par conséquent et conformément au Cadre culturel de l'ERS, avant d'aborder l'organisation du rapport, nous voulons remercier tous les peuples des Premières Nations qui ont participé à ce processus.

D'où vient ce modèle?

La présente section a pour but d'aider le lecteur à comprendre que le Cadre culturel et l'organisation de ce rapport se fondent sur une science transmise par des générations de peuples des Premières Nations sous la forme de connaissances et croyances.

Le concept de connaissances autochtones diffère d'une Première Nation à l'autre au Canada, mais la plupart d'entre elles partagent une croyance commune liée au monde naturel. Aux fins du présent rapport et du Cadre culturel de l'ERS, le monde naturel est représenté par un cercle.

En commençant ce rapport au centre du modèle culturel (voir figure 1) et en nous concentrant sur les citoyens des Premières Nations, nous transposons les raisons, les règles et le fondement issus de la science du modèle culturel. Conformément à ces règles, nous nous dirigerons ensuite du centre vers l'est, le sud, l'ouest et le nord, pour revenir à l'est. Le sens et le contenu de chacun des quadrants sont expliqués dans les sections subséquentes du présent chapitre.

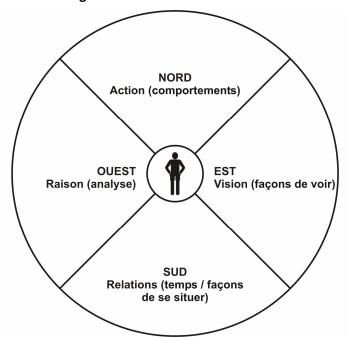


Figure 1 : Cadre culturel de l'ERS²

VISION (façons de voir): Dans le contexte d'un paradigme culturel de Première Nation, la vision est le principe le plus fondamental. Pour voir le bien-être des Premières Nations, il faut étudier le tableau complet de la santé, y compris les questions relatives à la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Du point de vue des connaissances autochtones, la vision examine ce que serait l'état de santé et de bien-être idéal des Premières Nations (ce qui était la norme par le passé, ce qui est désirable ou réaliste pour l'avenir). Pour avoir une vision de la santé et du bien-être des Premières Nations, il est impératif d'établir une base de référence de l'étendue et des causes de la situation actuelle. C'est à partir de là que les communautés des Premières Nations et les intervenants pourront progresser vers la vision idéale.

RELATIONS (temps/façons de se situer): Fait référence aux expériences vécues et qui résultent des relations tissées avec les années et examine le rapport aux gens. Permet de comprendre les attitudes et la conscience qui prévalaient à ces moments précis relativement aux questions de bien-être individuel, communautaire et national.

RAISON (analyse/raison): Aussi appelée connaissances acquises. C'est le moment de la réflexion, de la méditation et de l'autoévaluation. C'est dans cette direction que nous analysons les facteurs déterminants de la santé.

ACTION (comportements): Aussi appelée mouvement; représente la force. Cette direction explore ce qui a été réalisé relativement aux obstacles précédemment déterminés et la manière dont nous nous réconfortons en tant que Premières Nations. Cette composante est importante puisqu'elle instaure un changement positif afin d'améliorer le programme. Ce dernier pourra ainsi mieux concrétiser la vision (les attentes) des Premières Nations et assurer un développement plus sain des enfants, familles et communautés.

Il faut souligner que les modèles circulaires présentés dans le Cadre culturel de l'ERS ne sont pas des roues de la médecine sacrée portant sur les enseignements et les compréhensions traditionnels. En effet, surtout en raison de la diversité des connaissances autochtones, ces enseignements ne sont pas abordés dans le présent cadre culturel. Les modèles utilisés dans le présent rapport sont plutôt des outils d'interprétation, aussi appelés « roues de travail » ou « roues à quatre directions ». Ce sont des outils de travail aptes à faciliter la compréhension du

Cadre culturel de l'ERS, puisque c'est dans ce contexte que les modèles circulaires peuvent représenter les différents systèmes de croyances des Premières Nations.

En d'autres mots, le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations tient à ce que ce rapport traduise la vision des communautés des Premières Nations, qui consiste à implanter le respect et la compréhension de la culture dans le processus de l'ERS. Dans cette perspective, ou vision, les Premières Nations recueillent l'information, l'interprètent et l'organisent d'un point de vue culturel.

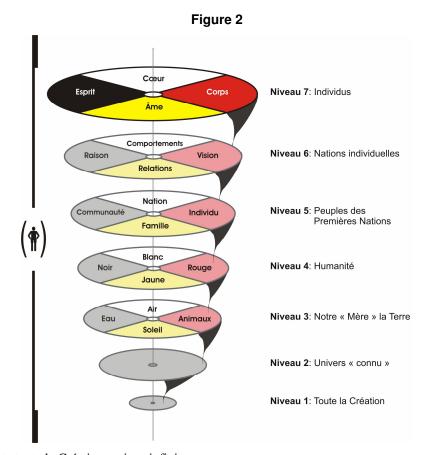
Désireux que cette initiative soit plus qu'une simple enquête, le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations veut rendre l'information la plus pertinente possible pour les peuples des Premières Nations. Le Comité passe à la prochaine étape et interprète, à partir de leur point de vue, l'information reçue des Premières Nations.

Cadre d'interprétation de l'ERS

Cette section présente et explique le cadre d'interprétation de l'ERS. M. Jim Dumont, enseignant traditionaliste, a préparé pour le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations un document de recherche portant sur l'élaboration d'un cadre d'interprétation culturel. M. Mark S. Dockstator en a fourni une description détaillée.

Ce cadre d'interprétation constate tout d'abord que les peuples des Premières Nations utilisent le concept de bien-être, tandis que, d'un point de vue eurocentrique, on parle plutôt de santé. Bien qu'il existe des compréhensions philosophiques différentes des concepts de santé et de bien-être, ces philosophies ne s'excluent pas mutuellement. Ces concepts ne sont pas absolus ou contraires dans leur nature... ils sont tout simplement différents.

Le bien-être est une philosophie complexe et à plusieurs niveaux que nous avons essayé de simplifier à l'aide des diagrammes suivants. Toutefois, il est important d'exposer la complexité de cette notion afin de comprendre le sens des questions posées et la façon d'interpréter l'information reçue par les peuples des Premières Nations. La figure 2 illustre le concept de bien-être selon les Premières Nations dans sa plus simple expression.



Le niveau 1 représente toute la Création, qui est infinie.

Le niveau 2 représente l'univers connu (la perspective humaine), qui n'est qu'une petite partie de la création.

Le niveau 3 représente une petite partie de l'univers – la Terre. Aussi appelée « Terre mère » par les peuples des Premières Nations, elle comprend les animaux, le soleil, l'eau et l'air.

Le niveau 4 représente l'« Humanité » qui compose une petite partie des animaux qui vivent sur la Terre mère. Les quatre couleurs utilisées ne sont pas des caractéristiques raciales, elles traduisent plutôt les différentes philosophies ou façons de penser humaines.

Le niveau 5 illustre une petite partie de l'humanité, les « peuples des Premières Nations » et la façon dont nous organisations notre vie individuelle, familiale, communautaire et de nation.

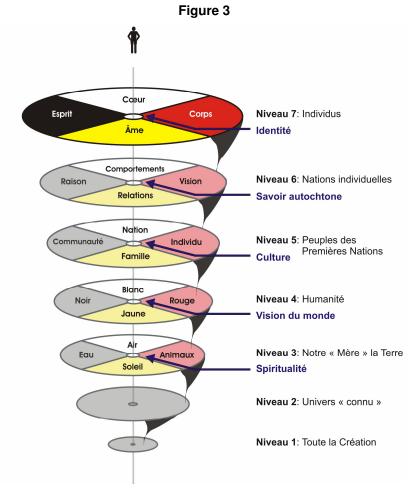
Le niveau 6 représente l'intelligence indigène.

Le niveau 7 représente une personne des Premières Nations et sa composition : corps, pensée, esprit et cœur.

À la figure 2, nous avons « déplié » le cadre culturel comme un accordéon pour montrer que, du point de vue de la santé des Premières Nations, les humains sont reliés au monde naturel et donc à la Création à des niveaux, ou couches, de compréhension très variés. Chaque niveau ne représente qu'une petite partie du précédent. Tous ces niveaux sont interreliés.

Ce point de vue de la santé et du bien-être se fonde sur l'ÉQUILIBRE... la recherche d'équilibre, l'atteinte de l'équilibre et le maintien de l'équilibre. Pour mieux se représenter ce modèle de santé, il faut imaginer que chaque niveau est une roue et que toutes ces roues pivotent sur un axe commun. Si une roue est déséquilibrée, elle compromet l'équilibre des autres ainsi que celui de tout le système. Ainsi, lorsque nous parlons de la santé des Premières Nations, nous faisons référence à l'ÉQUILIBRE de ce système.

Le Cadre culturel de l'ERS englobe l'ensemble de la santé de l'ensemble de la personne au sein de l'ensemble de son environnement³. Il s'agit d'une compréhension holistique et assez complexe du bien-être des Premières Nations.



La figure 3 illustre la dynamique et les relations à plusieurs niveaux associées au bien-être des Premières Nations.

Le niveau 1 montre que la plupart des peuples des Premières Nations ont une croyance commune dans leur lien avec la Création.

Le niveau 2 représente comment nous, peuples des Premières Nations, avons recu notre spiritualité de la Création et du Créateur au moment de la création de l'univers connu. La spiritualité énonce nos systèmes de croyances (peu importe la façon dont ils sont exprimés) et est notre lien direct avec la Création (autant l'acte de Création que le Créateur, peu importe la façon dont ils sont exprimés et nommés par les différentes cultures et sociétés des Premières Nations). La spiritualité est liée à la Création : c'est la raison pour laquelle elle est au centre du cercle et tellement importante pour les Premières Nations. (Note : La spiritualité entoure le lien avec la Création - le niveau 1 - comme l'illustre la ligne droite reliant le niveau 1 au niveau 2.)

Le niveau 3 illustre que lorsque la Terre a été créée, en tant que petite partie de l'univers, les humains ont été créés. C'est

à cette étape que nous acquérons notre vision du monde. Il s'agit de la façon dont nous, les humains, comprenons ou donnons un sens à notre monde. Notre vision du monde nous lie à la création et s'exprime par la spiritualité.

Le niveau 4 explique comment les différentes races de l'humanité ont été créées, chacune avec sa propre vision du monde. Chacune d'elles est liée à la Création par sa langue. Les peuples des Premières Nations sont liés et expriment leur vision du monde au moyen de leur langue qui, à son tour, est liée à leur spiritualité.

Le niveau 5 illustre comment, en tant que peuple des Premières Nations, nous sommes liés à la Création par notre culture, laquelle s'exprime au moyen de notre langue, qui contient notre vision du monde, qui est une expression de notre spiritualité.

Le niveau 6 montre qu'en tant qu'individus, les peuples des Premières Nations sont liés à la Création par leurs connaissances, les connaissances autochtones. Ces différents systèmes de connaissances (ils varient selon les Premières Nations) sont une expression de nos cultures, qui sont exprimées par nos langues, qui sont une expression de nos visions du monde et de notre spiritualité... qui nous lient tous à la Création.

Le niveau 7 illustre qu'à titre d'individus des Premières Nations, nous établissons tous notre propre identité, qui est formée par nos connaissances (autochtones), qui sont à leur tour liées à notre culture, qui exprime notre vision du monde et notre spiritualité... qui nous lient à la Création.

Voilà pourquoi, lorsque nous parlons du bien-être des Premières Nations, des connaissances autochtones, de la culture, de la langue, de la vision du monde et de la spiritualité comme étant des indicateurs de « santé ». Ces indicateurs sont l'élément central menant à la compréhension de la façon dont nous, les peuples, restons « équilibrés » et, par conséquent, « en santé ». Ceci illustre la nécessité d'utiliser le Cadre culturel de l'ERS pour interpréter les données recueillies par les peuples des Premières Nations.

Utilisation du Cadre culturel de l'ERS:

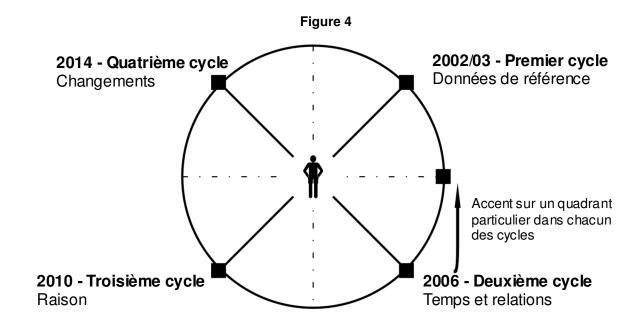
Le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations s'est rendu compte qu'une abondance de données a été recueillie d'une façon qui respecte l'éthique de la recherche des Premières Nations et les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de protection des connaissances indigènes. Son objectif est de remplacer le cadre d'analyse occidental par un cadre reposant sur des principes communs à toutes les Premières Nations. Le présent rapport technique commence à peine à formuler une base d'analyse dont le modèle d'interprétation est culturellement adapté aux Premières Nations. Ce modèle n'est en aucun cas exhaustif, mais il constitue un point de départ qui s'élargira et se développera avec le temps et l'établissement de relations.

Ce modèle est important, car il explique la présence de certaines questions dans les questionnaires de l'ERS. En effet, l'ERS pose des questions sur la langue et la culture dans une « enquête sur la santé ». L'élaboration d'un modèle du bien-être des Premières Nations commence par répondre au besoin de questions en définissant le bien-être. Cela montre que l'on ne peut avoir d'indicateur de bien-être pour la santé des Premières

Nations sans parler de culture, de langue, de vision du monde et de spiritualité.

L'ERS est une étude longitudinale et fournit des données parallèles pour les Premières Nations de tout le pays. Puisque ces données seront recueillies et interprétées par les Premières Nations, leur interprétation sera fondée sur leur culture et leurs milieux, éliminant ainsi les risques de fausses interprétations. Ainsi, l'ERS servira de modèle utile et réaliste pour des recherches communautaires et culturellement adaptées. Dans le cas d'une enquête longitudinale, l'objectif de la phase initiale est de développer des données de référence. Dans les prochaines années, ces dernières serviront de base de comparaison.

Une fois les cycles subséquents de l'ERS terminés, il sera possible d'effectuer des analyses pour voir quels effets les différentes approches visant à améliorer la santé des Premières Nations ont eus sur cette population. Par exemple, les campagnes de sensibilisation ont-elles permis de réduire le nombre de femmes qui fument durant la grossesse? Voilà la véritable nature d'une étude longitudinale.



La figure 4 explique l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations à l'aide du Cadre culturel de l'ERS plutôt que d'un cadre linéaire. Même si tous les cycles abordent les quatre quadrants : vision; temps et relations; raison; et changements (mouvement), chacun d'eux mettra l'accent sur un quadrant particulier du modèle. Par exemple, l'ERS 2002-2003 s'est concentrée sur l'établissement de données de référence relativement à la vision, c'est-à-dire l'élaboration d'un cadre culturel.

Pour ce qui est du cycle 2006 de l'ERS, le cadre culturel servira à expliquer l'impact du temps et des relations. Le troisième cycle portera sur les raisons et les justifications relatives aux questions de santé et de bien-être alors que le quatrième portera sur les changements, plus précisément au cours de la période de douze ans commençant à la création des données de référence.

Il faut se rappeler que l'objectif d'une étude longitudinale consiste à mesurer le changement dans le temps pour les mêmes groupes des Premières Nations (contrairement aux comparaisons avec la population générale). Au cours des 30 dernières années, des études d'envergure ont été menées sur la santé des Premières Nations et sur le lien entre celle-ci et la santé de la population canadienne. Ces recherches portent en général sur des points négatifs et mènent rarement à des mouvements ou des actions. La présente étude longitudinale ne veut pas dupliquer les recherches précédentes. Au contraire, elle veut documenter des éléments uniques, par exemple l'impact des approches holistiques de la santé sur l'amélioration de la santé et du bien-être des Premières Nations.

Équilibre

Le Cadre culturel de l'ERS permettra d'équilibrer les études précédentes en soutirant aussi les changements positifs liés au bien-être des peuples des Premières Nations. Par exemple, de nombreuses femmes ont cessé de fumer en raison d'une grossesse. Voilà un indicateur positif du bien-être, car les femmes ont fait passer le bien-être de leur enfant au premier plan et n'ont pas cessé de fumer seulement durant la grossesse, mais pour toujours.

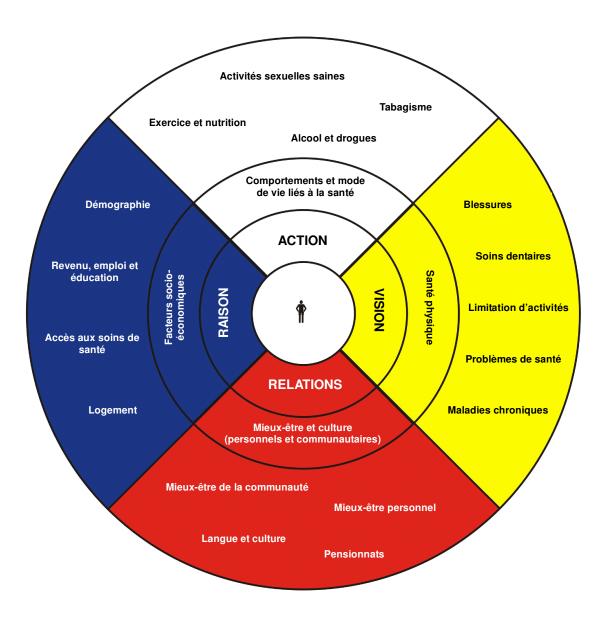
En plus d'équilibrer le rapport en traitant des changements positifs, il est important que l'information présentée soit utile aux Premières Nations qui lisent le rapport et facilite les changements de comportement positifs. L'information doit être présentée pour qu'il soit possible d'identifier clairement les problèmes potentiels de bien-être et les gestes que les parents peuvent poser pour y remédier.

Temps et relations

Dans le cadre des questions relatives aux Premières Nations, il est important, pour comprendre l'avenir, de bien connaître le passé. Toutefois, devant la complexité des relations entre les peuples des Premières Nations et le gouvernement fédéral et les répercussions négatives de ces relations sur la santé et le bien-être de ces peuples, il est difficile de s'en tenir à une seule interprétation de l'histoire. Les politiques mises en place par le gouvernement fédéral ont eu des conséquences négatives sur la spiritualité, la vision du monde, la langue, la culture et les connaissances indigènes des peuples des Premières Nations.

Organisation du rapport

L'ERS 2002-2003 a recueilli de nombreuses données sur la santé des Premières Nations. Ces données sont résumées dans les 34 chapitres du rapport technique portant sur les adultes, les enfants et les adolescents. Si nous simplifions le cadre en comprimant les sept niveaux de compréhension en un seul et en superposant toutes les questions posées dans le cadre de l'enquête, nous pouvons illustrer les données recueillies de la façon suivante⁴:



VISION: Dans le contexte d'un paradigme culturel des Premières Nations, la vision est le principe le plus fondamental. Pour voir le bien-être des Premières Nations, il faut étudier le tableau complet de la santé, y compris la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Les études montrent que les peuples des Premières Nations sont en mauvaise santé. Ils n'ont pas toujours accès aux systèmes sociaux conventionnels (pour la population générale), comme les services de santé (c'est-à-dire les hôpitaux et les programmes et services communautaires de santé). Nous ne pouvons pas aborder toutes les maladies dans le présent rapport. Nous avons limité notre analyse aux problèmes de santé et aux maladies chroniques les plus fréquents: maladies cardiaques, hypertension, arthrite et rhumatismes, asthme et cancer. De plus, le rapport met l'accent sur le diabète, principale cause de décès chez les Premières Nations et maladie contribuant aussi à des complications secondaires qui causent la mort. Les blessures et les accidents sont aussi couverts dans ce quadrant. Nous examinons en détail les limitations d'activité. Il est important de comprendre l'impact des handicaps sur les adultes, car bon nombre des personnes victimes d'un handicap sont partiellement exclues de certains aspects de la société. Enfin, nous nous penchons aussi sur les soins dentaires.

La liste suivante permet au lecteur de repérer ces indicateurs de santé dans le rapport technique.

États de santé et maladies chroniques

- Chapitre 4 : Handicaps et problèmes de santé chroniques (enquête sur les adultes)
- Chapitre 19 : Handicaps et problèmes de santé chroniques (enquête sur les adolescents)
- Chapitre 30 : Handicaps et problèmes de santé chroniques (enquête sur les enfants)

Diabète

• Chapitre 5 : Diabète (enquête sur les adultes)

Blessures

- Chapitre 6 : Blessures (enquête sur les adultes)
- Chapitre 20 : Blessures (enquête sur les adolescents)
- Chapitre 31 : Blessures (enquête sur les enfants)

Limitations d'activités

- Chapitre 4 : Handicaps et problèmes de santé chroniques (enquête sur les adultes)
- Chapitre 19 : Handicaps et problèmes de santé chroniques (enquête sur les adolescents)
- Chapitre 30 : Handicaps et problèmes de santé chroniques (enquête sur les enfants)

Soins dentaires

- Chapitre 7 : Accès aux soins dentaires et besoins de traitement (enquête sur les adultes)
- Chapitre 21 : Besoins de soins et de traitements dentaires (enquête sur les adolescents)
- Chapitre 32 : Besoins de traitements dentaires et utilisation des services dentaires (enquête sur les enfants)

RELATIONS: Fait référence aux expériences vécues et qui résultent des relations tissées avec les années et examine le rapport aux gens. Les catégories importantes comprennent la santé mentale, le bien-être personnel et le soutien des adultes, adolescents et enfants des Premières Nations. Nous avons également analysé le bien-être émotionnel afin de déterminer l'existence d'un lien avec la dépression ou les tentatives de suicide. Or, les données ne montrent aucune corrélation. L'impact des pensionnats indiens constitue une autre catégorie majeure. Ces écoles étaient souvent situées dans des endroits isolés, et les enfants y avaient peu ou pas de contacts avec leur famille et leur communauté. De plus, il y régnait une discipline stricte et une surveillance constante de tous les aspects de leur vie, y compris l'expression de leur culture par leur langue, leurs vêtements, leur nourriture ou leurs croyances. L'élimination de la culture faisait partie des objectifs de ces écoles. Enfin, l'importance de la langue et de la culture ne peut être négligée. La langue englobe toutes les valeurs, les attitudes, les croyances et les vérités et a par le passé joué un rôle important dans la vie des Premières Nations.

La liste suivante permet au lecteur de repérer ces indicateurs de santé dans le rapport technique.

Bien-être personnel

- Chapitre 14 : Santé mentale, bien-être et soutien personnel (enquête sur les adultes)
- Chapitre 25 : Bien-être émotionnel et social (enquête sur les adolescents)
- Chapitre 34 : Bien-être émotionnel et social (enquête sur les enfants)

Pensionnats indiens

- Chapitre 13 : Impacts des pensionnats indiens (enquête sur les adultes)
- Chapitre 24 : Impacts de la fréquentation d'un pensionnat indien par les parents ou les grands-parents (enquête sur les adolescents)
- Chapitre 33 : Impacts de la fréquentation d'un pensionnat indien par les parents ou les grands-parents (enquête sur les enfants)

Langue et culture

- Chapitre 2 : Langue et culture (enquête sur les adultes)
- Chapitre 27 : Langue, culture, aide préscolaire et école (enquête sur les enfants)
- Chapitre 31 : Blessures (enquête sur les enfants)

Bien-être communautaire

• Chapitre 15 : Bien-être communautaire (enquête sur les adultes)

RAISON: Aussi appelée connaissances acquises. C'est le moment de la réflexion, de la méditation et de l'autoévaluation. C'est dans cette direction que nous analysons les facteurs déterminants de la santé, notamment la démographie, le revenu, l'éducation, la composition du ménage, le logement, les conditions de vie et l'accès aux services de santé. Dans l'étude de l'état de santé des Premières Nations, la démographie, le logement et les conditions de vie sont des déterminants importants à analyser, tout comme les niveaux de revenu et de scolarité, qui ont aussi une incidence sur la santé globale. Enfin, l'accès aux services de santé est une catégorie notable puisqu'elle offre certains indicateurs de l'accès aux services de santé primaires de prévention, y compris l'évaluation des répondants concernant l'accès aux services de santé (par rapport aux autres Canadiens), l'accès aux mesures de dépistage et de prévention, les obstacles à l'accessibilité aux services de santé et l'accès aux Services de santé non assurés (SSNA).

La liste suivante permet au lecteur de repérer ces indicateurs de santé dans le rapport technique.

Démographie

- Chapitre 1 : Démographie, éducation, emploi (enquête sur les adultes)
- Chapitre 16 : Composition du ménage, revenu et éducation parentale (enquête sur les adolescents)
- Chapitre 26 : Composition du ménage, revenu et éducation parentale (enquête sur les enfants)

Revenu, emploi et éducation

- Chapitre 1 : Démographie, éducation, emploi (enquête sur les adultes)
- Chapitre 17 : Scolarité (enquête sur les adolescents)

Logement

Chapitre 3 : Logement et conditions de vie des Premières Nations (enquête sur les adultes)

Accès aux services de santé

• Chapitre 12 : Accès aux services de santé (enquête sur les adultes)

ACTION: Aussi appelée mouvement; représente la force. Cette direction explore ce qui a été réalisé pour surmonter les obstacles déterminés au préalable et la manière dont nous nous soutenons et renforcons mutuellement en tant que Premières Nations. Dans le chapitre sur l'utilisation non traditionnelle du tabac, nous décrirons certaines des habitudes de vie des fumeurs et des non-fumeurs dans leur famille et leur communauté. Nous examinons plus particulièrement le tabagisme durant la grossesse, l'initiation, la cessation, l'utilisation actuelle et passée ainsi que la quantité consommée. Nous nous penchons sur la consommation d'alcool selon différentes variables démographiques et selon la taille de la communauté, et remarquons une diminution constante de la consommation avec l'âge. Nous étudions aussi la fréquence et le type de drogues consommées. Comme le soulignent les données sur la nutrition, l'activité physique et l'indice de masse corporelle, le nombre de répondants obèses et présentant une obésité morbide dans toutes les catégories d'âge est inquiétant. La différence entre la perception d'une bonne santé et les résultats de l'indice de masse corporelle est particulièrement préoccupante.

La liste suivante permet au lecteur de repérer ces indicateurs de santé dans le rapport technique.

Tabagisme

- Chapitre 9 : Usage non traditionnel du tabac (tabagisme) (enquête sur les adultes)
- Chapitre 22 : Usage non traditionnel du tabac (tabagisme), consommation d'alcool et de drogues (enquête sur les adolescents)
- Chapitre 28 : Évaluations précoces de la santé de l'enfant : poids à la naissance, tabagisme maternel et allaitement (enquête sur les enfants)

Revenu, emploi et éducation

- Chapitre 1 : Démographie, éducation, emploi (enquête sur les adultes)
- Chapitre 17 : Scolarité (enquête sur les adolescents)

Alcool et drogues

- Chapitre 10 : Consommation d'alcool et de drogues (enquête sur les adultes)
- Chapitre 22 : Usage non traditionnel du tabac (tabagisme), consommation d'alcool et de drogues (enquête sur les adolescents)

Activité physique et nutrition

- Chapitre 8 : Activité physique, indice de masse corporelle et nutrition (enquête sur les adultes)
- Chapitre 18 : Activité physique, indice de masse corporelle et nutrition (enquête sur les adolescents)
- Chapitre 29 : Activité physique, indice de masse corporelle et nutrition (enquête sur les enfants)

Sexualité et hygiène sexuelle

- Chapitre 11 : Sexualité et hygiène sexuelle (enquête sur les adultes)
- Chapitre 23 : Sexualité et hygiène sexuelle (enquête sur les adolescents)

Conformément au modèle de santé de l'ERS élaboré pour ce rapport, nous retournons maintenant vers l'est et la vision. Après avoir effectué un cercle complet résumant certaines des données recueillies dans le cadre de l'Enquête, la prochaine étape consistera à regarder vers l'avenir et à déterminer les prochains pas. En ce qui a trait au processus de recherche, la prochaine étape consistera à observer de nouveau notre vision à la lumière des documents réunis et des leçons apprises, à écouter la communauté et à entreprendre le processus d'amélioration pour le prochain cycle de collecte de données prévu pour 2006.

¹ Idem

 $^{^2}$ Dumont, Jim

³ Idem

⁴ Nous organisons l'information selon le modèle du CPN et de l'ONSA, mais il existe de nombreuses autres approches des PN pour l'illustrer.

Résumé du processus et des méthodes

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/2003

Introduction

C'est en 1995 qu'a été mise sur pied l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS). Ce projet, bien qu'il ait été initialement conçu pour remédier à un manque de données, a considérablement évolué depuis.

Dix ans plus tard, conformément au mandat que lui avait confié le Comité des Chefs sur la santé de l'Assemblée des Premières Nations, l'ERS a diffusé les résultats de deux cycles de collectes de données et est devenue la seule initiative de recherche nationale sous le contrôle exclusif des Premières Nations.

Les résultats du cycle de 1997 ont été dévoilés en 1999. Le cycle de 2002-2003 a quant à lui permis la rédaction de deux grands rapports en 2005 : le présent rapport, qui comprend 34 chapitres thématiques, et le « Rapport pour les Peuples », qui est fondé sur la culture.

Cette section présente un résumé du processus et des méthodes utilisés dans le cadre de l'enquête 2002-2003 et de l'élaboration du présent rapport. On trouvera une information plus détaillée dans le « Rapport sur le processus et les méthodes ». Le tableau 1 en présente un bref aperçu et le tableau 2, un court calendrier.

Tableau 1 : Aperçu de l'ERS 2002-2003

Titre	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations

Acronyme ERLSPN ou ERS

Mandat Comité des Chefs sur la santé de l'Assemblée des Premières Nations

Gouvernance nationale Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations

Coordination régionale Organisations régionales des Premières Nations

Coordination nationale Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone

Nombre de régions 10 régions des Premières Nations (comprenant toutes les provinces et tous les territoires

à l'exception du Nunavut)

Population ciblée Communautés des Premières Nations de tout le pays

Cohorte longitudinale Deuxième cycle pour la Nouvelle-Écosse; premier cycle pour toutes les autres régions

Plan d'échantillonnage En grande partie standardisé

Taille de l'échantillon 22 602 enquêtes : 10 962 adultes, 4 983 adolescents et 6 657 enfants

Communautés 238

Durée des composantes
nationales « fondamentales »

Durée d'entrevue médiane de 84 minutes (pour les enquêtes combinées auprès des adultes, des adolescents et des enfants)

Questions propres aux régions Modules additionnels à durée variable dans 7 des 10 régions

Tableau 2 : Calendrier de l'ERS

1994 Lancement de trois enquêtes longitudinales canadiennes excluant les communautés inuit et des Premières Nations

Premier cycle de l'enquête

- 1995 Financement du premier cycle par Santé Canada. Affaires indiennes et Développement des ressources humaines Canada refusent.
- 1996 Mandat confié par l'Assemblée des Premières Nations
- 1996 Établissement du contrôle direct par les Premières Nations et les Inuit
- 1996 Élaboration des instruments et méthodes
- 1997 Collecte de données dans 9 régions : 14 008 enquêtes (9 870 adultes, 4 138 enfants)
- 1997 Adoption du Code d'éthique pour la recherche
- 1998 Première élaboration des principes de « PCAP »
- 1999 Publication du rapport final fondé sur l'enquête de 1997

Deuxième (actuel) cycle de l'enquête

- 2000/01 Présentation des propositions et des plans à long terme pour obtention de financement et présentation éventuelle au Conseil du Trésor
- 2000/02 Élaboration des instruments et des méthodes pour le premier cycle de l'enquête longitudinale
 - 2002 Transfert de la coordination au Centre des Premières Nations (ONSA)
- 2002/03 Collecte des données dans 10 régions des Premières Nations : 22 602 enquêtes (10 962 adultes; 4 983 adolescents; 6 657 enfants)
 - 2004 Traitement des données
 - 2004 Publication des résultats préliminaires
 - 2005 Publication des rapports importants

Coordination et gouvernance

L'ERS est coordonnée et régie par les Premières Nations par l'entremise de leurs organismes et représentants régionaux et nationaux. Depuis 2005, les partenaires de l'enquête sont :

À l'échelle nationale :

- Assemblée des Premières Nations (coordination du Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations)
- Centre des Premières Nations de l'Organisation nationale de la santé autochtone (coordination nationale et gestion des données)

Coordination régionale et gestion des données

- Union des Indiens de la Nouvelle-Écosse
- Union des Indiens du Nouveau-Brunswick
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
- Chefs de l'Ontario
- Assemblée des Chefs du Manitoba
- Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan
- Consortium des adultes des Premières Nations et des études supérieures (Alberta)
- Comité des Chefs des Premières Nations sur la santé (Colombie-Britannique)
- Bureau national des Dénés
- Conseil des Premières Nations du Yukon

Le Comité directeur national de l'ERS a été renommé le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). Il est composé de membres des organismes partenaires et est un comité permanent du Comité des Chefs sur la santé de l'Assemblée des Premières Nations. Dans la plupart des régions, un comité consultatif de recherche ou une entité semblable fait un travail comparable à celui du CGPIN, y compris la surveillance et la direction de l'enquête.

Instruments et méthodes de l'enquête 2002/2003

Les données ont été recueillies entre août 2002 et novembre 2003 dans des communautés des Premières Nations à travers le Canada. Un total de 22 602 entrevues a été réalisé. Trois types de questionnaires, par tranche d'âge, ont été remplis par :

- 10 962 adultes âgés de 18 ans et plus (entrevue dirigée);
- 4 983 adolescents âgés de 12 à 17 ans (questionnaire auto administré);
- 6 657 enfants âgés de 0 à 11 ans (réponses du parent ou du tuteur).

Les enquêtes portaient sur différentes priorités des Premières Nations en matière de santé.

Enquête auprès des adultes (18 ans et plus)

- Données démographiques
- Langues compréhension, usage
- Scolarité
- Emploi
- Revenu et sources de revenu
- Ménage composition, revenu
- Logement état, encombrement, moisissures
- Qualité de l'eau
- Services (téléphone, eau, détecteurs de fumée, Internet, etc.)
- Taille, poids
- 28 maladies durée, traitement, effets
- Diabète type, traitement, effets
- Blessures physiques
- Soins dentaires
- Incapacités, limitations

- Activités physiques
- Alimentation et nutrition
- Soins à domicile utilisation, besoins
- Services de santé utilisation, accessibilité, SSNA
- Médecine traditionnelle, guérisseurs
- Tabagisme, alcool, drogues utilisation, abandon, traitement
- VIH/Sida, MTS et sexualité
- Grossesse, fertilité
- Pratiques de médecine préventive
- Bien-être, soutiens et santé mentale
- Pensées suicidaires et tentatives de suicide
- Pensionnats indiens impacts
- Bien-être communautaire
- Culture, spiritualité, religion
- Développement communautaire

Enquête auprès des adolescents (12 à 17 ans)

- Âge, sexe, composition du ménage/de la famille
- Scolarité niveau, réussite, objectifs personnels
- Langue compréhension, usage
- Alimentation et nutrition
- Activités physiques, sociales
- Taille, poids, niveau de satisfaction
- Diabètes type, traitement
- 19 maladies durée, traitement, effets
- Blessures
- Soins dentaires
- Tabagisme, alcool, drogues
- Sexualité
- Pratiques de médecine préventive
- Bien-être, soutiens et santé mentale
- Pensées suicidaires et tentatives de suicide
- Activités parascolaires
- Culture traditionnelle importance, apprentissage
- Pensionnats indiens (parents, grands-parents)

Enquête sur les enfants (0 à 11 ans)

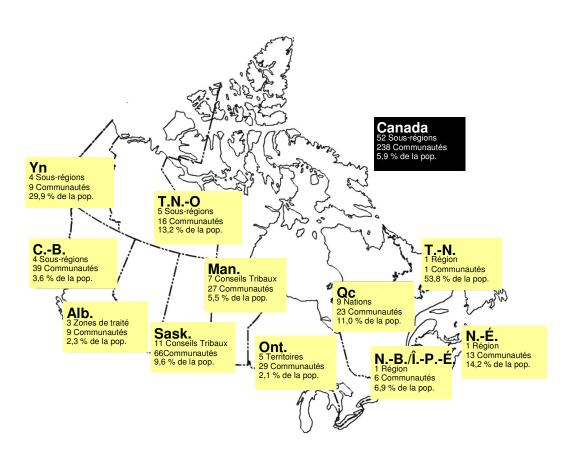
- Âge, sexe, composition du ménage/de la famille
- Scolarité des parents
- Scolarité niveau, réussite, Programme d'aide préscolaire
- Taille, poids à la naissance, actuels
- Allaitement
- Tabagisme, exposition à la fumée secondaire fœtale, à la maison
- Langue compréhension, usage, intérêt
- Alimentation et nutrition
- Activités physiques, sociales, parascolaires
- 19 maladies durée, traitement, effets
- Blessures
- Incapacités, limitations
- Accès aux services de santé SSNA
- Santé dentaire, carie du biberon
- Culture traditionnelle importance, apprentissage
- Bien-être émotionnel et social
- Services de garde
- Pensionnats indiens (parents, grands-parents)

Dans sept des dix régions, les questions nationales ont été suivies d'un module de questions abordant les thèmes prioritaires pour chacune des régions.

Les enquêteurs des Premières Nations ont été formés pour réaliser les questionnaires dans leur communauté, habituellement chez le répondant. Plus de 90,2 % des questionnaires ont été enregistrés par les enquêteurs à l'aide d'un logiciel personnalisé sur un ordinateur portatif. Les autres ont été remplis manuellement, et les données ont par la suite été saisies. Les questionnaires étaient cryptés et téléchargés par ligne téléphonique à partir des communautés au moyen de serveurs sécurisés et dédiés.

L'échantillonnage de l'enquête 2002-2003 représente la population des Premières Nations vivant dans des communautés dans toutes les provinces et tous les territoires à l'exception du Nunavut. En tout, 238 communautés ont participé et 5,9 % de la population cible a été interrogée. L'échantillonnage représente 4,9 % des adultes, 10 % des adolescents et 6,0 % des enfants. La proportion élevée d'enfants et d'adolescents a permis d'atteindre une précision statistique comparable à celle des données sur les adultes. La répartition géographique est illustrée à la figure 1.

Figure 1 : Nombres de sous-régions et de communautés et proportions des résidents des communautés échantillonnés, par région



^{*}Les chiffres présentent la proportion de toutes les Premières Nations vivant dans des communautés comprises dans l'échantillon.

Des communautés de différentes tailles ont été choisies au sein de chacune des sous-régions des Premières Nations (voir le tableau 3) afin d'offrir des échantillons représentatifs aux niveaux régional et national. Localement, les participants ont été choisis au hasard dans chacune des strates composées par l'âge et le sexe. Dans 199 communautés, on a utilisé les listes de membres des bandes alors qu'une approche axée sur les ménages a été adoptée dans 39 autres.

Tableau 3 : « Sous-régions des Premières Nations »

Yukon

4 régions
Dakh-Ka
Indépendants
Northern Tuchtone
Southern Tuchtone

Territoires du Nord-Ouest

5 régions Akaitcho Deh Cho Dogrib Gwitch'in Sahtu

Colombie-Britannique

4 régions géographiques

Coastal Region Northern Interior Southern Interior Vancouver Island

Alberta

3 régions visées par un traité

Treaty 6 (Centre)
Treaty 7 (Sud)
Treaty 8 (Nord)

Saskatchewan

11 conseils tribaux
Agency Chiefs

Battlefords File Hills Qu'Appelle

Meadow Lake

Prince Albert Grand Council

Saskatoon

Touchwood Agency

Yorkton

Peter Ballantyne Lac LaRonge

Indépendants

Ontario

5 organisations territoriales

Association of Iroquois and Allied Indians

Union of Ontario Indians Nishnawbe-Aski Nation Independent First Nations

Manitoba

8 conseils tribaux Swampy Cree South East West Region Dakota Ojibway Island Lake Interlake Keewatin

North and South Independents

Québec

8 nations
Abénakis
Algonquins
Attikameks
Hurons/Wendat
Mi'gmacs
Mohawks
Innus
Naskapis

(Les Cris de la Baie James n'ont pas participé)

Terre-Neuve

1 région

Les Innus du Labrador n'ont pas participé

Nouvelle-Écosse

1 région

Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard

1 région

Préparation des chapitres thématiques de ce rapport

Ce rapport a pour but de présenter une vue d'ensemble des résultats nationaux pour tous les sujets abordés par les trois enquêtes. Les personnes qui ont collaboré à la préparation des 36 chapitres (rabattus plus tard à 34) ont été sélectionnées par appel d'offres, à partir de propositions.

Le comité de révision a sélectionné ces collaborateurs, qui, avec l'appui de leur équipe, devaient rédiger d'un à trois chapitres. La majorité de ces collaborateurs proviennent des Premières Nations.

Une séance d'orientation, des lignes directrices détaillées et une communication continue ont permis d'assurer la normalisation du contenu, de l'organisation, de la longueur, du format, de l'intégration du cadre culturel, de la divulgation des statistiques, de la présentation des figures et des tableaux, etc. Les normes et les spécifications statistiques suivantes ont été établies :

- Pour protéger la confidentialité et réduire le risque de fausse interprétation, les statistiques provenant des cellules comptant moins de 30 enregistrements ont été éliminées (et quelquefois identifiées par un tiret dans les tableaux):
- Les intervalles de confiance ont été rapportés pour les figures ayant un coefficient de variation supérieur à 33 %;
- Aucun énoncé indiquant ou concernant une différence entre des groupes ou des catégories n'a été incluse, sauf lorsque la différence était significative. Les différences non significatives ont habituellement été signalées par « NS ». Les différences sont jugées importantes si les intervalles de confiance des résultats pour les groupes ou les catégories comparés ne chevauchent pas le niveau de confiance de 95 % (selon l'ajustement de Bonferroni¹).

Nous avons utilisé des seuils de signification différents pour 5 des 34 chapitres. Dans tous les chapitres, les normes adoptées sont précisées.

Le non-chevauchement des intervalles de confiance a été préféré à d'autres méthodes d'analyse de la signification statistique (p. ex, test du chi carré) puisqu'il permet des comparaisons précises, groupe par groupe. Par exemple, il est possible d'affirmer que les adultes âgés de moins de 30 ans sont plus susceptibles de présenter une caractéristique particulière, mais que les autres groupes d'âge (30 à 39, 40 à 49, 50 à 59 et 60 et+) ne sont pas statistiquement différents les uns des autres relativement à cette caractéristique.

La signification statistique des différences entre les résultats de l'ERS et ceux d'autres populations (p. ex, les Canadiens) n'a pas été évaluée puisque les intervalles de confiance n'étaient pas disponibles pour ces dernières. Les déclarations sur les différences entre les Premières Nations et les autres populations doivent être interprétées avec prudence, surtout lorsque les évaluations se ressemblent ou que les groupes sont petits.

La plupart des analyses de l'ERS se fondent sur des tableaux croisés à deux et à trois entrées. L'ajustement selon l'âge et d'autres types d'analyse complexe et de modélisation ont aussi été utilisés, mais, le rapport ne visant qu'à diffuser des statistiques offrant une vue d'ensemble, nous avons omis les analyses multivariées².

Pour améliorer la qualité, nous avons fait appel à une révision à plusieurs niveaux et à une procédure de révision. En voici les étapes :

- 1. Version préliminaire
- 2. Deux évaluations par des pairs
- 3. Version préliminaire n° 2
- 4. Examen technique externe
- 5. Examen technique interne et mise à jour
- 6. Révision interne
- Révision externe

Même si les résultats dérivés de l'ERS et les énoncés statistiques ont été vérifiés dans le cadre de l'examen technique, les auteurs devaient vérifier les résultats et les déclarations en se fondant sur des sources autres que l'ERS. Étant donné la gamme et le nombre de références, y compris certaines qui n'auraient pas été accessibles en temps utile, nous avons jugé inutile de procéder à une vérification additionnelle par le Centre des Premières Nations.

Nous avons utilisé SPSS 13 pour la plus grande partie de l'analyse. Les estimations ont été pondérées et les intervalles de confiance calculés à l'aide du module d'échantillons complexes SPSS³. Ce module dépasse en portée les hypothèses d'échantillonnage aléatoire simple des analyses statistiques habituelles et produit des estimations fondées sur les détails

¹ L'ajustement ou la correction de Bonferroni est une méthode plus modérée d'évaluation des significations statistiques, plus particulièrement pour les analyses effectuées avec de nombreuses cellules ou de nombreux groupes.

² À l'avenir, des rapports plus ciblés comprendront des analyses multidimensionnelles.

³ http://www.spss.com/complex_samples/brochures.htm

pertinents de la conception de l'échantillonnage. Les pondérations et les caractéristiques de l'échantillon stratifié complexe de l'ERS ont été programmées dans le module afin d'accroître la validité des résultats.

En plus des conventions statistiques relatives à la présentation de rapports et à l'interprétation des données, un cadre culturel des Premières Nations a été développé afin d'orienter l'interprétation des résultats statistiques et l'organisation des conclusions. Ce cadre, décrit dans l'introduction, est appliqué de façon plus constante dans le « Rapport pour les Peuples ». Enfin, un examen par les Premières Nations et l'orientation donnée par le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations ont permis d'assurer que la signification donnée aux statistiques soit fondée sur des connaissances et une expertise communautaires.

La santé des adultes des Premières Nations



Adultes

Chapitre 1

Démographie, education et emploi

Résumé

Les données de la présente étude viennent appuyer les conclusions antérieures selon lesquelles les adultes des communautés des Premières Nations sont moins scolarisés, plus nombreux au chômage et de ont de plus faibles revenus que les autres adultes des Premières Nations (ne vivant pas dans les communautés) et que les autres adultes canadiens. Il semble aussi qu'une augmentation de la scolarité entraînerait une diminution du chômage. Cependant, les revenus des citoyens des Premières Nations sont plus faibles que ceux de la population adulte non des Premières Nations, même à niveau d'éducation égal. Le plafond invisible pour les revenus des citoyens des Premières Nations semble donc se maintenir même dans les niveaux de scolarité plus élevés. Il est d'autant plus important de tenir compte de ces tendances et de les contrer, car le nombre de jeunes est actuellement en grande augmentation dans les communautés des Premières Nations.

Introduction

Le présent chapitre commence à établir la base permettant d'interpréter la santé des adultes des communautés des premières nations en fonction de leur revenu personnel et de celui du ménage. Certains descripteurs de ces situations sont considérés comme des déterminants ayant une influence sur la santé. L'enquête vise à décrire jusqu'à quel point ces adultes possèdent les ressources nécessaires pour participer pleinement à la structure économique de leur famille, de leur communauté, de leur culture traditionnelle et de la société canadienne. Ces explications sont importantes compte tenu des liens entre ces types de ressources et la santé et le bien-être.

Comme les autres chapitres du présent volume, ce chapitre est rédigé essentiellement d'un point de vue des Premières Nations. Dès le début du processus de recherche, Jim Dumont a fait une présentation aux auteurs au cours de laquelle il a précisé clairement la nécessité de donner à l'ERS un cadre culturel autochtone. Il a notamment déterminé comme point de départ l'état de santé global de la population totale sur l'ensemble des territoires.

Si nous essayons de comprendre et d'apprécier à leur juste valeur les mythes et légendes autochtones, nous devons être prêts, premièrement, à accepter que ce qui est en jeu ici, c'est une façon très particulière de « voir le monde ». Deuxièmement, et cela constitue une démarche plus approfondie, nous devons faire un effort pour « participer » à cette façon de voir les choses [traduction]. ¹

Le présent chapitre met surtout l'accent sur les projections démographiques, les caractéristiques personnellesⁱ, les revenus personnel et du ménage et les caractéristiques communautairesⁱⁱ des adultes des Premières Nations qui vivent dans les communautés des premières nations.

Résultats et discussion

Les projections démographiques

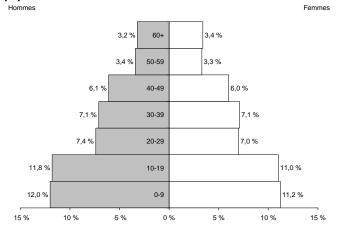
Les projections démographiques comptent pour beaucoup dans la compréhension des ressources actuelles et futures des communautés des Premières Nations. Les distributions actuelles et les projections qu'elles nous donnent laissent entrevoir une demande croissante de services sociaux, éducatifs et de santé dans les communautés des Premières Nations. Elles font aussi ressortir les impacts de la loi C-31 sur la diminution des ressources des communautés dans l'avenir au fur et à mesure que leur population augmente. Le document suivant analyse la situation actuelle et la compare

ⁱ Les caractéristiques personnelles étudiées comprennent le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, l'état matrimonial, les sources d'emploi et l'emploi.

aux estimations de Statistique Canada sur les citoyens des Premières Nations qui vivent à l'extérieur des communautés des Premières Nations et sur la population canadienne dans l'ensemble.

Les données de l'ERS sur la taille de la population indiquent une population en croissance, dont une grande partie a moins de 20 ans. Les hommes constituent 50,9 %ⁱⁱⁱ de la population adulte et les femmes, 49.1 %.

Figure 1. Pyramide d'âges fondée sur les estimations de la population de l'ERS^{iv}



Selon le Registre des Indiens, la population des Premières Nations du Canada en 2001 était de 690 101² personnes. De ce nombre, 57,5 %, ou 396 688 personnes vivaient dans des communautés des Premières Nations (et sur des terres de la Couronne), tandis que 42,5 % vivaient ailleurs, à l'extérieur des communautés des Premières Nations.

Étant donné que la stratégie d'échantillonnage et le système de pondération de la présente ERS ont pris en compte l'âge, le sexe, la taille de la communauté et la sous région de la population qui habite dans des communautés des Premières Nations, la pyramide de la population de l'échantillon doit ressembler aux statistiques du Registre des Indiens sur les citoyens des Premières Nations qui vivent dans des communautés des Premières Nations.

La répartition selon l'âge (figure 1) indique une augmentation importante de la proportion d'enfants et de jeunes par rapport aux adultes. Cela entraîne des répercussions importantes sur le système d'éducation et la prestation de soins de santé aux enfants et aux adolescents dans un avenir rapproché (et par la suite, aux adultes et aux aînés). À l'opposé, les répartitions selon l'âge des membres des Premières Nations qui ne vivent pas dans des communautés des Premières Nations (figure 2) indiquent

ii Les caractéristiques communautaires pouvant avoir des répercussions sur les ressources et/ou l'importance de l'exposition à la culture occidentale sont la taille démographique de la communauté et l'importance de l'isolation géographique de la communauté.

ⁱⁱⁱ Pour simplifier le texte, les limites de confiance sont indiquées seulement pour les estimations globales des jeunes dont le coefficient de variation est supérieur à 33,3 %. On peut consulter une annexe des statistiques, y compris les intervalles de confiance pour tous les chiffres rapportés, à : www.naho.ca/fnc/rhs.

^{iv} Il fallait effectuer une estimation du nombre d'hommes et de femmes âgés de 18 et 19 ans afin d'utiliser les mêmes catégories d'âges que celles des pyramides des âges du présent chapitre.

V Dans le présent chapitre, on utilise le terme « dans les communautés des Premières Nations » au lieu de « dans les réserves », sauf lorsqu'il s'agit d'une citation.

moins de différence entre la proportion d'enfants et celle des adultes/adolescents au cours des 20 dernières années. Une répartition de la population canadienne (figure 3) indique une tendance semblable.

La population des communautés des Premières Nations augmente sans cesse depuis de nombreuses années, mais l'augmentation est plus grande depuis les dix dernières années.³ Une erreur courante est d'attribuer ce fait à l'augmentation des niveaux de fertilité ou au retour dans les communautés des Premières Nations. Les femmes des Premières Nations ont plus d'enfants que les autres femmes canadiennes, mais elles auraient dû avoir 10 enfants chacune pour expliquer la croissance des années 1980 et 1990.⁴ Le retour dans les communautés des Premières Nations n'est pas une explication viable puisqu'on a constaté une augmentation nette des deux populations en même temps.⁵ En ce qui concerne la migration internationale, *on peut considérer sa contribution comme... nulle*⁶.

Figure 2. Pyramide d'âges (AINC, population des Indiens inscrits hors réserves, le31 décembre 2001) 7

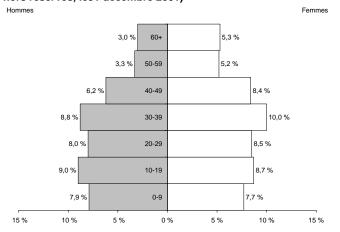
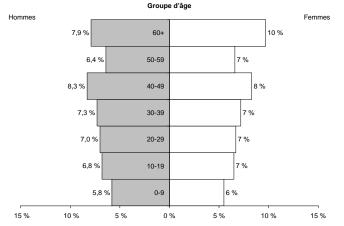


Figure 3. Pyramide d'âges (de Statistique Canada, population canadienne, 2001)



Dans les faits, la mobilité ethnique explique en bonne partie l'augmentation de deux facons :

- le choix de l'identité ethnique des nouveau-nés
- les changements d'autodéclaration comme membre d'une Première Nation au cours d'une vie.

On attribue la mobilité ethnique à une fierté accrue affichée envers le patrimoine grâce à l'intérêt positif du public envers les questions autochtones et à la loi C-31, ce qui motive les gens à s'inscrire. À la fin de 2000 (31 décembre), un total de 114 512 personnes s'étaient inscrites ou réinscrites⁸.

Les projections démographiques dépendent des hypothèses avancées concernant l'avenir⁹. À moins que les forces politiques ne soient modifiées, le scénario le plus plausible est que les définitions de la loi C-31 sur ceux qui sont considérés comme Indiens inscrits prévaudront. On prévoit que la situation actuelle des mariages mixtes et des paternités non déclarées pourrait mener, si on tient compte de la loi C-31, à une réduction dramatique de la taille démographique de la population des Indiens inscrits.

En tenant compte des hypothèses énoncées ci-dessus, il est prévu que les deux prochaines générations seront témoins d'une augmentation de la taille de la population des Premières Nations, mais qu'il y aura ensuite un déclin¹⁰.

On s'attend à ce que le nombre de survivants et de descendants qui ne répondent pas aux conditions d'admission de l'inscription passera de 21 700 à près de 400 000 en deux générations. Après trois générations (2074), on prévoit que les personnes qui n'ont pas le droit de s'inscrire formeront alors la majorité de la population. 11.

En 2001, on constate une autre disparité entre la population canadienne et les Premières Nations : la proportion de la population âgée de plus de 60 ans. Bien que cela soit dû en partie aux motifs invoqués ci-dessus, cela peut aussi refléter l'état de santé et les taux de mortalité des adultes des Premières Nations.

À partir d'un échantillon de 10 962 adultes, le présent chapitre généralise à 223 928 adultes de 18 ans et plus vivant dans des communautés des Premières Nations au Canada (sauf les Cris du Québec et les Innus du Labrador). Le reste des conclusions du présent chapitre se limite généralement à cet échantillon d'adultes, bien que des statistiques comparables clairement identifiées provenant d'enquêtes sur d'autres populations soient parfois incluses.

25

vi L'exclusion de ces deux groupes diminue le numéro d'objectif des communautés de 10 et la population de 3,3 % par rapport au Registre des Indiens dans l'ensemble.

Caractéristiques personnelles

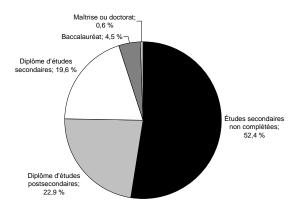
Éducation

Il ne faut pas présumer que les modèles éducatifs suivants représentent le plus haut niveau scolaire que les adultes peuvent atteindre dans une vie, surtout en ce qui concerne les plus jeunes. Il a été démontré que de nombreux adultes des Premières Nations retournent à l'école pour faire des études postsecondaires après une pause de plusieurs années. 12

Environ la moitié des adultes ayant participé à l'enquête possèdent un diplôme d'études secondaires. Environ la moitié de ces personnes possèdent un diplôme universitaire, collégial, technique ou professionnel. Une minorité possède un baccalauréat, une maîtrise ou un doctorat.

Les plages d'âge comprises dans les statistiques comparatives du niveau de scolarité du tableau 2 rendent difficile, mais non impossible, la comparaison des populations. Alors que pour l'ERS, on fixe l'âge adulte à 18 ans pour la compilation de statistiques, les statistiques de recensement comparables sur les adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans des communautés des Premières Nations couvrent les personnes de 15 ans et plus. Le même âge, 15 ans et plus, sert à évaluer les statistiques de la population canadienne étant donné que les deux séries proviennent du recensement de 2001.

Figure 4. Niveau de scolarité des adultes qui vivent dans des communautés des Premières Nations (n = 10 812)



Aucune différence n'est constatée dans les modèles de niveau de scolarité des hommes et des femmes. VIII Toutefois, comme on pouvait s'y attendre, on constate des différences selon l'âge. Les taux les plus élevés concernant le non-achèvement des études secondaires se trouvent chez les adultes plus jeunes et plus âgés. Les taux les plus élevés dans ce domaine se trouvent chez les adultes âgés de plus de 60

vii Un diplôme d'études secondaires peut vouloir dire l'achèvement de la 11° année et du CÉGEP (habituellement deux ans après la 11° année) au Québec ou de la 12° ou la 13° année en Ontario. ans. Les adultes de 18 à 29 ans n'ont pas encore atteint les mêmes taux d'achèvement d'études postsecondaires que les adultes de 30 à 59 ans. Étant donné l'habitude des adultes des Premières Nations de fréquenter l'école par intermittence, on peut donc présumer que les personnes les plus jeunes vont combler cet écart. Les adultes de 30 à 59 ans sont ceux qui présentent le taux le plus élevé d'achèvement d'études secondaires et universitaires

Tableau 1. Âge et niveau de scolarité des adultes qui vivent dans des communautés des Premières Nations (n= 10 812)

ao at wiyaay da aaalawitá	Gro	s)	
Âge et niveau de scolarité -	18-29	30-59	60+
< Dip. d'études sec.	57,0 %	46,1 %	70,8 %
Achèvement d'études postsecondaires et universitaires	15,4 %	37,1 %	19,3 %

Il existe un écart important entre le niveau de scolarité des adultes qui vivent dans des communautés des Premières Nations et la population canadienne (tableau 2). Cette question retient l'attention des communautés des Premières Nations et des gouvernements fédéral et provinciaux. Les taux d'éducation des adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans des communautés des Premières Nations indiquent une distribution qui se situe entre la moyenne des communautés des Premières Nations et la moyenne canadienne. Si les personnes de 15, 16 et 17 ans avaient fait partie des statistiques sur les adultes de l'ERS, comme ils avaient fait partie des deux autres études, les écarts comparatifs seraient plus considérables encore.

Tableau 2. Niveau de scolarité des adultes qui vivent dans des communautés des P.-N. comparativement au niveau de scolarité des adultes des P.-N. qui ne vivent pas dans des communautés des P.-N. et de celui de la population canadienne

ues iiv. et ue	ceiui de la popu	des 1 :-14. et de ceidi de la population canadienne						
Plus haut niveau de scolarité	ERS – adultes des PN. qui vivent dans des comm. de PN. 18+ (n=10 812)	Adultes des PN. qui ne vivent pas dans des comm. de PN., 2001, 15+ ¹³	Pop. can., 2001, 15+ ¹⁴					
< Études secondaires	52,4	44,1	33,2					
Études secondaires	19,6	25,0	23,0					
Diplôme	22,9	25,4	28,4					
Baccalauréat	4,5	4,7	11,7					
Maîtrise ou doctorat	0,6	0,8	3,7					

Une analyse basée sur des données des recensements effectués en 1996 et 2001 indique qu'entre ces années le pourcentage de la population inscrite des Premières Nations ayant obtenu un certificat ou un diplôme d'une école professionnelle, d'un collège ou d'une université est passé de 20 % à 24 %. Bien que cette augmentation soit impressionnante, l'impact est négligeable en raison du fait que, durant la même période, le pourcentage de la population

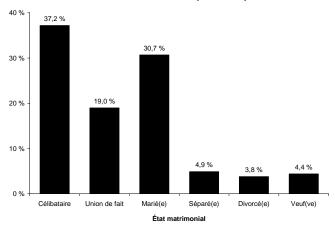
 $[\]hat{v}^{iji}$ Les comparaisons entre les groupes dont il est fait mention dans le présent chapitre sont toutes significatives, à moins que «NS» – non significatif – soit indiqué entre parenthèses. Dans le présent chapitre, les estimations sont considérées comme significativement différentes si leurs intervalles de confiance ne dépassent pas le niveau de confiance de 95 %.

non autochtone ayant obtenu un certificat ou un diplôme d'une école professionnelle, d'un collège ou d'une université est passé de 35 % à près de 41 %. ¹⁶ Il faut interpréter avec prudence toutes les statistiques comparant les données des recensements de 1996 aux chiffres de 2001 en raison du facteur de mobilité ethnique que nous avons mentionné plus haut.

État matrimonial

Environ la moitié des adultes qui habitent dans des communautés des Premières Nations sont mariés ou vivent en union de fait.

Figure 5. État matrimonial des adultes vivant dans des communautés des Premières Nations (n=10 906)



On constate certaines différences d'état matrimonial entre les sexes chez les adultes vivant dans des communautés des Premières Nations: plus d'hommes que de femmes sont célibataires et plus de femmes que d'hommes ont déjà été mariées. Comme prévu, la distribution des âges indique que plus de jeunes adultes que d'adultes plus âgés sont célibataires ou vivent en union de fait et que les adultes plus âgés sont mariés ou ont déjà été mariés.

Tableau 3. État matrimonial selon le sexe et l'âge

Sexe et état matrimonial	Hor	Hommes	
Célibataire	40,7 % 4,9 %		33,5 %
Marié(e) auparavant			11,6 %
Âge et état matrimonial	18-29	30-59	60+
Célibataire En union de fait	65,7 % 23,8 %	28,5 % 18,9 %	13,9 % 6,4 %
Marié(e) Marié(e) auparavant (divorcé(e), veuf (ve))	8,0 %	41,2 % 8,2 %	42,1 % 30,1 %

Dans l'ensemble, la distribution de l'état matrimonial est à peu près la même que celle de la population canadienne. On constate la plus grande différence chez les adultes des Premières Nations qui n'habitent pas dans des communautés des Premières Nations.

Tableau 4. État matrimonial des adultes qui vivent dans des communautés des Premières Nations (comparaison)

État matrimonial		vivent	comm. de	vivent ins des	Pop. can., 2001, 15+ ¹⁸
Célibataire		37,2		53,0	41,7
Union de fait	19,0		17,5		
Marié(e)	30,7	54,6	11,8	34,7	49,0
Séparé(e)	4,9		5,4		
Divorcé(e)	3,8	0.2		12.21	0.2
Veuf (ve)	4,4	8,2		12,21	9,3

Emploi

Environ la moitié des adultes qui vivent dans des communautés des Premières Nations ont un travail rémunéré et la plupart ont un travail à temps plein.

Les questionnaires adressés aux adultes de l'ERS ont permis de recueillir des renseignements détaillés sur le nombre d'heures travaillées par semaine et on constate la distribution suivante selon le sexe, l'âge et l'éducation :

Un plus grand nombre de femmes travaillent à temps partiel; les adultes plus jeunes et plus âgés sont moins susceptibles d'avoir un travail rémunéré que les adultes de 30 à 59 ans et plus le niveau de scolarité est élevé, plus le pourcentage des adultes avant un travail rémunéré est élevé.

Le taux d'emploi des adultes qui vivent dans des communautés des Premières Nations est à peu près le même que celui des adultes des Premières Nations qui ne vivent pas dans des communautés des Premières Nations, mais est inférieur d'environ 8 % à celui de la population canadienne.

Figure 6. Distribution de l'emploi selon le sexe, l'âge et le niveau de scolarité (n = 10 773)

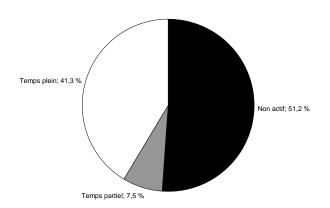


Tableau 5. Distributions de l'emploi (%) selon le sexe, l'âge et le niveau de scolarité (n=10 659)

Sexe et emploi		Hommes		
Travail rémunéré, temps partiel	5,7			9,4
Âge et emploi	18-29 30-59		60+	
Actif au moment de l'entrevue	39,8	59,2		22,1
Éducation et emploi	<dip. d'études sec.</dip. 	Dip. d'études sec.	Autres dip.	Diplôme univ.
Actif au moment de l'entrevue	34,3	59,2	65,6	83,0

Tableau 6. Emploi des adultes qui vivent dans des communautés des Premières Nations (comparaison)

Emploi (au moment de l'entrevue)	ERS – Adultes des PN. qui vivent dans des comm. de PN., 18+ (n=10 773)	Adultes des P N. qui ne vivent pas dans des comm. de PN., 2001, 15+ ¹⁹	Pop. can., 2001, 15+ ²⁰ (2004)
Travail rémunéré	48,8	50,2	57,0
Temps plein	41,3		
Temps partiel	7,5		

Il faut éviter de comparer les données des recensements de 1996 et de 2001 sur la question de la participation au marché du travail et sur d'autres évaluations concernant l'emploi ou le revenu en raison du risque d'erreur dû au facteur de mobilité ethnique (les personnes ayant indiqué faire partie des Premières Nations dans le recensement de 2001 et qui ont omis de l'indiquer dans le recensement de 1996). Il a toutefois été possible de comparer les taux d'emploi puisqu'ils diffèrent selon le niveau de scolarité. Le tableau 5 indique que, pour les données de l'ERS, la participation au marché du travail augmente avec le niveau de scolarité. En utilisant les données du recensement, il est possible de démontrer que lorsque le niveau de scolarité est pris en

compte, il n'y a que peu de différence entre le taux de participation au marché du travail des Autochtones et celui des non-Autochtones, surtout pour les niveaux de scolarité élevés.²¹

Revenu personnel et revenu du ménage

On doit faire preuve de prudence en ce qui concerne les conclusions sur le revenu, surtout le revenu du ménage. Environ 16 % des membres de l'échantillon ignoraient quel était leur revenu personnel ou celui du ménage. En outre, 6,9 % ont refusé de répondre à la question sur le revenu personnel et 33,3 % ont refusé de répondre à la question sur le revenu du ménage. Bien que les personnes qui ignorent leur revenu personnel soient plus jeunes, les personnes qui refusent de répondre à cette question n'ont pas de travail rémunéré ou ont un niveau de scolarité moins élevé. Les personnes qui refusent de répondre à la question sur le revenu personnel refusent tout simplement ou ignorent quel est le revenu du ménage.

Selon l'ERS, en 2001, le revenu personnel médian des adultes qui habitent dans des communautés des Premières Nations était de 15 667 \$. Le revenu du ménage médian était de 29 897 \$. Les niveaux de revenu sont essentiellement les mêmes pour les hommes et les femmes.

Tableau 7. Niveaux de revenus personnel et du ménage en 2001

Catégories de revenu	ERS – Revenu personnel des adultes des P N. (n = 8 067)	ERS – Revenu du ménage des adultes des PN. (n = 5 301)
< 10 000 ou revenu perdu	33,2	11,7
10 000 \$ - 14 999 \$	16,4	10,7
15 000 \$ - 19 999 \$	10,2	8,3
20 000 \$ - 29 999 \$	19,7	19,5
30 000 \$ - 49 999 \$	15,5	25,6
50 000 \$ - 79 999 \$	4,4	18,2
80 000 \$ et plus	0,6	6,0
Revenu médian	15 667 \$	29 897 \$

Comme prévu, le revenu personnel des adultes âgés de moins de 30 ans et de plus de 59 ans est moins élevé que celui des gens d'âge moyen. La distribution n'est pas aussi nette pour le revenu du ménage déclaré. Comme on s'y attendait aussi, le niveau scolarité a un lien avec les niveaux de revenu. Le revenu médian des adultes dont le niveau de scolarité est plus élevé est supérieur à celui des adultes ayant moins de scolarité.

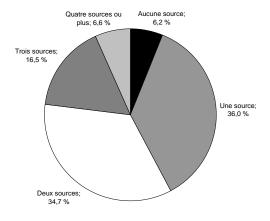
Le revenu personnel médian des Canadiens est de 40 000 \$ pour les hommes et de 24 800 \$ pour les femmes.²² En 2000, le revenu médian des adultes des Premières Nations de 15 ans et plus vivant à l'extérieur des communautés des Premières Nations est de 14 879.²³

D'autres recherches ont établi des comparaisons entre le revenu médian des Autochtones et des non-Autochtones et leurs conclusions permettent d'interpréter les données de l'ERS. En ce qui concerne les niveaux de revenu médian comparatifs des hommes et des femmes (âgés de 15 ans et plus) par rapport au niveau de scolarité, les conclusions sont semblables pour les hommes et les femmes. Les écarts entre les revenus des membres des Premières Nations inscrits et des adultes ne faisant pas partie des Premières Nations sont plus importants lorsque le niveau de scolarité est plus élevé. Les écarts sont plus importants pour les hommes que pour les femmes.²⁴

Tableau 8. Distributions du revenu selon l'âge et le niveau de scolarité

ocolai ite				
Âge et revenus personnel et du ménage	18	3-29	30-59	60+
Revenu personnel médian	<10 00	00 \$	21 783 \$	12 991 \$
Revenu du ménage médian	27 11	14 \$	32 878 \$	24 650 \$
Niveau de scolarité et revenu personnel	<dip. d'études sec.</dip. 	Dip. d'études sec.	Autres études	Dip. Univ.
Revenu personnel moyen	11 718 \$	17 656 \$	21 807 \$	36 725 \$

Figure 7. Nombre de sources de revenu en 2001 (n=10 962)



Les emplois rémunérés (salaires ou traitements) et la rémunération des travailleurs indépendants font partie des sources de revenu d'emploi. L'assurance-emploi, l'aide sociale, la sécurité de la vieillesse de base, les prestations du régime de retraite du Canada ou du Québec, la pension des anciens combattants, les indemnisations des accidentés du travail, les prestations d'invalidité et les prestations fiscales pour enfants font partie des sources de revenu gouvernementales.

Les autres sources de revenu comprennent les redevances, les fonds en fiducie, les terres, les pensions de retraite, les pensions, les rentes, les pensions alimentaires (enfants/conjoints), les indemnités d'étude ou de formation.

Plus d'hommes, plus d'adultes de 30 à 59 ans et plus de personnes dont le niveau de scolarité est plus élevé ont un revenu d'emploi. Plus de femmes, plus d'adultes âgés et jeunes et moins d'adultes ayant un diplôme universitaire ont un revenu de source gouvernementale.

Figure 8. Types de sources de revenu en 2001 (n=10 962)

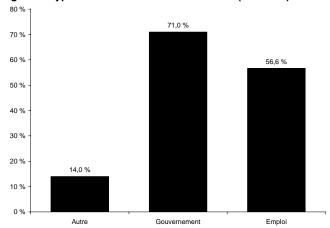


Tableau 9. Distribution des sources de revenu selon le sexe, l'âge et le niveau de scolarité

Sexe et sources de revenu		Hommes		Femmes
Revenu d'emploi		60,8 %		52,1 %
Revenu de source gouvernementale		62,4 %		79,8 %
Âge et sources de revenu	1	8–29	30–59	60+
Revenu d'emploi	49	0,0 %	66,8 %	27,8 %
Revenu de source gouvernementale	74	1,0 %	67,4 %	79,7 %
Niveau de scolarité et sources de revenu	<dip. d'études sec.</dip. 	Dip. d'études sec.	Autres études.	Dip. Univ.
Revenu d'emploi	42,9 %	67,0 %	73,7 %	82,7 %
Revenu de source gouvernementale	74,9 %	71,5 %	67,1 %	49,2 %

Résumé des tendances selon l'âge

On avait prévu la plupart des distributions des caractéristiques personnelles selon l'âge indiquées ci-dessus pour une population dont les âges s'échelonnent entre 18 et 60 ans et dont les membres ont l'habitude de fréquenter les établissements d'études lorsqu'ils sont à la fin de la vingtaine, de la trentaine et même plus âgés.

Les adultes dans les catégories « jeunes adultes » et « adultes plus âgés » :

- ont les taux plus élevés de non-achèvement d'études secondaires
- ont les taux les moins élevés de personnes actives au moment de l'entrevue
- ont les revenus personnels médians les moins élevés
- viennent de ménages dont le revenu médian est le moins élevé
- ont des revenus de source gouvernementale

Les adultes de 30 à 59 ans

- ont les taux d'achèvement d'études postsecondaires et universitaires les plus élevés
- ont un revenu d'emploi

Les adultes plus jeunes (18 à 29 ans) :

- sont célibataires
- vivent en union de fait

Plus d'adultes de la catégorie « plus âgés » :

- sont mariés
- ont été mariés auparavant

Le sommaire des tendances du niveau de scolarité

Les adultes à scolarité élevée ont un revenu médian plus élevé que les adultes à scolarité faible et plus d'adultes à scolarité élevée ont un revenu de source gouvernementale.

Moins d'adultes ayant un diplôme universitaire ont un revenu de source gouvernementale que les adultes de scolarité inférieure au baccalauréat.

Les caractéristiques communautaires

Les communautés sont classées en trois catégories de taille démographique selon la population. Les échantillons sont proportionnels à la population des catégories de taille démographique de ces communautés.

Tableau 10. Estimations de la population par taille démographique de la communauté (n=10 962)

Catégorie de taille démographique des communautés : nombre d'habitants	Répondants à l'enquête
< 300	9,6 %
300-1499	56,2 %
1500 +	34,2 %

La taille démographique de la communauté est reliée à une seule des données démographiques énoncées dans le présent chapitre, soit le revenu du ménage. Le revenu du ménage moyen des adultes des petites communautés est le plus élevé, soit 24 083 \$ (n = 704), tandis que le revenu du ménage

moyen des adultes des communautés moyennes et plus grandes est de 19 550 \$ (taille moyenne, n = 3 070) et de 21 544 \$ (taille plus grande, n = 1 527). Le nombre d'adultes du ménage n'explique pas ces chiffres puisqu'il y a moins d'adultes par ménage dans les petites communautés.

Les communautés ont aussi été classées selon leur degré d'isolement, comme l'indique le tableau 11. Il y a peu de tendances à déclarer. Il semble que le revenu du ménage moyen est plus élevé dans les communautés isolées et éloignées. Sans doute que les dépenses y sont sans doute aussi plus élevées.

Tableau 11. Estimations de la population selon le degré d'isolement de la communauté (n=10 543)

Catégorie de taille démographique des communautés (nombre de résidents)	Répondants à l'enquête
Éloignée – isolée	2,8 %
Isolée	15,4 %
Semi-isolée	5,9 %
Non isolée	76,0 %

Tableau 12. Variations du revenu et des sources de revenu des adultes selon le degré d'isolement de la communauté

		État d'iso	lement	
	Éloignée- isolée	Isolée	Semi- isolée	Non isolée
Revenu médian du ménage (n = 5 071)	39 572 \$	31 980 \$	27 301 \$	29 947 \$
Sources de revenu (n	= 10 543)			
Emploi	63,7*	45,9	50,6	59,5*
Gouvernement	68,2	74,5	74,0	69,8
Autre	24,2	7,5	14,0	15,4*

^{*} Différence significative des communautés isolées.

Conclusions et recommandations

Les conclusions

Pour diverses raisons qui vont bien au-delà de facteurs comme la fécondité accrue, on trouve plus de jeunes que d'adultes dans les communautés des Premières Nations. Quelle qu'en soit la raison, cette augmentation de la population entraîne des répercussions importantes sur le revenu familial, les systèmes d'éducation et l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux.

Même si l'écart entre les adultes qui vivent dans des communautés des Premières Nations et les adultes qui vivent des collectivités canadiennes en général (en ce qui concerne le niveau de scolarité, les taux d'emploi et le revenu) est bien documenté dans le présent rapport et ailleurs, il est difficile d'évaluer les évidences de changements avec le temps. L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit de 1997 (beaucoup plus succincte que

l'enquête de 2002 rapportée ici) n'établit pas de telles comparaisons. En raison de l'augmentation du nombre de membres des Premières Nations qui s'identifient comme tels entre les recensements de 1996 et de 2001, les chercheurs ne sont toujours pas à l'aise pour établir des comparaisons.

Le niveau de scolarité est plus élevé chez les adultes de 30 à 59 ans que chez les adultes plus jeunes. Il est important d'augmenter les niveaux de scolarité (surtout si nous tenons compte de la scolarité, il y a peu de différence entre la participation au marché du travail des adultes des Premières Nations et de ceux qui ne sont pas membres des Premières Nations). Les taux d'emploi moins élevés chez les adultes des Premières Nations par rapport à ceux des non-membres des Premières Nations sembleraient, par conséquent, être dus à leur niveau de scolarité moins élevé. Si plus d'adultes des Premières Nations améliorent leurs compétences grâce à leur niveau de scolarité, les taux d'emploi devraient aussi s'améliorer.

Les adultes des Premières Nations ayant participé à l'ERS dont le niveau de scolarité est plus élevé ont un revenu médian plus élevé que les autres. D'autres chercheurs en mesure de comparer les données autochtones et non autochtones arrivent aux mêmes conclusions, mais ils indiquent aussi que les hommes et les femmes inscrites comme membres des Premières Nations ont un revenu médian moins élevé que les hommes et les femmes non autochtones. Le fait que les écarts étaient plus grands à des niveaux de revenus plus élevés laisse sous-entendre l'existence d'un plafond invisible pour les revenus des membres des Premières Nations

Une autre étude effectuée aux États-Unis indique que le niveau de scolarité collectif d'une communauté a des répercussions sur deux habitudes importantes de comportement des jeunes. Lorsque de 5 à 40 % des adultes d'une communauté occupent des postes professionnels, de direction ou d'enseignement, les taux de grossesse chez les adolescentes et les taux de décrochage sont relativement uniformes. Lorsque le pourcentage des modèles à statut élevé diminue ne serait-ce que de 2 % et est moins que 5 %, les taux de décrochage et de grossesse chez les adolescentes doublent. Dans certains quartiers des États-Unis où ces taux ont été enregistrés, ces situations sont considérées comme une épidémie.

Les recommandations

En raison des changements démographiques et de la possibilité que les revenus de sources gouvernementales des communautés subissent des changements, les communautés des Premières Nations doivent planifier à l'avance. Les communautés qui ne se préoccupent pas encore des changements futurs peuvent se retrouver dans une situation critique sur le plan des ressources communautaires. L'augmentation de la population des Premières Nations au cours des deux prochaines générations s'accompagne d'une

augmentation du nombre de personnes ne répondant pas aux conditions d'admission de l'inscription. Cela entraîne des répercussions graves sur les services dont on a de plus en plus besoin, suivies ou accompagnées d'un déclin possible des fonds fédéraux destinés aux communautés. Il pourrait ne pas y avoir de déclin correspondant de la population dans les communautés des Premières Nations, mais seulement un déclin du nombre d'enfants qui réunissent les conditions prévues à la loi C-31. Cela n'a rien de nouveau, mais les données de l'ERS en soulignent davantage l'importance.

La prestation de services aux communautés des Premières Nations dans l'avenir peut donc constituer un défi et faire naître une situation complexe. Actuellement, il faudrait assurer le niveau des ressources en éducation nécessaire pour pouvoir satisfaire le nombre croissant d'enfants. Les enfants d'aujourd'hui seront les aînés de la deuxième moitié du siècle et les besoins en matière de ressources en santé seront aigus à ce moment. Si on ne s'occupe pas adéquatement du défi concernant le niveau de scolarité et du défi subséquent concernant l'emploi, les services sociaux et les revenus nécessaires auront des répercussions même plus tôt sur les ressources des communautés.

Bien que les modèles d'éducation et d'emploi reflètent rarement un point de vue des Premières Nations, les conclusions de l'ERS et d'autres travaux de recherche confirment que l'éducation et l'emploi sont la clé pour améliorer les ressources personnelles, familiales et communautaires. Certaines réussites ont déjà démontré le succès de cette approche pour les membres de cultures non dominantes. Les citoyens peuvent avoir besoin du soutien de leur communauté pour comprendre le processus menant à une vie biculturelle. Les taux de décrochage actuels chez les jeunes qui vivent dans les communautés des Premières Nations sont tellement élevés qu'ils augmentent le risque de voir un grand nombre de membres de certaines communautés sans emploi ou avec un revenu sous le seuil de la pauvreté pour assez longtemps.

Pour la prochaine enquête, on recommande de sonder plus précisément si le répondant est un parent et s'il habite ou non avec ses enfants. Bien qu'on ait obtenu de l'information sur l'état matrimonial et sur le nombre d'adultes/enfants dans le ménage, des renseignements supplémentaires sur les particularités de la composition du ménage (et leurs interrelations) auraient enrichi le chapitre.

Finalement, en plus des questions sur leur emploi, il aurait été utile de savoir si les répondants étaient inscrits à une école ou à un cours de formation (à temps plein ou à temps partiel) au moment de l'entrevue.

Notes du chapitre 1

- James Dumont. «Journey To Daylight-Land Through Ojibwa Eyes», The First Ones: Readings in Indian/Native Studies, édité par David Miller et coll., Saskatchewan; Saskatchewan Indian Federated College Press, 1992, p. 75-80.
 Affaires indiennes et du Nord Canada. Population indienne inscrite selon le sexe et la résidence, 2001, Gatineau (Qué.), Affaires indiennes et du Nord Canada, 2002, p. 13.
- Éric Guimond. « Définitions floues et explosion démographique : identités mouvantes des groupes autochtones au Canada », Des gens d'ici: Les Autochtones en milieu urbain, sous la direction de David Newhouse et Evelyn Peters, en ligne, Gatineau (Qué.), Division de la recherche stratégique et de l'analyse, Affaires indiennes et du Nord Canada, 2003, p. 35-50, disponible sur le Web à : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/pub3 e.html.
- Idem, p. 40.
- Idem, p. 42.
- Idem, p. 41.
- 6. 7.
- Idem. p. 44.
- Stewart Clatworthy. Réévaluation des répercussions démographiques du projet de loi C-31, en ligne, Gatineau (Qué.), Affaires indiennes et du Nord Canada, 2001, p. 38, disponible sur le Web à : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/rpi/index_e.html.
- 10.
- Idem
- Jeremy Hull. Résultats de la population autochtone dans l'enseignement postsecondaire et sur le marché du travail Canada, 2001, en ligne, Canada; Affaires indiennes et du Nord Canada et Statistique Canada, 2005, p. 37, disponible sur le Web à : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/pse/01/01_e.pdf.
- Statistique Canada. Recensement 2001: Tableaux sur Le Pays, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, avril 2004, n° 97F0011XCB010 au catalogue, tableaux 40, 42, 44 et 46. 13.
- 14. Tableau, Population âgée de 15 ans et plus selon le plus haut grade, certificat ou diplôme (recensements 1986 – 2001), en ligne; Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2003, disponible sur le Web à : https://www40.statcan.ca/l01/cst01/educ42.htm>.
- Hull. Résultats de la population autochtone dans l'enseignement postsecondaire et sur le marché du travail Canada, 2001, en ligne. 15

- Statistique Canada. Recensement 2001, Tableaux sur Le Pays.
 Tableau, Population selon l'état matrimonial et le sexe, en ligne, Ottawa (Ont.), Statistique 18. Canada, 2003, disponible sur le Web à : http://www40.statcan.ca/101/cst01/famil01.htm Statistique Canada. Recensement 2001 : Tableaux sur Le Pays.
- 19
- Tableau, Emploi à temps plein et à temps partiel selon le sexe et l'âge, en ligne; Ottawa (Ont.), Statistique Statistique Canada, 2003, dispo http://www40.statcan.ca/l01/cst01/labor12.htm>. disponible sur Web
- 21. Hull. Résultats de la population autochtone dans l'enseignement postsecondaire et sur le marché du travail Canada, 2001, en ligne, p. 79. Tableau, Gains moyens selon le sexe et le régime de travail (Ensemble des travailleurs
- 22. gagnant un revenu), en ligne; Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2003. Disponible sur le Web à : http://www40.statcan.ca/l01/cst01/labor01a.htm.
- Statistique Canada. Recensement 2001, Tableaux sur Le Pays.
- 24. Hull. Résultats de la population autochtone dans l'enseignement postsecondaire et sur le marché du travail Canada, 2001, en ligne, p. 104-108.
- 25
- Jonathan Crane. The epidemic theory of ghettos and neighborhood effects on dropping out and teenage childbearing, 1989, American Journal of Sociology, 95, 5, p. 1226-1259, comme indiqué dans The Tipping Point: How Little Things Can Make a Big Difference par Malcolm Gladwell, New York, N.Y., Little, Brown and Co., 2000, p. 12-13.
- Douglas E Foley. Reconsidering anthropological explanations of ethnic school failure, 1991, Anthropology and Education Quarterly, 22, p. 62-86.

Références supplémentaires

Douglas E. Foley. Reconsidering anthropological explanations of ethnic school failure, 1991, Anthropology and Education Quarterly, 22. p. 62-86.

Susan Ledlow. Is cultural discontinuity an adequate explanation for dropping out? mai 1992, *Journal of American Indian Education*, 31, 3, p. 21-35.

Chapitre 2

Langue et culture

Résumé

Ce chapitre offre de l'information sur la situation des langues et des cultures des Premières Nations et explore les relations entre langue et culture, d'une part, et services de santé et état de santé, d'autre part. Les résultats montrent que, dans l'ensemble, les langues des Premières Nations connaissent un déclin rapide, mais sont à leur plus fort dans les communautés éloignées et de grande taille. Contrairement à ce qu'on croyait, les personnes qui ont connu l'expérience des pensionnats indiens étaient plus susceptibles de comprendre et de parler des langues des Premières Nations.

La grande majorité des répondants considèrent que les événements culturels traditionnels sont importants. La même chose est vraie pour la spiritualité traditionnelle et la religion. Ceux qui considèrent les événements culturels traditionnels comme importants sont plus susceptibles d'avoir des perceptions positives des progrès de leur communauté.

Ceux qui parlent des langues des Premières Nations et ceux qui perçoivent les événements culturels comme importants sont plus susceptibles de rapporter des difficultés et des obstacles à l'accès aux soins de santé. Les difficultés à recevoir des soins culturellement adaptés, les formes traditionnelles de soins et certains services de santé non assurés (SSNA) représentent des défis particuliers pour ces groupes. Chez les personnes qui parlent des langues des Premières Nations comme pour celles qui considèrent les événements culturels traditionnels comme importants, les facteurs de risque pour la santé et les résultats de santé ne sont pas statistiquement différents du reste de la population.

Le déclin des langues des Premières Nations, les constatations surprenantes au sujet des pensionnats indiens et la grande valeur accordée à la culture en général feront partie de notre discussion, et des recommandations seront apportées sur ces sujets.

Introduction

La langue et la culture sont indissociables. Elles constituent une partie intrinsèque de la santé holistique et sont reliées à tous les autres aspects de la santé. Le présent chapitre explore l'état actuel des langues, l'importance de la culture traditionnelle et la façon dont chacun de ces points sont relié à l'accès aux soins de santé et aux diverses mesures conventionnelles de la santé.

Un rapport de 1996 de l'UNESCO décrit les langues autochtones au Canada comme étant « les plus en danger dans le monde ». En 2004, l'Assemblée des Premières Nations (APN) affirme que les langues des Premières Nations « sont en crise ». Le déclin et la perte des langues des Premières Nations ont été documentés de différentes façons.

En 1990-1991, une enquête menée auprès de 171 communautés des Premières Nations³ conclut que dans 41 % d'entre elles, la langue locale est soit « en péril », soit « dans un état critique ». L'étude indique que la proportion de langues des Premières Nations utilisée dans les endroits publics (écoles, événements sociaux ou assemblées communautaires, p. ex.) était un bon baromètre du statut linguistique.

Entre 1996 et 2001, la proportion d'Autochtonesⁱⁱ capables de converser dans une langue autochtone est passée de 29 % à 24 %. Au cours de la même période, la proportion des Autochtones rapportant une langue autochtone comme langue maternelle passe de 26 % à 20 %. La tendance est différente d'une langue à l'autre. Pour certaines, le nombre de locuteurs augmente, tandis que c'est le contraire pour d'autres.⁴ Chez les membres des Premières Nations qui vivent hors réserve, la proportion des personnes capables de tenir une conversation et ayant une langue autochtone comme langue maternelle était déjà peu élevée au début, mais a quand même diminué. L'utilisation d'une langue autochtone à la maison, une mesure clé, a diminué, passant de 8 % à 6 % chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve.⁵

Le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones de 1996 (CRPA) indique avec raison que, lorsqu'une langue n'est plus parlée à la maison, elle ne peut plus être transmise à la prochaine génération. Lorsque les enfants ne parlent pas une langue, il est fort probable qu'elle soit appelée à disparaître.

La disparition de langues est un phénomène international. Dans les années 1990, le groupe spécial d'experts sur les langues en péril de l'UNESCO estime qu'environ 4 % des langues du monde sont parlées par 97 % de la population

i « Dans un état critique » signifie moins de dix locuteurs qui vivent dans la communauté et « en péril », moins de 50 % de la population adulte de la communauté parlent la langue ou peu ou pas de jeunes locuteurs ou des communautés sans locuteurs âgés de moins de 45 ans, même si plus de 80 %

mondiale et que 96 % de toutes les langues sont parlées par seulement 3 % des personnes. Une agence internationale affirme que 516 langues du monde sont « presque disparues ». Seize des 53 à 70ⁱⁱⁱ langues des Premières Nations du Canada^{8,9, 10} font partie de cette liste. Un rapport canadien indique que 13 de ces langues sont « presque disparues ». Même si plusieurs langues parlées par un petit nombre de personnes peuvent être viables, le rapport considère que seules deux langues des Premières Nations, le cri et l'ojibway, ne disparaîtront pas dans un proche avenir en raison du grand nombre de locuteurs.

En 2001, plus de 10 000 personnes indiquent avoir le cri comme langue maternelle, et plus de 10 000 personnes, l'ojibway. Quant au déné et à l'innu-naskapi, 10 000 personnes peuvent parler chacune de ces langues assez bien pour tenir une conversation. ¹²

Au Canada, les pensionnats indiens sont considérés comme l'instrument principal de l'érosion des langues des Premières Nations. Reconnaissant le rôle vital des langues dans la transmission de la culture, les personnes responsables de « civiliser » les enfants des Premières Nations les ont ciblées expressément. Il était d'une importance vitale de remplacer les langues autochtones par une langue capable de transmettre les valeurs et les notions de « civilisation ». Selon le rapport annuel de 1895 du ministère des Affaires indiennes, sans l'anglais, les Autochtones sont « handicapés de manière permanente » et « tant qu'ils conserveront leur langue natale, ils constitueront un peuple à part ».

La langue est le principal moyen de transmission de l'histoire, de la culture, des connaissances et des valeurs. Les connaissances autochtones sont enchâssées dans les langues autochtones. ^{15,16} Comme l'indique la CRPA:

La disparition de ces langues entraînerait celle de la conception du monde particulière aux autochtones, de leur sagesse ancestrale et de leur façon de vivre. 17

L'APN va plus loin:

Notre langue incarne notre rapport unique au Créateur, nos attitudes, nos croyances, nos valeurs et la conception fondamentale de ce qui est vrai. Nos langues représentent la pierre angulaire de notre identité en tant que Peuple. Sans nos langues, nos cultures ne peuvent survivre. 18

Pour Leroy Little Bear, la langue est le fondement des nations souveraines :

Nous possédons tous les attributs d'une nation souveraine : une structure de gouvernance, la loi et l'ordre, une jurisprudence, une littérature, des assises territoriales, des pratiques spirituelles et sacrées, et le seul attribut qui les tient ensemble sont nos langues. Si

de la population plus âgée parlent la langue. ⁱⁱ Y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis, dans les réserves et hors réserves.

iii La variation dans le nombre de langues reflète les normes de classification différentes, y compris la distinction entre les dialectes et les langues.

nos langues disparaissent, chacun de ces attributs s'effondre jusqu'à disparaître au complet [traduction]. 19

La langue et la culture sont aussi associées à la qualité des soins et à leur accès. ^{20,21} Les barrières linguistiques et culturelles, ainsi que le racisme et les stéréotypes, ne mènent pas seulement à de l'incompréhension et à des frustrations, mais peuvent entraîner une qualité inférieure des diagnostics, des soins de santé et des résultats de ces derniers. ^{22,23,24,25} Les solutions envisagées le sont en terme de « sécurité culturelle » pour les clients et de « compétence culturelle » des travailleurs de la santé et des installations de santé. ^{26,27,28} Selon un rapport de Santé Canada qui résume la recherche sur les obstacles de la langue dans le domaine de la santé :

Les programmes canadiens ont nettement démontré que les patients qui ne parlent pas une langue officielle ne reçoivent pas le même niveau de soins du point de vue éthique que les autres Canadiens.²⁹

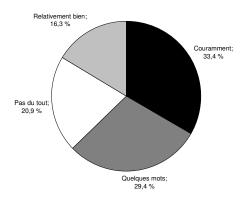
La langue relie les peuples à leur passé et leur donne des assises spirituelles et affectives.³⁰ La Commission royale a clairement indiqué que la revitalisation des langues est la clé pour des individus et des communautés en santé.³¹

Résultats

Parler et comprendre les langues des Premières Nations

Comme l'indique la figure 1, environ la moitié (49,7 %) des répondants comprennent au moins une langue des Premières Nations « relativement bien » ou « couramment ». Un petit peu moins (43,9 %) pouvaient parler une langue des Premières Nations à ce niveau, tandis que 22,3 % ont indiqué qu'ils utilisaient le plus souvent leur langue des Premières Nations dans leur vie quotidienne. Environ une personne sur cinquante (2,2 %) est unilingue et ne parle qu'une langue autochtone, mais pas l'anglais ou le français relativement bien ou couramment.

Figure 1. Niveau de compréhension des répondants d'une langue des Premières Nations (n=10 962)*



^{*}Si les participants comprennent plus d'une langue, on tient compte de la plus importante.

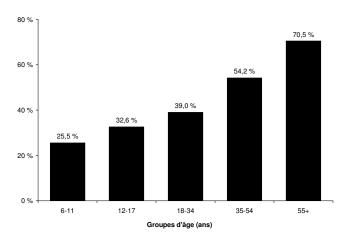
Les langues des Premières Nations et l'âge

Plus les groupes d'âge sont jeunes, moins la compréhension d'une langue des Premières Nations est répandue (figure 2). Cette décroissance rapide des taux de compréhension indique une perte rapide de la langue. Cette érosion se fait sentir dans les communautés des Premières Nations, même si ce sont les endroits où la concentration de locuteurs est la plus élevée.

Les langues des Premières Nations et les caractéristiques communautaires

La proportion de personnes qui comprennent une langue des Premières Nations « relativement bien » ou « avec aisance » est considérablement plus élevée dans les communautés isolées que dans les communautés non isolées (76,1 % contre 44,0 %) et plus élevée dans les communautés de plus grande taille (59,2 % contre 45,5 %). Il est possible que les communautés isolées aient moins subi l'influence des locuteurs anglophones et francophones, qu'elles aient eu moins de contact avec eux et que les communautés plus populeuses aient une « masse critique » de locuteurs de langues des Premières Nations qui favorise la continuité de la langue.

Figure 2. Proportion qui comprend une langue des Premières Nations « relativement bien » ou « avec aisance » selon l'âge (n=19 574, y compris les jeunes et les enfants)



Les langues des Premières Nations et les pensionnats indiens

On a constaté une relation surprenante entre la fréquentation des pensionnats indiens et la compréhension des langues des Premières Nations. Les personnes ayant fréquenté un pensionnat sont plus susceptibles de comprendre une langue des Premières Nations « relativement bien » ou « avec aisance » que les personnes qui n'en ont pas fréquenté un (74,8 % contre 43,6 %). Cette association est présente dans chaque groupe d'âge (18-34, 35-54 et 55 et plus) et se répète

35

iv Pour le présent chapitre, les communautés isolées sont celles qui n'ont pas accès à un médecin par la route dans un rayon de 90 kilomètres et les petites communautés dont la population locale est de 300 à 1499 habitants, alors que les plus importantes comptent 1500 habitants ou plus.

lorsque d'autres caractéristiques potentiellement confusionnelles sont prises en compte dans l'analyse par tableaux croisés. La fréquentation des pensionnats indiens est aussi associée positivement à d'autres mesures linguistiques ayant fait l'objet de tests : parler une langue des Premières Nations relativement bien ou avec aisance, parler couramment (seulement) une langue des Premières Nations et avoir une langue autochtone comme langue principale.

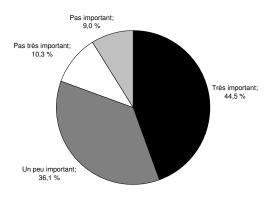
De façon tout aussi surprenante, le fait d'avoir au moins un parent qui a fréquenté les pensionnats indiens n'a aucune influence sur le fait de très bien comprendre une langue des Premières Nations, et ce, dans plusieurs groupes d'âge différents.

Finalement, de façon plus conforme aux attentes, les personnes dont au moins un grand-parent a fréquenté les pensionnats indiens sont moins susceptibles de comprendre « relativement bien » ou « avec aisance » une langue des Premières Nations (38,6 % contre 56,2 %).

L'importance de la culture, de la spiritualité et de la religion

Comme l'indique la figure 3, 44,5 % des répondants considèrent les événements culturels et traditionnels comme « très importants » dans leur vie et 36,1 % les considèrent comme « un peu importants », pour un total de 80,6 %. À peu près le même pourcentage (76,4 %) considère que la spiritualité et la religion traditionnelles (70,3 %), comme le christianisme, sont importantes dans leur vie.

Figure 3. Importance des événements culturels et traditionnels (n=10 427)



Parmi les personnes pour qui les événements culturels sont importants, presque tous (90,8 %) affirment aussi que la spiritualité traditionnelle est importante. Les personnes qui considèrent que la spiritualité traditionnelle est importante sont plus susceptibles de considérer la religion comme

que la spiritualité traditionnelle est importante (57,2 %). Globalement, 54,5 % considèrent que les trois points sont importants.

importante (74,0 %) que les personnes qui ne considèrent pas

L'importance de la culture, les caractéristiques personnelles et les pensionnats indiens

Le fait de considérer les événements culturels et traditionnels comme « très importants » ou « un peu importants » n'est associé à aucun des facteurs personnels ou communautaires analysés. Aucune différence significative n'est observée par rapport au sexe, au groupe d'âge, au revenu personnel, au niveau d'instruction, à la compréhension d'une langue des Premières Nations, à la taille démographique de la communauté ou à son isolement.

On constate toutefois un lien avec les pensionnats indiens. Tout comme les conclusions sur la langue, les personnes ayant fréquenté les pensionnats indiens sont plus susceptibles de considérer les événements culturels et traditionnels comme un peu ou très importants (85,8 % comparativement à 79,2 % des personnes n'ayant pas fréquenté les pensionnats indiens). Les personnes dont un ou les deux parents ont fréquenté les pensionnats indiens sont aussi plus susceptibles de considérer les événements culturels et traditionnels comme importants, tout comme les personnes dont un grandparent ou plus a fréquenté les pensionnats indiens.

L'importance de la culture et les perceptions de progrès dans la communauté

Dans l'enquête, on demande aux répondants si leur communauté a fait des progrès dans différents domaines au cours des douze (12) derniers mois. Les personnes qui considèrent les événements culturels comme importants sont plus susceptibles de constater des progrès dans de nombreux domaines, comme l'indique le tableau 1. Cela peut dénoter une attitude d'ensemble plus positive que chez ceux pour qui la culture a moins d'importance.

Cette évaluation positive est d'ailleurs plus prononcée dans les domaines reliés étroitement à la culture. Par exemple, les personnes pour qui la culture est importante sont deux fois plus susceptibles de constater des progrès dans le renouveau de la spiritualité des Premières Nations et 1,8 fois plus susceptibles de constater des progrès dans les cérémonies traditionnelles, le renouveau des relations avec la terre et les méthodes traditionnelles de guérison.

Les différences de perception entre les personnes ayant et n'ayant pas une bonne compréhension d'une langue des Premières Nations sont moins prononcées.

^v Plus haut niveau d'instruction, revenu personnel, importance des événements culturels et traditionnels, état de santé déclaré par l'intéressé, problème de santé, parent ayant fréquenté les pensionnats indiens, mesure de l'équilibre dans la vie, isolement de la communauté.

Tableau 1. Proportion indiquant des progrès communautaires (comparaison)

« Certains » ou « importants » progrès communautaires	» Importance des événements cultu et traditionnels		
concernant :	Important*	Pas important**	Ratio
Renouvellement de la spiritualité des Premières Nations	61,7 %	30,4 %	2,0
Cérémonies traditionnelles	68,3 %	37,8 %	1,8
Renouement des relations avec la terre	58,9 %	33,1 %	1,8
Méthodes traditionnelles de guérison	63,9 %	34,8 %	1,8
Réduction des abus d'alcool et de drogue	39,0 %	26,6 %	1,5
Utilisation d'une langue des Premières Nations	65,0 %	46,5 %	1,4
Disponibilité des professionnels de la santé des Premières Nations	63,0 %	47,5 %	1,3
Sensibilisation culturelle dans les écoles	80,4 %	64,1 %	1,3
Contrôle des services de santé par les Premières Nations	66,5 %	57,5 %	1,2
Programmes d'éducation et de formation	80,2 %	71,8 %	1,1
Aqueduc et égouts	71,0 %	61,9 %	1.1

^{*} Comprend les personnes ayant indiqué « très important » et « un peu important ».

** Comprend les personnes ayant indiqué « pas important » ou « pas très important »."

La langue, la culture et la spiritualité des Premières Nations

Malgré le lien langue-culture indiqué dans l'introduction, la compréhension de la langue et l'intérêt pour la culture semblent ne pas toujours aller de pair au niveau individuel. Comme l'indique le Tableau 2, environ 4 répondants sur 10 (40,8 %) comprennent une langue des Premières Nations et considèrent les événements culturels et traditionnels importants, et à peu près une même proportion (39,8 %) considère les événements culturels importants sans toutefois comprendre une langue des Premières Nations.

Vu d'un autre angle, les personnes qui comprennent une langue des Premières Nations relativement bien ou couramment sont tout autant susceptibles que les personnes qui ne comprennent pas une autre langue à considérer les événements culturels et traditionnels comme importants (82,3 % contre 78,9 %, une différence non significative). De même, les personnes qui considèrent les événements culturels et traditionnels comme importants ne sont ni plus ni moins susceptibles de comprendre une langue des Premières Nations. Il semble que la culture soit importante pour tous.

Tableau 2. Compréhension de la langue et importance des événements culturels et traditionnels

	Proportion des répondants
Comprennent une langue des Premières Nations* et considèrent les événements culturels et traditionnels comme importants**	40,8 %
Comprennent une langue des Premières Nations *,mais ne considèrent pas les événements culturels et traditionnels comme importants	8,8 %
Ne comprennent pas une langue des Premières Nations, mais considèrent les événements culturels et traditionnels comme importants**	39,8 %
Ne comprennent pas une langue des Premières Nations et ne considèrent pas les événements culturels et traditionnels comme importants	10,6 %
Total	100 %

^{*}Inclut les personnes qui comprennent une langue des Premières Nations « relativement bien » ou « couramment ».

Néanmoins, compte tenu de ce que nous savons à propos du rôle critique joué par la langue dans la culture, les valeurs et la spiritualité, il semblerait qu'il y ait certains avantages à favoriser la culture et les compétences linguistiques. On a identifié un groupe de personnes qui comprend une langue des Premières Nations relativement bien ou couramment et qui considère la spiritualité et la culture traditionnelle comme importantes. Ces personnes sont considérées comme de futurs leaders dans la transmission et la conservation des connaissances des Premières Nations.

Selon les données de l'ERS, 37,6 % des adultes font partie de ce groupe. Bien qu'on les retrouve dans toutes les catégories, d'un point de vue statistique, ces leaders potentiels sont plus susceptibles d'être plus âgés (52,0 % de ces personnes ont 55 ans ou plus et seulement 28,4 % ont entre 18 et 34 ans), de vivre dans des communautés de grande taille (population de 1500 personnes et plus) et dans des communautés isolées. Ils sont aussi plus susceptibles d'avoir fréquenté les pensionnats indiens (60,4 % contre 31,3 %) (une distribution qui s'est répétée pour chaque groupe d'âge analysé [18–34, 35–54 et 55 et plus]) et sont moins susceptibles d'avoir eu un grandparent qui a fréquenté les pensionnats indiens.

La langue, la culture et l'accès aux soins de santé

Les Premières Nations rapportent un grand nombre de difficultés et d'obstacles dans l'accès aux services de soins de santé. Le tableau 3 indique le pourcentage de ceux qui ont eu à affronter des difficultés et des obstacles, selon qu'ils parlent ou non une langue des Premières Nations et qu'ils considèrent ou non les événements culturels et traditionnels comme importants.

On constate une tendance claire. Les personnes qui parlent une langue des Premières Nations et les personnes qui considèrent les événements culturels et traditionnels comme importants sont plus susceptibles de devoir faire face à des

^{**}Inclut les personnes ayant indiqué « très important » et « un peu important »."

obstacles. L'impact est le plus considérable sur le groupe qui considère la culture comme importante, puisqu'il est 1,7 fois plus susceptible de rapporter des difficultés/obstacles lorsqu'on fait la moyenne de tous les ratios. Le ratio moyen est de 1,4 chez les personnes qui comprennent une langue des Premières Nations.

Une comparaison des personnes dont la langue maternelle est une langue des Premières Nations indique moins de différences significatives. Lorsqu'on établit la moyenne de tous les points rapportés au tableau 3, ce groupe est 1,3 plus susceptible d'affronter des difficultés/obstacles. Il n'a pas été possible d'établir une comparaison avec les locuteurs d'une langue des Premières Nations unilingues. Les résultats se situent en dessous des seuils de signalement pour la plupart des points en raison du petit nombre de personnes unilingues faisant partie de la base de données.

Bien qu'ils n'aient pas nécessairement été identifiés par le plus grand pourcentage de locuteurs d'une langue des Premières Nations dans l'ensemble, les ratios (accroissement du fardeau) chez le groupe sont les plus élevés pour les indicateurs suivants :

- Difficulté à se procurer un appareil auditif par l'entremise des SSNA (2,8);
- Difficulté à obtenir un accompagnement durant le voyage par l'entremise des SSNA (1,9);
- Difficulté à obtenir « d'autres fournitures médicales » par l'entremise des SSNA (1,7);
- Avaient l'impression que les services n'étaient pas adaptés à la culture (1,6).

Il semble que les personnes qui parlent une langue des Premières Nations doivent affronter des difficultés particulières lorsqu'elles font affaire avec le programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada.

Chez les personnes qui considèrent que les événements culturels et traditionnels sont importants, les ratios sont les plus élevés dans les domaines suivants :

- Ont l'impression que les services ne sont pas adaptés à la culture (3,2).
- Ont de la difficulté à obtenir des soins traditionnels (2,6).
- Ont de la difficulté à obtenir des services ou de l'argent pour le transport (par air ou par terre) par l'entremise des SSNA (2).
- Ont de la difficulté à obtenir des services de soins dentaires par l'entremise des SSNA (2,0).

Comme il fallait s'y attendre, le groupe qui considère que les événements culturels sont importants est beaucoup plus susceptible de devoir faire face à des difficultés relatives au manque de soins traditionnels et adaptés à la culture. Il semblerait aussi qu'il doit affronter des difficultés disproportionnées lorsqu'il fait affaire avec le programme des SSNA.

Tableau 3. Proportion ayant indiqué avoir affronté des obstacles et des difficultés concernant l'accès aux soins de santé

	Parle u	Parle une langue des PN.			Considère les événeme importants			nts culturels
	Oui*	Non	Ratio		Oui^	Non	Ratio	
Impression d'avoir moins accès aux soins de santé que les autres Canadiens	42,5 %	30,2 %	1,4		36,4 %	30,2 %	1,2	NS
Une difficulté ou plus pour accéder à la médecine traditionnelle	33,0 %	33,2 %	1,0	NS	35,6 %	22,6 %	1,6	
Un obstacle ou plus pour accéder aux soins de santé	62,1 %	51,0 %	1,2		59,3 %	43,6 %	1,4	
Obstacles précis indiqués :								
médecin ou infirmière non disponible dans la région	22,7 %	15,2 %	1,5		18,3 %	15,8 %	1,2	NS
• établissement de santé non disponible	13,4 %	8,8 %	1,5		10,6 %	9,1 %	1,2	NS
• liste d'attente trop longue	39,2 %	28,6 %	1,4		34,8 %	26,5 %	1,3	
• impossibilité d'avoir un moyen de transport	17,4 %	12,3 %	1,4		15,4 %	9,9 %	1,6	
• problème à obtenir des soins traditionnels	16,6 %	10,9 %	1,5		15,2 %	5,8 %	2,6	
• non couverts par les services de santé non assurés (SSNA)	22,0 %	18,5 %	1,2	NS	21,7 %	13,0 %	1,7	
• autorisation refusée pour des SSNA	18,2 %	14,7 %	1,2	NS	17,9 %	9,2 %	1,9	
• ne peut assumer le paiement direct des soins ou des services	16.0 %	11,0 %	1,5		14,7 %	8,2 %	1,8	
• ne peut assumer les frais de transport	16,9 %	11,2 %	1,5		14,8 %	9,0 %	1,6	
• ne peut assumer les frais de garde d'enfants	8,5 %	6,0 %	1,4		7,7 %	4,1 %	1,9	
• impression que les soins offerts étaient inadéquats	20,4 %	14,2 %	1,4		17,9 %	12,2 %	1,5	
• impression que le service n'était pas adapté à la culture	17,1 %	10,6 %	1,6		15,5 %	4,8 %	3,2	
• a choisi de ne pas consulter un professionnel de la santé	11,6 %	10,4 %	1,1	NS	11,6 %	7,5 %	1,5	
• service non disponible dans la région	18,0 %	12,1 %	1,5		15,7 %	11,1 %	1,4	NS
Difficulté d'accès aux SSNA	36,2 %	32,3 %	1,1	NS	37,2 %	24,1 %	1,5	
SSNA – Problèmes d'accès précis :								
• médicaments	20,1 %	16,0 %	1,3	NS	19,0 %	12,4 %	1,5	
• soins dentaires	17,6 %	16,9 %	1,0	NS	19,0 %	9,6 %	2,0	
• soins de la vue	19,8 %	15,2 %	1,3		18,6 %	11,7 %	1,6	
appareil auditif	5,4 %	1,9 %	2,8		3,5 %	2,0 %	1,8	NS
autres fournitures médicales	8,4 %	5,0 %	1,7		6,7 %	4,1 %	1,6	NS
accompagnement durant le voyage	10,7 %	5,7 %	1,9	NS	8,3 %	5,3 %	1,6	NS
• services ou frais de transport (par air ou par route)	11,0 %	7,5 %	1,5	NS	9,7 %	4,8 %	2,0	

^{*}Comprend les personnes qui parlent une langue des Premières Nations relativement bien ou couramment.
*Comprend les personnes qui considèrent les événements culturels et traditionnels comme « très importants » et « un peu importants ».
NS se rapporte aux différences qui ne sont pas statistiquement significatives.

La langue, la culture et la santé

Une série de cinq facteurs de risque^{vi} et de sept mesures de santévii a été analysée, en comparant premièrement les personnes qui parlent et qui ne parlent pas une langue des Premières Nations, et deuxièmement les personnes qui considèrent et qui ne considèrent pas les événements culturels et traditionnels comme importants. Bien que certains liens de corrélation soient présents au départ^{viii}, aucune différence statistiquement significative n'est constatée pour aucune des douze mesures après avoir effectué des ajustements selon l'âge.

Sommaire et discussion

Une base de données d'enquête n'est pas assez complète pour établir la relation entre langue, culture et santé. Néanmoins, certaines conclusions sont claires et d'autres offrent des points de départ intéressants pour approfondir la recherche et examiner la question.

Résumé des conclusions principales concernant la langue :

- Selon les tendances en matière d'âge, les langues des Premières Nations connaissent, dans l'ensemble, un déclin rapide.
- Seule une personne sur cinquante est un locuteur unilingue d'une langue des Premières Nations.
- Les langues des Premières Nations sont les plus utilisées dans les communautés des Premières Nations de grande taille et éloignées.
- Étonnamment, les personnes ayant fréquenté les pensionnats indiens sont plus susceptibles comprendre et de parler une langue des Premières Nations, bien que les personnes dont les grands-parents ont fréquenté les pensionnats indiens sont moins susceptibles de comprendre et de parler une langue des Premières Nations.
- Les personnes qui parlent une langue des Premières Nations disent faire face à plus de difficultés et d'obstacles concernant l'accès aux soins de santé, surtout les services reliés au programme des SSNA.
- Les facteurs de risque en santé et l'état de santé sont semblables chez les personnes qui parlent une langue des Premières Nations et chez celles qui ne parlent pas une langue des Premières Nations.

Activité physique, embonpoint/obésité, tabagisme, consommation d'alcool excessive, consommation de haschisch.

Résumé des conclusions principales concernant la culture :

- Beaucoup de personnes considèrent les événements culturels et traditionnels comme importants. La même chose s'applique à la spiritualité et à la religion traditionnelles. Plus de la moitié des personnes considèrent les trois domaines comme importants.
- Les événements culturels et traditionnels sont importants pour la plupart des personnes, peu importent l'âge, le sexe, le revenu, l'éducation, les aptitudes linguistiques en matière de langues des Premières Nations ou la taille ou l'éloignement de la communauté.
- Étonnamment, les personnes ayant fréquenté les pensionnats indiens ainsi que les personnes dont les parents et/ou grands-parents ont fréquenté pensionnats sont plus susceptibles de considérer les événements culturels et traditionnels comme importants.
- Les personnes qui considèrent les événements culturels et traditionnels importants sont plus susceptibles d'avoir une perception positive des progrès communautaires.
- existe un groupe potentiellement important, représentant plus du tiers des adultes, qui comprend une langue des Premières Nations et qui considère les événements culturels et traditionnels et la spiritualité traditionnelle comme importants.
- Les personnes qui considèrent les événements culturels comme importants sont plus susceptibles de devoir faire face à des difficultés/obstacles à l'accès aux soins de santé, surtout pour les services adaptés à la culture, les soins traditionnels et le programme des SSNA.
- Les personnes qui considèrent la culture comme importante ne sont ni plus ni moins susceptibles de rapporter des facteurs de risque en santé ou des problèmes de santé.

Les niveaux de compréhension de la langue ne cessent de chuter de façon spectaculaire avec chaque génération successive, ce qui corrobore l'affirmation de l'Assemblée des Premières Nations selon laquelle les langues sont en « crise ». 32 Le petit pourcentage des personnes unilingues peut, à certains égards, représenter une mesure plus importante du déclin. On peut considérer la disparition des locuteurs d'une langue des Premières Nations unilingues comme la perte d'une source indispensable de connaissances. D'importants concepts et façons de penser des Premières Nations sont intégrés dans les mots et la structure de la langue. La dépendance accrue envers des locuteurs bilingues pour transmettre la langue (et par le fait même, les connaissances et la culture) peut entraîner la perte de sens et l'introduction involontaire de concepts et de sens étrangers.³³

L'association inattendue entre la fréquentation des pensionnats indiens et la langue est curieuse. Une explication plausible est que, dans le cadre de la campagne de « civilisation », on a peut-être choisi de recruter des enfants

vii État de santé déclaré par l'intéressé, une maladie chronique ou plus, handicap, blessure au cours de

l'année précédente, ayant déjà eu des idées suicidaires, ayant déjà fait une tentative de suicide, se sentir triste ou déprimé au moins deux semaines de suite au cours de l'année précédente.

**iii Avant de tenir compte de l'âge, les personnes qui parlent une langue des Premières Nations sont plus susceptibles d'avoir un handicap et moins susceptibles d'avoir un handicap et moins susceptibles d'avoir consommé du haschisch. En outre, avant de tenir compte de l'influence de l'âge, les personnes qui considèrent les événements culturels et traditionnels importants sont plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires à un moment donné dans le passé et plus susceptibles de se sentir tristes ou déprimées durant deux (2) semaines consécutives ou plus dans l'année de référence

qu'on considérait comme moins « assimilés », soit les enfants qui étaient les plus susceptibles de parler leur langue comme première langue. Ce fait est en partie appuyé par les données. Les enfants ayant fréquenté les pensionnats indiens venaient de façon disproportionnée des communautés isolées (là où les aptitudes linguistiques dans la langue d'origine sont les plus nombreuses). Environ une personne sur quatre qui vit actuellement dans une communauté isolée a fréquenté les pensionnats indiens (26,9 %), contre une personne sur six environ (17,3 %) dans les communautés non isolées. Pourtant, l'association entre la fréquentation des pensionnats indiens et la compréhension d'une langue des Premières Nations persiste, bien qu'à différents degrés, pour les communautés isolées et non isolées. Dans l'ensemble, les personnes ayant fréquenté les pensionnats indiens sont 1,7 fois plus susceptibles de comprendre une langue des Premières Nations (relativement bien ou couramment). Les ratios comparables sont de 1,3 pour les communautés isolées et de 1,9 pour les communautés non isolées.

Malgré les intentions manifestes de nombreuses écoles et de leurs administrateurs, et contrairement à des opinions largement répandues, se pourrait-il que les pensionnats indiens aient en fait infligé moins de dommages aux langues des Premières Nations que d'autres types d'écoles et de milieux?

Bien qu'on ait, de façon générale, essayé de dissuader, par la douceur ou par la force, les élèves des pensionnats indiens de parler leur langue, la plupart des enfants ont probablement continué à la parler entre eux, peut-être en cachette, peut-être comme geste de défi. Entre-temps, les personnes qui ne fréquentaient pas les pensionnats indiens ont peut-être fréquenté des écoles où les enseignants des Premières Nations étaient minoritaires (par ex. dans les villes avoisinantes), des écoles où la langue et la culture des Premières Nations étaient souvent délaissées. Dans de tels milieux, les enfants des Premières Nations n'avaient sans doute personne avec qui parler leur langue.

Une autre explication plausible concernant l'association inattendue peut être reliée au fait que des personnes apprennent ou réapprennent une langue des Premières Nations plus tard dans la vie. À l'âge adulte, de nombreuses personnes essaient, particulièrement dans le domaine de la guérison, de réapprendre leur langue et manifestent ou affichent à nouveau de l'intérêt pour la culture et la spiritualité traditionnelles.

Bien qu'on ne constate pas d'associations apparentes avec les facteurs de risques ou les résultats des soins de santé, cela peut être dû à l'étendue limitée des données.

On ne sait toujours pas exactement ce que peut vouloir dire dans la pratique « considérer les événements culturels et traditionnels ou la spiritualité traditionnelle comme importants dans la vie » ni comment cela peut être différent d'une personne à l'autre. Néanmoins, selon les chiffres, la

culture et la spiritualité traditionnelles semblent être bien ancrées. Le fait que la grande majorité des personnes considèrent les événements culturels comme importants, peu importe le sexe, l'âge, le revenu, l'instruction, les aptitudes linguistes en matière de langues des Premières Nations ou le type de communauté où ils vivent, suggère un courant marquant de partage des valeurs. L'orientation culturelle semble aussi coïncider avec une attitude de plus en plus positive envers la communauté.

D'un point de vue holistique, nous considérons la langue et la culture comme faisant partie du bien-être global, tant au niveau individuel que communautaire ou national. La perte rapide d'une langue entraîne un déséquilibre. D'autre part, la solidité apparente de la culture semble indiquer une certaine résilience et engendre l'espoir.

Recommandations

La langue

Le rapport de la CRPA indique que la protection de la langue implique de garder ou d'augmenter le nombre de locuteurs qui parlent bien les langues autochtones et qui les utilisent dans la vie quotidienne. Dans un rapport original sur le maintien de l'acquis des connaissances linguistiques, on trouve l'observation importante et incontestable suivante :

La façon la plus simple de garder une langue vivante est de faire en sorte que les enfants la parlent et la meilleure façon d'y arriver est de la leur enseigner lorsqu'ils sont en bas âge [traduction].³⁴

Malheureusement, cela n'est pas possible pour un nombre croissant de familles. Si on veut maintenir l'acquis des connaissances linguistiques et revitaliser les langues, des mesures correctives urgentes sont nécessaires. Des stratégies multiples de renforcement mutuel ont plus de chance de réussir. Un rapport de l'Assemblée des Premières Nations, intitulé « What works and why » 35 identifie quatre niveaux d'intervention (il est toutefois bon de noter que cela n'est pas toujours possible):

- Dans la petite enfance, au sein de la famille.
- Dans les programmes d'immersion linguistique, en garderie.
- À l'école.
- Dans la communauté en général.

Les démarches en milieu scolaire, comme celles de la Kahnawake Survival School³⁶, ont une certaine valeur, tout comme l'immersion culturelle dans l'environnement terrestre ou forestier. Le temps que les enfants et les jeunes intéressés passent avec des aînés peut aussi être précieux.

Même si la langue s'apprend dans la communauté et au sein de la famille, le déploiement de stratégies régionales et nationales peut se révéler prometteur.

- Améliorer le financement de projets grâce à des programmes comme les Initiatives des langues autochtones^{37, 38} et tabler sur la réussite des programmes de soutien linguistique, comme celui du Woodland Cultural Centre.³⁹
- Faire adopter des mesures législatives pour protéger et soutenir les langues des Premières Nations, semblables au projet de loi d'initiative parlementaire présenté initialement en 1989 ou à d'autres projets déposés depuis. 40,41
- Multiplier les initiatives de recherche et de formation axées sur les stratégies de revitalisation des langues, comme celle en cours à l'Université de Victoria.⁴²
- Développer davantage les programmes d'études des écoles secondaires.⁴³

Les services de santé

Il reste de nombreux problèmes à régler concernant les services de soins de santé, notamment l'accessibilité, les coûts, les types de soins et la pertinence. Bien que le règlement de toutes les questions d'accès soit crucial, ce sont plutôt les enjeux spécifiques aux locuteurs d'une langue des Premières Nations et les personnes qui apprécient les événements culturels et traditionnels qui font ici l'objet d'un intérêt particulier. Le fait de s'assurer que ces domaines s'améliorent est une question d'équité et de respect culturel.

Les services SSNA en particulier sont considérés comme inadéquats. Afin de répondre adéquatement aux besoins, il est nécessaire d'obtenir un financement approprié et de revoir les politiques. Le fait que certains groupes soient plus touchés que d'autres suggère aussi que les politiques ne sont pas appliquées de façon cohérente ou égale. Pour garantir que tous reçoivent le même niveau de soins, il faudrait sans doute élaborer en profondeur des lignes directrices, faire plus de formation et améliorer le contrôle de la qualité. À en juger par le pénible fardeau qu'ont dû supporter les locuteurs de langues des Premières Nations et les personnes éprises de culture, on doit porter une attention particulière aux SSNA suivants :

- · Les services dentaires.
- Les services et les coûts de transport.
- L'accompagnement durant le voyage.
- La prestation d'appareils auditifs et d'autres fournitures médicales.

On doit étendre et soutenir les formes traditionnelles de soins et adapter à la culture les services réguliers existants. On doit aussi améliorer la compétence culturelle des prestataires de soins par de la formation et les besoins de sécurité culturelle doivent faire partie du programme d'études des infirmières, des travailleurs sociaux et des médecins. Les cours de perfectionnement professionnel et les lignes directrices à l'intention des praticiens, comme celles élaborées à

l'intention de la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada⁴⁴, sont aussi des outils de sensibilisation importants.

Des recherches complémentaires

Des recherches complémentaires sont nécessaires pour bien saisir la corrélation inattendue entre la fréquentation des pensionnats indiens, les compétences linguistiques et l'appréciation de la culture. Il serait intéressant d'en apprendre davantage sur le développement des compétences linguistiques durant toutes les étapes de la vie et de mieux comprendre tous les facteurs ayant une influence sur la langue, surtout sur les personnes n'ayant pas fréquenté les pensionnats indiens.

Il serait aussi utile de chercher à savoir ce qui arrive lorsque la culture reste forte, mais que la langue s'estompe. Si les connaissances autochtones sont intégrées dans la langue autochtone, qu'est-ce qui arrive en fait aux connaissances lorsque la langue diminue ou disparaît? Comment les cultures et les valeurs des Premières Nations changent-elles et comment arrivent-elles à survivre malgré le déclin de la langue?

Finalement, du point de vue des Premières Nations, la langue et la culture *signifient* la santé. Une enquête approfondie sur les résultats de la santé peut-elle conclure la même chose d'un point de vue épidémiologique? Des recherches plus spécialisées sont nécessaires pour examiner les différences linguistiques et culturelles en matière de diagnostics, de traitements et de résultats chez des patients qui présentent des symptômes et des conditions semblables.

Notes du Chapitre 2

¹ UNESCO. Atlas des langues en danger dans le monde, 1996, Stephen A. Wurm, éditeur, Paris, UNESCO, p.23.

² Assemblée des Premières Nations. « Des résultats concrets pour les Premières Nations », accédé le 28 octobre 2005 à : http://afn.ca/article.asp?id=140

Marianne B. Ignace. Handbook for Aboriginal Langue Program Planning in British Columbia, section 2.2: Numbers and Statistics; accédé le 30 septembre 2005 à: http://www.schoolnet.ca/aboriginalf/inses/part02-2-e.html
 Statistique Canada. Recensement 2001: série « Analyses » - Peuples autochtones du Canada: un

^{*}Statistique Canada. Recensement 2001: série « Analyses » - Peuples autochtones du Canada: un profil démographique, accédé le 30 septembre 2005 à : http://www12.statcan.ca/english/census01/products/analytic/companion/abor/pdf/96F0030XIE200100 7.pdf

⁵ Statistique Canada. Peuples autochtones du Canada: un profil démographique, accédé le 13 octobre 2005 à : http://www.statcan.ca/english/freepub/89-589-XIE/langue.htm#lang_strength

⁶Affaires indiennes et du Nord Canada. *Volume 3 Vers un Ressourcement - Chapitre 6 - Arts et patrimoine - 1.3 Propriété intellectuelle*, accédé en octobre 2005 à: http://www.aincinac.gc.ca/ch/rcap/sg/si57_e.html

ONTESCO. «The world's top experts in endangered languages meet at UNESCO », le 6 juin 2004, accédé le 29 septembre 2005 à: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=10176&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

[«] Nearly 2005 à: Extinct Langues », accédé 1^e novembre http://www.ethnologue.com/nearly_extinct.asp#Americas « Langues du Canada », accédé le 1^{er} novembre 2005

http://www.ethnologue.com/show_country.asp?name=CA

10 Affaires indiennes et du Nord Canada. Volume 3 Vers un Ressourcement - Chapitre 6 - Arts et patrimoine - 1.3 Propriété intellectuelle, Section 1.3, accédé le 19 octobre 2005 à : http://www.ainc-

nac.gc.ca/ch/rcap/sg/si57_e.html

11 Mary Jane Norris, Lorna Jantzen. De génération en génération: Survie et préservation des langues autochtones du Canada au sein des familles, des collectivités et des villes, janvier 2004, accédé le 21 octobre 2005 à : http://www.ainc-inac.gc.ca/pt/ra/fgg/

octobre 2005 à : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/fgg/

12 Statistique Canada. Recensement 2001 : séries « Analyses » - Peuples autochtones du Canada : un profil démographique, accédé le 29 septembre 2005 à : http://www12.statcan.ca/english/census01/products/analytic/companion/abor/pdf/96F0030XIE200100
7.pdf

- ¹³ Affaires indiennes et du Nord Canada. Volume 1 Un passé, un avenir DEUXIÈME PARTIE Faux postulats et échec de la relation Chapitre 10 Les pensionnats, accédé le 25 octobre 2005 à : http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sg28_e.html#99 Îdem
- 15 Leanne R. Simpson. « Anticolonial Strategies for the Recovery and Maintenance of Indigenous Knowledge », American Indian Quarterly, Volume 28, n° 3 et 4. (été et automne 2004), p 373-384
- Bruce E. Johansen. «Back from the (Nearly) Dead: Reviving Indigenous Langues across North America», American Indian Quarterly, Volume 28, n° 3 et 4, (été et automne 2004), p 566-582.
 Affaires indiennes et du Nord Canada. Points saillants du rapport de la Commission royale sur les
- peuples autochtones, Rassembler nos forces, accédé le 19 octobre 2005 à : http://www.ainc-
- niac_g.c.ac/chreap/rpt/gs_e.html

 8 Assemblée des Premières Nations. «Language Sector Update», accédé le 25 octobre 2005 à : http://www.afn.ca/article.asp?id=122

 19 Leroy Little Bear, cité par Bruce E. Johansen dans «Back from the (Nearly) Dead: Reviving
- Indigenous Langues across North America », American Indian Quarterly, Volume 28, nº 3 et 4, été et
- Indigenous Langues across Norm Panetsea
 automne 2004, p 566-582.

 ²⁰ Janet Smylie. Déclaration de principe de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
 ²⁰ Janet Smylie. Déclaration des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones –

 ²⁰⁰⁰ accédé le 30 octobre 2005 à : Sommaire, 2000, accédé le 30 octobre 2005 à: http://sogc.org/sogcnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps100_sum.pdf

 1 Benoit C, Carroll D, Chaudhry M. « In search of a healing place: Aboriginal Women in Vancouver's
- Downtown Eastside », Social Science and Medicine, Volume 56, 2003, p 821-33.

 ²² H. Jack Geiger. «Racial stereotyping and medicine: the need for cultural competence », Journal de l'Association médicale canadienne, le 12 juin 2001, accédé le 25 octobre 25 à: http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/12/1699

 ²³ Xavier Cattarinich, Nancy Gibson, Andrew Cave. «Assessing Mental Capacity in Canadian
- Aboriginal Seniors », Social Science and Medicine, Volume 53, 2001, p 1469-1479.
- ²⁴ Sana Halwani. « L'inégalité raciale dans l'accès aux services de soins de santé », accédé le 25 octobre 2005 à : http://www.ohrc.on.ca/english/consultations/race-policy-dialogue-paper-sh.shtml
 ²⁵ Modesine pour les draité de l'incompagnées de l'accès aux services de soins de santé », accédé le 25 octobre 2005 à : http://www.ohrc.on.ca/english/consultations/race-policy-dialogue-paper-sh.shtml
- ²² Médecins pour les droits de l'homme. « *Racial Discrimination and Health Care* », accédé le 25 octobre 2005 à : http://www.phrusa.org/research/domestic/race/race&health.html
 ²⁶ Vicki Smye, Annette Browne. « Cultural safety and the analysis of health policy affecting aboriginal people », *Nurse Researcher*, Volume 9, n° 3, 2002, p 42-56.
 ²⁷ Organisation nationale de la santé autochtone. La sécurité culturelle ne se limite pas aux soins de
- santé, *Bulletin de l'ONSA*, Volume. 3, nº 10, octobre 2004, p 4-6, accédé le 1^{er} novembre 2005 à : http://www.naho.ca/english/pdf/bulletin_nov_2004_eng.pdf

 ²⁸ Gouvernement du Queensland. Library Module 8.1. Cultural Safety- About Cultural Safety,
- accédé le 1er novembre 2005 à : http://www.health.qld.gov.au/capir/library_modules/lmodule_08-01.asp
- ²⁹ Sarah Bowen. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, novembre 2001, accédé le 25 octobre 2005 à : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-lang-acces/index_e.html ³⁰ M.J Norris. «*Les langues autochtones du Canada* », *Tendances sociales canadiennes*, hiver, n° 51,
- Statistique Canada, 1998, nº 11-008 au catalogue.

 31 Commission royale sur les peuples autochtones. Rapport de la Commission royale sur les peuples
- autochtones : Perspectives et réalités, Volume 4, 1996, p 163, ministre de l'Approvisionnement et Services Canada
- Assemblée des Premières Nations. « Des résultats concrets pour les Premières Nations », accédé le 1^{er} novembre 2005 à : http://afn.ca/article.asp?id=140 ³³ James Lamouche. Communication personnelle, 2005
- James J. Bauman. A Guide to Issues in Indian Langue Retention, Washington, district fédéral de Columbia, Center for Applied Linguistics, 1980.

 35 Mark Fettes. A Guide to Language Strategies for First Nations Communities, Secrétariat aux
- langues et à l'alphabétisation de l'Assemblée des Premières Nations, décembre 1992, disponible à : http://collections.ic.gc.ca/afn/langu.html
- Survival School. http://www.schoolnet.ca/aboriginal/survive/index-e.html

 37 Patrimoine canadien. «Initiative des langues autochtones», accédé le 28 octobre 2005 à :
- http://www.canadianheritage.gc.ca/progs/pa-app/progs/ila-ali/index_e.cfm ³⁸ Assemblée des Premières Nations. « *Initiative des langues autochtones* », accédé le 28 octobre 2005
- à : http://www.afn.ca/article.asp?id=826
- 39 Woodland Cultural Centre. «About the Aboriginal Langue Program », accédé le 30 septembre 2005 à http://www.woodland-centre.on.ca/langues.html#anchor253209
 40 Assemblée des Pramières Mariane College College (Program of College College)
- ⁴⁰ Assemblée des Premières Nations. «Chronologie des activités et événements portant sur les langues et les cultures », accédé le 1^{et} novembre 2005 à : http://www.afn.ca/article.asp?id=833
- ⁴¹ Confédération des Centres éducatifs et culturels des Premières Nations. « Mesures législatives pour protéger les langues autochtones au Canada », juillet 1997, accédé le 25 octobre 2005 à: http://www.schoolnet.ca/aboriginal/ab-lang/noframes/index-e.html 42 University of Victoria Continuing Studies. « Certificate in Aboriginal Language Revitalization »,
- accédé le 1er novembre 2005 à : http://www.uvcs.uvic.ca/calr/courses.aspx
- Western Canadian Protocol for Collaboration in Basic Education. The Common Curriculum Framework for Aboriginal Language and Culture Programs: Kindergarten to Grade 12, juin 2000, accédé le 30 octobre 2005 à :
- acceue ie 30 octobre 2003 à :

 http://www.wncp.ca/langues/abor.pdf

 44 Janet Smylie. Déclaration de principe de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones :
 Sommaire, 2000, accédé le 30 octobre 2005 à :

 http://sogc.org/sogcnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps100_sum.pdf

Chapitre 3

Logement et conditions de vie des Premières Nations

Résumé

Le présent chapitre examine ce que les données de l'ERS ajoutent à notre compréhension des conditions de logement et aux conditions de vie générales des citoyens des Premières Nations (PN). Il se penche aussi sur certaines des observations les plus intéressantes dans cinq domaines d'intérêt particulier:

La nature de l'occupation des logements. Le Recensement de 2001 indique que plus de 65 % des familles canadiennes possèdent leur propre maison. La plupart des autres louent leur habitation. Le logement social ne joue qu'un rôle très secondaire. Or, c'est l'inverse qu'on peut observer dans le contexte des PN: 61,9 % des familles vivant dans des réserves habitent des logements dont la bande est le propriétaire, une forme de logement assez semblable aux logements sociaux. Parmi les Premières Nations situées dans les provinces, on constate que 74,1 % des ménages ayant un revenu de moins de 10 000 \$ et 64,4 % des ménages dont le revenu est inférieur à 30 000 \$ sont en logement social. Plus de la moitié (57,2 %) des ménages dont le revenu est situé entre 30 000 \$ et 79 999 \$ vivent dans des maisons de bande et 39,5 % des ménages ayant un revenu de 80 000 \$ et plus vivent aussi dans des maisons de bande. Ces chiffres, radicalement différents de ceux de la population générale, s'expliquent par des facteurs comme la pauvreté extrême, le fait que le banques n'accordent pas d'hypothèque avec garantie fédérale pour des propriétés situées dans des réserves et les coûts de construction parfois prohibitifs en raison de facteurs géographiques.

Conditions physiques du logement. Un tiers (33,6 %) des maisons des PN ont besoin de réparations importantes, ce qui est une hausse par rapport au chiffre de « un quart » cité en 1985 par la Neilson Task Force. Un autre tiers (31,7 %) a besoin de réparations mineures. Ces taux de besoin de réparations sont plus élevés que les estimations de 2003 du Vérificateur général. Les adultes des Premières Nations sont pessimistes quant aux progrès de la qualité des logements: 40,3 % disent qu'il n'y a eu « aucun progrès »; 46,2 % disent qu'il y a eu « certains progrès » et seulement 13,5 % disent qu'il y a eu des « progrès importants ».

Offre de logements et densité d'occupation. La densité moyenne par pièce dans les communautés des PN est de 0,76 personne par pièce, soit presque le double du taux national de 0,4 personne par pièce. La maison canadienne moyenne a 2,6 occupants alors que la maison moyenne des PN a 4,2 occupants; 17,2 % des maisons des PN satisfont à la définition acceptée de « surpeuplé » (c'est-à-dire qu'elles dépassent 1 personne par pièce). La densité d'occupation semble en hausse dans le contexte des PN alors qu'elle a diminué dans la population générale au cours des vingt dernières années. Le nombre d'occupants le plus élevé qui ait été rapporté est de 18 personnes.

Infrastructure de base et commodités dans les logements. Un cinquième (21,8 %) des adultes disent n'avoir aucun accès à des services de collecte des ordures ménagères alors que 9,0 % des foyers des PN n'ont pas de fosse septique ou de service d'égout. Seuls les deux tiers des répondants (67 8 %) considèrent que leur eau est potable. Le système principal d'approvisionnement en eau se fait par canalisation pour la plupart des répondants (63,2 %). Parmi ces derniers, seuls 71,4 % considèrent que leur eau est potable même si elle a été traitée. Bien que la source principale d'approvisionnement soit par canalisation, c'est l'eau en bouteille qui est la principale source d'eau potable (61,7 % des répondants). Pratiquement tous les foyers des PN ont les « commodités nécessaires » : électricité (99,5 %); eau chaude courante (96,3 %); eau froide courante (96,5 %); toilette à chasse d'eau (96,5 %); réfrigérateur (98,7 %); poêle pour la cuisson (99,3 %). Le revenu a peu d'influence sur la présence de ces commodités. Seulement 21 % des ménages dont le revenu est de moins de 10 000 \$ ont des ordinateurs, chiffre qui augmente avec le revenu jusqu'à atteindre 81,6 % des ménages gagnant plus de 80 000 \$. Seulement 29,8 % des foyers des PN ont une connexion Internet et plus la communauté est isolée, plus le nombre de connexions diminue.

Santé et logement. Des 2,9 % de répondants qui ont déjà eu un diagnostic de tuberculose, presque 1 sur 3 (31,0 %) vit dans un logement surpeuplé. Près de la moitié (48,5 %) des répondants vivant dans des logements appartenant à la bande indiquent la présence de moisissures dans leur maison. Dans les autres types de logements, moins de répondants (36,9 %) disent avoir de la moisissure. La compilation préliminaire des données de l'ERS sur la santé environnementale soulève plusieurs questions sans réponse. Par exemple, bien que 10 % des répondants souffrent d'asthme, 43,5 % de ces asthmatiques disent avoir de la moisissure dans leur maison. Seuls 3,2 % des répondants souffrent de bronchite chronique, mais 52,2 % de ces personnes signalent la présence de moisissures.

Introduction

Le présent chapitre examine ce que les données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé (ERS) ajoutent à notre compréhension des conditions de logement et des conditions de vie générales des citoyens des Premières Nations. L'ERS fournit beaucoup de données sur le logement et les conditions de vie. Dans le présent chapitre, nous ne pouvons analyser que quelques-unes des observations intéressantes sur les domaines suivants :

- La nature de l'occupation des logements.
- Conditions physiques de logement.
- Offre de logement et densité d'occupation.
- Infrastructures de base et commodités dans les logements.
- Santé et milieux intérieurs.

Les conditions de vie et de logement comptent parmi les déterminants les plus tangibles de la santé de la population. Le Cadre des déterminants de la santé de la population¹ de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) les classe parmi les déterminants de haut niveau du « milieu physique ». Dans l'élaboration du cadre de travail de l'OMS² de l'ONSA (2002), elles font partie du déterminant « conditions de vie ».

La nature de l'occupation des logements

La majorité des logements des réserves sont des logements sociaux administrés et possédés par la communauté.³ La plupart sont des logements à prix modique, avec quelques variations selon la communauté. Dans les réserves, la propriété privée est relativement rare en raison du cadre juridique. Il est normal que la plupart des logements, sinon tous, soient fournis par la bande, une agence, comme un conseil scolaire ou une agence gouvernementale comme Santé Canada ou la GRC. En outre, en raison du niveau élevé de dépendance envers l'aide sociale de la plupart des Premières Nations⁴, il est essentiel d'avoir un grand nombre de logements à prix modiques. Ainsi, les familles des PN vivent habituellement dans des maisons dont une autre personne est propriétaire.

Le recensement 2001 indique que plus de 65 % des familles dans la population en général sont propriétaires de leur maison. La majorité du 35 % qui reste habite des logements loués. Au Canada, c'est le secteur privé qui possède et administre la majorité des logements à louer. Les logements sociaux communautaires ou municipaux représentent le reste des logements. Le tableau 1 indique que cette situation est l'inverse pour les Premières Nations : l'ERS estime que 61,9 % de toutes les familles vivant dans les réserves habitent des logements possédés par la bande. Les personnes vivant dans des communautés de moins de 300 personnes sont moins susceptibles de vivre dans des logements possédés par la bande que leurs homologues vivant dans des communautés de 300 à 1499 personnes.

Un logement de bande signifie plus qu'un simple logement social pour les familles à faible revenu, comme celles qui reçoivent de l'aide sociale. Cela peut aussi être un logement offert comme prestation d'emploi, avec ou sans réduction de loyer ou une déduction fiscale du salaire. Les « logements gouvernementaux » (qui, de nos jours, sont souvent offerts par les Conseils de bande) destinés aux enseignants, infirmières et agents de police en sont des exemples.⁵ Avertissement : Le tableau 1 semble suggérer que les bandes sont les principales propriétaires des maisons dans les communautés de 300 à 1499 personnes, mais le niveau de signification et les explications possibles sont insuffisants pour en arriver à une telle conclusion.

Tableau 1. Nature de l'occupation du domicile selon la taille de la communauté (n=10 566) ^{i ii}

< 300 personnes	300–1499 personnes	1500 personnes et plus	Total
54,1 %	65,6 %	57,9 %	61,9 %

Tableau 2. Nature de l'occupation du domicile selon le facteur d'éloignement – toutes les régions (n=10 566)

Le tableau 2 indique si l'accès à la propriété diffère selon l'éloignement de la communauté. La réponse est « oui », mais les raisons ne sont pas tout à fait claires. Il n'y a pas de lien entre le fait de vivre dans un logement de bande et l'éloignement de la communauté. On constate que la dépendance des communautés les plus éloignées (éloignée-isolée) envers les logements de bande est de loin la moins importante, tandis que la dépendance des communautés les deuxièmes plus éloignées (isolée) est la plus élevée (statistiquement significatif). Une partie de la réponse à ce casse-tête s'éclaircit lorsqu'on compare les réponses des Premières Nations des provinces à celles des Premières Nations des deux territoires (Yukon et Territoires du Nord-Ouest).ⁱⁱⁱ

Tableau 3. Dépendance des provinces et des territoires envers les logements de bande (n=10 566)

Provincial	Territorial	Total
63,3 %	30,0 %	61,9 %

Le tableau 3 indique des différences importantes entre les provinces et les territoires. Le pourcentage de logements de bande est le double dans les provinces. L'explication provient en grande partie du fait qu'il y a moins de Premières Nations qui administrent des logements dans les deux territoires, là où des gouvernements non de Premières

ⁱ Pour simplifier le texte, les intervalles de confiance des estimations ne sont pas rapportés à moins que le coefficient de variation ne soit supérieur à 33,3 %.

ii Les comparaisons entre les groupes ou catégories sont statistiquement significatives, sauf où NS (non significatif) est indiqué. Dans le présent chapitre, les différences sont considérées significatives lorsque les intervalles de confiance ne recoupent pas le niveau de confiance de 95 % (après un ajustement de Bonferrou).

ajustement de Bonferroni).

iii Les territoires diffèrent des provinces du fait que les sociétés d'habitation des territoires, soit la gestion directe du logement social par la SCHL, et les logements possédés par le gouvernement fon partie jusqu'à un certain point des communautés des Premières Nations. Dans les T.-N.-O, en particulier, et ailleurs dans la plupart des communautés des P.-N. des T.-N.-O., il n'existe qu'une réserve (Hay River) ayant une administration municipale. Voilà pourquoi il y a davantage de variations dans la nature de la participation des bandes au logement, et le niveau combiné de la propriété des bandes dans les territoires est moins élevé.

Nations et des ONG (par ex. les sociétés d'habitation des territoires) jouent un rôle important dans le logement social.⁶ Il faut aussi noter que les communautés des Premières Nations des territoires sont éloignées-isolées ou isolées de façon disproportionnée.

Tableau 4. Nature de l'occupation du domicile selon le facteur d'éloignement – régions provinciales (n=8 944)

Éloignée- Isolée	Isolée	Semi- Isolée	Non-Isolée	Total
61,3 %	80,4 %	68,7 %	58,6 %	62,6 %

Les données de l'ERS nous apprennent-elles quelque chose sur l'accès à la propriété des Premières Nations des provinces, là où on retrouve des communautés dans chacune des quatre catégories d'éloignement? Le tableau 4 indique qu'il n'existe pas de lien entre l'éloignement et le fait de vivre dans un logement de bande. Toutefois, nous pouvons affirmer deux choses avec confiance : premièrement, les logements de bande accueillent près des deux tiers (62,6 %) des familles des Premières Nations dans les provinces; deuxièmement, les communautés non isolées comptent beaucoup moins de familles qui dépendent des logements de bande que dans toutes les communautés plus éloignées (tableau 5).

Tableau 5. Nature de l'occupation du domicile selon le facteur d'éloignement groupé – régions provinciales (n=8 944)

 Isolée	Non-isolée	Total
76,6 %	58,6 %	62,6 %

Dans la population en général, on assume que la plupart des occupants des logements sociaux ont un faible revenu. En fait, les demandeurs doivent habituellement démontrer qu'ils ont un faible revenu pour obtenir un logement social. Jusqu'à quel point cela est-il vrai pour les Premières Nations des provinces? Les ménages à faible revenu sont-ils les ménages qui habitent dans des logements sociaux? Examinez bien le tableau 6.

Tableau 6. Nature de l'occupation du domicile selon le revenu du ménage et le revenu personnel – régions provinciales (n=4 608)

Palier de revenu	Habitent les logements de bande
< 10 000 \$	74,1 %
10 000-14 999 \$	66,9 %
15 000-19 999 \$	70,7 %
20 000-29 999 \$	63,9 %
30 000-49 999 \$	57,2 %
50 000-79 999 \$	54,8 %
80 000 \$ et plus	39,5 %

Comme avec le logement social dans la population en général, on constate d'après le tableau 6 que dans les provinces, il existe une corrélation entre le revenu du ménage et le fait d'habiter dans un logement de bande. Les familles à faible revenu habitent aussi essentiellement dans des logements de bande. Au fur et à mesure que le revenu du ménage augmente, le pourcentage des familles qui habitent des logements de bande diminue. Vu autrement, les logements de bande sont habités principalement par des familles à faible revenu. Pas moins de 74,1 % des ménages ayant indiqué un revenu inférieur à 10 000 \$ et les deux tiers (64,4 %) des familles ayant indiqué un revenu inférieur à 30 000 \$ habitent des logements de bande.

Nous observons aussi quelque chose d'inhabituel dans la population en général : plus de la moitié (57,2 %) des ménages ayant indiqué un revenu entre 30 000 \$ et 79 999 \$ habitent dans des logements de bande et plus du tiers (39,5 %) des quelques ménages ayant indiqué un revenu de plus de 80 000 \$ habitent aussi dans des logements de bande. Un revenu du ménage plus élevé ne veut donc pas nécessairement dire l'indépendance envers les logements de bande. Cela s'explique peut-être par le fait qu'il y a eu augmentation du revenu du ménage après que la famille ait obtenu un logement. Ou encore, des professionnels, comme des infirmières et des enseignants, habitent dans les maisons du gouvernement plutôt que dans des logements de bandes, ou encore, les politiques de certaines Premières Nations permettent d'offrir des maisons de bande à tout le monde. Ces pratiques peuvent expliquer l'absence d'un marché immobilier et la difficulté d'obtenir une hypothèque personnelle.

L'achèvement des études est-il un facteur déterminant pour un citoyen des Premières Nations lorsqu'il s'agit d'habiter dans un logement de bande ou de posséder sa propre maison? Le tableau 7 indique que les personnes de n'importe quel niveau d'instruction habitent des logements de bande. Les personnes sans diplôme d'études secondaires font partie du seul groupe dont le pourcentage est élevé de façon nette. Ce pourcentage élevé statistiquement significatif laisse entendre que, bien que les logements de bande soient importants en général, ils sont d'une importance capitale pour les moins instruits. Le fait que la moitié des répondants ayant un diplôme d'études collégial et 45,8 % de ceux ayant un baccalauréat habitent des logements de bande renforce nos commentaires antérieurs voulant que les logements de bande soient importants pour tous les groupes et classes de revenus en raison de l'absence d'un marché immobilier et d'autres enjeux.

Tableau 7. Nature de l'occupation du domicile selon le niveau d'instruction le plus élevé atteint, toutes les régions (n=6 771)

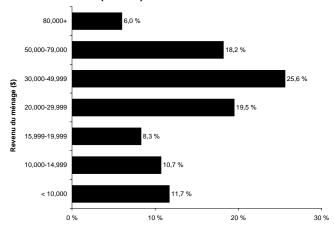
Instruction	Habitent les logements de la bande
Sans diplôme d'études secondaires	74,1 %
Diplôme d'études secondaires	66,9 %
Diplôme d'études collégiales	70,7 %
Baccalauréat	63,9 %
Grade supérieur	-

^{*}supprimé en raison de la petite taille de la cellule

Selon une formule couramment appliquée, un logement est considéré comme non abordable lorsque plus de 30 % du revenu complet du ménage est consacré au loyer, à l'hypothèque ou à l'entretien. L'Association nationale d'habitation autochtone estime que, selon cette définition, 37 % des personnes autochtones hors réserve habitent des logements qu'ils ne peuvent se payer. De ces personnes, 15 % dépensent 50 % ou plus de leur revenu total pour payer un logement. Malheureusement, nous ignorons presque tout de la capacité de payer dans les réserves, là où prévalent des conditions territoriales et économiques uniques d'un point de vue juridique, là où les coûts de construction peuvent être prohibitifs et là où on ignore quels sont les loyers réclamés aux occupants des logements de bande.

La pauvreté, qui signifie un revenu extrêmement faible, est un déterminant particulièrement important de la capacité de payer un logement. Il n'existe pas de seuil de pauvreté officiel au Canada. Toutefois, en 2001, sur la base du seuil de faible revenu, selon le Fraser Institute, 8 % des Canadiens vivaient dans la pauvreté, avec un revenu moyen de 18 000 \$ à 22 000 \$.8 Il n'existe aucun motif probant qui laisse croire que le seuil de la capacité de payer un logement, soit 30 % du revenu du ménage, ne s'applique pas dans les réserves tout comme il s'applique hors réserve. Selon l'ERS, cette définition de la pauvreté correspond à une proportion beaucoup plus grande de ménages des Premières Nations. Voici la distribution du revenu du ménage dans les communautés des Premières Nations (Figure 1).

Figure 1. Distribution du revenu du ménage au sein des Premières Nations (n=5301)



D'après la Figure 1, la moitié (50,2 %) des ménages des PN a un revenu de moins 30 000 \$ par année et 11,7 %, un revenu de moins de 10 000 \$.

Conditions physiques de logement

Dans un bulletin de recherche récent de la SCHL, on trouve la description suivante du rôle du logement dans la santé de la population en général :

Ainsi, il semble que des facteurs socio-économiques déterminent en grande partie la santé de la [population]. Le logement est probablement une composante essentielle puisqu'il est une nécessité de la vie quotidienne, mais son rôle est méconnu. Bien qu'on ait effectué un nombre important de recherches, cellesci ont été entreprises de façon indépendante et, en tant que masse de travail, elles manquent de cohésion [traduction].

Notre compréhension des relations entre le logement et la santé dans les communautés des Premières Nations est encore moins étendue que notre compréhension des relations entre le logement et la santé dans la population en général.¹⁰ Bien qu'on constate des défis disproportionnés en matière de logement dans de nombreuses communautés des Premières Nations, la masse de la recherche sur le logement dans les réserves manque particulièrement de cohésion. En utilisant les données de l'ERS, il est possible de corréler certaines données sur l'état de santé avec des données sur le logement. Toutefois, compte tenu du peu de compréhension que nous avons en règle générale des relations entre le logement et la santé et des limitations des données, nous hésitons à admettre un trop grand nombre d'inférences. Considérons plutôt ce que nous dit l'ERS à propos conditions physiques des logements des Premières Nations et laissons au lecteur le soin de déduire quels sont les impacts considérables sur la santé que sous-entendent les statistiques sur les conditions des logements.

Les conditions de logement et de vie auxquelles sont confrontés la plupart des membres des Premières Nations

iv « La mesure de 30 % est une norme généralement utilisée pour identifier la capacité financière. Elle est la base de la mesure de capacité financière du modèle de besoins impérieux de la SCHL (avec un modificateur de revenu) et elle constitue la base des paiements de subvention de la plupart des programmes de logements sociaux partout au Canada [traduction]. » Association nationale d'habitation autochtone, 2004.

V Les coûts de construction, tout comme les coûts de la vie, ont tendance à augmenter proportionnellement à l'isolement géographique. D'habitude, les communautés où la vie est la plus chère sont situées les plus au nord, sans voie d'accès praticable en tout temps toute l'année.

sont significativement plus déplorables que dans la population des provinces et du pays en général. Le parc de logements est varié, comprenant même des roulottes et de très vieilles maisons qui ont été déménagées au moyen de bulldozer ou par barge. Dans les réserves, la plus grande partie du parc de logements est âgé. Les unités existantes ont un besoin urgent de rénovations ou d'améliorations. Le parc comprend des maisons du gouvernement de type « boîte d'allumettes », avec de très petites chambres, qui remontent au premier programme de logement des années 1940 et 1950 et de grandes unités modernes, dont la construction répond ou ne répond pas aux conditions locales. On sait aussi que l'entretien des unités de logement sur les réserves est souvent insuffisant.

Des différences considérables et inacceptables dans ce parc de logements divers ont été bien documentées au cours de nombreuses années. Le rapport du groupe de travail Neilson de 1985¹³ constate que les logements dans les réserves sont toujours les plus pauvres au Canada. Le quart des unités nécessitent des réparations majeures et le tiers est surpeuplé. En 1992, le Comité permanent des affaires autochtones constate que la moitié seulement des 70 000 unités de logement dans les réserves sont habitables. ¹⁴ En 2003, la vérificatrice générale note qu'environ 44 % des unités existantes ont besoin de rénovations. ¹⁵

Qu'est-ce que l'ERS nous apprend de plus que ce que nous savons déjà sur les conditions physiques du parc de logements des Premières Nations? (Voir le tableau 8.) L'aspect le plus intéressant sans doute est que le tiers (33,6 %) des logements ont besoin de réparations majeures, une augmentation par rapport au chiffre de « un quart » cité

en 1985 par le groupe de travail Neilson. Un autre tiers (31,7 %) nécessite des réparations mineures tandis que le tiers qui reste (34,7 %) est dans un état acceptable. Cela laisse aussi entendre que ces taux de besoin de réparations sont plus élevés que les estimations de 44 % de la vérificatrice générale en 2003.

Tableau 8. Condition de logement déclarée (n=10 603)

Réparations majeures	Réparations mineures	Entretien régulier seulement	Aucune réparation
33,6 %	31,7 %	24,0 %	10,7 %

Le revenu familial joue-t-il un rôle dans la condition physique du logement? Le tableau 9 ne s'interprète pas par une affirmation simple comme « plus le revenu est faible plus la maison est délabrée ». La situation semble plus claire dans le tableau 10 où nous avons appliqué un seuil de 20 000 \$. Il est plus probable que les maisons des personnes dont le revenu du ménage est inférieur à 20 000 \$ par année nécessitent des réparations majeures par rapport aux maisons des personnes dont le revenu est plus élevé. Les maisons des ménages dont le revenu est supérieur à 20 000 \$ ont plus de chance de nécessiter un entretien régulier seulement.

La plupart des adultes des Premières Nations ne sont pas satisfaits du rythme de l'amélioration de la qualité des logements dans leurs communautés. Lorsqu'on mentionne les progrès accomplis pour améliorer la qualité des logements dans les communautés, 40,3 % des répondants de l'ERS ont l'impression qu'il n'y a pas eu de progrès, 46,2 % indiquent « certains progrès » et 13,5 % seulement rapportent des « progrès importants ».

Tableau 9. Conditions de logement déclarées selon la catégorie de revenu du ménage (n=5 233)

				Palier de r	evenu			
Principales réparations nécessaires	< 10 000 \$	10 000 \$ - 14 999 \$	15 000 \$ - 19 999 \$	20 000 \$ - 29 999 \$	30 000 \$ - 49 999 \$	50 000 \$ - 79 999 \$	Plus de 80 000 \$	Total
Réparations majeures	38,9 %	35,9 %	40,1 %	28,3 %	26,5 %	26,4 %	17,4 %	29,9 %
Réparations mineures	32,2 %	39,7 %	34,8 %	35,0 %	35,5 %	31,4 %	30,1 %	34,3 %
Entretien régulier seulement	17,7 %	17,3 %	19,9 %	26,6 %	27,2 %	33,9 %	40,2 %	26,3 %
Aucune réparation	11,3 %	7,1 %	5,2 %	10,1 %	10,8 %	8,3 %	12,3 %	9,5 %

Tableau 10. Conditions des logements déclarées selon la catégorie de revenu du ménage inférieur et supérieur à 20 000 \$ (n=5 233)

Déparations principales	Palier de revenu					
Réparations principales	<20 000 \$	>20 000 \$	Total			
Réparations majeures	38,2 %	26,2 %	29,9 %			
Réparations mineures (NS)	35,5 %	33,8 %	34,3 %			
Entretien régulier seulement	18,1 %	29,9 %	26,3 %			
Aucune réparation (NS)	6,4 %	10,1 %	9,5 %			

L'offre de logements et la densité d'occupation

En 2003, la vérificatrice générale a utilisé des termes assez explicites pour décrire le problème de pénurie de logements auquel sont confrontées les Premières Nations :

En 2001, selon les estimations d'Affaires indiennes et du Nord Canada, il manquait environ 8 500 maisons dans les réserves, et quelque 44 p. 100 des 89 000 maisons avaient besoin de rénovations. Par rapport à l'ensemble de la population canadienne, le taux de croissance de la population dans les réserves est deux fois plus élevé, et plus de la moitié de cette population est âgée de moins de 25 ans. ¹⁶

En 2001, le ministère estimait qu'il y avait dans les réserves environ 89 000 unités de logement pour répondre aux besoins de quelque 97 500 ménages, soit un déficit de 8 500 unités. De plus, 44 p. 100 des logements actuels avaient besoin de rénovations. Par ailleurs, on s'attend à la constitution de quelque 4 500 nouveaux ménages chaque année, pendant au moins les dix prochaines années. On prévoit que le financement fédéral actuel permettra la construction d'environ 2 600 maisons et la rénovation de quelque 3 300 maisons par année. ¹⁷

En 2005, AINC décrit la situation comme suit :

Selon le dernier recensement, environ 12 % des logements dans les collectivités des Premières nations sont surpeuplés, comparativement à 1 % dans le reste du Canada. Selon des données du 31 mars 2005, plus de 21 200 (21,9 %) des quelque 96 800 habitations dans les collectivités des Premières nations nécessitent des réparations majeures et quelque 5 500 (5,7 %) doivent être remplacées. ¹⁸

Les estimations concernant la pénurie de logements diffèrent. L'Assemblée des Premières Nations (APN) estime la pénurie à 80 000 unités¹⁹, au maximum. Les estimations sont du domaine de la conjecture ou proviennent de chiffres de modélisation parce qu'elles ne reflètent pas le nombre réel de familles sur les listes d'attente établies par les sociétés d'habitation des Premières Nations. Malgré ces limitations, nul ne peut contester que les chiffres s'élèvent dans les dizaines de milliers.

Avec l'ERS, il est impossible de compter le nombre d'unités de logement ou d'estimer les besoins supplémentaires en d'unités de logement. Toutefois, elle peut nous fournir une mesure indirecte des besoins en matière de logement en mesurant la densité d'occupation, soit le nombre de personnes qui habitent une maison ou le nombre de personnes par pièce de la maison. On définit parfois la densité d'occupation comme le « surpeuplement », soit un trop grand nombre de personnes dans une maison.

Une maison dont la densité excède une personne par pièce est considérée comme surpeuplée. Vi D'après le recensement de 2001, au Canada, dans l'ensemble, la densité est de 0,4 personne par pièce. D'après l'ERS, le taux de densité moyenne dans les communautés des Premières Nations est de 0,76 personne par pièce, près du double du taux de la population en général.

Tableau 11. Densité d'occupation moyenne (personnes par ménage), maisons des Premières Nations contre maisons des Canadiens

		Recensement				
	1981	1986	1991	1996	2001	(ERS)
Premières Nations			3,5			4,8
Canada	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	

D'après le recensement de 2001 (tableau 11), la densité d'occupation moyenne dans les maisons du Canada aujourd'hui est d'environ 2,6 personnes par maison. Selon les estimations de l'ERS, la densité d'occupation dans les maisons des Premières Nations est presque le double (4,8 personnes) que dans les maisons du Canada dans l'ensemble (environ 2,6 personnes). En outre, la densité semble augmenter chez les Premières Nations alors que dans la population en général, elle diminue depuis 20 ans. Dans certains cas, le nombre d'occupants dans les maisons des Premières Nations peut être très élevé. Le plus grand nombre d'occupants enregistré par l'ERS est de 18 personnes.

Tableau 12. Estimations du pourcentage de maisons surpeuplées selon la taille des communautés (n=10 545)

<300 personnes	300–1499 personnes	1500 personnes et plus	Total
12,6 %	15,5 %	21,4 %	17,2 %

Le tableau 12 indique que la définition de maison surpeuplée s'applique à 17,2 % des maisons des Premières Nations. VII Qui plus est, de toutes les maisons où se trouvent des enfants, près du quart (24,6 %) est surpeuplé. Il existe une corrélation inverse prononcée entre la taille de la

^{vi} La densité d'occupation d'une maison est tout simplement le nombre de personnes du ménage divisé par le nombre de pièces. L'ERS utilise l'indice d'encombrement 1,0 et se plie aux conventions établies pour savoir quelles pièces sont comprises ou non : cuisines, chambres à coucher, salons, sous-sol aménagé. Les salles de bain, les couloirs, les salles de lavage et les cabanons attachés sont exclus.
^{vii} Dans le rapport de l'enquête auprès des adultes de l'ERS, le pourcentage de surpeuplement est plus élevé, soit 24,6 %. Dans ce pourcentage, seuls les ménages avec enfants sont compris. Dans le contexte actuel, c'est-à-dire tous les ménages, le pourcentage de 17,2 % déclaré ici est bon.

communauté et le surpeuplement dans les maisons. Dans les communautés les plus populeuses, le taux de surpeuplement est presque le double de celui des communautés les plus petites. Cela s'explique sans doute par la méthodologie utilisée par l'AINC pour déterminer la distribution du financement destiné aux installations permanentes. Peu importe quel est le déterminant, le lien entre le surpeuplement et la taille de la communauté est une question qui mériterait des recherches supplémentaires.

Infrastructures de base et commodités dans les logements

L'ERS donne des renseignements de nature domestique concernant deux indicateurs sociosanitaires d'une importance particulière pour la santé publique : l'élimination des déchets et la qualité de l'eau. Les infrastructures communautaires seront traitées plus sommairement dans une enquête « écologique » de l'ERS actuellement en cours à l'échelle communautaire.

Services de collecte des déchets

Plus d'un adulte sur cinq (21,8 %) indique qu'il n'a pas accès à des services de collecte des ordures ménagères. Ce service varie selon l'éloignement de la communauté. La plus faible proportion de personnes n'ayant pas accès à des services d'enlèvement des ordures se trouve dans des communautés éloignées-isolées (7,5 %). Le niveau d'accès le moins élevé à ces services se trouve dans des communautés isolées (38,1 %). Les communautés semi-isolées indiquent un taux de non-accès de 13,0 % tandis que les communautés non isolées indiquent un taux de non-accès de 19,8 %.

L'ERS ne nous permet pas d'expliquer cette tendance géographique. Pour les occupants des maisons (21,8 %) n'ayant pas de services d'enlèvement des ordures, les solutions consistent à transporter eux-mêmes les ordures à un dépotoir, à payer quelqu'un de façon périodique pour les transporter au dépotoir, à se débarrasser des ordures sur les lieux ou à ne pas avoir de dépotoir dans la communauté. Les répercussions sur la santé publique de ces maisons (21,8 %) pour lesquelles il n'y a pas de services de collecte des ordures nécessitent sans contredit une enquête plus approfondie. Il serait intéressant de constater jusqu'à quel point ces services sont aussi absents dans les collectivités hors réserve avoisinantes.

Les services d'égout

L'ERS indique que 9,0 % des maisons dans les communautés des Premières Nations n'ont pas de fosse septique ou de service d'égouts. Le lien avec l'éloignement de la communauté correspond à ce qu'on constate pour les services de collecte des ordures. Dans les communautés isolées, les maisons sont maintes fois plus susceptibles de ne pas posséder de fosse septique ou de service d'égouts que les maisons situées dans d'autres types de communautés (tableau 13).

Tableau 13. Présence d'une fosse septique ou de service d'égouts selon le facteur d'éloignement (n=10 332)

Éloignée- isolée	Isolée	Semi-isolée	Non-isolée
12,1 %	29,5 %	8,0 %	5,0 %

L'approvisionnement en eau et la qualité de l'eau

Selon l'ERS, la confiance des membres des Premières Nations envers la salubrité de l'eau varie considérablement. Les deux tiers seulement des répondants (67,8 %) considèrent que leur eau est potable (tableau 14).

Les personnes qui vont chercher l'eau elles-mêmes dans une rivière, un lac ou un étang sont plus susceptibles de considérer que l'eau est potable (80,3 %, NS). Le choix de leur source d'approvisionnement peut être fondé sur la méfiance envers les sources d'approvisionnement communautaires comme sur toute autre raison. La livraison de l'eau au moyen de canalisations provenant d'une source locale ou communautaire est la principale source d'approvisionnement pour la majorité des répondants (63,2 %). De ces répondants, 71,4 % seulement considèrent que leur eau est potable, malgré le fait que l'eau est vraisemblablement traitée.

En examinant les réponses à une question différente, on conclut que la principale source d'eau *potable* pour les membres des Premières Nations est l'eau embouteillée (61,7 % des répondants), même si l'approvisionnement d'eau se fait principalement par des canalisations. On peut considérer cela comme la preuve d'une certaine méfiance ou de craintes envers la principale source d'approvisionnement en eau. Dans une autre étude, il serait intéressant de corréler cette dépendance apparente envers l'eau embouteillée avec d'autres facteurs, comme les problèmes d'estomac et l'eau disponible d'autres sources.

Tableau 14. Perception de la salubrité de l'eau selon la source d'approvisionnement

	Source de l'eau potable							
Approvisionnement en eau	Canalisations locales ou communautaires	Par camion	Puits individuels ou partagés	Autocollecte – rivière, lac, étang	Autocollecte – usine d'eau potable	Maison d'un voisin	Autre	Total
Proportion	63,2 %	15,9 %	16,5 %	0,9 %	1,8 %	0,7 %	1,1 %	100 %
Impression que la source n'était pas salubre	71,4 %	59,0 %	63,4 %	80,3 %	65,6 %	-	36,6 %	67,8 %

Il est vrai que des « avis de faire bouillir l'eau » sont émis dans de nombreuses communautés des Premières Nations. Ces avis sont émis lorsqu'on a la preuve qu'une contamination bactérienne, chimique ou minérale dépasse un niveau minimal. Les chiffres fluctuent au fur et à mesure que les problèmes surviennent et qu'on les règle. Les chiffres « officiels » ont une connotation politique, et à vrai dire sont incertains, depuis l'évacuation de la communauté crie de Kashechewan en octobre 2005. Les rapports des médias, comme le suivant, dénotent le niveau d'intérêt du public :

Jeudi, le chef des néo-démocrates de la province a déclaré qu'un rapport basé sur des données de Santé Canada indiquant que 30 % des réserves des Premières Nations de l'Ontario font l'objet d'avis de faire bouillir l'eau sous-estime en fait l'étendue du problème. Le ministre des Ressources naturelles a publié des données indiquant que 37 des 123 réserves autochtones de l'Ontario ayant fait l'objet d'une enquête de Santé Canada ont reçu des avis de faire bouillir l'eau, dont certains remontent aussi loin que février 2002 [traduction].²⁰

On peut dire qu'il existe des problèmes graves et généralisés concernant les réseaux d'aqueduc des Premières Nations. Un des rapports les plus crédibles à ce sujet est le rapport consécutif à une étude réalisée par AINC en 2003. Il conclut que 16 % des systèmes *d'eaux résiduaires* des communautés présentent des risques élevés de contaminer leur réseau d'eau potable. Un autre 44 % présentait un risque moyen. « Moins de » 10 % des communautés ont reçu un avis de faire bouillir l'eau, ce qui représente quand même un pourcentage élevé. La même étude conclut que 39 % de tous les systèmes d'aqueduc évalués excédent un ou plusieurs des seuils d'indicateurs de risque « occasionnellement ou de façon permanente ».²¹

Environ le même pourcentage (32,2 %) de répondants de l'ERS considèrent que leur eau potable est insalubre. Toutefois, jusqu'à ce que les données soient analysées en profondeur, il est impossible de relier ces répondants aux communautés où le risque est élevé selon les analyses de laboratoire ou d'autres évaluations. Pour le moment, il est aussi impossible d'affirmer si la concentration des 7,9 % des répondants qui font bouillir leur eau se trouve dans ces communautés. Ce que nous pouvons affirmer, par contre, est que 7,9 % semble un pourcentage faible lorsqu'on sait qu'un

sixième des communautés a été avisé de faire bouillir l'eau; l'explication se trouve peut-être dans la distribution de la population de ces communautés.

Tableau 15. Maisons avec « commodités nécessaires » et « commodités de télécommunication »

Commodité	Pourcentage des maisons avec ou sans les commodités
« Commodités nécessaires »	
Eau chaude courante	96,3 % (3,7 % sans)
Eau froide courante	96,5 % (3,5 % sans)
Toilettes à chasse d'eau	96,5 % (3,5 % sans)
Réfrigérateur	98,7 % (1,3 % sans)
Cuisinière	99,3 % (0,7 % sans)
Électricité	99,5 % (0,5 % sans)
« Commodités de télécommunication »	»
Téléphone avec services	81,7 % (18.3 % sans)
Connexion Internet	29.3 % (70,7 % sans)
Ordinateur	40,8 % (59,2 % sans)

L'ERS permet de savoir si les ménages des Premières Nations possèdent certaines commodités que la société canadienne dans l'ensemble considère comme nécessaires (tableau 15). Presque toutes (99,5 %) les maisons ont l'électricité. Il serait intéressant de connaître combien de ces maisons s'approvisionnent auprès d'un réseau public, d'une centrale à diesel locale ou d'une génératrice domestique. Pratiquement toutes les maisons ayant l'électricité possèdent aussi un réfrigérateur et une cuisinière.

Il est encourageant de constater que 96,3 % des maisons possèdent l'eau chaude courante et que 96,5 %, l'eau froide courante. Il faut toutefois tempérer notre optimisme en raison du fait que plus de 3 % des maisons ne possèdent pas l'eau courante. Les pourcentages des maisons ayant l'eau courante comprennent les maisons dont l'eau provient de canalisations, de puits ou de camions qui livrent l'eau qu'on entrepose dans des réservoirs à l'intérieur. Dans les cas de l'eau provenant d'un puits ou livré par camion, on utilise certainement une pompe électrique pour la pomper. De nos jours, il va sans dire qu'un très petit nombre de maisons des Premières Nations situées dans des communautés organisées obtiennent encore leur eau manuellement, mais cela est

probablement différent dans le cas des maisons situées dans la forêt.

Un pourcentage élevé (96,5 %) de maisons ont des toilettes à chasse d'eau. On présume que les 3,5 % qui restent possèdent des toilettes chimiques à l'intérieur, des installations primitives pour les déchets solides à l'intérieur ou des latrines extérieures. L'augmentation de la prévalence des toilettes à chasse d'eau à l'intérieur est un autre domaine où d'importants progrès ont été réalisés dans les dernières décennies. Les progrès réalisés dans ce domaine permettent de réduire les risques pour la santé publique reliés aux eaux usées, comme les gastro-entérites, qui ont été pendant des décennies un véritable problème pour certaines communautés des Premières Nations.

Selon l'ERS, le revenu n'a pratiquement aucun rapport avec le fait qu'une maison possède les « commodités nécessaires » indiquées au tableau ci-dessus. Ces commodités nécessaires à la vie se trouvent habituellement dans les « maisons du gouvernement », ainsi que dans les logements de bande et les logements sociaux. Autrement, l'aide au revenu, comme l'aide sociale et les pensions, garantit probablement que presque tous les ménages des Premières Nations possèdent ces commodités nécessaires.

Les commodités de télécommunication (téléphone, Internet, et ordinateur) sont nécessaires si on veut participer à l'économie moderne. viii Contrairement aux commodités la nécessaires. possession de commodités de télécommunication dépend grandement du revenu du ménage. Cela est facile à comprendre si on considère la prévalence relative de la pauvreté et le fait que ces biens sont rarement fournis par les programmes d'aide. La possession d'un ordinateur a une très forte corrélation avec le revenu. Seulement 21 % des ménages ayant un revenu inférieur à 10 000 \$ possèdent un ordinateur; ce taux augmente de façon régulière avec toutes les catégories de revenus, jusqu'à atteindre 81,6 % des ménages dont le revenu est supérieur à 80 000 \$.

Le pourcentage apparemment faible de 29,8 % de connexion Internet indiqué dans le tableau ci-dessus possède des déterminants marqués autres que les finances du ménage, soit l'éloignement des fournisseurs de services Internet et l'absence de services de transmission à large bande pour de nombreuses communautés des Premières Nations. Le tableau 16 indique la proportion des communautés ayant accès à Intrnet selon le facteur d'éloignement : éloignées-isolées (15,5 %), isolées (20,8 %), semi-isolées (26,1 %) et non-isolées (32,4 %). Le pourcentage de communautés éloignées-isolées ayant accès à Internet et possédant un ordinateur correspond à la moitié du même pourcentage pour les communautés non-isolées. Pour les communautés où Internet

 $^{\mathrm{viii}}$ Consulter le rapport préliminaire de l'enquête auprès des adultes pour un compte rendu sur le « fossé numérique ».

est disponible, l'accès à Internet est fortement relié au revenu et, bien entendu, à la possession d'un ordinateur.

Tableau 16. Commodités nécessaires et commodités de télécommunication selon le facteur d'éloignement

	Estimations du pourcentage des commodités selon le facteur d'éloignement					
	Éloignée- isolée	Isolée	Semi- isolée	Non- isolée	Total	
Commodités n	écessaires					
Eau chaude courante	97,1 %	83,2 %	98,1 %	98,6 %	96,2 %	
Eau froide courante	97,2 %	83,9 %	97,6 %	98,8 %	96,4 %	
Toilettes à chasse d'eau	96,8 %	84,4 %	98,1 %	98,7 %	96,4 %	
Réfrigérateur	99,0 %	95,5 %	97,6 %	99,4 %	98,7 %	
Cuisinière	97,1 %	98,2 %	98,6 %	99,6 %	99,3 %	
Électricité	99,8 %	98,7 %	98,0 %	99,8 %	99,5 %	
Commodités d	le télécommui	nication				
Téléphone avec service	65,6 %	76,7 %	75,6 %	83,9 %	81,8 %	
Connexion Internet	15,5 %	20,8 %	26,1 %	32,4 %	29,8 %	
Ordinateur	22,2 %	32,0 %	31,6 %	44,7 %	41,4 %	

Plus des trois quarts (77,3 %) des ménages des communautés des Premières Nations disent posséder un détecteur de fumée en état de marche. Ce pourcentage est plus élevé que le pourcentage « autochtone » de 70 % pour tous les peuples autochtones ayant participé à l'Enquête sur les peuples autochtones (APA) de 1991. Il est toutefois impossible d'affirmer si la différence représente un changement avec le temps ou le fait que des personnes vivant à l'extérieur des communautés des Premières Nations aient participé à l'APA. Seulement 18,2 % des maisons des Premières Nations possèdent un détecteur de monoxyde de carbone. Les risques associés à ce faible pourcentage ne sont pas nécessairement élevés; cela dépend de l'utilisation de poêles à bois, de fournaises ou de chauffe-eau au mazout. L'ERS indique que moins de la moitié (47,5 %) des maisons des communautés des Premières Nations possèdent un extincteur.

Qualité de l'air intérieur et santé

La qualité de l'air intérieur dans les logements affecte la santé des occupants. Depuis plus d'un siècle, les préoccupations du Service de santé des Indiens concernant la qualité de l'air intérieur se sont limitées aux effets du surpeuplement sur la transmission des maladies contagieuses, dont surtout la tuberculose. Chose intéressante, l'ERS indique que des 2,9 % des personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose, près d'une personne sur trois

(31,0 %) vit dans une maison techniquement surpeuplée. Bien que la tuberculose demeure une maladie qui fait peur. elle n'est pas la seule maladie dont la transmission est favorisée par le surpeuplement. Le rhume et la grippe en sont des exemples évidents. La transmission de la shigellose et de l'hépatite A est aussi associée au surpeuplement, y compris chez les Premières Nations.²² Néanmoins, le pourcentage de 31,0 % de l'ERS indiquant un premier diagnostic de tuberculose chez les personnes vivant dans des maisons surpeuplées donne à réfléchir. Les cas évolutifs de cette maladie, dont on n'entend presque jamais parler dans la population en général, sont toujours en recrudescence dans les communautés des Premières Nations. Dans ces cas, les conditions de surpeuplement dans les maisons rendent les efforts de contrôle des agents de la santé publique encore plus difficiles.

Bien que la tuberculose soit plus susceptible de se propager dans des logements surpeuplés, de nos jours, la santé publique admet que la contamination environnementale de l'air intérieur est un déterminant important de la santé. On reconnaît ainsi le fait que la plupart des personnes passent la une grande partie de leur temps à l'intérieur. La tendance des gens de notre époque à passer plus de temps à l'intérieur est un facteur de l'augmentation de la prévalence des maladies respiratoires. Dernièrement, il convient de particulièrement l'augmentation des cas d'asthme et d'allergies.²³ L'ERS permet de mesurer certains facteurs internes pouvant causer des problèmes respiratoires. Avant d'examiner ces statistiques, nous devons préciser le rôle joué par la contamination domiciliaire dans la foulée de cette tendance par rapport au rôle joué par la pollution atmosphérique en général.

Premièrement, la maison moyenne offre peu de protection contre les aérosols, les particules et la contamination par des gaz de l'air en général. Prenons l'exemple de Fort Frances, en Ontario, où les cheminées des usines à papier dégagent des gaz comme l'hydrogène sulfuré. Un air fétide se répand souvent sur des parties de la ville et de la communauté des Premières Nations adjacente. En deux mots, l'odeur est insoutenable autant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Ce cas n'est pas un cas isolé. Aussi, les conditions atmosphériques peuvent occasionner de fortes concentrations de smog au niveau du sol, particulièrement dans le sud du Canada. Les cas de smog plus intense ont fait l'objet d'une corrélation avec l'augmentation accrue de problèmes respiratoires, y compris un plus grand nombre de patients admis à l'urgence à l'hôpital pour des problèmes respiratoires. Heureusement pour les Premières Nations, la majorité de la population de ces dernières vit dans des communautés assez éloignées, à l'extérieur des principales zones de smog. Cela indique le rôle potentiellement plus élevé joué par la contamination domiciliaire dans les statistiques sur les maladies respiratoires des Premières Nations.

Nous ignorons, parce que nous ne l'avons pas essayé, si l'ERS peut établir une corrélation entre les maladies respiratoires et d'autres maladies et le fait de vivre dans des communautés où les polluants industriels constituent un problème particulier. C'est donc un domaine de recherche digne d'exploration, consécutif à la collecte de données provenant de l'enquête communautaire actuellement en cours. Ceci n'est pas particulièrement une question de santé environnementale, mais il serait important d'isoler le point d'origine interne du point d'origine externe.

Les personnes âgées, les jeunes enfants et les malades chroniques sont considérés comme les groupes les plus vulnérables à la pollution atmosphérique intérieure et extérieure. Cette vulnérabilité s'explique en partie par des facteurs cliniques comme la forme, la résistance et les maladies préexistantes. Ces groupes ont aussi tendance à passer la plus grande partie de leur temps à la maison, et ainsi à demeurer exposés aux polluants qui s'y trouvent.²⁴ L'ERS enregistre aussi certaines maladies chroniques comme les allergies et la bronchite, selon l'âge. On peut les corréler selon l'aspect géographique et d'autres facteurs. Près d'un répondant adulte sur cinq (18,3 %) déclare souffrir d'allergies et un sur dix (9,7 %), d'asthme. Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour déterminer quels éléments de la qualité de l'air intérieur font empirer ces conditions puisque l'ERS n'a pas recueilli de renseignements sur tous les facteurs avant une influence sur ces conditions. Par exemple, l'ERS n'a pu inclure de tests sur l'air pour aucun des polluants environnementaux intérieurs associés à des maladies chroniques, ou des atteintes respiratoires aiguës ou d'autres conditions. Nous n'avons pu mesurer les détritus des animaux de compagnie, comme les poils et les cellules épidermiques, responsables des allergies aux animaux de compagnie. De même, nous n'avons pu échantillonner les matériaux de construction pouvant causer des allergies par leur contact ou qui dégagent des vapeurs. Cela peut entraîner des réactions chez tous les résidents ou chez des personnes sensibles. Il est aussi possible qu'une exposition chronique mène à une sensibilité accrue.

L'ERS portait aussi sur la présence de deux polluants intérieurs importants : les moisissures et la cigarette (si on fume dans la maison). Dans le présent chapitre, nous abordons la question des moisissures. La cigarette est un autre polluant intérieur, que l'on traite ailleurs dans d'autres chapitres du présent rapport.

Les moisissures toxiques, un polluant de l'air intérieur, sont communes et persistantes dans les maisons partout au Canada. Les moisissures dont on doit particulièrement se préoccuper sont celles qui vivent sur ou dans la structure de l'édifice lui-même. Certaines ressemblent à la moisissure qu'on retrouve sur le pain ou sur le fromage, mais les problèmes de moisissures dans la structure ne résultent pas d'une perte de contrôle de la moisissure des aliments. Les spores sont envahissantes en concentrations infimes. La

question est de savoir si la structure de la maison leur offre un bon environnement pour « s'incruster » et se multiplier en concentrations excessives. Certaines moisissures peuvent produire des allergènes, des irritants ou des toxines, individuellement ou en combinaison. Les rhinites, l'asthme, les alvéolites et d'autres allergies sont associés aux moisissures. L'affaiblissement du système immunitaire, pouvant mener à une sensibilité et des problèmes secondaires, l'est aussi. Les personnes sensibles sont enclines à avoir les yeux et la gorge irrités, à souffrir de fatigue et de maux de têtes. 26,27

La présence de moisissures peut rendre une maison inhabitable, que les personnes soient sensibles ou non. De temps à autre, les autorités de santé publique municipales et provinciales décrètent que certaines maisons sont inhabitables en raison de fortes concentrations de moisissures. Dans de tels cas, elles émettent parfois des avis d'évacuation. Ces normes et mesures ne s'appliquent pas dans les réserves, probablement surtout parce que les autorités sanitaires des communautés des Premières Nations n'ont pas les compétences nécessaires pour tester les concentrations de moisissures dans l'air. En outre, de tels avis d'évacuation ne signifient rien s'il n'existe pas d'autres choix d'hébergement; les habitants de maisons où se trouvent des moisissures ne sauraient où déménager.

Les moisissures ont besoin de chaleur, d'humidité, d'air statique et d'une source d'alimentation. Un grand nombre peut métaboliser les matériaux organiques de l'édifice, comme les poutres en bois, le contreplaqué et même le papier peint. Les maisons où le taux d'humidité et les infiltrations sont élevés sont des endroits idéaux pour la croissance des moisissures. Par conséquent, bien que les maisons ayant des conditions physiques médiocres dans l'ensemble sont aussi celles qui ont des problèmes de moisissures, l'âge et la décrépitude de la maison n'entraînent pas toujours la présence de moisissures. Pour avoir un problème de moisissures, la maison doit d'abord avoir un problème d'humidité.²⁸ Comme on l'a dit plus haut, l'ERS indique que les deux tiers des maisons dans les communautés des Premières Nations nécessitent des réparations majeures ou mineures, ce qui implique un risque plus élevé de problèmes de moisissures. L'ERS ne permet pas de recueillir des preuves de niveaux élevés de moisissures dans les maisons humides, mais une ERS future le pourrait puisqu'il est facile de répondre à des questions sur l'humidité d'une maison.

Il n'est pas réaliste de penser éliminer les moisissures en croissance et ses spores dans une maison. La meilleure façon de contrôler les moisissures intérieures est de contrôler le niveau d'humidité. Toutefois, une maison peut être tellement envahie par les moisissures que l'enlèvement du matériel contaminé est nécessaire, ce qui s'avère une démarche dispendieuse. Habituellement, cela nécessite aussi des mesures coûteuses pour diminuer le niveau d'humidité, y

compris stopper l'entrée ou l'accumulation de l'eau. Ces mesures sont parfois non rentables par rapport à la démolition et à la reconstruction. Il est toujours difficile de trouver l'argent nécessaire pour corriger le problème des moisissures, pour déménager ou démolir et reconstruire. On finit généralement par rester dans la même maison et à endurer les conséquences des moisissures sur la santé.

Les moisissures ayant des effets nocifs sur la santé sont d'ordinaire capables de survivre durant des années à l'état de dormance, comme les spores, si les conditions sont sèches. Des mesures correctrices dispendieuses peuvent quand même laisser un niveau intolérable de spores dormantes dans l'air sec. Elles germeront dès que l'humidité extérieure augmentera. Le suintement saisonnier au sous-sol est une des raisons pour lesquelles les moisissures reviendront à des concentrations critiques. Une ventilation inadéquate, ainsi que les bains et la cuisson, sont d'autres raisons. De nombreuses maisons des Premières Nations sont trop vieilles et rudimentaires pour avoir une bonne ventilation, des ventilateurs d'extraction ou même des fenêtres placées à des endroits stratégiques qu'on peut ouvrir. Dans les communautés éloignées surtout, on étend les manteaux, les bottes et la lessive autour du poêle à bois et au-dessus des sources de chaleur pour les faire sécher. Cette facon de faire fait partie des normes culturelles et il en résulte une source importante d'humidité. De même, les bouilloires et les casseroles d'où s'échappe de la vapeur sont des pratiques courantes dans un grand nombre de ménages des Premières Nations. En l'absence d'un réservoir d'eau chaude, il faut parfois faire chauffer de grandes quantités d'eau sur le poêle. Cela pourrait être une donnée utile à saisir pour une ERS future.

Le problème de concentration des moisissures dans les maisons des Premières Nations a été documenté dans de nombreuses communautés au fil des ans. Les taux élevés de maladies respiratoires, comme la bronchite et l'asthme, l'ont été aussi. Il n'en demeure pas moins qu'il existe des facteurs autres que les moisissures qui peuvent causer de telles maladies respiratoires. Cela, et l'absence de lien entre les personnes ayant les données médicales cliniques et les personnes qui voudraient les utiliser pour tester le lien entre les moisissures et les maladies, signifie qu'il existe peu de données empiriques dans le domaine public sur la toxicité des moisissures dans les maisons des Premières Nations. Il est donc facile pour les intervenants fédéraux du secteur du logement des Premières Nations de minimiser ou d'ignorer les plaintes sur la prévalence des moisissures.

Peu d'études médicales ont été menées dans le monde pour établir un lien direct entre les moisissures, un état physique précaire et des maladies respiratoires précises. Les effets toxiques des moisissures sur le système respiratoire sont toutefois reconnus; ce qui n'est pas clair, par contre, c'est la façon dont ces moisissures influencent les conditions respiratoires précises plutôt que la santé respiratoire en

général. En 2001, une enquête quantitative auprès de la communauté crie de Chisasibi, dans le nord du Québec, a été révélatrice. L'enquête indique que plus de la moitié des maisons « à problème » ayant fait l'objet d'une étude a des problèmes structuraux et qu'en moyenne, une maison loge 7,2 personnes qui partagent souvent une seule salle de bain. Le questionnaire sur la santé permet de constater un lien important entre la présence de moisissures et des problèmes de santé chroniques et graves. À juste titre, les auteurs peuvent conclure que les « mesures visant à réduire les problèmes de moisissures dans les maisons sont requises de toute urgence, et pourraient améliorer les problèmes de santé graves et chroniques des résidents de Chisasibi [traduction] ».²⁹

Près de la moitié (48,5 %) des répondants de l'ERS qui habitent un logement de bande indiquent avoir un problème de moisissure^{1X} dans leur maison. Il ne faut pas oublier que les deux tiers des répondants disent habiter des maisons de bande. Un pourcentage beaucoup moins élevé (36,9 %) des répondants habitant d'autres types de maisons disent avoir des problèmes de moisissure. Cela signifie-t-il que les maisons de bande, qui sont surtout des logements sociaux destinés aux personnes à faibles revenus, ont plus de moisissures? Il semble que oui, bien qu'on ne puisse que spéculer sur les causes. Une explication plausible voudrait que les communautés aient plutôt tendance à ne pas dépenser trop pour la construction de nouvelles unités, aux dépens de la qualité dans la construction et des services d'entretien essentiels. Cette hypothèse serait intéressante à vérifier, mais il faudrait recueillir des données supplémentaires.

Finalement, l'ERS offre des données sur les maladies respiratoires (par ex. l'incidence de l'asthme) qu'on pourrait corréler avec les données sur les conditions de logement (par ex. le surpeuplement, les moisissures, les réparations nécessaires), mais nous hésitons à tirer des conclusions basées sur une étude transversale préliminaire. La raison est que nous ne voulons pas publier de statistiques ne pouvant être analysées en isolation des autres, mais nous pouvons affirmer que les données de l'ERS soulèvent des questions très intéressantes sur la santé respiratoire.

Mise en garde: Nous avons affaire ici à des chiffres cumulés et il n'y a pas nécessairement de véritables relations entre les données. Nous donnons ces exemples seulement pour illustrer que des résultats intéressants indiquent la nécessité d'effectuer d'autres recherches. Par exemple, bien que moins de 10 % des répondants indiquent souffrir d'asthme, 43,5 % de ces personnes indiquent avoir des moisissures dans leur maison. D'après l'ERS, 18,3 % des répondants adultes disent avoir des allergies. Près du quart de ces adultes sont âgés de plus de 50 ans. On ne doit pas interpréter ces données sans prendre en considération la proportion de personnes ayant

des allergies dans des maisons où des moisissures sont présentes par rapport à la proportion de personnes n'ayant pas d'allergies dans des maisons où des moisissures sont présentes. Seulement 3,2 % des répondants indiquent souffrir de bronchite chronique, mais 52,2 % de ces personnes disent avoir des moisissures dans leur maison.

Avec quoi devrions-nous comparer ces données: le pourcentage de personnes qui ne souffrent pas de bronchite? Cela serait-il statistiquement différent? Existe-t-il un lien médical entre la bronchite chronique et les moisissures? Est-ce que les proportions de personnes qui ont des moisissures sont significativement différentes chez les personnes malades et celles qui ne le sont pas? Voilà des questions utiles auxquelles des analyses plus approfondies des données de l'ERS pourraient trouver des réponses.

Notes du Chapitre 3

 http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/case_studies/appendix_1/analysis.html. Accédé le 15 octobre 2005.

 ONSA. Cadre pour la prise de décision basée sur des preuves, non publié, en ligne, 2002, disponible sur le site: http://www.naho.ca/firstnations/english/faq.php.

3. Commission royale sur les peuples autochtones. « Le logement », Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, Vol. 3, Ottawa (Ont.), Commission royale sur les peuples autochtones, 1996. Note: Bien que rédigé il y a plus de dix ans, ce chapitre offre toujours le meilleur aperçu de l'histoire des logements dans les réserves, y compris un document intéressant sur le logement social.

4. • Andrew Webster. Trends and Growth Factors in First Nations Social Assistance, rapport préparé par Atelier Pika Ltd. à l'intention des Affaires indiennes et du Nord canadien, 1996. • Four Directions Consulting Group, Conséquences possibles de l'évolution démographique des Premières nations —Rapport final, rapport préparé à l'intention des Affaires indiennes et du Nord canadien, en ligne, Gatineau (Qué.), Affaires indiennes et du Nord canadien, 1997, accédé le 2 novembre 2005 à : ◆http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/ra/execs/serv-2_e.html>. Note: Consultez Trends and Growth Factors in First Nations Social Assistance pour obtenir un compte rendu exhaustif sur la dépendance. Les sombres prévisions en matière d'aide sociale qu'on trouve dans ce rapport sont confirmées dans Conséquences possibles de l'évolution démographique des Premières nations —Rapport final,

5. J. Torrie et coll. The Evolution of Health Status and Health Determinants in the Cree Region (Eeyou Istchee): Eastmain-1-A and Rupert Diversion Sectoral Report. Volume 2—Detailed Analysis, rapport préparé à l'intention du ministère de la Santé publique du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James pour Hydro Québec, Montréal (Qué.), Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, 2005. Note: Consultez ce rapport historique détaillé sur la nature et les types de logement dans les réserves, y compris les unités du gouvernement.

 Société d'habitation des Territoires-du-Nord-Ouest. Rapport annuel de la Société d'habitation des Territoires-du-Nord-Ouest, 2003 – 2004, Yellowknife (T-N-O.), Société d'habitation des Territoires-du-Nord-Ouest, 2005. Société d'habitation du Yukon, Rapport annuel de la Société d'habitation du Yukon, 2003 – 2004, Whitehorse (Yukon), Société d'habitation du Yukon, 2005. Note: Consultez ces rapports pour avoir une idée du domaine de l'habitation dans les territoires

- Association nationale d'habitation autochtone. A New Beginning: The National Non-Reserve Aboriginal Housing Strategy, Ottawa (Ont.), Association nationale d'habitation autochtone, pars 2004
- C. A. Sarlo. Critical Issues Bulletin—Measuring Poverty in Canada, Ottawa (Ont.), Fraser Institute, 2001.
- Société canadienne d'hypothèque et de logement. Le logement et la santé de la population Cadre de recherche, points saillants de la recherche, séries socio-économiques 04-016, mars 2004, Ottawa (Ont.), Société canadienne d'hypothèque et de logement, 2004.
- E. D. Fuller-Thomson et coll. 2000, The housing/health relationship: what do we know?, Environmental Health, 15, 1-2, p. 109-133. T. Kue Young et coll. The Health Effect of Housing and Communauty Infrastructure on Canadian Indian Reserves, rapport, analyse quantitative et recherche socio-démographique, finances, Ottawa (Ont.), ministère de l'Approvisionnement et des Services, 1991. Note: « The housing/health relationship: what do we know? », Environmental Health constitue un bon compte rendu des connaissens sur la relation logement/santé. Consultez The Health Effects of Housing and Communauty Infrastructure on Canadian Indian Reserves pour un document sur la relation logement/santé dans un contexte des Premières Nations,
- 11. Commission royale sur les peuples autochtones. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Note: Le gouffre socio-économique entre les Premières Nations et les autres populations est largement reconnu. On procède à un examen approfondi de ces disparités dans les volumes du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Certains pourraient prétendre que peu de progrès ont été réalisés pour réduire ces écarts dans la décennie qui a suivie.
- 12. Aide du gouvernement fédéral aux Premières nations Le logement dans les réserves, Rapport de la vérificatrice générale, Ottawa (Ont.), Bureau de la vérificatrice générale du Canada, avril 2003. Note: Ce chapitre nous donne un aperçu général de la situation du logement.
- Eric Neilson. Rapport du Groupe de travail chargé de l'examen des programmes, Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 1985.

ix II n'est pas certain que les répondants connaissent la différence entre les différents types de moisissures. Les moisissures qui génèrent les biotoxines à l'intérieur sont les plus préoccupantes. Dans une ERS future, on pourrait expliquer à quoi ressemble ce type de moisissure.

- Comité permanent des affaires autochtones à la Chambre des communes. A Time for Action, rapport. Ottawa (Ont.). Comité permanent des affaires autochtones. 1992.
- rapport, Ottawa (Ont.), Comité permanent des affaires autochtones, 1992.

 15. Aide du gouvernement fédéral aux Premières nations Le logement dans les réserves, Rapport de la vérificatrice générale, article de journal, s. 6,1.
- Aide du gouvernement fédéral aux Premières nations Le logement dans les réserves, Rapport de la vérificatrice générale.
- 17 Idem
- 18. Affaires indiennes et du Nord canadien. Logement des Premières Nations, en ligne, accédé le 27 octobre 2005 à : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info104_e.html>.
- Note: Estimations fournies par le Comité technique sur les infrastructures et le logement de l'APN
- Leslie Keith. « Trente pour cent des réserves des Premières Nations de l'Ontario doivent faire bouillir leur eau » rapport, Presse canadienne, le 4 novembre 2005.
- Affaires indiennes et du Nord canadien. Évaluation nationale des systèmes d'aqueduc et d'égout dans les collectivités des Premières Nations, Gatineau (Qué.), Affaires indiennes et du Nord canadien, 2003.
- 22. «Le cadre bâti », Santé et environnement, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1997. Ted Rosenberg et coll. The Relationship of the Incidence of Shigellosis to Crowded Housing, Lack of Running Water and Inadequate Sewage Disposal, rapport de 1995 non publié préparé à l'intention de la direction des Services médicaux, région du Manitoba, ministère de la Santé et du Bien-être social. Note: «Le cadre bâti », Santé et environnement, donne un compte rendu instructif des effets sur la santé du mode de vie intérieure d'aujourd'hui. The Relationship of the Incidence of Shigellosis to Crowded Housing, Lack of Running Water and Inadequate Sewage Disposal explique en détail une étude didactique sur le lien shigellose-logement dans un contexte des Premières Nations. Cette étude constate aussi que 81 % des cas d'hépatite A observés se trouvaient chez des membres des Premières Nations.
- Institut canadien d'information sur la santé et coll. Les maladies respiratoires au Canada, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2001.
- 24. « Le cadre bâti », Santé et environnement.
- R. E. Dales et coll. 1991, Adverse health effects among adults exposed to home dampness and molds, American Review of Respiratory Disease, 143, p. 505-509. —— et coll. 1997, Indoor air quality and health: validity and determinants of reported home dampness and moissures, International Journal of Epidemiology, 26, 1, p. 120-125. —— et coll. 1991, Respiratory health effects of home dampness and molds among Canadian children, American Journal of Epidemiology, 134, 2, p. 196-203.
 J. D. O'Neil. Conditions de logement et santé Analyse bibliographique, Montréal, (Qué.),
- 26. J. D. O'Neil. Conditions de logement et santé Analyse bibliographique, Montréal, (Qué.), Grand conseil des Cris [Eeyou Istchee], 2000. Note: Consultez cette publication pour avoir un aperçu des connaissances sur la relation entre les conditions du logement et la santé (comme les maladies respiratoires).
- 27. Institut national de santé publique du Québec, Les risques à la santé associés à la présence de moisissures en milieu intérieur, Québec (Qué.), Institut national de santé publique du Québec, 2002. Note: Les lecteurs découvrent ici un excellent document sur les risques associés aux moisissures à l'intérieur. Consultez cet ouvrage et O'Neil (2000) pour connaître la base de nos documents d'informations sur la toxicologie des moisissures à l'intérieur.
- 28. Société canadienne d'hypothèque et de logement, « Votre maison », Combattre la moisissure Guide pour les propriétaires occupants, en ligne, Bulletin CE 08, accédé le 3 novembre 2005 à : http://www.cmhc-schl.gc.ca/en/burema/gesein/abhose/abhose_ce08.cfm Note: Il existe de nombreux documents sur les conditions physiques qui causent des moisissures et ce qu'on peut faire de façon réaliste pour les combattre. Cette source est particulièrement concise.
- J. D. O'Neil et R. Tate, Rapport sur le logement et la santé à Chisasibi, Montréal (Qué.), Grand conseil des Cris [Eeyou Istchee], 2001.

Chapitre 4

Handicaps et problèmes de santé chroniques

Résumé

Le présent chapitre explore la question des handicaps et des problèmes de santé à long terme chez les adultes des Premières Nations de 18 ans et plus.

La recherche indique une plus forte prévalence de handicaps parmi les adultes des Premières Nations que dans la population adulte générale du Canada. Les handicaps deviennent plus fréquents avec l'âge. Les adultes des Premières Nations qui ont des handicaps ont généralement une moins bonne situation que leurs homologues non handicapés pour ce qui de la scolarité, du revenu, de l'emploi et de la santé. Leur situation dans ces quatre domaines est inférieure de beaucoup à celle de leurs homologues dans l'ensemble de la population adulte du Canada.

Parmi la population handicapée des Premières Nations, à peu près autant de femmes que d'hommes disent avoir une santé passable ou mauvaise. Les adultes handicapés plus âgés et les adultes ayant à la fois un handicap et un faible revenu personnel sont plus susceptibles que les adultes plus jeunes ou à revenus plus élevés de décrire leur santé comme passable ou mauvaise. Comme leurs homologues non handicapés, les citoyens des Premières Nations ayant un handicap énumèrent la bonne alimentation, le soutien social, le sommeil, la satisfaction/contentement et un stress plus faible comme des facteurs qui contribuent à une santé excellente ou très bonne. Elles sont moins susceptibles d'indiquer qu'elles font de l'activité physique ou participent à des sports.

Les problèmes de santé à long terme les plus courants chez les adultes des Premières Nations avec ou sans handicaps sont l'arthrite/rhumatisme, les maux de dos chroniques, les allergies, le diabète et l'hypertension. Ce sont aussi les problèmes de santé les plus courants parmi l'ensemble de la population adulte du Canada. Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que leurs homologues masculins de rapporter plus d'un problème de santé. Une fois ajusté par l'âge et le sexe, l'hypertension, l'asthme et la cardiopathie semblent avoir une plus grande prévalence parmi les adultes des Premières Nations que dans l'ensemble de la population canadienne.

Les adultes des Premières Nations ayant un handicap sont plus susceptibles que leurs homologues non handicapés de devoir faire face à un ensemble d'obstacles et de difficultés d'accès aux services de santé. Le coût, l'abordabilité et le manque de couverture par les programmes publics sont des problèmes très répandus. Les femmes handicapées doivent faire face à des difficultés particulièrement aiguës pour l'accès aux services de santé. Le chapitre se conclut par des recommandations.

Note: Pour des questions d'espace, certains tableaux se trouvent à la fin du chapitre.

Introduction

Aperçu du chapitre

Le présent chapitre aborde la question des handicaps et des problèmes de santé à long terme chez les adultes des Premières Nations et inuit âgés de 18 ans et plus. On y jette un coup d'œil sur des données démographiques en général (par exemple, la prévalence des handicaps, l'âge, l'état matrimonial, l'éducation, l'emploi, le revenu, la santé en général), ainsi que sur les conditions spécifiques reliées à la santé et les questions d'accès à des services de santé. On peut aussi y trouver des comparaisons entre les adultes des Premières Nations handicapés ou non, ainsi que des comparaisons avec la population adulte plus large du Canada.

Certaines données statistiques du présent chapitre proviennent de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé (ERS) de 2002 – 2003, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)ⁱ de 2003, de l'Enquête Nationale sur la santé de la population (ENSP)ⁱⁱ de 1998 – 1999, et, jusqu'à un certain point, de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 ainsi que de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1991.ⁱⁱⁱ

Pour les comparaisons entre les adultes des Premières Nations et les autres adultes du Canada, la recherche présente des tableaux qui indiquent des résultats de l'ERS, de l'ESCC et de l'ENSP. Pour les points de comparaison, le présent document s'est concentré sur l'ESCC parce que cette enquête est plus récente que l'ENSP.

Définition fonctionnelle de handicap

Pour l'ERS, la recherche définit comme atteint d'un handicap les répondants âgés de 18 ans et plus lorsque ces derniers ont rapporté des limitations d'activités (type et nombre) à la maison, au travail ou à l'école ou dans d'autres domaines, comme les loisirs ou les voyages, en raison d'une maladie physique ou mentale ou de problèmes de santé. Les répondants pouvaient indiquer se sentir limités « souvent » ou « parfois ». Pour l'ESCC, la recherche définit comme atteint d'un handicap les répondants âgés de 20 ans et plus qui avaient rapporté des limitations d'activités (type et

nombre) à la maison, au travail ou à l'école ou dans d'autres domaines, comme les loisirs ou les voyages, en raison d'une maladie ou d'un problème de santé à long terme. Une fois de plus, ces limitations d'activités peuvent survenir « parfois » ou « souvent ». Pour l'ENSP, la recherche définit comme ayant un handicap les répondants âgés de 20 ans et plus qui ont rapporté des limitations d'activités (nombre et type) à la maison, à l'école ou au travail ou dans d'autres domaines (comme les déplacements au travail à l'école ou dans les loisirs) en raison d'une maladie physique ou mentale, d'un problème de santé à long terme, ou encore ayant rapporté un handicap à long terme. L'ENSP ne demandait pas aux répondants s'ils étaient limités « parfois » ou « souvent ». La plupart des répondants qui ont indiqué souffrir d'un handicap à long terme ont aussi rapporté des limitations d'activités à une des autres questions. vi Selon l'ESCC et l'ENSP, un problème de santé à « long terme » est un problème qui dure ou qui est susceptible de durer six mois ou plus. Dans l'ERS, il n'était pas précisé que les problèmes de santé qui limitaient les activités devaient être à long terme.

Ces enquêtes se servent toutes de méthodes différentes pour repérer les répondants handicapés. Le Bureau de la condition des personnes handicapées (BCPH) du fédéral a élaboré un document utile qui étudie sous tous ses aspects les différences complexes dans la conception d'enquêtes et la façon dont on s'y prend pour évaluer un handicap. L'ERS et l'ENSP font partie des enquêtes qui présentent des différences subtiles dans les indicateurs de handicaps « de haut niveau ». On demande aux répondants s'ils sont limités dans le nombre et le type d'activités alors que l'ESCC leur demande plutôt si un *problème de santé réduit* le nombre et le type d'activités. Selon Statistique Canada, les répondants pourraient être moins enclins à rapporter des limitations personnelles d'activités que de reconnaître qu'un problème de santé réduit leurs activités.

D'autres variables reliées aux handicaps sont disponibles dans l'ERS et l'ESCC, mais la recherche n'en a pas fait grande utilisation. La recherche n'a pas tenu compte non plus de la question générale de l'ESCC qui demandait aux répondants s'ils avaient des difficultés à voir, à communiquer, à marcher, à monter des escaliers, à se pencher, à apprendre ou à effectuer des activités similaires. La recherche a utilisé cette méthode parce que c'est la meilleure façon de « faire correspondre » l'ERS, l'ESCC et l'ENSP en termes d'indicateurs de handicaps.

i L'ESCC offre une foule de renseignements sur la santé et les comportements reliés à la santé des Canadiens. L'ESCC n'a pas été effectuée auprès de personnes vivant dans les territoires du Nord, sur les bases militaires, dans les logements publics collectifs et dans les réserves des Premières Nations.

ii L'ENSP est l'ancêtre de l'ESCC. La recherche a été effectuée à partir du fichier général et du fichier de la santé. L'échantillon du fichier général est plus grand, mais il ne donne pas les renseignements détaillés sur la santé et le revenu qu'on trouve dans le fichier de la santé. La recherche s'est servie difichier dont la taille de l'échantillon était la plus grande pour toute question de recherche donnée.
iii L'EPLA et l'ESLA sont les enquêtes « porte-drapeau » de Statistique Canada et portent une

[&]quot;" L'EPLA et l'ESLA sont les enquêtes « porte-drapeau » de Statistique Canada et portent une attention particulière à la question des handicaps. L'EPLA n'a pas été effectuée auprès de personnes vivant dans les territoires du Nord, sur les bases militaires, dans les logements publics collectifs et dans les réserves des Premières Nations.

iv Dans le fichier public utilisé par l'ESCC, les répondants sont regroupés dans des catégories d'âge de 5 ans. La recherche a déterminé que 20-24 ans était le groupe d'âge le plus jeune dans la série de données. Le fichier public utilisé ne facilite pas la désagrégation des 18–19 ans du groupe d'âge 15 – 20 ans

V Dans l'ENSP, la recherche a suivi la même méthode pour l'âge limite que l'ESCC.

vi Le fichier public utilisé par l'ENSP ne permet pas la désagrégation de la question sur les handicaps des questions sur les limitations d'activités.

Résultats

Données démographiques de base des handicaps

Prévalence

La comparaison de la prévalence de handicaps chez les adultes des Premières Nations et chez d'autres adultes du Canada comporte de nombreux défis. Les difficultés sont dues en partie aux différences dans la conception et les contextes des enquêtes auprès des populations, comme l'ERS, les recensements, l'ESCC, l'ENSP et l'EPLA. La conception de l'enquête, le contexte de l'enquête (par exemple, si c'est une enquête axée sur la santé, un recensement général ou une enquête sur le marché du travail) et la place des questions sur les handicaps (par exemple, au commencement, au milieu ou vers la fin de l'enquête) ont tous des incidences sur les réponses.

Le tableau 1 indique des résultats basés sur les données de l'ERS, de l'ESCC de 2003 et de l'ENSP de 1998 – 1999. On y trouve les totaux bruts et ajustés selon l'âge des adultes des Premières Nations. VII La correction pour l'âge donne une image plus précise parce que la structure d'âge des adultes des Premières Nations est très différente de celle de la population en général. Chez les adultes des Premières Nations, 23,0 % VIII seulement sont âgés de 50 ans et plus, contre 35,2 % de la population en général. Les totaux non ajustés selon l'âge reflètent de façon exagérée l'état de santé des jeunes adultes des Premières Nations, chez qui la prévalence de handicaps est relativement faible.

Le tableau 1 indique que la prévalence de handicaps chez les adultes des Premières Nations ajusté selon l'âge s'échelonne entre 27,8 % et 28,4 % et représente entre 1,1 et 1,6 fois la prévalence dans la population en général.

Quant à la prévalence générale des handicaps, les chiffres de l'ENSP se comparent probablement beaucoup mieux aux chiffres de l'ERS que ceux de l'ESCC. En effet, les questions de « haut niveau » sur les handicaps de l'ENSP se rapprochent davantage des questions posées dans l'ERS que celles de l'ESCC. Tout comme l'ERS, l'ENSP a demandé si les répondants sont limités dans le type et le nombre d'activités à la maison, à l'école ou au travail, ou dans d'autres domaines, comme les loisirs ou les voyages, en raison d'un problème de santé physique ou mentale à long terme. L'ESCC a demandé aux répondants s'ils avaient l'impression qu'un problème de santé à long terme réduisait le type et le nombre d'activités dans de telles situations.

xii Les totaux ajustés selon l'âge ont été calculés en multipliant les taux de prévalence propres à l'âge pour les adultes des Premières Nations par le nombre total de personnes de ces âges dans la population en général pour établir le nombre de personnes dans la population en général susceptibles de souffrir d'un handicap dans les catégories d'âges selon les taux des Premières Nations. Les chiffres prévus ont ensuite été ajoutés pour arriver au nombre total de personnes susceptibles de souffrir d'un handicap dans la population en général si les taux des adultes des Premières Nations prévalaient. Nous avons ensuite divisé ce total par le total de la population adulte âgée de 20 ans et plus. Nous avons reproduit cette méthode avec l'ESCC et l'ENSP.

viii Pour simplifier le texte, les limites de confiance ne sont rapportées que pour les estimations d'ensemble des adultes dont le coefficient de variation est plus élevé que 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique comprenant les intervalles de confiance pour tous les chiffres rapportés à www.naho.ca/fnc/ERS En se servant de données non publiées du recensement de 2001, le Bureau de la condition des personnes handicapées (BCPH) de Développement social Canada a rapporté dernièrement que la prévalence de handicaps ajusté par l'âge est une fois et demie plus élevée chez les peuples autochtones que dans la population adulte du Canada en général. 3ix Ces conclusions correspondent aux chiffres qu'utilise l'ENSP comme comparateur, tel qu'il est indiqué au tableau 1 (fin du chapitre).

Le BCPH rapporte aussi une prévalence des handicaps plus élevée chez les peuples autochtones d'après les questions sur les handicaps de l'ESCC de 2001. L'échantillon de la plus « prestigieuse » enquête de Statistique Canada sur les handicaps, soit l'Enquête sur la participation et les limitations d'activité (EPLA) de 2001, ne comptait pas assez de Premières Nations, d'Inuit ou d'autres peuples autochtones pour permettre une analyse comparative des handicaps chez les peuples des Premières Nations et dans la population en général. Toutefois, un rapport antérieur basé sur l'Enquête sur les peuples autochtones de 1991 et sur l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de la même année, qui était l'ancêtre de l'EPLA, signale aussi une prévalence de handicaps beaucoup plus élevée chez les Premières Nations et d'autres peuples autochtones.

Âge, sexe et handicap

Les handicaps sont plus fréquents avec l'âge. Par exemple, environ la moitié (49,7 %) Premières Nations de 60 ans et plus sont handicapés^x, par rapport à 13,1 % des 18 à 29 ans (tableau 1). L'augmentation de la fréquence des handicaps avec l'âge s'explique par le fait que les personnes sont exposées à des facteurs de risque durant la vie et que les accidents, le processus naturel de vieillissement et d'autres maladies (par exemple, l'arthrite, les problèmes cardiaques et la perte progressive de l'ouïe) peuvent entraîner un handicap.

À peu près la même proportion de femmes et d'hommes disent souffrir de handicaps (24,6 % de femmes des Premières Nations souffrent d'un handicap par rapport à 21,2 % des hommes des Premières Nations (NS). Le tableau 2 indique la prévalence de handicaps selon le sexe après ajustement selon l'âge comparativement aux résultats de l'ESCC et de l'ENSP pour la population canadienne dans l'ensemble. XIII

^{ix} Le terme « peuples autochtones », comme l'utilise le BCPH, comprend les citoyens des Premières Nations, les Métis et les Inuit.

^x Cette estimation est probablement conservatrice. Des données non publiées provenant du recensement de 2001, reçues du BCPH, indiquent une prévalence de handicaps de 60,3 % chez les aînés des Premières Nations âgés de 65 ans et plus et de 54,4 % chez les aînés inuit dans le même groupe d'âge.

³¹ Dans le présent chapitre, les comparaisons entre les groupes sont toutes significatives, à moins que « NS » – non significatif – ne soit indiqué entre parenthèses. Dans le présent chapitre, les estimations sont considérées comme significativement différentes si leurs intervalles de confiance ne dépassent pas le niveau de confiance de 95 %.

³² Les différences provides de 10 million de

^{xii} Les différences rapportées entre les Premières Nations (ERS) et les Canadiens en général n'ont pu être évaluées pour connaître la signification statistique puisque les intervalles de confiance des estimations canadiennes n'étaient pas disponibles. On doit interpréter avec prudence les énoncés relatifs aux différences entre les Premières Nations et les Canadiens, particulièrement lorsque les estimations sont rapprochées ou que les groupes sont petits.

Tableau 2. Prévalence de handicaps ajusté selon l'âge chez les adultes des Premières Nations et d'autres adultes au Canada, selon le sexe

Sex3e	Premières Nations (ERS)	Canada (ESCC)	Canada (ENSP – fichier général)
Homme	25,7 %	23,2 %	18,3 %
Femme	31,3 %	28,2 %	20,3 %
Total	28,5 %	25,8 %	19,3 %

État matrimonial

Le tableau 3 indique l'état matrimonial des adultes des Premières Nations. On peut constater qu'une proportion moins élevée d'adultes des Premières Nations handicapés sont célibataires par rapport à leurs homologues non handicapés (27,5 % contre 40 %). Cette conclusion s'explique en partie par le fait que le début des handicaps survient habituellement à l'âge adulte pour de nombreuses personnes, soit quelque temps après avoir pu établir une relation à long terme avec un conjoint ou un partenaire.

Les femmes handicapées des Premières Nations sont particulièrement susceptibles d'être veuves (16,4 % contre 4,4 % de la totalité des adultes des Premières Nations). Ces conclusions s'expliquent en partie par l'espérance de vie plus courte des hommes et le début tardif d'un handicap chez les femmes dont les maris/partenaires décèdent avant elles. Le taux de divorce et de séparation est semblable chez les femmes et les hommes handicapés (9,7 % contre 15,8 %; NS) comme il est semblable aussi chez les femmes et les hommes non handicapés (8,1 % contre 7,0 %).

Tableau 3. État matrimonial des adultes des Premières Nations, selon l'état du handicap et le sexe (%)

	Non handicapé	Handicapé	Total
Homme			
Marié	29,1	36,2	30,6
Conjoint de fait	19,8	16,6	19,1
Veuf	1,1	5,2	2,0
Séparé / divorcé	7,0	9,7	7,6
Célibataire / jamais marié	42,9	32,3	40,7
Total	100,0	100,0	100,0
Femme			
Mariée	31,6	28,3	30,8
Conjointe de fait	19,6	16,4	18,8
Veuve	3,8	16,4	6,9
Séparée / divorcée	8,1	15,8	10,0
Célibataire / jamais mariée	36,9	23,1	33,5
Total	100,0	100,0	100,0
Tous			
Marié(e)	30,3	32,0	30,7
Conjoint(e) de fait	19,7	16,5	19,0
Veuf (ve)	2,4	11,1	4,4
Séparé(e) / divorcé)e)	7,5	12,9	8,8
Célibataire / jamais marié(e)	40,0	27,5	37,2
Total	100,0	100,0	100,0

Éducation

En considérant une scolarité inférieure au diplôme d'études secondaires comme un indicateur de faible niveau de scolarité, le tableau 4 (à la fin du chapitre) indique que l'écart de scolarité entre les adultes handicapés et non handicapés n'est pas très prononcé chez les adultes des Premières Nations, pas plus que dans la population en général. Par exemple, dans le groupe d'âge 30-59 ans, les adultes des Premières Nations handicapés sont tout autant susceptibles que leurs homologues non handicapés de ne pas avoir terminé d'études secondaires. Dans ces groupes d'âges (ESCC) de la population en général, les adultes handicapés sont 1,3 et 1,4 fois plus susceptibles d'avoir terminé leurs études secondaires. Globalement, la situation de scolarité des adultes des Premières Nations handicapés est moins bonne que celle des adultes handicapés dans la population en général.

Cet écart de scolarité moindre entre handicapés et nonhandicapés chez les adultes des Premières Nations se place dans le contexte d'une scolarité généralement plus faible chez les adultes des Premières Nations. Cela indique bien que les citoyens des Premières Nations, handicapés ou non, ont de grands défis à surmonter pour atteindre un niveau élevé de scolarité.

Revenu et emploi

Revenu

Les Canadiens handicapés tendent à avoir un revenu inférieur à celui des autres personnes et ils sont deux fois plus susceptibles de vivre sous le seuil de faible revenu (SFR)^{xiii}, une mesure de pauvreté des ménages⁶ établie par Statistique Canada. Le tableau 5 (à la fin du chapitre) indique que le revenu moyen des adultes des Premières Nations handicapés est inférieur à celui de leurs homologues non handicapés est inférieur à celui de leurs homologues non handicapés. L'année avant la réalisation de l'ERS, 58,7 % des citoyens des Premières Nations handicapés avaient déclaré des revenus inférieurs à 15 000 \$ ou aucun revenu. On constatait la même chose chez 46,9 % des adultes des Premières Nations non handicapés. Par rapport aux adultes handicapés de l'ensemble de la population canadienne, les adultes des Premières Nations handicapés sont 1,7 fois plus susceptibles d'avoir des revenus inférieurs à 15 000 \$.

Emploi

Les faibles revenus des adultes des Premières Nations handicapés proviennent en partie de leur faible niveau de travail rémunéré. Le tableau 6 indique que, suivant en cela la tendance prononcée dans la population en général, les adultes des Premières Nations handicapés sont moins susceptibles d'occuper un emploi que leurs homologues non handicapés (37,3 % contre 52,2 %). Lorsqu'ils occupent un emploi, ils travaillent en général moins d'heures par semaine (35,5 contre 38,1 heures en moyenne). xiv

Pour une personne handicapée occupant un emploi dans la population générale, on en retrouve 0,6 dans la population des Premières (ESCC).

L'ERS ne s'informe pas des facteurs particuliers qui, à part les handicaps, empêchent les adultes des Premières Nations handicapés d'occuper un emploi. En raison de problèmes de saisie de données, Statistique Canada a supprimé les données de l'EPLA de 2001 sur les difficultés qui font que les personnes handicapées dans la population en général arrêtent de chercher du travail. Toutefois, l'ESLA de 1991 offre de l'information intéressante. On y apprend que les quatre motifs principaux pour lesquels les personnes handicapées ne participaient pas au marché du travail à l'époque, à part les diverses réponses que Statistique Canada a classé comme « autres », étaient la crainte de perdre leur revenu actuel, une formation inadéquate, le manque d'emplois disponibles et la crainte de perdre les mesures de soutien comme les programmes d'aide à domicile ou de médicaments.⁷ Les responsabilités familiales, la discrimination, le manque de moyens de transport accessibles, la crainte d'être tenu à l'écart au travail, le manque d'information accessible sur les

emplois disponibles et l'influence négative de la famille et des amis concernant le travail font partie des autres raisons invoquées.

En outre, le niveau d'éducation, le besoin et la disponibilité d'un lieu de travail adapté, le besoin et la disponibilité de services de soutien, comme une assistance pour les activités quotidiennes ou des appareils/équipement (par exemple, pour la mobilité, la vue, les communications), et l'accès à des lieux de travail ayant de véritables stratégies d'embauche, de promotion et de maintien au travail de personnes handicapées, ont tous un rapport avec leur situation d'emploi. §

Il est fort probable que ces facteurs et d'autres facteurs (par exemple, des facteurs culturels, environnementaux, géographiques, humains, technologiques, la taille et l'éloignement des communautés) ont un rapport avec la situation de l'emploi pour les citoyens des Premières Nations handicapés.

État de santé

Handicap et état de santé général

Le tableau 7 (à la fin du chapitre) indique que les adultes des Premières Nations handicapés sont quatre fois plus susceptibles que leurs homologues non handicapés d'indiquer que leur état de santé en général n'est que « passable » ou « mauvais » (45,9 % contre 12,8 % respectivement).

Les adultes des Premières Nations handicapés sont près de 1,5 fois plus susceptibles que les adultes handicapés dans la population en général (ESCC) d'indiquer un état de santé passable ou mauvais (45,9 % contre 31,1 %). Chez les adultes des Premières Nations qui rapportent un état de santé passable ou mauvais, 51,5 % sont handicapés.

Handicap, santé et sexe

Les femmes des Premières Nations handicapées sont tout autant susceptibles que les hommes des Premières Nations handicapés à signaler un état de santé passable ou mauvais (45,5 % contre 46,4 %). Dans la population en général, les femmes handicapées sont tout autant susceptibles que les hommes de rapporter un état de santé passable ou mauvais (32,2 % contre 29,7 %).

Handicap, santé et âge

Le tableau 8 (à la fin du chapitre) indique qu'à n'importe quel âge, les adultes des Premières Nations handicapés sont considérablement plus susceptibles que leurs homologues non handicapés de rapporter un état de santé passable ou mauvais. Par exemple, 30,2 % des adultes handicapés des Premières Nations âgés de 18 à 30 ans rapportent un état de santé passable ou mauvais, contre 11,0 % des personnes non handicapées du même groupe d'âge. De même, 64,5 % des aînés des Premières Nations handicapés âgés de 60 ans et plus, contre seulement 18,3 % des aînés des Premières

xiii C.-à-d., lorsqu'un ménage dépense 20 % de plus de son revenu pour les aliments, le logement et les vêtements qu'une famille moyenne du même nombre de personnes vivant dans une communauté de la même taille. Statistique Canada considère que les familles dont le seuil de faible revenu est inférieur au SFR sont « dans la gêne ».

xiv Certaines personnes handicapées préfèreraient sans doute comme accommodement travailler quelques heures de moins.

Nations non handicapés, rapportent un état de santé passable ou mauvais. On constate la même tendance générale dans la population adulte élargie, mais dans n'importe quel groupe d'âge donné, un état de santé passable ou mauvais n'est pas aussi répandu que chez les adultes des Premières Nations.

Lorsqu'on utilise la population adulte du Canada atteinte ou non d'un handicap dans un groupe d'âge donné comme comparateur (ESCC), les adultes des Premières Nations handicapés sont de 2,6 à 6,6 fois plus susceptibles de rapporter un état de santé passable ou mauvais (tableau 8, colonne C1).

Handicap, santé et revenu

Le tableau 9 (à la fin du chapitre) indique que, en général, les personnes ayant un revenu plus élevé disent avoir un meilleur état de santé. Dans l'ensemble, chez les citoyens des Premières Nations, la relation entre le revenu et l'état de santé général est systématiquement linéaire lorsqu'on examine les proportions qui indiquent un état de santé passable ou mauvais. La tendance n'est pas tout à fait aussi claire lorsqu'on examine les proportions de personnes qui indiquent un état de santé excellent ou très bon.

De même, chez les adultes des Premières Nations handicapés, la relation entre le revenu et la santé est systématiquement linéaire lorsqu'on examine les proportions qui indiquent un état de santé passable ou mauvais. La variabilité d'échantillonnage est trop élevée pour les adultes des Premières Nations handicapés et dont le revenu s'élève à 50 000 \$ ou plus pour établir un lien direct entre leur revenu et leur état de santé excellent ou très bon.

La santé et le revenu se renforcent mutuellement; en effet, plus le revenu est élevé, plus la personne pourra se protéger contre des effets nocifs sur la santé grâce à une prévention proactive, comme une alimentation saine et variée, de l'eau potable, des logements salubres sans danger et d'autres conditions générales de vie. Les possibilités d'avoir les moyens de se payer des soins, comme des médicaments et des traitements non couverts par des programmes comme les SSNA, pour enrayer les effets nocifs de la maladie dès le diagnostic, sont aussi plus grandes. D'autre part, plus le revenu est faible, moins les personnes sont susceptibles de se procurer elles-mêmes les soins préventifs et thérapeutiques non assurés.

Par conséquent, les personnes à revenu plus faible sont en général plus susceptibles d'avoir des accidents, de souffrir de maladies respiratoires chroniques, de pneumonie, de tuberculose et de subir d'autres effets nocifs sur la santé. Elles ont moins de contrôle sur les facteurs de stress et d'autres situations personnelles, qui peuvent compromettre le système immunitaire et les hormones, entraînant ainsi des effets nocifs sur la santé. 10

Toutefois, même lorsque les niveaux de revenu sont plus élevés, on constate un écart significatif dans l'état de santé

des adultes des Premières Nations et les autres adultes au Canada, handicapés ou non. De plus faibles proportions de personnes rapportent un état de santé excellent ou très bon, peu importe la tranche de revenu ou l'existence d'un handicap. Ces conclusions nous amènent à penser qu'à part le revenu, il existe d'autres déterminants de la santé qui ont une influence sur la santé des Premières Nations.

Déterminants personnels de la santé

Lorsqu'on demande aux répondants ayant un état de santé excellent ou très bon d'indiquer ce qui les rend en si bonne santé, les adultes des Premières Nations handicapés ayant participé à l'ERS sont tout autant susceptibles que les nonhandicapés de rapporter un bon soutien social (60 % contre 59,5 % respectivement) et un bon sommeil (61,4 % contre 60,6 %). Les adultes handicapés sont légèrement, mais non significativement, plus susceptibles d'indiquer un stress réduit (38,5 % contre 32,4 % - NS), un équilibre physique, émotif, mental et spirituel (53,5 % contre 49,4 %- NS) et une bonne alimentation (67 % contre 59,2 % respectivement -NS). Les adultes des Premières Nations sont un peu moins susceptibles d'indiquer le bonheur et le contentement (60,9 % contre 65,3 % - NS), mais sont significativement moins susceptibles d'indiquer l'exercice physique ou l'activité sportive (38,7 % contre 57,7 %).

Le présent chapitre n'examine pas d'autres déterminants de la santé, comme l'utilisation non traditionnelle du tabac, la prise d'aliments particuliers ou les activités physiques et l'obésité.

Problèmes de santé à long terme

Prévalence selon l'existence de handicaps

L'ERS posait des questions sur des problèmes de santé à long terme ayant duré, ou devant durer, six mois ou plus et qui avaient été officiellement diagnostiqués par un professionnel. Le tableau 10 présente un résumé. Les cinq problèmes de santé les plus fréquemment rapportés chez les adultes des Premières Nations sont l'arthrite/rhumatisme, les allergies, l'hypertension, le diabète et les maux de dos chronique (des affections qui prévalent aussi dans la population adulte en général).

L'ERS demandait aussi aux répondants s'ils avaient des limitations d'activité en raison d'un des problèmes de santé indiqués dans la colonne de gauche du tableau 10 (à la fin du chapitre). Concrètement, ces questions peuvent servir de « couche » supplémentaire d'indicateurs de handicapé. Le tableau n'indique pas les pourcentages de répondants ayant des limitations d'activité découlant de chaque problème de santé étant donné que l'ESCC ne comprend pas d'indicateurs similaires de handicaps découlant d'un problème de santé précis. Le tableau applique la démarche habituelle utilisée pour identifier un handicap dans le présent chapitre. Lorsque les personnes ont indiqué qu'elles avaient des limitations d'activité à la maison, à l'école ou au travail, nous les avons

classifiées comme personne handicapée. Le tableau indique dans quelle mesure les personnes handicapées (selon ce sens du terme) indiquent souffrir de problèmes de santé à long terme.^{xv}

Le tableau indique que les adultes des Premières Nations handicapés sont plus susceptibles que leurs homologues non handicapés d'indiquer avoir un des problèmes de santé indiqués. Les chiffres sur les adultes des Premières Nations ont été ajustés selon l'âge selon le sexe.

Plus de la moitié (52,2 %) des adultes des Premières Nations handicapés disent faire de l'arthrite ou des rhumatismes, contre 14,6 % de leurs homologues non handicapés. Les maux de dos chroniques sont environ quatre fois plus répandus chez les adultes des Premières Nations handicapés (34.5 % contre 9.6 %). Les maladies cardiagues sont environ six fois plus fréquentes (18,8 % contre 3,2 %) et la prévalence de l'hypertension est plus du double (34,7 % contre 14,7 %). Les problèmes d'estomac et d'intestin à long terme sont aussi très fréquents chez les adultes des Premières Nations handicapés, qui sont deux fois plus susceptibles que leurs homologues non handicapés d'indiquer souffrir de telles maladies (16,6 % contre 6,4 %). Le diabète, pour lequel un chapitre distinct a été consacré, est environ deux fois plus courant chez les adultes des Premières Nations handicapés (30,9 % contre 15,3 %). La prévalence des allergies est considérablement plus élevée chez les adultes des Premières Nations handicapés que chez les adultes non handicapés (25,3 % contre 17,6 %), tout comme la prévalence de l'asthme (14,6 % contre 9 %).

Prévalence des problèmes de santé à long terme selon le sexe

Quelque 22,3 % d'adultes des Premières Nations disent avoir un des problèmes de santé indiqués au tableau 10. Un autre 20,1 % indique avoir deux ou trois de ces problèmes de santé et 11,3 %, disent en avoir quatre ou plus, jusqu'à un maximum de 14.

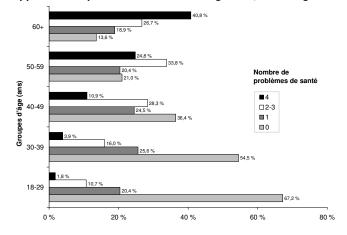
Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que les hommes de souffrir de plusieurs maladies, car 13,2 % des femmes disent avoir quatre problèmes de santé ou plus, contre 9,3 % des hommes des Premières Nations.

Prévalence des problèmes de santé à long terme selon l'âge

La figure 1 indique l'augmentation de la prévalence des problèmes de santé à long terme selon le groupe d'âge. On constate une baisse presque parfaitement linéaire selon le groupe d'âge de la prévalence des personnes disant n'avoir aucun de ces problèmes de santé, de 67,2 % dans le groupe d'âge le plus jeune à 13,6 % chez les aînés des Premières Nations âgés de 60 ans et plus. Chez les aînés des Premières

Nations, 40,8 % disent avoir quatre maladies ou plus, contre 1,8 % seulement dans le groupe d'âge 18–29 ans. Le fait d'indiquer avoir deux ou trois problèmes de santé augmente avec l'âge, jusqu'à l'âge de 60 ans et plus. Ensuite, il est plus courant que les répondants indiquent avoir quatre problèmes de santé ou plus. La prévalence d'un problème de santé à long terme est relativement constante peu importe l'âge, s'échelonnant entre 18,9 % et 25,6 %.

Figure 1. Pourcentage d'adultes des Premières Nations rapportant des problèmes de santé à long terme, selon l'âge



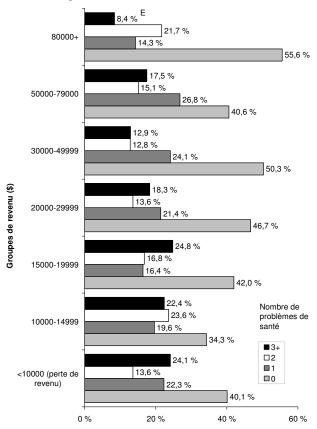
Prévalence des problèmes de santé à long terme selon le revenu total du ménage

La figure 2 indique la prévalence des problèmes de santé à long terme selon le revenu total du ménage de toutes sources. Bien que non statistiquement significatif à chaque niveau, dans l'ensemble, on rapporte davantage ne souffrir d'aucune maladie lorsque le revenu du ménage augmente. Par exemple, 55,6 % des adultes des Premières Nations dont la tranche de revenu du ménage était la plus élevée ont rapporté ne pas souffrir de problèmes de santé à long terme, par rapport à 40,1 % des personnes dont le revenu du ménage était inférieur à 10 000 \$ (NS). De même, bien que non significative à chaque niveau, la tendance générale à indiquer souffrir de trois ou quatre maladies diminue lorsque le revenu du ménage augmente. Chez les adultes des Premières Nations des ménages dont la tranche de revenu est de 80 000 \$+, 8,4 % ont indiqué souffrir de trois maladies ou plus, par rapport à 24,1 % dont le revenu du ménage était inférieur à 10 000 \$. Ces conclusions correspondent aux conclusions antérieures du chapitre qui reliait un meilleur état de santé général à des revenus plus élevés.

63

xv 10,7 % des adultes des Premières Nations ont indiqué des limitations d'activité découlant d'un ou plusieurs problèmes de santé à long terme indiqués au tableau 10, mais n'ont pas indiqué de limitations d'activités à la maison, à l'école ou au travail ou dans d'autres domaines en raison d'une maladie à long terme ou d'une autre affection. Il est probable alors que les trois questions générales de l'ERS sur les handicaps minimisent toute l'étendue des handicaps chez les adultes des Premières Nations.

Figure 2. Pourcentage des adultes des Premières Nations ayant rapporté des problèmes de santé à long terme, selon le revenu total du ménage



E : Variabilité d'échantillonnage élevée. Utilisez les chiffres avec prudence.

Prévalence des problèmes de santé à long terme selon le statut d'isolement de la communauté de résidence

L'ERS choisit les répondants selon le statut d'isolement de leur communauté de résidence. On définit comme suit le statut d'isolement d'une communauté :

- Éloignée-isolée : aucun vol régulier.
- Isolée: vols, bons services téléphoniques, pas de voie d'accès.
- Semi-isolée : accès par route, plus de 90 km pour obtenir les services d'un médecin.
- Non isolée: accès par route, moins de 90 km pour obtenir les services d'un médecin.

Bien que les différences entre les groupes ne soient pas statistiquement significatives, de façon générale, plus la communauté est isolée, plus les personnes indiquent ne pas avoir de problèmes de santé. Dans les communautés non isolées, 55,4 % des adultes souffraient d'un problème de santé à long terme ou plus. Comparativement aux 51,2 % des communautés semi-isolées, aux 48,6 % des communautés isolées et aux 38,9 % des communautés éloignées-isolées. Cela peut être causé par le besoin qu'ont certaines personnes

souffrant de problèmes de santé à long terme de se rapprocher des services.

Prévalence de problèmes de santé choisis selon l'âge et le sexe

La figure 3 indique la prévalence de l'arthrite, de l'hypertension, de l'asthme et des maladies cardiaques selon le groupe d'âge. Les totaux ont été ajustés selon l'âge et le sexe.

L'arthrite/rhumatisme est une affection articulaire d'origine inflammatoire et qui s'accompagne souvent de douleurs articulaires (arthralgie). Les formes d'arthrite vont de l'usure du cartilage (comme l'ostéo-arthrite) à de l'inflammation consécutive à un système immunitaire hyperactif (comme l'arthrite rhumatoïde). Les causes diffèrent selon la forme d'arthrite et comprennent blessures, métabolisme anormal (comme la goutte), sensibilité héréditaire, infections et motifs qui demeurent obscurs. 11 L'arthrite rhumatoïde est une maladie auto-immune qui entraîne une inflammation chronique des articulations; elle peut aussi causer de l'inflammation aux tissus autour des articulations et des autres organes. Les maladies auto-immunes sont des maladies qui surviennent lorsque le système immunitaire attaque par erreur ses propres tissus. L'arthrite rhumatoïde est typiquement une maladie progressive qui peut entraîner la destruction des articulations et un handicap fonctionnel. ¹² La recherche a regroupé les répondants de l'ERS qui souffraient d'arthrite ou de rhumatisme.

La tension artérielle élevée ou hypertension est une tension élevée dans les artères. Une augmentation de la tension artérielle augmente le risque de développer une crise cardiaque, une maladie du rein, l'artériosclérose, des affections oculaires et un accident vasculaire cérébral (lésion cérébrale). Une consommation excessive de sel, l'âge, l'obésité, la sensibilité héréditaire et la défaillance rénale (insuffisance rénale)¹³ font partie des facteurs de risque.

L'asthme est une inflammation chronique des voies respiratoires qui cause une enflure et un rétrécissement des voies respiratoires, ce qui entraîne une respiration difficile. Le rétrécissement bronchique est habituellement totalement ou du moins partiellement réversible à l'aide de traitements. Les allergènes et les irritants (infections respiratoires, fumée de tabac, smog et autres polluants, aspirine, autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, exercice physique, autres facteurs environnementaux, affectifs et hormonaux) font partie des déclencheurs. 14

Les maladies du cœur comprennent tous les troubles qui affectent le cœur. Parfois, on utilise ce terme de façon erronée dans son sens étroit comme synonyme de coronaropathie. Maladie du cœur est synonyme de maladie cardiaque, mais non de maladie cardiovasculaire, qui comprend toutes les maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins. Les maladies du cœur comprennent toutes les affections comme l'angine, l'arythmie, la cardiopathie

congénitale, les maladies des artères coronaires, la myocardiopathie dilatée, l'infarctus du myocarde, la défaillance cardiaque, la cardiomyopathie hypertrophique, la régurgitation mitrale, le prolapsus valvulaire mitral et la sténose pulmonaire. L'âge, l'hérédité, le sexe (masculin), la fumée de tabac, un taux de cholestérol élevé, l'hypertension, l'inactivité physique, l'obésité, le diabète, le stress et la consommation excessive d'alcool constituent des facteurs de risque. L'

La figure 3 indique que la prévalence de toutes ces affections augmente généralement avec le vieillissement des adultes des Premières Nations.

Les taux de prévalence de l'arthrite et de l'hypertension chez les adultes des Premières Nations augmentent de façon linéaire avec le vieillissement. Il en est de même avec les maladies du cœur, bien que cela se remarque davantage chez les adultes âgés de 30 ans et plus. xvi

La prévalence de l'arthrite/rhumatisme est plus élevée chez les adultes des Premières Nations que dans la population canadienne en général (25,3 % contre 19,1 % respectivement). La prévalence est plus élevée chez les adultes des Premières Nations dans le groupe d'âge 30–39 ans (12,7 % contre 6,6 %), dans le groupe d'âge 40–49 ans (21,4 % contre 13 %) et dans le groupe d'âge 50–59 ans (39 % contre 25,7 %).

La prévalence de l'hypertension est un peu plus élevée chez les adultes des Premières Nations dans l'ensemble, par comparaison avec la population en général (20,4 % contre 16,4 %). Les taux sont plus élevés chez les adultes des Premières Nations du groupe d'âge 30–39 ans (7,8 % contre 4.2 %), du groupe d'âge 40–49 ans (16,3 % contre 10 %) et du groupe d'âge 50–59 ans (30,5 % contre 22,4 %).

Le lien entre l'asthme et l'âge est moins clair que chez les autres affections (figure 3). Les taux s'échelonnent entre 7,2 % et 9,4 % chez les adultes âgés de moins de 50 ans et entre 13,3 % et 13,4 % chez les autres adultes plus âgés. La seule différence significative se trouve entre le taux le moins élevé (7,2 % chez les 30-39 ans) et les deux taux les plus élevés. Dans la population adulte canadienne en général, le pourcentage relatif à l'asthme s'échelonne entre 6,9 % et 9,7 % chez les adultes âgés de moins de 50 ans et entre 7,2 % et 7,7 % chez les adultes des groupes d'âge 50–59 ans et 60 ans et plus. Dans l'ensemble, la prévalence de l'asthme est légèrement plus élevée chez les adultes des Premières Nations que dans la population adulte canadienne en général (9,7 % contre 7,8 %).

La prévalence des maladies du cœur est légèrement plus élevée chez les adultes des Premières Nations que dans la population adulte en général (7,6 % contre 5,6 %). Toutefois, les maladies du cœur sont considérablement plus répandues

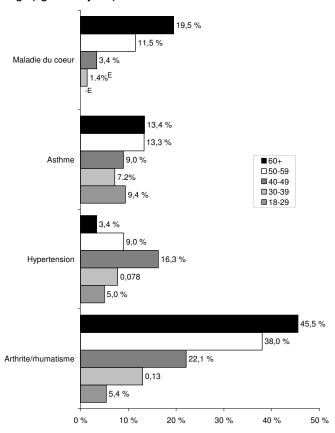
chez les adultes des Premières Nations du groupe d'âge 50–59 ans que dans la population en général du même âge (11,5 % contre 5,5 %).

La figure 4 indique la prévalence des mêmes maladies selon le groupe d'âge et le sexe. Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que les hommes de rapporter certaines des affections indiquées. La proportion quelque peu plus élevée de femmes que d'hommes des Premières Nations qui souffrent de maladies cardiaques (8 % contre 7,3 %) n'est pas statistiquement significative.

Dans l'ensemble, les taux de prévalence de l'arthrite/rhumatisme, de l'hypertension, de l'asthme et des maladies cardiaques sont plus élevés chez les femmes des Premières Nations que chez les femmes de la population en général.

Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que les femmes de la population en général d'indiquer souffrir d'asthme (13,2 % contre 8,7 %).

Figure 3. Prévalence de certains problèmes de santé à long terme chez les adultes des Premières Nations, selon le groupe d'âge (âge total ajusté)



E : Variabilité d'échantillonnage élevée. Utilisez les chiffres avec prudence.

- E : La variabilité d'échantillonnage est trop élevée pour publier les données.

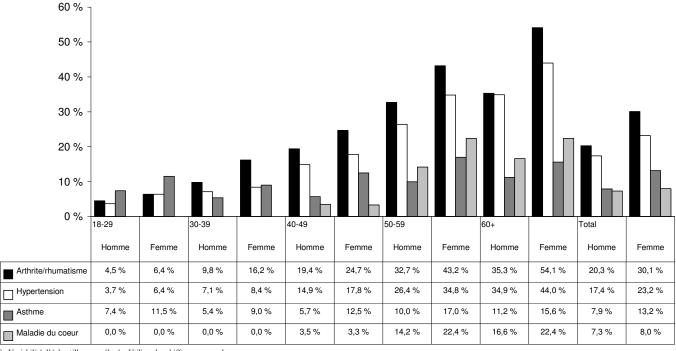
La prévalence de l'arthrite/rhumatisme est plus élevée chez les femmes des Premières Nations que chez les autres femmes (30,1 % contre 17,4 %), la différence la plus

xvi On doit utiliser les chiffres de la prévalence des maladies de cœur dans le groupe d'âge 30 – 39 en raison de la variabilité d'échantillonnage. Les chiffres de la prévalence pour le groupe d'âge 18 – 29 ont été supprimés en raison de la variabilité de l'échantillonnage.

remarquable se trouve chez les femmes âgées de moins de 60 ans. Par exemple, les taux sont semblables chez les femmes des Premières Nations et les autres femmes âgées de 60 ans et plus (54,1 % contre 51,6 %). Toutefois, dans le groupe d'âge 50–59 ans, 43,2 % des femmes des Premières Nations ont rapporté ces maladies contre 32,9 % des autres femmes; dans le groupe d'âge 40–49 ans, 24,7 % de femmes des

Premières Nations contre 15,8 % des autres femmes ont rapporté ces maladies. Dans le groupe d'âge 30–39 ans, 16,2 % des femmes des Premières Nations contre 7,6 % des autres femmes ont rapporté ces maladies, et 6,4 % contre 2,5 % étaient âgées de moins de 30 ans.

Figure 4. Prévalence de certains problèmes de santé à long terme chez les hommes et les femmes des Premières Nations, selon le groupe d'âge (âge total justé)



E : Variabilité d'échantillonnage élevée. Utilisez les chiffres avec prudence. -E : La variabilité d'échantillonnage est trop élevée pour publier les données

La prévalence de l'hypertension est aussi plus élevée chez les femmes des Premières Nations que chez les autres femmes (23,2 % contre 17,4 %). Dans le groupe d'âge des 60 ans et plus, les chiffres sont semblables pour les femmes des Premières Nations et les autres femmes (44 % contre 44,6 %). Toutefois, les femmes des Premières Nations dans le groupe d'âge 50–59 ans étaient plus susceptibles de rapporter cette maladie (34,8 % contre 22,3 %), tout comme l'étaient les femmes dans le groupe d'âge 40–49 ans (17,8 % contre 9,2 %) et dans le groupe d'âge 30–39 ans (8,4 % contre 3,2 %). Quelque 6,4 % des femmes des Premières Nations âgées de 18 à 29 ans ont indiqué souffrir d'hypertension contre 1,8 % seulement des autres femmes âgées de 20 à 29 ans.

La prévalence de maladies du cœur est plus élevée chez les femmes des Premières Nations que chez les autres femmes au Canada (8 % contre 5,1 %). Le taux est plus élevé chez les femmes des Premières Nations que chez les autres femmes âgées de 60 ans et plus (22,4 % contre 15,6 %), dans le groupe d'âge 50–59 ans (8,6 % contre 3,9 %) et dans le

groupe d'âge 40–49 ans (3,3 % contre 2 %). Étant donné la variabilité d'échantillonnage élevée pour les femmes des Premières Nations ayant une maladie du cœur dans les deux dernières catégories, les conclusions ne sont probablement pas statistiquement significatives pour ces groupes d'âges

En règle générale, on peut alors s'attendre à trouver une prévalence plus élevée d'asthme chez les femmes des Premières Nations que chez les autres femmes, particulièrement chez les femmes des Premières Nations âgées de 40 ans et plus. La prévalence élevée d'arthrite et d'hypertension chez les femmes des Premières Nations est particulièrement évidente chez les femmes âgées de moins de 60 ans. La prévalence plus élevée de maladies du cœur chez les femmes des Premières Nations est plus importante chez les femmes de 50 ans et plus.

Accès aux services reliés à la santé

Difficultés d'ordre général pour les personnes handicapées

Étant donné que l'état de santé général des adultes des Premières Nations est moins bon en moyenne que la santé de leurs homologues dans la population en général, et que les personnes handicapées doivent faire face à des défis de santé supplémentaires, que peut-on dire de l'accès des adultes des Premières Nations à des procédures/services reliés à la santé? Le tableau 11 indique jusqu'à quel point les adultes des Premières Nations handicapés ou non ont indiqué dans l'ERS avoir dû affronter des difficultés d'accès à différents traitements et services, et les causes de ces difficultés.

Dans tous les cas, les chiffres rapportés dans les lignes débutant par une puce se rapportent à des personnes qui ont accepté de répondre aux questions de l'ERS pour une ligne donnée ou qui ont indiqué autre chose que « ne sait pas ». Les chiffres indiqués dans les lignes ne contenant pas de puce sont les totaux des réponses « oui » pour toutes les lignes débutant par une puce sous les difficultés concernant l'accès à la médecine traditionnelle, aux soins de santé et aux services offerts en vertu du programme des SSNA destinés aux citoyens des Premières Nations et aux Inuit.

Le tableau 11 (à la fin du chapitre) indique que, dans l'ensemble, les adultes des Premières Nations sont plus susceptibles que leurs homologues non handicapés de signaler des difficultés d'accès à la plupart des services qui leur sont présentés.

Les adultes des Premières Nations handicapés sont 1,5 fois plus susceptibles que leurs homologues non handicapés d'avoir les problèmes énumérés ci-dessous.

Programmes publics : coût, capacité de payer et admissibilité

- Incapacité de payer le coût des services de médecine traditionnelle
- Incapacité de payer directement les autres services de santé
- Incapacité de payer les frais de transport pour accéder aux services de soins de santé
- Incapacité de payer les frais de garde d'enfants pour pouvoir aller se faire soigner
- Les services de médecine traditionnelle recherchés ne sont pas couverts par les SSNA
- Autres services de santé non couverts par les SSNA
- Autorisation de recevoir des services en vertu des SSNA refusée
- Difficulté à obtenir des médicaments, des soins dentaires, des fournitures médicales et des services de transport (ou les frais connexes) des SSNA
- Difficulté à obtenir d'autres « fournitures médicales »
 des SSNA, comme des articles conçus en fonction d'un
 handicap (fauteuils roulants, loupes, marchettes,
 béquilles, cannes, membres artificiels, ustensiles de
 cuisine adaptés, vêtements ou souliers adaptés, coussins
 spéciaux).

Disponibilité

- Services de médecine traditionnelle non disponibles au centre de santé du répondant
- Pénurie de médecins ou d'infirmières dans la région du répondant
- Établissement médical non disponible
- Autres services de santé non disponibles dans la région du répondant

Transport et distance

- Services de médecine traditionnelle trop éloignés
- Difficultés à trouver un moyen de transport pour aller se faire soigner

Caractère adéquat et pertinence

- Les services de soins de santé sont perçus comme inadéquats ou non culturellement appropriés
- Préoccupation concernant les effets de la médecine traditionnelle
- Le répondant a choisi de ne pas voir un spécialiste de la santé pour des motifs non précisés.

Général

Difficultés à obtenir des soins traditionnels

Difficultés d'accès aux soins particuliers pour les femmes des Premières Nations handicapées

Dans l'ensemble, les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que les hommes des Premières Nations de signaler des difficultés avec les points indiqués au tableau 11. Par exemple, elles sont :

- 1,9 fois plus susceptibles d'indiquer qu'elles n'ont pas les moyens de payer les frais de garde d'enfant lorsqu'elles vont se faire soigner;
- 1,4 fois plus susceptibles de rapporter une pénurie de médecins ou d'infirmières dans leur région, un établissement de santé non disponible dans leur région, qu'elles n'en savent pas assez sur la médecine traditionnelle et qu'elles ont des problèmes de transport ou de frais connexes en vertu du programme des SSNA; et
- 1,3 fois plus susceptibles de signaler d'autres difficultés à trouver du transport pour aller se faire soigner, à payer les frais de transport, à obtenir des soins traditionnels et à avoir accès à des services d'optométrie en vertu du programme des SSNA.

Sommaire des principales conclusions

Le présent chapitre examine les handicaps et les problèmes de santé à long terme chez les adultes des Premières Nations et inuit âgés de 18 ans et plus, et tire des comparaisons avec la population adulte élargie du Canada.

La recherche conclut que la prévalence de handicaps chez les adultes des Premières Nations est plus élevée que dans la population adulte du Canada en général. Tout comme dans la population en général, les handicaps sont plus fréquents avec le vieillissement des citoyens des Premières Nations.

Les adultes des Premières Nations handicapés sont plus susceptibles que les adultes non handicapés de ne jamais avoir été marié(e)s. Cette conclusion découle peut-être en partie du fait que le début d'un handicap survient à l'âge adulte pour bien des gens, soit après qu'ils aient établi une relation avec un conjoint ou un partenaire. Les femmes des Premières Nations handicapées sont plus susceptibles d'être veuves, ce qui peut être dû en partie à l'espérance de vie plus courte des hommes et au début tardif d'un handicap chez les femmes dont les maris sont décédés avant elles.

En général, les adultes des Premières Nations handicapés réussissent aussi bien que leurs homologues non handicapés en terme de scolarité, ce qui n'est pas le cas pour le revenu, l'emploi et la santé. Ils réussissent beaucoup moins bien dans ces domaines que la population canadienne en général.

Les femmes des Premières Nations handicapées sont tout aussi susceptibles que leurs homologues masculins de signaler un état de santé passable ou mauvais. Les adultes des Premières Nations âgés handicapés et les adultes des Premières Nations à faible revenu sont plus susceptibles de rapporter un état de santé passable ou mauvais que les personnes plus jeunes ou les personnes dont le revenu est plus élevé.

Les cinq principaux problèmes de santé à long terme auxquels sont confrontés les adultes des Premières Nations, handicapés ou non, sont : arthrite/rhumatisme, maux de dos chroniques, allergies, diabète et hypertension. Ces problèmes de santé tiennent aussi la première place dans la population canadienne en général. Le diabète est beaucoup plus répandu chez les adultes des Premières Nations handicapés que chez leurs homologues non handicapés et dans la population adulte canadienne en général.

Près du quart (22,3 %) des adultes des Premières Nations ont indiqué souffrir d'au moins un des 27 problèmes de santé à long terme indiqués au tableau 10 du présent chapitre. Un autre 20,1 % a indiqué souffrir de deux ou trois de ces problèmes et 11,3 % ont indiqué souffrir de quatre ou plus, jusqu'à un maximum de 14. Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles d'indiquer souffrir de plusieurs (quatre ou plus) problèmes de santé.

La prévalence de ces problèmes de santé augmente avec le vieillissement des adultes des Premières Nations, avec 67,2 % âgés de 18–29 ans ayant indiqué ne souffrir d'aucun d'enter eux contre 13,6 % seulement d'aînés des Premières Nations âgés de 60 ans et plus. La prévalence de problèmes multiples augmente avec l'âge.

La recherche a examiné l'arthrite, l'hypertension, l'asthme et les maladies du cœur et a conclu que lorsque ces problèmes de santé sont corrigés pour l'âge et pour le sexe, la prévalence est plus élevée chez les adultes des Premières Nations que dans la population canadienne en général. Les femmes des Premières Nations sont plus susceptibles que les hommes des Premières Nations et les femmes de la population générale d'indiquer souffrir de ces maladies.

L'écart de prévalence de l'asthme entre les femmes des Premières Nations et les autres femmes est à son maximum chez les femmes âgées de 40 ans et plus. L'écart de prévalence pour l'arthrite et l'hypertension est particulièrement évident chez les femmes âgées de moins de 60 ans. L'écart de prévalence pour les maladies du cœur est plus notable dans le groupe d'âge des femmes âgées de 50 ans et plus.

Les citoyens des Premières Nations doivent affronter de multiples défis en matière de santé. Les adultes des Premières Nations handicapés sont plus susceptibles que leurs homologues non handicapés de devoir faire face à toute une série d'obstacles et d'autres difficultés pour avoir accès à des services de santé. Les problèmes de coût, de capacité de payer et d'absence de couverture par les programmes publics sont légion. Toutefois, les adultes des Premières Nations handicapés sont aussi plus susceptibles que leurs homologues non handicapés d'avoir à faire face à des obstacles et à d'autres difficultés de disponibilité et de pertinence des services ainsi que de difficultés liées à leur adaptation culturelle, en plus des problèmes de distance et de transport.

Les femmes handicapées ont des difficultés particulières dans le domaine des services de santé: préoccupations des femmes quant aux effets de la médecine traditionnelle, manque d'information sur ce sujet et difficultés à obtenir des soins traditionnels, capacité de payer des services de garde d'enfant pour pouvoir aller se faire soigner, manque de médecins, d'infirmières et d'établissements et difficultés à obtenir des services de transport et à les payer.

Recommandations

Indicateurs de handicaps

Des indicateurs de handicaps mieux harmonisés entre l'ERS et les études de population de Statistique Canada faciliteraient les comparaisons entre les adultes des Premières Nations et d'autres adultes au Canada pour tout un ensemble de mesures tirées de ces enquêtes.

En outre, l'ERS pourrait ajouter une question sur la cause du problème de santé qui a entraîné la réduction des activités. Seulement un tiers environ des handicaps des adultes sont causées par des maladies, sujet que la question 34 de l'ERS examine en détail. Le reste des handicaps est causé par des facteurs comme les accidents (par exemple, à la maison ou au travail, accidents d'automobile ou autres accidents), le processus naturel de vieillissement, des problèmes affectifs

ou de santé mentale, des conditions de travail, des facteurs génétiques/congénitaux et d'autres causes diverses. Une question de l'ERS qui reflète les questions de l'ESCC ou de l'EPLA sur les causes du handicap pourrait permettre de savoir pourquoi les citoyens des Premières Nations sont handicapés, ce qui, en retour, pourrait améliorer les efforts de prévention.

Améliorer l'éducation, l'emploi, la sécurité du revenu et la santé

Il est difficile de s'imaginer comment on pourrait améliorer l'éducation, l'emploi, le revenu et la santé générale des adultes des Premières Nations handicapés sans les efforts concertés des responsables des politiques et des leaders des communautés des Premières Nations aussi bien que des leaders extérieurs aux Premières Nations visant, de façon plus large, à améliorer la situation économique et sociale des citoyens des Premières Nations.

Entre-temps, on doit reconnaître que les adultes handicapés constituent une large part des adultes des Premières Nations et qu'ils devraient faire partie intégrante des stratégies visant à améliorer la santé, l'éducation, l'emploi et la sécurité de revenu.

On devrait appliquer des mesures de prévention et de promotion dans le domaine de la santé pour cibler les comportements à risque pour la santé (par exemple l'obésité, l'inactivité physique, l'utilisation non traditionnelle du tabac, la consommation d'aliments qui entraînent un taux élevé de cholestérol dans le sang et d'autres facteurs) qui contribuent prévalence élevée de maladies (comme l'arthrite/rhumatisme, l'asthme, l'hypertension et le diabète), de façon à aller toucher les adultes des Premières Nations handicapés. Les allergies chez les citoyens des Premières Nations exigent probablement plus de recherche sur la nature et les causes, tout en prêtant une attention particulière aux allergies chez les adultes des Premières Nations handicapés. Des recherches supplémentaires doivent être effectuées sur les problèmes d'estomac/intestins et d'asthme chez les adultes des Premières Nations. Il faut adopter des mesures pratiques sur ces sujets et prêter une attention particulière aux personnes atteintes d'un handicap.

Les stratégies de santé personnelle qu'emploient les adultes des Premières Nations handicapés dont l'état de santé est excellent ou très bon devraient faire l'objet de recherches et les données résultantes devraient être disponibles en formats faciles à utiliser.

Les questions d'accès aux soins de santé nécessitent une attention marquée envers les adultes des Premières Nations handicapés, qui doivent affronter des difficultés de façon disproportionnée pour avoir accès à une gamme étendue de services de santé. Certaines des difficultés (comme celles reliées au programme des SSNA) sont imputables au gouvernement fédéral, d'autres aux gouvernements provinciaux/territoriaux ou aux bandes des Premières

Nations à qui la prestation des services de santé a été transférée (établissements, médecins, infirmières; garantie du caractère adéquat et culturellement adapté des services offerts). Les gouvernements fédéral, provinciaux-territoriaux et des Premières Nations ainsi que les autorités de santé doivent collaborer étroitement avec les citoyens des Premières Nations handicapés et souffrant de problèmes de santé à long terme pour abolir les obstacles et réduire d'autres difficultés.

On doit examiner et comprendre plus à fond les difficultés particulières auxquelles sont confrontées les femmes des Premières Nations handicapées. Par exemple, une meilleure compréhension des difficultés et des obstacles auxquels sont confrontées les femmes handicapées en relation avec la santé des femmes et l'accès aux services de santé pourrait servir à élaborer des stratégies différentes pour améliorer la santé et le bien-être des femmes. Étant donné que les hommes des Premières Nations handicapés sont aussi confrontés à des difficultés dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins de santé, les mesures visant à améliorer la situation vécue par les femmes pourraient être adaptées pour répondre aussi aux besoins des hommes.

Notes du Chapitre 4

- Développement des ressources humaines Canada, Bureau de la condition des personnes handicapées, Vers l'intégration des personnes handicapées -- annexes au rapport technique, Ottawa (Ont.), Développement des ressources humaines Canada, Bureau de la condition des personnes handicapées, 2002, Annexe 3.
- 2. Idem, p. 27.
- Développement social Canada, Bureau de la condition des personnes handicapées, Vers l'intégration des personnes handicapées — 2004, Ottawa (Ont.), Développement social Canada, Bureau de la condition des personnes handicapées, 2004, p. 9 et Note en fin de chanitre 14 n 96
- Développement des ressources humaines Canada, Bureau de la condition des personnes handicapées, Vers l'intégration des personnes handicapées -- rapport technique 2002, Ottawa (Ont.) Développement des ressources humaines Canada, Bureau de la condition des personnes handicapées, 2002, p. 22.
- E. Ng, « Disability among Canada's Aboriginal Peoples in 1991 », Rapports sur la santé 8, 1, été 1996, p. 25-32.
- Développement social Canada, Vers l'intégration des personnes handicapées, 2004, Ottawa (Ont.), Développement social Canada, 2004, p. 54.
- Statistique Canada, Caractéristiques de l'emploi et du niveau de scolarité chez les adultes ayant un handicap, Enquête sur la santé et les limitations d'activité 1991, Ottawa (Ont.) ministre de l'Industrie, 1993, tableau 3.3.
- The Roeher Institute, Improving the Odds: Employment, Handicap and Public Programs in Canada, Toronto (Ont.), The Roeher Institute, 2004.
- 9. Santé Canada, Direction générale de la politique de la santé et des communications, La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé, en ligne, Ottawa (Ont.), Santé Canada, Direction générale de la politique de la santé et des communications, 2001. cité le 13 septembre 2005, disponible en ligne à: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-frame-plan-promotion/index_e.html>.
- Conseil canadien de développement social, Est-ce que les personnes pauvres ont moins de chance d'être en santé que les personnes riches? en ligne, Ottawa (Ont.), Conseil canadien de développement social, 2004, cité le 13 septembre 2005, disponible en ligne à : http://www.canadian-health-
 - network.ca/servlet/ContentServer?cid=1005632&pagename=CHN-RCS %2FCHNResource %2FFAQCHNResourceTemplate&c=CHNResource&lang=En&repGroupTopic=Determinants+de+Health+KS>.
- MedicineNet.com, Arthrite, en ligne, cité le 29 septembre 2005, disponible en ligne à: http://www.medicinenet.com/arthrite/article.htm>.
- MedicineNet.com, Rheumatoid Arthritis, en ligne, cité le 2 octobre 2005, disponible en ligne à : http://www.medicinenet.com/rheumatoid_arthritis/article.htm.
- MedicineNet.com, High Blood Pressure, en ligne, cité le 29 septembre 2005, disponible en ligne à : http://www.medicinenet.com/high_blood_pressure/article.htm.
- MedicineNet.com, Asthma, en ligne, cité le 29 septembre 2005, disponible en ligne à: http://www.medicinenet.com/asthma/article.htm>.
- MedicineNet.com, Definition of Heart Disease, en ligne, cité le 29 septembre 2005, disponible en ligne à : http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=31193s.
- American Heart Association, Risk Factors and Coronary Heart Disease, en ligne, cité le 29 septembre 2005, disponible en ligne à : http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4726.

Tableau 1. Prévalence des incapacités selon l'ERS, l'ESCC 2003 et l'ENSP 1998-99, indiquant les résultats concernant les Premières Nations non ajustés et ajustés en fonction de l'âge¹

Groupes d'âge	Premières Nations - ERS	Canada – Indicateurs choisis : ESCC	Différentiel Premières Nations - Canada	Premières Nations - ERS	Canada - ENSP	Différentiel Premières Nations - Canada
<30 ¹	13,1 %	16,2 %	0,8	13,1 %	8,8 %	1,5
30-39	16,0 %	18,7 %	0,9	16,0 %	11,7 %	1,4
40-49	22,7 %	24,2 %	0,9	22,7 %	14,9 %	1,5
50-59	38,2 %	29,9 %	1,3	38,2 %	21,1 %	1,8
60+	49,7 %	38,1 %	1,3	49,7 %	31,8 %	1,6
Total – Non ajusté selon l'âge	22,9 %	25,8 %	0,9	22,9 %	17,8 %	1,3
Total – Ajusté selon l'âge	28,5 %	25,8 %	1,1	27,8 %	17,8 %	1,6

¹ Âge 18 – 29 pour les Premières Nations; âge 20 – 29 autres adultes.

Tableau 4. Pourcentage des Premières Nations et des Canadiens n'ayant pas obtenus leur diplôme d'études secondaires, par âge et état d'incapacité

~	Premièr	Premières Nations/Inuit (ERS)			Canada (ESCC)		Canada (Fichier général - ENSP)			
Groupe d'âge	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	
<30 ¹	45,3	38,7	44,4	8,4	13,5	9,2	10,3	18,9	11,1	
30-39	25,6	27,8	26,0	8,7	11,0	9,1	12,1	16,2	12,6	
40-49	24,2	26,4	24,7	11,8	16,4	12,9	15,1	18,0	15,5	
50-59	33,2	32,5	32,9	17,5	22,2	18,9	24,0	28,6	24,9	
60+	58,5	61,2	59,8	40,6	46,3	42,8	45,9	50,8	47,4	
Tous les adultes	35,6	38,7	36,3	16,7	26,3	19,2	20,2	32,2	22,5	

¹ Âge 18 – 29 pour les Premières Nations; âge 20 – 29 autres adultes.

Tableau 5. Revenu personnel des Premières Nations/Inuit et Candiens, par état d'incapacité

	Premières Nations/Inuit (ERS)			•	Canada (ESCC)		Canada (Fichier santé)			
Groupe de revenu	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	
Aucun revenu ¹	7,1	9,1	7,6	4,5	4,5	4,5	5,3	4,7	5,2	
Moins de 15 000 \$	39,7	49,5	42,0	19,4	29,4	22,0	24,9	39,5	27,7	
15 000 \$ - 29 999 \$	31,1	26,2	30,0	23,4	26,0	24,1	27,4	26,2	27,1	
30 000 \$ - 49 999 \$	16,4	12,4	15,5	27,2	21,9	25,8	25,7	18,1	24,2	
50 000 \$ ou plus	5,6	2,7 E	4,9	25,5	18,1	23,6	16,8	11,5	15,8	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

¹ Incluant perte de revenu.

Tableau 6. Pourcentage des Premières Nations et Canadiens possédant un emploi, par groupe d'âge et état d'incapacité

Groupa d'âga	Premières	Nations (ERS)		Canada (ESCC) ¹					
Groupe d'âge	Sans incapacité Avec	incapacité	Total Sans	incapacité Avec	incapacité	Total			
<30 ²	40,1	37,7	39,8	77,4	70,2	76,2			
30-39	61,7	45,6	59,1	85,4	77,3	83,9			
40-49	64,3	55,9	62,4	87,4	75,9	84,6			
50-59	62,3	40,5	53,9	77,4	59,8	72,1			
60+	29,3	12,9	21,3	26,5	19,0	24,0			
Tous les adultes	52,2	37,3	48,8	74,1	58,7	70,4			

¹ Pour l'ESCC, pourcentage au travail dans la semaine avant l'enquête, ou avec emploi mais absent. Aucune variable semblable dans l'ENSP.

¹ En raison de différences dans les méthodes d'enquête, ces résultats doivent être interprétés avec précaution lors de l'étude d'autres enquêtes en vue de comparer la prévalence d'incapacités entre les Premières Nations et les non-autochtones.

E Variabilité d'échantillonnage élevée. Précaution recommandée.

² Âge 18 – 29 pour les Premières Nations; âge 20-29 pour la population générale.

Tableau 7. État de santé général des Premières Nations et des Canadiens, par état d'incapacité

*	Premières Nations (ERS)			Canada (ESCC)			Canada (Fichier santé ENSP)			
État de santé général	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	
Excellent ou très bon	46,7	16,6	39,9	66,3	32,9	58,0	71,3	27.8	62.9	
Bon	40,5	37,4	39,8	28,3	36,0	30,2	24,6	36.0	26.8	
Passable ou médiocre	12,8	45,9	20,3	5,4	31,1	11,8	4,1	36.3	10.3	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100.0	100.0	

Tableau 8. État de santé général des Premières Nations et des Canadiens, par état d'incapacité et âge

Tableau 8. État de s		es Nations (El			ada (ESCC)			ichier santé E	NSP)	Fact	eur
Groupe d'âge et état de santé général	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	C1: Premières Nations avec incapacité ÷ Canada (ESCC) total	C2 PN/Inui avec incapacité : Canada (ESCC) sans incapacité
<30 ¹ Excellent ou très											
bon	51,9	27,5	48,7	72,7	47,4	68,6	77,3	43,8	73,8	0,4	0,4
Bon	37,1	42,3	37,8	24,1	37,1	26,2	20,2	39,8	22,2	1,6	1,8
Passable ou médiocre	11,0	30,2	13,5	3,2	15,5	5,2	2,5	16,4	4,0	5,9	9,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
30-39 Excellent ou très bon	48,4	21,6	44,1	72,6	44,2	67,3	77,3	34,6	71,5	0,3	0,3
Bon	41,9	42,2	41,9	24,9	37,3	27,2	20,9	36,8	23,0	1,6	1,7
Passable ou médiocre	9,7	36,3	14,0	2,5	18,5	5,5	1,9	28,6	5,5		
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
40-49 Excellent ou très bon Bon	45,9 41,9	18,8 42,1	39,7 41,9	67,6 28,2	37,5 37,7	60,3 30,5	73,3 23,5	33,8 35,6	67,2 25,4		
Passable ou médiocre	12,2	39,1	18,4	4,2	24,8	9,2	3,2	30,6	7,4	4,2	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
50-59 Excellent ou très bon	35,3	13,4	26,9		28,4	53,1	67,9	27,2	57,9		
Bon	39,3	33,7	37,1	30,3	35,3	31,8	27,6	33,0	29,0	1,1	1,1
Passable ou médiocre	25,4	53,0	36,0	6,1	36,3	15,1	4,4	39,9	13,1	3,5	8,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
60+ Excellent ou très bon Bon	31,5 50,2	– E 29,6	18,8 40,0		20,4 34,8	39,2 36,1	57,1 33,1	18,3 36,4	44,4 34,2		- 0,8
Passable ou médiocre	18,3	29,6 64,5	41,2	•	34,8 44,8	24,7	9,8	36,4 45,4	21,4	•	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	1	

¹ Âge 18 – 29 pour les Premières Nations; âge 20 – 29 pour la population générale.

⁻ E Variabilité d'échantillonnage trop élevée pour la publication des données.

Table 9. État de santé général des Premières Nations et des Canadiens, par état d'incapacité et revenu personnel

		es Nations	(ERS)	Ca	nada (ESCC)		Canada (Fichier santé ENSP)			
Groupe de revenu et état de santé général	Sans	Avec	Total	Sans	Avec	Total	Sans	Avec	Tota	
	incapacité	incapacité	1 Otal	incapacité	incapacité	Total	incapacité	incapacité	1 ota	
Aucun revenu ¹										
Excellent ou très bon	42,0	13,9	34,2	62,8	22,9	52,5	65,9	30,2	59,7	
Bon	39,8	34,3	38,3		38,5	32,5	28,5	29,4	28,7	
Passable ou médiocre	18,2	51,7	27,6	6,8	38,6	15,0	5,5	40,4	11,7	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Moins de 15 000 \$										
Excellent ou très bon	42,9	14,3	35,1	59,6	22,3	46,7	63,1	17,3	50,5	
Bon	41,9	36,2	40,3	31,4	33,6	32,2	30,1	36,2	31,8	
Passable ou médiocre	15,2	49,5	24,6	8,9	44,1	21,1	6,9	46,4	17,8	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
15 000 \$ - 29 999 \$										
Excellent ou très bon	52,7	21,3	46,3	64,2	30,8	54,9	70,3	26,6	62,1	
Bon	36,9	37,2	37,0	29,9	36,2	31,7	24,6	37,7	27,1	
Passable ou médiocre	10,3	41,5	16,7	5,9	33,0	13,5	5,1	35,7	10,8	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
30 000 \$ - 49 999 \$										
Excellent ou très bon	47,8	27,8	44,0	69,4	41,0	63,2	76,2	41,1	71,1	
Bon	44,3	35,8	42,6	27,1	37,6	29,4	22,0	34,9	23,9	
Passable ou médiocre	8,0	36,3	13,4	3,5	21,4	7,4	1,8	24,0	5,0	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
50 000 \$ ou plus										
Excellent ou très bon	58,9	– E	53,1 %	74,2 %	46,8 %	68,8 %	80,8	45,2	75,8	
Bon	38,3	– E	40,0 %	23,3 %	38,4 %	26,3 %	17,8	38,3	20,7	
Passable ou médiocre	– E	– E	6,8 E	2,5 %	14,8 %	4,9 %	1,4	16,5	3,5	
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0	100,0	100,0	
Tous les groupes de revenu										
Excellent ou très bon	46,7	16,6	40,6	66,3	32,9	58,0	71,3	27,8	62,9	
Bon	40,5	37,4	39,5	28,3	36,0	30,2	24,6	36,0	26,8	
Passable ou médiocre	12,8	45,9	19,9		31,1	11,8	4,1	36,3	10,3	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

¹ Incluant perte de revenu.

E Variabilité d'échantillonnage élevée. Précaution recommandée.

E Variabilité d'échantillonnage trop élevée pour la publication des données.

Tableau 10. Problèmes de santé chez les Premières Nations (ajustées selon l'âge) et les Canadiens, par état d'incapacité

	Pre	emièr	es Nations (I	ERS)		(Canada (ESCC)	
Problème de santé	Sans incapacité		Avec incapacité		Total	Sans incapacité	Avec incapacité	Total
Arthrite ou rhumatisme	14,6		52,2		25,3	11,9	39,8	19,1
Maux de dos chroniques	9,6		34,5		16,7	14,1	42,4	21,4
Ostéoporose	1,6		12,4		4,7			
Asthme	9,0		14,6		10,6	6,1	12,8	7,8
Bronchite chronique	2,5		6,9		3,7	1,7	5,9	2,8
Emphysème ²	0,5	E	2,4	E	1,0	0,6	3,4	1,4
Allergies	17,6		25,3		19,9	27,5	38,5	30,3
Cataractes	4,3	E	15,3		7,4	2,9	9,0	4,5
Glaucome	_	E	3,6	E	2,7 E	1,2	3,4	1,8
Cécité ou graves problèmes de vision	2,2		8,3		4,0			
Déficience auditive	8,5		18,7		11,4			
Épilepsie	0,6	E	2,3	E	1,1	0,4	1,1	0,6
Troubles psychologiques ou nerveux	1,7		6,5		3,1			
Déficience cognitive ou mentale	_	E	2,8	E	1,1			
Hyperactivité avec déficit de l'attention	0,3		2,0	E	0,8 E			
Difficultés d'apprentissage	1,4		3,0	E	1,9	1,1	3,9	1,8
Cardiopathie	3,2		18,8		7,6	3,1	12,9	5,6
Hypertension	14,7		34,7		20,4	13,1	25,8	16,4
Conséquences d'un AVC (hémorragie cérébrale)	0,8		5,4		2,1	0,4	3,4	1,2
Problèmes de thyroïde	3,5		8,6		5,0	5,1	9,5	6,2
Cancer	1,4		4,9		2,4	1,2	4,0	1,9
Maladie du foie (excluant l'hépatite)	1,1		3,1		1,7			
Problèmes gastriques et intestinaux ³	6,4		16,6		9,3	2,1	5,9	3,1
VIH-sida	_	Е	_	Е	- E			
Hépatite	0,9		2,1	Е	1,2			
Tuberculose (TB)	3,3		5,5		3,9			
Diabète	15,3		30,9		19,7	3,8	9,2	5,2

¹ Population générale visée par l'ESCC, problèmes de dos excluant la fibromyalgie et l'arthrite

² Population générale visée par l'ESCC, emphysème maladie respiratoire obstructive chronique

³ Population générale visée par l'ESCC, ulcères d'estomac ou intestinaux

E Variabilité d'échantillonnage élevée. Précaution recommandée.

E Variabilité d'échantillonnage trop élevée pour la publication des données.

Tableau 11. Pourcentage des adultes des Premières Nations éprouvant des difficultés à obtenir des services liés à la santé et obstacles à l'obtention de soins de santé

	Pı	emières Natio	ns (ERS	S)
	Sans incapacité	Avec incapacité	Total	Ratio (avec incapacité ÷ sans incapacité)
Éprouve des difficultés à accéder à la médecine traditionnelle	30,9	40,5	33,1	1,3
Difficultés particulières d'accès à la médecine traditionnelle				
Ne savent pas où s'adresser	15,0	19,3	16,0	1,3
Coût trop élevé	2,3	6,6	3,3	2,9
Trop loin pour se déplacer	5,2	12,7	7,0	2,4
Préoccupés par les effets secondaires	2,8	5,5 E	3,4	2,0
Manque d'informations	19,2	20,5	19,5	1,1
Soins non offerts dans les centres de santé	7,8	13,1	9,4	1,7
Soins non couverts par les SSNA	6,6	13,9	8,3	2,1
Utilisation de la médecine traditionnelle	36,5	44,6	38,3	1,2
Éprouve des difficultés à obtenir de soins de santé	51,6	70,3	55,9	1,4
Difficultés particulières d'accès à des soins de santé				
Pas de docteur ou d'infirmier(ère) dans la région du (de la) répondant(e)	16,7	24,4	18,5	1,5
Pas d'installation de santé	9,2	16,2	10,8	1,8
Liste d'attente trop longue	30,8	41,2	33,2	1,3
Incapable de prévoir du transport	11,9	23,3	14,5	2,0
Difficile d'obtenir des soins traditionnels	11,3	20,4	13,4	1,8
Soins non couverts par les SSNA	16,9	30,3	20,0	1,8
Services refusés dans le cadre des SSNA	13,4	25,6	16,1	1,9
Coût des services ou des soins trop élevé	10,5	22,4	13,2	2,1
Coût du transport trop élevé	10,9	23,1	13,7	2,1
Coût de garde d'enfant trop élevé	6,2	10,3	7,1	1,7
Pensent que les soins dispensés étaient inappropriés	14,2	25,8	16,9	1,8
Pensent que le service n'était pas culturellement approprié	11,3	20,7	13,5	1,8
Ont choisi de ne pas consulter un(e) professionnel(le) de la santé	9,9	14,5	10,9	1,5
Pas de services dans la région du (de la) répondant(e)	12,4	22,2	14,7	1,8
Éprouve des difficultés à obtenir des services dans le cadre des SSNA	30,1	47,5	34,1	1,6
Difficultés particulières à obtenir des services dans le cadre des SSNA				
Médicaments	14,0	30,1	17,8	2,1
Soins dentaires	15,2	23,6	17,2	1,6
Soins de la vue	15,9	21,5	17,2	1,3
Prothèse auditive	3,0 E	5,1 E	3,4 E	1,7
Autres fournitures médicales	4,6	12,6	6,5	2,7
Transport accompagné	6,8	11,3	7,8	1,7
Service ou coût de transport (par air ou par la route)	7,2	15,3	9,1	2,1
E Variabilité d'échantillonnage élevée. Précaution recommandée.				

Chapitre 5

Diabète

Résumé

Le diabète est un important problème de santé qui touche l'ensemble des Premières Nations. Le but de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) est de faire un suivi sur les des problèmes de santé, particulièrement ceux qui sont liés directement au diabète, notamment afin de voir dans quelle mesure les diabétiques ont accès à des programmes de traitement et d'éducation.

Le diabète est une épidémie en pleine expansion. Diagnostiqué chez 19,7 % des adultes des Premières Nations (principalement le diabète de type II), sa prévalence augmente avec l'âge et elle est plus forte chez les adultes vivant dans des communautés isolées et chez ceux qui parlent ou comprennent une langue des Premières Nations. L'écart de prévalence entre les hommes et les femmes a disparu, car le diabète a fortement augmenté chez les hommes d'un certain âge. Bien que le diabète et l'obésité soient intimement liés, l'enquête n'a permis de constater aucun lien entre l'alimentation et l'activité physique. Le taux de diabète chez les adultes des Premières Nations reste plus élevé que dans la population en général et l'augmentation de la prévalence est encore plus marquée dans les groupes d'âge supérieurs.

Le diabète crée un lourd fardeau de santé. Presque tous les diabétiques signalent des conséquences négatives pour leur santé et plus du quart des diabétiques sont limités dans leurs activités. Les taux de cardiopathie et d'autres maladies associées au diabète sont plus élevés chez les diabétiques que chez les autres adultes des Premières Nations. La plupart d'entre eux sont traités grâce à des médicaments ou à des modifications du style de vie, mais plus d'un diabétique sur dix dit manquer d'accès à une éducation au diabète. La moitié des diabétiques surveillent tous les jours leur glycémie (un sur cinq ne l'a pas fait pour les deux dernières semaines).

Pour améliorer les habitudes d'alimentation et d'activité physique, il faut une stratégie globale et culturellement adaptée, qui comprend des activités de promotion, d'élaboration de politiques et de modification de l'environnement. Le dépistage précoce, le traitement et la surveillance sont essentiels pour alléger le fardeau individuel et collectif du diabète.

Introduction

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit de 1997 (ERLSPNI)¹ nous décrit une réalité inquiétante. Le diabète est devenu un problème de santé grave qui ne cesse d'augmenter dans les populations autochtones de partout au Canada. Au moment de l'Enquête², la prévalence du diabète augmentait avec l'âge et était plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

C'est en 1950³ que nous avons eu la preuve que le diabète était devenu un problème. Dans les années 1980, le taux d'incidence du diabète chez les Indiens pimas était très élevé, avec un taux de prévalence aussi élevé que 40 % à 50 % chez les adultes âgés de 35 ans et plus.⁴ C'est alors qu'on a commencé à lier l'obésité au diabète, les taux d'incidence du diabète étant 90 fois plus élevés chez les personnes souffrant d'obésité morbide que chez les personnes de faible poids (72,2 cas sur 1000 chez les personnes maladivement obèses par rapport à 0,8 cas sur 1000 chez les personnes dont la masse corporelle est inférieure à 20 kg/m²).⁵ En outre, le fait d'avoir un parent ou plus atteint du diabète augmente considérablement le risque d'incidence, si on tient compte de l'obésité. Cela peut indiquer une susceptibilité génétique au diabète, ou un génotype dit « économe » qui permet d'emmagasiner et de conserver efficacement la graisse pour survivre lorsque les aliments sont relativement rares ou disponibles par intermittence.^{6,7} De plus, le diabète gestationnel occasionne des taux d'obésité plus élevés chez les descendants⁸, de sorte que le problème pourrait empirer avec les générations successives.

L'histoire du diabète chez les Indiens pimas n'est pas unique; la prévalence du diabète est uniformément plus élevée dans les autres populations des Premières Nations en Amérique du Nord (par exemple chez les Indiens des Plaines⁹ et chez les Algonquins¹⁰) que dans la population non autochtone. L'obésité, un facteur de risque courant, se situe principalement au niveau du tronc (dans un groupe au moins) et il est un indicateur significatif de diabète. 11 De plus, chez les enfants des Premières Nations de la Saskatchewan^{12, 13}, tout comme chez les Indiens pimas, un poids élevé à la naissance est associé au diabète chez la mère durant la grossesse et, à en juger par les études sur les Cris de la Baie James, une femme sur huit pourrait souffrir de diabète gestationnel. 14 Si un poids plus élevé à la naissance se traduit plus tard par des taux plus élevés d'obésité parmi la descendance, le risque que ces enfants soient atteints du diabète est donc plus élevé.

L'ERLSPNI de 1997 mesure la prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations. La nouvelle Enquête régionale longitudinale sur la santé (ERS) est conçue de façon à permettre de suivre les changements de prévalence du diabète chez les adultes des Premières Nations tous les quatre (4) ans de 2002-2003 à 2014. En outre, elle recueille des renseignements détaillés (généralement non disponibles

dans les enquêtes sur la santé au Canada), sur les impacts sur la santé directement attribuables au diabète et mesure jusqu'à quel point les personnes atteintes de diabète ont accès à de l'éducation et à des traitements.

Méthode

Le présent chapitre décrit la situation actuelle au moyen du taux de prévalence autodéclaré (« Est-ce qu'on vous a déjà dit que vous aviez ... le diabète? »). On peut ainsi essayer de voir si certains groupes ont des taux plus élevés que d'autres. On adopte une approche écologique ou holistique pour identifier de tels groupes, en tenant compte de facteurs reliés à la personne et à sa communauté. En particulier, on examine des facteurs individuels comme l'âge, le sexe, le revenu du ménage, l'éducation et la langue (le fait de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations) et des facteurs communautaires comme la taille, le degré d'isolement et les transferts de responsabilité en santé. De plus, on cherche à voir s'il y a un lien avec l'obésité, le régime alimentaire et l'activité physique en comparant la prévalence de ces variables chez les diabétiques et les non-diabétiques.

On étudie l'impact du diabète sur la santé des adultes des Premières Nations en examinant le nombre et le type de conséquences négatives directement reliées au diabète (problèmes oculaires, de cœur, de circulation, de fonction rénale, d'infections, aux membres inférieurs, de sensation dans les mains et les pieds, et des amputations). On y décrit aussi les limitations d'activités directement reliées au diabète. L'état de santé général, la comorbidité ou les maladies concomitantes constituent les éléments dont on tient compte pour quantifier les impacts du diabète sur la santé personnelle. Enfin, on tient compte jusqu'à un certain point de l'impact sur la famille en examinant un indicateur : la prestation de soins à domicile par des membres de la famille.

On explore aussi différents sujets reliés à la détection, au traitement et à la prévention secondaire du diabète. Par exemple, on compare la prévalence de plusieurs tests diagnostiques entre les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète et celles qui n'en ont pas reçu. On décrit également les méthodes d'autosurveillance pratiquées par les répondants (en termes de fréquence sur une période de deux semaines). On présente aussi les expériences actuelles des adultes en matière d'éducation sur le diabète et les problèmes liés au manque d'éducation (accès, coûts, services inadéquats ou éducation non adaptée à la culture). En dernier lieu, on présente les régimes de traitement utilisés et on compare les personnes atteintes du diabète et les autres pour ce qui est de l'accès au système de soins de santé.

Tout comme on a décrit les tendances en matière de diabète, on décrira aussi les différences individuelles dans l'impact sur la santé, la détection, l'éducation et le traitement du diabète selon l'âge, le sexe, le revenu du ménage, l'éducation et le statut linguistique (comprendre ou parler une langue des Premières Nations) et les différences inter-communautés

selon la population, le degré d'isolement et les transferts en santé de la communauté.

Résultats

Situation actuelle

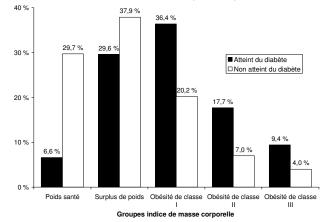
Dans l'ensemble, $19.7 \%^{i_n}$ des adultes des Premières Nations ont reçu un diagnostic de diabète. De ces personnes, la plupart (78,2 %) ont reçu un diagnostic de diabète de type 2, 9,9 %, de diabète de type 1 et 9,8 %, de prédiabète. Une femme des Premières Nations sur huit (11,9 %) dit avoir eu un diabète gestationnel.

La prévalence du diabète est moins élevée chez les 18-29 ans $(3,0\%^*)$ et double tous les dix ans pour atteindre le point culminant d'environ un adulte sur trois chez les personnes de 55 ans et plus (36,4% chez les 55-64 ans et 35,2% chez les 65 ans et plus).

Les adultes ayant un diplôme d'études secondaires sont moins atteints du diabète que ceux qui n'ont pas de diplôme ou ceux qui ont un diplôme collégial ou universitaire. La prévalence de diabète est plus élevée chez les adultes qui vivent dans des communautés isolées où il y a un service aérien mais pas d'accès routier que chez ceux qui vivent dans des communautés non isolées. Le fait de comprendre ou de parler une langue des Premières Nations ou plus est associé à des taux presque trois fois plus élevés de diabète, même après ajustement selon le degré d'isolation et l'âge (bien que l'ajustement ait réduit l'importance de la différence). Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, le revenu, la taille de la communauté ou les transferts de responsabilité en santé.

Le surplus de poids ou l'obésité sont considérés comme des facteurs de risque importants du diabète. La figure 1 compare la distribution du poids corporel des diabétiques et des non-diabétiques. Chez les adultes des Premières Nations, le diabète est associé à un surplus de poids. Alors que la plupart des adultes non diabétiques sont considérés comme ayant un poids santé ou un surplus de poids, la plupart des adultes atteints du diabète sont considérés comme obèses. Un adulte sur vingt (6,6 %) seulement atteint du diabète a un poids santé, contre presque un adulte sur trois (29,7 %) non atteint du diabète. Malgré cela, les adultes atteints du diabète sont tout autant susceptibles que les adultes non atteints du diabète de dire qu'ils ont presque toujours un régime alimentaire équilibré et qu'ils sont actifs.

Figure 1. Distribution de l'indice de masse corporelle chez les personnes atteintes ou non du diabète (n=8 610)



Un poids santé représente un indice de masse corporelle \geq 18.5 et < 25; un surplus de poids représente un indice de masse corporelle \geq 25 et < 30; l'obésité de classe I représente un indice de masse corporelle \geq 30 et < 35; l'obésité de classe II représente un indice de masse corporelle \geq 35 et < 40; l'obésité de classe III représente un indice de masse corporelle \geq 40.

Fardeau du diabète sur la santé personnelle et publique

La prévalence plus élevée du diabète chez les adultes des Premières Nations que dans la population adulte du Canada en général impose un fardeau beaucoup plus lourd sur la santé publique des communautés des Premières Nations. Comme l'indique la figure 2, en 1997 et en 2002, la prévalence du diabète était plus élevée chez les hommes que chez les femmes autochtones de chaque groupe d'âge qu'elle ne l'est dans la population en général. De plus, cet écart relié à l'âge semble s'accentuer entre les adultes des Premières Nations et la population en général, particulièrement chez les hommes âgés de 45–54 ans et 55–64 ans.

Environ un quart des personnes ayant reçu un diagnostic de diabète ont des limitations d'activités en raison de cette maladie. Ces limitations sont plus courantes chez les personnes ayant un diplôme d'études secondaires (ou moins) que chez les diplômés du collégial. (La petite taille de l'échantillon empêche la comparaison avec les diplômés universitaires).

Bien que seulement 28,6 % des adultes rapportent des limitations d'activités, 88,7 % rapportent une conséquence négative ou plus reliée à leur diabète, y compris des problèmes de sensation aux mains et aux pieds (37,1 %), oculaires (36,8 %), de circulation (21,6 %), aux membres inférieurs (20,9 %), de fonction rénale (15,9 %), d'infections (14,7 %), et cardiaques (11,3 %). Un quart (24,1 %) rapporte quatre (4) de ces conséquences négatives ou plus, 30,1 %, 2-3 conséquences, et 34,5 %, une conséquence. Les problèmes aux membres inférieurs sont plus courants chez les adultes plus âgés que chez les adultes plus jeunes. Les adultes qui comprennent ou parlent au moins une langue des Premières Nations sont plus susceptibles de rapporter des conséquences négatives reliées à la fonction rénale. Cela est particulièrement vrai chez les personnes de 55 à 64 ans, car les personnes qui parlent ou comprennent une langue des

ⁱ Pour simplifier le texte, les intervalles de confiance ne sont pas indiqués pour les estimations à moins que le coefficient de variation soit supérieur à 33,3 %.

^{*} Les comparaisons entre les groupes ou les catégories sont significatives, sauf où « NS » – non significatif – est indiqué. Dans le présent chapitre, les différences sont considérées comme significatives lorsque les intervalles de confiance ne dépassent pas le niveau de confiance de 95 % (après un ajustement de Bonferroni).

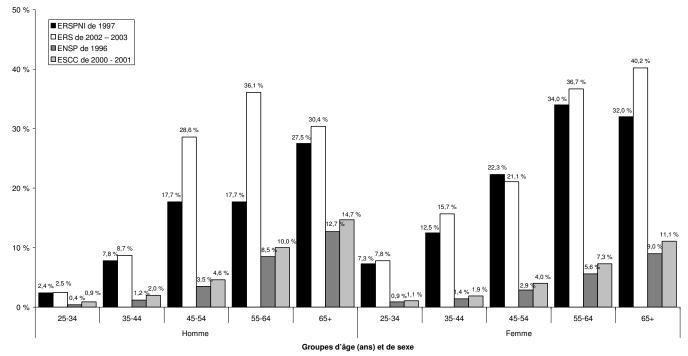
Premières Nations sont moins susceptibles que les autres de ne pas rapporter de problèmes reliés à la fonction rénale.

En accord avec le nombre et la gamme des conséquences négatives, relativement plus d'adultes ayant reçu un diagnostic de diabète considèrent leur état de santé comme « mauvais », « passable » ou « bon » que les autres adultes (85,0 % contre 55,9 %), alors que 2,7 % des personnes atteintes de diabète disent que leur état de santé est « excellent » contre 15,2 % pour les autres adultes. En outre, les maladies du cœur et l'hypertension sont environ quatre fois plus courantes chez les adultes atteints de diabète que

chez les autres adultes (14,9 % contre 3,3 % pour les cœur; 42,0 % contre 10,3 % l'hypertension), ce qui indique que les maladies concomitantes peuvent aussi imposer un fardeau plus lourd aux diabétiques qu'aux autres adultes des Premières Nations.

À peu près un adulte sur trois atteint du diabète reçoit des soins à domicile dispensés par des membres de sa famille, ce qui est le double du taux des personnes non atteintes du diabète (29,0 % contre 12,2 %). De ces 29,0 %, la moitié reçoit souvent de l'aide.

Figure 2. Tendances du diabète chez les Premières Nations et la population adulte du Canada en général



ERSPNI: Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit de 1997 ERS: Enquête régionale sur la santé de 2002 - 2003

ENSP : Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

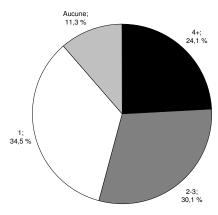
ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada

Éducation, traitement et contrôle

Quatre personnes diabétiques sur dix (41,3 %) visitent une clinique de diabète ou reçoivent une éducation sur le diabète. Des six autres personnes (sur dix), la moitié (50,9 %) indiquent ne pas avoir besoin d'une éducation sur le diabète et 31,2 % n'ont pas indiqué de raison. L'accès (22,2 %) est la principale raison pour laquelle les personnes ayant besoin d'une éducation ne la reçoivent pas. Cela est plus courant chez les personnes vivant dans des communautés isolées (47.2 %), par rapport aux communautés non isolées (12,9 %). Cela est aussi plus courant chez les personnes qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations que chez celles qui ne comprennent pas ou ne parlent pas une langue des Premières Nations. Par rapport aux personnes

sans diabète, un pourcentage plus élevé d'adultes ayant reçu un diagnostic de diabète rapporte le manque de services de santé non assurés (SSNA) (27,0 % contre 18,7 %), et le fait que la non-autorisation de services en vertu des SSNA limite l'accès à des soins de santé (21,2 % contre 15,2 %). En particulier, les personnes atteintes de diabète sont plus susceptibles que les autres de rapporter des difficultés d'accès à des médicaments, à d'autres fournitures médicales et à des prothèses auditives. Les coûts (6,2 %), l'insuffisance des informations disponibles (4,7 %) et des services inadéquats ou non adaptés à la culture (3,3 %) font partie des motifs invoqués pour ne pas visiter une clinique ou recevoir une éducation sur le diabète.

Figure 3. Nombre de conséquences négatives du diabète (n=1 400)



Presque toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète (89,8 %) reçoivent certaines formes de traitement. On utilise une combinaison de moyens pour contrôler le diabète, dont les plus courants sont médicaments et alimentation (68,0 % et 65,5 % respectivement), suivie de l'exercice (52,9 %), de l'insuline (16,7 %), de la médecine traditionnelle (12,9 %), et de la consultation chez un guérisseur traditionnel ou la participation à des cérémonies traditionnelles (6,0 %). Les personnes ayant un diplôme collégial sont plus susceptibles de suivre un régime alimentaire comme traitement que les personnes ayant moins de scolarité et les personnes vivant dans des communautés où les services de santé ont été transférés directement à la communauté. Les adultes âgés de 40 ans et moins (66,2 %) sont plus susceptibles que les adultes âgés de 60 ans et plus (43,6 %) de contrôler leur diabète avec des exercices. Les adultes qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations et les personnes qui vivent dans des communautés plus petites (< 1500 résidents) sont plus susceptibles que les autres adultes de prendre des médicaments traditionnels.

Figure 4. Éducation sur le diabète : proportion qui reçoit une éducation et raisons invoquées pour ne pas en recevoir (n=762)

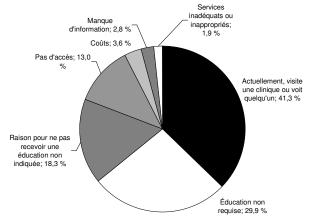
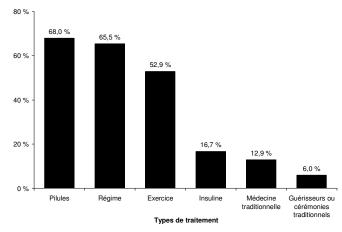


Figure 5. Traitement du diabète (n=1 301)



Les adultes atteints du diabète sont plus susceptibles que les autres adultes de recevoir toute la panoplie de tests diagnostiques et de tests de surveillance ayant fait l'objet du questionnaire de l'ERS. Il n'est guère surprenant de constater que cette différence est la plus grande pour les tests de glycémie (92,1 % contre 47,1 %). Les taux sont aussi plus élevés pour les tests de cholestérol, les tests de pression sanguine, les examens de la vue ou des yeux, les examens physiques complets et le toucher rectal.

La moitié des personnes ayant reçu un diagnostic de diabète mesurent leur taux de glycémie régulièrement; 27,6 % le font presque tous les jours et 22,8 % le font plus d'une fois par jour. Une personne sur cinq n'a pas mesuré son taux de glycémie dans les deux semaines précédant l'enquête. Le fait de mesurer son taux de glycémie régulièrement est plus courant chez les adultes plus âgés, chez les personnes qui vivent dans des logements modestes et chez les personnes qui comprennent une langue des Premières Nations. Toutefois, l'association avec la langue n'est pas évidente lorsqu'on ajuste selon l'âge.

Étant donné que le régime alimentaire est un moyen de maîtriser le diabète, il n'est pas surprenant de constater que plus de diabétiques que de non-diabétiques adultes disent qu'une bonne alimentation est une des choses qui les rend si en santé. Un « bon sommeil » est un autre point qu'on indique plus souvent. Bien que tout autant susceptibles d'affirmer avoir un régime alimentaire équilibré et nutritif, les personnes atteintes du diabète sont moins susceptibles que les autres à affirmer consommer souvent des sucres ajoutés et des boissons gazeuses. À l'exception d'une consommation de café ou de thé plus grande que chez les autres personnes, il n'y a pas de différence en ce qui concerne les autres aspects de l'alimentation (comme aliments gras, sel ou aliments traditionnels).

Discussion

Le diabète constitue toujours un problème de santé grave pour les Premières Nations. Son taux de prévalence est élevé et en croissance, particulièrement chez les femmes plus âgées et chez les hommes de 45 à 64 ans. Non seulement cette maladie est plus courante que dans la population adulte en général, la différence entre les deux groupes augmente de façon alarmante chez les hommes d'âge moyen et, à un degré moindre, chez les femmes plus âgées. En outre, le taux de 19,7 % est probablement une sous-estimation. Les taux de diabète autodéclarés dans d'autres études autochtones (comme les autodéclarations des Métis) sont moins élevés que les taux des bases de données des soins de santé¹⁵, et la proportion de cas de diabète non diagnostiqués peut être significative.

Dans la population générale, la probabilité de recevoir un diagnostic de diabète est de 1,6 à 2,0 fois plus élevée chez les hommes et les femmes ayant un surplus de poids, et de 7,2 à 10,8 fois plus élevée chez les hommes et les femmes qui souffrent d'obésité morbide (après contrôle des facteurs sociodémographiques et de style de vie). 16 Les enfants autochtones obèses pourraient être cinq fois plus susceptibles de souffrir de glycémie à jeun que les enfants plus minces. 17 Étant donné que les trois quarts des adultes des Premières Nations sont considérés comme ayant un surplus de poids ou comme étant obèses (voir le chapitre 8) et étant donné les taux élevés d'obésité chez les enfants et les jeunes (voir les chapitres 18 et 29), on peut s'attendre à ce que la situation globale empire avant de s'améliorer, particulièrement si on tient compte de la relation probablement plus étroite entre l'obésité et le risque de diabète subséquent chez les Autochtones⁵. Cela souligne le besoin urgent de mettre en œuvre des stratégies à grande échelle pour prévenir le diabète et réduire le potentiel des conséquences négatives sur la santé.

La prévention et la maîtrise du diabète et de ses impacts nécessitent une stratégie complète axée sur la prévention primaire de l'obésité, le dépistage précoce et le traitement du diabète (y compris le dépistage de l'intolérance au glucose), et la prévention des conséquences négatives. Étant donné le caractère généralisé de la maladie, une stratégie à l'échelle de la population est requise. Le tiers des adultes âgés de 50 et plus souffrent actuellement du diabète et la prévalence continuera sans doute à augmenter dans les cinq prochaines années, de sorte que presque tous les adultes seront touchés par la maladie, soit directement, soit par le biais de la famille, des amis et des voisins. Chaque aspect d'une stratégie complète (prévention, dépistage, traitement et contrôle, recherche et surveillance) nécessite une attention urgente.

Prévention primaire

Dans la prévention directe du diabète, ou dans la prévention indirecte en agissant sur l'obésité, il faut tout d'abord prendre en considération l'alimentation et les activités physiques. Les Indiens pimas¹⁸ ont découvert qu'ils couraient moins de risque de développer le diabète s'ils suivaient un régime alimentaire relativement élevé en glucides complexes, en

fibres alimentaires, en fibres non solubles et en protéines végétales, soit l'opposé du régime alimentaire nord-américain typique. De plus, en étudiant la masse corporelle, il fut découvert qu'après 6 ans, l'IMC et la concentration d'insuline étaient généralement plus bas chez la population plus active. De plus, ces résultats semblent applicables chez les adultes des Premières Nations du Canada. 21

Nous avons besoin d'une stratégie holistique axée sur l'obésité et le diabète qui serait mise en place dans les communautés des Premières Nations afin d'améliorer l'alimentation et d'augmenter les activités physiques (voir le chapitre 8). L'accent doit porter sur les politiques et les méthodes environnementales ainsi que sur des stratégies individualisées.²² M. Raine a présenté un cadre de travail fondé sur les résultats qui indique les méthodes pouvant servir de base à la conception, la personnalisation et l'amélioration des mesures locales visant à prévenir l'obésité et le diabète.²³ En raison de la prévalence élevée du surplus de poids et de l'obésité, les stratégies doivent viser les adultes des Premières Nations, surtout les femmes en âge de procréer. Une stratégie pour prévenir l'obésité et le diabète grâce à l'alimentation et aux exercices physiques doit aussi viser la prévention chez les enfants et les jeunes.

Des stratégies adaptées à la culture doivent être élaborées à l'échelle communautaire pour tenir compte des conditions et de l'histoire locale. Il est toutefois important que les méthodes, les outils et les ressources soient partagés entre les communautés afin de favoriser l'adaptation de programmes ayant du succès. Le livret de l'Association nationale autochtone du diabète (ANAD) *Healthy Living Activities for Grades 4 to 6*²⁴, à l'intention des parents, des fournisseurs de soins, des soignants et des éducateurs est un exemple d'une de ces ressources. Ses efforts continus pour documenter les histoires à succès des communautés ayant élaboré des programmes de prévention du diabète peuvent enrichir les autres personnes et les aider à créer des réseaux visant à partager leurs méthodes.²⁵

Éducation, traitement et contrôle

Les données du Manitoba indiquent qu'environ 50 % des cas de diabète se trouvent dans la population adulte en général. 26 Cela signifie que 7 % des adultes des Premières Nations pourraient actuellement souffrir du diabète sans le savoir. Pour s'attaquer à ce problème, on a recommandé l'adoption de programmes de dépistage visant à améliorer le dépistage chez les personnes ayant un risque plus élevé de diabète (les personnes dont l'adiposité abdominale est élevée [chez les hommes], dont les triglycérides sont élevés [chez les femmes], qui font de l'hypertension ou qui ont des antécédents parentaux de diabète). Bien qu'on recommande habituellement aux personnes âgées de 40 ans et plus 27 de participer à un programme de dépistage aux trois ans seulement, il faut maintenant adopter des programmes de dépistage précoce du diabète étant donné les taux plus élevés

de diabète constatés à des âges plus jeunes, particulièrement chez les 35-44 ans.

Bien que la grande majorité des personnes atteintes de diabète reçoivent une certaine forme de traitement pour contrôler la maladie, près d'une personne sur dix n'en reçoit pas. Il y a là sujet à préoccupation étant donné qu'une étude récente a constaté que le contrôle glycémique diminue avec la durée du diabète, malgré le niveau accru de traitement et que les personnes atteintes du diabète depuis plus longtemps connaissent des taux plus élevés d'hypertension, de dyslipidémie, et de complications microvasculaires et macrovasculaires.²⁸ Les chercheurs ont conclu que les méthodes de traitement actuelles ne sont pas assez intensives pour un grand nombre de patients atteints du diabète depuis plus longtemps. Cela signifie que, avec des taux de prévalence plus élevés qu'avant chez les adultes plus jeunes, plus d'adultes vivront avec le diabète plus longtemps. On doit alors s'attendre à ce que la prévalence de ces affections concomitantes augmente chez les adultes des Premières Nations. Il est donc primordial que le diabète soit dépisté tôt et que le traitement commence sans délai. En outre, cette maladie doit faire l'objet d'une surveillance régulière et, si nécessaire, de traitements progressifs.

Dans les communautés n'ayant pas accès à des services de diagnostics réguliers, il peut toutefois être compliqué d'obtenir un diagnostic et des traitements de routine. Dans des régions éloignées de la Colombie-Britannique²⁹, une clinique de diabète mobile, soutenue par des services électroniques interactifs composés de médecins, permet l'accès à des soins pour le diabète. Des méthodes semblables peuvent s'avérer utiles pour améliorer l'accès à l'éducation sur le diabète, aux services diagnostiques et aux traitements dans d'autres communautés isolées ou éloignées.

Recherche et surveillance

L'ERS a permis d'obtenir des renseignements précieux sur la prévalence actuelle du diabète et de ses impacts sur les adultes des Premières Nations. Le contrôle de la situation est essentiel pour déterminer si oui ou non des progrès sont accomplis pour contenir l'accroissement des taux de prévalence. Pour cela, des investissements dans les programmes nationaux de surveillance sont nécessaires.

Des renseignements plus détaillés provenant des communautés des Premières Nations seraient nécessaires pour connaître la prévalence locale et surveiller la progression de la maladie. Les Cris utilisent des bases de données informatisées pour faire le suivi du diabète. De Cette méthode offre un modèle et pose les bases d'une recherche future extrêmement utile sur le diabète. L'information locale est également utile pour mettre au point des solutions pertinentes afin de promouvoir une alimentation nutritive, des activités physiques et des poids santé, tout en tenant compte des influences socio-culturelles et environnementales précises sur ces points. On doit partager les résultats de

l'évaluation des programmes réussis (et non réussis) avec les communautés afin d'adapter rapidement ces solutions prometteuses à d'autres programmes et de les intégrer ailleurs.

Initiative sur le diabète chez les Autochtones

L'existence d'une épidémie de diabète chez les Autochtones a été reconnue au cours des dernières années. Au gouvernement fédéral, la Stratégie canadienne sur le diabète prévoit un soutien aux programmes locaux dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Le programme respecte le principe d'autodétermination en appuyant des programmes de prévention et de traitement du diabète « communautaires, adaptés à la culture, holistiques de nature et plus accessibles ». 32 Une analyse de la situation menée par l'Association nationale autochtone du diabète indique que 84 % des communautés ont participé à des activités de prévention³³ Cela démontre clairement que la plupart des communautés sont conscientes des besoins. De plus, un grand nombre de communautés posent les bases solides d'une éducation préventive. Toutefois, l'accès aux traitements pourrait être encore plus limité que le laisse entendre l'ERS puisque 56 % des répondants de l'analyse de situation ont été diagnostiqués hors réserve, ce qui laisse entendre que, même si les traitements sont disponibles, ils ne sont pas facilement accessibles.33

Enfin, les données de l'ERS viennent appuyer de nombreuses recommandations présentées lors des consultations ayant mené à l'élaboration de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. En particulier, on y recommande ce qui suit :

- Que des activités de prévention et d'éducation soient déployées partout dans les communautés étant donné que la plupart des adultes sont touchés par le diabète, directement ou indirectement, par le biais de la famille, des amis ou des voisins.
- Que des programmes de dépistage soient offerts partout dans les communautés à l'intention des adultes et des jeunes à risque (ayant un surplus de poids ou obèses) étant donné que la prévalence du diabète diagnostiqué est plus élevée qu'auparavant dans les groupes d'âge plus jeunes.
- Que les femmes en âge de procréer fassent l'objet d'un dépistage du diabète dans le cadre d'un examen physique régulier.
- Que des programmes de nutrition et d'éducation physique soient enseignés dans les écoles, avec des composantes promotionnelles visant les parents aussi bien que les enfants.
- Que des stratégies sur le régime alimentaire et l'activité physique soient élaborées dans chaque communauté, notamment des initiatives environnementales et politiques pour surmonter les obstacles qui bloquent l'accès à des possibilités de pratiquer des activités

physiques et de consommer des aliments sains abordables, de façon agréable et sûre.

- Que de l'éducation sur les conséquences négatives du diabète et de ses symptômes précoces soit offerte partout dans les communautés.
- Que du personnel qualifié soit disponible pour le dépistage du diabète et l'éducation au diabète, ainsi que pour la formation des prestataires de soins à domicile et leur soutien.
- Que le rôle des cliniques mobiles et de la télémédecine en tant que moyens d'offrir davantage de services aux communautés éloignées et isolées fasse l'objet d'études plus approfondies.
- Que le problème soit surveillé régulièrement au moyen d'un système de surveillance du diabète comportant des dossiers administratifs et des enquêtes permanentes comme l'ERS.
- Que des méthodes prometteuses soient évaluées rigoureusement pour comprendre ce qui fonctionne et pourquoi afin qu'elles soient adaptées avec succès et adoptées par d'autres communautés.

En résumé, l'épidémie de diabète chez les adultes des Premières Nations est en croissance. Il est nécessaire de mettre sur pied une stratégie détaillée et adaptée à la culture, portant sur l'alimentation et les activités physiques et comprenant des stratégies de promotion, de politiques et de changement environnemental, surtout pour les hommes d'âge moyen, qui sont considérés comme un groupe à risque important. Le dépistage précoce, les traitements et le contrôle du diabète sont essentiels pour alléger le fardeau personnel et public du diabète sur les communautés. Nous avons besoin de programmes de dépistage et d'éducation partout dans les communautés en raison de l'envahissement des facteurs de risque dans la population. L'accès à des traitements progressifs est nécessaire pour assurer une bonne maîtrise des niveaux glycémiques et éviter ainsi les effets négatifs. La surveillance aussi est nécessaire pour connaître l'étendue du problème et la prévalence des facteurs de risque. Des programmes de recherche et d'évaluation sont nécessaires pour comprendre ce qui fonctionne et pourquoi afin de partager rapidement les méthodes prometteuses avec les autres communautés.

Notes du chapitre 5

- Comité directeur national de l'Enquête régionale (longitudinale) sur la santé des Premières Nations et des Inuit (ERLSPNI), Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des 0-9685388-0-0, ligne, ISBN disponible Attp://www.naho.ca/firstnations/english/first_survey_facts_pdf_sheets.php> Statistique Canada, Enquête sur les peuples autochtones 1991, en ligne, disponible sur le Web
- http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac99/d12_e.html
- B. M. Cohen, mars 1954, Diabetes mellitus among Indians of the American Southwest: its prevalence and clinical characteristics in a hospitalized population, Annals of Internal Medicine, 40, 3 : 588-599.
- W. C. Knowler et coll., décembre 1987, Diabetes incidence and prevalence in Pima Indians: 19-fold greater incidence than in Rochester, Minnesota, American Journal of Epidemiology,
- W. C. Knowler et coll., février 1981, Diabetes incidence in Pima Indians: contribution of obesity and parental diabetes, American Journal of Epidemiology, 113, 2: 144-156.

- W. C. Knowler et coll., septembre 1983, Diabetes mellitus in the Pima Indians: evolutionary considerations, American Journal of Physical Anthropology, 62, 1: 107-114.
- E. Ravussin, janvier 1993, Energy metabolism in obesity, studies in the Pima Indians, *Diabetes* Care 16 1 · 232-238
- D. J. Pettitt et coll., février 1983, Excessive obesity in offspring of Pima Indian women with diabetes during pregnancy, New England Journal of Medicine, 308, 5: p. 242-245.
- D. Gohdes et coll., juin 2004, Diabetes in Montana's Indians: the epidemiology of diabetes in the Indians of the Northern Plains and Canada, Current Diabetes Reports, 4, 3: 224-229.
- H. F. Delisle, M. Rivard et J. M. Ekoe, septembre 1995, Prevalence estimates of diabetes and of other cardiovascular risk factors in the two largest Algonquin communities of Quebec, Diabetes Care, 18, 9: 1255-1259.
- T. K. Young et G. Sevenhuvsen, mai 1989, Obesity in northern Canadian Indians: patterns. 11. determinants and consequences, American Journal of Clinical Nutrition, 49, 5: 786-793.
- R. F. Dyck, août 2005, Tracking ancient pathways to a modern epidemic: diabetes end-stage renal disease in Saskatchewan aboriginal people, Kidney International Supplement, 97, S 53-
- R. F. Dyck, H. Klomp et L. Tan, septembre-octobre 2001, From "thrifty genotype" to "hefty 13. fetal phenotype": the relationship between high birthweight and diabetes in Saskatchewan Registered Indians, *Revue canadienne de santé publique*, 92, 5 : 340-344.
 S. Rodrigues, E. Robinson et K. Gray-Donald, 4 mai 1999, Prevalence of gestational diabetes
- mellitus among James Bay Cree women in northern Quebec, Journal de l'Association médicale canadienne, 160, 9 : 1293-1297.
- S. G. Bruce et coll., 2003. Diabetes among the Metis of Canada: Defining the population. estimating the disease, Journal canadien du diabète, 27, 4: 439-441.
- C. L. Craig, C. Cameron et A. Bauman, Socio-Demographic and Lifestyle Correlates of Obesity—Technical Report on the Secondary Analyses Using the 2000-2001 Canadian Community Health Survey, en ligne, 2005, Ottawa (Ont.), Institut canadien d'information sur la santé, disponible sur le Web à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_450_E&cw_topic=450&cw_rel=AR 1265 E>.
- T. K. Young et coll., mars 2000, Childhood obesity in a population at high risk for type 2 1. R. Tolding to coll., mais 2005, eminered socially in a population at high task of the diabetes, Journal of Pediatrics, 136, 3: 365-369.

 D. E. Williams et coll., mai 2001, The effect of Indian or Anglo dietary preference on the
- incidence of diabetes in Pima Indians, Diabetes Care, 24, 5:811-816.
- A. M. Kriska et coll., 1^{cr} octobre 2003, Physical activity, obesity, and the incidence of type 2 diabetes in a high risk population, *American Journal of Epidemiology*, 58, 7:669-675.
- A. M. Kriska et coll., July 2001, Association of physical activity and serum insulin concentrations in two populations at high risk for type 2 diabetes but differing in BMI, Diabetes Care, 24, 7:1175-1180.
- 21. T. M. Wolever et coll., décembre 1997, Low dietary fiber and high protein intakes associated with newly diagnosed diabetes in a remote aboriginal community, American Journal of Clinical Nutrition, 66, 6: 1470-1474.
- Assemblée mondiale de la santé 57.17, point à l'ordre du jour 12.6, AMA, le 22 mai 2004, Stratégie globale sur le régime alimentaire et l'activité physique, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- K. D. Raine. Le surpoids et l'obésité au Canada: Une perspective de la santé de la population, Ottawa (Ont.), Institut canadien d'information sur la santé, ISBN 1-55392-422-3, 2004, p. 41-61.
- Manitoba Association of Community Health, Diabetes Prevention Project for Children and the Mathiola Association of Community Treating Diabetes Treating Treating Diabetes Treating Treating Diabetes Association, Healthy Living Activities for Grades 4 to 6, en liene. disponible sur le Web à: http://www.nada.ca/resources/pdf/April5_ActivityBook_Gr %204-6.pdf Aussi, différentes ressources sur la « marche à suivre », en ligne, disponible sur le Web à : http://www.nada.ca/resources/resources/howto.php>.
- L'Association nationale autochtone du diabète avec l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire, Sharing Successes Resource Directory—20 ligne, disponible sur le Web à http://www.nada.ca/resources/resources_directory.php>.
- T. K. Young et C. A. Mustard, janvier 2001, Undiagnosed diabetes: does it matter? Journal de l'Association médicale canadienne, 164, 1 : 24-28.
- Comité d'experts des lignes directrices de pratique clinique, décembre 2003, Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada, *Journal canadien du diabète*, 27, 2 : p. S12.
- S. B. Harris et coll., octobre 2005, Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (résultats de l'étude d'évaluation du diabète au Canada), Diabetes Research and Clinical Practice, 70, 1:90-97.
- A. J. Jin et coll., 2004, Evaluation of a mobile diabetes care telemedicine clinic serving Aboriginal communities in Northern British Columbia, Canada, International Journal of Circumpolar Health, 63, 2: 124-128.
- D. Dannenbaum et coll., 1999, Comprehensive computerized diabetes registry: Serving the Cree of Eeyou Istchee (Eastern James Bay), Médecin de famille canadien, 45 : 364-370.
- D. Maberley, Diabetes and Diabetic Retinopathy in Canadian Aboriginal Peoples: a Literature Review, en ligne, disponible sur http://www.interchange.ubc.ca/bceio/DR_paper.html
- 32 Santé Canada, Initiative sur le diabète chez les Autochtones, membres des Premières Nations dans les réserves et Inuits dans les communautés inuites : Programme-cadre, en ligne, juillet 2000, disponible sur le Web à : http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/diabete/2000_reserve-program_e.pdf. Santé Canada, Initiative sur le diabète chez les Autochtones : Rapport sommaire des
- consultations, en ligne, cité en septembre 2005, disponible sur le Web à : http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/diabete/consult-sum-sommaire/index_e.html>.

Chapitre 6

Blessures

Résumé

Au Canada, les blessures sont un important problème de santé publique, et elles le sont encore plus dans beaucoup de communautés des Premières Nations. L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS), comme les études antérieures, révèle que les tendances sont essentiellement les mêmes chez les Premières Nations que dans le reste de la population canadienne, mais que la fréquence est de loin supérieure. Les chutes, les sports, les accidents de véhicule motorisé, l'alcool, les tentatives de suicide et la violence sont des causes majeures de blessures. Certains groupes sont particulièrement vulnérables, notamment les jeunes adultes, les hommes, les membres de ménages à faible revenu, les personnes aux prises avec la dépression ou la toxicomanie et les habitants de communautés isolées. La prévention exige d'intervenir à plusieurs niveaux : s'attaquer à la cause fondamentale (par exemple, réduire les inégalités sociales, renforcer les familles); modifier l'environnement ou l'équipement (par exemple, appliquer les lois sur la ceinture de sécurité); et changer les habitudes de vie (par exemple, éducation sur les risques, traitement de la toxicomanie).

Introduction

Partout au Canada, les blessures sont considérées comme un grave problème de santé publique. La recherche indique qu'en plus des décès et des handicaps, les blessures (y compris celles causées par la violence sexuelle) entraînent divers problèmes de santé, notamment la dépression, l'abus d'alcool et de drogues, des troubles de l'alimentation et du sommeil, le VIH et d'autres maladies transmises sexuellement. Les conséquences de ces décès et handicaps touchent non seulement les victimes, mais aussi leur famille, leur communauté et la société en général.

On peut diviser les blessures en deux grandes catégories : intentionnelles ou accidentelles. Les blessures accidentelles découlent d'une situation où il n'y a aucune intention de faire du mal, ni de la part de la victime, ni de la part de quelqu'un d'autre, comme une chute ou un accident d'auto. Les blessures intentionnelles comprennent les blessures auto-infligées (suicide ou actes autodestructeurs) et les blessures infligées par quelqu'un d'autre (homicide ou voies de fait).

La fréquence et la nature des blessures peuvent être influencées par une interaction complexe de facteurs. ^{2,3,4,5} Au niveau de la société, citons les facteurs suivants : un statut socio-économique faible, des normes culturelles qui encouragent la violence comme moyen de résoudre les conflits et l'attribution de rôles rigides à chacun des sexes. ⁶. L'engagement des communautés envers la prévention est un autre facteur. Des routes dangereuses, une facilité à se procurer des armes à feu et la mise en application limitée de la loi qui oblige à porter la ceinture de sécurité, tous ces facteurs contribuent aux blessures ^{7,8}. Au niveau individuel, il est prouvé que les risques de blessure sont reliés au revenu et à l'éducation ainsi qu'à l'abus d'alcool et d'intoxicants. ^{9,10}

Dans les communautés des Premières Nations, les blessures sont considérées comme un problème encore plus criant que dans le reste du Canada. Elles sont une des causes principales de décès de membres des Premières Nations et elles sont responsables d'environ le quart de tous les décès et de près de la moitié des années potentielles de vie perdues¹¹. En 2000, les taux de décès attribuables aux blessures étaient presque le triple de la moyenne canadienne¹² et les blessures sont les motifs d'hospitalisation les plus fréquents¹³. Toutefois, bien que les taux de décès attribuables aux blessures demeurent élevés, ils ont diminué considérablement depuis 1979, surtout en ce qui concerne les blessures accidentelles. ^{14,15}

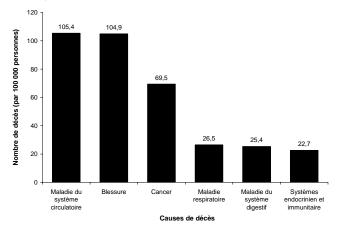
On peut étudier les blessures sous plusieurs angles différents. De nombreuses études utilisent des données sur la mortalité tandis que d'autres se concentrent seulement sur les blessures assez graves pour nécessiter une hospitalisation. À l'opposé, des études offrent un portrait plus détaillé des petites blessures subies au quotidien. Des questions de l'ERS portaient sur n'importe quelle blessure assez grave pour avoir nécessité des soins d'un professionnel de la santé au cours de

l'année précédente. Ce chapitre présente l'information recueillie sur les sortes de blessures qu'ont subies les personnes, la cause de ces blessures et les groupes les plus à risque.

Méthodes d'interprétation

L'ERS comporte trois séries de questions sur les blessures. La première série est axée sur la *nature* de la blessure. On demande aux gens si, au cours de l'année avant l'enquête, ils ont subi une des blessures apparaissant dans une liste préétablie : coupures graves, entorses, fractures ou commotion cérébrale, par ex. Ils doivent répondre par un « oui » ou un « non » afin que les résultats correspondent au *nombre de personnes* qui ont subi chacun des types de blessure et non au *nombre total de blessures* qui se sont produites. Les différents types de blessure ne sont pas mutuellement exclusifs; certains répondants peuvent avoir subi des blessures plus d'une fois durant l'année.

Figure 1. Causes principales de décès chez les Premières Nations, 2000



Source : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, Santé Canada : statistiques

La deuxième série de questions porte sur les *causes* des blessures, comme les chutes ou les accidents d'auto. Une fois de plus, on doit répondre par un oui ou un non. Pour chaque « oui », une troisième question de suivi vise à déterminer si l'incident est relié à l'alcool. En raison de la façon dont les questions sont structurées, on doit faire des suppositions lorsqu'on analyse les réponses reliées à l'alcool. De nombreuses personnes ont refusé de répondre aux questions sur l'alcool; la sous-déclaration est probablement due à la désapprobation envers la consommation d'alcool. Les chiffres ayant un rapport avec l'alcool doivent donc être considérés comme des estimations seulement.

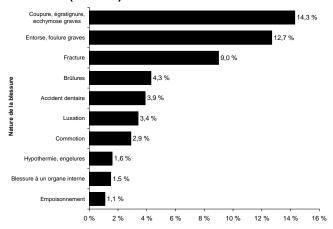
Résultats

Sortes de blessures et leurs causes

Selon l'ERS, 28,8 % des adultes des Premières Nations ont subi des blessures assez graves pour nécessiter des soins médicaux au cours de l'année précédant l'enquête. Ce taux est de loin supérieur à la moyenne canadienne : en 2003, la proportion de Canadiens âgés de 12 ans et plus victimes d'une blessure assez grave pour limiter leurs activités normales n'était que de 13,1 %. Les taux pour les personnes autochtones vivant à l'extérieur des communautés des Premières Nations semblent se situer à mi-chemin entre les chiffres de l'ERS et ceux du Canada en général. Au cours de la période 2000–2003, 20 % des personnes autochtones vivant hors réserve ont subi des blessures assez graves pour limiter leurs activités normales. Les taux pour limiter leurs activités normales.

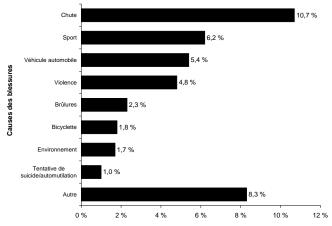
Quelles sont ces blessures? Selon l'ERS, les blessures les plus courantes sont les coupures, les égratignures ou les ecchymoses graves, les entorses graves et les fractures. Le tableau de la situation est semblable pour les autres Canadiens et les membres des Premières Nations hors réserve : les entorses/foulures et les fractures font partie des blessures les plus courantes.

Figure 2. Proportion de répondants ayant subi différentes sortes de blessures (n=10 877)



Les chutes, les blessures sportives, les accidents de véhicules moteurs (autos, motoneiges, VTT) et la violence (violence familiale ou autres voies de fait) sont les blessures indiquées le plus souvent par les répondants.

Figure 3. Proportion de répondants rapportant différentes causes de blessures (n=10 962)



* Les collisions entre une bicyclette et un véhicule moteur font partie du groupe Véhicule automobile.

Dans l'ensemble, l'alcool est mêlé à 5,1 % seulement de tous les accidents rapportés par les répondants, mais il contribue de façon disproportionnée à certains *types* d'incidents. Par exemple, l'alcool est rarement mentionné en relation avec les brûlures ou les incidents sportifs, mais il est mêlé environ au quart des accidents d'automobile et des chutes (27,6 %, 25,7 %), à plus de la moitié (56,9 %) des cas de violence et à au moins 80 % des tentatives de suicide. Les mêmes associations entre l'alcool, la violence et le suicide ont été documentées dans d'autres populations¹⁸.

Groupes à risque

Les blessures ne sont pas aléatoires : certaines personnes sont particulièrement à risque en raison de leur âge, de leur sexe, de leurs caractéristiques personnelles, de leur emploi ou de leur cadre de vie. Les résultats de l'ERS indiquent que les hommes sont beaucoup plus à risque que les femmes^{iv} : 33,6 % des hommes et 23,8 % des femmes disent avoir subi des blessures au cours de l'année précédente. En particulier, les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de s'infliger des blessures en faisant du sport, de la bicyclette ou en raison de facteurs environnementaux (comme les piqûres d'insectes ou les engelures). On retrouve souvent cette tendance dans les statistiques sur les accidents et cela en raison du fait que les hommes sont plus susceptibles de faire du sport et d'occuper des emplois à risques plus élevés¹⁹.

Les résultats de l'ERS indiquent que les taux de blessures sont les moins élevés chez les enfants et beaucoup plus élevés chez les jeunes adultes (18–34) que chez les groupes d'âges plus âgés. Dans les catégories d'âges adultes, les hommes plus jeunes courent beaucoup plus de risques que les autres groupes d'âge/sexe; près de la moitié (42,8 %) des

ⁱ Pour simplifier le texte, les intervalles de confiance ne sont pas indiqués pour les estimations à moins que le coefficient de variation ne soit supérieur à 33,3 %.

i⁴ La comparaison n'est pas parfaite parce que les groupes d'âge ne sont pas identiques et aussi en raison des différences dans le libellé des questions : les questions de l'ERS portaient sur les blessures nécessitant des soins médicaux alors que les questions de l'enquête effectuée à la grandeur du Canada portaient plutôt sur les blessures qui limitaient les activités habituelles de la personne. Veuillez aussi noter que ces chiffres ne sont pas standardisés selon l'âge.

noter que ces chiffres ne sont pas standardisés selon l'âge.

"" Ce chiffre concerne les personnes d'ascendance des Premières Nations vivant hors réserve dans n'importe quelle province. Les territoires ne sont toutefois pas compris.

iv Les comparaisons entre les groupes ou les catégories sont significatives, à moins que « NS » – non significatif – ne soit indiqué. Dans le présent chapitre, les différences sont considérées comme significatives lorsque leurs intervalles de confiance ne dépassent pas le niveau de confiance de 95 % (après un ajustement de Bonferroni).

hommes de 18 à 34 ans disent avoir subi un certain type de blessure durant l'année précédente. Ces conclusions correspondent aux conclusions des études effectuées sur la population dans l'ensemble, où les taux de blessures les plus élevés se trouvent chez les jeunes et les jeunes adultes.²⁰

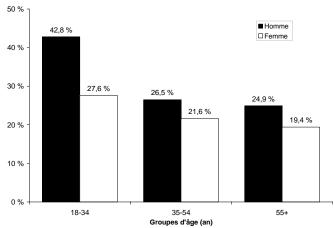
Tableau 1. Proportion de répondants ayant rapporté une blessure ou plus au cours de l'année précédente, selon le groupe d'âge (n=22 543)

Groupe d'âge	1 blessure ou plus
0-11	17,5 %
12-17	49,5 %
18-34	35,3 %
35-54	24,2 %
55+	22,1 %

^{*} Toutes les différences sont statistiquement significatives, sauf entre les adultes de 35-54 ans et ceux de 55+.

Il semble y avoir une diminution générale des taux de blessures avec le niveau de scolarité, mais cette conclusion n'est pas statistiquement significative. En outre, les résultats de l'ERS laissent entendre que les personnes dont le revenu est moins élevé courent des risques plus élevés de subir des blessures; 30,9 % des personnes faisant partie des ménages à faible revenu disant avoir subi des blessures contre 23,4 % seulement des personnes faisant partie des ménages à revenu élevé. Des études effectuées ailleurs au Canada arrivent à des conclusions contradictoires sur la relation entre le revenu et les blessures. Certaines études concluent que les personnes à revenu élevé sont plus à risque, peut-être parce qu'ils peuvent se permettre de pratiquer des activités plus risquées comme le ski²², tandis que d'autres études concluent que les groupes à faible revenu sont plus à risque.

Figure 4. Proportion de répondants ayant rapporté une blessure ou plus au cours de l'année précédente, selon le groupe d'âge et le sexe (n=10 903)



^{*} Les pourcentages indiqués se trouvent dans chaque groupe d'âge/sexe.

Tableau 2. Proportion de répondants ayant rapporté une blessure ou plus, selon l'éducation (n=10 812)

Éducation	1 blessure ou plus				
Sans diplôme d'études secondaires	30,5 %				
Diplôme d'études secondaires	29,9 %				
Études collégiales	25,2 %				
Diplôme(s) universitaire(s)	23,8 %				

Étonnamment, les taux de blessures ne sont pas associés aux caractéristiques personnelles comme le contrôle sur la vie (jusqu'à quel point la personne croit avoir un certain contrôle sur les événements de sa vie) ou la perception d'avoir atteint un « équilibre » dans les aspects physique, mental, affectif et spirituel de la vie. Toutefois, les taux sont associés à une série de facteurs indiquant une vie perturbée et un lieu de résidence dans une communauté perturbée. Par conséquent, les taux de blessures sont significativement plus élevés chez les personnes qui ont consommé des drogues illicites au cours de l'année précédente, chez les personnes qui consomment de la boisson de façon assidue et en grande quantité, chez les personnes dépressives ou ayant déjà pensé au suicide et chez les personnes dont un ami proche ou un membre de la famille s'est suicidé au cours de l'année précédente.

Tableau 3. Proportion de répondants ayant subi des blessures au cours de l'année précédente, selon l'indication de problèmes de vie (n=10 313)

Type de problème	Oui	Non
Utilisation de drogues illicites au cours de l'année précédente	40,3 %	22,8 %
Buveur excessif, assidu	39,5 %	31,6 %
Se sentir déprimé durant deux semaines ou plus au cours de l'année précédente	38,8 %	24,2 %
Pensé au suicide au cours de sa vie	36,3 %	25,1 %
Ami proche ou membre de la famille s'est suicidé au cours de l'année précédente	41,0 %	26,3 %

Environnement communautaire et les blessures

L'environnement communautaire, tant physique que social, peut avoir un effet sur la possibilité de subir un accident et sur les blessures les plus fréquentes. Par exemple, la présence ou l'absence de routes et leur condition influencent le risque de subir un accident de voiture. La taille d'une communauté peut se répercuter sur ses installations récréatives et cela peut avoir une incidence sur les blessures sportives. Il est démontré que le niveau de contrôle d'une communauté sur ses propres services, ses installations culturelles et ses assises territoriales est relié au taux de suicede.²⁴ Il est donc permis de croire que le contrôle communautaire serait aussi associé à des taux moins élevés de blessures intentionnelles, comme les voies de fait et la violence familiale.

Selon les résultats de l'ERS, les taux de blessures ne semblent pas être associés à la taille de la communauté ou à

Y « Faible revenu » correspond à un revenu du ménage qui entre dans les fourchettes suivantes : moins de 15 000 \$ pour un ménage composé de 1-2 personnes; moins de 20 000 \$ pour un ménage composé de 3-4 personnes; moins de 30 000 \$ pour un ménage composé de 5 personnes ou plus. Tous les autres revenus font partie du groupe « élevé ». Veuillez noter que de nombreuses personnes n'ont pas répondu à la question sur le revenu.

son statut en matière de transfert. Toutefois, le degré d'isolement d'une communauté semble avoir un effet : les communautés les plus isolées ont des taux plus élevés de blessures que les communautés non-isolées.

Tableau 4. Proportion de répondants ayant subi une blessure au cours de l'année précédente, selon l'isolement de la communauté (n=10 543)

Statut d'isolement	1 blessure ou plus
Isolée (aucun accès routier)	34,6 %
Semi-isolée (plus de 90 km d'un médecin)	32,2 % (NS)
Non-isolée (moins de 90 km d'un médecin)	27,1 %

Chutes

Les chutes sont les blessures les plus fréquemment indiquées par les adultes ayant participé à l'ERS. Pour les autres Canadiens et les membres des Premières Nations hors réserve, les chutes sont aussi la cause principale des blessures.²⁵

Les résultats de l'ERS indiquent que les taux de chutes sont beaucoup plus élevés chez les jeunes adultes (18–34 ans) que chez les adultes âgés de 35 à 54 ans. Les taux plus élevés chez les adultes plus jeunes peuvent sans doute s'expliquer par des comportements plus risqués, une plus grande participation à des sports et, peut-être aussi, une consommation d'alcool plus élevée. Contrairement à de nombreux types de blessures, les chutes semblent aussi fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 5. Proportion de répondants ayant rapporté une chute au cours de l'année précédente, selon le groupe d'âge(n=10 903)

Groupe d'âge	% ayant rapporté une chute
18-34 ans	13,6 %
35-54 ans	8,2 %
55+ ans	8,7 % (NS)
Total	10,6 %

Blessures sportives

Les blessures sportives sont fréquentes: 6,2 % des répondants de l'ERS indiquent avoir subi une blessure sportive ou plus au cours de l'année précédant l'enquête. Comme on pouvait s'y attendre, les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de subir des blessures sportives: 9,3 % contre 3,0 % respectivement. On distingue clairement une différence selon l'âge: 10,8 % des adultes de 18 à 34 ans ont subi une blessure sportive conte seulement 2,7 % des adultes de 35 à 54 ans.

Accidents de véhicule automobile

Dans l'ERS, 5,4 % de tous les adultes rapportent avoir été victimes d'un accident ou plus impliquant un véhicule automobile au cours de l'année précédente. Les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de subir des blessures dans un accident d'automobile (6,8 % contre 3,9 %). Toutefois, il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les taux d'accidents des différents groupes d'âge.

Partout au Canada, les taux d'accidents d'automobile avec décès ont diminué régulièrement au cours des vingt dernières années. Ce déclin provient d'une combinaison de facteurs, notamment l'obligation de boucler la ceinture de sécurité, la conception d'automobiles qui résistent mieux aux collisions, des systèmes de sécurité comme les coussins gonflables et les sièges d'enfants, l'amélioration des routes et le moins grand nombre de personnes qui conduisent en état d'ébriété. ^{26,27} Tout comme chez les autres Canadiens, on constate aussi cette tendance chez les citoyens des Premières Nations. Depuis 1979, les taux de décès consécutifs à des accidents d'automobile diminuent chez les Premières Nations.

Malgré tout, les membres des Premières Nations courent toujours plus de risques que les autres Canadiens d'être impliqués dans des collisions mortelles. Par exemple, une étude récente effectuée en Colombie-Britannique indique que les « Autochtones » sont 4,3 fois plus susceptibles de mourir dans un accident d'automobile que les autres résidents de la province.²⁹ Toutefois, les chiffres de l'Alberta indiquent que les membres des Premières Nations ne sont que légèrement plus susceptibles que les autres Albertains de nécessiter des soins d'urgence à la suite d'une collision³⁰, et les taux de blessures consécutives à un accident d'automobile rapportés dans l'ERS ne semblent pas radicalement plus élevés que la moyenne, même s'ils ne sont pas directement comparables aux taux canadiens. En bref, l'écart entre les membres des Premières Nations et les autres Canadiens est à son maximum lorsqu'il s'agit de collisions mortelles.

Pourquoi les membres des Premières Nations sont-ils plus à risque d'être victimes d'une collision, mortelle ou autre? Probablement en grande partie à cause des conditions de vie. On a constaté que les collisions d'automobile surviennent plus souvent dans des régions où le revenu par habitant est faible et dans des régions rurales du Canada.³¹ De nombreuses communautés des Premières Nations sont situées loin des centres qui offrent des services et des activités de la vie quotidienne. Les personnes doivent alors se déplacer souvent et voyager sur des routes dont les conditions sont mauvaises (glacées, inondées, traversées par des animaux).³² Une température inclémente, un manque de formation des conducteurs, un trop grand nombre de passagers, une conduite en état d'ébriété, tout cela augmente les risques de collision. En outre, le fait de ne pas utiliser souvent la ceinture de sécurité augmente le risque d'une collision mortelle.³³ En dernier lieu, les personnes qui vivent dans des régions rurales sont plus susceptibles d'utiliser des véhicules comme des motoneiges ou des véhicules tous terrains difficiles à manœuvrer et moins visibles sur les routes publiques.

Violence

La définition de violence utilisée dans la présente analyse comprenait la violence familiale et d'autres types de voies de fait, quoique ces deux derniers types de violence soient susceptibles de faire l'objet d'une sous-déclaration dans une enquête. Les facteurs de risque de la violence familiale ont fait l'objet d'études considérables, quoique les autres formes de voies de fait soient moins connues. Au niveau individuel, la violence familiale est plus fréquente chez les personnes jeunes, dont le niveau de revenu et d'éducation est faible, et qui présentent des traits de personnalité comme l'insécurité et une faible estime de soi et qui ont connu des abus dans leur propre famille.³⁴ Au niveau social, on croit que les femmes sont particulièrement vulnérables dans les sociétés où existent des inégalités marquées entre les sexes, des rôles rigides attribués à chacun des sexes et l'acceptation générale du droit de l'homme à infliger des sévices à sa partenaire.³⁵ Généralement, pour prévenir la violence familiale, on adopte des mesures de soutien aux victimes (comme les refuges, l'aide juridique, la formation professionnelle) et des réformes judiciaires comme la criminalisation de la violence familiale. On a aussi mis sur pied des programmes de traitement pour les agresseurs, mais les taux d'abandon et de nonparticipation sont élevés.36

Globalement, 4,8 % des adultes ayant participé à l'ERS ont dit qu'ils avaient subi de la violence au moins une fois au cours de l'année précédente. Cette proportion n'est pas vraiment différente selon le sexe. Même si les femmes subissent davantage de violence familiale, on peut assumer que le manque de différence selon le sexe dans le nombre d'événements de violence relève du fait que les hommes sont plus susceptibles d'être victimes d'autres types de voies de fait en raison de bagarres.

Conclusions

En identifiant les causes communes des blessures, les résultats de l'ERS peuvent aider les communautés à planifier des programmes visant à réduire les taux de blessures. De plus, les résultats indiquent clairement que certains groupes sont plus à risque et devraient peut-être être ciblés dans toutes les interventions. Les hommes, les adultes plus jeunes, les personnes dont le revenu du ménage est faible et les personnes ayant des problèmes, comme la dépression, des idées suicidaires, la consommation de drogues illicites, la consommation excessive d'alcool, font partie de ces groupes.

Comment peut-on prévenir les blessures? Il serait bon d'apporter des changements à trois niveaux : la *personne* (éducation), l'équipement et l'environment.³⁷ Souvent, une

combinaison des trois niveaux est plus efficace. Par exemple, l'expérience démontre que des programmes d'éducation n'ont que peu ou pas d'impact par eux-mêmes³⁸ et qu'ils sont plus prometteurs lorsqu'on les combine à des mesures d'autres niveaux. Une des initiatives les plus réussies au Canada comporte une combinaison d'éducation et de mesures législatives. Les taux de décès et de handicaps ont diminué considérablement en raison des lois sur le port obligatoire de la ceinture de sécurité, des programmes de conducteurs désignés et des règlements régissant les vêtements et les tissus d'ameublement ignifugés.

Il est possible d'adopter d'autres stratégies au niveau de la famille ou de la communauté. Par exemple, on pourrait éviter de nombreuses chutes (particulièrement chez les aînés) en modifiant simplement l'environnement: enlèvement de carpettes, ajout de rampes dans les escaliers ou enlèvement de la neige et de la glace dans les entrées.³⁹ Il est aussi possible de réduire les taux de blessures sportives grâce à l'éducation (par ex. des leçons de ski), à la création d'environnements plus sûrs (par ex. des pistes cyclables) et à la promotion d'équipements de protection (par ex. des casques, des protecteurs de coude pour les planchistes). 40 Les trottoirs, les rues à sens unique et les vêtements réfléchissants, tout cela aide à réduire le nombre de collisions entre les piétons et les autos⁴¹, et le renforcement des lois sur la vitesse et la conduite en état d'ébriété aident à prévenir les accidents d'automobile de toutes sortes.

La violence peut être plus difficile à prévenir que n'importe quelle autre sorte de blessure. On prétend que ses causes fondamentales sont le chômage, le sentiment d'impuissance face au racisme et à la discrimination ainsi que la violence familiale dont les gens ont été victimes auparavant. ⁴² Toutefois, pour les communautés, il peut être plus facile de s'attaquer aux facteurs intermédiaires sur lesquels ils ont une prise plus directe, comme l'abus d'alcool, l'exposition à la violence et la détérioration des services « tampons », comme les écoles, les centres récréatifs, les bibliothèques et les programmes de santé mentale. ⁴³

Il est possible de prévenir un grand nombre de blessures et les membres des Premières Nations n'ont pas à considérer les blessures comme une conséquence inévitable de la vie. Même une réduction sensible des taux de blessures aurait un impact substantiel sur la santé et la qualité de vie des membres des Premières Nations.

Notes du Chapitre 6

Organisation mondiale de la santé, La violence entre partenaires, en ligne, 2002, AMS, cité le 23 août 2005, disponible sur le Web à : www.who.int/violence_prevention/violence/world_report/factsheets/en/ipvfacts.pdf.

Santé Canada, Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada, 1990-1999, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1999.

P. McFarlane, hiver 1997, Accidents Waiting to be Prevented, In Touch, 7,3, (édition consacrée à la prévention des accidents).

Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, Injury Prevention Programs in First Nations Populations, Vancouver (C.-B.), University of British Columbia, mars 1995

- T. Kue Young, "Blessures and Social Pathologies," The Health of Native Americans: Towards 5. a Biocultural Epidemiology, New York, N.Y., Oxford University Press, 1994.
- Organisation mondiale de la santé, *Aide-mémoire sur les traumatismes : Preventing Global Blessures*, en ligne, 2001, OMS, section sur la prévention des traumatismes et de la violence, cité le 23 août 2005, disponible sur le Web à : web a : web a : web a : web a : <a href=" 6.
- Idem
- Santé Canada, Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada, 1990-1999.
- Kathryn Wilkins et Evelyn Park, « Blessures », Rapports sur la santé 15, 3, mai 2004, p. 43 -9
- 10. Organisation mondiale de la santé, Aide-mémoire sur les traumatismes : Preventing Global Blessures, en ligne, 2001, OMS, section sur la prévention des accidents et de la violence, visité le 23 août 2005. disponible sur le Web à : <www.who.int/violence_injury_prevention/publications/factsheets/en/index.html>.
- 11 Santé Canada, Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada 1990-1999.
- Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, données non 12. publiées.
- Santé Canada, Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada. 1990-1999.
- Idem
- Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, données non publiées.
- 16. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2,1, Profil des indicateurs selon le sexe, Canada, provinces, territoires, régions socio-sanitaires et groupes de pairs, en ligne, cité en septembre 2005, tableau du CANSIM 105-0200, profils de l'ESCC, 576-XIE au catalogue, disponible sur le Web à : <www.statcan.ca>
- Michael Tjepkema, «Les blessures non mortelles chez les Autochtones», Rapports sur la santé 16, 2, mars 2005, p. 9 22. 17.
- 18 Organisation mondiale de la santé, Aide-mémoire sur les traumatismes : Preventing Global Blessures, en ligne.
- Wilkins et Park, « Blessures », Rapports sur la santé, p. 43 48.
- 20 Idem
- Tiepkema. « Les blessures non mortelles chez les Autochtones ». Rapports sur la santé. 21
- Wilkins et Park, « Blessures », Rapports sur la santé, p. 43 48.
- 23. Ryan Smith, «Injuries to children show definite patterns, study shows», ExpressNews, en kyali Silliti, willigines to clinider since beauting, and since say, such as the ligne, 1er avril 2004, University of Alberta, disponible sur le Web à: <www.expressnews.ualberta.ca/print.cfm?id=5703>.

 M. J. Chandler et C. Lalonde, 1998, Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's
- 24 First Nations, Transcultural Psychiatry, 35, p. 191 - 219.
- Tjepkema, « Les blessures non mortelles chez les Autochtones », Rapports sur la santé. 25.
- Organisation mondiale de la santé, Aide-mémoire sur les traumatismes : Preventing Global 26.
- Statistique Canada. « La conduite avec facultés affaiblies » Le Quotidien, en ligne, 7 novembre 27. 2003, disponible sur le Web à : <www.statcan.ca/Daily/English/031107/d031107b.htm>
- 28 Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, données non publiées
- 29. Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, Injury Prevention Programs in Premières Nations Populations
- J. Cardinal et coll., First Nations in Alberta: A Focus on Health Service Us, Edmonton
- (Alb.), Alberta Health and Wellness, 2004. Young, «Injuries and Social Pathologies», The Health of Native Americans: Towards a 31. Biocultural Epidemiology.
- Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, Injury Prevention 32 Programs in Premières Nations Populations
- 33 Idem
- 34. Organisation mondiale de la santé, La violence entre partenaires, en ligne.
- 35.
- 36. 37. Idem
- W. Haddon, 1980, The basic strategies for reducing damage from hazards of all kinds, Hazard Prevention, 16, p. 8 - 11, comme décrit dans A Journey: Strengthening Aboriginal Communities through Injury Prevention: Facilitator's Guide par le Alberta Centre for Injury Prevention and Control, Edmonton (Alb.), Alberta Centre for Injury Prevention and Control, révisé en 2001.
- Insurance Institute for Highway Safety, mai 2001, Status Report, 36, 5. 38.
- Gordon Trueblood, Prevention of falls and fall-related injuries among First Nations and Inuit, document provisoire, Ottawa (Ont.), Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, 2002.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre et coll., *Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants*, Montréal (Qué.), Régie régionale de la santé et 40. des services sociaux de Montréal-Centre, 2001.
- 42.
- Larry Cohen et Susan Swift, octobre 1993, A public health approach to the violence epidemic in the United States, Environment and Urbanization, 5, p. 50 - 66, disponible sur le Web à : <www.preventioninstitute.org>.
- 43. Idem

Chapitre 7

Accès aux soins dentaires et besoins de traitements

Résumé

Ce chapitre décrit le niveau d'accès aux soins et aux traitements dentaires chez les adultes des Premières Nations. Les estimations contenues dans le chapitre proviennent tes données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003. Un questionnaire rempli à l'aide d'intervieweurs a servi à collecter des données sur l'accès aux soins dentaires auprès de 10 962 adultes. Cinquante-neuf pour cent ont reçu un traitement dentaire au cours des 12 derniers mois, les pourcentages étant plus faibles chez les personnes de sexe masculin et les adultes âgés. Seulement 34,4 % des personnes âgées des Premières Nations (65 ans et plus) ont reçu un traitement au cours de l'année écoulée, contre 46 % pour leurs homologues non autochtones. Les principaux obstacles à l'accès sont les longues attentes, la non-couverture des soins dentaires par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada, les coûts et l'inexistence du service. Des corrélations ont été établies entre la réception de soins dentaires et la scolarité, la situation d'emploi, l'état de santé déclaré, les restrictions d'activité et le degré d'isolation de la communauté. Depuis 1997, les besoins ont augmenté pour tous les types de traitements. Les plus fortes augmentations relatives concernent les soins dentaires urgents, les traitements périodontiques et l'entretien. L'embonpoint et le diabète ont été liés à des besoins de prothèses ou de traitements périodontiques. Une approche collaborative de la prévention des maladies buccales sera plus efficace qu'une approche centrée sur une maladie en particulier.

Note: Les tableaux sont situés à la fin du présent chapitre.

Introduction

Une importante transition s'opère actuellement dans les services de santé destinés aux Autochtones du Canada. L'administration de la prestation des services est passée des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux aux Premières Nations, aux Inuit et aux Métis, les trois groupes autochtones du Canada reconnus par le niveau fédéral. Depuis 1989, les ententes de transfert des services de santé entre Santé Canada, les Premières Nations et les Inuit (et à un degré moindre, les Métis) permettent aux communautés autochtones d'administrer leurs propres programmes et services de santé. Elles ont ainsi pu abolir certains obstacles administratifs et juridictionnels qui entravaient auparavant la prestation des services de santé à ces groupes. 1 Malgré l'importance de cet avènement politique sur la santé des Autochtones canadiens, il reste à déterminer pleinement son impact sur la santé des peuples autochtones en général et sur la santé buccodentaire en particulier.

L'analyse des données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (ERLSPNI) auprès de 10 000 adultes vivant dans les réserves en 1997 indique que les effets des changements de style de vie des Autochtones au cours de la dernière décennie se manifestent clairement dans la santé buccodentaire, un domaine où les problèmes prolifèrent rapidement en raison des changements dans l'alimentation.² Dans l'ensemble, à peine plus de la moitié des répondants à l'ERLSPNI indiquent avoir recu des soins buccodentaires l'année précédente, mais environ 50 % nécessitent des traitements au moment de l'enquête, la dentisterie restauratrice (obturations, etc.) étant le traitement le plus commun. Viennent ensuite l'entretien (examen et nettoyage des dents), les prothèses et l'extraction des dents. Peu de répondants mentionnent les traitements parodontaux, bien que 22 % aient eu des problèmes ou de la douleur dentaires dans le dernier mois.³

Survol historique

Aucun examen clinique destiné à évaluer la anté buccodentaire et l'étendue des besoins n'a été réalités dans le cadre de l'ERLSPNI de 1997. Toutefois, les enquêtes régionales sur la santé buccodentaire des adultes menées il y a plus de dix ans indiquent que la santé buccodentaire des peuples autochtones est moins bonne que celle des Canadiens en général. En 1990, 22 % des Inuit de la région Keewatin des Territoires du Nord Ouest (T.-N.-O.) étaient complètement édentés, contre 13 % des personnes non inuit vivant dans la région. Le nombre médian observé de dents cariées, absentes pour cause de carie et obturées (indice CAOD) est de 23,1 pour les Inuit adultes et de 19,7 pour les non Inuit. Soixante-treize pour cent des personnes dentées présentent des gencives saignantes, mais seulement 2 % présentent sillon gingivo-dentaire moyenne supérieure à

3 mm. Ce faible résultat peut s'expliquer par le fait que la profondeur du sillon gingivo-dentaire est associé à l'age, et que peu de participants étaient âgés de 55 ans et plus. Les deux tiers de l'échantillon nécessitent des traitements préventifs et/ou dentaires. À cette époque, la plupart des services dentaires n'étaient offerts qu'aux enfants. Ces conclusions s'accordent avec les conclusions d'autres enquêtes sur les populations adultes des Inuit au Canada. Chez les aînés inuit canadiens âgés de 60 ans et plus et vivant dans trois communautés de la région de Keewatin dans les T.-N.-O., on constate que 35 % des membres de la population sont édentés, bien que seulement 47 % portent des prothèses.^{6,7} Les évaluations parodontales indiquent que la plus grande partie des aînés inuit ayant fait l'objet d'un examen nécessitent un détartrage et/ou des traitements parodontaux complexes.

Dans les années 1990, les niveaux de carie et de maladie parodontale des Inuit étaient beaucoup plus élevés que ceux rapportés par les Inuit de 16 ans et plus vivant à Foxe Basin en 1969 et 1973⁸, et par les adultes des Premières Nations vivant dans des communautés de la Colombie-Britannique et du Yukon au début des années 1970.9 Bien qu'aucune étude épidémiologique sur l'état de santé buccodentaire des adultes autochtones canadiens n'ait été menée depuis le début des années 1990, il semble que la prévalence des maladies buccales chez les Autochtones soit plus élevée aujourd'hui qu'il y a dix ou vingt ans. L'incidence accrue des problèmes dentaires peut expliquer les niveaux élevés de besoins en matière de traitements dentaires constatés dans l'ERLSPNI 10 de 1997. En outre, le rapport annuel 2003-2004 du programme des Services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada indique une augmentation de 22 % des dépenses en soins dentaires des membres des Premières Nations et des Inuit depuis 1993-1994.¹¹

Les conclusions de l'enquête « Patient Oral Health Status and Treatment Needs Survey », réalisée en 1991 par l'Indian Health Service (IHS), sont semblables en ce qui concerne les caries, la perte de dents, les maladies parodontales et les besoins de traitements des populations d'Amérindiens des États-Unis et d'Autochtones de l'Alaska depuis 1984. 12-16 Le diabète de type II pourrait expliquer la hausse marquée des maladies parodontales et de la perte de dents chez les populations autochtones américaines. 17-20 De même, le nombre d'Autochtones du Canada atteints de maladies chroniques (obésité, diabète de type II, maladies cardiovasculaires et arthrite) est disproportionné par rapport au reste de la population. ^{21, 22}

L'alimentation est aussi un déterminant important de la santé buccodentaire qui peut être amélioré par une éducation nutritionnelle et la disponibilité d'aliments sains dans les communautés éloignées. Toutefois, lorsque surviennent des maladies buccodentaires, les traitements constituent toujours la seule option pour recouvrer la santé, ce qui nécessite un accès aux soins élargi. La disponibilité des services de soins

de santé sera donc toujours le déterminant le plus important de la santé générale et buccodentaire des peuples autochtones.

Le présent chapitre met l'accent sur le niveau d'accès aux soins dentaires disponibles actuellement pour les adultes autochtones canadiens de 18 ans et plus et sur les facteurs influençant la disponibilité des services dentaires analysés dans l'Enquête régionale sur la santé (ERS) de 2002-2003. Le chapitre traite aussi des niveaux perçus de besoins en matière de traitements dentaires et de la prévalence des blessures dentaires auto-rapportées chez les adultes des Premières Nations.

En dernier lieu, le présent chapitre comprend des comparaisons avec des estimations comparables de la population adulte canadienne générale. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)²³ de 2003 et l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996 - 1997 (ENSP)^{24, 25} de Statistique Canada font partie des sources de comparaison des résultats canadiens.

Le cadre culturel de l'ERS a été utilisé pour analyser les données et interpréter les résultats (comme le souligne l'introduction). Le cadre culturel considère que la santé totale porte sur la personne totale dans son environnement total. ²⁶ On entend par santé totale, dans son sens le plus large, tous les aspects de la santé et du mieux-être, interconnectés et interdépendants. La personne totale comprend l'esprit, le corps, le cœur et l'âme, ainsi que tous les facteurs qui affectent la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle de la personne. Avoir la santé totale signifie être en harmonie avec soi-même et avec l'environnement, c'est-àdire avec la Nature. ²⁷

On utilise aussi ce cadre pour choisir les points du questionnaire ayant servi de variables explicatives à l'analyse. Pour les analyses du présent chapitre, on a choisi six résultats selon les questions suivantes :

- 1. Le répondant a-t-il eu des difficultés à accéder à des soins dentaires fournis par le programme des SSNA de Santé Canada destinés aux personnes ayant le statut de membres des Premières Nations et d'Inuit.
- 2. À quand remonte la dernière fois où le répondant a reçu des soins dentaires?
- 3. Le répondant a-t-il déjà eu des problèmes d'accès à des soins dentaires?
- 4. De quelle type de traitement dentaire le répondant a-t-il besoin actuellement?
- 5. Comment évaluerait-il le niveau d'accès aux services de santé qui lui sont offerts par rapport aux Canadiens en général?
- A-t-il été victime d'une blessure ayant nécessité des soins professionnels dans les 12 mois précédents? (les blessures dentaires sont alors sélectionnées pour analyse parmi les blessures subies.)

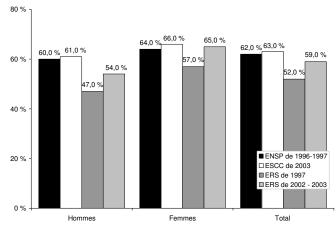
Résultats

Utilisation des services de soins dentaires

Le tableau 1 indique la distribution en pourcentage de l'intervalle depuis la dernière fois où les adultes des Premières Nations ont reçu des soins dentaires, par catégories démographiques et socioéconomiques choisies. Moins de 1 % n'a jamais reçu de soins dentaires, 10,0 % de la population n'a pas reçu de soins dentaires au cours des 5 années précédentes ou plus, et un pourcentage semblable (13,4%) a reçu des soins dentaires entre 2 et 5 ans auparavant. Environ 17 % (16,7 %) a recu des soins entre 1 et 2 ans avant l'enquête et la majorité (59,2 %) a reçu un certain type de soins dentaires dans l'année précédant l'enquête. Bien que 59,2 % des répondants adultes des Premières Nations aient reçu des soins dentaires dernièrement, près de 79 % des adolescents ayant participé à l'ERS, et 69 % des enfants, ont reçu des soins dentaires au cours de l'année écoulée.

À la figure 1 et au tableau 1, les résultats de l'ERS indiquent des variations dans les soins dentaires selon le sexe, c'est-à-dire que les femmes présentent un taux plus élevé de soins dentaires au cours de l'année (64,8 %) que les hommes (53,6 %). La figure 1 indique aussi que les taux de soins dentaires augmentent pour les deux sexes depuis l'ERS précédente menée en 1997 (59,2 % dans l'ERS de 2002 - 2003, par rapport à une estimation de 52 % en 1997). Plus d'hommes non membres des Premières Nations âgés de 20 ans et plus (63 %) que d'hommes autochtones ont consulté un professionnel en dentisterie (dentistes, orthodontistes ou hygiénistes dentaires) au cours des 12 mois précédents (figure 1).

Figure 1. Proportion des adultes ayant reçu des soins dentaires au cours de l'année écoulée



ENSP de 1996 – 1997 : Enquête nationale sur la santé de la population (n=21 599), 20, 21 ERS de 1997 : Enquête nationale sur la santé des Premières Nations et des Inuit du Labrador (n=9 870).

ERS de 2002 – 2003 : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (n=10 455)

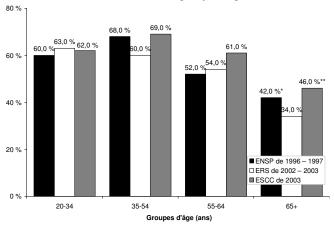
ESCC de 2003 : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* (n=?); 19 participants âgés de 20 ans et plus.

Les analyses selon les groupes d'âges compatibles avec l'ENSP et l'ESCC indiquent que seulement 34,4 % des adultes autochtones âgés de 65 ans et plus ont reçu des soins dentaires au cours de l'année écoulée comparativement à 46 % pour les canadiens non autochtones plus âgés (figure 2). En règle générale, la vraisemblance d'une visite chez un dentiste dernièrement a augmenté pour tous les Canadiens de tous les âges depuis l'ENSP de 1996 - 1997.

Le tableau 2 présente les résultats propres à l'âge pour l'ERS 2002 - 2003. Chez les aînés âgés de 60 ans et plus, 60,2 % rapportent ne pas avoir reçu de soins dentaires au cours de l'année écoulée, comparativement à 36,6 % des personnes âgées de 18 à 29 ans. Bien qu'une tendance semblable soit rapportée dans l'ERS²⁸ de 1997, la situation semble s'être améliorée pour les personnes âgées de 18 à 29 ans, avec une prévalence légèrement plus faible de l'énoncé « aucun soin dentaire » rapporté en 2002 - 2003.

Le taux le plus élevé de manque de soins dentaires au cours de l'année précédente (45,5 %) revient aux personnes sans diplôme d'études secondaires, comparativement aux personnes ayant un diplôme d'études collégiales (34,2 %) (tableau 2). Une proportion plus grande de chômeurs n'ont pas reçu de soins dentaires au cours de l'année écoulée, comparativement aux personnes actives à plein temps (45,9 % contre. 34,7 %, respectivement) (tableau 2).

Figure 2. Proportion d'adultes ayant reçu des soins dentaires au cours de l'année écoulée, selon le groupe d'âge



ENSP de 1996 – 1997 : Enquête nationale sur la santé de la population (n=21 599), 20, 21 ERS de 1997 : Enquête nationale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (n=9870), 2 ERS de 2002 – 2003 : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (n=10 455)

ESCC de 2003 : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* (n=?); 19 participants âgés de 20 ans et plus.

ERS 2002-2003 : Différence significative de la distribution de l'ENSP 1996- (test chi carré, *p<0.05) et de l'ESCC de 2003 (test chi carré, **p<0.01).

Le manque de soins dentaires est aussi associé au statut de santé auto-déclaré, comme l'indique le tableau 2. Les personnes ayant rapporté un état de santé « mauvais » (48,9 %) ou « passable » (51,0 %) n'ont pas reçu de soins dentaires au cours de l'année écoulée, comparativement aux 35,0 % des personnes ayant rapporté un état de santé « très bon » et aux 33,6 % ayant rapporté un état de santé

« excellent ». Dans la population autochtone, les handicaps et les limitations d'activités sont aussi reliés aux soins dentaires. Chez les personnes ayant rapporté des limitations d'activités qui surviennent « souvent », 50,6 % n'ont pas reçu de soins dentaires dans l'année précédant l'ERS 2002-2003, contre 39,7 % qui n'ont pas de limitations ou qui peuvent vaquer à leurs occupations habituelles.

L'accessibilité aux soins dentaires est associée au degré d'isolement et d'éloignement de la communauté où vit la personne. Bien que la relation ne soit pas linéaire, 55,6 % des personnes vivant dans des communautés isolées n'ont pas reçu de soins dentaires au cours de l'année précédente, comparativement aux 37,7 % des personnes vivant dans des communautés non isolées (tableau 2).

Obstacles à l'accès aux services de soins dentaires

Le tableau 3 présente les principaux obstacles à l'accès aux soins dentaires pour les participants. Une personne sur cinq (20,8 %) indique les temps d'attente trop longs comme principal obstacle. Viennent ensuite les services non couverts par les SSNA (17,6 %), la non capacité de payer (16,9 %) et les services non disponibles dans la région (15,1 %). La non autorisation de services dentaires dans le cadre des SSNA suit, mais seulement 14,3 % disent avoir eu ce problème.

Les adultes de 30 à 59 ans sont plus susceptibles d'avoir l'impression que les services sont inadéquats par rapport aux adultes plus jeunes (tableau 3). De même, les adultes de 30 à 49 ans sont plus susceptibles que les adultes plus âgés (60 ans et plus) de rapporter des listes d'attente trop longue et des services non couverts par les SSNA. Comme prévu, les personnes dont le revenu du ménage est plus élevé sont moins susceptibles d'indiquer qu'ils n'ont pas la capacité de payer et sont généralement moins susceptibles d'indiquer les frais de transport comme un obstacle. La conclusion la plus importante (présentée au tableau 3) est sans contredit que, en ce qui concerne de nombreux obstacles cités par la population interrogée, les résidents des communautés ayant fait l'objet d'ententes de transferts multicommunautaires en santé sont plus susceptibles d'indiquer ces obstacles que les résidents des communautés ayant le contrôle sur la prestation des services de santé (et qui administrent leurs propres programmes de santé) et les personnes vivant dans des communautés n'ayant pas fait l'objet d'une entente de transfert en santé.

Besoins de traitements dentaires

La proportion des adultes ayant rapporté des besoins de soins dentaires est indiquée au tableau 4. On y indique en pourcentage le type de soins dentaires requis par les répondants et s'ils ont eu ou non des problèmes d'accès aux services dentaires offerts par le programme des SSNA (dernière colonne). Le tableau 4 comprend aussi des comparaisons de données recueillies dans les réserves à d'autres époques, soit lors de l'ERS de 1997²⁹, et une

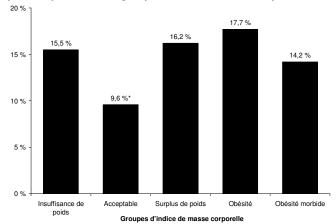
évaluation globale de l'accès aux services de santé au moyen de questions qui demandent aux répondants d'indiquer si leur niveau d'accès est « meilleur » ou « le même / moindre » que celui des Canadiens en général.

On constate une augmentation spectaculaire des besoins de soins dentaires (toutes les types de traitement) indiqués par les répondants avec le temps. Les besoins d'obturations, de couronnes ou de ponts sont deux fois et demi plus élevés (passant de 15,4 % en 1997 à 36,9 % en 2002-2003). L'augmentation est beaucoup plus élevée en ce qui concerne les problèmes dentaires urgnets ainsi que les soins parodontaux et l'entretien (voir le tableau 4).

Un peu moins de la moitié des personnes ayant rapporté des besoins urgents en matière de traitements dentaires (45,5 %) affirment avoir des problèmes d'accès aux SSNA, suivi de 42,1 % des personnes nécessitant des soins parodontaux et de 36,1 % nécessitant des soins d'orthodontie (tableau 4). Près de 60 % (55,7 %) des répondants nécessitant des traitements dentaires urgents en raison de la douleur ou d'autres problèmes ont l'impression d'avoir un accès moindre aux services de santé (y compris aux services dentaires) par rapport au reste de la population canadienne. Ces conclusions ressemblent de façon frappante aux résultats de l'ERLSPNI de 1997, alors que près de 60 % de la population autochtone avait l'impression que les services de santé offerts aux peuples des Premières Nations et aux Inuit ne valaient pas les services offerts aux autres Canadiens.³⁰

Chose intéressante, les besoins de prothèses et de soins prothétiques sont corrélés de façon positive avec le pourcentage de tissu adipeux d'une personne, tel que mesuré par l'indice de masse corporelle (IMC) (figure. 3). Plus particulièrement, les personnes ayant un surplus de poids ou obèses sont plus susceptibles d'avoir besoin de prothèses ou de réparations que les personnes dont l'IMC est « sain ». Il existe de nombreuses preuves documentées pour appuyer le lien entre le fait d'être édenté ou d'avoir une mauvaise dentition et l'IMC. 31, 32

Figure 3. Proportion des adultes nécessitant des soins prothétiques, selon le groupe d'indice de masse corporelle

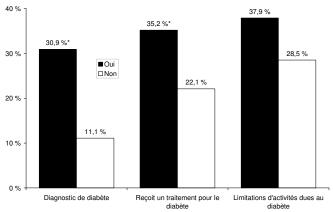


*chi carré p < 0,001

Ce lien est important. L'obésité est un problème de santé majeur auquel sont confrontés les Amérindiens des États-Unis et les Autochtones canadiens; on croit qu'elle est associée à une alimentation riche en gras et en sucre, ainsi qu'à une transition rapide à un style de vie sédentaire. ³³⁻³⁵ Dans l'ERS 2002-2003, l'IMC de 31,2 % des répondants variait entre 30 et 39,9, 4,8 % des répondants présentant un IMC supérieur à 40. On ne constate guère d'insuffisance de poids dans la population adulte autochtone : seuls 1,1 % ont un IMC inférieur à 18,5.

Étant donné que les Autochtones canadiens sont particulièrement vulnérables au diabète de type II et au risque d'obésité en partie à cause d'une susceptibilité génétique, nous nous sommes penchés sur le lien entre les besoins de soins prothétiques et le diabète. Les résultats sont présentés à la figure 4. Les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète (30,9 %) ont avantage besoin de soins prothétiques.

Figure 4. Proportion d'adultes nécessitant des soins prothétiques, selon le statut diabétique, le traitement et les limitations d'activités



Diagnostic de diabète, traitement et limitations

Test de chi carré : * p < 0.05, ** p < 0.001

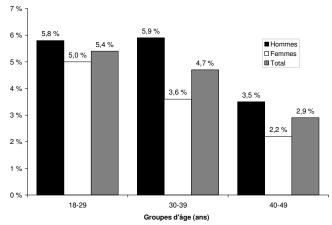
Le diabète de type II est un facteur de risque estimé dans les maladies parodontales et la perte de dents dans les populations amérindiennes. ^{36, 37} Seulement 5,6 % (tableau 4) de la population de l'ERS rapportent avoir besoin de traitements parodontaux, mais cela est associé de manière significative à des incapacités physiques consécutives au diabète (12,7 %), taux beaucoup plus élevé que le taux de diabétiques n'ayant pas d'incapacités physiques ou de limitations d'activités (4,1 %).

Blessures dentaires

Les blessures sont une cause importante des hospitalisations et les accidents sont toujours l'une des causes principales d'années de vie potentielles en santé perdues. Res accidents d'automobile constituent l'une des causes principales de ces décès et l'alcool joue un rôle dans la plupart de ces accidents. Lorsque de tels accidents se produisent, les blessures à la tête et au cou sont fréquentes, surtout les traumatismes au visage, à la bouche et aux dents antérieures. Une étude épidémiologique de blessures dans les Territoires du Nord-Ouest indique que les taux de décès chez les Premières Nations et les Inuit sont deux fois supérieurs à ceux des non-Autochtones de cette région.

Dans l'ensemble, seulement 3,9 % des répondants rapportent une blessure dentaire traumatique nécessitant une visite chez le médecin au cours de l'année écoulée. Bien qu'il n'existe pas de différences significatives entre les sexes, la prévalence des blessures dentaires est différente au sein des groupes d'âges (figure 5).

Figure 5. Proportion des adultes rapportant une blessure dentaire au cours de l'année écoulée, selon le sexe et l'âge



Note : Les statistiques pour les groupes d'âges 50-59 ans et les 60 ans et plus ont été supprimées en raison de la petite taille de l'échantillon

Le tableau 5 indique les causes des blessures dentaires chez les adultes des Premières Nations et leur relation possible avec la consommation d'alcool et de drogues. Les accidents de bicyclette et d'automobile, qui n'ont pas de lien avec la consommation d'alcool et de drogues, sont les principales causes de dommages aux dents. Des adultes ayant indiqué avoir subi une blessure consécutive à des voies de fait,

20,5 % ont subi une blessure dentaire comparativement aux 3,3 % n'ayant pas subi de blessures consécutives à des voies de fait. En outre, 12,2 % des adultes ayant indiqué avoir subi une blessure sportive indiquent aussi une blessure dentaire, alors que 3,4 % des personnes non impliquées dans une blessure sportive rapportent aussi des blessures dentaires. De même, les adultes qui rapportent avoir subi une blessure en raison d'une chute sont plus susceptibles de rapporter une blessure dentaire que les personnes n'ayant pas chuté.

Conclusion

Depuis l'ERLSPNI de 1997⁴¹, il est évident que l'accès aux soins dentaires s'est légèrement amélioré pour les Autochtones canadiens âgés de 18 ans et plus. L'ERS de 2002 - 2003 indique que 59,2 % des adultes des Premières Nations ont reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente, une augmentation du 52 % observés en 1997. Toutefois, malgré les limitations des données auto-déclarées, les résultats indiquent aussi que des caries non traitées, des besoins en matière de traitements parodontaux et prothétiques ont plus que doublé depuis l'enquête précédente. En plus, le taux des soins dentaires pour les adultes plus âgés a connu une baisse, passant d'environ 42 % en 1997 à 34,4 % en 2002 - 2003 lors de l'ERS. La raison avancée pour expliquer ce déclin en matière de soins dentaires pour les aînés des Premières Nations est peut-être le fait qu'ils portent maintenant des prothèses. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes⁴² de 2003, des personnes âgées de 15 ans et plus n'ayant pas consulté un dentiste au cours des trois dernières années, 27 % rapportent que le fait de porter des prothèses est la principale raison de ne pas avoir sollicité de soins.

Les aînés édentés courent aussi plus de risques que les adultes plus jeunes de souffrir de carence alimentaire, d'un mauvais état de santé et de limitations d'activités. L'état de santé et les limitations fonctionnelles auto-déclarés sont tous deux associés au manque de soins dentaires au cours de l'année précédente. Un examen de l'état de santé buccodentaire et de l'utilisation des services chez les adultes plus âgés vivant en établissement aux États-Unis et au Canada indique que, malgré le fait que les adultes plus âgés de santé fragile souffrent d'une quantité de maladies dentaires, un grand nombre ne sollicitent pas de soins dentaires. 43 Malgré l'accroissement des préoccupations concernant le vieillissement de la population, il n'existe pas assez d'études approfondies pour décrire l'état de santé buccodentaire et les besoins en matière de traitements chez les membres âgés des Premières Nations au Canada.

L'utilisation de services dentaires est tributaire de la capacité de payer pour obtenir ces services. Dans l'ensemble, l'utilisation de services dentaires par les Canadiens a un lien avec les assurances dentaires, le revenu et le niveau d'éducation. 44-46 Selon l'ERS, les soins dentaires augmentent avec l'éducation et l'emploi. En vertu de la politique du

programme des SSNA, la couverture dentaire n'est pas complète, ce qui pourrait expliquer le fait que les adultes plus âgés des Premières Nations délaissent parfois des traitements dentaires plus complexes. Dans l'ensemble, 14,3 % des adultes interrogés affirment ne pas avoir obtenu d'autorisation préalable pour des services dentaires en vertu des SSNA. Le plus inquiétant est que chez les répondants ayant rapporté avoir besoin de recevoir d'urgence un traitement, 45,5 % disent avoir des problèmes d'accès aux SSNA pour obtenir des services dentaires.

Depuis toujours, il est difficile d'attirer des dentistes et des spécialistes dans des communautés autochtones plus éloignées et isolées du Canada. Il existe aussi de grandes variations dans la disponibilité relative des dentistes entre les provinces et au sein des régions dans les provinces.⁴⁷ Une étude comparative des résultats de traitements en orthodontie chez des patients des Premières Nations et non des Premières Nations en Alberta indique que les patients locaux récupéraient beaucoup mieux, selon l'indice PAR, que les patients de l'extérieur, ajustés selon le statut de Première Nation et les extractions.⁴⁸ Les auteurs de l'étude laissent entendre qu'un accès en temps utile à des traitements en orthodontie en cas d'urgence, comme des verrous brisés ou un appareil perdu, influence habituellement les résultats du traitement.49

Étant donné le lien récemment démontré entre les infections buccales et les maladies chroniques chez les adultes, la corrélation des besoins de traitements dentaires avec le diabète et des IMC élevés est lourde de conséquences pour la santé publique. Tout comme l'obésité, le diabète est plus courant chez les adultes autochtones canadiens que chez les non-Autochtones. 50, 51 Dans certaines provinces, des taux plus élevés de tabagisme et de consommation d'alcool ont aussi été rapportés chez des membres des Premières Nations par rapport aux personnes qui ne sont pas des Premières Nations.⁵² Ces données aident à faire une évaluation plus complète du fardeau des maladies buccales et des blessures dentaires sur les peuples des Premières Nations du Canada, et démontrent la nécessité d'effectuer d'autres recherches sur ces facteurs de risque, dans le but d'élaborer des programmes d'intervention appropriés à l'intention des populations des Premières Nations. Ces programmes doivent être développés en partenariat complet avec les peuples des Premières Nations afin d'y introduire des façons traditionnelles de considérer la santé. Grâce à ces programmes, il est fort probable que la santé buccodentaire, ainsi que la santé totale, des populations des Premières Nations iront en s'améliorant.

Notes du Chapitre 7

- Santé Canada, Dix ans de transfert du contrôle des programmes de santé aux communautés des Premières nations et des Inuits, en ligne, Ottawa, Canada, DGSPNI, 2001, disponible sur $le\ Web\ \grave{a}: < \underline{http://www.hc-sc.gc.ca/fSSNA/bpm/hfa/ten_years_health_transfer/> > \underline{http://www.hc-sc.gc.ca/fSSNA/bpm/hfa/ten_years_health_transfer/> > \underline{http://www.hc-sc.gc.ca/fSSNA/bpm/hfa/ten_years_health_transfer/> > \underline{http://www.hc-sc.gc.ca/fSSNA/bpm/hfa/ten_years_health_transfer/> > \underline{http://www.hc-sc.gc.ca/fSSNA/bpm/hfa/ten_years_health_transfer/> > \underline{http://www.hc-sc.gc.ca/fSSNA/bpm/hfa/ten_years_health_transfer/> > \underline{http://www.hc-sc.gc.ca/fSSNA/bpm/hfa/ten_years_health_transfer/> > \underline{http://www.hc-sc.gc.ca/fSSNA/bpm/hfa/ten_years_health_transfer/> > \underline{http://www.hc-sc.gc.ca/fSSNA/bpm/hfa/ten_years_health_transfer/> > \underline{http://www.hc-sc.gc.gc.dc.gc.dc.gc.dc.gc.dc.gc.dc.gc.dc.gc.dc.gc.dc.gc.dc.gc.dc.gc.dc.gc.dc.g$
- Fred Wien et Lynn McIntrye, « Health and Dental services for Autochtone People », Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, en ligne, Ottawa, Canada, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999, p. 219 - 245, disponible sur le Web à : p. 219 - 275, dispositions/english/pdf/key_docs_1.pdf>.

- Idem
- Elizabeth Rea et coll., février 1993, Adult dental health in the Keewatin, Journal de
- 5.
- Douglas Galan, Olva Odlum et Michel Brecx, février 1993, Dental Health status of a group of elderly Canadian Inuit (Eskimo), Community Dentistry & Oral Epidemiology, 21, 1, p. 53 - 56.
- et coll., juillet 1993, Medical and dental status of a culture in transition, the case of the Inuit elderly of Canada, *Gerodontology*, 10, 1, p. 44 - 50. John T. Mayhall, octobre 1997, The Dental Health of a Canadian Inuit community: an
- anthropological approach, *Journal of Dental Research*, 56, édition spéciale : C55-61.
 Gordon S. Myers et Melvin Lee, mars avril 1974, Comparison of Dental Health in four Canadian Indian communautés, *Journal of Dental Research*, 53, 2: 385-92.
- Wien et McIntrye, « Health and Dental services for Autochtone People », Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, en ligne.
- Santé Canada, Direction des SSNA, Division de l'analyse des programmes, Rapport annuel du programme des Services de santé non assurés 2003 2004, en ligne, disponible sur le Web à : http://www.hc-sc.gc.ca/fSSNA/SSNA/annualreport/annualreport2003_2004.pdf.
- William J. Niendorff et Candace M. Jones, 2000, Prevalence and severity of dental caries among American Indians et Alaska Natives, Journal of Public Health Dentistry, 60, 1, édition spéciale, p. 243 - 249.
- Scott M. Presson, William J. Niendorff et R. Frank Martin, 2000, Tooth loss and need for extractions in American Indian and Alaska Native dental patients, Journal of Public Health Dentistry, 60, 1, édition spéciale, p. 267 - 272.
- David B. Jones, William J. Niendorff et Eric B. Broderick, 2000, A review of the Dental Health of American Indian and Alaska Native elders, Journal of Public Health Dentistry, 60, 1, édition spéciale, p. 256 - 260. Fred B. Skrepcinski et William J. Niendorff, 2000, Periodontal disease in American Indians
- and Alaska Natives, Journal of Public Health Dentistry, 60, 1, édition spéciale, p. 261 266.
- Eric B. Broderick et William J. Niendorff, 2000, Estimating dental treatment needs among American Indians and Alaska Natives, Journal of Public Health Dentistry, 60, 1 édition spéciale, p. 250 - 255.
- Presson, Niendorff et Martin, Tooth loss and need for extractions in American Indian and Alaska Native dental patients, Journal of Public Health Dentistry
- 18. Skrepcinski et Niendorff, Periodontal disease in American Indians and Alaska Natives Journal of Public Health Dentistry.
- Robert G. Nelson et coll., août 1990, Periodontal disease and NIDDM in Pima Indians, Diabetes Care, 13, 8, p. 836 840.
- Aramesh Saremi et coll., janvier 2005, Periodontal disease and mortality in type 2 diabetes, Diabetes Care, 28, 1, p. 27 32.

 T. Kue Young, John D. O'Neil et Brenda Elias, «Chronic Diseases», Enquête régionale sur la
- santé des Premières Nations et des Inuit, en ligne, Ottawa, Canada, Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999, p. 55 - 86, disponible sur le Web à : disponible sur le Web à : http://www.naho.ca/firstnations/english/pdf/key_docs_4.pdf>.
- Santé Canada, Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, en ligne, Ottawa, Canada, DGSPNI, 2003, disponible sur le Web à : http://www.hc-canada, DGSPNI, 2003, disponible sur le Web à : http://www.hc-canada, DGSPNI, 2003, disponible sur le Web à : http://www.hc-canada, profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, en ligne, Ottawa, Canada, DGSPNI, 2003, disponible sur le Web à : http://www.hc-canada, profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, en ligne, Ottawa, Canada, DGSPNI, 2003, disponible sur le Web à : http://www.hc-canada, profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, en ligne, Ottawa, Canada, DGSPNI, 2003, disponible sur le Web à : http://www.hc-canada, profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, en ligne, contract de la santé sc.gc.ca/fSSNA/sppa/hia/publications/statistical_profile.htm>.

 Wayne J. Millar, « Visites chez le dentiste », Rapports sur la santé 16, 1, oct. 2004, p. 41 - 44.
- (Voir aussi le tableau détaillé de l'ESCC dans la base de données du CANSIM, disponible sur le Web à : http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?LANG=e&ResultTemplate=CII&CORCMD=GETEXT&CORTYP=1&CO RRELTYP=4&CORID=3226>.)
- Santé Canada, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, « Visites chez le dentiste », Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, en ligne, Charlottetown, Canada, Santé Canada, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, 1999, p. 97-99, disponible sur le Web à : http://www.statcan.ca:8096/bsolc/english/bsolc?catno=82-570-X&CHROPG=1.
- Wayne J. Millar et David Locker, « L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires », Rapports sur la santé 11, 1, été 1999, p. 55 65.
- Jim Dumont, Cadre culturel de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002 2003, Ottawa (Ont.), Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, février 2005.
- Idem
- Wien et McIntrye, « Health and Dental services for Autochtone People », Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, en ligne.
- Idem
- Christine S. Ritchie et coll., octobre 1997, Nutritional status of urban homebound older adults, American Journal of Clinical Nutrition, 66, 4, p. 815 - 818.
- Nadine R. Sahyoun, Chien-Lung Lin et Elizabeth Krall, janvier 2003, Nutritional status of the older adult is associated with dentition status, Journal of the American Dietetic Association,
- Joel Gittelsohn et coll., mars 1998, Specific patterns of food consumption and preparation are associated with diabetes and obesity in a Native Canadian community, Journal of Nutrition, 128, 3, p. 541 - 547. Pamela H. Orr et coll., 1998, Prevalence of diabetes mellitus and obesity in the Keewatin
- District of the Canadian Arctic, International Journal of Circumpolar Health, 57, 1, p. 340 -
- Anthony J. G. Hanley et coll., mars 2000, Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors, American Journal of Clinical Nutrition, 71, 3, p. 693 - 700.
- Nelson et coll., Periodontal disease and NIDDM in Pima Indians, Diabetes Care
- Saremi et coll., Periodontal disease and mortality in type 2 diabetes, Diabetes Care.
- Santé Canada, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la «Blessures », Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, en ligne, Charlottetown, Canada, Santé Canada, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, 1999, p. 241 – 252, disponible sur le Web à: http://www.statcan.ca:8096/bsolc/english/bsolc?catno=82-570-X&CHROPG=1.
- T. Kue Young, Michael E Moffatt et John D. O'Neil, 1992, An epidemiological perspective of injuries in the Northwest Territories, Arctic Medical Research, 51, 7, p. 27 - 36.

- 41 Wien et McIntrye, « Health and Dental services for Autochtone People ». Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, en ligne.
- Millar, «Visites chez le dentiste », *Rapports sur la santé*.

 Douglas B. Berkey et coll., juillet août 1991, Research review of Dental Health status and service use among institutionalized older adults in the United States and Canada, *Special Care* 43. in Dentistry, 11, 4, p. 131 - 136.
- Millar, « Visites chez le dentiste », Rapports sur la santé.
- Santé Canada, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, « Visites chez le dentiste », Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, en ligne. Millar et Locker, « L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires »,
- 46. Rapports sur la santé.
- Institut canadien d'information sur la santé, Tendances relatives au personnel de la santé au 47. Canada, 1993 à 2002, en ligne, Ottawa, Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé,
- Cantada, 1993 a 2002; en ligie, Ordawa, Cantada, Linistrut Canadaren d information sin la Sante, 2004, disponible sur le Web à: . Kirby C. Cadman et coll., avril 2002, Orthodontic treatment outcome in a First Nations population in Alberta, Canada: a comparative study, American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics, 121, 4, p. 396 402. 48.
- 49 Idem
- Young, O'Neil et Elias, « Chronic Diseases », Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, en ligne.
- Santé Canada, *Profit statistique de la santé des Premières nations au Canada*, en ligne. Harriet L. MacMillan et coll. avec le comité consultatif technique des Chiefs of Ontario, mai juin 2003, The health of Ontario First Nations people: results from the Ontario First Nations Regional Health Survey, *Revue canadienne de santé publique*, 94, 3, p. 168 - 172.

Autres références

C. K. Harris et coll., décembre 1996, Dental Health in alcohol misusers, Community Dental Health, 13, 4, p. 199 - 203.

U. Perheentupa et coll., février 2001, Increased lifetime prevalence of dental trauma is associated with previous non-dental injuries, mental distress and high alcohol consumption, Dental Traumatology, 17,

Douglas B. Berkey et coll., juillet- août 1991, Research review of dental Health status and service use among institutionalized older adults in the United States and Canada, Special Care in Dentistry, 11, 4,

Carlos R. Quinonez, 2004, A political economy of Dental Health services in Nunavut, International Journal of Circumpolar Health, 63, 2, p. 324 - 329.

<u>Tableau 1 : Distribution en pourcentage des adultes des Premières Nations et Inuit selon le temps auquel remonte les derniers soins dentaires reçus et certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques sélectionnées</u>

	Temps auquel remonte les derniers soins dentaires reçus					
	Moins de	Entre 6	Entre 1 et 2	Entre 2 et 5 ans	Plus de 5	Jamais
	6 mois	mois et 1 an	ans		ans	
Total pondéré% (n=10,455)	31,9	27,2	16,7	13,4	10,0	0,7
Groupes d'âge						
18 à 29 ans (n=3 231)	33,1	30,3	19,1	12,0	4,8	-
30 à 39 ans (n=2 764)	32,6 (NS)	30,4 (NS)	18,4 (NS)	13,6 (NS)	4,6 (NS)	_
40 à 49 ans (n=2 187)	34,7 (NS)	26,2 (NS)	16,6 (NS)	13,1 (NS)	8,7	-
50 à 59 ans (n=1 189)	31,6 (NS)	24,2 (NS)	12,5 (NS)	16,0 (NS)	15,2	-
60 ans et plus (n=1 050)	22,6 (NS)	17,2	11,1	14,2 (NS)	33,0	1,8
Sexe						
Masculin (n=4 736)	28,6	25,1	17,9	16,7	10,7	1,1
Feminin (n=5 719)	35,4	29,4	15,5 (NS)	10,1	9,3 (NS)	0,4
Degré de scolarité						
Sans diplôme d'études secondaires (n=5 552)	27,6	26,9	16,4	14,6	13,3	1,2
Diplôme d'études secondaires (n=1 942)	33,5 (NS)	28,0 (NS)	19,4 (NS)	12,6 (NS)	5,9	-
Diplôme d'un collège communautaire/						
collégial (Québec) /d'école de commerce /	38,7	27,2 (NS)	15,5 (NS)	11,8 (NS)	6,8	-
technique ou professionnel (n=2 332)						
Baccalauréat (n=463)	36,0 (NS)	29,0 (NS)	16,1 (NS)	12,1 (NS)	-	-
Diplôme d'études supérieures (n=52)	-	-	-	-	-	-
Revenu*						
Moins de 10 000 \$** (n=2 622)	29,8	27,3	17,9	15,3	8,8	1,0
10 000 \$ et 14 999 \$ (n=1 297)	26,7 (NS)	24,5 (NS)	20,5 (NS)	9,5 (NS)	17,7 (NS)	_
15 000 \$ to 19 999 \$ (n=895)	27,6 (NS)	26,5 (NS)	17,4 (NS)	17,1 (NS)	10,7 (NS)	_
20 000 \$ to 29 999 \$ (n=1 496)	34,4 (NS)	28,7 (NS)	15,8 (NS)	13,7 (NS)	7,3 (NS)	_
30 000 \$ to 49 999 \$ (n=1 185)	37,7 (NS)	29,9 (NS)	12,8 (NS)	12,9 (NS)	5,7 (NS)	_
50 000 \$ to 79 999 \$ (n=313)	46,9 (NS)	26,9 (NS)	12,3 (NS)	9,1 (NS)	-	-
80 000 \$ et plus (n=40)	-	-	-	=	-	-

Suite à la page suivante

Suite

	Temps auquel remonte les derniers soins dentaires reçus					
	Moins de	Entre 6	Entre 1 et 2	Entre 2 et 5	Plus de 5	Jamais
	6 mois	mois et 1 an	ans	ans	ans	
Revenu du ménage***						
Moins de 10 000 \$** (n=2 622)	27,0	21,7	18,5	21,1	10,8	-
10 000 \$ et 14 999 \$ (n=1 297)	28,0	24,1	28,2	7,6	10,9	_
15 000 \$ à 19 999 \$ (n=895)	26,2	28,1	13,9	16,7	14,6	-
20 000 \$ à 29 999 \$ (n=1 496)	34,1	26,7	15,1	13,9	9,2	-
30 000 \$ à 49 999 \$ (n=1 185)	36,7	25,7	15,0	15,9	6,5	-
50 000 \$ à 79 999 \$ (n=313)	35,6	32,2	16,3	10,2	4,6	-
80 000 \$ et plus (n=40)	37,9	33,1	10,5	13,1	-	-
Taille de la communauté****						
Petite (<300), n=1 300	28,2	25,8	23,9	12,7	8,9	_
Moyenne (300-1 499), n=5 821	32,2 (NS)	28,1 (NS)	15,2	13,8 (NS)	9,7 (NS)	0,9 (NS)
Grande (1 500+), n=3 334	32,5 (NS)	26,2 (NS)	17,1 (NS)	13,0 (NS)	10,7 (NS)	-
Isolement de la communauté****						
Non isolée (n=7 743)	33,6	28,7	15,5	12,1	9,3	0,8
Éloignée (n=339)	27,1 (NS)	31,0 (NS)	20,5 (NS)	15,8 (NS)	<u>-</u>	_
Isolée (n=1 187)	25,4 (NS)	19,0	21,6 (NS)	20,0	13,3 (NS)	-
Semi isolée (n=779)	31,6 (NS)	25,9 (NS)	18,6 (NS)	12,4 (NS)	10,8 (NS)	-
État du transfert en santé*****						
Non transférée (n=6 123)	33,4	26,1	16,3	13,5	10,2	0,5
Transférée (n=3 014)	30,5 (NS)	29,3 (NS)	17,1 (NS)	12,2 (NS)	9,6 (NS)	-
Transfert multicommunautaire (n=1 279)	28,1 (NS)	28,3 (NS)	18,2 (NS)	15,3 (NS)	9,5 (NS)	-

^{*}Inclut toutes les sources de revenu personnel du répondant, avant déduction, pour l'année se terminant le 31 décembre 2001

Source des données : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-03, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations – Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone.

^{**}Inclut « pas de revenu » et « perte de revenu »

^{***}Revenu total du ménage provenant de toutes les sources, pour tous les membres du ménage, incluant le répondant avant déduction, pour l'année se terminant le 31 décembre 2001

^{****}La taille de la population vivant sur la communauté où réside le répondant selon les chiffres ajustés du Régistre des Indiens de 2002 pour la population vivant sur réserve ou sur les terres de la couronne associées à la bande. Les chiffres ont été ajustés pour palier la sous déclaration et le retard de déclaration des naissances et des décès.

^{*****}Le degré d'isolement de la communauté où réside le répondant selon les données datant de 2002 de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI, Santé Canada). Éloignée-isolée : Sans vols réguliers; isolée : vols réguliers, ligne téléphonique fiable, pas d'accès par la route; semi isolée : accès par la route à un médecin à plus de 90km; non isolée : accès par la route à un médecin à moins de 90km.

^{******}L'état du transfert en santé de la communauté où le répondant réside. Les données datent du mois d'août 2002 et proviennent de la DGSPNI, Santé Canada. Les services primaires, secondaires et tertiaires sont combinés. Non transférée : la communauté ne participe pas à une entent de transfert en santé; communauté transférée : la communauté a la responsabilité des services primaires et/ou secondaires et/ou tertiaires de santé; multicommunautaire : la communauté fait partie d'une entente multicommunautaire sur les services de santé pour les services primaires et/ou secondaires et/ou tertiaire.

Tableau2 : Facteurs associées au manque de soins dentaires dans l'année précédente chez les Premières

Nations et les Inuits âgés de 18 ans et plus

Facteur de risque ou indicateur		Manque de soins dentaires dans l'année précédente			
i deteur de risque ou maienteur	Total n	% pondéré			
Groupes d'âge (ans)	10001	, o pondere			
18-29	3 231	36,6 %			
30-39	2 764	37,0 % (NS)			
40-49	2 187	39,1 % (NS)			
50-59	1 189	44,2 % (NS)			
60+	1 050	60,2 %			
Sexe					
Masculin	4 736	46,4 %			
Féminin	5 719	35,2 %			
Degré de scolarité					
Sans diplôme d'études secondaires	5 552	45,5 %			
Diplôme d'études secondaires	1 942	38,5 % (NS)			
Diplôme d'un collège communautaire/		, , ,			
collégial (Québec) /d'école de commerce / technique ou	2 332	34,2 %			
professionnel		•			
Baccalauréat	463	35,0 % (NS)			
Diplôme d'études supérieures	52	-			
Statut d'emploi					
Sans emploi	5 514	45,9 %			
Temps partiel	718	37,6 % (NS)			
Temps plein	4 078	34,7 %			
Groupe d'indicateur d'autodétermination**		,			
Très faible	2 646	43,1 %			
Faible	12	-			
Légèrement faible	77	37,6 % (NS)			
Neutre	828	45,4 % (NS)			
Légèrement élevé	2 633	45,2 % (NS)			
Élevé	2 852	38,1 % (NS)			
Très élevé	1 407	32,1 % (NS)			
État de santé rapporté	1 1 1 1	- , , , , (0)			
Excellent	1 391	33,6 %			
Très bon	2 843	35,0 % (NS)			
Bon	4 010	41,9 % (NS)			
Passable	1 686	51,0 %			
Mauvais	430	48,9 %			
Handicaps et limitation des activités à la maisont***					
Oui, souvent	632	50,6 %			
Oui, quelquefois	1 250	43,6 % (NS)			
Non	8 412	39,7 %			
Isolement de la communauté****	3 .12	,,,,			
Non isolée	7 743	37,7 %			
Éloignée	339	41,9 % (NS)			
Isolée	1 187	55,6 %			
Semi isolée	779	42,5 % (NS)			

Note: *Significatif à p≤0.001 en utilisant le test du Chi-carré. **Somme du score d'autodétermination provenant de sept questions à cinq choix de réponses sur une échelle de Likert allant de « fortement en accord = 2 » à « fortement en désaccord = -2 » ***Limitation des activités dues à un problème physique ou mental. Les résultats concernent les limitations à la maison. Cependant, les résultats étaient aussi significatifs pour les limitation au travail et dans les loisirs ou les déplacements. **** Le degré d'isolement de la communauté où réside le répondan selon les données datant de 2002 de Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI, Santé Canada). Éloignée isolée : Sans vols réguliers; isolée réguliers, ligne téléphonique fiable d'accès par la route; semi isolée : ac par la route à un médecin à plus de 90km; non isolée : accès par la rout un médecin à moins de 90km. Source des données : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-03. Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations – Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone.

<u>Tableau 3 : Obstacles pour accéder aux soins dentaires selon les caractéristiques des répondants et les caractéristiques des communautés</u>

SOINS DENTAIRES	Liste d'attente trop longue	Pas couvert par les SSNA	Pas les moyens de payer	Non disponible	Pré autorisation refusée par les SSNA	Coûts directs des soins	Sentait que le service était inadéquat	Coûts de transports	Coûts de service de garde	Autres coûts
Nombre total	10,441	10,112	10,307	10,549	10,018	10,177	10,095	10,324	10,251	10,060
% pondéré déclarant un	20,8	17,6	16,9	15,1	14,3	12,5	12,1	11,1	6,2	4,9
obstacle										
Groupes d'âge										
18 à 29 ans	21,4	13,2	13,5	16,9	9,0	9,0	7,8	10,6	7,4	4,0
30 à 39 ans	22,5 (NS)	20,0	18,1 (NS)	15,7 (NS)	16,2	14,1 (NS)	14,7	11,7 (NS)	8,1 (NS)	5,4 (NS)
40 à 49 ans	21,7 (NS)	23,0	20,2	14,2 (NS)	19,0	15,5	15,7	11,5 (NS)	6,1 (NS)	5,0 (NS)
50 à 59 ans	20,8 (NS)	20,2 (NS)	21,3 (NS)	13,2 (NS)	19,3	14,9 (NS)	14,3	13,1 (NS)	3,7 (NS)	6,7 (NS)
60 ans et plus	12,8 (NS)	12,0 (NS)	13,1 (NS)	12,8 (NS)	10,5 (NS)	9,9 (NS)	9,3 (NS)	8,3 (NS)	1,2 (NS)	-
Sexe										
Masculin	19,2	15,5	15,4	13,6	12,6	12,0	11,0	9,8	4,4	4,4
Féminin	22,3 (NS)	19,8	18,5 (NS)	16,7 (NS)	16,2 (NS)	13,0 (NS)	13,2 (NS)	12,5 (NS)	8,1	5,4 (NS)
Degré de scolarité										
Sans diplôme d'études										
secondaires	22,2	14,6	16,2	17,6	12,7	11,9	12,4	12,5	6,5	5,8
Diplôme d'études secondaires	19,0 (NS)	16,3 (NS)	14,5 (NS)	12,1 (NS)	12,6 (NS)	11,1 (NS)	9,6 (NS)	10,4 (NS)	7,2 (NS)	3,5 (NS)
Diplôme d'un collège										
communautaire/	20 0 010)	22.0	20 0 0 10)	10 0 010)	10.0	1.4.0.010)	1.4.2. (2.10)	0.0 (210)	5.5.010)	4.0 (2.10)
collégial (Québec) /d'école de commerce / technique ou	20,0 (NS)	23,9	20,8 (NS)	13,9 (NS)	18,9	14,8 (NS)	14,3 (NS)	9,9 (NS)	5,5 (NS)	4,2 (NS)
professionnel										
Baccalauréat	18,2 (NS)	24,4	16,1 (NS)	9,7 (NS)	15,2 (NS)	13,0 (NS)	9,3 (NS)	7,4 (NS)	_	_
Diplôme d'études supérieures	-	, .	-	-	-	-	-	-	_	_
Revenu*										
Moins de 10 000 \$**	21,9	16,4	18,9	16,5	13,6	14,3	12,0	15,2	7,7	6,5
10 000 \$ et 14 999 \$	19,7 (NS)	16,3 (NS)	20,1 (NS)	14,8 (NS)	13,8 (NS)	13,8 (NS)	13,9 (NS)	14,1 (NS)	8,4 (NS)	5,9 (NS)
15 000 \$ à 19 999 \$	16,2 (NS)	15,0 (NS)	12,9 (NS)	12,3 (NS)	11,7 (NS)	9,3 (NS)	12,6 (NS)	10,1 (NS)	5,4 (NS)	3,8 (NS)
20 000 \$ à 29 999 \$	24,5 (NS)	18,8 (NS)	16,9 (NS)	14,2 (NS)	16,0 (NS)	13,5 (NS)	11,5 (NS)	9,1 (NS)	4,4 (NS)	2,9
30 000 \$ à 49 999 \$	19,6 (NS)	23,1 (NS)	14,4 (NS)	15,6 (NS)	16,5 (NS)	11,6 (NS)	13,1 (NS)	6,6	5,7 (NS)	4,6 (NS)
50 000 \$ à 79 999 \$	21,4 (NS)	26,3 (NS)	12,7 (NS)	11,1 (NS)	18,9 (NS)	9,6 (NS)	19,8 (NS)	_	-	-
80 000 \$ et plus	-	-		-	-	-	-	-	_	-

Suite à la page suivante

Suite

SOINS DENTAIRES	Liste d'attente trop longue	Pas couvert par les SSNA	Pas les moyens de payer	Non disponible	Pré autorisation refusée par les SSNA	Coûts directs des soins	Sentait que le service était inadéquat	Coûts de transports	Coûts de service de garde	Autres coûts
Revenu du ménage***										
Moins de 10 000 \$**	20,8	20,2	23,0	20,1 (NS)	20,0	17,1	18,8	20,1	12,3	8,9
10 000 \$ et 14 999 \$	20,3 (NS)	17,3 (NS)	22,1 (NS)	14,2 (NS)	14,8 (NS)	14,9 (NS)	12,1 (NS)	16,0 (NS)	7,1 (NS)	6,1 (NS)
15 000 \$ à 19 999 \$	20,9 (NS)	19,6 (NS)	20,6 (NS)	14,4 (NS)	19,3 (NS)	16,4 (NS)	16,4 (NS)	14,2 (NS)	6,8 (NS)	-
20 000 \$ à 29 999 \$	21,5 (NS)	17,6 (NS)	17,6 (NS)	14,1 (NS)	13,2 (NS)	11,3 (NS)	12,8 (NS)	11,8 (NS)	6,5 (NS)	5,0 (NS)
30 000 \$ à 49 999 \$	21,2 (NS)	16,1 (NS)	11,3	12,6 (NS)	10,8 (NS)	9,2 (NS)	12,0 (NS)	7,0	4,8	1,9
50 000 \$ à 79 999 \$	18,1 (NS)	21,6 (NS)	14,2 (NS)	13,3 (NS)	19,2 (NS)	13,3 (NS)	14,1 (NS)	6,2	5,4 (NS)	-
80 000 \$ et plus	21,7 (NS)	17,9 (NS)	6,5	10,6 (NS)	11,6 (NS)	-	11,2 (NS)	8,1 (NS)	-	-90
Taille de la communautée****										
Petite (<300)	27,5	27,7	32,2	22,7	19,4	24,0	19,8	20,8	9,6	7,5
Moyenne (300-1 499)	18,5	16,7	16,3	14,9 (NS)	13,6 (NS)	12,5	12,9	11,9	6,3 (NS)	5,0 (NS)
Grande (1 500+)	22,5 (NS)	16,4	13,7	13,5 (NS)	14,3 (NS)	9,3	8,7	7,2	5,2 (NS)	3,9 (NS)
Isolement de la communauté****										
Non isolée	44,3	13,8	30,6	45,4	10,2	22,3	26,5	31,6	10,6	-
Éloignée	40,1 (NS)	12,1 (NS)	12,4 (NS)	21,2	10,1 (NS)	8,9 (NS)	10,6 (NS)	11,2 (NS)	8,0 (NS)	5,3 (NS)
Isolée	35,6 (NS)	23,5 (NS)	24,8 (NS)	35,0 (NS)	20,1 (NS)	16,9 (NS)	20,1 (NS)	19,0 (NS)	12,4 (NS)	10,9 (NS)
Semi isolée	14,4	18,3 (NS)	16,4 (NS)	10,8	14,6 (NS)	12,2 (NS)	10,6	9,3	4,8 (NS)	3,5
État du transfert en santé										
Non transférée	19,8	19,3	18,1	14,7	15,5	12,3	12,0	10,1	5,3	4,3
Transférée	18,1 (NS)	13,8 (NS)	10,9	11,7 (NS)	11,0 (NS)	10,2 (NS)	8,6 (NS)	8,4 (NS)	5,8 (NS)	3,7 (NS)
Transfert	30,9	17,6 (NS)	23,4 (NS)	24,5	15,9 (NS)	18,0 (NS)	19,6 (NS)	21,6	11,4	10,0
multicommunautaire					. ,					

Note: Les répondants peuvent avoir donné plus d'un obstacle pour accéder aux soins dentiares

Source des données : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-03, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations – Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone

^{*} Inclut toutes les sources de revenu personnel du répondant, avant déduction, pour l'année se terminant le 31 décembre 2001

^{**} Inclut « pas de revenu » et « perte de revenu »

^{***} Revenu total du ménage provenant de toutes les sources, pour tous les membres du ménage, incluant le répondant avant déduction, pour l'année se terminant le 31 décembre 2001

^{****} La taille de la population vivant sur la communauté où réside le répondant selon les chiffres ajustés du Régistre des Indiens de 2002 pour la population vivant sur réserve ou sur les terres de la couronne associées à la bande. Les chiffres ont été ajustés pour palier la sous déclaration et le retard de déclaration des naissances.

^{****}Le degré d'isolement de la communauté où réside le répondant selon les données datant de 2002 de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI, Santé Canada). Éloignée-isolée : Sans vols réguliers; isolée : vols réguliers, ligne téléphonique fiable, pas d'accès par la route; semi isolée : accès par la route à un médecin à plus de 90km; non isolée : accès par la route à un médecin à moins de 90km.

^{******}L'état du transfert en santé de la communauté où le répondant réside. Les données datent du mois d'août 2002 et proviennent de la DGSPNI, Santé Canada. Les services primaires, secondaires et tertiaires sont combinés. Non transférée : la communauté ne participe pas à une entent de transfert en santé; communauté transférée : la communauté a la responsabilité des services primaires et/ou secondaires et/ou tertiaires de santé; multicommunautaire : la communauté fait partie d'une entente multicommunautaire sur les services de santé pour les services primaires et/ou secondaires et/ou tertiaire.

<u>Table 4: Traitements dentaires nécessaires* rapportés par les adultes participant à l'ERS 2002-03 et à l'ERS1997, ²</u>

Type de traitement dentaire nécessaire	ERS 1997 ² n=9 870 % pondéré	ERS 2002-03 n=10 262 % pondéré	Hausse	ERS 2002-03 Considèrent avoir mois accès aux soins de santé que les autres Canadiens** % pondéré	ERS 2002-03 Difficultés d'accès aux SSNA pour les soins dentaires % pondéré
Plombage ou restauration (ex : couronne ou pont)	15,4	36,9	2,4×	44,2	27,4
Entretien (ex : examen ou nettoyage)	8,5	48,4	5,7×	35,9	21,1
Extraction d'une dent	5,2	12,4	2,4×	41,5	31,8
Traitement au fluore	***	13,8		42,4	30,9
Traitement péridontale	0,4	5,6	14,0×	45,3	42,1
Prothèse (ex. : dentier, incluant l'entretien ou les réparations)	5,4	14,0	2,6×	40,2	30,8
Traitement d'orthodontie (broches)	***	3,6		38,6	36,1
Urgence (rage de dent ou tout autre problème nécessitant une intervention immédiate)	0,2	5,5	27,5×	55,7	45,5

^{*}Plus d'un traitement accepté. Inclut la perception du niveau d'accès aux soins de santé en comparaison aux autres Canadiens et la difficulté à accéder aux soins dentaires fournies par le programme des Soins de

^{*}Plus d'un traitement accepte. Incluit la perception du niveau d'acces aux soins de santé en assurés (SSNA) de Santé Canada pour les Premières Nations et les Inuit statués.

**Évaluation de l'accès aux soins de santé en comparaison aux autres Canadiens (moins accès vs, meilleur ou même niveau d'accès)

***Information non disponible dans l'ERS 1997,

***Osurce des données : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-03, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations — Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone

Chapitre 8

Activité physique, indice de masse corporelle et nutrition

Résumé

L'activité physique réduit le risque de maladies et de problèmes chroniques. Lorsqu'elle est associée à une saine alimentation, elle contribue également au maintien d'un poids santé. Ce chapitre étudie l'influence de l'activité physique et de l'alimentation sur la masse corporelle dans la population adulte des Premières Nations.

Un cinquième des adultes des Premières Nations sont physiquement actifs au moins 30 minutes la plupart des jours de la semaine. La marche, la pêche, et la cueillette de petits fruits sont les activités les plus souvent mentionnées. Le tiers des répondants affirment que leur alimentation est toujours ou presque toujours équilibrée, et plus de la moitié déclarent qu'ils consomment souvent des aliments traditionnels riches en protéines. L'activité physique et l'alimentation influencent d'autres habitudes de vie. Des liens ont été observés entre l'activité physique et le soutien social, ainsi qu'entre l'alimentation et les tendances suicidaires, les progrès réalisés par la personne dans sa communauté et l'équilibre entre les aspects physiques, affectifs, mentaux et spirituels de l'existence. Un quart des adultes disent avoir un poids santé, alors qu'un tiers ont un excès de poids. Environ le tiers sont obèses. L'obésité révèle un moins bon état général de santé et une plus forte prévalence de problèmes chroniques.

Des stratégies en matière d'activité physique et d'alimentation sont nécessaires pour influencer les autres composantes des systèmes de santé holistiques et pour s'adresser à différentes populations avec des méthodes culturellement adaptées. L'ERS doit être répétée périodiquement pour évaluer l'efficacité de ces stratégies au fil du temps.

Introduction

Le rôle de l'activité physique régulière dans la prévention de plusieurs maladies chroniques et problèmes de santé, notamment les maladies coronariennes, l'hypertension, l'obésité, le diabète de type II, l'ostéoporose, certains cancers localisés (comme le cancer du colon) et les limitations fonctionnelles reliées à l'âge est reconnu. L'activité physique joue aussi un rôle important dans le maintien de la santé mentale. Par exemple, l'augmentation des activités physiques est un facteur de réduction de l'anxiété, de la dépression et de la tension, et cela influence positivement l'état émotif des jeunes comme des personnes plus âgées.² Selon des données sur les taux d'activités physiques au Canada recueillies au cours des 20 dernières années, la population adulte en général fait plus d'activités physiques durant ses loisirs.³ Malgré cette tendance, l'activité physique demeure toujours un problème de santé publique, particulièrement chez les femmes, les adultes plus âgés et les groupes à faible revenu.⁴ Étant donné l'augmentation parallèle de l'indice de masse corporelle au cours de ces mêmes années^{5,6}, il semble que les Canadiens aient un bilan énergétique positif net (absorption de calories supérieure à la dépense calorique due aux activités), ce qui entraîne des problèmes d'excès pondéral et d'obésité. Le métabolisme, des facteurs génétiques^{7,8}, l'environnement ainsi que des comportements modifiables, comme l'alimentation l'activité physique, influent sur ce bilan.

Malheureusement, ce déséquilibre a entraîné des taux croissants de surpoids et d'obésité chez les adultes au Canada. 9 Cette situation peut résulter d'une dépense d'énergie moindre en raison de techniques améliorées et d'un environnement de banlieue qui privilégie les véhicules automobiles¹⁰, mais aussi d'une consommation excessive ou d'aliments à l'apport calorique non équilibré venant remplacer les aliments nutritionnels qu'on consommait davantage dans le passé. 11 Dans certaines communautés des Premières Nations du Canada, des activités de subsistance autochtones traditionnelles (par exemple, la chasse, la trappe, la pêche, la cueillette) sont demeurées des activités primaires jusque dans les années 1960. Après cette date, le fait de moins dépendre des aliments traditionnels et de dépendre davantage des subsides du gouvernement a entraîné une diminution de la participation aux activités physiques traditionnelles. En outre, les aliments du commerce sont devenus la norme comme source d'approvisionnement alimentaire. 12 Bien que les données sur la nutrition des peuples autochtones soient limitées, les données existantes sur la population en général indiquent que la consommation de fruits et légumes est associée négativement au surplus de poids et que la consommation totale d'énergie augmente chez les Canadiens en raison de la consommation d'hydrates de carbone (particulièrement les boissons gazeuses). 13

Malgré le manque de données sur l'apport et la dépense énergétiques chez les peuples des Premières Nations, il y a tout lieu de croire que l'analyse précédente de ces facteurs, qui s'appliquent à la population canadienne en général, s'appliquerait aussi aux peuples autochtones. Des études concluent que l'alimentation traditionnelle et l'activité physique sont associées à une prévalence réduite d'obésité comparativement à un style de vie non traditionnel. Cela suggère qu'un style de vie qui reflète les modes de vie traditionnels peut aider à réduire l'obésité, ainsi que d'autres maladies comme les maladies cardiovasculaires et le diabète de type II. 14,15

Certaines maladies chroniques sont associées à l'obésité et au surpoids. Les maladies non transmissibles ou les maladies chroniques sont la principale cause de décès, représentant 59 % des décès dans le monde entier. ¹⁶ Trois facteurs préventifs (alimentation, activité physique, non-tabagisme) jouent un rôle important dans la réduction des maladies chroniques. ¹⁷ Ces facteurs sont modifiables dans le sens qu'une personne exerce un contrôle sur eux. Par conséquent, l'adoption de ces facteurs préventifs permet de réduire les risques de développer une maladie chronique. Cela est significatif puisqu'au moins un des facteurs de risque suivants est le lot de 8 Canadiens sur 10 : tabagisme, inactivité physique, surpoids, hypertension, diabète. ¹⁸

Les données indiquent que les Canadiens de descendance autochtone affichent de façon constante des taux d'obésité plus élevés que la population canadienne en général. ^{19,20,21} Cela est particulièrement vrai pour les femmes des Premières Nations, qui sont plus susceptibles que les autres femmes canadiennes de rapporter des maladies chroniques associées au surpoids, comme des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux. ²²

Le présent chapitre examine l'activité physique et les aspects de la nutrition en rapport à la masse corporelle chez les adultes des Premières Nations. On y présente aussi des recommandations visant l'élaboration de stratégies personnelles et nationales de mode de vie sain pour orienter les peuples des Premières Nations ainsi que les décideurs des communautés des Premières Nations et les responsables des politiques.

Conception générale

Il est important pour les Premières Nations d'étudier les questions de santé d'un point de vue diversifié et holistique qui tienne compte des points suivants : aspects individuels (sensibilisation, attitudes, comportements); facteurs sociaux (soutien social, de la famille, des amis et des pairs); facteurs environnementaux (environnement physique, géographie, accessibilité); facteurs sociétaux (culture, communauté); facteurs reliés aux politiques (à l'échelle de l'administration locale de la bande). Ensemble, tous ces facteurs interviennent, ou s'harmonisent, pour modifier un comportement donné. Cette démarche polyvalente, qu'on retrouve dans les documents scientifiques depuis les cinq ou dix dernières années, ressemble au cadre culturel présenté

dans le présent rapport technique. Comme on l'explique en détail dans le chapitre d'introduction du présent rapport, le cadre culturel des Premières Nations englobe la « personne totale » et l'« environnement total ». Ce cadre comprend le bien-être spirituel, émotionnel, mental et physique de la personne, ses valeurs culturelles, ses croyances, son identité et ses façons de procéder, sa communauté et sa relation à l'environnement physique ainsi que sa relation avec sa famille. Autrement dit, le présent chapitre décrit les normes en matière d'activité physique, de nutrition et d'indice de masse corporelle chez les Premières Nations. Il lie ensuite ces aspects aux qualités qui se rapportent à un cadre culturel élargi propre aux Premières Nations.

Résultats

Activité physique

La marche fait partie des activités physiques que les adultes des Premières Nations ont pratiquées le plus souvent au cours de l'année précédant l'enquête (89,8 %)ⁱ, suivie de la pêche (42,8 %), de la cueillette de petits fruits et d'autres aliments (38,1 %), de la nage (37,7 %), de la bicyclette (35,0 %) et de la chasse ou de la trappe (31,9 %). Environ un adulte sur quatre dit faire de la course ou du jogging (28,3 %), des poids ou de l'équipement d'exercice (27,9 %), de la danse (27,1 %), des sports de compétition, en groupe ou en équipe (26,4 %) et de la randonnée (24,2 %).

On constate des différences selon le sexe pour certaines activités physiques. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de faire de la marche, de la cueillette de petits fruits et d'autres aliments, de la danse et des cours d'aérobie ou d'exercices physiquesⁱⁱ. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de participer à la plupart des autres activités, notamment la pêche, la chasse, la bicyclette, les poids, la course, les sports d'équipe (comme le base-ball, le hockey, ou la crosse), la randonnée, le patin à roues alignées, le golf, le patin à glace, le canotage, les raquettes, le ski, les arts martiaux et la planche à roulettes. Le tableau 1 résume les différences selon le sexe dans les activités physiques rapportées.

Tableau 1. Prévalence des activités physiques, dans l'ensemble et selon le sexe (n=10 712)

Rang	Activité	Total	Hommes	Femmes
1	Marche	89,8 %	88,0 %	91,7 %
2	Pêche	42,8	56,2	28,7
3	Cueillette de petits fruits et d'autres aliments	38,1	31,9	44,6
4	Nage (NS)	37,7	35,8	39,8
5	Bicyclette	35,0	41,5	28,3
6	Chasse ou trappe	31,9	49,2	13,8
7	Course	28,3	37,0	19,1
8	Poids ou équipement d'exercice	27,9	37,8	17,6
9	Danse	27,1	21,2	33,3
10	Sports de compétition	26,4	35,0	17,3
11	Randonnée	24,2	31,7	16,3
12	Golf	17,3	24,2	10,0
13	Patin à glace	16,2	23,3	8,7
14	Canot	14,5	19,0	9,7
15	Quilles (NS)	13,4	13,2	13,6
16	Cours d'aérobie ou d'exercices physiques	8,9	5,5	12,4
17	Patin à roues alignées	5,6	7,9	3,2
18	Raquettes	5,4	8,4	2,2
19	Ski	4,6	6,0	3,1
20	Arts martiaux	2,6	3,4	1,8
21	Planche à roulettes	1,7	2,9	0,5

Quel que soit l'âge, la marche est l'activité physique la plus souvent indiquée. Bien que les taux concernant des activités comme la marche, la pêche, la chasse et la trappe, les cours d'aérobie ou d'exercices physiques, la raquette, la planche à roulettes et la cueillette de petits fruits et d'autres aliments ne présentent pas de différences selon l'âge, la participation à des activités physiques est généralement moins forte dans les groupes d'âge plus élevé. Le tableau 2 résume les différences selon l'âge dans la participation aux activités physiques.

 $^{^{\}rm i}$ Pour simplifier le texte, les intervalles de confiance ne sont pas indiqués pour les estimations à moins que le coefficient de variation soit supérieur à 33,3 %.

[&]quot;Les comparaisons entre les groupes ou les catégories sont statistiquement significatives, sauf où «NS» – non significatif – est indiqué. Dans le présent chapitre, les différences sont considérées comme étant significatives lorsque les intervalles de confiance ne dépassent pas le niveau de confiance de 95 % (après un aiustement de Bonferroni).

Tableau 2. Prévalence des activités physiques, selon l'âge* (n=10 678)

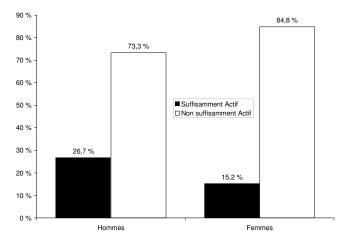
(n=10 6/8)	Groupe d'âge					
Activité	18-29	30-39	40-49	50-59	60 et plus	
Marche	90,8 %	89,9 %	89,5 %	91,1 %	85,4 %	
Pêche	45,3	44,6 (NS)	45,5 (NS)	38,7 (NS)	30,4	
Cueillette de petits fruits et d'autres aliments	31,6	39,0	44,8	39,4(NS)	40,8 (NS)	
Nage	51,5	43,2	31,8	23,9	10,8	
Bicyclette	52,9	38,7	25,5	14,5	14,3	
Chasse, trappe	33,0	32,6 (NS)	34,1 (NS)	30,5 (NS)	24,9	
Course	45,5	27,2	22,4	12,3	7,9	
Poids ou équipement d'exercice	41,6	27,1	22,3	15,7	12,2	
Danse	35,0	27,0	26,3	21,7	10,8	
Sports de compétition ou en groupe	45,9	28,5	16,2	6,1	-	
Randonnée	26,9	24,6 (NS)	28,9 (NS)	17,7	13,9	
Golf	24,3	17,7 (NS)	15,6 (NS)	11,0	-	
Patin à glace	25,5	18,8 (NS)	11,6	4,6	-	
Canot	17,4	12,5	16,4 (NS)	12,4 (NS)	9,3	
Quilles	19,5	12,6	11,7	8,1	6,1	
Classes d'aérobie ou d'exercices physiques	11,5	7,8 (NS)	8,2 (NS)	7,5 (NS)	- (NS)	
Patin à roues alignées, patinage en ligne	12,5	4,3	-	-	-	
Raquettes	4,9	4,5 (NS)	7,8 (NS)	6,2 (NS)	3,5 (NS)	
Ski	7,7	4,3	4,1 (NS)	-	-	
Arts martiaux	3,8	2,7 (NS)	2,3 (NS)	- (NS)	- (NS)	
Planche à roulettes	3,9	_	_	_	-	

Données supprimées en raison de la taille insuffisante de l'échantillon.

Les lignes directrices sur la fréquence et l'intensité recommandées des activités physiques et de l'exercice ont évolué avec le temps. Les lignes directrices généralement reconnues^{23,24} exigent l'inclusion de la fréquence, de l'intensité et de la durée dans le calcul, et recommandent habituellement un minimum de 30 minutes d'activités modérées ou intenses presque tous les jours. Selon l'ERS, le critère pour définir une activité suffisante consiste à rapporter au moins 30 minutes d'activités modérées ou intenses (que l'enquête définit comme une activité physique « ...qui entraîne l'accélération du rythme cardiaque et de la respiration ») pendant 4 jours ou plus dans la semaine. D'après ce critère, 21,3 % des adultes des Premières Nations font assez d'activités physiques pour se conformer à ces lignes directrices (Voir la Figure 1). Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de rapporter des activités

suffisantes pour se conformer à ces lignes directrices (26,7% des hommes contre 15,2% des femmes). Ces différences selon le sexe sont les plus apparentes chez les adultes plus jeunes et les adultes âgés de 60 ans et plus.

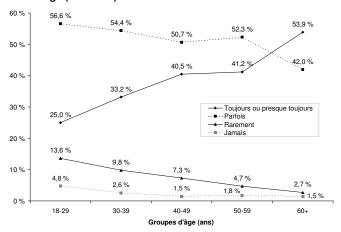
Figure 1. Proportion des adultes dont les activités sont suffisantes, selon le sexe (n=7 470)



Nutrition

Au moins le tiers des adultes des Premières Nations rapporte que son alimentation est toujours ou presque toujours nutritive et équilibrée (35,4 %), alors que c'est le cas « parfois » pour seulement 52,7 % d'entre eux. Les autres 11,9 % rapportent avoir « rarement » (9,1 %) ou « jamais » (2,8 %) une alimentation nutritive et équilibrée. La proportion des adultes qui rapportent avoir « toujours » ou « presque toujours » une alimentation nutritive et équilibrée augmente généralement avec l'âge (voir la Figure 2).

Figure 2. Proportion d'adultes ayant une alimentation saine, selon l'âge (n=10 714)



Pour ce qui est de l'apport alimentaire, 50,0 % des adultes boivent du café ou du thé plusieurs fois par jour; 19,2 %, une fois par jour; 14,3 %, quelques fois par semaine. En outre, 17,8 % indiquent boire des boissons gazeuses plusieurs fois par jour; 14,7 %, une fois par jour; 33,0 %, quelques fois par

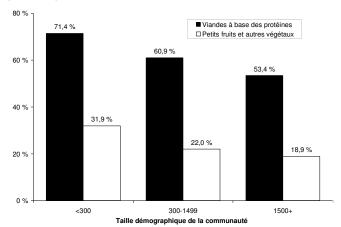
 ^{*}Différence significative par rapport aux 18-29 ans

semaine. En ce qui concerne les aliments plus riches en calories, 3,6 % des adultes indiquent qu'ils consomment des repas-minute plusieurs fois par jour; 4,3 %, une fois par jour; 31,5 %, quelques fois par semaine; 34,9 %, une fois par semaine. En outre, 2,8 % des adultes disent manger des gâteaux, des tartes, des biscuits, des bonbons ou du chocolat plusieurs fois par jour, 5,8 %, une fois par jour, 29,6 %, quelques fois par semaine et 28,5 %, une fois par semaine. En outre, 4,2 % des personnes disent grignoter des frites ou des croustilles plusieurs fois par jour, 5,6 %, une fois par jour, 8,3 %, quelques fois par semaine et 30,9 %, une fois par semaine. Plus ou moins le tiers des adultes rapporte qu'il ajoute du sel (35,3 %) ou du sucre (37,1 %) à ses aliments plusieurs fois par jour.

Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de grignoter, de manger des aliments sucrés (comme des gâteaux, des tartes, des biscuits, des bonbons ou du chocolat), des frites, des croustilles ou des bretzels une fois par jour. De façon générale, les adultes plus jeunes sont plus susceptibles que les adultes plus âgés de boire des boissons gazeuses ou de manger des frites, des croustilles ou des bretzels.

Pour ce qui est de la consommation d'aliments traditionnels, 59.3 % des adultes rapportent qu'ils consomment souvent des aliments à base de protéines, comme du gibier ou du poisson, alors que 21,8 % disent consommer souvent des petits fruits et d'autres types de végétaux. De plus, deux adultes sur cinq (42,2 %) consomment souvent des aliments des Premières Nations, comme le pain frit, la bannique ou la soupe de maïs. On ne constate aucune différence selon le sexe, l'âge, le revenu ou l'éducation en ce qui concerne la consommation d'aliments traditionnels ou culturels. Les adultes vivant dans les petites communautés (< 300 résidents) sont plus susceptibles que les résidents vivant dans les communautés plus grandes (≥ 300 résidents) de consommer des aliments traditionnels à base de protéines (71,4 % pour les petites communautés contre 53,4 % - 60,9 % pour les communautés plus grandes); la même chose s'applique pour les petits fruits et les autres végétaux (31,9 % pour les petites communautés contre 18,9 % - 21,9 % pour les communautés plus grandes voir la figure 3).

Figure 3. Proportion des adultes qui consomment souvent des aliments traditionnels*, selon la taille de la communauté (n=10 962)

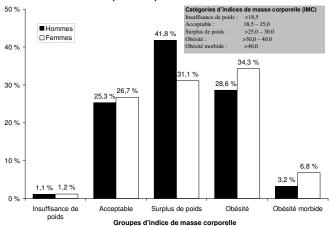


* Personnes qui disent consommer souvent des viandes traditionnelles ou du poisson

Indice de masse corporelle

Aux fins de ces analyses, l'indice de masse corporelle (IMC) est classifié selon les lignes directrices canadiennes.²⁵ Ces lignes directrices sur l'IMC sont une mise à jour de la classification canadienne de 1988, revue dernièrement par l'Agence de santé publique du Canada (anciennement Santé Canada) et une équipe d'experts en recherche à la suite des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé sur les normes internationales pour les adultes. Selon les lignes directrices canadiennes, 25,9 % des adultes des Premières Nations sont de poids normal et sont les moins à risque de développer des problèmes de santé (Figure 4). Toutefois, 37,0 % des adultes des Premières Nations ont un surplus de poids. Un autre 31,2 % est obèse et 4,8 % souffre d'obésité morbide, ce qui entraîne des niveaux de risque extrêmement élevés de développer des problèmes de santé. À des fins de comparaison, 49 % des Canadiens en général (âgés de 20 à 64 ans) ont un poids normal, 33 % ont un surplus de poids et 15 % sont obèses.²⁶

Figure 4. Distribution de l'indice de masse corporelle chez les adultes selon le sexe (n=8 998)



Dans l'ensemble, les hommes des Premières Nations sont plus susceptibles que les femmes de souffrir d'embonpoint (41,8 % des hommes contre 31,1 % des femmes). Cela est particulièrement vrai pour les adultes âgés de 18 à 29 ans (40,6 % des hommes contre 24,4 % des femmes) et les personnes de 40 à 49 ans (48,5 % des hommes contre 32,2 % des femmes). Toutefois, comme l'indique la figure 4, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'obésité (28,6 % des hommes contre 34,3 % des femmes) et d'obésité morbide (3,2 % des hommes contre 6,8 % des femmes).

De façon générale, les adultes plus jeunes (de 18 à 29 ans) sont moins susceptibles que les adultes de 30 ans et plus de souffrir d'obésité ou d'obésité morbide.

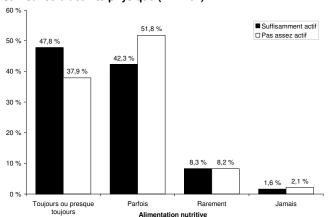
Relations entre l'activité physique, la nutrition et le poids corporel

Les adultes qui sont suffisamment actifs (47,8 %) sont plus susceptibles que les autres adultes (37,9 %) de toujours ou presque toujours avoir une alimentation nutritive et équilibrée. En outre, les adultes qui sont suffisamment actifs sont plus susceptibles que les autres adultes d'indiquer qu'ils consomment souvent des petits fruits et des végétaux sauvages.

Les adultes obèses sont plus susceptibles que les personnes ayant un poids acceptable de boire du café ou du thé plusieurs fois par jour, mais sont plus susceptibles de ne jamais ou presque jamais grignoter des frites, des croustilles, des bretzels ou du pain frit. Les personnes obèses sont plus susceptibles d'indiquer qu'elles n'ajoutent jamais ou presque jamais du sucre à leurs aliments comparativement aux personnes de poids normal.

Il existe une interrelation apparente entre l'alimentation, la masse corporelle et l'activité physique. Chez les personnes obèses, celles qui sont suffisamment actives sont plus susceptibles (58,2 %) que les personnes non suffisamment actives (33,8 %) de rapporter avoir toujours ou presque toujours une alimentation saine et équilibrée.

Figure 5. Proportion dont l'alimentation est nutritive, selon la suffisance d'activité physique (n=7 402)



Activité physique, nutrition et masse corporelle : une perspective du cadre culturel

La présente section examine les relations significatives de l'activité physique, de la nutrition et de la masse corporelle avec les éléments du cadre culturel indiqués dans le chapitre d'introduction. Le tableau 3 donne un aperçu de ces relations.

Tableau 3. Relations des indicateurs clés avec l'activité physique, l'alimentation et l'indice de masse corporelle (IMC)

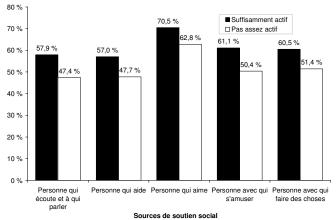
	Activité physique	Alimentation	IMC
Facteurs individuels			
Âge	•	~	~
Sexe	•	~	~
Taille de la communauté	X	•	X
Facteurs de santé			
État de santé général	•	~	~
Nombre de problèmes chroniques précis	X	x	•
Activité physique	s/o	~	X
Alimentation	•	s/o	X
IMC	X	X	s/o
Tabagisme	X	~	~
Alcool	~	X	X
Facteurs de santé mentale			
Équilibre avec 4 aspects	~	~	X
Idées de suicide	X	~	X
Facteurs sociétaux			
Essor de la communauté	X	~	X
Facteurs sociaux			
Soutien social	•	~	X

x aucune association observée

Les adultes qui satisfont au critère concernant l'activité suffisante sont plus susceptibles (21,9 %) que les personnes qui n'y satisfont pas (12,4 %) de se considérer en excellente santé et sont moins susceptibles d'avoir une mauvaise santé (1,4 % des personnes suffisamment actives disent avoir une mauvaise santé contre 4,4 % des personnes non suffisamment actives). En plus, les adultes qui sont suffisamment actifs sont plus susceptibles que les autres adultes de dire qu'ils reçoivent toujours un soutien social, comme on peut le voir à la figure 6.

x aucune association observ

Figure 6. Type de soutien social* reçu, selon la suffisance d'activité physique (n=7 339)



^{* %} rapportant une disponibilité tout le temps

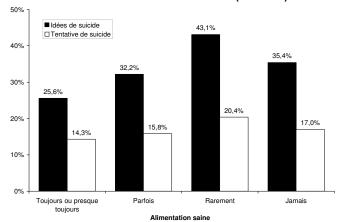
Les adultes « suffisamment actifs » sont aussi plus susceptibles de dire qu'ils consomment cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion, plus d'une fois par semaine. Les personnes suffisamment actives (40,1 %) sont plus susceptibles que les personnes qui ne le sont pas (32,7 %) de rapporter un grand équilibre au niveau de l'esprit, de l'âme, du cœur et du corps.

Les adultes dont l'alimentation est toujours ou presque toujours équilibrée sont plus susceptibles que les adultes dont l'alimentation est parfois ou rarement équilibrée d'indiquer un état de santé excellent (19,4 % des personnes qui disent « toujours » contre 10,4 % de celles qui disent « parfois » et 5,8 % des personnes qui disent « rarement »). La même situation prévaut pour les personnes qui rapportent un très bon état de santé. Près de deux adultes sur cinq (38,5 %) dont l'alimentation est toujours ou presque toujours nutritive fument tous les jours, contre 48,0 % des personnes dont l'alimentation est parfois nutritive, 57,1 % des personnes dont l'alimentation est rarement nutritive et 58,3 % des personnes dont l'alimentation n'est jamais équilibrée ou nutritive.

Les adultes dont l'alimentation est toujours ou presque toujours nutritive sont plus susceptibles d'indiquer qu'ils ont un soutien social que les personnes dont l'alimentation est rarement nutritive. En outre, les personnes dont l'alimentation est toujours ou presque toujours nutritive (42,6%) sont plus susceptibles d'atteindre un équilibre physique, émotif, mental et spirituel élevé que les personnes dont l'alimentation n'est jamais nutritive (21,5%), et elles sont moins susceptibles d'avoir des idées suicidaires (25,6% des personnes ayant une alimentation saine contre 43,1% des personnes dont l'alimentation est rarement saine). Bien que non significative, une situation semblable est constatée chez les personnes ayant tenté de se suicider: 14,3% des personnes ayant une bonne alimentation ont essayé de se

suicider, contre 20,4 % des personnes ayant rarement une bonne alimentation.

Figure 7. Proportion dont l'alimentation est saine, selon les tentatives de suicide et les idées de suicide* (n=10 146)



^{*} La relation entre alimentation saine et idées de suicide n'est pas significative.

En ce qui concerne la spiritualité, les personnes dont l'alimentation est toujours ou presque toujours saine (20,2 %) sont plus susceptibles que les personnes dont l'alimentation n'est jamais saine (7,0 %) de rapporter que leur communauté fait de bons progrès en matière de cérémonies traditionnelles.

Les adultes obèses sont moins susceptibles que les personnes dont le poids est acceptable d'indiquer que leur état de santé est excellent (9,2 % des personnes obèses contre 16,7 % des personnes dont le poids est acceptable), ainsi que moins susceptibles de rapporter un très bon état de santé (24,1 % contre 31,4 % respectivement). Toutefois, les adultes obèses sont plus susceptibles de dire que leur état de santé est passable (19,5 % des adultes obèses contre 11,3 % des adultes de poids normal). À l'exception de la situation concernant l'état de santé excellent, la même situation s'applique autant pour les adultes qui souffrent d'obésité morbide que pour les personnes qui sont obèses, par rapport aux adultes de poids normal. Les adultes souffrant d'obésité morbide sont aussi plus susceptibles de dire que leur état de santé est mauvais que les personnes dont le poids est acceptable (10,4 % des adultes souffrant d'obésité morbide contre 2,6 % des personnes de poids normal).

Les adultes obèses ou qui souffrent d'obésité morbide sont plus susceptibles que les adultes de poids normal de rapporter un problème de santé chronique ou plus (71,1 % des adultes souffrant d'obésité morbide et 65,7 % des adultes obèses, contre 43,1% des personnes dont le poids est acceptable). Cette situation est plus apparente lorsqu'il s'agit de problèmes musculo-squelettiques, respiratoires et cardiovasculaires, comme on peut le voir à la figure 8.

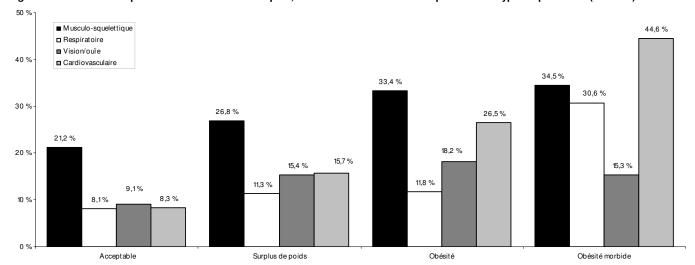


Figure 8. Prévalence de problèmes de santé chroniques, selon l'indice de masse corporelle et le type de problème (n=8 998)

Groupes d'indice de masse corporelle

Les adultes des Premières Nations obèses et souffrant d'obésité morbide sont moins susceptibles que les personnes dont le poids est acceptable de fumer tous les jours (39,5 % des personnes obèses et 34,0 % des personnes souffrant d'obésité morbide, contre 53,0 % des personnes dont le poids est acceptable). Il n'existe pas de différence entre les adultes dont la masse corporelle est différente en ce qui concerne le soutien social (défini comme le fait d'avoir quelqu'un à qui parler, à qui se confier, sur qui on peut compter lorsqu'on a besoin d'aide, quelqu'un qui démontre de l'amour et de l'affection, quelqu'un avec qui passer du bon temps ou quelqu'un pour nous conduire chez le médecin). De même, il n'existe aucune relation entre la masse corporelle et la perception des progrès accomplis par les Premières Nations en matière de contrôle des services de santé communautaires, la disponibilité des installations de loisirs ou des cérémonies traditionnelles pour les adultes.

Discussion et recommandations

La recherche indique que les adultes des Premières Nations hors réserve sont susceptibles de présenter un surplus de poids tout comme le reste de la population canadienne, mais qu'ils sont 1,8 fois plus susceptibles de souffrir d'obésité.²⁷ La conclusion selon laquelle les femmes des Premières Nations sont plus obèses et souffrent plus d'obésité morbide que la population en général est conforme aux conclusions d'autres recherches.²⁸ Les taux élevés de personnes obèses ou ayant un surplus de poids indiqués par l'ERS sont préoccupants parce que cela signifie que les adultes des Premières Nations courent des risques plus élevés de développer des problèmes de santé que les autres Canadiens. Pour les adultes, le tour de taille est un meilleur moyen que l'indice de masse corporelle seul pour prédire les risques pour la santé. Il est donc recommandé d'utiliser en combinaison l'indice de masse corporelle et le tour de taille

pour classifier les risques pour la santé reliés à l'obésité. ²⁹ Des stratégies d'alimentation et d'activités physiques font partie de la solution pour équilibrer l'apport et la dépense énergétiques. Ces stratégies doivent être adaptées à la culture. Par exemple, des stratégies sur l'alimentation doivent tenir compte de l'accès aux aliments traditionnels ou de leur pénurie. Les stratégies pour garder la forme doivent tenir compte des activités physiques qu'on peut pratiquer dans tous les aspects de la vie quotidienne (de la cueillette de petits fruits aux sports en passant par les cours d'éducation physique).

Bien que la population dans l'ensemble soit touchée, les activités physiques et une alimentation de piètre qualité prévalent davantage dans certains segments de la population que dans d'autres. En effet, certaines activités physiques sont plus populaires dans certains groupes de la population que dans d'autres, et ces différences doivent se refléter dans l'élaboration des stratégies. Par exemple, les hommes et les adultes plus jeunes ont plus tendance à participer à des sports d'équipe et à des activités plus intenses, alors que les femmes préfèrent les activités individuelles et modérées. La marche est toujours populaire chez les hommes et les femmes et dans tous les groupes d'âge. Cela correspond aux autres données nationales^{30,31} et on doit en tenir compte pour élaborer des politiques et des stratégies visant certains groupes. La relation entre l'activité physique et l'interaction sociale (quelqu'un avec qui on a du bon temps et quelqu'un avec qui on fait des choses agréables tout le temps) laisse entendre qu'on devrait favoriser les activités ayant une interaction sociale, comme les groupes de marche. Les réseaux sociaux axés sur des activités physiques qui intéressent les adultes des Premières Nations peuvent les inciter à adopter un style de vie plus sain.

Les données sur la nutrition recueillies par l'ERS correspondent aux données d'une autre étude canadienne sur la consommation d'aliments et les habitudes alimentaires des adultes et des adolescents. L'ERS et le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* ont tous deux constaté une grande consommation d'hydrates de carbones et de gras provenant d'« autres » aliments, notamment les boissons gazeuses sucrées, les desserts, les bonbons, les huiles et les pommes de terre. Dans l'étude du Guide alimentaire canadien, ces «autres » types d'aliments constituent la source principale d'énergie des jeunes et des adultes. On pourrait promouvoir une version adaptée du « Guide alimentaire » et y inclure des exemples d'aliments traditionnels et des suggestions sur la consommation (quantité) des « autres » aliments.

Les conclusions voulant que les adultes obèses et suffisamment actifs soient plus susceptibles de rapporter une alimentation nutritive et équilibrée par rapport aux adultes obèses et non suffisamment actifs sont étonnantes. On sait que ces données sont autodéclarées et comme telles, représentent les perceptions des répondants sur l'activité et l'alimentation. Toutefois, les conclusions laissent entendre que l'augmentation des activités peut s'avérer un moyen pour ce groupe à risque d'améliorer son alimentation et d'adopter un style de vie plus sain dans l'ensemble. D'autre part, cela pourrait aussi suggérer qu'une alimentation plus saine incite à pratiquer des activités physiques. Ces choix de style de vie s'influencent et se renforcent l'un l'autre. Des travaux plus approfondis sont nécessaires pour déterminer la quantité absolue d'activités physiques et d'éléments nutritifs nécessaires pour comprendre les questions reliées à l'atteinte d'un équilibre énergétique chez les adultes des Premières Nations.

Les politiques sociales et environnementales nécessaires pour augmenter les activités physiques et améliorer l'alimentation dépendent d'autres segments de la société (par exemple, l'agriculture, les transports et les loisirs). Par conséquent, des stratégies d'activité physique et de nutrition sont nécessaires pour influencer les actions prises dans différents secteurs. Bien que des stratégies individuelles indépendantes soient utiles, un cadre commun pour harmoniser les facteurs comme les stratégies sur l'activité physique, la nutrition et la réduction du tabagisme doivent être envisagés. Un tel cadre viserait à améliorer les interventions pour les segments de la population qui sont communs à toutes les stratégies.³³ De plus, l'association observée entre l'activité physique et la nutrition suggère que les changements adoptés dans le style de vie pour améliorer la santé peuvent contribuer à un style de vie plus sain dans l'ensemble. À cet égard, l'association entre des taux plus élevés de tabagisme chez les personnes de poids « normal » par rapport aux personnes obèses est troublante. Le tabagisme est-il un moyen de contrôler le poids? Si oui, comment peut-on tenir compte du désir des fumeurs de ne pas engraisser dans le cadre d'une stratégie de cessation du tabagisme? Finalement, la considération de

facteurs de protection potentiels dans une stratégie de vie saine doit comprendre plus que des stratégies d'activité physique, de nutrition et de cessation du tabagisme. L'éducation et le niveau du revenu, les possibilités communautaires, l'environnement physique et le soutien social font partie des autres facteurs à prendre en considération.

Fondamentalement, les Premières Nations se dirigent vers un modèle qui garantit la prise en compte des quatre aspects dimensionnels de la personne totale et de l'environnement total lors de l'élaboration de stratégies à l'intention des adultes des Premières Nations. Il faut absolument tenir compte de la perspective culturelle lors de la promotion des stratégies afin de comprendre les obstacles préjudiciables à la population et d'interpréter les définitions et les significations.³⁴ On peut se procurer une liste des méthodes recommandées pour augmenter l'activité physique de la population en général. 35,36,37 Les aînés de la communauté, les dirigeants scolaires et les fournisseurs de services récréatifs peuvent vérifier ces méthodes pour s'assurer qu'elles sont bien adaptées à la culture de certaines communautés des Premières Nations, en fonction de leur taille, de l'endroit où elles sont situées et des possibilités offertes.

Il faut établir et contrôler régulièrement un ensemble de données de base fiables sur l'apport alimentaire et la qualité de l'alimentation, ainsi que leurs déterminants (y compris l'insécurité alimentaire). Idéalement, cela doit comprendre la collecte de mesures objectives de l'apport énergétique. Ces données manquent pour les communautés des Premières Nations. Le contrôle des niveaux d'activité physique doit se poursuivre, et l'autodéclaration des données doit être étendue pour inclure le total des activités physiques dans tous les domaines afin de fournir une mesure plus objective de l'apport énergétique. Les données concernant la nutrition et les activités physiques sont indispensables pour élaborer correctement des stratégies ciblées. Un contrôle régulier de ces données et des indices de masse corporelle fourniraient de précieuses informations pour l'élaboration possible de stratégies visant à calmer certains problèmes réels de santé publique chez les adultes des Premières Nations.

Notes du chapitre 8

U.S. Department of Health and Human Services, Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General, Atlanta, Ga., U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

Ide

C. L. Craig et coll., 2004, Twenty-year trends of physical activity among Canadian adults, Revue canadienne de santé publique, 95, 1, p. 59-63.

K. D. Raine, Le surpoids et l'obésité au Canada: Une perspective de la santé de la population, Ottawa (Ont.), Institut canadien d'information sur la santé, 2004.

P. T. Katzmarzyk, 2002, The Canadian obesity epidemic: 1985-1998, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166, 8, p. 1039 - 1040.
 R. F. Dyck, H. Klump et L. Tan, 2001, From "thrifty genotype" to "hefty fetal phenotype": the

R. F. Dyck, H. Klump et L. Tan, 2001, From "thrifty genotype" to "hefty fetal phenotype": the relationship between high birthweight and diabetes in Saskatchewan Registered Indians, Revue canadienne de santé publique, 92, 5, p. 340 - 344.

S. R. Smith et E. Ravussin, janvier 2005, Genetic and physiological factors in obesity, *Journal of the Louisiana State Medical Society*, 157, 1, p. S12-8.

Katzmarzyk, The Canadian obesity epidemic: 1985 - 1998, Journal de l'Association médicale canadienne, p. 1039 - 1040.

- 10. Craig et coll., Twenty-year trends of physical activity among Canadian adults, Revue canadienne de santé publique, p. 59-63.
- U.S. Department of Health and Human Services, Physical Activity and Health: A Report of the 11. Surgeon General.
- 12 T. K. Young et coll., 2000, Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes, Journal of Pediatrics, 136: 365-369
- 13. K. D. Raine, Le surpoids et l'obésité au Canada: Une perspective de la santé de la population.
- E. Ravussin et coll., 1994, Effects of a traditional lifestyle on obesity in Pima Indians, 14. Diabetes Care, 17, 9, p. 1067 - 1074.
- D. E. William et coll., mai 2001, The effect of Indian or Anglo dietary preference on the
- incidence of diabetes in Pima Indians, *Diabetes Care*, 24, 5, p. 811 816.

 Organisation mondiale de la santé, *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé*, en ligne, cité en mars 2005, disponible sur le Web à : 16. http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs_general.pdf>.
- 18. Fondation des maladies du cœur du Canada, Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada, 2003 Ottawa (Ont.), Fondation des maladies du cœur du Canada, 2003.
- 19. M. Tiepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », Rapports sur la santé, 13, supplément, 2002, Statistique Canada, 82-003 au catalogue
- 20. P. T. Katzmarzyk et R. M. Malina, novembre 1998, Obesity and relative subcutaneous fat distribution among Canadians of First Nation and European ancestry, International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 22, 11, p. 1127 - 1131.
- Résultats préliminaires de l'ONSA. M. Dion Stout, 2005, Healthy living and Aboriginal women: the tension between hard evidence and soft logic, Bulletin du Centre d'excellence pour la santé des femmes, 4, 2, p. 16 -
- U.S. Department of Health and Human Services, Physical activity and Health: A Report of the 23.
- Santé Canada et Société Canadienne de physiologie de l'exercice, Guide d'activité physique 24. canadien pour une vie active saine, en ligne, 1998, nº H39-429/1998-1 au catalogue, ISBN 0-
- 662-86627-7, disponible en ligne à : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/paguide/main.html. Santé Canada, Lignes directrices sur la classification du poids chez les adultes, en ligne, 2003, 25. Web . C. L. Craig et C. Cameron, Augmenter l'activité physique : évaluer les tendances de 1998 à
- 2003, Ottawa (Ont.), Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2004.
- 27 Tjepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », Rapports sur la santé.
- Idem.
- 29. I. Janssen, P. T. Katzmarzyk et R. Ross, mars 2004, Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk, American Journal of Clinical Nutrition, 79, 3, p. 379
- Statistique Canada, 2003, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
- C. Cameron et coll., Increasing physical activity: Supporting an active workforce, Ottawa (Ont.), Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2002. 31.
- 32. L. J. Starkey, L. Johnson-Down et K. Gray-Donald, 2001, Food habits of Canadians: comparison of intakes in adults and adolescents to Canada's Food Guide to Healthy Eating, Canadian Journal of Dietetic Practice and Research, 62, 2, p. 61 - 69.
- Organisation mondiale de la santé, communiqué de presse : L'Assemblée mondiale de la santé adopte la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, le 22 mai 33. disponible ligne,
- http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/wha3/en/.

 C. Tudor-Locke et coll., «In their own voices: Definitions and interpretations of physical
- activity », Women's Health Issues 13, 2003, p. 194 199.

 S. E. Cragg, C. L. Craig et S. J. Russell, Augmenter l'activité physique : améliorer les occasions municipales Ottawa (Ont.) Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2001. Craig et Cameron, Augmenter l'activité physique : évaluer les tendances de 1998 à 2003.
- Cameron et coll., Augmenter l'activité physique : appuyer une main-d'œuvre physiquement active.

Chapitre 9

Utilisation non traditionnelle du tabac (tabagisme)

Résumé

L'usage du tabac non traditionnel (commercial) par les citoyens des Premières Nations a une influence négative, directe et indirecte, sur leur bien-être. Pour que les programmes d'abandon du tabac soient efficaces, nous devons comprendre les effets physiologiques du tabagisme actif et passif, ainsi que le profil des fumeurs et des non-fumeurs.

Le présent chapitre porte sur les fumeurs des Premières Nations et leurs habitudes de tabagisme, ainsi que sur les conséquences du tabac sur la santé. À l'aide de données tirées d'études pancanadiennes et régionales, nous comparons les Premières Nations et le pays dans son ensemble, ainsi que les différents groupes des Premières Nations entre eux, en ce qui concerne le tabagisme et ses effets.

Nous comparerons deux à deux certaines questions de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS). Par exemple, une comparaison entre la question sur le sexe et la question sur l'usage du tabac permettra de décrire la fréquence du tabagisme des hommes et des femmes (sexe) et leur usage du tabac (fumeur actuel, ancien fumeur, non-fumeur). Nous avons également utilisé les données d'un programme provincial de sensibilisation aux méfaits du tabagisme et de prévention du cancer. Les liens constatés entre l'usage du tabac et le style de vie peuvent révéler des caractéristiques propres aux communautés des Premières Nations.

De façon générale, la prévalence du tabagisme est de 58,8 % parmi les Premières Nations du Canada; 17,6 % n'ont jamais fumé. Les jeunes adultes (de moins de 50 ans) sont ceux qui ont la plus forte consommation quotidienne de tabac.

La prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes des Premières Nations (58,8 %) est la même que dans les Premières Nations en général, mais elles sont plus fortement représentées dans la catégorie des ex-fumeurs (33,8 %) que les femmes qui ne sont pas enceintes (22,8 %). Les femmes enceintes sont également plus susceptibles d'être des fumeuses occasionnelles (25,5 %) que les fumeuses en général (12,5 %).

Chez les Premières Nations, l'ex-fumeur moyen a arrêté de fumer à 32 ans. Les mêmes raisons pour arrêter de fumer sont invoquées par les hommes et les femmes. Le désir de mener une vie plus saine l'emporte de loin (63,5 %) sur les autres raisons : meilleure sensibilisation (30,4 %), problème de santé (29,3 %) et respect d'un être cher (28,1 %). Le sevrage brusque est la méthode d'abandon du tabagisme employée par la plupart des ex-fumeurs des Premières Nations (88,5 %).

Les programmes antitabac des Premières Nations seraient plus efficaces si leurs responsables avaient de meilleures connaissances des sujets suivants : méthodes utilisées et motivations pour cesser de fumer, raisons pour lesquelles les non-fumeurs ne fument pas. Une analyse approfondie du nombre d'années de tabagisme des membres des Premières Nations serait aussi utile. L'étude des liens entre le tabagisme, l'état de santé, la nutrition et l'activité physique constitue une entreprise qui va bien audelà du cadre du présent chapitre, mais on recommande grandement d'entreprendre une telle analyse détaillée de l'état de santé des Premières Nations.

Introduction

Le mode de vie des Premières Nations contemporaines découle d'un style de vie indigène historique qui se poursuit encore aujourd'hui et qui comprend une relation avec le tabac. On peut employer de nombreuses approches pour comparer la relation historique avec le tabac et les pratiques actuelles de tabagisme chez les Premières Nations.¹

Toutefois, le présent chapitre se limite à une étude statistique des comportements liés au tabac commercial. La distribution de fréquences est la statistique que nous utiliserons le plus souvent (dans le cas présent, on combinera deux questions de l'enquête). Par exemple, une comparaison entre la question sur le sexe et la question sur l'usage du tabac permettra de décrire la fréquence du tabagisme des hommes et des femmes (sexe) et leur usage du tabac (fumeur actuel, ex-fumeur, nonfumeur). De façon générale, le présent chapitre traite de la façon dont fumeurs et non-fumeurs des Premières Nations vivent en communauté en ce qui concerne l'utilisation non traditionnelle du tabac.

Il est bon de connaître le vocabulaire spécialisé qu'on utilise dans le présent chapitre pour décrire l'utilisation commerciale du tabac. Nous parlons de groupes de personnes et d'ensembles de comportements. Par exemple, au lieu du terme habituel « arrêt », on utilise le terme « méthodes d'abandon » parce qu'il laisse place à plusieurs méthodes. On utilise les termes « utilisation non traditionnelle », « utilisation récréative », « abus du tabac » et « mauvais usage du tabac » pour décrire l'utilisation commerciale du tabac dans un contexte des Premières Nations. On identifie les fumeurs des façons suivantes : ayant cessé de fumer; exfumeurs, ex-fumeurs quotidiens, ex-fumeurs occasionnels, fumeurs quotidiens, fumeurs occasionnels et/ou n'ayant jamais fumé. Le terme « initiation » se rapporte à l'âge où la personne a commencé à fumer.

Analyse documentaire

La collecte de données sur les taux de tabagisme des membres des Premières Nations au Canada commence, bien que de façon très faible, aux environs des années 1970-1972²; des études subséquentes sont réalisées en 1988³, 1991, 1997 et 2001 par différents ministères fédéraux, sans oublier l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS). D'autres études, bien que non nationales, fournissent aussi des données sur les taux de tabagisme chez les Premières Nations.

Une étude de Nutrition Canada (1970-1972) indique un taux de tabagisme de 59,5 % chez les hommes des Premières Nations et de 56,4 % chez les femmes des Premières Nations. D'après l'enquête sur la nutrition de 1970–1972, le taux de tabagisme des femmes indiennes enceintes est de 63,5 %. Les recensements de 1981 et de 1986 offrent des données sur la population des Premières Nations, mais on ne

trouve aucune information nationale sur l'utilisation du tabac.

Une enquête non publiée de la Direction générale des services médicaux menée en 1988 sur l'allaitement indique différents taux de tabagisme maternel; 54,1 % des femmes indiennes fument avant leur grossesse; 49,1 % fument durant la grossesse et 49,3 % fument après la grossesse.⁶ On ne trouve aucun autre renseignement concernant cet échantillon ou la méthode de collecte des données.

L'Enquête sur les peuples autochtones (EPA) de 1991 donne certains renseignements sur l'utilisation du tabac. En 1991, selon l'échantillon, 45,8 % des adultes autochtones du Canada âgés de 15 ans et plus sont fumeurs. À l'examen de caractéristiques sélectionnées pour les Indiens d'Amérique du Nord (IAN), on calcule un taux de 41,4 % en fonction d'une population de 288 365 IAN âgés de 15 ans et plus. Un tableau personnalisé préliminaire sur les « Indiens d'Amérique du Nord » de l'EPA 2001 n'indique aucun changement dans le taux de tabagisme de 57 % qui prévaut dans les réserves. Une enquête nationale (ERLSPNI) avec échantillon amélioré des populations vivant dans les réserves indique une prévalence de 62 % de fumeurs des Premières Nations en 1997.

En 1996–1997, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) indique que 29 % des adultes âgés de 15 ans et plus fumaient, un pourcentage légèrement plus faible que la prévalence de tabagisme de 31 % constatée chez les adultes âgés de 15 ans et plus en 1994-1995 (Cycle 1). En 2003, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indique un taux de tabagisme de 19 %. ¹⁰

Méthodes d'interprétation

Le présent chapitre donne de l'information sur les tendances et les caractéristiques des fumeurs et des non-fumeurs des Premières Nations afin d'établir le profil des différences dans le style de vie. Afin d'offrir de l'information utile aux travailleurs et aux agents de planification communautaires, nous sommes allés chercher des idées dans une importante stratégie provinciale visant à sensibiliser les communautés autochtones au tabagisme dans le cadre d'une campagne de prévention du cancer¹¹. Les corrélations constatées ne sont pas causées par l'utilisation du tabac, mais l'information reliée au tabac et au style de vie présente des associations possibles, particulièrement pour les communautés des Premières Nations.

Résultats et discussion

Tendances générales en matière de tabagisme

En général, le taux de prévalence du tabagisme chez les Premières Nations du Canada est de 58,8 %. La plupart de ces fumeurs sont des fumeurs quotidiens.

Ce sont les jeunes adultes des Premières Nations (moins de 50 ans) qui ont le taux le plus élevé de tabagisme quotidien. Les données indiquent que, chez les Premières Nations, la plus forte proportion de non-fumeurs se trouve chez les aînés de 60 ans et plus, mais que 23,5 % des personnes de ce groupe sont des fumeurs quotidiens.

Figure 1. Catégories de tabagisme chez les Premières Nations (n=10 827)

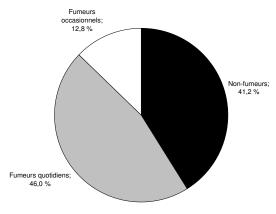


Tableau 1. Catégories de tabagisme des adultes des Premières Nations (%), selon les groupes d'âge (n=10 790)

Catégories de	Groupe d'âge								
tabagisme	18-29	30-39	40-49	50-59	60+	Total			
Non- fumeur	30,3	36,3	39,2	55,2*	71,9*	41,2			
Fumeur quotidien	53,9	49,1	49,6	33,6*	23,5*	46,0			
Fumeur occas.	15,9	14,6	11,2	11,2	4,6*	12,8			

^{*} différence significative avec groupes d'âges plus jeunes.

Femmes enceintes

La prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes des Premières Nations est la même que celle de la population générale des Premières Nations (58,8 %). Toutefois, les réponses des femmes enceintes sur le tabagisme sont significativement différentes (p < 0,003) des réponses des femmes qui ne sont pas enceintes. Les femmes enceintes sont plus fortement représentées dans la catégorie des ex-fumeurs (33,8 %) que les femmes non enceintes (22,8 %). On trouve aussi des différences en ce qui concerne le tabagisme quotidien ou occasionnel: deux fois plus de femmes enceintes se classent dans la catégorie «fumeurs occasionnels » (25,5 %) par rapport au taux moyen de fumeurs occasionnels chez les femmes (12,5 %). Bien que 45.5 % des femmes non enceintes soient actuellement des fumeuses quotidiennes et que 33,3 % des femmes enceintes soient des fumeuses quotidiennes, ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Néanmoins, cette information pourrait témoigner de certains impacts positifs des

programmes de promotion/sensibilisation au tabagisme maternel destinés aux Premières Nations. 12

Ex fumeurs

Nous nous pencherons maintenant sur les répondants qui sont d'ex-fumeurs, soit les membres des Premières Nations qui au moment de l'enquête ne fumaient pas, mais avaient déjà fumé. Nous discuterons ici de l'âge de l'initiation et du moment (et de la façon) où le tabagisme a cessé.

Le taux de non-fumeurs est de 41,2 %, voir la figure 1. La plupart des ex-fumeurs étaient des fumeurs quotidiens (13,7 %) ou des fumeurs occasionnels (9,1 %).

Figure 2. Femmes enceintes et non enceintes des Premières Nations, selon les catégories de tabagisme (n=5 777)

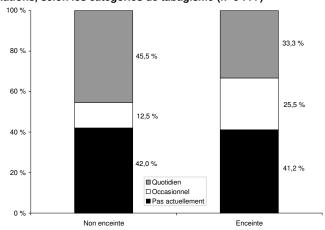


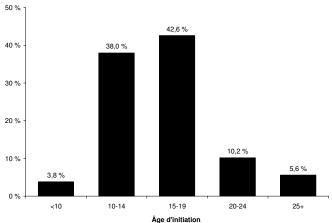
Tableau 2. Distribution des catégories de tabagisme des Premières Nations (n=4 325)

Catégorie de non-fumeur	Pourcentage
Ex-fumeurs	
Quotidien	13,7 %
Occasionnel	9,1 %
Jamais fumé	17,6 %*
Total	40,4 %

Initiation

La plupart des ex-fumeurs ont commencé à fumer la cigarette entre 12 et 16 ans. Le taux d'initiation à 13 ans et plus est trois fois plus élevé que le taux constaté à 11 ans (11,4 % contre 3,4 %). En moyenne, l'ex-fumeur des Premières Nations a commencé à fumer à 16 ans (moyenne globale = 15,83 : moyenne pour les femmes = 16,25; moyenne pour les hommes = 15,42).

Figure 3. Âge d'initiation rapporté des ex-fumeurs (n=2 154)



Abandon

Environ le tiers des ex-fumeurs a cessé de fumer à 24 ans, un petit peu plus du tiers a cessé de fumer entre 25 et 39 ans et un petit peu moins du tiers a cessé après 40 ans. En moyenne, les ex-fumeurs des Premières Nations ont cessé de fumer à 32 ans (moyenne pour les hommes = 32,99; moyenne pour les femmes = 31,24).

Tableau 3. Âge d'abandon rapporté, selon le sexe (n=2 055)

Âge d'abandon	Tous*	Hommes	Femmes	Diff.
< 9	-	_	-	-
10 - 14	1,8 %	-	_	_
15 – 19	16,1 %	13,9 %	18,4 %	-4,5 %
20 - 24	17,0 %	16,1 %	18,0 %	-1,9 %
25 – 29	14,0 %	13,5 %	14,6 %	-1,1 %
30 - 34	11,0 %	11,1 %	10,8 %	0,3 %
35 – 39	11,6 %	13,9 %	9,2 %	4,7 %
40 - 44	10,4 %	9,0 %	11,8 %	-2,8 %
45 – 49	4,8 %	4,9 %	4,8 %	0,1 %
50 et plus	13,2 %	15,7 %	10,6 %	5,1 %

Données supprimées en raison de la taille insuffisante de la cellule.

Dans la question sur les motifs pour arrêter de fumer, les répondants choisissent à partir d'une liste tous les motifs qui s'appliquent. Selon les réponses, le style de vie plus sain est de loin le principal motif (63,5 %), suivi par une plus grande sensibilisation (30,4 %) et un problème de santé (29,3 %) non loin derrière. Vient ensuite le respect pour une personne chère (28,1 %). Généralement, les motifs pour arrêter de fumer ne sont pas différents selon le sexe.

Tableau 4. Motifs des ex-fumeurs pour arrêter de fumer (n=2 127)

Motif pour arrêter de fumer	%
Style de vie plus sain	63,5
Plus grande sensibilisation/éducation sur les effets négatifs du tabac sur ma santé	30,4
Problème de santé	29,3
Respect pour une personne chère	28,1
Grossesse	11,9
Respect pour la signification culturelle et traditionnelle du tabac	8,1
Consignes du médecin	7,4
Influence des amis/collègues de travail	3,5

Une liste a été fournie aux répondants pour qu'ils y choisissent la méthode utilisée pour cesser de fumer. Selon les réponses, le « sevrage brutal » est la méthode d'abandon qui s'applique le plus souvent aux ex-fumeurs des Premières Nations (88,5 %). La spiritualité (8,0 %), l'aide de la famille (5,2 %) et un timbre médicamenté (3,7 %) font partie des autres méthodes rapportées le plus souvent. Une étude récente sur les prestations de services de santé non assurés de membres des Premières Nations vivant en Colombie-Britannique indique une utilisation très peu élevée de médicaments comme méthode d'abandon. Selon les chercheurs, il faudrait effectuer une enquête plus approfondie sur la pertinence culturelle, les obstacles à l'utilisation de médicaments prescrits et leur efficacité pour cesser de fumer en rapport avec les Premières Nations. ¹³

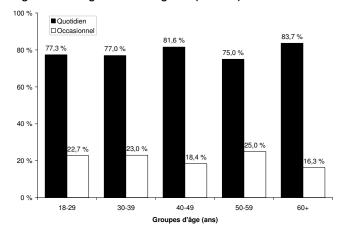
Tableau 5. Méthodes utilisées par les ex-fumeurs pour cesser de fumer (n=2 296)

Méthode pour cesser de fumer	%
Sevrage brutal (volonté seule)	88,5
Spiritualité	8,0
Soutien de la famille	5,2
Timbre de nicotine	3,7
Programme de soutien ou d'autothérapie	1,8
Zyban (bupropion)	1,1
Gomme de nicotine	1,0

Fumeurs actuels

Près de 60 % des membres des Premières Nations sont des fumeurs actuels. Nous décrirons la distribution selon l'âge, les habitudes de consommation par groupe d'âge et sexe, l'âge d'initiation et le nombre de tentatives pour cesser de fumer dans cette population.

Figure 4. Proportion de fumeurs actuels, selon les groupes d'âge et les catégories de tabagisme (n=6 386)



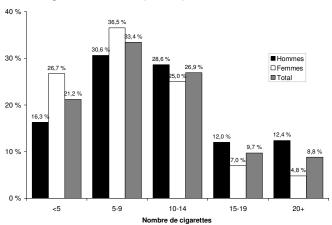
Consommation

Les fumeurs actuels fument en moyenne dix (10) cigarettes par jour (moyenne = 10,48). Le taux de consommation est moins élevé que pour l'ensemble des fumeurs canadiens, qui fument en moyenne 15 cigarettes par jour. Les jeunes hommes (18–29 ans) fument plus de cigarettes par jour que les femmes du même âge, mais les hommes et les femmes plus âgés fument à peu près le même nombre de cigarettes par jour.

Tableau 6. Nombre moyen de cigarettes, selon l'âge et le sexe (n=6 376)

Groupe d'âge	Se	Diff. (hommes-	
Groupe u age	Homme	Femme	femmes)
18-29	10,19	7,67	2,52
30-39	11,42	9,98	1,44 (NS)
40-49	12,2	11,5	0,64 (NS)
50-59	12,8	11,7	1,1 (NS)
60 et plus	12,5	10,7	1,75 (NS)

Figure 5. Consommation de cigarettes chez les hommes et les femmes âgés de 18–29 ans (n=2134)



Tentatives pour arrêter de fumer

Plus de la moitié des fumeurs actuels des Premières Nations ont essayé au moins une fois d'arrêter de fumer (54,1 %). La majorité des personnes qui ont essayé d'arrêter l'ont fait seulement une fois ou deux. Environ 20 % (19,3 %) des personnes qui fument en sont actuellement à leur troisième, quatrième, cinquième tentative ou plus pour arrêter de fumer. Environ 46 % des personnes qui fument n'ont pas encore essayé une seule fois d'arrêter de fumer. On ne demande pas aux personnes qui essaient d'arrêter d'indiquer les méthodes choisies, ni les motifs et les motivations pour le faire.

Tableau 7. Tentatives rapportées pour arrêter de fumer des fumeurs actuels (n=6 056)

Nombre de tentatives	Pourcentage
Aucune	45,9
1 à 2 tentatives	34,9
3 à 4 tentatives	12,1
5 tentatives ou plus	7,2

Tendances socio-économiques et tendances de santé

Langue et éducation

On constate des différences statistiques lorsqu'on examine la relation entre l'éducation et la catégorie de tabagisme selon les données recueillies dans la présente enquête. Le tableau 8 indique les taux de tabagisme et de non-tabagisme par niveau d'éducation.

Tableau 8. Distribution des catégories de tabagisme (%), selon l'éducation (n=10,595)

	Catégories de tabagisme							
Éducation	Ex-fumeur quotidien	Ex-fumeur occasionnel	Jamais Fumeu fumé actue					
Secondaire non complété	47,0	42,8*	47,4	56,4*				
Diplôme d'études secondaires	17,6	20,8	21,8	19,1				
Diplôme d'études collégiales.	29,0*	31,2*	21,4	21,0*				
Baccalauréat	5,7	4,7	7,6 %*	3,3*				
Diplôme de 2 ^e ou 3 ^e cycle	-	_	-	-				

^{*} relations significatives entre les cellules.

État de santé général

De manière générale, il y a peu de différence dans l'état de santé autodéclaré entre les fumeurs, les ex-fumeurs et les personnes qui n'ont jamais fumé. Dans la présente enquête, on demande aux adultes qui ont répondu que leur état de santé était excellent ou très bon d'indiquer ce qui les rend si en santé. En comparant ces réponses avec la catégorie de tabagisme du répondant, une des sept catégories de réponses

Données supprimées en raison de la taille insuffisante de la cellule.

est statistiquement significative : les ex-fumeurs quotidiens sont plus susceptibles que les fumeurs actuels et que les personnes n'ayant jamais fumé de rapporter une bonne alimentation comme la raison pour laquelle leur état de santé est excellent ou très bon.

Logement

Environ la moitié de tous les répondants vivent dans une maison sans fumée (52,4 %), et inversement la moitié des maisons où habitent des membres des Premières Nations est une maison où on fume (47,6 %). Le nombre d'enfants par ménage des fumeurs actuels est légèrement plus élevé que celui chez les ex-fumeurs occasionnels et les personnes n'ayant jamais fumé. En général, il n'existe aucune différence entre les fumeurs actuels, les ex-fumeurs et les non-fumeurs en ce qui concerne le fait de vivre dans un logement surpeuplé.

Bien-être personnel

Dans la section sur le bien-être personnel, les participants répondent à une question concernant l'importance des événements culturels et traditionnels, de la spiritualité traditionnelle et de la religion dans leur vie. Les catégories « très important » et « quelque peu important » sont regroupées et comparées aux catégories « pas très important » et « pas important », créant ainsi des catégories d'importance élevée et de faible importance. C'est uniquement en ce qui concerne la spiritualité traditionnelle que les membres des Premières Nations ont une attitude légèrement différente selon qu'ils soient fumeurs ou nonfumeurs. Les fumeurs actuels sont plus enclins à favoriser une spiritualité traditionnelle que les non-fumeurs (par une marge d'environ 5 %), et cette conclusion est statistiquement significative.

Tableau 9. Attitudes rapportées en matière de bien-être personnel (%), selon les catégories de tabagisme

_	Catégories de tabagisme					
Attitudes concernant :	Non-fumeur	Fumeurs actuels				
Événements culturels (n=10 244	I)					
Importance élevée	78,3	82,1 (NS)				
Faible importance	21,7	17,9 (NS)				
Spiritualité traditionnelle (n=10	080)					
Importance élevée	73,3	78,6				
Faible importance	26,7	21,4				
Religion (n=10 813)						
Importance élevée	70,5	69,8 (NS)				
Faible importance	29,5	30,2 (NS)				

Les personnes n'ayant jamais fumé sont plus susceptibles que les fumeurs actuels (par une marge de 10 %) d'avoir un niveau d'équilibre élevé alors que les fumeurs actuels sont plus susceptibles que les personnes n'ayant jamais fumé d'avoir un niveau d'équilibre modéré. Les fumeurs actuels sont plus susceptibles que les ex-fumeurs quotidiens d'avoir un faible niveau d'équilibre. Des analyses approfondies sont nécessaires pour explorer les associations et les types d'équilibre.

Tableau 10. Niveaux d'équilibre, selon les catégories de tabagisme (n=10 728)

Niveau - d'équilibre	Catégories de tabagisme						
	Ex-fumeur quotidien	Ex-fumeur occasionnel	Jamais fumé	Fumeur actuel			
Niveau élevé	36,1 %	35,6 %	39,0 %*	28,8 %*			
Niveau modéré	60,8 %	59,3 %	54,9 %*	64,2 %*			
Faible niveau	3,1 %*	5,1 %	6,1 %	6,9 %*			

^{*} relations significatives entre les cellules.

Problèmes de santé

Les troubles déficitaires de l'attention (DFA) ou les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), la cécité ou de graves problèmes de vision, la bronchite, le cancer, les cataractes, les problèmes cognitifs ou mentaux, les effets d'un accident vasculaire cérébral, l'emphysème, l'épilepsie, le glaucome, le VIH/sida, les troubles d'apprentissage, les maladies du foie (sauf l'hépatite), l'ostéoporose, les troubles psychologiques ou nerveux, les rhumatismes, les problèmes de la glande thyroïde et la tuberculose font partie des problèmes de santé autodéclarés à faible prévalence (moins de 5 %). L'asthme, l'arthrite, les allergies, le diabète, la déficience auditive, les maladies du cœur, l'hypertension et les problèmes d'estomac et d'intestins font partie des problèmes de santé plus courants (5 % à 25 %).

Tableau 11. Problèmes de santé autodéclarés (%), selon les catégories de tabagisme

	Catégories de tabagisme							
Problème de santé	Ex- fumeur quotidien	Ex-fumeur occasionnel	Jamais fumé	Fumeur actuel				
Asthme (n=10 184)	15,4*	8,1*	10,1	8,7*				
Allergies (n=10 129)	26,3+	22,2	18,8	16,0+				
Maladie du cœur (n=10 142)	9,8+	5,5	6,4	3,4+				
Hypertension (n=10 099)	23,9+	21,5+	18,8+	10,6+				
Problèmes d'estomac et d'intestins (n=10 158)	12,1+	9,5	6,4	6,9+				
Diabète (n=10 091)	22,1+	17,4+	19,3+	10,1+				
Arthrite (n=10 185)	24,9+	21,0	20,5	15,9+				
Déficience auditive (n= 10 179)	13,3+	12,0+	8,0	5,7+				

^{*} Différence significative avec la catégorie ex-fumeur quotidien

Indice de masse corporelle

La proportion de membres des Premières Nations ayant un indice de masse corporelle (IMC) acceptable est d'approximativement 26 %. Les associations entre les catégories de tabagisme et l'IMC sont statistiquement significatives. Le tableau 16 compare de façon détaillée les niveaux d'IMC avec les catégories de tabagisme.

Tableau 12. Indice de masse corporelle (IMC), selon les catégories de tabagisme (n=8 861)

	Catégories de tabagisme							
IMC	Ex-fumeur quotidien	Ex-fumeur occasionnel	Jamais fumé	Fumeur actuel				
Insuffisance de poids	-	-	-	1,4 %				
Acceptable	18,5 %+	16,1 %+	24,4 %	30,0 %+				
Surpoids	34,0 %	37,6 %	36,8 %	37,8 %				
Obèse	40,4 %+	36,5 %	32,6 %	27,1 %+				
Obésité morbide	6,7 %+	9,0 %+	5,4 %	3,6 %+				

⁺ Différence significative avec la catégorie fumeur actuel

Nutrition

La proportion des fumeurs qui disent avoir toujours ou presque toujours une alimentation saine et équilibrée est moins élevée que celle des ex-fumeurs ou des personnes n'ayant jamais fumé. C'est dans la catégorie combinée « rarement » ou « jamais » que les fumeurs ont la proportion la plus élevée, à 14,3 %, tandis que moins de 10 % des ex-

fumeurs et des personnes n'ayant jamais fumé disent n'avoir que rarement ou jamais une alimentation équilibrée.

Tableau 13. Fréquence d'une alimentation saine et équilibrée, selon les catégories de tabagisme (n=10 543)

Alimentation	Catégorie de tabagisme							
saine et équilibrée	Ex-fumeur quotidien	Ex-fumeur occasionnel	Jamais fumé	Fumeur actuel				
Toujours ou presque toujours	45,3 %+	38,5 %	39,4 %+	30,9 %+				
Parfois	46,5 %+	52,5 %	51,5 %	54,8 %+				
Rarement ou jamais	8,3 %+	8,9 %+	9,1 %+	14,3 %+				

⁺ Diféfrence significative avec la catégorie fumeur actuel

Activité physique

Les heures par semaine passées à pratiquer des activités qui augmentent le rythme cardiaque et la respiration sont la seule variable analysée concernant l'activité physique. On ne constate aucune différence apparente entre la catégorie de tabagisme et les heures par semaine passées à pratiquer une activité physique. Il faut étudier plus à fond les données sur l'activité physique avant de tirer des conclusions sur les associations reliées à l'utilisation du tabac.

Alcool et médicaments sans ordonnance

La proportion de boissons alcoolisées que boivent les fumeurs et les non-fumeurs est relativement semblable, sauf pour deux des cinq catégories de fréquence. Les non-fumeurs (32,3 %) sont plus susceptibles que les fumeurs (24 %) de boire des boissons alcoolisées peu fréquemment (2 à 3 fois par année)

Le tabac à chiquer n'est utilisé que rarement : seulement 5,8 % (n=10 577) de tous les répondants disent en avoir utilisé. Les non-fumeurs sont plus susceptibles que les fumeurs actuels de dire qu'ils utilisent du tabac à chiquer : 7,8 % et 4,5 % respectivement.

Les ex-fumeurs quotidiens (15,6%), les ex-fumeurs occasionnels (15,2%) et les fumeurs actuels (19,6%) sont tout autant susceptibles les uns que les autres de dire avoir été traités pour des problèmes d'abus d'alcool. Les personnes n'ayant jamais fumé (7,3%) sont les moins nombreuses à rapporter avoir été traitées pour abus d'alcool. De même, les ex-fumeurs et les fumeurs actuels sont tout aussi susceptibles de rapporter avoir été traités pour abus d'intoxicants. Les personnes n'ayant jamais fumé présentent le pourcentage le moins élevé (2,0%) de personnes ayant été traitées pour abus d'intoxicants alors que les fumeurs actuels sont quatre fois plus susceptibles d'avoir reçu des traitements (9,2%).

La majorité des fumeurs et des non-fumeurs rapporte n'avoir jamais consommé de marijuana ou de hachisch. Les fumeurs actuels sont plus de deux fois plus susceptibles que les

⁺ Différence significative avec la catégorie fumeur actuel

personnes n'ayant jamais fumé et que les ex-fumeurs de rapporter avoir consommé de la marijuana ou du hachisch.

Dans la population des Premières Nations, au moins 85 % des répondants rapportent n'avoir jamais consommé aucun des médicaments sans ordonnance suivants : PCP ou poudre d'ange; acide, LSD, amphétamines; ecstasy; substances inhalées; sédatifs; héroïne; cocaïne, crack ou freebase. Les fumeurs actuels sont plus susceptibles que les non-fumeurs de rapporter avoir déjà consommé de la cocaïne, du crack ou de la freebase et de la codéine, de la morphine, ou des opiacés.

Pensionnats indiens

Environ la moitié des répondants, dans toutes les catégories de tabagisme, croient que leur état de santé a été affecté négativement par la fréquentation des pensionnats indiens. Il n'y a pas de différences significatives selon la catégorie de tabagisme.

L'enquête a collecté de l'information multigénérationnelle sur les pensionnats indiens. En se basant sur la variable identifiant si un ou plusieurs parents ont fréquenté un pensionnat, on remarque que la population des non-fumeurs (42,3 %) est moindre que celle des fumeurs (52,5 %). Il en est de même dans la population dont un grand parent ou plus a fréquenté les pensionnats indiens : fumeurs (44,6 %); non-fumeurs (34,9 %).

Emploi et revenu

Une proportion égale de fumeurs et de non-fumeurs travaille à temps partiel ou à temps plein.

Un pourcentage plus élevé de fumeurs actuels (83,1 %) que de non-fumeurs (74,7 %) rapporte un revenu personnel inférieur à 30 000 \$. En y regardant de plus près, on constate que la catégorie de revenu la plus rapportée par les fumeurs et les non-fumeurs est 10 000 \$ et moins (y compris la perte de revenu), mais la proportion de réponses des fumeurs est plus élevée de 9 %, soit 37,4 %, alors que celle des non-fumeurs est de 28,3 %.

Le revenu du ménage est distribué sensiblement de façon égale chez les fumeurs et les non-fumeurs des Premières Nations (n=5225). Des différences sont visibles dans les niveaux de faible revenu selon la catégorie de tabagisme seulement. Une proportion plus faible de non-fumeurs (8,9 %) rapporte un revenu de 10 000 \$ ou moins (y compris la perte de revenu) comparativement aux fumeurs (13,9 %). Les fumeurs actuels sont plus susceptibles que les non-fumeurs de rapporter un revenu du ménage supérieur à 50 000 \$. Les réponses concernant le revenu personnel et le revenu du ménage sont distinctement différentes selon la catégorie de tabagisme.

Conclusions

En 2001, la prévalence du tabagisme chez les Premières Nations est de 58,8 %, une diminution d'environ 3 % par rapport à 1997. Dans la présente étude, la tendance en matière de tabagisme chez les femmes enceintes est différente de celle des femmes de la population générale, et on constate une diminution des taux de tabagisme chez les femmes enceintes des Premières Nations. En ce qui concerne les ex-fumeurs, 16 ans est l'âge moyen d'initiation, et 32 ans est l'âge moyen d'abandon. Les fumeurs cessent de fumer surtout pour avoir un style de vie plus sain, alors que la sensibilisation et les problèmes de santé font partie des autres motifs fréquemment invoqués. Le « sevrage brutal » est la méthode au moyen de laquelle on réussit généralement à arrêter de fumer.

Ce sont les jeunes des Premières Nations qui ont le taux le plus élevé de tabagisme parmi tous les groupes d'âge. Le quart des aînés sont des fumeurs. Plus de la moitié de la population des Premières Nations ayant participé à l'enquête a déjà essayé d'arrêter de fumer. 14

Recommandations

Dans les collectes de données ultérieures, il serait utile d'effectuer des analyses plus approfondies auprès des exfumeurs des Premières Nations pour étudier les moyens qui les ont aidés à préserver leur style de vie sans fumée. De l'information sur les causes de rechute pourrait aussi nous éclairer. Une analyse détaillée du nombre d'années de tabagisme des membres des Premières Nations, soit par un rappel dans la collecte de données ultérieure, soit par des statistiques de haut niveau, pourrait éclairer grandement les travailleurs de la santé publique des Premières Nations. Une telle information pourrait se comparer aux mesures « paquets-années » de l'ERS de 1997. De plus amples renseignements sur les méthodes de cessation et les motivations des fumeurs actuels pour arrêter de fumer pourraient aider les agents de planification communautaires et les promoteurs de la santé à cibler et à soutenir les personnes qui songent à cesser de fumer (plus de 3000 répondants des Premières Nations ont essayé au moins une fois en 2001). L'étude des liens entre le tabagisme, l'état de santé, la nutrition et l'activité physique constitue une entreprise colossale qui va bien au-delà du cadre du présent chapitre, mais on recommande grandement d'entreprendre une telle analyse détaillée de l'état de santé des Premières Nations. On pourrait se pencher aussi plus en profondeur sur le logement et la fumée de tabac ambiante (FTA), au moyen de statistiques de haut niveau et de connaissances acquises sur l'exposition au tabac. D'autres analyses sur la variable « équilibre », tout à fait unique à l'Enquête régionale sur la santé, pourraient ouvrir de nouvelles perspectives.

Notes du Chapitre 9

- Jeff Reading, Eating Smoke: A Review of non-Traditional use of Tobacco Among Aboriginal People, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1996.
- Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, L'état de santé des Indiens et des Inuits, mise à jour 1987, Ottawa (Ont.), ministère de la Santé et du Bien-être, 1988. 2.
- Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, L'état de santé des Indiens et des Inuits, 1990, Ottawa (Ont.), Ministère de la Santé et du Bien-être, 1991.
- Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, L'état de santé des Indiens et des Inuits, mise à iour 1987
- D. T. Wigle et H. Johansen, juin 1982, Parental smoking and infant morbidity, Journal de l'Association médicale canadienne, 126, p. 1277 - 1278.
- 6. Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, L'état de santé des Indiens et des Inuits,
- Statistique Canada, Langue, tradition, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 1993. 7.
- Statistique Canada, Enquête sur les peuples autochtones 2001, Ottawa (Ont.), Statistique Canada 2004
- Jeff Reading, « Rapport sur le tabac », Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, Rapport national, 1999, Ottawa (Ont.), Comité national directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, Santé Canada, 1999.
- 10. Statistique Canada, Rapports sur la santé 14, 3, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, mai 2003, nº 82-00,3 au catalogue
- Aboriginal Cancer Care Unit, *Aboriginal Tobacco Strategy*, bulletin, 2005, Vol. 2, n°1.
- Reading, « Rapport sur le tabac », Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, Rapport national, 1999
- A. E. Dennis Wardman et Nadia Khan, août 2004, Tobacco cessation pharmacotherapy use among First Nations persons residing within British Columbia, Nicotine & Tobacco Research, 6, 4, p. 689 - 692.
- Santé Canada, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), Résultats pour l'année 2004, Ottawa (Ont.), Santé Canada, sans date.

Autres références

Statistique Canada, Peuples autochtones du Canada, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 1984 Gilles Y. Larocque et R. Pierre Gauvin, 1986 Points saillants du recensement de 1991 sur les Indiens inscrits: tableaux annotés, Gatineau (Qué.), Affaires indiennes et du Nord Canada, 1989.

Margo Shields, « Healthy Today, Healthy Tomorrow? Findings from the National Population Health Survey », Un pas en avant, un pas en arrière : abandon du tabac et rechute, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, sans date.

Affaires indiennes et du Nord Canada, Les femmes autochtones : un portrait d'après le recensement de 1996, Gatineau (Qué.), Affaires indiennes et du Nord Canada, 2001.

Four Directions Consulting Group, Conséquences possibles de l'évolution démographique des Premières nations, Rapport final, Gatineau (Qué.), Affaires indiennes et du Nord Canada, 2004. Affaires indiennes et du Nord Canada, Projections de la population indienne inscrite pour le Canada

et les régions 2000-2021, Gatineau (Qué.), Affaires indiennes et du Nord Canada, sans date. Santé Canada, Sur la voie de la réussite, en ligne, Ottawa (Ont.), Santé Canada, sans date, disponible

sur le Web à : http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/quitting/road/benefits.html

Santé Canada, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), Résultats pour l'année 2001, Ottawa (Ont.), Santé Canada, sans date.

Chapitre 10

Consommation d'alcool et de drogues

Résumé

Ce chapitre présente les résultats de l'Enquête régionale longitudinale 2002-2003 sur la santé des Premières Nations (ERS) au sujet de l'utilisation d'alcool et de certaines autres substances par des adultes. Comme dans les sondages précédents, on constate que, parmi les populations des Premières Nations, le taux d'abstinence est plus élevé et le taux de consommation d'alcool plus faible que dans la population générale. Cependant, il y a une plus forte proportion de gros buveurs (définis comme ceux qui prennent cinq verres ou plus lors d'une même occasion) et de consommateurs de drogues dans la population des Premières Nations. Le groupe le plus à risque, pour l'alcool comme pour les drogues, est celui des hommes de 18 à 29 ans. Nos recommandations comprennent notamment une surveillance accrue des impacts sur la santé de la consommation abusive et l'intégration de composantes culturelles dans les approches de traitement et de prévention.

Introduction

Aperçu du chapitre

Le présent chapitre présente des résultats sélectionnés de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003. Ces résultats portent sur la consommation d'alcool et d'autres substances que consomment les adultes (de 18 ans et plus). Malgré le fait que la consommation d'alcool et de drogues préoccupe toujours de nombreuses communautés des Premières Nations, on manque encore de renseignements détaillés sur l'abus et l'impact de ces substances. Le présent rapport nous donne une occasion unique d'analyser le sujet à partir des données d'une enquête de niveau national. Pour faciliter la compréhension de la nature et du contexte de ces résultats, nous présentons un résumé de la documentation pertinente, notamment des renseignements historiques et culturels, des questions à considérer concernant la surveillance ainsi que des mesures et des facteurs de risque. Le cas échéant, les résultats sont comparés avec les données disponibles d'enquêtes antérieures menées auprès des populations autochtone et non autochtone. Le chapitre se termine sur une série de recommandations concernant les efforts de surveillance dans l'avenir, ainsi que les méthodes de prévention et de traitement.

Contexte historique et culturel

Avant la colonisation, l'alcool et d'autres agents psychotropes jouaient un rôle dans la vie des peuples indigènes, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Amérique du Nord. Toutefois, leur utilisation faisait l'objet d'un contrôle strict et était associée étroitement aux coutumes et aux rituels sociaux de diverses tribus. 1 À l'arrivée des Européens, un certain nombre de facteurs contribuent à changer la perception et l'utilisation traditionnelles de ces substances. La facilité à se procurer de l'alcool, souvent présent lors de transactions commerciales et de contacts diplomatiques², est le premier de ces facteurs. En fait, au début de la colonisation, l'utilisation fréquente de l'alcool par les Européens est considérée comme une sorte de guerre chimique à leur avantage.3 La forte consommation d'alcool des premiers négociants en fourrure au style de vie de « pionniers » est un modèle que les peuples autochtones ont sans doute reproduit.⁴ Lorsque la consommation d'alcool devient illégale pour les peuples autochtones, cette façon abusive de consommer s'amplifie par l'ingurgitation rapide d'alcool pour éviter de se faire prendre par les autorités.⁵ L'adoption de ces façons de boire exerce peut-être toujours une influence sur la façon de boire actuelle, en particulier sur les épisodes de consommation excessive.

Au cours des cent dernières années, les politiques permanentes d'assimilation, comme le système des pensionnats indiens, ont contribué davantage à la désintégration des structures traditionnelles, culturelles et

familiales. Selon L. A. French (Addictions and Native Americans), un état d'harmonie éthos, concept qui décrit un système équilibré d'interactions interpersonnelles et communautaires⁶, existait avant cette aliénation culturelle. La perturbation de cet état mène à ce que E. Durkheim (Suicide) appelle « anomie », soit l'effondrement de l'ordre religieux, familial et social d'une communauté. Par conséquent, l'abus de substances représente sans doute un mécanisme d'adaptation à la perte croissante de l'identité et de la culture. 8 Cette hypothèse est renforcée par un certain nombre d'études qui concluent qu'un degré plus élevé d'orientation culturelle tant au niveau individuel que communautaire réduit les risques de certains problèmes sociaux, comme l'abus de substances et le suicide. Un grand nombre de facteurs actuels associés à la dépendance aux substances sont liés à des injustices permanentes dans les déterminants de la santé. Malgré des améliorations, il existe toujours des différences entre les populations autochtone et non autochtone en matière de scolarité, de revenu et de possibilités d'emploi. 10

Mesures et facteurs de risque

L'impact de l'alcool et des drogues sur les communautés autochtones est considérable: chez les membres des Premières Nations, les décès reliés à l'alcool sont six fois plus élevés et les décès consécutifs à la consommation de drogues sont trois fois plus élevés que dans la population générale. 11 Toutefois, la capacité de vérifier l'exactitude des données sur la prévalence de l'utilisation et l'abus de substances, et de la dépendance envers elles chez les membres des Premières Nations et les Inuit est limitée par la fiabilité et la validité des enquêtes existantes sur la population. Des enquêtes antérieures ont fait l'objet de critiques en raison du faible niveau de participation, ainsi que de l'absence de sensibilisation aux réalités culturelles des méthodes d'enquête et de l'interprétation des résultats. 12 En outre, il existe des réserves sur la sensibilisation aux réalités culturelles concernant les instruments de diagnostic actuels. exemple. F. Frances (Ethnic and Cultural Considerations, Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders) fait remarquer les difficultés d'application des critères du DSM-IVi dans l'évaluation de personnes de différents groupes culturels ou ethniques, notant qu'on attribue souvent un caractère psychopathologique à des comportements ou à des croyances qui constituent pourtant la norme dans des groupes ethno-culturels. ¹³ À ce titre, on porte une attention particulière à la pertinence culturelle des outils diagnostiques. Un certain nombre d'études moins importantes concluent que les outils diagnostiques CAGE-DETAⁱⁱ et QAAⁱⁱⁱ pour les toxicomanies sont valides pour la

iii Questionnaire autoadministré

ⁱ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – quatrième édition (DSM-IV), publié par l'American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994, la référence principale en matière de diagnostic des professionnels de la santé mentale aux États-Unis.

ii D', Avez-vous déjà ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation de boissons alcoolisées ? E; Votre ENTOURAGE vous at-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? T; Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP ? A; Avez-vous déjà eu besoin d'ALCOOL dès le matin pour vous sentir en forme ?

population autochtone. ¹⁴ La prudence est toutefois toujours de mise lorsqu'il s'agit d'appliquer des outils d'évaluation à toute la diversité des populations autochtones ou de généraliser les résultats les concernant.

Des travaux de recherche antérieurs auprès de peuples indigènes ont tenté d'identifier les facteurs associés à l'abus d'alcool et de substances. Par exemple, certaines études constatent une association entre des marqueurs génétiques et la dépendance à l'alcool, ces marqueurs induisant soit un risque soit une protection. 15 En d'autres mots, les éléments qui permettraient de conclure que la population est génétiquement sujette à des problèmes d'alcool ne sont pas probants. 16 Des différences dans les réponses physiologiques à l'alcool démontrent une sensibilité réduite aux effets de l'alcool pour certains groupes autochtones. Parallèlement au déboulonnement du mythe de l'« eau de feu », cela laisse entendre que les problèmes de consommation exceptionnels chez les membres des Premières Nations relèvent davantage de l'environnement que de facteurs génétiques. 17,18 La plupart des recherches mettent l'accent sur les éléments sociaux et individuels associés à la dépendance aux substances. Les citoyens des Premières Nations ayant été victimes de violences physiques ou sexuelles, par exemple, atteignent invariablement des niveaux élevés en matière d'abus d'alcool ou de drogues. 19 Des antécédents d'alcoolisme familial sont aussi souvent identifiés comme un indicateur de dépendance à l'alcool et aux substances dans l'avenir, et ils sont associés également aux risques de violence envers les enfants.²⁰ L'exposition à l'alcool et aux drogues, la négligence envers un enfant, la dépression, la fréquentation des pensionnats indiens et le fait d'être victime de violence font partie des autres facteurs de risque.²¹ Bien qu'il n'y ait pas assez de recherches pour conclure à une relation causale directe entre ces facteurs individuels et les comportements en matière d'alcool, ces facteurs sont souvent associés à des habitudes d'utilisation nocives, comme une consommation chronique/excessive plus tard dans la vie.²²

Bien que les drogues soient perçues comme un problème secondaire par rapport à l'alcoolisme, leur utilisation est une préoccupation croissante pour certaines communautés des Premières Nations. La dépendance à l'alcool est associée à des taux plus élevés d'abus d'autres substances, particulièrement la cocaïne et la marijuana. L'utilisation comorbide de ces substances est aussi associée à des conséquences négatives en matière de santé et de comportement, comme la violence, les blessures et les problèmes psychiatriques.

Résultats

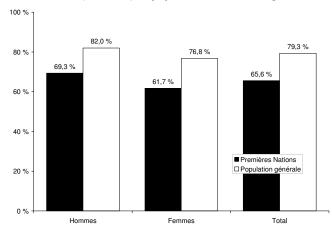
Les résultats présentés ici sont tirés des réponses aux questions de six enquêtes et comprennent de l'information sur l'abus d'alcool et de substances, les habitudes en matière de consommation d'alcool et de substances, la recherche de

traitements et les perceptions de la communauté envers l'abus de substances.

Consommation d'alcool

Les données provenant d'études précédentes indiquent en fait que le taux d'abstinence des peuples autochtones est plus élevé que celui de la population générale.²⁶ Les résultats du cycle actuel de l'ERS s'accordent avec cette conclusion. Comme on peut le constater à la figure 1, au cours des douze derniers mois écoulés, les deux tiers des répondants de l'enquête (65,6 %)^{iv} disent avoir consommé de l'alcool, contre 79,3 % de la population canadienne générale.²⁷ Le tableau 1 compare la proportion de consommateurs d'alcool selon différentes variables démographiques et la taille de la communauté. On constate une diminution systématique de la consommation avec l'âge. En fait, seulement 36,3 % des répondants de plus de 60 ans de l'ERS disent consommer de l'alcool, un taux deux fois moins élevé que chez les Canadiens de 55 à 74 ans. ²⁸ Les hommes (69,3 %) sont plus susceptibles que les femmes (61,7 %) de dire avoir consommé de l'alcool, et les taux les plus élevés se trouvent chez les hommes de 18 à 29 ans. Les données canadiennes sur la population générale traduisent des taux d'utilisation comparables chez les jeunes hommes et indiquent aussi que ce groupe est plus susceptible d'avoir consommé de l'alcool au cours de l'année écoulée.²⁹

Figure 1. Consommation d'alcool au cours de l'année écoulée : ERS 2002-2003 (n=10 655) vs population canadienne générale



Les données permettent aussi d'étudier les taux de consommation d'alcool en fonction d'un certain nombre d'indicateurs communautaires. Cependant, la consommation d'alcool ne varie pas significativement selon la taille de la communauté. Les résidents de communautés éloignées-isolées (où il n'y pas de vols réguliers) sont plus susceptibles que les résidents des communautés non isolées (ayant un

iv Pour simplifier le texte, les intervalles de confiance des estimations ne sont pas rapportés, à moins que le coefficient de variation soit supérieur à 33,3 %.

v. Les comparaisons entre les groupes ou catégories sont statistiquement significatives sauf lorsque «NS» —non significatif— est indiqué. Dans le présent chapitre, les différences sont considérées comme significatives lorsque les intervalles de confiance ne dépassent pas le niveau de confiance de 95 % (après un aiustement de Bonferroni).

accès routier et situé à moins de 90 kilomètres d'un médecin) de rapporter une consommation d'alcool (75,7 % contre 64,6 %, respectivement). Bien qu'on ait constaté des taux plus faibles de consommation (62,3 %) dans des communautés transférées, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

Fréquence de la consommation

Comme l'indique le tableau 1, les répondants qualifient leur consommation d'alcool comme étant « modérée » de façon prédominante, et cette consommation varie légèrement en fonction d'un certain nombre de caractéristiques démographiques. En plus d'une abstinence plus élevée chez les Premières Nations, la fréquence de consommation y est plus faible que chez la population en général. Seulement 17,8 % des répondants disent consommer de l'alcool sur une base hebdomadaire/quotidienne, contre 44 % de la population générale. Les hommes sont environ deux fois plus susceptibles (22,8 %) que les femmes (11,9 %) de boire sur une base hebdomadaire. Seulement 14,2 % des citoyens des Premières Nations âgés de 60 et plus disent boire sur une base hebdomadaire, ce qui est de beaucoup inférieur à leurs homologues de la population générale. 31

Consommation abusive

De façon générale, les impacts de l'alcool sont associés à des problèmes de consommation, plutôt qu'à la consommation en général. Des travaux antérieurs permettent de constater des taux plus élevés de dépendance à l'alcool et d'abus de substances chez les buveurs dont la consommation est abusive/excessive. Bien que des taux plus élevés d'abstinence et de plus faibles fréquences de consommation soient un signe positif pour les communautés autochtones, il reste que la proportion de buveurs dont la consommation est abusive (cinq boissons alcoolisées ou plus en une occasion) demeure plus élevée chez les peuples autochtones que dans la population générale. Comme l'indique le tableau 1, plus du double de la proportion des adultes des Premières Nations (16.0 %) ont dit boire de façon abusive sur une base hebdomadaire par rapport à la population générale (6,2 %), 20,9 % des hommes rapportant une consommation abusive sur une base hebdomadaire contre seulement 10,2 % des femmes. 33

Consommation de drogues

Les études antérieures fournissent peu d'information sur la consommation de drogues chez les Premières Nations. Toutefois, les résultats de ces études indiquent tout de même une proportion plus élevée de consommation de certaines drogues illicites dans la population autochtone que dans le reste de la population.³⁴ Les données du cycle actuel de l'ERS indiquent que 26,7 % des répondants ont consommé de la marijuana au cours de l'année écoulée, contre seulement 14,1 % dans la population générale.³⁵ Les hommes de 18 à 29 ans sont de loin les personnes qui en consomment le plus souvent.

Tableau 1. Proportion de personnes ayant pris une boisson alcoolisée au cours de l'année écoulée, fréquence de la consommation d'alcool et fréquence de la consommation de 5 boissons alcoolisées ou plus en une occasion, selon le sexe, l'âge et la scolarité

1± hois	sons alc.	Fréquence de la consommation d'alcool (%)					Fréquer	nce de 5+ bo	issons alc.	en une occa	asion (%)		
	urs de la	2-3 x par année	1x par mois	2-3x par mois	2-3x par semaine	1x par jour	Jamais	1x par mois	1x par semaine	1x par jour	< 1x par mois	2-3x par mois	> 1x par semaine
Globalement													
Total	65,6	26,8	21,7	33,7	15,7	2,1	17,1	24,3	7,6	1,0	17,3	25,2	7,5
Hommes	69,3	19,7	21,8	35,8	19,7	3,1	11,5	24,1	9,5	1,4	15,8	27,8	10,0
Femmes	61,7	35,3	21,6	31,2	10,9	1,0	23,7	24,7	5,2	-	19,1	22,2	4,5
Groupes d'âge	e (ans)												
18-29	82,9	22,6	22,3	35,1	18,4	1,5	12,0	24,0	8,7	-	16,9	30,3	7,6
30-39	71,0	28,6	20,9	35,9	13,3	1,3	13,6	26,4	7,7	-	18,6	25,7	7,5
40-49	58,1	29,1	19,7	33,8	14,1	3,3	21,9	23,0	6,8	-	16,1	23,0	7,0
50-59	49,8	29,4	21,9	29,1	16,7	-	26,9	22,8	7,1	-	14,8	17,9	8,4
60+	36,3	36,5	26,5	22,8	9,3	-	35,1	22,7	-	-	21,6	9,8	-
Scolarité													
Sans DES	64,5	25,5	22,0	34,6	15,7	2,1	12,7	25,3	7,2	1,2	16,0	28,5	9,1
DES	73,4	26,7	23,1	31,6	17,3	1,4	18,3	25,9	6,8	-	18,2	23,0	7,4
Diplôme collégial	62,6	29,1	23,7	31,9	14,9	4,4	21,1	22,6	9,2	-	18,6	21,8	5,3
Baccalauréat	59,0	25,2	19,6	35,1	13,5	-	31,4	18,8	-	-	20,9	21,2	-
Diplôme 2 ^e ou 3 ^e cycle	85,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

-données supprimées en raison de la petite taille de l'échantillon

Vingt-neuf pour cent des hommes de ce groupe d'âge disent consommer de la marijuana tous les jours. En général, les médicaments d'ordonnance, notamment la codéine, la morphine et les opiacées, arrivent deuxièmes en ce qui à trait à la consommation, avec 12,2 % ayant indiqué avoir consommé ces médicaments au cours de l'année écoulée. La consommation de sédatifs est rapportée par 3,1 % des répondants.

La fréquence de consommation de drogues illicites est relativement peu élevée. Le taux de consommation de 5 drogues illicites vi est de 7,3 % au cours de l'année écoulée, et les hommes (9,3 %) consomment plus que les femmes (5,3 %). Bien que faible, ce niveau de consommation est plus du double de celui de la population générale (3 %), sauf pour les substances inhalées.³⁶ Il n'existe aucune relation apparente entre la consommation de drogues et l'affiliation culturelle (c.-à-d. la possibilité de consulter un guérisseur traditionnel, l'importance des événements culturels), en raison peut-être de la petite taille des échantillons. Des proportions plus élevées de non-consommateurs disent consulter un plus petit nombre d'agents de soutien social ou en santé mentale, alors que les consommateurs de cinq drogues ou plus sont plus susceptibles que les nonconsommateurs de consulter un plus grand nombre (3) d'agents de soutien de ce type. Les impacts de la consommation de drogues illicites préoccupent les communautés. La consommation de ces drogues est associée à la dépendance à l'alcool ainsi qu'à la dépendance comorbide à d'autres substances, la cocaïne et la marijuana jouant le rôle de « drogue de base ». 37 La consommation rapportée de substances inhalées est très faible (0,2 %), même si les médias en parlent souvent comme d'un problème pour les communautés autochtones. Le lien entre le tabac et la consommation d'alcool/drogues ne fait pas partie de notre analyse.

Traitement et réponse communautaire

La proportion de répondants ayant entrepris des traitements pour leur toxicomanie permet de constater les impacts de l'abus de substances. La plupart du temps, l'abus d'alcool est la raison pour entreprendre des traitements (16.3 %). Environ 7 % de tous les répondants rapportent qu'ils ont entrepris des traitements pour l'abus de drogues, alors qu'un autre 1,2 % a entrepris des traitements pour l'abus de solvants. Ces taux ne reflètent pas nécessairement le nombre de personnes qui nécessitent des traitements, pas plus qu'ils ne représentent nécessairement un manque de ressources. De façon générale, les hommes jeunes sont moins susceptibles que leurs homologues plus âgés d'entreprendre des traitements pour abus d'alcool. Bien que les données indiquent que les taux de

vi PCP/poussière d'ange, acide/LSD/amphétamines, ecstasy, substances inhalées cocaïne/crack/freebase, héroine consommation d'alcool soient moins élevés chez les Premières Nations que dans la population générale, de graves préoccupations demeurent quant à la capacité des communautés de s'attaquer à cet enjeu. La majorité des répondants se disent préoccupés par le peu de progrès réalisé pour contrer l'abus d'alcool et de drogues³⁸, un fait qui est confirmé par les enquêtes antérieures effectuées dans les communautés de Premières Nations. Les données actuelles indiquent que 63,6 % des répondants ont l'impression qu'aucun effort n'est déployé pour réduire l'abus d'alcool et de drogues. Seulement 6,6 % ont l'impression que des progrès sont réalisés dans ce domaine.

Les personnes qui entreprennent des traitements sont plus susceptibles que les personnes qui n'entreprennent pas de traitement de rapporter un problème de santé ou plus. Environ le tiers des personnes (31,9 %) qui rapportent recevoir des traitements pour la consommation d'alcool a fréquenté les pensionnats indiens. Les personnes qui reçoivent des traitements indiquent aussi des liens culturels plus prononcés que les personnes qui ne reçoivent pas de traitement. Par exemple, une proportion plus élevée de personnes qui reçoivent des traitements sont plus susceptibles de répondre que les événements culturels et traditionnels sont importants à leurs yeux.

Discussion et recommandations

Surveillance et impacts

Pour la première fois, l'ERS offre des renseignements de base complets et nationaux sur l'abus de substances dans les populations de Premières Nations. Toutefois, des initiatives de surveillance visant à offrir des données sur les impacts sociosanitaires en rapport avec l'abus d'alcool et de substances sont toujours nécessaires. Pour obtenir ces renseignements, deux possibilités sont envisagées. La première est d'inclure d'autres questions, comme celles qu'on trouve dans l'Enquête sur les toxicomanies au Canada et l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit antérieure. Ces enquêtes analysent les effets négatifs et les impacts perçus de la consommation d'alcool et de substances au moyen de nombreux sondages. La deuxième consiste à faire le couplage des données au moyen de partenariats avec les ministères gouvernementaux. Par exemple, la Colombie-Britannique a couplé Statut d'Indien avec les données du coroner, qui fournissent des renseignements précieux sur les décès reliés à l'alcool et aux drogues au sein de la population des Premières Nations de cette province.³⁹

Prévention et traitement

Les résultats de la présente étude soulignent un certain nombre de différences importantes entre la consommation de substances chez les membres des Premières Nations et les Inuit, d'une part, et la population canadienne générale,

d'autre part. On constate en particulier que les taux d'abstinence sont plus élevés chez les Autochtones et que la fréquence de consommation d'alcool est moins élevée dans les populations autochtones. Ces différences peuvent indiquer la redécouverte d'attitudes et de valeurs traditionnelles culturelles envers la consommation d'alcool et d'autres substances. Par exemple, les personnes qui ne consomment pas d'alcool sont plus susceptibles d'avoir consulté un guérisseur traditionnel au cours de l'année écoulée que les personnes qui consomment de l'alcool (qui sont plus susceptibles de ne pas avoir consulté un guérisseur traditionnel depuis deux ans ou plus). Il est nécessaire d'étudier le rôle de la culture en tant qu'outil de prévention, une méthode déjà utilisée par de nombreuses communautés. 40 On pourrait ainsi se pencher sur les comportements inadaptés matière de consommation d'alcool, comme la consommation abusive/excessive, comportements copiés sur les pionniers du contact. Ces facteurs historiques contribuent peut-être encore en partie aux habitudes de consommation excessive qu'on rencontre aujourd'hui. Des campagnes de sensibilisation historique et culturelle pourraient servir à articuler davantage ces types de phénomènes.

Les données existantes semblent suggérer que les ententes de transfert constituent des repères de stabilité pour les communautés, ce qui en retour peut avoir un impact sur la consommation et l'abus d'alcool et de drogues. Les gouvernements doivent donc soutenir les efforts des Premières Nations en matière d'autogouvernance. Dans le cadre de l'autogouvernance, les communautés des Premières Nations doivent analyser les politiques globales et communautaires qui traitent de la prévention de l'abus et de la dépendance reliés à l'alcool et aux drogues. La prohibition fait partie des moyens de prévention les plus recommandés dans les communautés des Premières Nations mais, malheureusement, ses effets sont limités et son application dépend des politiques d'exécution et des infrastructures. 41 La prohibition doit faire partie de stratégies de prévention communautaires plus élargies. 42 Santé Canada recommande la collaboration des dirigeants communautaires des Premières Nations, des professionnels de la santé, des agences gouvernementales et des organismes d'exécution des lois pour élaborer des cadres de prévention.⁴

On doit aussi élaborer des programmes de prévention en tenant compte des déterminants de la santé. Bien que la tendance générale indique une consommation globale moins élevée dans les communautés autochtones, on constate toutefois une proportion significativement plus élevée de gros buveurs et de consommateurs de drogues que dans la population générale. Il s'agit donc de tenir compte des déterminants généraux de la santé, comme la pauvreté, pour mesurer les impacts en matière d'abus d'alcool et de drogues.

Comme il a été mentionné, les résultats de l'ERS soulignent l'importance de la culture des Premières Nations pour réduire la consommation d'alcool et de drogues. Malheureusement, la documentation qui décrit les meilleures pratiques des programmes sur les abus de substances à l'intention des populations autochtones est limitée. Toutefois, la recherche existante soutient l'incorporation de méthodes de guérison culturelles et spirituelles dans les méthodes de traitement de la toxicomanie. He M. French signale que cette façon de faire exige que les membres des Premières Nations gèrent et offrent eux-mêmes ces traitements. La conception des traitements doit aussi tenir compte des impacts psychologiques du traumatisme historique et des questions de violence. Les résultats de la présente enquête soulignent l'importance de cette méthode en raison du fait qu'un grand nombre de personnes en traitement ont fréquenté les pensionnats indiens.

Les données de l'ERS indiquent qu'une proportion plus élevée de personnes en traitement souffrent d'une maladie, ce qui sous-entend la nécessité d'un continuum de services, y compris un lien avec les soins primaires dans le cadre du traitement. 48 En outre, les données indiquent que les hommes plus jeunes sont moins susceptibles d'accéder à des traitements. Il serait donc approprié de concevoir des solutions de rechange, comme des services d'approche, notamment des services de traitement mobiles dans les communautés, des services de soutien téléphonique et des services de réduction des méfaits. ^{49,50} La validité de la pertinence culturelle concernant la réduction des méfaits n'a pas été établie au sein des populations des Premières Nations, mais des stratégies comme la consommation limitée (appropriées pour les groupes à risque élevé comme les hommes plus jeunes) se sont avérées efficaces dans les populations non autochtones et sont donc, par le fait même, dignes de considération.⁵¹ En dernier lieu, en raison de la diversité des communautés des Premières Nations, il faut éviter de généraliser les méthodes de traitements et il conviendrait de poursuivre la recherche et l'évaluation visant à déterminer les meilleures pratiques.⁵²

Conclusion

Le présent chapitre a présenté les résultats de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de 2002-2003 sur la consommation d'alcool et d'autres substances choisis des adultes. D'une façon qui correspond très bien avec les enquêtes précédentes, on constate que les taux d'abstinence sont plus élevés chez les Autochtones et que la fréquence de consommation d'alcool est moins élevée chez les répondants des Premières Nations que dans la population générale. On constate toutefois une proportion plus élevée de buveurs excessifs (cinq boissons alcoolisées ou plus en une occasion) et de consommateurs de drogues dans la population des Premières Nations. Les hommes de 18 à 29 ans sont le groupe le plus à risque pour la consommation d'alcool et de drogues. Une surveillance accrue concernant les impacts de l'abus de substances et l'intégration d'éléments culturels dans les méthodes de prévention et de traitement sont recommandées.

Notes du Chapitre 10

- L. A. French, Addictions and Native Americans, Westport, Conn., Praeger, 2000.
 - R. G. Smart et A. C. Ogbourne, Northern Spirits: Drinking in Canada Then and Now, Toronto, (Ont.), Addiction Research Foundation, 1986.
- Beauvais, 1998.
 - P. L. LeMaster et C. M. Connell, 1993, Boozing, sniffing and toking: an overview of the past, present and future of substance use by American Indians, American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 5, 2, p. 1-33.
- LeMaster et Connell, Boozing, sniffing and toking: an overview of the past, present and future of substance use by American Indians, American Indian and Alaska Native Mental Health
- J. W. Frank, R. S. Moore et G. M. Ames, 2000, Historical and cultural roots of drinking problems among American Indians, American Journal of Public Health, 90, 3: 344-51.
- R. Snake, Report on Alcohol and Drug Abuse (Task Force Eleven: Alcohol and Drug Abuse), First Report to the American Indian Policy Review Commission, Washington, D.C., Government Printing Office, 1976.
- French, Addictions and Native Americans.
- French, Addictions and Native Americans.
 - E. Durkheim, Suicide, New York, NY, The Free Press, 1951.
- · Santé Canada, Recherche documentaire, Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones: Examen de la question, Ottawa (Ont.), Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, 2000. Schultz & Schultz, 1998.
- M. Herman-Stahl, D. L. Spencer et J. E. Duncan, 2003, The implications of cultural orientation for substance use among American Indians, American Indian and Alaska, Native Mental Health Research, 11, 1, p. 46-66.

 - J. J. Chandler et C. Lalonde, 1998, Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations, *Transcultural Psychiatry*, 35, 2, p. 191-219.
- N. Adelson, Aboriginal Canada, Ottawa, (Ont.), Instituts de recherche en santé du Canada,
 - C. P. Shah, Médecine préventive et santé publique au Canada, Toronto, (Ont.), University of Ontario Press, 1998.
- British Columbia Provincial Health Officer, Report on the health of British Columbians, Provincial Health Officer's Annual Report 2001: The health and well-being of Aboriginal people in British Columbia, Victoria (C.-B.), Ministry of Health Planning, 2002.
- 12 Santé Canada, Recherche documentaire, Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la auestion.
- F. Frances, Ethnic and Cultural Considerations, Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), Washington, D.C., American Psychiatric Association Press, 1994.
- · A. Saremi et coll., 2001, Validity of the CAGE questionnaire in an American Indian
 - population, *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 3, p. 294-300.
 L. B. Bull et coll., 1999, Validation of a self-administered questionnaire to screen for prenatal alcohol use in Northern Plains Indian women, American Journal of Preventive Medicine, 16, 3,
- p. 240-243.

 T. L. Wall, L. G. Carr et C. L. Ehlers, 2003, Protective association of genetic variation in alcohol dehydrogenase with alcohol dependence in Native American Mission Indians, American Journal of Psychiatry, 160, 1, p. 41-6.
 - T. L. Wall et coll., 1997, Alcohol dehydrogenase polymorphisms in Native Americans: identification of the ADH2*3 allele, *Alcohol & Alcoholism*, 32, 2, p. 129-132. W. T. Thatcher, Fighting firewater fictions: Moving beyond the disease model of alcoholism in
- First Nations, Toronto, (Ont.), University of Toronto Press, 2004. C. L. Ehlers et coll., 1999, Electroencephalographic responses to alcohol challenge in Native
- American Mission Indians, Biological Psychiatry, 45, 6, p. 776-787. Thatcher, Fighting firewater fictions: Moving beyond the disease model of alcoholism in First 18.
- Koss et coll., 2003, Adverse childhood exposures and alcohol dependence among seven
- Native American tribes, American Journal of Preventive Medicine, 25, 3, p. 238-44.

 M. L. De Wit, B. G. Embree et D. De Wit, 1999, Determinants of the risk and timing of
 - alcohol and illicit drug use onset among natives and non-natives: similarities and differences in family attachment processes, *Social Biology*, 46, 1-2, p. 100-121.
 - S. C. Wilsnack et coll., 1997, Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings, *Journal of Studies in Alcohol*, mai, 58, 3, p. 264-271.
- K. Gil, M. E. Elk et R. A. Deitrich, 1997, A description of alcohol/drug use and family history of alcoholism among urban American Indians, American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 8,1, p. 41-52.
- J. Shore, S. M. Manson et D. Buchwald, 2002, Screening for alcohol abuse among urban Native Americans in a primary care setting. *Psychiatric Services*, 53, 6, p. 757-760.

 • Koss et coll., Adverse childhood exposures and alcohol dependence among seven Native
 - American tribes, American Journal of Preventive Medicine.

 S. Peterson et coll., 2002, Native American women in alcohol and substance abuse treatment,
 - Journal of Health Care for the Poor & Underserved, 13, 3, p. 360-378.

 D. Hasin, A. Paykin et J. Endicott, 2001, Course of DSM-IV alcohol dependence in a
- community sample: effects of parental history and binge drinking, Alcohol Clinical Experience Research, 25, 3, p. 411-414.

 • J. L. Jasinkski, L. M. Williams et J. Siegel, 2000, Childhood physical and sexual abuse as
 - risk factors for heavy drinking among African American women: a prospective study, Child Abuse Neglect, 24, 8, p. 1061-1071. Santé Canada, Recherche documentaire, Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de
- lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la question.

 C. A. Parks et coll., 2001, Gender and reported health problems in treated alcohol dependent
 - Alaska Natives, Journal of Studies on Alcohol, 62, 3, p. 286-293.
 - R. W. Robin et coll., 1998, Relationship of binge drinking to alcohol dependence, other psychiatric disorders, and behavioural problems in an American Indian Tribe, Alcohol Clinical
 - psychiatric disorders, and concround processing in Experience Research, 22, 2, p. 518-523.

 S. J. Curry et coll., 2000, At-risk drinking among patients making routine primary care visits, Preventative Medicine, 31, 5, p. 595-602.
- Santé Canada, Recherche documentaire, Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la question.

- Statistique Canada, Langue, tradition, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales : Enquête auprès des peuples autochtones 1991, Ottawa, (Ont.), ministre de l'Approvisionnement et Services Canada, 1993.
 - Santé Canada, Recherche documentaire, Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la question
- Adlaf, Begin et Sawka, éd., Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogues par les Canadiens, la prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé.
- Idem
- Idem Idem 30
- ETC, 2003. 31.
- · Robin et coll., Relationship of binge drinking to alcohol dependence, other psychiatric disorders, and behavioural problems in an American Indian Tribe, Alcohol Clinical Experience
 - · Curry et coll., At-risk drinking among patients making routine primary care visits, Preventative Medicine
- Adlaf, Begin et Sawka, éd., Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogues par les Canadiens, la prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé.
- Santé Canada, Recherche documentaire, Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de 34.
- lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la question. Adlaf, Begin et Sawka, éd., Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête 35. nationale sur la consommation d'alcool et de drogues par les Canadiens, la prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé.
- 37. Parks et coll., Gender and reported health problems in treated alcohol dependent Alaska Natives, Journal of Studies on Alcohol.
- · Gil, Elk et Deitrich, R.A., A description of alcohol/drug use and family history of alcoholism among urban American Indians, American Indian and Alaska Native Mental Health Research.
- Statistique Canada, Langue, tradition, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales . Enquête auprès des peuples autochtones 1991. British Columbia Provincial Health Officer, Report on the health of British Columbians,
- 39. Provincial Health Officer's Annual Report 2001: The health and well-being of Aboriginal
- people in British Columbia.P. Spicer, 2001, Culture and the restoration of self among former American Indian drinkers, Social Science and Medicine, 53, 2, p. 227-240.

 • B. Segal, 1998, Responding to victimized Alaska Native women in treatment for substance
- abuse, Substance Use & Misuse, 36, 6-7, p. 845-865.
- Santé Canada, Recherche documentaire, Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la question.
- M. G. Landen, 1997, Alcohol-related mortality and tribal alcohol legislation, Journal of Rural Health, 13, 1, p. 38-44.
- Santé Canada, Recherche documentaire, Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : Examen de la question.

 • M. Brady, Culture in treatment, culture as treatment: a critical appraisal of developments in
- addictions programs for indigenous North Americans and Australians, Social Science and Medicine, 41, 11, p. 1487-1498.
 - P. J. Abbot, 1998, Traditional and western healing practices for alcoholism in American Indians and Alaska Natives, Substance Use and Misuse, 33, 13, p. 2605-2646.
 K. L. Walters, J. M. Simoni et T. Evans-Campbell, 2002, Substance use among American
 - Indians and Alaska natives: incorporating culture in an "indigenist" stress-coping paradigm,
- Public Health Reports, 117, 1, p. \$104-117. French, Addictions and Native Americans.
- M. Y. Brave Heart, 2003, The historical trauma response among natives and its relationship with substance abuse: a Lakota illustration, Journal of Psychoactive Drugs, 35, 1, p. 7-13.
- Robin et coll., Relationship of binge drinking to alcohol dependence, other psychiatric disorders, and behavioral problems in an American Indian Tribe, Alcohol Clinical Experience Research.
- 48 Parks et coll., Gender and reported health problems in treated alcohol dependent Alaska Natives, Journal of Studies on Alcohol,
- J. Weibe et K. M. Huebert, 1996, Community mobile treatment: what it is and how it works,
- Journal of Substance Abuse Treatment, 13, 1, p. 23-31.

 M. Herman-Stahl et J. Chong, 2002, Substance abuse prevalence and treatment utilization among American Indians residing on-reservation, American Indian & Alaska Native Mental Health Research, 10, 3, p. 1-23.
- D. Wardman et D. Quantz, Harm reduction services for British Columbia's First Nations population: a qualitative inquiry into opportunities and barriers for injection drug users, Vancouver (C.-B.), Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, 2005.
- J. Westermeyer, 2001, Alcoholism and co-morbid psychiatric disorders among American Indians, American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 10, 2, p. 27-51.

Autres références

Santé Canada, Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada, Ottawa, (Ont.), Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, 2002

- C. Stewart-Sabin et M. Chaffin, « Culturally competent substance abuse treatment for American Indian and Alaska native youths », Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary Models from a national evaluation study, édité par S. J. Stevens et A. R. Morral, New York, NY, Haworth Press, 2003, p. 155-182.
- K. A. Svenson et C. Lafontaine, Rapport national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, 1999, Ottawa, (Ont.), Comité national directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999.
- E. L. Szabo, A Study of Mortality Related to Alcohol Use among the Status Indian Population of Saskatchewan. Présentée au 8e Congrès international sur la santé circumpolaire, Whitehorse, Yukon,
- P. J. Thurman et coll., 2003, Community readiness: the journey to community healing, Journal of Psychoactive Drugs, 35, 1, p. 27-31.

Chapitre 11

Sexualité et hygiène sexuelle

Résumé

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 contient des données permettant d'interpréter les pratiques et l'hygiène sexuelles des adultes. La vie est perpétuée grâce à des manifestations sexuelles considérées à la fois comme sacrées et naturelles par les Premières Nations. La colonisation et le système des pensionnats indiens ont modifié en profondeur la façon de vivre des citoyens des Premières Nations, y compris dans leur sexualité. Certaines familles et collectivités sont aux prises avec des problèmes de violence sexuelle. Pour compliquer le tout, le VIH et les maladies transmissibles sexuellement (MTS) ont fait leur entrée et se propagent grâce à des relations sexuelles non protégées.

Les données révèlent que les répondants adultes sont actifs sexuellement à tout âge, mais que la fréquence des rapports diminue avec l'âge. D'après leurs déclarations, les hommes des Premières Nations sont plus actifs sexuellement que les femmes. Les personnes de 60 ans sont les plus nombreuses (95,4%) à avoir un ou deux partenaires sexuels, alors que le groupe d'âge inférieur (18 à 29 ans) présente les taux les plus bas (80,1%). Les répondants à ce sondage ont déclaré ne pas toujours utiliser le condom, pour toutes sortes de raisons. Ce sont les jeunes adultes de 18 à 39 ans qui se considèrent les plus susceptibles d'être testés pour le VIH. Les hommes sont moins susceptibles d'être testés pour le VIH que les femmes. Ces données révèlent que le fait d'avoir beaucoup de partenaires sexuels ne se traduit pas nécessairement un nombre plus élevé de tests du VIH, et qu'il est nécessaire de mieux éduquer les hommes et les femmes de tous âges, peu importe leur état matrimonial.

Introduction

Depuis toujours, les Premières Nations considèrent la vie comme une chose sacrée. Pour elles, la sexualité est l'expression de la force de création vitale entre un homme et une femme. Historiquement, le mode de vie des Premières Nations a connu des changements qui ont affecté le sens traditionnel de la sexualité et sa relation avec le caractère sacré de la vie. Le présent chapitre offre une perspective culturelle et historique de la sexualité et des pratiques sexuelles des Premières Nations. On y analyse les données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002–2003 reliées à l'activité sexuelle, au nombre de partenaires sexuels, à l'utilisation du condom et au test de VIH (selon l'âge, le sexe et/ou l'état matrimonial).

Méthodes d'interprétation

Le présent chapitre se sert du Cadre culturel de l'ERS décrit l'introduction pour appuyer une communautaire visant à améliorer et à renforcer la santé et le bien-être des Premières Nations. Dans un modèle à quatre directions, la porte de l'Est met l'accent sur la nécessité de voir la santé optimale de l'individu, de la famille et de la communauté par le biais d'une lentille culturelle, et attire l'attention sur le fait que les membres des Premières Nations doivent retourner à leurs enseignements et valeurs traditionnelles. La porte du Sud met l'accent sur le fait que les individus, les familles et les communautés sont témoins de perturbations, qu'ils vivent de la détresse et que leur perspective culturelle de la sexualité en tant que force de vie sacrée est faussée. La porte de l'Ouest met l'accent sur la compréhension des données et sur l'interprétation de l'état de santé et du bien-être actuel des Premières Nations. La porte du Nord offre des directives pour développer la santé de la personne, de la famille et de la communauté des Premières Nations au moyen de valeurs et d'enseignements culturels. Le cadre propose un enseignement de la santé-sexualité culturellement approprié à l'intention de tous les groupes d'âges et des sexes, peu importe l'état matrimonial.

La porte de l'Est

Des histoires de création qui décrivent la façon dont la vie a été créée sur la Terre-Mère font partie du répertoire de nombreuses Premières Nations. Nos aînés nous enseignent que le Créateur nous a donné la vie, que la vie est sacrée et que chacun de nous est un être spirituel et sacré. Grâce à leur amour et à leur tendresse, nos parents, nos grands-parents et d'autres membres de la famille et de la communauté nous protègent, nous guident et nous enseignent à devenir des adultes en santé. Au moyen de ce processus de vie, nous apprenons les croyances et les valeurs de notre communauté et de notre culture afin de devenir des personnes en santé pouvant contribuer à la vie familiale et communautaire des Premières Nations. C'est un cycle de vie sacré.

La porte du Sud

Avec le temps et à la suite de contacts avec d'autres cultures, la vie que nous connaissions s'est modifiée. Pour certaines personnes, ces changements se sont concrétisés lors d'une période de colonisation et au moment de l'adaptation subséquente à des façons de vivre étrangères. Ces changements affectent alors notre cycle de vie sacré, conçu à l'origine pour créer des êtres spirituels. Guerres, famines, maladies et politiques d'assimilation modifient notre cycle de vie sacré. De nos jours, de nombreuses Premières Nations sont en période de guérison et cherchent des moyens de s'affranchir de ce processus de colonisation. Le fait d'honorer, de protéger et de respecter le caractère sacré du cycle de vie en fait partie.

On entame aussi des démarches pour soigner les répercussions intergénérationnelles de la violence, particulièrement la violence sexuelle. Tout le monde sait que les pensionnats indiens sont issus des politiques coloniales du gouvernement fédéral, ajoutées aux visées de l'Église pour assimiler les peuples autochtones à la société dominante. Les leaders des Premières Nations ayant brisé le silence, les séquelles des pensionnats indiens sont dévoilées. En 1990, Phil Fontaine, un ancien Chef de l'Assemblée des Chefs du Manitoba et Chef national actuel de l'Assemblée des Premières Nations informe les représentants de l'Église catholique romaine et de la presse des violences dont luimême et de nombreuses autres personnes ont été victimes au cours des ans. « Je pense que ce qui m'est arrivé est arrivé à beaucoup d'autres personnes. Ce n'était pas seulement des violences sexuelles, c'était aussi des violences physiques et psychologiques. C'était un viol [traduction]. »

Si on ne guérit pas les individus, les familles et les communautés de la violence sexuelle, ces derniers continueront à avoir un impact négatif sur les Premières Nation. En 2003, lors de la première Conférence nationale indigène sur les abus sexuels, Phil Lane, Jr. aborde le sujet dans son allocution.² M. Lane raconte l'histoire de la cérémonie la plus sacrée : la naissance d'un enfant. Cette cérémonie est méconnue en raison de multiples complications consécutives à la généralisation des violences sexuelles. Il explique que les violences sexuelles généralisées, les violences sexuelles faites aux enfants. l'inceste, la pornographie, le viol, la prostitution enfantine et adulte, le VIH/sida et le viol collectif existent dans nos communautés parce que « le pouvoir créatif et l'expression sacrée de la vie » ont fait l'objet d'abus. La perturbation par la violence sexuelle de l'aspect le plus sacré de la vie a causé de la détresse chez les membres des Premières Nations. L'expérience de la violence sexuelle a affecté leur santé et leur bien-être. Ces multiples complications affectent aussi les familles et les communautés.

Le sexe est un sujet de conversation que les gens abordent de plusieurs façons différentes. Traditionnellement, l'acte sexuel est l'expression de l'événement le plus sacré, soit la naissance d'un enfant. Toutefois, dans notre cheminement de vie contemporain, qui comprend la prise de conscience de son propre être sacré, la prévention des atteintes et la guérison, il existe de nombreuses raisons de se préoccuper de la vie et du processus de création de la vie par la sexualité. Qu'entend-on par sexualité? En voici une définition :

La sexualité est un aspect essentiel de l'humain tout au long de sa vie; elle englobe le sexe, l'identité sexuelle, les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. On expérimente et exprime la sexualité au moyen de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Bien que la sexualité puisse comprendre toutes ces dimensions, on ne les expérimente et ne les exprime pas toujours toutes. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux spirituels [traduction].

À la lumière de cette définition, il est logique pour les Premières Nations de vouloir soulever l'expérience des pensionnats indiens et le traumatisme intergénérationnel qui en a résulté. La majorité des répondants (79,7 %)¹ n'a pas fréquenté un pensionnat indien, mais la majorité des répondants (73.4 %) a l'impression que le fait que leurs grands-parents aient fréquenté un pensionnat indien a affecté négativement l'éducation qu'ils ont donnée à leurs parents. En 1997, les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit menée en Ontario (auprès de 870 adultes des Premières Nations) indiquent que 59 % des hommes ont subi des violences physiques.⁵ Les agresseurs sont plus souvent les mères que les pères.⁶ En outre, 34 % des répondants rapportent avoir subi des violences sexuelles durant leur enfance et les agresseurs sont souvent des parents ou d'autres connaissances. Des expériences traumatisantes vécues dans l'enfance affectent la vie adulte et, pour en guérir, il faut qu'elles fassent l'objet d'analyses approfondies. En 1997, les enquêtes régionales sur la santé menées en Nouvelle-Écosse et au Manitoba ont posé des questions sur des pratiques sexuelles sans risque.⁸ Les résultats indiquent que 31 % des répondants de la Nouvelle-Écosse ont des pratiques sexuelles à risque, et qu'il en est de même pour 61 % des répondants du Manitoba. 9 Il est important de prévenir la transmission des infections transmises sexuellement (ITS) et du VIH en adoptant des pratiques sexuelles saines parce que les bactéries et les virus affectent non seulement le corps, mais aussi l'esprit et l'âme des personnes.

La porte de l'Ouest

Les pensées et les comportements d'une personne peuvent améliorer ou perturber le caractère sacré de la vie. Nous croyons que l'esprit, le corps et l'âme sont interreliés, ce qui signifie que des activités sexuelles non protégées menant à des ITS et au VIH/sida peuvent avoir un effet négatif sur l'esprit, le corps et l'âme des personnes. Selon Santé Canada (1997), les ITS sont transmises au cours d'activités sexuelles lorsque des bactéries ou des virus se trouvent dans le sperme, les sécrétions vaginales et le sang. ¹⁰ Une toute petite coupure sur la bouche¹¹ peut aussi transmettre une ITS par la salive. Le partage d'aiguilles ou de seringues peut transmettre les ITS par les sécrétions corporelles. Les femmes enceintes souffrant d'une ITS peuvent transmettre l'infection à leur bébé durant la grossesse ou l'accouchement. 12 Bien qu'il existe des vaccins pour l'hépatite B, il n'existe aucune cure ou vaccin pour les verrues génitales, l'herpès génital ou le VIH. 13 La chlamydia, la gonorrhée, la vaginite/pertes vaginale, les infections à levure, la trichomonase, la vaginose bactérienne, les morpions, la gale, l'herpès génital, les verrues génitales (papillomavirus) l'hépatite B, la syphilis et le VIH/sida font partie des ITS.¹⁴

En 2004, l'Alberta Health and Wellness a constaté une certaine insouciance envers le VIH et a attribué 50 % de toutes les maladies transmissibles en Alberta aux infections transmises sexuellement. En outre, des comportements insouciants mènent à des pratiques sexuelles non sûres. Les Centers for Disease Control and Prevention (1998) rapportent que le sida « touche les groupes de la population dont les taux d'ITS guérissables sont les plus élevés ». En 2004, l'Alberta Health and Wellness rapporte ce qui suit :

Tous les groupes d'âge sont touchés par les ITS, mais la plupart des personnes infectées se trouvent dans le groupe des 15–29 ans. Bien que la plupart des personnes souffrant d'une ITS s'identifient elles-mêmes comme étant de race blanche, les Autochtones sont touchés de façon disproportionnée par toutes les ITS, sauf la syphilis [traduction]. 17

Résultats

La présente partie du chapitre examine l'activité sexuelle, le nombre de partenaires, l'utilisation du condom et le test de VIH, selon l'âge, le sexe ou l'état matrimonial, au cours d'une période de douze mois.

Les données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-003 indiquent que la plupart des répondants adultes (73,7 %) sont actifs sexuellement peu importe l'âge, bien que l'activité sexuelle diminue avec l'âge. La majorité des répondantsⁱⁱ âgés entre

ⁱ Pour simplifier le texte, les intervalles de confiance ne sont pas indiqués pour les estimations à moins que le coefficient de variation soit supérieur à 33,3 %.

ii Les comparaisons entre les groupes ou les catégories sont statistiquement significatives, sauf où «NS» (non significatif) est indiqué. Dans le présent chapitre, les différences sont considérées comme significatives lorsque les intervalles de confiance ne dépassent pas le niveau de confiance de 95 % (après un ajustement de Bonferroni).

18–29 ans, 30–39 ans et 40–49 ans sont actifs sexuellement (83,5 %, 84,6 % et 77,9 %; différences non significatives). Les répondants âgés de 50–59 ans sont sensiblement moins actifs sexuellement (58,6 %). L'activité sexuelle diminue davantage chez les répondants âgés de plus de 60 ans (26,7 %). Peu importe l'âge, les adultes des Premières Nations sont actifs sexuellement. Cela laisse entendre que pour atteindre une santé sexuelle optimale dans les communautés, il faut éduquer les personnes de tous âges et de toutes conditions. ¹⁸

Des données de l'ERS 2002-2003 indiquent que les hommes des Premières Nations rapportent une activité sexuelle plus importante que les femmes. La majorité des répondants (80,3 %) sont actifs sexuellement, alors que 66,8 % des répondantes disent être actives sexuellement.

Des questions sont posées aux répondants concernant leur état matrimonial et leurs activités sexuelles. Une majorité de répondants (90,4 %) en union de fait sont actifs sexuellement. Les activités sexuelles diminuent chez les personnes mariées (79,1 %), célibataires (70,6 %), séparées ou divorcées (58,1 % et 51,6 % respectivement, différences non significatives) et veuves (17,0 %).

On dénote une incidence de l'état matrimonial sur le nombre de partenaires rapporté sur une période de douze mois. Les résultats laissent entendre que la plupart des personnes mariées (97,8 %) ont un partenaire ou deux, tout comme le groupe des personnes veuves (97,2 %), en union de fait (95,8 %) et divorcées (88,4 %). Un plus petit nombre de personnes séparées (83,2 %) ou célibataires (71,5 %) ont un partenaire ou deux seulement, comparativement aux personnes mariées, en union de fait ou veuves, bien que la majorité dise quand même avoir un partenaire ou deux. Les adultes célibataires ou séparés (16,3 % et 12,3 % respectivement) sont plus susceptibles que les personnes en union de fait, veuves et mariées de rapporter trois à quatre partenaires au cours des douze mois écoulés.

Dans tous les groupes d'âge, la majorité des adultes rapporte un ou deux partenaires sexuels au cours des douze mois écoulés. Ce sont les adultes âgés de 60 ans et plus (95,4 %) qui indiquent avec la plus grande fréquence avoir un partenaire ou deux et le groupe d'âge le plus jeune, soit les 18–29 ans (80,1 %), qui pointe le moins vers cette catégorie. En général, les données indiquent que les répondants faisant partie du groupe d'âge le plus jeune ont plus de partenaires sexuels que les répondants faisant partie des groupes d'âge plus âgés. Certains répondants âgés de 18–29 ans (11,8 %) rapportent trois à quatre partenaires sexuels, alors que 8,0 % du même groupe d'âge rapportent cinq partenaires sexuels ou plus.

Les femmes (93,1 %), sont plus susceptibles que les hommes (81,6 %) de rapporter un ou deux partenaires sexuels. Inversement, les hommes sont deux fois plus susceptibles que les femmes de rapporter trois ou quatre partenaires

(9,9 % pour les hommes contre 4,7 % pour les femmes), cinq à six partenaires (4,5 % pour les hommes contre 1,2 % pour les femmes), ou même davantage.

On conseille fortement l'utilisation du condom comme moven de prévenir les ITS/VIH. Pourtant, dans tous les groupes d'âge, les répondants indiquent qu'ils n'utilisent pas toujours le condom, la raison principale étant un partenaire régulier. Cette raison est aussi la raison principale indiquée par tous les groupes d'état matrimonial, y compris les personnes mariées, divorcées, en union de fait, veuves, séparées ou célibataires. De nombreux répondants âgés de 18-29 ans (9,9%) indiquent ne pas toujours utiliser un condom parce qu'ils sont sous l'effet de l'alcool ou des drogues. Toutefois, dans les groupes d'âge plus âgés, les gens sont moins susceptibles d'indiquer l'alcool ou les drogues comme une raison de ne pas utiliser un condom. Dans tous les groupes d'âge, 6,6 % indiquent qu'ils ne veulent pas utiliser de condom, 4,0 % indiquent que leur partenaire ne veut pas utiliser de condom, 3,6 % croient qu'il n'y a pas de danger et qu'ils n'ont pas besoin d'utiliser de condom et 3,4 % indiquent que leur partenaire veut devenir enceinte.

Les figures 1 à 3 présentent le taux de test de VIH selon l'âge, le sexe et l'état matrimonial respectivement. Dans l'ensemble, 34,2 % de tous les adultes ont passé le test de VIH à un moment donné. Malgré les raisons indiquées pour ne pas utiliser de condoms, les adultes plus jeunes (45,1 % des personnes de 18-29 ans et 41,9 % des personnes de 30-39 ans) sont plus susceptibles de passer le test de VIH. En général, le fait de passer le test de VIH diminue avec l'âge. Les hommes (29,5 %) sont moins susceptibles que les femmes (39,0 %) de passer un test de VIH. De nombreux répondants célibataires (40,8 %), en union de fait (40,6 %), divorcés (38,9 %) et séparés (35,6 %) sont plus susceptibles que des répondants mariés (23,8 %) et veufs (13,4 %) de passer le test de VIH.

Malgré tout, ce ne sont pas toutes les personnes qui passent le test de VIH, même si elles rapportent plus d'un partenaire sexuel au cours des douze mois écoulés. De plus, il n'existe pas de différences significatives dans les taux de test de VIH selon le nombre de partenaires sexuels. Moins de la moitié des répondants (40,3 %,) ayant rapporté d'un à deux partenaires au cours des 12 mois écoulés a passé le test de VIH, comparativement à la moitié des répondants (51,0 %) ayant rapporté de trois à quatre partenaires. Plus de la moitié des répondants (51,2 %) ayant rapporté de cinq à six partenaires sexuels a passé le test de VIH, et moins de la moitié des répondants (36,6 %) ayant rapporté de sept à six partenaires a passé le test de VIH. Les personnes ayant rapporté 11 partenaires ou plus (44,1 %) sont moins susceptibles de passer le test de VIH. Ces données indiquent que le fait d'avoir de nombreux partenaires sexuels n'incite pas nécessairement à passer plus de tests de VIH.

Figure 1. Proportion ayant passé un test de VIH à un moment donné de sa vie, selon les groupes d'âge

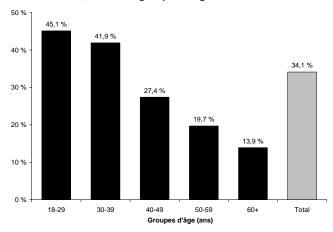
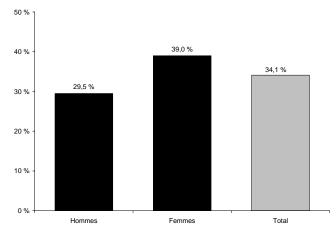


Figure 2. Proportion ayant passé un test de VIH à un moment donné de sa vie, selon le sexe

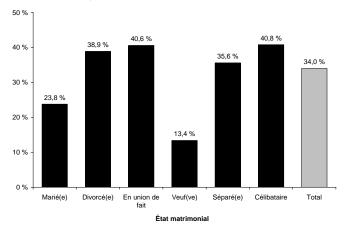


La porte du Nord

Les données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 indiquent que les adultes des Premières Nations de tous âges sont actifs et que l'activité sexuelle diminue avec l'âge. Les hommes des Premières Nations rapportent une activité sexuelle plus importante que leurs homologues féminins. Le taux de prévalence le plus élevé concernant un ou deux partenaires sexuels se trouve chez les membres des Premières Nations âgés de plus de 60, tandis que les taux de prévalence les moins élevés concernant un ou deux partenaires se trouvent chez les personnes appartenant au groupe d'âge le plus jeune, soit 18-29 ans. Dans la présente étude, les répondants indiquent qu'ils n'utilisent pas toujours de condom. Les raisons indiquées pour ne pas utiliser de condoms diffèrent. Les personnes plus jeunes sont plus susceptibles de passer un test de VIH, alors que la tendance diminue avec l'âge. Les hommes sont moins susceptibles que les femmes de passer un test de VIH. L'incitation à passer un test de VIH est plus forte avant la grossesse. Les données laissent aussi entendre

que le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels n'incite pas davantage à passer le test de VIH et qu'il est nécessaire d'offrir aux hommes et aux femmes adultes de tous âges une éducation appropriée adaptée à la culture.

Figure 3. Proportion ayant passé un test de VIH à un moment donné de sa vie, selon l'état matrimonial



Une éducation offerte à tous les groupes d'âge permettrait aux grands-parents, aux parents et aux autres membres adultes de la communauté de devenir proactifs et d'aider la prochaine génération de jeunes à composer avec les ITS/VIH et peut-être à les éradiquer. Nos enseignements traditionnels nous poussent à adopter une méthode inclusive et holistique en matière d'éducation parce que les ITS et le VIH apportent la honte, la douleur et le chagrin aux personnes touchées. En tant que membres de la famille et de la communauté, nous avons une responsabilité sociale à collaborer pour prévenir la transmission des ITS et du VIH et à les traiter. Ces maladies altèrent le caractère sacré de la vie. Ensemble, la médecine occidentale et les connaissances indigènes traditionnelles peuvent mener à des mesures efficaces en matière de prévention et de traitement des ITS et du VIH, redonnant ainsi un équilibre sexuel aux communautés des Premières Nations.

Notes du chapitre 11

- J. R. Miller, Shingwauk's vision: A history of Native residential schools, Toronto (Ont.), 1. University of Toronto Press, 1996.
- P. Lane, allocution, First National Indigenous Sexual Abuse Conference, Edmonton (Alb.), Healing the intergenerational impact of sexual abuse, le 13 février 2003, en ligne, cité le 6 avril 2005, disponible sur le Web à : http://www.turtleisland.org/discussion/viewtopic.php?t=623.
- Adriane Martin Hilber et Manuela Colombini, «Promoting sexual health means promoting healthy approaches to sexuality», Sexual Health Exchange, en ligne, 2002 / 2004, disponible sur le Web à: http://www.kit.nl/ils/exchange_content/assets/images/Exchange_2002-4_eng.pdf.

 Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, Enquête régionale sur la
- conne de goteniale de Information des l'etinistratoris Nations, Enquere régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1997, en ligne, Ottawa, Canada, Centre des Premières Nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone, 2004, cité le 27 avril 2005, disponible sur le Web à : http://www.naho.ca/firstnations/english/pdf/ERS_synthesis.report.pdf
- Idem
- Idem
- 10. Santé Canada, Ce que vous devez savoir sur les maladies transmises sexuellement, brochure, Ottawa (Ont.), ministre des Travaux publics, 1997.
- 12
- 13.
- Alberta Health and Wellness, Sexually Transmitted Infections (STI) Surveillance Report
- Alberta Health and Wellness, Sexually Transmitted Infections (STI) Surveillance Report Alberta—1998 to 2002, en ligne, Edmonton, Canada, Alberta Health and Wellness, 2004, cité le 4 février 2003, disponible sur le Web à : http://www.health.gov.ab.ca. Centers for Disease Control and Prevention, HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases—United States recommendations of the advisory committee for HIV and STD prevention, juillet 1998, en ligne, cité le 4 février 2003, disponible sur le Web à : http://lilwonder.cdc.gov.wonder/prevguid/m0054174/m0054174.asp. Alberta Health and Wellness, Sexually Transmitted Infections (STI) Surveillance Report Alberta—1998 to 2002, en ligne. 16.
- Alberta-1998 to 2002, en ligne.
- U.S. Department of Health and Human Services, *The Surgeon General's call to action to promote sexual health and responsible behavior*, 2001, en ligne, disponible sur le Web à: http://www.surgeongeneral.gov/library/sexualhealth/call.htm>.

Chapitre 12

Accès aux soins de santé

Résumé

Le présent chapitre porte sur les indicateurs de l'accès aux soins de santé primaires à caractère préventif de type occidental. Dans l'ensemble, 40,8 % des répondants considèrent qu'ils profitent du même accès aux services de santé que les autres Canadiens. Environ le quart (23,6 %) considèrent qu'ils ont un meilleur accès, alors que 35,6 % trouvent que leur accès est moins bon que celui des autres Canadiens.

Les Premières Nations, comme les autres Canadiens, considèrent que les listes d'attente sont un obstacle. Il existe également des obstacles spécifiques aux Premières Nations. La langue, les coûts, le transport, l'inexistence de services locaux à proximité et le caractère inadéquat du service sont quelques exemples d'obstacles. Selon Santé Canada, des Services de santé non assurés (SSNA) sont offerts dans le but d'aider les Premières Nations à atteindre un état de santé global équivalent à celui des autres Canadiens. Ainsi, le programme des SSNA devrait au moins contribuer à aplanir les obstacles géographiques et économiques qui gênent l'accès aux soins, mais les règles actuelles d'admissibilité ont plutôt l'effet contraire.

Les résultats de cette étude indiquent également que les programmes de prévention et de dépistage offerts au niveau de la communauté pourraient être étendus de façon à cibler des problèmes de santé particuliers. Des améliorations pourraient être apportées dans le dépistage des maladies cardiaques (cholestérol), du diabète de type II (glycémie) et des problèmes de vision. On pourrait ajouter à cette liste le dépistage des cancers du sein, du cerveau, de la prostate et de l'intestin. Les activités de dépistage et de prévention communautaires pourraient être guidées par des normes spécifiques aux Premières Nations.

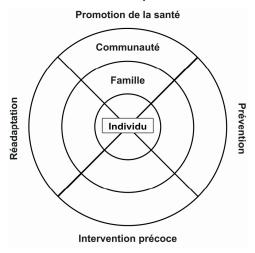
Introduction

Le présent chapitre se penche sur l'accès des Premières Nations aux services de santé primaires conventionnels en ce qui concerne la prévention et l'intervention précoce. De nombreux rapports indiquent que les membres des Premières Nations sont plus malades que leurs homologues canadiens. L'accès aux soins de santé conventionnels n'est qu'un déterminant de la santé. Il se peut aussi que les membres des Premières Nations utilisent les services de santé conventionnels comme compléments à la médecine traditionnelle et aux méthodes de mieux-être ou l'inverse. Les soins de santé primaires ne constituent donc qu'une partie des soins et des activités de guérison dont dépendent les Premières Nations pour assurer leur santé et leur bien-être.

Il est important de documenter l'accès des Premières Nations aux soins de santé primaires puisque des études récentes démontrent que les pays ayant un meilleur accès aux soins de santé primaires sont moins susceptibles de rapporter des inégalités en matière de santé⁵, surtout parce que les soins de santé primaires sont axés sur la prévention, la promotion de la santé, l'intervention précoce et la réadaptation. Les soins de santé primaires favorisent aussi des méthodes de soins axées sur la communauté, la famille et l'individu^{6,7}, comme l'indique la figure 1.

La prochaine section traite d'une sélection d'indicateurs d'accès aux soins de santé primaires, y compris l'évaluation subjective des répondants eux-mêmes au sujet de leur accès aux soins de santé par rapport aux Canadiens, de l'accès aux mesures de dépistage et de prévention, des obstacles à l'accès aux soins de santé et de l'accès aux services de santé non assurés (SSNA). Les résultats seront analysés dans le cadre fourni par d'autres études, dont l'ERS 1997 et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les conclusions et les recommandations se trouvent à la dernière section.

Figure 1. Modèle de soins de santé primaires



Résultats et discussion

Accès global aux services de santé

Un certain nombre de facteurs, comme l'état de santé, le sexe, l'âge, la communauté et les transferts, ont une incidence sur l'évaluation faite par les répondants des Premières Nations de leur accès aux services de santé. Dans l'ensemble, 40,8 % des répondants des Premières Nations considèrent que l'accès aux services de santé est le même que celui des Canadiens en général. On constate donc une augmentation par rapport à l'ERS de 1997 des répondants des Premières Nations considéraient l'accessibilité aux services de santé comme la même que celui des Canadiens. Un autre 23,6 % considère que l'accessibilité est meilleure, alors que 35,6 % considèrent qu'ils ont moins d'accès que les Canadiens.

État de santé autodéclaré

Comme l'indique le tableau 1, les répondants des Premières Nations qui considèrent leur état de santé comme très bon ou excellent considèrent aussi l'accès aux services de santé comme meilleur (24,6 %)ⁱⁱⁱ ou le même (45,5 %) que celui des Canadiens. En outre, les répondants qui considèrent leur état de santé comme très bon sont susceptibles de rapporter un meilleur accès aux services de santé que les Canadiens et que les répondants qui considèrent leur état de santé comme bon, passable ou mauvais. Les personnes qui rapportent un état de santé passable ou mauvais sont moins susceptibles de rapporter un même niveau d'accessibilité que les personnes dont l'état de santé est bon, très bon ou excellent. Le niveau d'accessibilité perçu ne varie pas de façon significative selon l'état de santé autodéclaré.

Tableau 1. Proportion des adultes qui évaluent le niveau d'accessibilité aux services de santé par rapport à l'état de santé autodéclaré (n=8 731)

	Excellent ou très bon	Bon	Mauvais
Meilleure accessibilité (NS)	24,6 %	22,3 %	24,7 %
Même niveau d'accessibilité	45,5 %	39,6 %	34,0 %
Moins d'accessibilité	29,9 %	38,1 %	41,3 %

ⁱ Pour simplifier le texte, les limites de confiance sont rapportées seulement pour les estimations globales dont le coefficient de variation est supérieur à 33,3 %. Une annexe statistique comprenant des intervalles de confiance pour toutes les figures rapportées est disponible à : www.naho.ca/fnc/ERS.

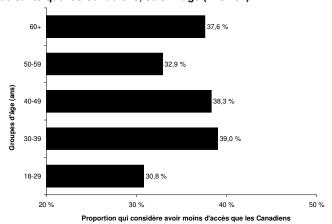
ii Dans l'ERS 1997, on demande aux répondants si l'accessibilité aux soins de santé est le même ou non. Dans l'ERS 2002 / 2003, on demande aux répondants si le niveau d'accessibilité est le même, meilleur ou s'ils ont moins d'accessibilité comparativement aux autres Canadiens. Il faut donc faire preuve de prudence dans la comparaison des résultats.

^{fii} Les comparaisons entre les groupes rapportées dans le présent chapitre sont toutes significatives, à moins que «NS» (non significatif) ne soit indiqué entre parenthèses. Dans le présent chapitre, les estimations sont considérées comme étant significativement différentes lorsque leurs intervalles de confiance ne dépassent pas le niveau de confiance de 95 %.

Sexe et âge

Environ la même proportion de femmes et d'hommes considèrent qu'ils ont moins d'accessibilité aux services que les Canadiens en général (37,6 % contre. 33,7 % - NS). Les différences selon l'âge, indiquées à la figure 2, sont également non statistiquement significatives.

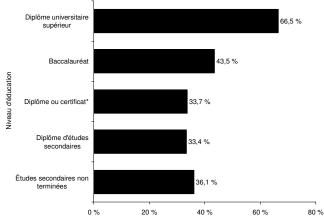
Figure 2. Proportion qui croit avoir moins d'accès aux services de santé que les Canadiens, selon l'âge (n=8 767)



Éducation

La figure 3 indique la proportion de répondants des Premières Nations qui dit avoir moins d'accessibilité aux services de santé, par niveau d'éducation. Les répondants ayant un niveau d'éducation plus élevé sont plus susceptibles de considérer avoir moins d'accessibilité aux services que les Canadiens (NS).

Figure 3. Proportion qui croit avoir généralement moins accès aux services de santé que les Canadiens, selon le niveau d'éducation (n = 8 689)



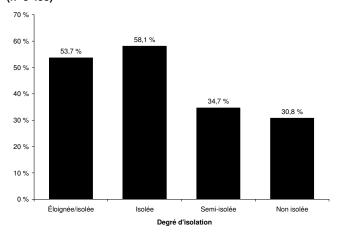
*Diplôme ou certificat d'une université, d'un collège, d'une école technique ou de formation professionnelle

Caractéristiques communautaires

Comme l'indique la figure 4, les répondants des communautés éloignées ou isolées sont plus susceptibles de

considérer que l'accès aux services de santé est généralement moins bon que celui dont jouissent les autres Canadiens. iv

Figure 4. Proportion qui croit avoir moins accès aux services de santé que les Canadiens, selon l'éloignement de la communauté (n=8 453)



État du transfert

En dernier lieu, et comme l'indique la figure 5, les membres des Premières Nations vivant dans des communautés où la prestation des services a fait l'objet de transferts v sont plus susceptibles de considérer l'accès aux services de santé comme meilleur que celui fourni aux Canadiens (28,5 %), par rapport aux membres des Premières Nations vivant dans une communauté non transférée (22,0 %, NS) ou dans une communauté transférée dans le cadre d'un transfert multicommunautaire (20,8 %, NS). En fait, les répondants vivant dans des communautés transférées dans le cadre d'un transfert multicommunautaire sont plus susceptibles de considérer qu'ils ont moins accès aux services de santé que les Canadiens (43,4 %). Ce résultat est plutôt curieux. D'autres analyses ont été menées pour s'assurer que d'autres facteurs comme l'éloignement et la taille de la communauté n'influencent pas les résultats. L'importance de ces conclusions est analysée dans la dernière section du présent chapitre.

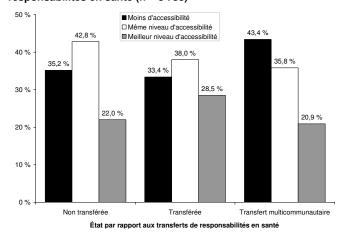
Selon la conclusion précédente, il semble que l'éloignement est un facteur important lorsqu'on parle d'accès aux services de santé. Cette conclusion n'est toutefois guère surprenante. Les résultats concernant les transferts multicommunautaires sont aussi curieux. La conduite d'analyses multivariées pour s'assurer que d'autres facteurs comme l'éloignement et la

iv Les résultats selon la taille de la communauté ne sont pas statistiquement significatifs et ne sont donc pas rapportés.

La politique des transferts de responsabilités en matière de santé a été adoptée par Santé Canada en 1989. Cette politique donne aux Premières Nations une certaine autonomie en leur allouant des ressources financières destinées à un certain nombre de programmes choisis, assurant ainsi une certaine mesure d'autonomie locale lors de prises de décision. Pour une analyse plus approfondie, voir Lavoie et coll.³.

taille de la communauté n'influencent pas les résultats va bien au-delà du cadre du présent rapport. D'autres comparaisons sont nécessaires pour comprendre la signification de ces conclusions.

Figure 5. Évaluation de l'accès aux services de santé, selon le statut de la communauté en matière de transfert des responsabilités en santé (n = 8 788)

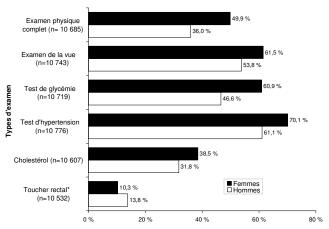


Accès aux mesures de dépistage et de prévention

Dépistage et prévention

On demande aux répondants s'ils ont passé des tests de dépistage au cours des 12 derniers mois. La figure 6 indique les résultats selon le sexe. De façon constante, les hommes des Premières Nations sont moins susceptibles d'avoir passé des tests au cours des douze mois écoulés comparativement aux femmes des Premières Nations. Le toucher rectal, qui sert à détecter le cancer du rectum chez l'homme et la femme ainsi que le cancer de la prostate chez l'homme, est la seule exception.

Figure 6. Proportion des répondants ayant passé des tests de dépistage de santé sélectionnés au cours des 12 mois écoulés, par sexe

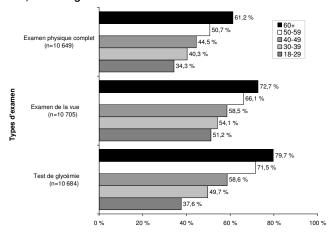


Examen physique complet

La figure 7 indique la proportion de répondants ayant subi un examen physique complet, un examen de la vue et un test de dépistage du diabète au cours des douze derniers mois, selon l'âge.

D'après les conclusions, le niveau actuel de couverture est préoccupant : seulement 34,3 % des répondants de 18 à 29 ans disent avoir subi un examen physique complet au cours des douze derniers mois. Cette proportion augmente avec l'âge : 40,3 % pour les répondants de 30 à 39 ans, et 61,2 % pour les répondants de 60 ans et plus.

Figure 7. Accès aux tests de dépistage au cours des 12 derniers mois, selon l'âge



Examen de la vue

Le fait de subir un examen de la vue régulièrement n'est pas seulement bon pour garantir une vision optimale, mais peut aussi aider à détecter l'apparition de problèmes de santé comme l'hypertension et le diabète. Plus de la moitié de tous les répondants (57,6 %) disent avoir passé un examen de la vue au cours des 12 derniers mois. Comme les examens d'optométrie et d'ophtalmologie ne sont habituellement pas offerts dans les réserves, on pouvait s'attendre à cette faible couverture.

Test de glycémie

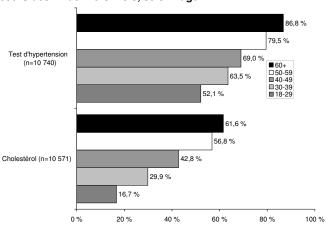
Il s'agit d'un test clé en ce qui a trait au dépistage du diabète. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994, le taux de diabète standardisé selon l'âge dans la population des Premières Nations est de 10 %, contre 3 % dans la population canadienne globale. Des études récentes indiquent une tendance à la hausse chez les Premières Nations. Il est généralement admis que le diabète se développe à un âge plus jeune chez les membres des Premières Nations. Une étude indique que l'âge de l'apparition de la maladie diminue. Is les conclusions indiquent que seulement 37,6 % des répondants âgés de 18 à 29 ans, et 49,7 % de ceux entre 30 et 39 ans ont subi un test de dépistage au cours des 12 derniers mois. Le niveau de

couverture actuel est loin d'être idéal compte tenu des tendances actuelles.

Tests d'hypertension et de cholestérol

Les tests d'hypertension et de cholestérol sont les principaux éléments d'un dépistage des maladies du cœur. Le dépistage du cholestérol est recommandé aux personnes à risques plus élevés. Des données actuelles indiquent que des membres des Premières Nations vivant dans les réserves courent plus de risques de mourir d'un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque), avec un taux standardisé selon l'âge documenté de 72,7 par 100 000 (dans les réserves, 2001), contre 52,1 par 100 000 pour l'ensemble des Canadiens (2000), ce qui sousentend un âge d'apparition plus précoce. La figure 8 indique qu'en règle générale, on ne passe pas beaucoup de tests de cholestérol de routine. Étant donné les tendances actuelles, il serait utile d'en avoir plus souvent. À l'inverse, on fait beaucoup plus de tests d'hypertension, et cela, dans tous les groupes d'âge.

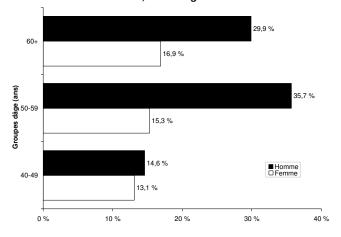
Figure 8. Accès aux tests de dépistage des maladies du cœur au cours des 12 derniers mois, selon l'âge



Toucher rectal

Chez les hommes des Premières Nations, le taux de mortalité associé au cancer de la prostate est légèrement plus élevé que dans la population canadienne (29,7 par 100 000 contre 26,9 par 100 000). Par contre, le taux de mortalité associé au cancer colorectal est légèrement plus faible, soit 16,1 par 100 000 pour les Premières Nations contre 18,4 par 100 000 pour la population canadienne (hommes et femmes). ¹⁵ Selon les lignes directrices générales, un toucher rectal annuel pour les personnes de 50 ans et plus permet le dépistage précoce ¹⁶. Comme on peut le constater à la figure 9, parmi tous les tests ayant fait l'objet d'une analyse dans la présente enquête, le taux de participation le plus bas revient au toucher rectal. Les raisons n'en sont pas tout à fait claires, et peuvent être dues à la nature intrusive du test ou à d'autres raisons.

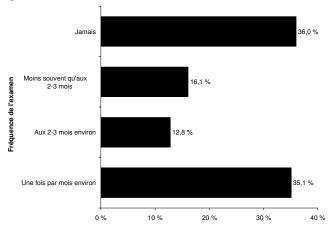
Figure 9. Accès aux tests de dépistage par le toucher rectal au cours des derniers 12 mois, selon l'âge et le sexe



Auto-examen des seins

L'auto-examen des seins est considéré comme une méthode économique et non intrusive de dépistage précoce d'anomalies. Le taux de mortalité lié au cancer du sein chez les membres des Premières Nations représente toujours moins de la moitié du taux rapporté pour la population canadienne (11,2 par 100 000 contre 25,0 par 100 000). 17 Des études successives indiquent que cette méthode n'est pas efficace pour réduire les décès liés au cancer du sein 18, sauf si on enseigne aux femmes comment détecter les anomalies. La Figure 10 indique les habitudes des femmes des Premières Nations en ce qui concerne l'auto-examen des seins. En comparaison, L'ERS 2002 / 2003 indique que 47,0 % des femmes canadiennes pratiquent l'auto-examen des seins une fois par mois environ, 25,9 %, deux ou trois fois par mois et 27,0 %, moins souvent qu'aux 2 ou 3 mois.

Figure 10. Auto-examen des seins



Test de PAP

Le test de PAP est un moyen reconnu pour la prévention et le traitement précoce du cancer du col de l'utérus. C'est en fait une des méthodes de prévention et d'intervention précoce les plus efficaces et les plus fructueuses.¹⁹ Le dépistage précoce est un élément clé pour les femmes des Premières Nations. En 1992, Band et coll.²⁰ rapportent que le taux de mortalité lié au cancer du col de l'utérus des femmes des Premières Nations vivant en Colombie-Britannique est de 4 à 6 fois supérieur à celui des autres femmes de cette province. Le tableau 2 compare la fréquence du test de PAP chez les femmes des Premières Nations et canadiennes. Le niveau de couverture entre les deux populations est presque semblable. Ces chiffres sont encourageants et démontrent une amélioration depuis les rapports de Clarke et coll.²¹ sur les taux de dépistage. Toutefois, étant donné le taux de mortalité disproportionné lié au cancer du col de l'utérus chez les femmes des Premières Nations, il serait bon de favoriser plus de stratégies de dépistage systématique auprès des Premières Nations.

Tableau 2. À quand remonte votre dernier test de PAP?

Dernière fois	Canada, toutes les femmes, tous les âges ²²	Test de PAP – PN (N=5260) Tous les âges
Moins de 6 mois	52.7 o vi	26,0 %
6 mois à moins d'un an	52,7 % ^{vi}	22,2 %
1 ans à moins de 3 ans	23,6 %	27,4 %
3 ans à moins de 5 ans	12.2.4	6,4 %
5 ans ou plus	12,3 %	7,4 %
Jamais	10,2 %	10,6 %

De façon générale, l'accès aux tests de dépistage ne s'est pas amélioré et n'a pas empiré dans les communautés transférées. Cela n'est guère surprenant. La plupart des communautés transférées sont non isolées (402 sur 603, soit 67 %, chiffres de 2003)²³ et offrent des services de santé publique, de prévention et de promotion de la santé. La plupart des tests de dépistage indiqués ci-dessus ne sont pas offerts dans ces établissements, il faut donc qu'un médecin généraliste ou d'autres fournisseurs situés hors réserve le recommandent.

Puisqu'il nous manque une base de comparaison pour le Canada, il demeure impossible d'établir avec précision si l'accès à des tests de dépistage préventif est raisonnable pour les répondants des Premières Nations par rapport aux autres Canadiens. En outre, les tests de dépistage n'ayant pas été documentés dans l'ERS de 1997, il est donc impossible de documenter une tendance. Toutefois, toutes les maladies dont

vi Cette étude a été menée par Statistique Canada, et la répartition utilisée n'est pas la même que celle de l'ERS.

les membres des Premières Nations sont victimes (par exemple, l'apparition généralement plus précoce de maladies cardiaques, de cancer et de diabète) justifient l'élaboration de normes et de stratégies propres aux Premières Nations. L'amélioration des tests de dépistage et de prévention dans les populations des Premières Nations nécessite l'engagement des autorités provinciales de santé et des fournisseurs de soins, ainsi que des services à l'intérieur des réserves.

Obstacles à l'accès aux services de santé

Les répondants doivent identifier les obstacles auxquels ils ont dû faire face pour accéder aux services de santé au cours des 12 derniers mois. Les obstacles indiqués dans l'enquête font partie des quatre catégories générales suivantes :

- Obstacles reliés à des besoins propres aux Premières Nations
- Obstacles reliés à la situation géographique et à la disponibilité des services
- Obstacles d'ordre économique
- Obstacles systémiques

Comme l'indique le tableau 3, une proportion plus grande de femmes que d'hommes des Premières Nations dit avoir dû faire face à certains obstacles d'accès aux soins. Des obstacles systémiques sont rapportés plus souvent que les autres obstacles. Les différences les plus considérables entre les hommes et les femmes se trouvent aussi dans cette catégorie.

Tableau 3. Obstacles à l'accès aux services de santé, selon le sexe (n = 9991-10 539)

	Dans l'ensemble	Н	F	Diff.			
Obstacles reliés aux besoins propres aux Premières Nations							
A choisi de ne pas consulter un professionnel de la santé	10,9 %	11,7 %	10,1 %	(NS)			
Avait l'impression que les services n'étaient pas adaptés à la culture	13,5 %	13,1 %	16,2 %	(NS)			
Avait l'impression que les services de santé n'étaient pas adéquats	16,9 %	15,5 %	18,4 %	(NS)			
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	13,4 %	12,1 %	14,7 %	(NS)			
Obstacles reliés à la situation géo services	graphique et	à la dispo	onibilité d	les			
Pas d'établissement de santé	10,8 %	9,6 %	12,1 %	(NS)			
Service non disponible dans ma région	14,7 %	12,4 %	14,6 %	(NS)			
Pas de médecin ou d'infirmière dans ma région	18,5 %	15,1 %	22,0 %	6,9 %			
Obstacles d'ordre économique							
Ne pouvait assumer les frais de garde pour les enfants	7,1 %	5,2 %	9,2 %	4,0 %			
Ne pouvait assumer les coûts directs des soins / services	13,2 %	11,7 %	14,8 %	(NS)			
Ne pouvait assumer les frais de transport	13,7 %	11,6 %	15,9 %	4,3 %			
Obstacles systémiques							
Incapable de trouver du transport	14,5 %	11,6 %	17,6 %	6,0 %			
Refus d'une autorisation de recevoir des soins en vertu des SSNA	16,1 %	13,0 %	19,4 %	6,4 %			
Non couvert par les SSNA	20,0 %	18,6 %	21,3 %	(NS)			
Liste d'attente trop longue	33,2 %	29,3 %	37,3 %	8,0 %			

Comme l'indique le tableau 4, les répondants n'ayant pas terminé d'études secondaires rapportent beaucoup plus de difficultés d'accès aux services de santé que les répondants ayant un niveau d'éducation plus élevé.

Le tableau 5 compare les résultats de l'ERS aux résultats de l'ESCC. Dans l'ensemble, les hommes des Premières Nations rapportent généralement moins d'obstacles pour l'accès aux services de santé. Les répondants des Premières Nations, tout comme leurs homologues canadiens, mentionnent les listes d'attente comme un obstacle. Toutefois, les obstacles reliés à la situation géographique (manque de services locaux), les obstacles économiques (manque de moyens de transport et coûts des services) affectent 1es Premières Nations d'une facon disproportionnée. Les Premières Nations sont aussi beaucoup plus susceptibles de rapporter des difficultés avec la langue, et par conséquent, à considérer les services qu'ils reçoivent comme inadéquats ou à décider de ne pas se faire soigner.

Compte tenu du fardeau de maladie, qui affecte de façon disproportionnée les Premières Nations, il y a de quoi s'inquiéter.

Tableau 4. Obstacles à l'accès aux services de santé, selon l'éducation (n= 9 912-10 409)

	<dip. d'études o sec.</dip. 		Dip. d'études coll.	Dip. Univ.
Obstacles reliés aux besoins propres	s aux Pren	iières Na	tions	
Avait l'impression que les services n'étaient pas adaptés à la culture	49,7 %	15,5 %	28,2 %	6,7 %
Avait l'impression que les services offerts n'étaient pas adéquats	51,4 %	15,3 %	27,8 %	5,4 %
Obstacles reliés à la situation géogra services	aphique et	à la disp	onibilité d	les
Pas d'établissement de santé	63,1 %	13,9 %	19,9 %	3,1 %
Difficulté à obtenir des soins traditionnels	48,9 %	14,4 %	30,4 %	6,2 %
Obstacles d'ordre économique				
Ne pouvait assumer les coûts directs des soins	50,5 %	16,6 %	28,1 %	4,8 %
Ne pouvait assumer les frais de transport	59,4 %	15,4 %	22,5 %	2,7 %
Obstacles systémiques				
Incapable de trouver du transport	60,0 %	16,4 %	19,0 %	4,6 %
Non couvert par les SSNA	41,1 %	17,4 %	34,1 %	7,4 %
Refus d'autorisation de recevoir des soins en vertu des SSNA	45,0 %	15,1 %	32,0 %	7,9 %

Tableau 5. Obstacles à l'accès aux soins, selon les comparaisons entre l'ESCC24 et l'ERS (n = 9 507-9 847)

Obstacle	ERS 20	002 / 2003	ESCC 2003 (n=13 416 partout)		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Problèmes de langue	-	-	0,4 %	0,7 %	
Non adapté à la culture	12,4 %	14,6 %	-	-	
Avait l'impression que les services étaient inadéquats	15,5 %	18,4 %	8,7 %	10,8 %	
A choisi de ne pas recevoir de soins	11,7 %	10,1 %	9,7 %	6,6 %	
Problèmes de transport	11,6 %	15,9 %	1,2 %	1,9 %	
Coût	11,7 %	14,8 %	11,2 %	11,7 %	
Non disponible dans la région	13,1 %	16,2 %	9,9 %	12,0 %	
Attente trop longue	29,3 %	37,3 %	35,0 %	36,0 %	

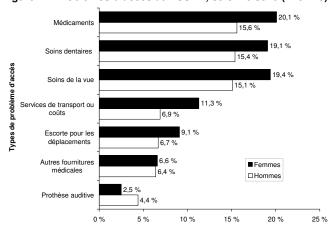
Accès aux services de santé non assurés (SSNA)

On a demandé aux répondants d'indiquer leurs difficultés d'accès aux SSNA. La question est d'ordre général et ne donne pas de période de temps précise (une année, par exemple). La figure 11 indique les résultats. Les femmes

rapportent davantage de problèmes concernant les médicaments, le transport et les soins de la vue. Comme l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (ERLSPNI) de 1997 ne documentait pas l'accès aux SSNA, il est impossible de faire une analyse de tendances.

Les relations entre l'accès aux SSNA et des facteurs comme le revenu, l'éducation ou la taille de la communauté ne sont pas statistiquement significatives.

Figure 11. Problèmes d'accès aux SSNA, selon le sexe (n=9 745)



Conclusions et recommandations

Un accès équitable aux soins de santé primaires est primordial pour que les inégalités documentées chez les Premières Nations soient corrigées. Des études récentes indiquent que les systèmes de soins de santé qui favorisent les soins de santé primaires sont beaucoup plus rentables. ^{25,26} De façon plus importante encore, un système de soins de santé primaires solide aide à réduire les coûts humains associés à la maladie.

Même si on observe des améliorations dans l'accès des Premières Nations aux services de santé par rapport à l'ERS de 1997, les résultats de l'ERS de 2002-2003 permettent toujours de constater des inégalités dans l'accès des Premières Nations aux soins de santé primaires. Il faut apporter des améliorations au dépistage des maladies du cœur (cholestérol), du diabète (glycémie) et des problèmes de vision. Il en est de même pour le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, de la prostate et du cancer colorectal (toucher rectal). Le niveau de participation au toucher rectal est très bas si on considère le taux de mortalité relié au cancer de la prostate chez les membres des Premières Nations. Il est surprenant de constater que des normes de dépistage et de prévention propres aux Premières Nations n'aient pas encore été établies. Il faut donc prêter attention à ce domaine, qui permettrait d'orienter les activités communautaires en matière de prévention et de dépistage primaires.

Bien qu'en général les Premières Nations et les Canadiens mentionnent la longueur des listes d'attente comme un obstacle, des obstacles propres aux Premières Nations ont aussi été documentés, notamment les obstacles reliés à la pertinence culturelle, aux coûts, au transport, aux services non disponibles localement et aux services inadéquats. L'accès aux SSNA est un point extrêmement litigieux pour les Premières Nations. La plupart considèrent ces dispositions en matière de santé comme un droit issu de traités qui ne peut être limité en raison d'un changement dans les priorités ou les politiques du fédéral ou de compression des coûts. Le gouvernement fédéral considère plutôt les SSNA comme une politique offerte aux Premières Nations pour des raisons humanitaires.²⁷ Le transport est aussi considéré comme un obstacle. Si les SSNA ont comme objectif d'assurer aux Premières Nations un accès plus équitable aux services, les résultats indiquent alors que les méthodes actuelles n'atteignent pas leur but.

Il est important de noter que les résultats de la présente enquête n'offrent pas de preuves concluantes de l'efficacité des transferts de responsabilités en matière de santé. En mars 2003, la DGSPNI rapporte ce qui suit :

- 1,9 % des communautés ont conclu une entente d'autonomie gouvernementale.
- 47,9 % ont signé une entente de transfert.
- 28,6 % ont signé une entente intégrée.
- 21,6 % ont conclu un différent type d'entente.²⁸
- Les catégories d'ERS actuelles n'arrivent pas à capturer d'autonomie complexités des activités gouvernementale des Premières Nations, ce qui accentue ambiguïtés dans les résultats puisque communautés ayant conclu une entente intégrée ou d'autonomie gouvernementale font partie des communautés non transférées, tout comme communautés dont la prestation des services est toujours assurée directement par la DGSPNI.

En outre, la plupart des établissements de santé dans les réserves sont financés de façon à offrir seulement un nombre limité de services de promotion et de prévention en matière de santé. Seuls les postes de soins infirmiers offrent d'autres services complémentaires aux services de soins de santé primaires. Actuellement, il existe 75 postes de soins infirmiers partout au Canada.²⁹ Par exemple, bien que tous les établissements dans les réserves soient capables de favoriser les campagnes de sensibilisation à l'auto-examen des seins auprès des femmes des Premières Nations, seuls les postes de soins infirmiers peuvent faire de même pour les tests de cholestérol.

Les résultats de la présente enquête se rapportent davantage aux services offerts par les systèmes de santé provinciaux hors réserve, qui offrent des services de dépistage et de prévention. Les résidents des communautés ayant fait un transfert, par opposition à un transfert multicommunautaire, rapportent un meilleur accès. On doit être prudent dans l'interprétation de ces conclusions. D'abord parce que les transferts multicommunautaires se trouvent surtout en Colombie-Britannique et en Saskatchewan et, ensuite, l'accès aux services dans les réserves peut être réduit en raison de la formule de financement actuelle, conçue en fonction d'un transfert unique aux communautés. 30 Pour terminer, nous ne savons pas vraiment si les répondants parlent de l'accès à des services dans les réserves ou hors réserve. La prochaine ERS pourrait peut-être aider à établir cette distinction.

Notes du chapitre 12

- Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, Ottawa (Ont.), Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations, 2001.
- Santé Canada, Un second diagnostic sur la santé des Premières Nations et des Inuits au Canada, Ottawa, (Ont.), Santé Canada, 1999).
- P. Martens et coll., The health and health care use of registered First Nations people living in Manitoba: a population-based study (Winnipeg (Man.), Centre for Health Policy, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba, 2002.
- M. Marmot et R. G. Wilkinson, Social determinants of health, U.K., Oxford, 1999.
- J. Macinko, B. Starfield et L. Shi, 2003, The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development, pays de l'OCDE, 1970-1998, HSR: Health Services Research, 38: 831-865.
- Organisation mondiale de la santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 6, Ottawa (Ont.), Association canadienne de santé publique, Santé et Bien-être Canada, Organisation mondiale de la santé, 1986.
- Soins de santé primaires: Conférence internationale sur les soins de santé primaires, actes de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires de l'Organisation mondiale de la santé, Alma-Ata, Kazakhstan, 1978, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1978. F. Wien et L. McIntyre, *Health and dental services for Aboriginal people*, Enquête régionale
- sur la santé des Premières Nations et des Inuit, p. 219-245.

 J. G. Lavoie et coll., The National Evaluation of the health transfer policy, summary report,
- Winnipeg (Man.), Centre de recherche sur la santé des Autochtones, 2004.
- 10. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, Ottawa (Ont.), Statistique
- S. Johnson, D. Martin et C. Sarin, 2002, Diabetes mellitus in the First Nations population of British Columbia, Canada, Part 3. Prevalence of diagnosed cases, International Journal of Circumpolar Health, 61, p. 260-264.
- E. Bobet, Le diabète chez les membres des Premières Nations, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 1998, nº H34-88/1998E au catalogue, p. 1-34.
- T. K. Young et coll., The burden and impact of diabetes mellitus in the Canadian population, rapport provisoire, 1997, PNRDS, projet nº 6607-1782-NPH.
- Santé Canada, Indicateurs de santé comparables des Premières Nations, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2005.
- T. L. Lipskie, 2000, Information sur les ressources: Sommaire des lignes directrices applicables au dépistage du cancer, Maladies chroniques au Canada, 19, p. 1-21. Santé Canada, *Indicateurs de santé comparables des Premières Nations*.
- M. Vahabi, 2003, Breast cancer screening methods: a review of the evidence, Health Care for Women International, 24, p. 773-793. Santé Canada, Dépistage du cancer du col utérin au Canada : Rapport de surveillance 1998,
- Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2002, nº H39-616/1998E au catalogue 20. P. R. Band et coll., 1992, Rate of death from cervical cancer among Native Indian women in
- British Columbia, Journal de l'Association médicale canadienne, 147, p. 1802-1804 21. H. F. Clarke, 1998, Reducing cervical cancer among First Nations women, L'infirmière
- canadienne, 94, p. 36-41.
- Statistique Canada, Table 3.2.3.1, Test de Pap, selon le groupe d'âge, femmes de 18 à 69 ans, Canada et provinces, 1994-1995 1998-1999, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2001, nº 82-22
- 23. Santé Canada, Transfert du contrôle aux communautés des Premières Nations et des Inuits, Rapport annuel, 2002-2003, Politique des programmes, Secrétariat du transfert et planification, Modes de financement en matière de santé, Ottawa (Ont.), ministère des Travaux Publics et Services gouvernementaux, Canada, 2003.
- Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1, fichier
- Battstudie Canada, Enquere sin to same dans les concentrales canada, 2003.

 B. Starfield et L. Shi, 2003, Policy relevant determinants of health: an international perspective, Health Policy, 60, p. 201-218.

 C. B. Forrest et B. Starfield, 1996, The effect of first-contact care with primary care clinicians
- 26. on ambulatory health care expenditures, Journal of Family Practice, 43: 40-49.
- J. B. Waldram, D. A. Herring et T. K. Young, Aboriginal health in Canada: historical, cultural and epidemiological perspectives, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1995,
- Santé Canada, Transfert du contrôle aux communautés des Premières Nations et des Inuits, Rapport annuel, 2002-2003, Politique des programmes, Secrétariat du transfert et planification, Modes de financement en matière de santé.
- Lavoie et coll., The National Evaluation of the health transfer policy, summary report.

Chapitre 13

Impacts des pensionnats indiens

Résumé

Ce chapitre présente des constatations sur l'effet des pensionnats indiens sur la santé et le bien-être des Premières Nations. Parmi les adultes interrogés, un sur cinq a fréquenté un pensionnat indien, et ce, pendant cinq ans en moyenne. Près de la moitié des survivants des pensionnats indiens considèrent que leur santé et leur bien-être général ont subi l'influence négative des pensionnats. Les quatre principaux facteurs ayant influé négativement sur la santé et le bien-être des survivants sont le fait d'avoir été séparé de sa famille, la violence verbale ou psychologique, la brutalité des mesures disciplinaires et la perte d'identité culturelle. Les survivants étaient également victimes de formes institutionnalisées d'abus plus subtiles, comme la perte de la langue, une alimentation et un habillement insuffisants, et le harcèlement par d'autres élèves. Peu de survivants ont appris davantage que les notions les plus élémentaires. En outre, près de la moitié des adultes interrogés sont d'avis que la fréquentation de pensionnats indiens par leurs parents a influé négativement sur l'éducation qu'ils ont reçue d'eux. Une majorité d'adultes considère également que la fréquentation de pensionnats indiens par leurs grands-parents a été néfaste pour l'éducation de leurs propres parents. Ce chapitre n'a pas pour objet de donner des réponses, mais de soulever des questions et de promouvoir le dialogue à propos de la persistance des effets des pensionnats indiens en matière psychologique, sociale, culturelle et sanitaire. Ce chapitre recommande également des études approfondies pour mieux cerner les séquelles des pensionnats indiens et les facteurs qui contribuent à les atténuer.

Introduction

À partir du milieu du 19° siècle jusqu'à la fin du 20° siècle ¹, plus de 150 pensionnats indiens² ont été en exploitation au Canada. Les pensionnats indiens constituent alors l'outil principal dont se sert le gouvernement dans la poursuite de sa politique d'assimilation des peuples des Premières Nations, Indiens et Inuit³, à la culture euro-canadienne dominante.⁴ De 1840 à 1980, on estime que 125 000 enfants des Premières Nations, ou environ 20 à 30 % de la population des Premières Nations au Canada, ont fréquenté les pensionnats indiens.⁵ Le présent chapitre examine la question de l'impact de ces écoles sur les adultes des Premières Nations. On porte particulièrement attention aux points suivants :

- La proportion d'adultes des Premières Nations et Inuit ayant fréquenté les pensionnats indiens.
- Les impacts des pensionnats indiens sur la santé et le bien-être des survivants.
- Les types de violences subies par les survivants, y compris les formes de violence institutionnalisée plus subtiles (par exemple, la perte de la langue, la perte de la spiritualité et des traditions et ainsi de suite).
- Le manque d'éducation.
- La proportion d'adultes dont les parents et les grandsparents ont fréquenté les pensionnats indiens.
- La relation entre la fréquentation des pensionnats indiens par les parents et les grands-parents et le fait de donner une mauvaise éducation aux enfants.
- La prédisposition probable des survivants à des problèmes physiques et mentaux en raison de la fréquentation des pensionnats indiens.

Résultats et discussion

Des adultes interviewés, 20,3 %ⁱ, ou 1 sur 5, ont fréquenté les pensionnats indiens et y ont vécu près de 5 ans (4,8 années). Les adultes ayant fréquenté les pensionnats indiens y sont entrés à environ 10 ans et les ont quittés à l'âge de 15 ans. Une enquête menée en 1991⁷ auprès de personnes autochtones vivant dans les réserves indique que 39 % des membres des Premières Nations (45 ans et plus) ont fréquenté un pensionnat indien et qu'ils y ont vécu en moyenne 6 ans. En général, la plus grande proportion d'adultes ayant fréquenté les pensionnats indiens est âgée de 40 ans et plus. La proportion d'adultes des Premières Nations ayant fréquenté les pensionnats indiens augmente généralement avec l'âge, une indication de la disparition graduelle des pensionnats indiens entre les années 1950 et

i Pour simplifier le texte, les limites de confiance son rapportées seulement pour les estimations globales des adultes dont le coefficient de variation est supérieur à 33,3 %. On peut consulter une annexe statistique comprenant les intervalles de confiance pour tous les chiffres rapportés à : www.naho.ca/fnc/rhs

1990 (voir le tableau 1, aucune différence significative entre les groupes 60 ans et plus et 50-59 ans).

Les chercheurs⁸ rapportent que les écoles sont souvent situées dans des endroits isolés. Les enfants ont alors peu ou pas de contacts avec leur famille et leur communauté, la discipline est très stricte et on y exerce une surveillance permanente de tous leurs faits et gestes. L'expression culturelle au moyen de la langue, des vêtements, des aliments et des croyances y est également énergiquement défendue. Près de la moitié des survivants interviewés (47,3 %) rapporte que dans l'ensemble leur santé et leur bien-être ont été affectés négativement par la fréquentation des pensionnats indiens (voir le tableau 2).

Tableau 1. Proportion des adultes des Premières Nations ayant fréquenté les pensionnats indiens

Groupe d'âge	Pourcentage
60 et plus	43,3 %
50-59	47,2 %
40-49	26,5 %
30-39	10,3 %
18-29	5,7 %

Tableau 2. Impacts négatifs sur la santé et le bien-être des survivants en raison de la fréquentation des pensionnats indiens*

Résultats/impacts négatifs sur les survivants en raison de ce qui suit :	Pourcentage
Isolé de la famille	81,3 %
Violence verbale ou émotive	79,3 %
Discipline sévère	78,0 %
Perte de l'identité culturelle	76,8 %
Séparation d'avec la communauté autochtone ou inuit	74,3 %
Témoin d'abus	71,5 %
Perte de la langue	71,1 %
Violence physique	69,2 %
Perte de la religion ou de la spiritualité traditionnelles	67,4 %
Intimidation de la part des autres enfants	61,5 %
Piètre éducation	45,4 %
Conditions de vie difficiles**	43,7 %
Manque de nourriture	43,2 %
Manque de vêtements appropriés	40,5 %
Abus sexuels	32,6 %

D'après les conclusions indiquées au tableau 2, l'expérience des pensionnats indiens a des effets psychologiques et physiques persistants sur les survivants. Bien que les liens causaux directs soient difficiles à démontrer au moyen de méthodes quantitatives, les chercheurs croient fortement qu'il existe des éléments clairs et incontestables démontrant que la longue histoire d'oppression culturelle accentuée par les pensionnats indiens a contribué au grand nombre de

ii Les comparaisons entre les groupes rapportées dans le présent chapitre sont toutes significatives, à moins que «NS» (non significatif) soit indiqué entre parenthèses. Dans le présent chapitre, les estimations sont considérées comme étant significativement différentes lorsque leurs intervalles de confiance ne dépassent pas le niveau de confiance de 95 %.

problèmes de santé mentale et à d'autres problèmes de santé auxquels sont confrontées de nombreuses communautés des Premières Nations.

Les survivants rapportent que le fait d'être isolés de leur famille (81,3 %), la violence verbale ou physique (79,3 %), la discipline sévère (78,0 %) et la perte de l'identité culturelle (76,8 %) font partie des quatre principaux impacts négatifs sur leur santé et bien-être dans l'ensemble. Mangham et coll. (1995) concluent que la séparation d'avec les parents, l'exposition à la violence et le stress de la vie font partie des trois risques familiaux les plus importants pouvant mener à une augmentation de conséquences négatives plus tard dans la vie.

Stout et Kipling (2003) croient que l'héritage le plus révélateur des pensionnats indiens est la fréquence des décès prématurés des survivants, constatation qui n'est pas le fait uniquement du nombre élevé de suicides, mais aussi du grand nombre de décès consécutifs à la violence ou à des causes reliées à l'alcool. Cette étude indique que 19,4 % des survivants ont essayé de se suicider au cours de leur vie, mais les auto-indications de tentatives de suicide par ces personnes ne diffèrent toutefois pas de ceux des adultes n'ayant pas fréquenté les pensionnats indiens.

Une autre étude ¹⁰ indique que des survivants disent que les mauvais traitements et les abus dont ils ont été victimes au pensionnat indien leur ont causé une angoisse émotive extrême durant des années, qui s'est souvent traduite par une identité personnelle confuse, de l'alcoolisme et une incapacité à exercer des activités productives. Voilà les « séquelles des pensionnats indiens ». ¹¹ On constate que 26,7 % des survivants ont pris un médicament sans ordonnance ou plus au cours de l'année écoulée, contre 35,8 % des adultes n'ayant pas fréquenté les pensionnats indiens. ¹²

Agnes Grant (1996) identifie quatre catégories générales d'abus/violence perpétrés dans les écoles: violence physique, abus sexuels, abus spirituels et abus psychologiques. La majorité des survivants (71,5 %) dit avoir été témoin d'abus/violence commis contre d'autres enfants et avoir été victime d'une forme d'abus/violence ou plus en tant qu'élèves dans ces écoles: abus sexuels (32,6 %), violence physique (69,2 %) et verbale ou émotive (79,3 %). Dans une autre étude menée par Chrisjohn et coll. (1997), on constate que 79 % des pensionnaires ont subi une forme ou une autre d'abus et que 48 % ont subi des violences sexuelles.

Des survivants ont aussi été victimes de formes d'abus institutionnalisés encore plus subtils.¹³ Par exemple, les survivants indiquent que, dans l'ensemble, leur santé et bienêtre ont été affectés négativement par des conditions de vie difficiles (43,7 %), le manque de vêtements appropriés (40,5 %), l'intimidation de la part d'autres enfants (61,5 %), la perte de la langue (71,1 %) et la perte de la religion ou de la spiritualité traditionnelles (67,4 %). D'autres chercheurs

rapportent des conclusions semblables et remarquent que des survivants ont dû affronter un environnement difficile, comme des corvées pénibles, de l'intimidation de la part d'autres enfants et un manque de nourriture. 14

En ce qui concerne la perte de la langue, un tiers (30,3 %) des survivants ne peuvent parler une langue, ou plus, des Premières Nations ou inuit couramment, et 25,2 % ne comprennent aucune langue des Premières Nations ou inuit. Claes et Clifton (1998) croient fermement que l'interdiction de parler une langue autochtone était une priorité importante adoptée pour supprimer les cultures des Premières Nations et que la discipline qui règne dans les écoles vise à dénigrer tous les aspects de la vie et des coutumes des Premières Nations. Néanmoins, on constate que 69,7 % des anciens pensionnaires peuvent parler une langue des Premières Nations ou plus, contre 37,4 % des personnes n'ayant pas fréquenté les pensionnats indiens. On constate la même chose chez les personnes qui comprennent une langue des **Nations** ou plus: 74,8 % des Premières pensionnaires peuvent comprendre une langue des Premières Nations ou plus, contre 43,7 % des personnes n'ayant pas fréquenté les pensionnats indiens. Cela peut indiquer que les enfants avant fréquenté les pensionnats indiens ne se laissaient pas abattre facilement. Des études indiquent que, dans un tel environnement, ce comportement constitue un facteur de survie. La résistance des enfants fait en sorte qu'ils ont parlé une langue des Premières Nations en signe de révolte dans les pensionnats indiens, ce qui peut avoir contribué à la préservation des langues. En même temps, il est logique de penser que le temps peut aussi être un facteur relié aux taux d'acquis linguistiques chez les anciens pensionnaires par rapport aux personnes n'ayant pas fréquenté les pensionnats indiens. Pour diverses raisons, le fait de parler couramment ou de comprendre des langues des Premières Nations s'amenuise avec les générations, et c'est pourtant la génération plus âgée qui est la plus susceptible d'avoir fréquenté les pensionnats indiens. Les taux d'acquis linguistiques sont sans doute plus élevés chez les survivants parce qu'ils ont au moins été exposés à une langue des Premières Nations dans leur enfance, avant qu'on ne les éloigne de la communauté.

En 1945, sur à peu près 9000 enfants des Premières Nations ayant fréquenté les pensionnats indiens, aucun ne poursuivait d'études au-delà de la 9^e année. Les chercheurs rapportent que peu de survivants avaient été plus loin que les études les plus élémentaires. ¹⁵ On le constate dans les conclusions de la présente étude puisque chez les adultes ayant fréquenté les pensionnats indiens, la majorité (55,5 %) n'a pas reçu de diplôme d'études secondaires. Cela n'est toutefois pas significativement différent des adultes n'ayant pas fréquenté les pensionnats indiens. En ce qui concerne les études supérieures, comme un baccalauréat ou un diplôme de 2^e ou de 3^e cycle, seulement 6,0 % des survivants possèdent un baccalauréat. Cette situation n'est toutefois

significativement différente des adultes n'ayant pas fréquenté les pensionnats indiens (voir le tableau 3).

Tableau 3. Proportion de survivants des Premières Nations ayant achevé des études

Niveau d'études achevées	%
Études secondaires non achevées	55,5 %
Diplôme d'études secondaires	11,1 %
Diplôme d'un collège, d'une université, d'une école de métiers, technique ou d'études professionnelles	27,3 %
Baccalauréat	6,0 %
Maîtrise (grade supérieur)	_

[–] Données supprimées en raison de la taille insuffisante de l'échantillon.

Il est bon de noter que les survivants n'ont fort probablement pas obtenu un diplôme 16 après leur départ du pensionnat. Stout et Kipling (2003) indiquent que la majorité des survivants diplômés d'une école de métiers, d'une école d'études professionnelles, d'un collège ou d'une université se sont inscrits à l'âge adulte, après avoir élevé une famille ou fait partie du marché du travail. Pour ces survivants, le fait d'avoir achevé des études doit être considéré comme une réussite exceptionnelle si on tient compte des malheurs auxquels ils ont dû faire face dans les pensionnats indiens.

Dans les années 1990, plusieurs enquêtes canadiennes effectuées dans les provinces ont étudié la relation entre les pensionnats indiens, la violence familiale et les abus sexuels. La First Nations Justice Inquiry of Manitoba (1991) souligne le fait qu'un grand nombre de parents et de grands-parents des Premières Nations d'aujourd'hui ayant fréquenté les pensionnats indiens n'ont pas connu de modèles qui lui aurait permis d'acquérir des compétences parentales appropriées. Dans d'autres études sur les pensionnats indiens, un grand nombre d'anciens élèves indiquent que le fait d'être confinés dans les pensionnats indiens les a mal préparés à devenir de bons parents. ¹⁷ Le tableau 4 résume la fréquentation intergénérationnelle des pensionnats indiens.

Tableau 4. Proportion des adultes des Premières Nations dont les parents ou les grands-parents ont fréquenté les pensionnats indiens

Fréquentation intergénérationnelle des pensionnats indiens	Pourcentage
Adultes dont un parent ou plus a fréquenté les pensionnats indiens	49,3 %
Adultes dont un grand-parent ou plus a fréquenté les pensionnats indiens	39,7 %
Adultes dont un parent ou plus et un grand-parent ou plus ont fréquenté les pensionnats indiens	15,3 %

Environ la moitié (43,0 %) des adultes interviewés croit que le fait que leurs parents aient fréquenté les pensionnats indiens a affecté négativement l'éducation qu'ils ont reçue enfant. La majorité des adultes (73,4 %) croient aussi que le fait que leurs grands-parents ont fréquenté les pensionnats

indiens a affecté négativement l'éducation que leurs propres parents ont reçue enfant. Le fait pour les survivants de ne pas avoir appris à gérer positivement des conflits interpersonnels peut avoir mené à des taux élevés d'éclatement de la famille et à des problèmes qui ont suivi les jeunes jusque dans leur vie adulte.

La notion de réponse au traumatisme historique se rapporte aux blessures cumulatives infligées aux membres des Premières Nations au cours de leur vie et au cours de la vie de leurs ancêtres, ayant entraîné des symptômes potentiellement chroniques allant de la dépression et l'engourdissement psychique, et l'hyperglycémie et aux abus de substances. En plus de la souffrance engendrée par les problèmes de santé mentale et d'autres problèmes sociaux, les survivants interviewés par la présente étude indiquent une susceptibilité accrue à des effets précis de problèmes mentaux et physiques consécutifs à la fréquentation des pensionnats indiens.

Les survivants sont plus susceptibles de souffrir, entre autres, de tuberculose, de diabète, d'arthrite et d'allergies. Il est bon de noter que la fréquentation des pensionnats indiens n'est pas le seul facteur causal relié aux problèmes de santé indiqués au tableau 5. Certaines maladies peuvent être associées à l'âge, au sexe, au mode de vie à risques élevés et à d'autres facteurs. Il est toutefois bon de noter des différences en matière de santé entre les adultes n'ayant pas fréquenté les pensionnats indiens et ceux qui les ont fréquentés.

Tableau 5. Fréquentation des pensionnats indiens et maladies*

Diagnostic	Survivant	Non survivant
Arthrite	30,0 %	15,6 %
Diabète	28,7 %	10,8 %
Hypertension	23,0 %	13,0 %
Mal de dos chronique	20,3 %	12,6 %
Déficience auditive	15,8 %	6,4 %
Problèmes d'estomac ou d'intestin	11,0 %	6,8 %
Cataractes	9,8 %	2,9 %
Tuberculose	8,8 %	1,5 %
Maladies du cœur	8,3 %	4,0 %
Problèmes thyroïdiens	5,7 %	3,5 %
Rhumatisme	5,4 %	2,7 %
Ostéoporose	5,4 %	2,3 %
Bronchite chronique	5,2 %	2,5 %
Glaucome	4,2 %	1,1 %
Effets d'un ACV	3,2 %	1,0 %
Maladies du foie**	2,4 %	1,1 %

^{*}Seuls les résultats significatifs sont rapportés p < 0,05

^{**}Sauf l'hépatite

Dans une étude portant sur les victimes de violences physiques et sexuelles dans les pensionnats indiens¹⁹, des survivants disent compter sur les Premières Nations et sur d'autres sources d'aide plutôt que sur les sources de soutien principales euro-canadiennes. Les deux sources de soutien et d'aide les plus souvent sollicitées sont les aînés des Premières Nations et les tentes de sudation. Plus de la moitié des survivants (58,6 %) indiquent que les événements culturels et traditionnels ainsi que la spiritualité traditionnelle (54,2 %) sont très importants dans leur vie. De plus, 42,5 % des survivants affirment que la religion est très importante dans leur vie. Les survivants qui se sont bien adaptés évoquent comme raison de leur bien-être actuel les croyances religieuses et la spiritualité. ²⁰ Les traditions spirituelles autochtones se sont avérées particulièrement attirantes pour les anciens pensionnaires, qui les considèrent comme une façon de revendiquer leur propre identité et de trouver un sens à leur vie.²¹

Conclusion

En résumé, les pensionnats indiens ont nui à la santé mentale et au bien-être physique des survivants. La honte, la douleur et le désespoir consécutifs aux abus²² perpétrés dans les pensionnats indiens ont mené notamment à une oppression intériorisée, à de la violence latérale et au syndrome de stress post-traumatique.²³ Dans d'autres études, de nombreux survivants rapportent des symptômes qui rappellent le syndrome de stress post-traumatique, y compris des cauchemars, des troubles du sommeil, de l'apathie et de la dépression.²⁴ On pourrait affirmer que tous les élèves des pensionnats indiens ont subi une forme ou une autre de violence, y compris des formes d'abus perpétrés de façon subtile ayant eu des répercussions dramatiques sur leur bienêtre en général, comme le fait d'être arrachés à leur la famille, l'éloignement de la communauté et la destruction de leur culture, de leur langue et de leur identité. Un sousfinancement chronique des pensionnats indiens est aussi la raison pour laquelle des enfants sont affamés, mal nourris, mal vêtus et forcés de travailler pour soutenir les coûts d'exploitation quotidiens des écoles.

Bien que les chiffres qu'on trouve dans la présente étude donnent une idée des nombreuses vies qui ont été touchées directement ou indirectement par l'héritage des pensionnats indiens, ils ne peuvent arriver à vraiment refléter les torts d'ordre physique, psychologique, spirituel et culturel que les écoles ont causés aux survivants, à leurs familles et à leurs communautés. ²⁶ Plusieurs chercheurs ²⁷ nous rappellent qu'il n'y a pas encore eu d'études approfondies menées auprès des membres des Premières Nations pour connaître les répercussions des pensionnats indiens et la guérison qui s'accomplit. À l'exception d'une étude assez approfondie effectuée par Chrisjohn et coll. (1997), la plupart des études ²⁸ sur les survivants des pensionnats indiens et l'héritage des répercussions intergénérationnelles (directes et indirectes)

engendrées par les écoles ont tendance à mettre l'accent sur une communauté unique de populations localisées dont le nombre de sources d'information est relativement faible.

Le présent chapitre ne prétend pas offrir de réponses, mais il veut provoquer un questionnement et un dialogue sur les impacts d'ensemble des pensionnats indiens sur la santé et le bien-être des survivants (par exemple, le lien avec d'autres maladies, les répercussions intergénérationnelles, etc.). On espère que les personnes qui liront le présent chapitre s'interrogent sur les conclusions afin de connaître l'expérience vécue par de nombreuses personnes dans les pensionnats indiens du Canada et les conséquences collectives qui s'en sont suivies.

Notes du Chapitre 13

- 1. Madeline Dion Stout et Gregory Kipling, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats indiens: Publications de la Fondation autochtone de guérison, Ottawa (Ont.), Fondation autochtone de guérison, 2003. Note: Au Canada, les pensionnats indiens étaient fréquentés par les enfants des Indiens inscrits, des Inuit et des Métis et comprenaient les écoles industrielles, les internats, les résidences pour les étudiants, les foyers scolaires, les logements attribués par billet et les pensionnats indiens, avec une majorité d'étudiants de jour, ou une combinaison de tout ce aui précède.
- Fondation autochtone de guérison, Que sont les enfants devenus? Guérir l'héritage des écoles résidentielles, Ottawa (Ont.), Fondation autochtone de l'espoir, 2003.
- 3. Stout et Kipling, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats indiens. Note: Les Indiens inscrits constituaient la plus grande partie des élèves. Toutefois, les pensionnats indiens ont plus tard accepté de nombreux enfants métis afin d'augmenter le nombre d'élèves inscrits. En outre, le nombre d'enfants inuit s'est accru rapidement dans les années 1950 lorsqu'un réseau d'écoles a vu le jour partout dans le Nord. Peu importe la méthode d'inscription, les survivants indiens, métis et inuit ont tous subi les séquelles des pensionnats indiens.
- Jennifer J. Llewellyn, "Dealing with the Legacy of Native Residential School Abuse in Canada: Litigation, ADR, and Restorative Justice," *University of Toronto Law Journal* 52, 2002, p. 253-300.
 - V. Coleman et B. Thorpe, "Researcher defends residential schools," The National Post, en ligne, le 17 mars 2001, cité le 30 avril 2005, disponible sur le Web à : http://www.uccan.org/airs/010323.htm.
- Murray R. Thomas, 2003, Can money undo the past? A Canadian example, Comparative Education, 39, 3, p. 331-343.
- Stout et Kipling, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats indiens. Note: Un survivant est une personne autochtone ayant fréquenté le régime des pensionnats indiens et qui y a survécu.
- pensionnats indiens et qui y a survécu.

 7. Statistique Canada, «Peuples autochtones du Canada: Un profil démographique », Enquête auprès des peuples autochtones 1991, n° 89-533 au catalogue, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 1991.
- Laurence Kirmayer, Cori Simpson et Margaret Cargo, 2003, Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples, Australasian Psychiatry, 11, p. 15-23.
- Rhonda Claes et Deborah Clifton, Needs and Expectations for Redress of Victims of Abuse at Native Residential Schools, Ottawa (Ont.), Commission du droit du Canada, 1998.
- 10. Idem, p. 5.
 Stout et Kipling, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats indiens. Note: Les séquelles se rapportent aux effets directs et indirects permanents des violences physiques et sexuelles perpétrées aux pensionnats indiens. Les effets sur les survivants et leurs familles, les descendants et les communautés (y compris les communautés d'intérêt) font aussi partie des séquelles. Ces derniers comprennent, sans en exclure d'autres, la violence familiale, les drogues, l'abus d'alcool et de substances, les violences physiques et
- sexuelles, la perte de capacités parentales et des comportements auto-destructeurs.

 12. Note: Le tabac à chiquer ne fait pas partie des médicaments sans ordonnance.
- Llewellyn, «Dealing with the Legacy of Native Residential School Abuse in Canada: Litigation, ADR, and Restorative Justice», University of Toronto Law Journal.
- Celia Haig-Brown, Resistance and Renewal: Surviving the Indian Residential School, 7^e éd., Vancouver (C.-B.), Arsenal Pulp Press, 1988.
 - Stout et Kipling, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats indiens.
- Stout et Kipling, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats indiens.
 - Isabelle Knockwood, Out of the depths: The experiences of Mi'kmaw children at the Indian residential school at Shubenacadie, Nova Scotia, Lockeport (N.-É.), Roseway, 1992.
- 16. Note: Des études effectuées dans le système scolaire public ou privé de la société officielle canadienne.
- Stout et Kipling, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats indiens.
 Idem, p. 17.
- Roland Chrisjohn, Sherri Young et Michael Maraun, The circle game: shadows and substance in the Indian residential school experience in Canada, Penticton (C.-B.), Theytus Books, 1997.
- 20. Idem, p. 17.

- Idem, p. 17. Ruth Morin et Alfred Riediger, Healing Together, Our Sacred Journey, Edmonton (Alb.), 22. Nechi Training Research and Health Promotions Institute, 2000.
- 23. • Eduardo Duran et Bonnie Duran, Native American Post Colonial Psychology, New York, N.Y., SUNY Press, 1995.
 - Roderick McCormick, Report on the research project exploring the facilitation of healing for survivors of sexual and physical abuse in residential schools, including the intergenerational impacts and the cycle of abuse that began in residential schools, Vernon (C.-B.), Association of BC First Nations Programs, août, 2002.
- Knockwood, Out of the depths: The experiences of Mi'kmaw children at the Indian residential 24. school at Shubenacadie, Nova Scotia.
- 25. Idem, p. 14. Idem, p. 14.
- 26.
- 27. · Knockwood, Out of the depths: The experiences of Mi'kmaw children at the Indian
 - RIDOCKWOOU, Out of the aepins: The experiences of Mt kmaw children at the Indian residential school at Shubenacadie, Nova Scotia.
 Elizabeth Furniss, Victims of Benevolence: The Dark Legacy of the Williams Lake Residential School, Vancouver (C.-B.), Arsenal Pulp Press, 1995.
 Agnes Grant, No end of grief: Indian residential schools in Canada, Winnipeg (Man.), Pennmican Publishers, 1996.

 - James Roger Miller, Shingwauk's Vision: A History of Native Residential Schools, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1996.
 - Stout et Kipling, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats
 - indiens. • Chrisjohn, Young et Maraun, The circle game: shadows and substance in the Indian
- residential school experience in Canada.

 Harvey D. Plouffe, The Indigenous Healing Process and Cultural Rebirth of Premières
 - Nations, dissertation non publiée, Fielding University, Californie, 2000.

 N. Rosalyn Ing, Dealing with Shame and Unresolved Trauma: Residential School and its Impact on the 2nd and 3rd Generation Adults, dissertation non publiée, Department of Educational Studies, University of B.C., 2001.

 • Assemblée des Premières Nations, Breaking the silence: An interpretive study of residential
 - school impact and healing as illustrated by the stories of Aboriginal individuals, Ottawa (Ont.), Aboriginal Health Commission, 1994.
 - R. Linda Bull, 1991, Indian residential schooling: the native perspective, Canadian Journal of Native Education, 18, p. 161-167.

 • N. Rosalyn Ing, 1991, The effects of residential school on Aboriginal child-rearing practices,
 - Canadian Journal of Native Education, 18, Supplement, p. 65-116.
 - Haig-Brown, Resistance and Renewal: Surviving the Indian Residential School.

Autres références

Aboriginal Justice Inquiry of Manitoba, Report of the Aboriginal Justice Inquiry of Manitoba, Winnipeg (Man.), Queen's Printer, 1991.

C. Mangham et coll., Ressort psychologique : pertinence dans le contexte de la promotion de la santé

Chapitre 14

Santé mentale, bien-être et soutien personnel

Résumé

Les citoyens des Premières Nations continuent de faire face à des problèmes de santé mentale et de bien-être personnel. Elles ont de la difficulté à avoir accès au soutien et aux services, et rencontrent constamment un plus grand nombre d'obstacles à cet accès que le reste de la population canadienne. Les données présentées dans ce chapitre portent sur certains aspects de la santé mentale et du bien-être personnel, ainsi que sur les aides apportées dans ces domaines. Cette analyse nous permet de suivre les conditions pouvant mener à de tels problèmes, à nous préparer à faire une prévention utile ainsi qu'à intensifier les activités de sensibilisation. La majorité des citoyens des Premières Nations interrogées disent se sentir en équilibre physiquement, émotionnellement spirituellement et mentalement, mais la population se sent toujours interpellée par le problème du suicide. De nombreux adultes des Premières Nations se sentent tristes, malheureux ou déprimés et ont des idées suicidaires. Le fait d'avoir eu un contact prolongé avec le racisme a également un impact sur la santé mentale et le bien-être. Les personnes équilibrées recherchent des soutiens personnels ou émotionnels de la part de leur famille immédiate ou de guérisseurs traditionnels, alors que ceux qui se sentent tristes, malheureux ou déprimés sont plus susceptibles d'avoir recours exclusivement aux soutiens existants dans le système général. Dans l'ensemble, il faut améliorer l'accès à des soutiens appropriés en santé mentale de façon à favoriser la santé mentale et le bien-être des peuples des Premières Nations. À titre de but général, il faut aussi songer à encourager l'adoption de styles de vie équilibrés par les citoyens des Premières Nations.

Introduction

Diverses initiatives, comme la Fondation autochtone de guérison¹ et la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones (SRMA)² ont attiré l'attention sur les facteurs historiques qui ont eu un impact sur la santé mentale des communautés autochtones. Cependant, les données documentant la santé mentale des citoyens des Premières Nations sont extrêmement limitées, surtout si on compare avec la masse de données dont on dispose sur la population canadienne en général.

La plupart des études nationales ou régionales ne sont pas axées sur les citovens des Premières Nations. Nombre de communautés des Premières Nations commencent à mener des études de recherche pour leur propre usage et à prévoir des stratégies, mais en général, elles ne transmettent pas cette information à des organismes externes afin de protéger leur autodétermination et d'assurer que ces données soient utilisées à bon escient. Les communautés des Premières Nations se sont trop souvent retrouvées au centre de recherches universitaires qui ne s'engageaient que très peu ou pas du tout dans le développement communautaire. Ce fait historique rend très difficile l'accès à cette information. La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) a décrit de façon concluante les problèmes de santé mentale et de bien-être auxquels doivent faire face les communautés des Premières Nations.³ Le présent chapitre présente les opinions d'un échantillon de citoyens des Premières Nations sur la santé mentale, le bien-être personnel et les aides apportées en cette matière.

Méthodes d'interprétation

On a utilisé le cadre culturel de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) pour garantir l'emploi d'une approche communautaire dans toute recherche sur la santé et le bien-être de nos populations. Dans un modèle à quatre points cardinaux, les données qui suivent sont associées à la première direction : l'Est, qui représente la vision, le besoin de respect de la culture et de compréhension de l'état actuel de la santé de nos populations.

Le cadre culturel de l'ERS est fondé sur les notions de « personne totale » et d'« environnement total », qui comprennent :

- le bien-être spirituel, émotionnel, mental et physique des personnes;
- les valeurs, les croyances, l'identité et les pratiques de leur culture;
- leur communauté et leur rapport à l'environnement physique;
- leur interdépendance avec leur famille.

Guidé par le cadre culturel de l'ERS, le présent chapitre aborde la santé mentale et le bien-être personnel de la population des Premières Nations de même que les aides dont elle dispose. Le suicide et le racisme sont mis en évidence dans plusieurs sections de cette étude.

Coup d'æil documentaire

Le Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999) indique que certains citoyens des Premières Nations connaissent des épisodes de dépression majeure tandis que d'autres manifestent une tendance dépressive. Les personnes dépressives présenteraient des risques de suicide. Les facteurs de risque s'accroissent chez ceux qui sont aux prises avec diverses dépendances ou expériences traumatisantes.

De plus, divers types de traumatismes contribuent à la mauvaise santé mentale, au manque de bien-être personnel et au faible accès des peuples des Premières Nations à de l'aide ou à du soutien. Ces traumatismes peuvent être attribués aux conséquences intergénérationnelles du colonialisme. Par exemple, selon les *Profils de la santé mentale* de la Fondation autochtone de guérison, 100 % des dossiers font état de violence sexuelle au pensionnat indien; 90 % de violence physique; 75 % mentionnent l'abus d'alcool; enfin 21,1 % indiquent une dépression majeure.⁵

De plus, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (1997) (ERLSPNI) révèle qu'environ 18 % de la population autochtone adulte sondée répond aux critères de dépression majeure; 27 % font état de problèmes d'alcool; 34 % disent avoir vécu de la violence sexuelle dans l'enfance; et 15 % ont déjà tenté de se suicider.⁶

Les causes de la mauvaise santé mentale ont été associées à la colonisation et aux politiques d'assimilation. Dans leur article « The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformation, Identity and Community » (La santé mentale des peuples autochtones: Transformation, identité et communauté), Kirmayer, Bass et Tait y reconnaissent les conséquences des politiques issues du contact avec les peuples européens, de la création des réserves, des pensionnats indiens, de la dissociation des modèles de subsistance traditionnels et du lien avec la terre.

La mauvaise santé mentale des citoyens des Premières Nations est attestée par un taux de suicide qui, dans tous les groupes d'âge, est environ trois fois plus élevé que la moyenne nationale. La Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA 1996) soutient également que plus de 25 % des morts accidentelles parmi les Canadiens autochtones sont en fait des suicides non déclarés. 8

Résultats

Santé mentale, bien-être personnel et mesure de soutien

La plupart du temps, les répondants se sentent en équilibre avec les quatre aspects de leur vie. 70,9 % se sentent équilibrés physiquement; 71,0 % émotionnellement; environ 75 % se sentent équilibrés mentalement et environ 69,0 %, spirituellement.

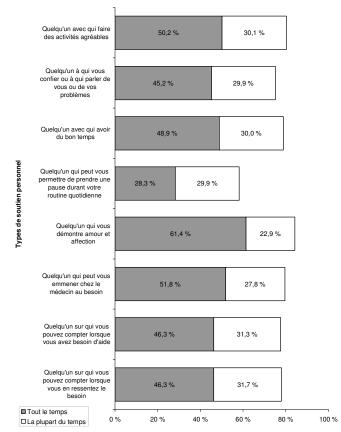
Bien qu'une grande proportion des répondants ont l'impression d'être équilibrés, 37,9 % ont été victimes de racisme au cours des 12 derniers mois et 30,1 % se sont sentis tristes, mélancoliques ou déprimés pendant deux semaines ou plus d'affilée.

De plus, les données sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont alarmantes et contredisent cette impression d'équilibre des citoyens des Premières Nations. Dans l'ensemble, 30,9 % disent avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie. À ce sujet, il n'y a pas de différences marquées entre les sexes. 15,8 % ont même affirmé avoir tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie, une tendance plus marquée chez les femmes (18,5 % de femmes contre 13,1 % d'hommes). ii

Les adultes de 18 à 59 ans sont plus susceptibles que ceux de 60 ans et plus d'avoir déjà pensé au suicide. C'est dans le groupe des 60 ans et plus que le taux de pensées suicidaires est le plus bas, avec 11,7 % (contre 27,3 à 36,5 % dans tous les autres groupes d'âge). Le même modèle se dessine en ce qui a trait aux tentatives de suicide dans la vie des répondants : seulement 6,4 % des adultes de plus de 60 ans disent avoir déjà tenté de se suicider, contre 15,4 à 18,6 % parmi les autres groupes d'âge.

Examinons maintenant la constellation de facteurs qui peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale et le bien-être personnel, et sur le soutien personnel en particulier. Plus de 61 % des répondants croient qu'ils ont toujours quelqu'un qui leur démontre de l'amour et de l'affection. Plus de la moitié des répondants croient qu'ils ont toujours quelqu'un qui peut les conduire chez le médecin (51,8 %) ou quelqu'un avec qui avoir du bon temps (50,2 %). Malheureusement, la disponibilité d'une personne qui peut leur permettre de prendre une pause durant leur routine quotidienne est plutôt faible, à 28,3 % (Figure 1).

Figure 1. Disponibilité du soutien personnel (n=10 507)



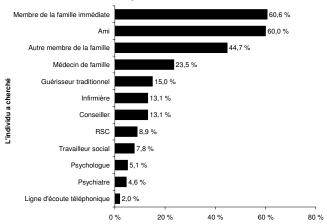
En gros, 60 % des répondants cherchent un soutien émotionnel ou mental auprès de leur famille immédiate et de leurs amis (Figure 2). Cette tranche est suivie de 44,7 % des personnes qui cherchent ce type de soutien chez d'autres membres de leur famille. Environ 24 % ont reçu un soutien lié à leur santé émotionnelle ou mentale de leur médecin de famille, suivis de 15 % ayant déclaré avoir eu recours aux guérisseurs traditionnels. Environ 5 % ont cherché du soutien auprès d'un psychiatre et/ou d'un psychologue, tandis qu'environ 2 % se sont tournés vers une ligne d'écoute téléphonique.

i « Afin de simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour l'ensemble des valeurs estimatives des adultes ayant un coefficient de variation de plus de 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique indiquant les intervalles de confiance de toutes les valeurs à l'adresse: http://www.naho.ca/firstnations/french/reeional health.php.»

http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_health.php »

"Toutes les comparaisons entre les groupes mentionnées dans ce chapitre sont importantes à moins que la mention « NS »—non significatif—apparaisse entre crochets. Dans ce chapitre, les évaluations sont considérées passablement différemment si les valeurs estimatives des intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

Figure 2. Individuellement, les adultes des Premières Nations ont cherché du soutien auprès de :



L'expérience du racisme est un facteur d'influence déterminant sur la santé mentale et le bien-être. Environ deux répondants sur cinq (37,9 %) ont été victimes de racisme. On leur a demandé de décrire plus en détail ces expériences en répondant à d'autres questions à ce sujet, notamment en disant à quel point ils étaient en accord ou en désaccord avec une série d'affirmations (tableau 2).

Scolarité

Les personnes qui n'ont pas de diplômes d'études secondaires sont moins susceptibles que celles qui ont un niveau de scolarité supérieur de déclarer avoir été personnellement victimes de racisme au moins une fois au cours de l'année précédente.

Emploi

Le pourcentage des répondants ayant pensé au suicide au cours de leur vie est le même qu'on ait un emploi rémunéré ou non, la différence étant de 2,7 % seulement. Cependant, 42,3 % de ceux qui ont un travail rémunéré ont été victimes de racisme contre 33,5 % pour ceux qui n'ont pas d'emploi rémunéré actuellement. Ceux qui travaillent 15 heures par semaine ou plus font état de proportions plus élevées de racisme que ceux qui travaillent moins de 15 heures par semaine.

Le taux de pensées suicidaires passe de 27,5 %, chez ceux qui ne tirent aucun revenu de sources gouvernementales, à un tiers (31,3 % à 33,9 %) chez ceux qui ont des revenus de sources gouvernementales (tableau 3). La dépendance au gouvernement peut être un facteur déterminant de la source de détermination psychologique et du sentiment d'identité.

Tableau 2. Expériences de racisme déclarées selon le niveau d'accord ou de désaccord avec des affirmations liées à l'estime de soi (n=8,228) (a=racisme déclaré, b=racisme non déclaré)

Affirmations d'accord ou de désaccord	Très en	accord	En a	ccord		ord ni en ccord	En désa	accord	Très en de	ésaccord
uesaccoi u	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
Je peux régler mes problèmes	38,6 %	35,5 %	46,9 %	50,1 %	10,4 %	10,1 %	3,2 %	3,3 %	-	_
Personne ne me bouscule dans la vie	39,5 %	38,9 %	39,2 %	45,8 %*	14,4 %	10,3 %*	6,0 %	4,3 %	0,9 %	0,6 %
J'ai la maîtrise sur les événements qui surviennent dans ma vie	29,1 %	31,4 %	45,6 %	50,9 %	17,5 %	11,9 %*	6,3 %	5,1 %	1,6 %	0,6 %
Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser	44,0 %	38,9 %	43,6 %	50,8 %*	9,7 %	7,2 %	2,4 %	3,0 %	-	-
Je me sens souvent démuni(e) devant les problèmes de ma vie	4,5 %	5,6 %	17,4 %	19,9 %	18,5 %	16,9 %	45,4 %	47,5 %	14,2 %	10,2 %
Ce qui m'arrivera dans l'avenir dépend en grande partie de moi	43,7 %	33,3 %*	45,8 %	53,4 %*	7,2 %	9,3 %	2,8 %	3,2 %	-	0,8 %
Il n'y a pas grand chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie	6,1 %	8,1 %	17,1 %	22,5 %*	13,2 %	13,2 %	45,1 %	44,9 %	18,5 %	11,2 %

^{*} Différence significative de ceux qui déclarent avoir été victimes de racisme

⁻ Données supprimées faute de cellules suffisamment grandes

Tableau 3. Nombre de sources de revenu gouvernementales et taux de pensées suicidaires

Nombre de sources de revenu gouvernementales	Taux de pensées suicidaires
0	27,5 %
1	31,3 %
2 ou plus	33,9 %

État de santé perçu

Le taux de ceux qui déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie diminue avec l'amélioration de l'état de santé déclaré, de 38,4 % pour ceux qui estiment que leur santé est passable ou mauvaise à 28,9 % pour ceux qui se disent en excellente santé. Il n'y a pas de différences notables, toutefois, entre ceux qui ont tenté de se suicider et les autres, en ce qui concerne les raisons qui font qu'ils se sentent autant en santé.

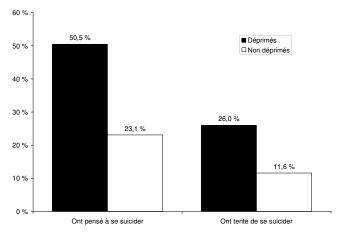
Dépression

Les personnes qui font état d'une période de tristesse ou de déprime de deux semaines ou plus d'affilée sont plus que doublement susceptibles de déclarer avoir eu des pensées suicidaires ou avoir tenté de se suicider. Donc, les antécédents de ceux qui ont tenté de se suicider méritent d'être étudiés plus en profondeur.

Invalidité

Les personnes victimes d'invalidité sont limitées dans leurs activités à la maison, à l'école, au travail et dans les loisirs, ce qui peut avoir un impact sur leur santé mentale et leur bien-être global. Durant les activités à l'école, au travail et dans les loisirs, les personnes victimes d'invalidité font état d'une proportion supérieure d'expériences de racisme, ce qui peut également influencer leur santé mentale. Par comparaison à celles qui ne sont pas limitées dans leurs activités à la maison, les personnes faisant état de limitations à la maison ont plus tendance à déclarer avoir été personnellement victimes de racisme et que cela a eu un effet très prononcé sur leur estime de soi.

Figure 3. Relation entre la dépression déclarée et les pensées ou tentatives de suicide



Estime de soi

L'estime de soi est la confiance et la satisfaction que l'on a face à soi-même. Parmi les adultes des Premières Nations ayant déclaré que leur estime de soi avait été influencée par leur expérience du racisme, 13 % disent que cette expérience a eu un effet prononcé ou très prononcé sur leur estime de soi, et un autre 22,7 % fait état d'un certain effet (voir le tableau 4). De plus, 27,6 % affirment que cela n'a eu que peu d'effet, et 36,8 % aucun effet. Le fait d'avoir subi une expérience de racisme a eu un effet plus léger sur l'estime de soi des personnes qui disent n'avoir jamais pensé au suicide (seuls 2,9 % estiment que cette expérience a eu un effet prononcé) que sur celles qui disent avoir déjà eu des pensées suicidaires (5,8 %).

Les questions traitant du contrôle sur sa propre vie – ou lieu de contrôle – indiquent que les sentiments de tristesse et la dépression sont liés au degré de maîtrise qu'une personne pense avoir sur sa vie et à la valeur qu'elle s'accorde.

Tableau 4. Indicateurs de l'autodétermination en fonction des sentiments de dépression ou de tristesse.

% qui sont très en accord que		Déprimés
	Oui	Non
Je peux régler mes problèmes	32,4 %	38,5 %
Personne ne me bouscule dans la vie	33,8 %	41,0 %
J'ai la maîtrise sur les événements qui surviennent dans ma vie	28,0 %	31,1 % (NS)
Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser	35,2 %	43,2 %
Je me sens souvent démuni(e) devant les problèmes de ma vie	7,4 %	4,1 %
Ce qui m'arrivera dans l'avenir dépend en grande partie de moi	37,0 %	37,6 % (NS)
Il n'y a pas grand chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie	10,6 %	5,9 %

Accès aux soins de santé

Les personnes ayant des pensées suicidaires et/ou ayant subi au moins un incident de racisme ont l'impression d'avoir un moins bon accès aux soins de santé que les autres Canadiens. Une majorité (64,4 %) de citoyens des Premières Nations croient avoir un accès semblable ou meilleur que les autres Canadiens. Par comparaison à ceux qui n'ont pas vécu cette expérience, les adultes qui déclarent avoir personnellement victimes de racisme ont plus tendance à déclarer que leur accès aux soins de santé est inférieur - et moins tendance à déclarer que leur accès est semblable à celui des autres Canadiens. De même, on note des différences importantes sur le plan des obstacles déclarés à l'accès aux soins de santé parmi ceux qui font état d'un incident de racisme et ceux qui n'en déclarent pas. Les adultes ayant indiqué avoir été personnellement victimes de racisme étaient plus susceptibles que ceux qui ne l'ont pas été de déclarer avoir dû faire face à pratiquement tous les obstacles à l'accès aux soins de santé (voir le tableau 5).

De plus, l'importance accordée par les citoyens des Premières Nations aux croyances culturelles et spirituelles traditionnelles est liée de façon statistiquement significative avec le fait d'avoir été exposé personnellement au racisme. En fait, les personnes qui ont vécu un incident de racisme sont plus susceptibles de considérer les événements culturels et traditionnels ainsi qu'à la spiritualité traditionnelle comme très importants.

Les adultes qui disent avoir eu des sentiments de tristesse et de dépression pendant deux semaines consécutives ou plus ont moins tendance à déclarer se sentir en équilibre physiquement, émotionnellement et mentalement *en tout temps*, par comparaison à ceux qui disent ne jamais avoir eu de dépression. Néanmoins, les adultes qui disent avoir éprouvé des sentiments de tristesse et de dépression sont plus portés à se sentir *presque jamais* en équilibre physique, émotionnel et spirituel, par comparaison à ceux qui disent ne jamais avoir eu de dépression.

Tableau 5. Déclarent rencontrer des obstacles dans l'accès aux soins de santé selon les expériences de racisme perçues

Obstacles dans l'accès aux soins de santé	Racisme expérimenté	
Obstacies dans l'acces aux soins de sante	Oui	Non
Pas de médecin ou d'infirmière dans ma région	23,2 %	15,6 %
Pas d'établissement de santé	12,0 %	9,7 % (NS)
Liste d'attente trop longue	42,5 %	27,7 %
Incapable de trouver du transport	20,1 %	11,4 %
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	19,2 %	9,7 %
Non couvert par le programme des services de santé non assurés	28,9 %	14,8 %
Refus d'une autorisation préalable de recevoir des services offerts en vertu du Programme des SSNA	24,4 %	11,2 %
Ne pouvait assumer les coûts directs des soins/services	19,8 %	9,2 %
Ne pouvait assumer les coûts de transport	19,4 %	10,1 %
Ne pouvait assumer les frais de garde des enfants	10,5 %	5,0 %
Avait l'impression que les soins de santé offerts étaient inadéquats	24,2 %	12,9 %
Avait l'impression que les services offerts n'étaient pas adaptés à la culture	20,2 %	9,7 %
A choisi de ne pas consulter un professionnel de la santé	14,9 %	8,5 %
Service non disponible dans ma région	19,6 %	11,7 %

Nutrition

Par comparaison à ceux qui n'indiquent pas d'états dépressifs, ceux qui se sentent tristes, mélancoliques ou déprimés ont moins tendance à s'alimenter toujours ou presque toujours de façon équilibrée et nutritive. Cependant, ceux qui déclarent des états dépressifs sont plus portés à s'alimenter *parfois* de façon équilibrée et nutritive.

Pensionnats indiens

La proportion des citoyens des Premières Nations qui déclarent se sentir tristes, mélancoliques ou déprimés et qui indiquent aussi avoir fréquenté un pensionnat indien est de 23,5 %, ce qui n'est pas très différent du pourcentage (19,2 %) chez ceux qui ne déclarent pas se sentir tristes, mélancoliques ou déprimés. Quant aux séquelles du pensionnat indien sur leur santé, les survivants des pensionnats indiens qui font état de dépression sont statistiquement semblables (51,6 %) à ceux qui ne sont pas déprimés (45,0 %). Parmi les survivants qui ne croient pas que leur santé ait souffert de répercussions négatives à cause du pensionnat indien, 48,4 % font état de dépression.

Soutien personnel

Le recours des Premières Nations aux soutiens en matière de santé mentale et émotionnelle varie parmi ceux qui déclarent se sentir tristes, mélancoliques ou déprimés (voir le tableau 6).

Tableau 6. États dépressifs et recours aux soutiens familiaux et communautaires

Se sont sentis tristes, mélancoliques ou déprimés pendant deux semaines ou plus d'affilée.	Ne se sont pas sentis tristes, mélancoliques ou déprimés pendant deux semaines ou plus d'affilée.
71,7 % Ami	57,8 % Membre de la famille immédiate
68,5 % Membre de la famille immédiate	55,7 % Ami
52,0 % Autre membre de la famille	42,2 % Autre membre de la famille
31,8 % Médecin de famille	20,4 % Médecin de famille
19,7 % Conseiller	14,0 % Guérisseur traditionnel (NS)
18,6 % Infirmière	10,8 % Infirmière
17,6 % Guérisseur traditionnel	10,3 % Conseiller
13,5 % Intervenant en santé communautaire	7,2 % Intervenant en santé communautaire
12,7 % Travailleur social	5,7 % Travailleur social
9,1 % Psychiatre	3,8 % Psychologue
8,4 % Psychologue	2,7 % Psychiatre
3,6 % Ligne d'écoute téléphonique	1,0 % Ligne d'écoute téléphonique

Ceux qui déclarent s'être sentis tristes, mélancoliques ou déprimés cherchent d'abord le soutien de leur famille. Les choix de soutien sont les mêmes pour ceux qui ne déclarent pas s'être sentis tristes, mélancoliques ou déprimés. Toutefois, ceux qui font état de dépression disent dans une plus grande proportion utiliser les soutiens à leur disposition pour leurs besoins en matière de santé mentale et émotionnelle.

Les adultes qui font état d'un niveau d'équilibre élevé ou modéré sont plus portés que ceux qui déclarent un faible équilibre à dire qu'ils font appel à un membre de la famille immédiate et à un guérisseur traditionnel comme sources de soutien émotionnel et mental. Pourtant, ceux qui font état d'un niveau d'équilibre élevé sont moins susceptibles que ceux qui déclarent un équilibre faible ou modéré d'indiquer qu'ils ont recours à un psychiatre.

Progrès dans la communauté

Les adultes des Premières Nations qui déclarent un faible niveau d'équilibre ont plus tendance à dire que leur communauté ne fait pas de progrès concernant la plupart des indicateurs, y compris ceux liés à la culture, tel qu'indiqué au tableau 7.

Tableau 7. Proportion déclarant des progrès dans la communauté selon le niveau d'équilibre perçu (a=aucun progrès, b=certains progrès ou d'importants progrès)

Indicateur de progrès dans la communauté		Niveau d'équilibre		
		Faible	Modéré*	Élevé*
Méthodes traditionnelles	a	59,9	40,8	37,8
de guérison	b	40,1	59,2	62,2
Renouvellement de la	a	65,7	43,1	40,5
spiritualité des Premières Nations et des Inuit	b	34,3	56,9	59,5
	a	61,8	36,4	33,2
Cérémonies traditionnelles	b	38,2	63,6	66,8
Renouement des relations	a	63,0	44,8	44,3
avec la terre	b	37,0	55,2	55,7
Utilisation des langues	a	49,3	38,8 (NS)	36,3
autochtones et inuit	b	50,7	61,2 (NS)	63,7
Réduction des abus	a	68,3	63,6 (NS)	62,9 (NS)
d'alcool et de drogues	b	31,7	36,4 (NS)	37,1 (NS)
Disponibilité des	a	57,8	40,0	37,8
professionnels de la santé autochtones et inuit	b	42,2	60,0	62,2
Sensibilisation culturelle	a	34,2	22,9	19,6
dans les écoles	b	65,8	77,1	80,4
Accès à l'éducation et à la	a	30,2	21,9 (NS)	19,5
formation	b	69,8	78,1 (NS)	80,5
0.1271.1	a	56,3	40,6	37,1
Qualité des logements	b	43,7	59,4	62,9
	a	40,9	30,0	30,4 (NS)
Aqueduc et égouts	b	59,1	70,0	69,6 (NS)
Administration des	a	47,1	36,0	31,7
services de santé par les Premières Nations et les Inuit	b	52,9	64,0	68,3
Activités de loisirs et de	a	54,2	47,7 (NS)	40,1
sports	b	45,8	52,3 (NS)	59,9

^{*} Pourcentage significativement différent de celui du faible niveau d'équilibre sauf si marqué (NS)

Discussion et recommandations

Les données présentées dans le présent chapitre révèlent plusieurs secteurs préoccupants en ce qui concerne le bienêtre et la santé mentale des Premières Nations, l'un des principaux étant la présence de racisme dans divers contextes. Il faudrait intensifier la sensibilisation au racisme en milieu de travail, puisque la proportion des citoyens des Premières Nations qui sont victimes de racisme est beaucoup plus élevée parmi celles qui occupent un emploi rémunéré et qui ont des emplois multiples que chez ceux qui n'ont pas d'emploi rémunéré. Nous pouvons dire que le racisme est un facteur déterminant de notre santé mentale et de notre bien-être et qu'il devrait faire l'objet d'autres recherches.

Un examen plus approfondi de la composition et la dynamique de la famille pourrait expliquer ce qui fait que des soutiens personnels sont disponibles pour les personnes qui sont déprimées ou ont besoin de soutien émotionnel et personnel. De plus, une information par nation ou par communauté pourrait aider à aborder la question des ressources visant à améliorer le bien-être. Ce chapitre donne une idée générale des préférences des citoyens des Premières Nations lorsqu'ils recherchent du soutien. En plus des amis et des membres de la famille, les médecins de famille sont en tête des ressources importantes et immédiatement accessibles sur lesquelles se fient les citoyens des Premières Nations qui cherchent du soutien. Aussi, les médecins de famille devraient être bien préparés à devenir partie intégrante du soutien en santé émotionnelle et mentale des citoyens des Premières Nations.

Les recherches, interventions et politiques futures en santé mentale des Premières Nations devraient promouvoir la résilience afin de permettre aux personnes et à leurs familles et amis de faire face aux défis qui surviennent aux niveaux personnel, familial et communautaire. Il faudrait encourager l'établissement d'une capacité en santé mentale au sein des communautés des Premières Nations et des établissements de soins de santé affiliés. L'intégration dans l'enquête d'une question sur les sentiments d'équilibre global laisse entrevoir le type d'approche indigène que d'autres enquêtes à venir pourraient adopter.

Ce chapitre a porté sur la santé mentale et le bien-être des Premières Nations. Il nous donne une idée de « comment nous allons » actuellement. Cette information sera comparée à celle recueillie lors de la prochaine étape de collecte de données de l'ERS, qui permettra de voir comment des mesures proactives et d'autres développements auront pu profiter à la santé mentale, au bien-être personnel et au soutien parmi les adultes des Premières Nations.

Notes de fin -- Chapitre 15

- 1. Fondation autochtone de guérison [en ligne]. 2004, accessible sur le Web : <www.ahf.ca>
- La Stratégie de ressourcement pour le bien-être des Autochtones (SRMA) [en ligne]. 2003, accessible sur le Web: <www.ahwsontario.ca>.
- Commission royale sur les peuples autochtones, Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (Ottawa, Ont.: Approvisionnements et Services Canada, 1996).
- peuples autochtones (Ottawa, Ont.: Approvisionnements et Services Canada, 1996).
 Centre canadien d'information sur la santé, Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (Ottawa, Ont.: Santé Canada et Statistique Canada, 1999)
 Raymond R. Corrado et Irwin M. Cohen, Profils de la santé mentale d'un échantillon
- Raymond R. Corrado et Irwin M. Cohen, Profils de la santé mentale d'un échantillon d'Autochtones de la Colombie-Britannique survivants du régime canadien des pensionnats indiens (Ottawa, Ont.: Fondation de guérison autochtone, 2003).
 Comité des Premières Nations dur la gouvernance de l'information, Enquêtes régionales sur la
- Comité des Premières Nations dur la gouvernance de l'information, Enquêtes régionales sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1997: Un résumé du rapport national et des rapports régionaux (Ottawa, Ont.: Centre des Premières Nations, 2004).
- Laurence Kirmayer, Gregory Brass et Caroline Tait, septembre 2000, The Mental Health of Aboriginal Peoples: transformations of identity and community, La Revue canadienne de psychiatrie, 45, 7:607-616,
- Commission royale sur les peuples autochtones, Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones.

Chapitre 15

Bien-être communautaire

Résumé

Du point de vue du savoir indigène, un examen du bien-être exige que l'on porte une attention particulière à la vision du monde des Premières Nations. Pour les membres des Premières Nations, la clé du bien-être communautaire se trouve dans un paradigme holistique qui prend en compte le bien-être mental, physique, culturel et spirituel de la personne et de la communauté. Le modèle biomédical occidental, fondé sur des références culturelles européennes, aborde certains déterminants de la santé et du bien-être - logement, emploi, éducation -, mais, incapable de rendre compte des retombées négatives du colonialisme sur la santé, sa définition du bien-être est entravée par des limites culturelles.

Définir le bien-être communautaire à partir du cadre du savoir indigène

Pour définir le bien-être communautaire à partir du cadre du savoir indigène, il faut examiner de près les postulats uniques qui forment la vision du monde des peuples des Premières Nations. Pour ces peuples, le bien-être communautaire est lié au bien-être mental, physique, culturel et spirituel de l'individu et de sa communauté. Le modèle biomédical occidental n'épouse pas les notions culturelles indigènes comme les valeurs associées à la culture et à la terre. De plus, plusieurs publications médicales révèlent tout l'impact du colonialisme sur la santé des Premières Nations et leur bien-être communautaire. Dans le présent chapitre, nous nous pencherons sur les connaissances indigènes et sur leur pertinence en tant que cadre de travail pour l'étude des peuples des Premières Nations et de leur bien-être communautaire.

Il y a très peu, sinon aucune reconnaissance du savoir autochtone qualifié d'« empirique ». Ce manque de reconnaissance semble en quelque sorte inhérent au modèle biomédical, « qui est axé sur les processus physiques, comme la pathologie, la biochimie et la physiologie d'une maladie. Il ne tient pas compte du rôle que joue l'esprit d'une personne ou la société dans la cause et dans le traitement »¹ – ni dans aucune autre approche légitime ou scientifique de la santé et de la maladie. Tout autre système de « bien-être » (par opposition au « mal être » ou à la maladie), aussi ancien soitil, est vu comme secondaire et tout au plus complémentaire ou alternatif, mais non scientifique. Pourtant, la vision du monde d'un grand nombre de peuples des Premières Nations comprend un paradigme de santé empirique et scientifique qui est consigné dans la langue et dans d'autres pratiques culturelles. La plupart des paradigmes de santé indigènes ont été développés en dehors des institutions officielles et des universités et sont liés à une vision du monde distincte. La communauté mondiale a commencé à analyser et à s'approprier les connaissances indigènes dans de nombreux domaines, y compris la santé, pour ainsi découvrir la validité scientifique de ses pratiques et de ses processus. Le savoir indigène est un système de connaissances complet possédant une épistémologie, une philosophie et une validité scientifique et logique propres que seul le recours à la pédagogie traditionnelle de ces peuples permet de comprendre.²

La pédagogie indigène reconnaît divers modes de connaissances et respecte la pluralité du savoir. La diversité géographique et culturelle est un principe qui fait partie intégrante des connaissances indigènes. Les enseignements traditionnels contribuent à établir la base de connaissance des peuples des Premières Nations et déterminent par la suite le cadre de leurs croyances en matière de santé et de bien-être.

Le modèle biomédical occidental, très individualisé, est fondé sur la maladie. L'individu est le seul responsable de

son « style de vie » et on peut donc blâmer les personnes de façon individuelle pour leur mauvaise santé, qui est due à leur « style de vie ». Les mesures linéaires des sciences sociales introduisent aussi des notions de supériorité et d'infériorité entre les peuples. Cette facon de mesurer place les peuples primitifs ou autochtones tout au «bas» de l'échelle occidentale de développement et l'Occident civilisé tout en « haut ».3 Ainsi, la santé est comprise à partir d'une prémisse européenne selon laquelle il est possible d'associer une utilisation accrue de la technologie et de l'industrie à l'amélioration du bien-être d'une société. Or, les documents produits par les Premières Nations proposent une autre façon de mesurer la santé et le bien-être, où la mesure du bien-être communautaire va au-delà du matérialisme et de la technologie. Le cadre holistique des connaissances indigènes favorise une portée d'enquête plus vaste. Le bien-être culturel, émotionnel, spirituel et physique est une composante essentielle de la vie sociale, politique et économique d'une communauté.

Le savoir indigène procède à partir de trois sources de connaissance. Selon l'universitaire mohawk Marlene Brant Castellano (2000), les connaissances indigènes sont enracinées dans les sphères traditionnelles, spirituelles et empiriques. Elles retiennent une vision globale du monde qui reconnaît le bien-être émotionnel, spirituel, physique et mental d'un peuple. Pour aborder la diversité culturelle des peuples indigènes, il faut reconnaître que les connaissances indigènes sont intimement liées aux langues, aux paysages et aux cultures desquelles elles émergent.

...sous l'influence coloniale, le patrimoine biologique et intellectuel des sociétés non occidentales a été déprécié. Les priorités du développement scientifique ...ont transformé la pluralité des systèmes de connaissances en une hiérarchie des systèmes de connaissances. Lorsque la pluralité des savoirs s'est muée en hiérarchie des savoirs, le classement horizontal de systèmes différents, mais d'égale validité, a été converti en classement vertical de systèmes inégaux, et les fondements épistémologiques du savoir occidental ont été imposés aux systèmes de connaissances non occidentaux entraînant l'invalidation de ces derniers.⁵

La dominance des notions culturelles occidentales comme seule forme valide de recherche empirique contribue à marginaliser les modes de connaissances indigènes. La vision du monde occidentale linéaire et réductionniste s'oppose directement à la vision du monde holistique et cumulative développée historiquement par les Indigènes. Les croyances indigènes cycliques, globales et multidimensionnelles sont les prémisses de la dynamique de coexistence et d'interrelation. Dans ce modèle circulaire, le progrès et le développement ne sont pas nécessairement la seule voie menant au bien-être.

Le passé, le présent et le futur informent les actions quotidiennes qui sont reliées au tout, y compris les domaines politique, social, économique et spirituel.⁷ Assumer que les comportements, la santé et le bien-être humains sont exclusivement modelés par les domaines économiques et politiques est, pour de nombreux peuples indigènes, un concept étranger, voire absurde. La croyance que tous les domaines de la vie doivent être cultivés et équilibrés est la seule voie du « véritable » bien-être communautaire.

Les universitaires portent une attention nouvelle aux systèmes de connaissances des peuples indigènes et à la manière dont ces systèmes pourraient être utilisés pour alléger le « fardeau de mauvaise santé » des communautés autochtones et non autochtones.⁸ La trame des connaissances indigènes est tissée pour former les thèmes l'interconnectivité, des interrelations et de l'holisme. De plus, du point de vue des connaissances indigènes, les processus historiques du colonialisme, qui exercent actuellement une influence négative sur le bien-être de nombreuses communautés des Premières Nations, sont vus comme critiques. Le bien-être communautaire est donc fortement influencé par de nombreux facteurs présents et passés. Les facteurs du passé entrecroisent les données actuelles et sont liés aux idées des Indigènes concernant les mesures légitimes de bien-être. Le bien-être communautaire devrait être discuté dans le contexte d'un cadre culturel adéquat.

On doit définir les déterminants du bien-être des communautés des Premières Nations de la façon la plus large possible et pratiquement toutes les données statistiques pourraient virtuellement servir pertinemment à évaluer des niveaux de bien-être communautaire. Voyle et Simmons (1999) croient que : « ...l'aliénation et la marginalisation [des Autochtones] dans leur propre pays ont eu des conséquences nuisibles sur les traditions, l'identité, la cohésion sociale et l'estime de soi. In fait aucun doute que le colonialisme a eu des répercussions négatives directes et indirectes sur la santé des peuples indigènes » . 10

Nous devons utiliser un processus logique afin de prioriser les indicateurs et les mesures qui cerneront le plus précisément possible le bien-être autochtone. Ces mesures doivent être ancrées dans un cadre de connaissances indigènes. Nous devons puiser dans les publications traitant du bien-être communautaire ou collectif comme celles qui seront illustrées dans le présent rapport, en les complétant par statistiques empiriques données pertinentes. L'anthropologue Wayne Warry (2000) affirme: «Le sentiment d'impuissance et la dévalorisation de soi conduit les personnes qui y sont vulnérables à adopter des comportements négatifs. Il y a une relation évidente entre la dépendance à l'aide sociale et la mauvaise santé ». 11

D'un point de vue autochtone, les problèmes individuels et communautaires ne proviennent pas simplement des mauvaises conditions socioéconomiques, mais sont aussi directement attribuables à la faible estime culturelle ou au manque d'identité culturelle, un élément critique dans la formation de sentiments de dévalorisation de soi. 12

Il faut considérer les politiques et les pratiques coloniales qui ont dépouillé les Premières Nations de leur langue et de leur identité et qui ont encouragé l'assimilation comme des oppressions et des traumatismes, mais il faut aussi saisir leur lien direct avec la diminution des niveaux de bien-être communautaire. La perte d'estime de soi qu'ont vécue nombre de communautés des Premières Nations s'est produite pendant la période où le gouvernement exerçait ses politiques d'assimilation et d'oppression culturelle, et la pauvreté et la mauvaise santé qui l'accompagnent en sont respectivement une conséquence directe et indirecte.

Les indicateurs du bien-être communautaire : la langue

La capacité à s'exprimer dans les langues autochtones et la prévalence d'autres pratiques culturelles comptent parmi les meilleurs indicateurs du bien-être communautaire. Selon les données compilées par l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS), les citoyens des Premières Nations estiment que la récente revitalisation culturelle (y compris l'usage de la langue) n'a eu qu'un très faible impact. Toutes les générations partagent ce point de vue avec tout au plus de légères variations: l'amélioration est au mieux minimale. Les trois quarts (74,7 %)ⁱ des répondants déclarent que l'anglais est leur langue principale.

Les données de l'Enquête suggèrent une relation critique entre le sentiment identitaire des citoyens des Premières Nations et leurs liens avec la terre ainsi que le lieu où sont leurs racines. Plus les personnes sont près des « racines » de leur nation et de ses croyances et pratiques spirituelles, plus les niveaux de santé et d'estime de soi dans leur communauté sont élevés. La « toile de relations » est vue comme une « clé » permettant de réaliser un équilibre parmi les individus et leur environnement. Gregory Cajete développe ce point dans son livre Look to the Mountain (1998), dans leguel il a utilisé le mot « ethnoscience ». Il soutient que le savoir indigène est lié à la terre, aux lois spirituelles qui gouvernent cette terre et à la coexistence des relations entre l'animal, la plante et la vie humaine combinées dans un équilibre collectif, ou toile. Il examine comment l'ethnoscience correspond au caractère unique du lieu, qu'elle est ainsi liée de manière inhérente à la terre et au lieu et qu'elle s'exprime dans la langue et les pratiques culturelles.¹³

Des études démontrent que les peuples autochtones qui entretiennent des liens forts avec la terre la cultivent et en récoltent les fruits (Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (ERLSPNI 1997)). Le tableau 1 démontre que pour de nombreux citoyens des Premières Nations, il n'y a pas eu beaucoup de progrès dans

i Afin de simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour l'ensemble des valeurs estimatives des adultes ayant un coefficient de variation de plus de 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique indiquant les intervalles de confiance de toutes les valeurs à l'adresse: http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_health.php

le rétablissement de la relation de leur peuple avec la terre.

Tableau 1. Relation avec la terre

Degré de progrès	% des répondants
Progrès importants	11,1 %
Aucun progrès	45,5 %

Les répondants voient cette absence de progrès dans le « rétablissement de la relation avec la terre » de façon très semblable au « renouvellement de la spiritualité ». Le tableau 2 démontre que ce renouvellement de la spiritualité a grandement besoin d'être amélioré. Ces deux tableaux indiquent la nécessité de restaurer la relation des gens avec leur terre et leur propre spiritualité.

Tableau 2. Renouvellement de la spiritualité

Degré de progrès	% des répondants
Progrès importants	11,2 %
Aucun progrès	43,3 %

Pour ce qui est de la variable de la langue (qui est une mesure culturelle), parmi ceux qui choisissent de « chasser » et de vivre de la terre, il n'y a qu'une légère différence entre ceux qui parlent couramment une langue des Premières Nations et ceux qui n'en parlent pas (tableau 3). Cela démontre que les citoyens des Premières Nations peuvent rester attachés à la terre et aux animaux même sans comprendre leur langue.

Tableau 3. Relation entre la terre et la capacité linguistique dans les langues des Premières Nations

Capacité linguistique dans une langue des PN	% impliqué dans la chasse
Parle couramment ou relativement bien une ou plusieurs langues	33,8 %
Aucune compréhension	32,3 %

Le bien-être communautaire : un cadre culturel pour l'évaluation du bien-être psychologique

L'une des principales conséquences de la colonisation sur la santé est la dépossession culturelle caractérisée par un impact social négatif et l'assimilation. « Le colonialisme se manifeste par des configurations de pouvoir. La culture politique des dirigeants coloniaux a agi dans le cadre de la conquête, de l'exploitation et de la répression de façon à briser les modèles sociaux existants et à les reconstruire en fonction des normes européennes ». ¹⁴ Nombre de communautés autochtones considèrent la santé mentale comme une importante priorité de santé. ¹⁵ Des études ont montré la présence d'un biais eurocentrique dans les « outils d'examen psychosomatique ». Il faut donc utiliser un outil culturellement adapté lorsqu'on évalue la santé de personnes ayant une vision du monde distincte et souffrant de l'impact

colonialisme.16 du Le bien-être psychologique communautaire dépend d'une certaine forme « mouvement de sobriété ». Il est important d'étudier les statistiques réunies par l'ERS relativement à la façon qu'ont les peuples des Premières Nations de voir la réduction de l'abus d'alcool et de drogues dans leurs communautés. Le tableau 4 démontre que selon les répondants, il faudra améliorer grandement le traitement contre la consommation abusive d'alcool et de drogues si l'on veut soutenir la réalisation du bien-être communautaire. En effet, 29,8 % affirment avoir constaté certains progrès, mais la majorité des répondants estiment qu'il y en a eu aucun.

Tableau 4. Y a-t-il eu une réduction de l'abus d'alcool et de drogues dans les communautés des Premières Nations?

Degré de progrès	% des répondants	
Progrès importants	6,6 %	
Certains progrès	29,8 %	
Aucun progrès	63,6 %	

La tendance de divers groupes d'Autochtones américains à connaître des problèmes liés à l'alcool est étroitement liée au niveau de leur désintégration culturelle. Les tribus qui jouissent d'une forte intégration traditionnelle et qui ont peu vécu le stress de l'acculturation connaissent beaucoup moins de problèmes d'alcool. L'affaiblissement des mécanismes de contrôle informels en raison de la perte de contrôle sur leur propre vie n'a pas été étudié de façon adéquate. Estation de la perte de contrôle sur leur propre vie n'a pas été étudié de façon adéquate.

L'abus d'alcool et d'autres drogues est un mécanisme d'adaptation à la désintégration sociale utilisé par nombre de communautés des Premières Nations. Les analyses de la santé doivent d'abord mieux mesurer la désintégration sociale et les forces des communautés. Les documents indigènes portant sur le sujet du bien-être insistent sur les liens avec la terre, la langue et la culture. Dans leur étude, Svenson et Lafontaine (1999) indiquent que plus de 80 % des répondants ont répondu « oui » à la question : « Pensez-vous qu'un retour aux façons de faire traditionnelles favoriserait le bien-être communautaire? ». 19 Les méthodes traditionnelles sont vues comme une solution au manque de bien-être communautaire et les aînés sont considérés comme les personnes qui détiennent la connaissance en matière de méthodes traditionnelles. Les documents examinés laissent entendre que les aînés et les guérisseurs estiment que les concepts « médicaux » occidentaux sont souvent coupés de la culture, des familles et de la communauté.

La médecine traditionnelle

Les documents étudiés utilisent les termes « ancien » (ou « aîné ») et « guérisseur » indifféremment puisque les enseignements traditionnels sont considérés comme « la guérison de l'esprit ». Le volume *Vers un ressourcement* du *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones* (1996), mentionne le terme « ancien », qui est associé à la guérison traditionnelle : « Les anciens sont les

ii Les comparaisons entre les groupes citées dans ce chapitre sont toutes marquées à moins que le pourcentage soit accompagné de l'indication «NS» (sans importance) entre crochets. Dans ce chapitre, les valeurs estimatives sont considérées passablement différemment si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

gardiens de la tradition et de la culture, les sages, les maîtres à penser. Bien que la plupart des sages défenseurs des traditions soient âgés, toutes les personnes âgées ne sont pas des anciens et tous les anciens ne sont pas âgés ».²⁰

Les documents portant sur la santé confirment la nécessité pour les citoyens des Premières Nations de contrôler leur santé et leur mieux-être, ce qui doit comprendre l'accès à la médecine traditionnelle en tant que dimension clé de ce mieux-être. La reconnaissance de la validité et de l'importance de la médecine traditionnelle au sein du système de soins de santé conventionnelle au sein du système de l'état de santé des Autochtones. Le tableau 5 indique que peu de répondants croient que la revitalisation des méthodes de guérison traditionnelles ait connu des progrès substantiels alors que des proportions importantes et à peu près égales croient avoir constaté certains ou aucun progrès.

Tableau 5. Revitalisation des méthodes de guérison traditionnelles

Degré de progrès	% des répondants
Progrès importants	13,5 %
Certains progrès	45,7 %
Aucun progrès	40,8 %

Il y a une relation entre le niveau de scolarité des répondants et leurs croyances concernant les pratiques de guérison traditionnelles. Le tableau 6 montre un résultat intéressant : les répondants qui ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires sont plus susceptibles que ceux qui ont une formation collégiale de déclarer qu'il n'y a pas eu de progrès en matière de revitalisation des pratiques de guérison traditionnelles. Réciproquement, les individus qui ont une formation collégiale sont plus portés que ceux qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires à affirmer avoir constaté certains progrès.

Tableau 6. Niveau de scolarité et perception de la revitalisation des méthodes de guérison traditionnelles

Degré de progrès	Pas de diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études collégiales
Progrès importants	13,9 %	12,9 % (NS)
Certains progrès	42,1 %	52,4 %
Aucun progrès	44,0 %	34,7 %

Environ les deux tiers des répondants estiment que le « renouvellement des activités de cérémonies traditionnelles des Premières Nations » a fait des progrès importants (16,6 %) ou certains progrès (46,8 %). Les statistiques démontrent que la médecine traditionnelle, les cérémonies et la spiritualité permettent aux Premières Nations de rehausser leur bien-être communautaire, mais qu'il reste beaucoup de travail à faire dans ce domaine.

La santé des femmes des Premières Nations au sein de la communauté : la variable du sexe

L'impact des missionnaires, des pensionnats indiens, de la Loi sur les Indiens et d'un colonialisme profond sur plusieurs générations de femmes a eu des conséquences graves sur la santé de ces dernières en particulier. Les politiques et les pratiques coloniales ont eu des répercussions sur le mieuxêtre social, politique, économique et spirituel des femmes des Premières Nations. L'autorité et les fonctions valorisées que détenaient les femmes autochtones dans leur société ont été gravement érodées.²¹ Les femmes ont été et sont toujours responsables de l'alimentation et du bien-être émotionnel et spirituel, y compris de l'estime culturelle, aussi bien pour leur famille que pour la communauté élargie. Il est clair que le colonialisme a nui à leur capacité de gouverner leur famille et de continuer à assumer leurs rôles culturels. Les documents étudiés suggèrent que les femmes ont un rôle essentiel de soutien moral à jouer afin d'accompagner leurs communautés dans leur retour à la santé.²

Dans les communautés, la mauvaise santé de nombre de femmes autochtones est souvent un résultat direct de la pauvreté et d'une faible identité culturelle.²³ Les femmes des Premières Nations ont été marginalisées de façon informelle autant que systémique par une intrusion juridique, sociale et économique dans la « toile de relations ». Aucun des documents étudiés n'aborde précisément l'impact du colonialisme sur le rôle des femmes indigènes en matière de bien-être. Toutefois, les données démontrent que les femmes ont une vision positive de la revitalisation des cérémonies traditionnelles. Plus de la moitié (64,0 %) des répondantes estiment que des progrès importants ou que certains progrès ont été réalisés dans ce domaine, alors que 36,0 % seulement croient qu'aucun progrès n'a été accompli. Les femmes étaient moins positives en ce qui a trait au renouement des relations avec la terre : presque la moitié d'entre elles (46,5 %) estiment qu'il n'y a eu aucun progrès dans ce domaine. Les femmes voient des progrès en ce qui a trait à « la sensibilisation culturelle dans les écoles » : plus de 79,3 % disent que des progrès « d'importants à certains » ont été faits dans ce domaine. Les visions des femmes correspondent donc ici à celles de leurs homologues masculins.

Le rôle des sports et des loisirs dans le bien-être communautaire

Le sport a toujours joué un rôle intégral dans les pratiques culturelles et la cohésion sociale des Indigènes. Pourtant, selon le tableau 7, plus de la moitié des adultes déclarent que certains (41,4 %) ou d'importants (13,1 %) progrès ont été faits au niveau des activités récréatives, de loisir et sportives dans leur communauté. Les 46 % restants affirment qu'aucun progrès n'a été fait au cours des 12 derniers mois.

Tableau 7. Revitalisation des activités récréatives, de loisir et sportives

Degré de progrès	% des répondants
Progrès importants	13,1 %
Certains progrès	41,4 %
Aucun progrès	45,5 %

Le rôle du logement dans le bien-être communautaire

Les politiques et les pratiques gouvernementales actuelles continuent d'avoir un impact négatif sur la santé des citoyens des Premières Nations, en particulier ceux qui vivent dans les réserves. Des études ont démontré que le fait d'avoir un endroit sûr où loger est un élément crucial pour une bonne santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) place l'accès à un toit parmi les variables et les déterminants essentiels de la santé sous tous ces aspects. Or, les trois quarts des logements existants dans les réserves ne satisfont pas aux normes minimales du niveau de vie.²⁴ Plus d'un tiers des citoyens des Premières Nations vivent dans des conditions de surpeuplement.²⁵ Selon le tableau 8, moins de la moitié (40,3 %) des répondants croient qu'aucun progrès n'a été accompli quant à l'amélioration du logement, tandis que 46,2 % ont vu certains progrès. Le tableau 9 démontre que la majorité des répondants considèrent qu'il y a eu des améliorations aux installations d'aqueduc et d'égout (progrès importants 23,0 % et certains progrès 46,3 %). C'est sur le plan de l'aqueduc et des égouts que l'on a, dans l'ensemble, constaté le plus de progrès; il faut noter néanmoins que 31 % des répondants n'ont indiqué aucun progrès au cours de l'année dernière.

Tableau 8. Amélioration de la qualité du logement

Degré de progrès	% des répondants
Progrès importants	13,5 %
Certains progrès	46,2 %
Aucun progrès	40,3 %

Tableau 9. Amélioration de la qualité de l'eau et des égouts

Degré de progrès	% des répondants
Progrès importants	23,0 %
Certains progrès	46,3 %
Aucun progrès	30,7 %

Conclusions et recommandations

Le bien-être d'une communauté des Premières Nations ne peut être adéquatement mesuré qu'à l'intérieur d'un cadre de connaissances indigènes. Les connaissances indigènes offrent un cadre holistique qui permet de mesurer tous les niveaux de la « toile de relations » – y compris l'équilibre spirituel, émotionnel, physique et social – dans le but de représenter fidèlement la santé et le bien-être communautaires. Les données rassemblées par l'ERS font état de certains progrès

dans les domaines des activités traditionnelles, de la guérison et de l'estime culturelle. Cependant, seul un accroissement des pratiques de la médecine traditionnelle, de la guérison culturellement adaptée et des paradigmes de connaissance aura pour effet d'améliorer le bien-être communautaire, y compris la culture et l'estime de soi, des peuples indigènes et leurs communautés.

Recommandation

Le traumatisme historique vécu par la plupart des communautés des Premières Nations a entraîné une myriade de problèmes de santé sociaux, spirituels, psychologiques et physiques. Les aînés continuent de proposer leur compréhension de la culture qui, dans son lien avec le bienêtre, est une solution importante pour l'amélioration du bienêtre communautaire. La plupart des cultures des Premières Nations étaient des collectivités dont le fonctionnement tendait vers l'équilibre, mais la colonisation a fait voler ce processus collectif en éclat. La reconstruction des relations entre les personnes, avec la terre et avec l'univers spirituel, doit s'intégrer au processus de décolonisation. En matière de bien-être communautaire, la meilleure façon d'atteindre l'équilibre est de procéder à deux niveaux : le soi (l'individu) et le tout (le collectif).

Le modèle biomédical est très utile une fois placé dans un cadre de connaissances indigènes — c'est-à-dire géré culturellement à l'intérieur d'un modèle holistique. La nécessité pour les peuples des Premières Nations de retrouver leur langue, leur patrimoine et leur identité est liée à leur estime culturelle. Les aînés, les directeurs d'écoles primaires et secondaires urbaines des Premières Nations, les enseignants et les administrateurs ont un rôle à jouer en matière de soins préventifs; ils peuvent insuffler un respect du patrimoine et des cultures indigènes dans les établissements scolaires. L'éducation est vue comme la source première de transmission des valeurs des Premières Nations, qui incluent des choix et des styles de vie sains et le bien-être communautaire.

Selon les données de l'ERS, il apparaît que les progrès dans les domaines de la réduction de la consommation abusive d'alcool et de drogues et de la guérison traditionnelle sont insuffisants. On croit que les infrastructures telles que l'aqueduc et les égouts se sont améliorées, mais on estime que la reconstruction des structures sociales et le fonctionnement culturel ne progressent pas suffisamment. En matière de bien-être communautaire, le travail est directement lié au sentiment d'estime culturelle; les services de santé ont beaucoup à faire afin de réaliser une harmonie réelle entre la médecine des Premières Nations et la médecine occidentale.

Notes de fin du Chapitre 15

- Wikipedia, *Biomedical Model* [en ligne]. Disponible http://en.wikipedia.org/wiki/Biomedical_model >. Cité le 4 juillet 2005. Wikipedia, 1. sur le Web:
- Marie Battiste et James S. Henderson, *Protecting Indigenous Knowledges and Heritage: Global Challenge* (Saskatoon, Sask.: Purich Publishing Ltd., 2000), p. 41. 2.
- 3. Dawn Martin-Hill, As Snow before the Summer Sun (Brantford, Ont.: Woodland Cultural Centre, 1992), pp. 39-40.
 Marlene Brant Castellano, Indigenous Knowledge in Global Contexts: Multiple Readings of
- 4. Our World, public par George J. Sefa Dei, Budd L. Hall et Dorothy Goldin Rosenberg (Toronto, Ont.: University of Toronto Press, 2000).
- 5. Vandana Shiva, Indigenous Knowledges in Global Contexts: Multiple Readings of Our World.
- Dei, Hall et Rosenburg, Indigenous Knowledges in Global Contexts: Multiple Readings of Our World.
 - · Battiste et Henderson, Protecting Indigenous Knowledge and Heritage: Global Challenge.
 - · Linda Tuhiwai Smith, Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples (London, England : Zed Books, 1999).
- Gregory Cajete, Look to the Mountain: An ecology of indigenous education (Skyterre, N.C.: Kivaki Press, 1999).
- Harriet MacMillan et al., La santé des enfants, Rapport de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (Ottawa, Ont. : Comité directeur national de l'Enquête 8. régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 2004). David Simmons et Judith A. Voyle, 1999, Reaching hard-to-reach, high-risk populations:
- 9. piloting a health promotion and diabetes disease prevention program on an urban marae in New Zealand, Social Sciences & Medicine, 49: 1035-1050.
- 10.
- Wayne Warry, Unfinished Dreams: Community Healing et the Reality of Aboriginal Selfgovernment (Toronto, Ont.: University of Toronto Press, 1998), p 65. 11.
- 12 Ibid
- Cajete: Look to the Mountain: An ecology of indigenous education, p. 95.

 Cynthia C. Wesley-Esquimaux et Magdalena Smolewski, Historic Trauma and Aboriginal 14. Healing (Ottawa, Ont. : La Fondation autochtone de guérison, 2004).
- 15. • Warry, Unfinished Dreams: Community Healing and the Reality of Aboriginal Self-
- Eduardo Duran et Bonnie Duran, Native American and Postcolonial Psychology (New York, N.Y.: State University New York Press, 1995).
- 16. Duran et Duran, Native American and Postcolonial Psychology
- 17.
- 19. Kenneth Svenson et Christopher Lafontaine, «La recherche du mieux-être », Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (Ottawa, Ont. : Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999).
- 20. Commission royale sur les peuples autochtones, Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, Volume 3: Vers un ressourcement, (Ottawa, Ont. : Ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1996), p. 527
 • Alfred Taiake, Peace, Power, Righteousness—An Indigenous Manifesto (Canada: Oxford
- 21. University Press, 1999).
 - Kim Anderson, A Recognition of Being: Reconstructing Native Womanhood (Toronto, Ont. Second Story Press, 2000).
 - Paul Gunn Allen, "Recovering the Feminine in American Indian Traditions," Sacred Hoop (Boston, Mass.: Beacon Press, 1986).
- 22 Anderson, A Recognition of Being: Reconstructing Native Womanhood.

 - Gunn Allen, "Recovering the Feminine in American Indian Traditions," Sacred Hoop.
 Dei, Hall et Rosenburg, Indigenous Knowledge in Global Contexts: Multiple Readings of Our World.
- 23 Cynthia Kasee, 1995, Identity, Recovery and Religious Imperialism: Native American Women and the New Age, Women & Therapy, 2, 3:83-93.
- Wayne Warry, Unfinished Dreams: Community Healing and the Reality of Aboriginal Selfgovernment (Toronto, Ont.: University of Toronto Press, 1998), p 65. 24
- 25. James S. Frideres, Native Peoples in Canada: Contemporary Conflicts, 7th ed. (Scarborough, Ont.: Prentice Hall Canada Inc., 1998), p. 194.

La santé des adolescents des Premières Nations



Adolescents

Chapitre 16

Composition du ménage, revenu et éducation parentale

Résumé

Les jeunes vivant dans des communautés des Premières Nations ont de nombreux liens avec leur famille, leur communauté et leur nation. Une proportion considérable de ces jeunes déclarent habiter avec leur famille élargie et préférer les langues des Premières Nations de même que, dans une certaine mesure, les événements culturels et traditionnels. Les influences culturelles ont différentes origines dans la famille et la communauté. Cependant, les jeunes parlent moins couramment la langue de leur Première Nation que l'anglais ou le français. Près de la moitié des jeunes n'attachent pas d'importance à la participation à des événements culturels et traditionnels. Malgré la richesse qu'apporte le fait de vivre avec la famille élargie, il reste que certains jeunes vivent dans des conditions de surpeuplement qui risquent d'être néfastes pour leur santé mentale et physique.

Introduction

Le présent chapitre est axé sur la relation des adolescents des Premières Nations (âgés de 12 à 17 ans) avec leur culture traditionnelle et avec les personnes de qui ils apprennent cette culture et leur langue des Premières Nations. Pour les adolescents vivant dans les réserves, la famille et la communauté ne sont pas qu'un milieu de vie, elles sont aussi le véhicule grâce auquel ils peuvent potentiellement développer des liens sains avec leurs familles, communautés et nations.

Le chapitre traite aussi de la manière dont les adolescents des Premières Nations en viennent à connaître et à apprécier leurs cultures traditionnelles. Les jeunes sont analysés dans le contexte de la famille et du ménage auxquels ils appartiennent - considérés comme les éléments ayant le plus d'influence sur leur santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle. Il est particulièrement intéressant de documenter les types de personnes qui aident les jeunes à acquérir une compréhension de leur culture traditionnelle. En ce qui a trait à la culture traditionnelle, l'information est axée sur :

- l'importance pour les adolescents des Premières Nations de parler la langue de leur Première Nation et de participer à des événements culturels et traditionnels;
- les langues des Premières Nations comprises et parlées (en particulier celles que les jeunes utilisent au quotidien);
- les sources qui, dans la famille ou la communauté, peuvent aider les jeunes à mieux comprendre leur culture.

On porte aussi attention au milieu physique des adolescents (logement en particulier). On sait déjà que les logements des Premières Nations sont en général d'une qualité inférieure à la norme canadienne (intérieur surpeuplé et insécurité structurale). Ce « type de milieu physique » a un impact sur les adolescents des Premières Nations et des répercussions sur la manière dont ces jeunes entrent en relation avec leur famille et les autres membres du ménage. Les caractéristiques de la communauté peuvent aussi être des indicateurs de connectivité et révéler une exposition potentielle à des influences occidentales.

En ce qui concerne les situations familiales, on a collecté de l'information sur les points suivants :

- le nombre de personnes faisant partie du même ménage que les adolescents et la relation de chacun avec eux;
- la situation de vie et la situation matrimoniale des parents biologiques de l'adolescent.

En ce qui concerne les caractéristiques de la communauté, l'information réunie porte sur :

La taille de la communauté (et son effet possible sur les ressources);

• l'isolement relatif des communautés où vivent les jeunes (et son effet possible sur l'exposition aux cultures occidentales).

Dans la plupart des cas, ne sont mentionnées que les différences socialement et statistiquement importantes.

Résultats et discussion

Langue et culture

La plupart des adolescents interrogés trouvent important de parler une langue des Premières Nations (82,1 %). Environ la moitié d'entre eux considèrent que les événements culturels et traditionnels sont importants dans leur vie (54,8 %). Il est à noter, cependant, que près de la moitié des jeunes (45,2 %) trouvent que les événements culturels et traditionnels ne pas très importants, voire pas importants du tout dans leur vie. Ce point de vue est peut-être le résultat des influences du courant dominant de la société occidentale. Ce type de réponse pourrait aussi s'expliquer par d'autres facteurs liés aux traumatismes intergénérationnels (par exemple, la honte, la faible estime de soi et la colère sublimée issue de l'expérience des pensionnats indiens par les parents, les grands-parents ou les arrière-grands-parents).

Tableau 1. Importance de la culture traditionnelle pour les adolescents

	Impo	tance :	
Degré d'importance	de parler une langue des Premières Nations (n = 4 670) ⁱⁱⁱ	des événements culturels et traditionnels dans sa vie (n = 4 698)	
Très important	45,0 %	49,3 %	
Assez important	37,1 %	5,5 %	
Pas très important	12,3 %	34,5 %	
Pas important	5,5 %	10,7 %	

Il existe un certain décalage entre l'utilisation réelle des langues des Premières Nations au quotidien par les adolescents et l'importance qu'ils accordent au fait de les parler (13,9 % des jeunes interrogés déclarent se servir

i Deux critères ont déterminé si les différences étaient importantes : les critères social et statistique. Les différences importantes sur le plan social, bien qu'elles soient fondées sur des données quantitatives, sont généralement axées sur le fait que les différences observables comptent variament ou non dans le monde réel. Dans ce chapitre, les différences d'environ 10 % d'un groupe à un autre étaient généralement considérées comme socialement importantes, mais il ne s'agissait pas d'un critère rigide. Les critères des lecteurs peuvent être différents de ceux des auteurs. Les différences importantes sur le plan statistique sont calculées mathématiquement et concernent l'exactitude des évaluations. Les estimations de pourcentages et les moyennes fondées sur des échantillons ne sont per exactement transférables aux populations que ces échantillons représentent. Chaque estimation vient avec une gamme de valeurs connexes (un intervalle de confiance) qui décrit toutes les valeurs possibles que ce pourcentage ou cette moyenne peut prendre dans la population. Ainsi, dans ce chapitre, les différences importantes sur le plan statistique sont conclues lorsque les intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchent pas.

ii Afin de simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour l'ensemble des estimations ayant un coefficient de variation de plus de 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique indiquant les intervalles de confiance de toutes les valeurs à l'adresse: http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_santé.php

ⁱⁱⁱ Les comparaisons entre les groupes citées dans ce chapitre sont toutes marquées à moins que le pourcentage soit accompagné de l'indication « SI » (sans importance) entre crochets. Dans ce chapitre, les valeurs estimatives sont considérées passablement différemment si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

chaque jour d'une langue des Premières Nations). La majorité de ceux qui disent se servir chaque jour d'une langue des Premières Nations parle *uniquement* des langues des Premières Nations (12,6 % du total, contre 13,9 % qui les parlent quotidiennement). Environ trois fois plus d'adolescents comprennent une langue des Premières Nations avec aisance ou relativement bien (32,8 %).

Par contraste, 87,6 % des répondants utilisent l'anglais (85,4 %), le français (2,4 %) ou la Langue des signes américaine (LSA) comme langue de tous les jours. L'on peut aussi examiner l'utilisation des langues des Premières Nations en fonction du nombre de langues utilisées chaque jour par les adolescents. La majorité (96 %) déclare utiliser quotidiennement une seule de ces langues, tandis que 3,0 % en utilisent deux et 0,2 %, trois.

Tableau 2. Utilisation quotidienne des langues des Premières Nations par les adolescents (n=4 983)

	Estimation du %
Utilisent une langue des Premières Nations	13,9 %
Utilisent uniquement une langue des Premières Nations	12,6 %
Utilisent l'anglais, le français ou le langage des signes	87,6 %
Utilisent l'anglais	85,4 %
Utilisent le français	2,4 %
Nombre de langues utilisées quotidiennement	
1	96,0 %
2	3,0 %
3	0,2 %

Les langues des Premières Nations dont on déclare se servir quotidiennement sont le plus souvent le cri (3,4 %), l'innu (1,8 %), l'attikamekw (1,3 %), et le mi'kmaq (0,7 %).

On a aussi questionné les jeunes sur leur compréhension des langues des Premières Nations et leur capacité d'expression dans ces langues.

En général, un individu développe la compréhension d'une langue avant de la parler. Les questions de l'ERS portaient sur le degré de compréhension de chacune des langues. Les choix de réponses à cette question étaient les suivants : « avec aisance », « relativement bien », « quelques mots » ou « ne comprend pas ». Parmi tous les adolescents de 12 à 17 ans, 32,8 % étaient capables de comprendre et 27,0 % pouvaient parler leur langue des Premières Nations avec aisance ou relativement bien. L'âge ne causait aucune différence significative quant à la capacité de comprendre une langue des Premières Nations avec aisance ou relativement bien.

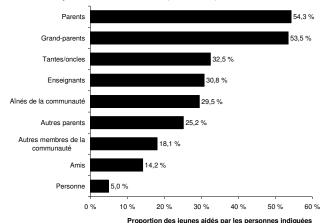
Les adolescents autochtones déclarent parler avec aisance ou relativement bien quelque 30 langues des Premières Nations ou inuit^{iv} sur 32. Les langues des Premières Nations que l'on dit le plus souvent comprendre aisément ou relativement bien sont le cri (9,3 %), l'ojibway (3,3 %), et l'oji-cri (3,2 %).

Environ 85,4 % des adolescents des Premières Nations parlent avec aisance l'anglais et 2,4 %, le français.

Le rôle des membres de la famille et de la communauté dans la compréhension de la culture

À une question sur les types de personnes qui ont aidé le jeune à comprendre sa culture, ce sont les grands-parents et les parents qui sont le plus souvent mentionnés (environ 54 % pour chaque groupe). Les enseignants sont mentionnés aussi souvent que les tantes/oncles et les aînés de la communauté (environ 30 %), mais moins souvent que les parents et les grands parents. Parmi les autres personnes à qui l'on attribue une influence sur la compréhension de la culture par les jeunes, citons d'autres parents (25,2 %), d'autres membres de la communauté (18,1 %) et des amis (14,2 %). Une petite minorité des adolescents disent que personne ne les aide à comprendre leur culture (5,0 %).

Figure 1. Parents et membres de la communauté qui aident les jeunes à comprendre leur culture (n = 4 857)



L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 a déjà révélé un lien entre le nombre de sources d'aide et la capacité d'apprendre la langue. « Plus les enfants autochtones peuvent compter sur des sources nombreuses pour les aider à apprendre la langue autochtone, plus leur maîtrise de cette langue sera bonne ». ¹

Pour les enfants inuit, des Premières Nations et métis vivant hors réserve, les taux de ceux qui parlent et comprennent une langue autochtone varient de 15 % parmi ceux qui ne disposent que d'une source d'aide à 80 % parmi ceux qui disposent de sept sources d'aide ou plus (entre les deux, les taux sont de 38 % pour ceux qui ont 3 sources d'aide et de 54 % pour ceux qui en ont 5). Le nombre de sources d'aide à la compréhension de la culture à la disposition des enfants

iv Puisque 10 adolescents seulement parlaient l'inuktitut et que neuf d'entre eux n'en parlaient que quelques mots, les prochaines références aux langues autochtones dans ce chapitre préciseront qu'il s'agit de langues des Premières Nations.

vivant dans des communautés des Premières Nations (ERS) varie de 0 à 7. L'ERS trace un profil semblable à celui révélé par l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 : le nombre de sources d'aide à la compréhension de la culture semble lié aux taux de compréhension ou d'expression d'une langue des Premières Nations.

Famille et composition du ménage

Plus de la moitié (57,4 %) des adolescents des communautés des Premières Nations vivent dans des ménages de six personnes ou plus, composés en majorité de membres de leur famille. Environ un tiers (32,4 %) vivent avec plus de deux adultes, et la moitié vivent avec quatre enfants ou adolescents ou plus. Le nombre de personnes composant le ménage varie de 1 à 26, avec une moyenne de 6,6. Le nombre d'adultes (personnes âgées de 18 ans et plus) varie de 0 à 12, avec une moyenne de 2,4. Le nombre d'enfants et d'adolescents dans le ménage varie de 1 à 20 (y compris le jeune interrogé), avec une moyenne de 4,3.

Tableau 4. Nombre de sources d'aide dont disposent les jeunes pour comprendre leur culture (n = 4983)

% qui parle une % qui comprend Nombre de langue des Total une langue des sources Premières Premières Nations Nations 0 8,8 14,3 16.7 33,3 27,7 23,9 2 18,4 34,5 29,2 3 14,2 39,3 33,2 4 11,4 36,1 27,3 5 8.3 38.5 25.6 6 3,7 51,5 30,3 7 1,8 54,0 74,7

Quatre-vingt-six pourcent des adolescents des Premières Nations vivent avec un parent ou plus (biologique, adoptif, beau-père ou belle-mère). De ce nombre :

- 54,4 % vivent avec deux parents
- 31,7 % vivent avec un parent

Des 13,9 % d'adolescents qui ne vivent pas avec leurs parents :

- 7,4 % vivent avec des grands-parents
- 2,0 % vivent avec d'autres membres de la famille élargie (tantes, oncles, cousins)
- 1,0 % vivent avec des parents de famille d'accueil
- 0,9 % vivent avec des frères et soeurs

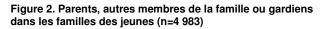
Dans 35,9 % des ménages où un parent ou plus est présent, d'autres adultes (âgés de 18 et plus) partagent la vie du ménage. La plupart des adolescents des Premières Nations vivent dans des ménages qui comptent d'autres enfants et

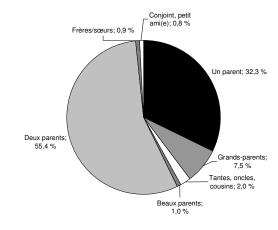
adolescents (82,3 %). La répartition des ménages en fonction du nombre de jeunes de moins de 18 ans est la suivante :

- 17,7 % des adolescents sont les seuls membres du ménage à être âgés de moins de 18 ans
- 13,5 % vivent avec un autre membre du ménage qui a moins de 18 ans
- 27,4 % vivent avec deux ou trois autres membres du ménage de moins de 18 ans
- 41,5 % vivent avec 4 autres membres du ménage de moins de 18 ans ou plus.

Bien que 20 % des naissances soient le fait de mères âgées de 15 à 19 ans², seulement 1,0 % des jeunes âgés de 15 à 17 ans mentionnent leurs propres enfants comme membres du ménage.

Les parents naturels d'environ la moitié des adolescents (53,9 %) vivent ensemble. Les parents d'environ 39 pourcent d'entre eux ne vivent pas ensemble (bien que 6,8 % ont au moins un parent décédé). Des recherches non spécifiques aux Autochtones indiquent que la séparation des parents peut avoir des répercussions négatives sur le développement comportemental ou émotionnel des enfants.³ Toutefois, cette conclusion n'est peut-être pas aussi vraie dans le cas de parents violents, où la séparation des parents peut même être dans le meilleur intérêt des enfants et des adolescents.





Y Les données qui auraient pu déterminer si les autres adultes du ménage étaient des membres de la famille élargie ou si les enfants du ménage étaient des frères ou des soeurs ou avaient d'autres liens n'étaient pas suffisamment complètes pour être analysées.

Tableau 5. Types de relation des parents naturels des adolescents (n=4850)

Types de relation	Estimation du % d'adolescents
Vivent ensemble, mariés	43,1 %
Ne vivent pas ensemble, séparés	34,2 %
Vivent ensemble, non mariés	10,8 %
Un de mes parents est décédé	6,7 %
Mes deux parents sont décédés	0,1 %
Divorcés	5,1 %

Ressources du ménage

La taille moyenne du ménage est de 6,6 personnes (adultes, adolescents et enfants). Les ménages comprenant des adolescents disposent d'une moyenne de 6,3 pièces.

Le nombre de pièces varie en général de 1 à 13 ou plus. Les normes occidentales de surpeuplement considèrent les ménages de plus d'une personne par pièce comme surpeuplés. Selon cette norme, 42,9 % des ménages des Premières Nations comprenant des adolescents sont surpeuplés. Le surpeuplement n'existe que dans moins de 10,3 % des ménages de cinq membres ou moins; cependant, la proportion fait un bond énorme pour les ménages de six personnes, passant à 34,5 % pour s'élever jusqu'à 94,2 % pour les ménages de neuf personnes ou plus. Le profil de surpeuplement est le même que les personnes mineures du ménage soient des enfants ou des adolescents.

Caractéristiques de la communauté

La taille et l'isolement relatif de la communauté semblent avoir un lien avec les situations de familiale et de logement, ainsi qu'avec la valeur accordée aux langues et aux cultures des Premières Nations.

Les adolescents vivant dans de petites communautés (< 300 résidants) déclarent des niveaux de surpeuplement inférieurs à ceux qui vivent dans de grandes communautés (> 1 500 résidants). Les grandes communautés sont celles dont les résultats sont les plus éloignés des résultats des petites communautés. Les communautés de taille moyenne (de 300 à 1 499 résidants) tendent à ressembler aux plus grandes, mais plusieurs des données mesurées par l'ERS tombent dans une zone intermédiaire entre ceux des petites et des grandes communautés. Les adolescents vivant dans de petites communautés sont moins susceptibles que ceux des communautés de taille moyenne d'attribuer une grande importance à l'apprentissage de l'expression dans une langue des Premières Nations. Dans les grandes communautés, les adolescents sont plus susceptibles de comprendre et de parler une langue des Premières Nations que ceux des communautés de moins de 1 500 résidants; néanmoins, dans les communautés les plus petites, les autres membres de la famille sont généralement plus impliqués dans le processus de familiarisation culturelle des jeunes.

Tableau 6. Pourcentage des adolescents vivant dans des foyers comptant plus d'une personne par pièce selon la taille du ménage et le nombre d'enfants/ adolescents (n=4 800)

Composition du ménage	Selon le nombre de personnes composant le ménage	Selon le nombre d'enfants et d'adolescents dans le ménage
Tous les ménages comprenant des adolescents	42,9	42,9
1 adolescent	n.d.	5,7
2 personnes/enfants et adolescents	_	6,8
3	_	17,6
4	-	37,6
5	10,3	60,0
6	34,5	85,5
7	52,7	93,1
8	76,2	95,0
9 et plus	94,2	98,6

⁻ Données supprimées en raison d'un échantillon de taille insuffisante.

Tableau 7. Variations concernant la langue, la culture et la famille des adolescents (%) selon la taille de la communauté (n =4 600)

	Taille de la communauté				
	Petite	Moyenne	Grande		
Importance de parler les la	ngues des Pi	remières Nations	3		
Très	31,6	47,6	43,8 (NS)		
Assez	49,3	34,8	38,2 (NS)		
Connaissance des langues d	des Première	s Nations			
Comprennent les langues des Premières Nations	21,4	30,4	39,1		
Parlent les langues des Premières Nations	14,7	23,7	34,6		
Influencent la culture de l'	enfant				
Autres membres de la famille	33,8	25,7	22,4		
Aînés de la communauté	33,9	31,9 (NS)	24,7 (NS)		
Membres de la communauté	22,1	18,5 (NS)	16,5 (NS)		
Autre					
Seul enfant du ménage	25,6	16,7 (NS)	17,9 (NS)		
Surpeuplement	30,9	40,9 (NS)	48,8		

On appelle « isolée » une communauté desservie par des vols réguliers et un bon service téléphonique, mais qui n'a pas d'accès routier. Les communautés semi-isolées sont celles qui disposent d'un accès routier, mais qui sont à une distance de plus de 90 km d'un médecin. Les communautés non desservies par des vols réguliers sont appelées « éloignées-isolées ». Dans les communautés isolées, semi-isolées, et

éloignées-isolées, les adolescents ont des taux plus élevés de compréhension d'une langue des Premières Nations et d'expression dans cette langue par comparaison aux communautés non isolées (celles qui disposent d'un accès routier et qui sont à moins de 90 km d'un médecin). Les adolescents des communautés non isolées sont moins susceptibles que ceux des communautés éloignées ou semi-isolées d'estimer très important de parler une langue des Premières Nations. Les adolescents des communautés éloignées-isolées tout comme ceux des communautés non isolées ont un taux plus élevé d'aisance en anglais que ceux des communautés isolées et semi-isolées. Les adolescents des communautés non isolées sont moins portés à faire état de conditions de surpeuplement que les adolescents vivant dans les communautés isolées et semi-isolées.

Tableau 8. Variations en matière de langue et de logement des adolescents (%) selon le degré d'isolement de la communauté (n=~4 600)

	État d'isolement des communautés					
_	Non isolées	Semi- isolées	Isolées	Éloignées -isolées		
Très important	39,7	58,1	55,5 (NS)	62,6		
Assez important	40,2	26,6	31,9 (NS)	26,3 (NS)		
Compréhension	27,6	44,2	42,0	48,6		
Expression	21,6	39,0	37,2	39,4		
Parlent anglais couramment	89,0	72,4	70,5	87,3 (NS)		
Surpeuplement	35,9 =	61,3	60,5	40,2 (NS)		

Conclusions et recommandations

Conclusions

Les adolescents des Premières Nations sont bien entourés par leur famille. Les adolescents qui habitent dans les communautés des Premières Nations vivent dans des familles, nucléaires ou élargies dans des ménages comptant plusieurs personnes. La plupart de ces adolescents vivent avec leurs parents, avec des frères et des sœurs ou d'autres enfants avec lesquels ils ont des liens. Ils sont nombreux à vivre aussi avec d'autres membres de leur famille. Les parents et la famille élargie sont les sources les plus fréquemment citées de connaissances culturelles. Les autres membres de la communauté participent aussi à la socialisation culturelle.

On pourrait certes qualifier d'« occidentales » les normes utilisées pour déterminer le surpeuplement dans le présent rapport, mais le problème du surpeuplement demeure réel. Dans bon nombre de communautés des Premières Nations, les logements sont inadéquats par rapport à plusieurs normes. De nombreuses familles des Premières Nations *préfèrent* vivre en famille élargie; mais là où il y a pénurie de

logements, cela peut s'avérer une nécessité. Dans d'autres cas, les maisons typiques sont trop petites et les ressources pour les agrandir sont inexistantes. Quelles que soient les raisons, le surpeuplement peut être très élevé, ce qui a une incidence indubitable sur la santé.

Les adolescents vivant dans les communautés des Premières Nations mentionnent certains aspects de leur vie dénotant un potentiel de développement d'un lien profond avec leur culture traditionnelle. Ils font aussi état de liens avec leur famille et leur culture. Pour la plupart, ces adolescents valorisent la capacité de parler une langue des Premières Nations et, dans une moindre mesure, la participation à des événements culturels et traditionnels. Il est important de noter cependant que presque la moitié des adolescents ne considèrent pas la participation aux événements culturels et traditionnels comme importante ou très importante.

Il existe un décalage frappant entre la capacité de parler une langue des Premières Nations avec aisance ou relativement bien et les attitudes à l'égard de la langue : parler une langue des Premières Nations est considéré comme important par plus de 80 % des adolescents, mais seulement 27 % des adolescents sont capables de parler au moins une des 30 langues des Premières Nations. Un pourcentage encore inférieur des adolescents sondés utilise une langue des Premières Nations de façon quotidienne (13,9 %) et presque tous ces jeunes sont unilingues de fait, c'est-à-dire qu'ils ne parlent de toute façon que cette langue au quotidien.

En même temps, 87,6 % des adolescents sondés parlent anglais ou français dans la vie quotidienne. Cela pourrait indiquer l'influence considérable de la culture non autochtone sur la plupart des adolescents vivant dans les communautés des Premières Nations. L'anglais est même parlé plus couramment que les langues des Premières Nations dans les communautés « éloignées-isolées » et non isolées.

Recommandations

Les résultats indiquent clairement que les adolescents des Premières Nations ont le potentiel pour continuer d'avoir un lien avec leur culture, mais il semble que tant qu'ils vivront dans des communautés des Premières Nations, ils continueront à participer à la fois à la culture occidentale et à leur culture traditionnelle. Cette réalité biculturelle est démontrée par le fait que seule une minorité d'adolescents ne parlent ni anglais ni français. Étant donné l'omniprésence des influences occidentales et la diversité des Premières Nations, il faudra déployer des efforts organisés et concertés pour assurer une saine socialisation dans les deux (ou même dans de multiples) cultures. Cet effort sera nécessaire pour maintenir les liens spirituels avec la famille, la communauté et la nation pour des générations à venir.

Il y un urgent besoin de logements aptes à satisfaire les préférences de certains résidants des communautés des Premières Nations qui souhaitent vivre en famille élargie. Dans les cas où les ménages populeux et entassés sont le résultat de l'absence de logements adéquats, il faut accroître l'infrastructure d'habitation.

Notes de fin du Chapitre 16

Statistique Canada, «Les enfants et les langues autochtones», Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve: Résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 (Ottawa, Ont.: Statistique Canada, 2004).

Gouvernement du Canada, «Jeunes enfants des Premières Nations au Canada», Le bien-être

Gouvernement du Canada, « Jeunes entants des Premieres Nations au Canada », Le bien-etre des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2003.

(Ottawa, Ont.: Développement des ressources humaines Canada et Santé Canada, 2003).

Gouvernement du Canada, « Le milieu familial et ses incidences sur le bien-être de l'enfant », Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada 2003.

(Ottawa, Ont.: Développement des ressources humaines Canada et Santé Canada, 2003)

Chapitre 17

Scolarité

Résumé

Une santé générale de passable à mauvaise est un bon indicateur de l'absentéisme scolaire, des troubles d'apprentissage et du fait de ne pas aimer l'école. Aucun lien évident n'a été constaté entre les troubles d'apprentissage et un problème de santé particulier, mais lorsque ces problèmes sont pris ensemble, on observe une nette augmentation dans la déclaration de troubles d'apprentissage.

Parmi les précurseurs du faible rendement scolaire, ceux qui sont induits par les pairs ou par la société, surtout en ce qui a trait à l'absentéisme ou au redoublement, sont principalement la consommation d'alcool, le tabagisme et l'activité sexuelle à l'adolescence. On constate que l'alimentation est un important indicateur du rendement scolaire chez les jeunes des Premières Nations. Les élèves qui ont une alimentation équilibrée redoublent moins, ont moins de troubles d'apprentissage et sont plus susceptibles d'aimer beaucoup l'école (au lieu de ne jamais l'aimer). La fréquentation scolaire a également une influence positive sur la participation à des sports et la fréquence de l'activité physique. Enfin, des liens entre les pensionnats indiens, la langue et la culture traditionnelles et les troubles d'apprentissage ont été constatés.

Introduction

Une bonne façon de mesurer le rendement scolaire est d'examiner la fréquentation scolaire et les pourcentages d'étudiants qui disent avoir redoublé. D'autres réponses peuvent être utiles pour mesurer le rendement scolaire, comme le fait d'aimer ou non l'école et le fait d'avouer avoir des problèmes d'apprentissages. En soi, ces facteurs ne déterminent pas de façon définitive les aspirations scolaires futures des adolescents des Premières Nations, mais ils peuvent jouer un rôle important pour prédire leur rendement scolaire.

Dans ce chapitre, nous examinerons le style de vie et les facteurs de santé liés à la fréquentation scolaire, aux attitudes envers l'école et au comportement à l'école. Parmi les facteurs à considérer, mentionnons le régime alimentaire, la consommation d'alcool, le tabagisme, l'activité sexuelle, les problèmes de santé, les limitations d'activités et la participation aux activités physiques, sportives, artistiques, musicales et culturelles, comme le tambour et la danse. L'examen détaillé de ces facteurs conduira à des recommandations touchant la santé des adolescents des Premières Nations dans le but d'améliorer leur rendement scolaire.

Résultats et discussion

Dans l'ensemble, la majorité des adolescents sondés $(57,2\%)^{\rm i}$ estiment être en très bonne ou en excellente santé. Quelque 32,9 % disent avoir une bonne santé et 9,9 % seulement déclarent avoir une santé passable ou mauvaise. L'autoévaluation de la santé (passable/mauvaise contre très bonne/excellente) est un bon indicateur de la non-fréquentation scolaire (15,6 % contre 5,6 % - figure 1), des problèmes d'apprentissage à l'école (62,5 % contre 37,3 % - figure 2), et du fait de ne pas aimer l'école (22,3 % contre 7,8 % - figure 3). "

Figure 1. Proportion des adolescents qui ne fréquentent pas l'école par rapport à l'autoévaluation de la santé

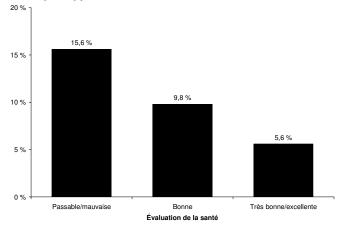


Figure 2. Proportion des adolescents qui connaissent des problèmes d'apprentissage à l'école par rapport à l'autoévaluation de la santé

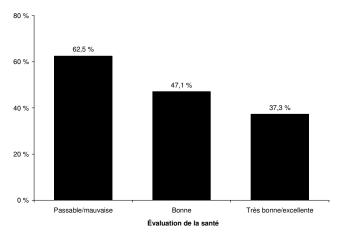
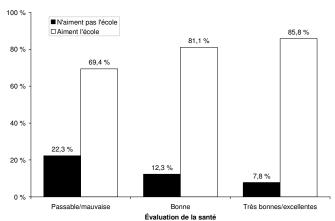


Figure 3. Proportion des adolescents qui aiment et de ceux qui n'aiment pas vraiment ou pas du tout l'école par rapport à l'autoévaluation de la santé



Nous avons tenté de voir si les maladies physiques pouvaient servir d'indicateurs d'un rendement scolaire inférieur. En raison de leur prévalence, nous avons particulièrement examiné l'asthme et les allergies (13,6 % et 15,1 %

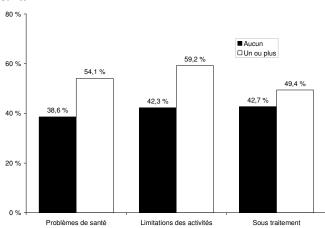
i Afin de simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour l'ensemble des estimations ayant un coefficient de variation de plus de 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique indiquant les intervalles de confiance de toutes les valeurs à l'adresse : http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_santé.php

¹⁸ Les comparaisons intergroupes citées dans ce chapitre sont toutes significatives à moins que le pourcentage soit accompagné de l'indication «NS » (non significatif) entre crochets. Dans ce chapitre, les valeurs estimatives sont considérées passablement différemment si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

respectivement). Cependant, pour ce qui est de la fréquentation, du redoublement, du fait d'aimer ou non l'école ou des problèmes d'apprentissage, il n'y a pas de différence significative entre les jeunes qui souffrent d'asthme et ceux qui n'en souffrent pas.

Bien que nous n'ayons pas relevé de niveaux significativement plus élevés de difficultés d'apprentissage en présence de problèmes de santé particuliers tels que l'asthme ou les allergies, les adolescents des Premières Nations ont toutefois un niveau significativement plus élevé de problèmes d'apprentissage en cas de mauvaise santé lorsqu'on mesure la mauvaise santé en regroupant les problèmes de santé. Il y a un lien entre le fait d'avoir un ou plusieurs problèmes de santé et une augmentation appréciable des problèmes d'apprentissage à l'école (38,6 % pour ceux qui n'en ont pas contre 54,1 % pour ceux qui en ont un ou plus - figure 4). Cependant, parmi ceux faisant état d'un ou de plusieurs problèmes de santé, le fait d'être traité ou non pour une maladie n'entraîne pas de différence significative sur le plan des problèmes d'apprentissage à l'école. Toutefois, lorsque les problèmes de santé entraînent une limitation des niveaux d'activité, le taux de problèmes d'apprentissage à l'école est plus élevé : 59,2 % pour ceux qui ont une limitation contre 42,3 % pour ceux qui n'en ont pas.

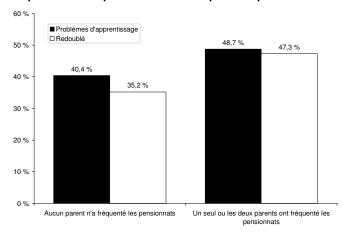
Figure 4. Proportion des adolescents qui ont ou non des problèmes d'apprentissage à l'école selon un ou plusieurs problèmes de santé, les limitations d'activité liées à un problème de santé et le fait de subir des traitements pour un problème de santé



En ce qui concerne le fait pour les jeunes d'aimer ou de fréquenter l'école, on ne détecte aucune différence apparente selon que leurs parents ont fréquenté les pensionnats indiens ou non. Les adolescents sont cependant plus susceptibles de dire qu'ils ont des problèmes d'apprentissage à l'école si leurs parents (un seul ou les deux) ont fréquenté les pensionnats indiens (48,7 % des adolescents dont les parents ont fréquenté les pensionnats indiens contre 40,4 % de ceux dont les parents n'ont pas fréquenté les pensionnats indiens - figure 5). De même, 47,3 % des adolescents dont un parent a

fréquenté les pensionnats indiens disent avoir redoublé, contre 35,2 % de ceux dont les parents n'ont pas connu les pensionnats indiens. Par contre, la fréquentation des pensionnats indiens par les grands-parents (un ou plusieurs) n'est pas reliée à la fréquentation scolaire, aux problèmes d'apprentissage à l'école, au fait d'aimer ou non l'école ou à celui d'avoir eu à redoubler. On pourrait donc en déduire que l'impact des pensionnats indiens semble diminuer d'une génération à l'autre.

Figure 5. Proportion des adolescents ayant des problèmes d'apprentissage à l'école et ayant redoublé selon la fréquentation des pensionnats Indiens par leurs parents



En partie du moins, le régime alimentaire semble être un indicateur important du rendement scolaire des adolescents des Premières Nations. Parmi les adolescents qui se disent en très bonne ou en excellente santé, 24,7 % déclarent que leur alimentation est toujours ou presque toujours nutritive et équilibrée, tandis que seulement 10,6 % des adolescents qui déclarent une santé passable ou mauvaise affirment bien manger (figure 6). De plus, parmi les répondants qui font état d'une santé passable ou mauvaise, 40,3 % affirment ne s'alimenter de façon nutritive et équilibrée que rarement ou jamais, contre seulement 10,7 % de ceux qui ont une bonne ou une très bonne santé. Chez les adolescents des Premières Nations, le régime alimentaire est directement associé aux indicateurs de rendement scolaire: le fait de toujours s'alimenter de façon nutritive et équilibrée est associé à des taux plus faibles de redoublement et de problèmes d'apprentissage déclarés ainsi qu'à une plus forte probabilité de dire qu'on aime beaucoup l'école (figure 7). Le régime alimentaire a aussi un lien avec la fréquentation scolaire. Le fait de s'alimenter toujours ou presque toujours de façon nutritive et équilibrée est associé à des taux plus élevés de fréquentation scolaire.

Figure 6. Proportion des adolescents qui ont une alimentation nutritive par rapport à l'autoévaluation de la santé

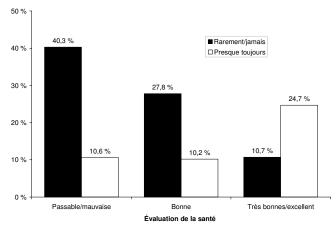
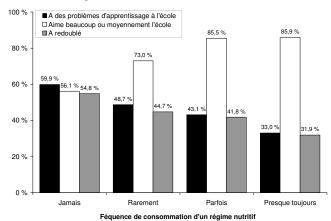


Figure 7. Proportion des adolescents qui ont un problème d'apprentissage à l'école, de ceux qui aiment beaucoup ou moyennement l'école et de ceux qui ont redoublé par rapport au fait d'avoir un régime d'aliments nutritifs



Nous n'avons pas trouvé de lien entre la fréquentation scolaire et le fait de s'adonner à des activités intérieures et passives, comme la télévision, les jeux vidéo et l'ordinateur. Il y cependant des relations entre la fréquentation scolaire et la participation aux activités sportives (figure 8), artistiques, de groupes musicaux (figure 9) et à d'autres événements traditionnels, comme le chant, le tambour et la danse (figure 10). Dans le cas des sports, ceux qui en font plus d'une fois par semaine sont plus susceptibles de fréquenter l'école que ceux qui n'en font jamais. Les adolescents qui prennent part à des activités physiques chaque jour (87,4 %) ont plus tendance à aimer beaucoup ou moyennement l'école que ceux qui n'y prennent jamais part (73,2 %). Ceux qui ne font jamais partie de groupes artistiques ou musicaux sont moins susceptibles de fréquenter l'école que ceux qui y participent à l'occasion (moins d'une fois par semaine). De la même manière, pour ce qui est du chant, du tambour et de la danse, on observe une différence notable uniquement entre ceux qui n'y participent jamais et ceux qui n'y participent qu'occasionnellement (moins d'une fois par semaine). Finalement, il n'y a pas de lien entre la fréquentation scolaire

et le fait de travailler, par exemple de garder des enfants ou de faire du tutorat. Sur le plan de la non-fréquentation scolaire, les mêmes différences apparaissent entre les fumeurs quotidiens et les non-fumeurs qu'entre ceux qui participent souvent à des sports d'équipe (4 fois par semaine et plus) et ceux qui n'y participent jamais.

Figure 8. Proportion des adolescents qui fréquentent l'école par rapport à la participation aux équipes sportives ou à des cours en dehors de l'école

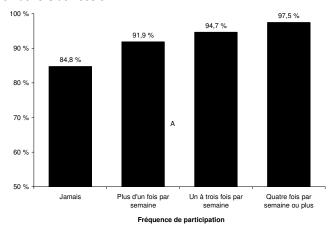


Figure 9. Proportion des adolescents qui fréquentent l'école par rapport à la participation aux activités artistiques ou musicales en dehors de l'école

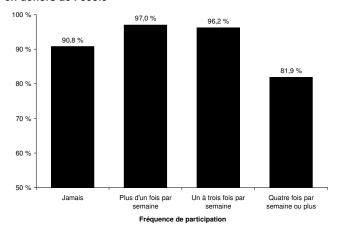
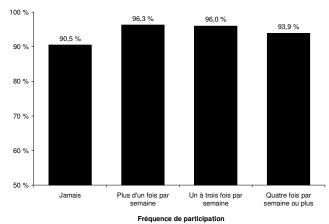
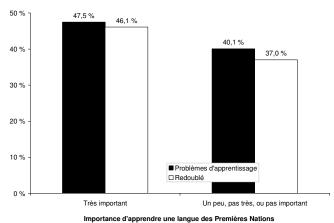


Figure 10. Proportion des adolescents qui fréquentent l'école par rapport à la participation aux activités traditionnelles de chant, de tambour ou de danse



Comme l'indique la Figure 11, les adolescents qui estiment très important de parler une langue des Premières Nations sont plus susceptibles que les autres d'avoir des problèmes d'apprentissage à l'école (47,5 % contre 40,1 %) et d'avoir redoublé au moins une année (46,1 % contre 37,0 %). Il n'y a toutefois pas de différence significative quant au fait qu'ils aiment ou non l'école.

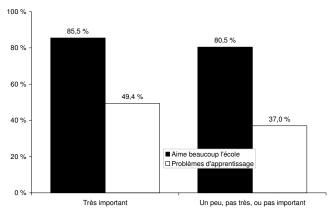
Figure 11. Proportion des adolescents qui disent avoir un problème d'apprentissage et avoir redoublé par rapport à l'importance déclarée de l'apprentissage d'une langue des Premières Nations



Il y a un lien entre l'importance que les adolescents des Premières Nations accordent aux événements culturels et traditionnels (figure 12) dans leur vie, les problèmes à l'école et le fait qu'ils aiment ou non aller à l'école. Ceux qui croient que les événements culturels et traditionnels sont très importants sont plus susceptibles que les autres d'avoir des problèmes à l'école (49,4 % contre 37,0 %), mais sont quand même légèrement plus portés à dire qu'ils aiment moyennement ou beaucoup l'école (85,5 % contre 80,5 %). On n'a constaté aucune différence significative quant au redoublement.

Le fait de trouver très important de pouvoir s'exprimer dans les langues des Premières Nations est peut-être associé à l'isolement ou à l'éloignement des communautés où on parle une langue des Premières Nations à la maison alors que l'anglais ou le français est la langue d'instruction à l'école. Cela pourrait aussi expliquer la plus grande probabilité de problèmes scolaires pour ceux qui disent accorder une valeur plus grande à la langue. Cette divergence suggère qu'il faudra d'autres études afin de déterminer l'importance relative de maintenir les langues et la culture traditionnelle des Premières Nations à l'école là où la langue et la culture traditionnelles sont considérées comme importantes par des gens qui disent aussi aimer l'école.

Figure 12. Proportion des adolescents qui aiment ou n'aiment pas l'école et qui disent avoir un problème d'apprentissage à l'école selon l'importance accordée aux événements culturels et traditionnels



L'importance des événements culturels tradionnels

Nous avons examiné les aspirations scolaires des adolescents par rapport aux problèmes d'apprentissage (figure 13) et au redoublement (figure 14). Les adolescents qui connaissent des problèmes d'apprentissage à l'école ont plus tendance à ne pas vouloir continuer leurs études au-delà du secondaire (35,3 % contre 20,5 %). De même, ceux qui ont déjà redoublé sont plus portés à ne pas vouloir continuer leurs études au-delà du secondaire (33,3 % de ceux qui ont redoublé contre 22,0 % de ceux qui n'ont pas redoublé) et moins portés à désirer faire des études collégiales (29,9 % contre 37,9 % respectivement) ou un doctorat (2,6 % contre 9,5 % respectivement). Ceux qui n'ont pas de problème d'apprentissage et ceux qui n'ont pas redoublé ont des aspirations scolaires supérieures.

Figure 13. Niveau le plus élevé de scolarité auquel aspirent les adolescents selon qu'ils ont ou non un problème d'apprentissage à l'école

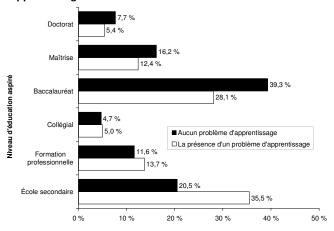
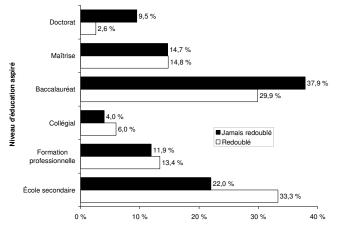


Figure 14. Niveau de scolarité le plus élevé auquel aspirent les adolescents par rapport au fait d'avoir déjà redoublé



Il n'y a pas beaucoup de liens entre la fréquentation scolaire, le rendement scolaire ou les attitudes relatives à l'école et des caractéristiques de la communauté comme la taille, le transfert de l'administration de la santé ou des conditions de vie comme le surpeuplement et l'éloignement. Les résidants des petites communautés (< 300 résidants) ont moins tendance à redoubler que ceux des communautés de plus grande taille. Les 48,2 % d'adolescents qui vivent dans des conditions de surpeuplement ont plus tendance que les autres (35,8 %) à déclarer avoir redoublé. De plus, les adolescents qui vivent dans des communautés qui n'ont pas conclu d'ententes de transfert du contrôle des programmes de santé ont plus tendance à déclarer ne pas fréquenter l'école actuellement par comparaison à ceux des communautés qui prennent part à ces ententes.

Nous avons examiné trois variables que l'on peut qualifier de « choix de vie » : consommation d'alcool, tabagisme et activité sexuelle. Ces variables, que l'on peut caractériser comme influencées par les pairs ou par la société, sont fortement corrélées avec la fréquentation scolaire et le faible

rendement scolaire (redoublement). Nous les avons étudiées pour les trois groupes d'âge : 12-13 ans (5° année à 2° secondaire); 14-15 ans (1ère à 4° secondaire); et 16-17 ans (3° secondaire à collégial 1).

Tabagisme

Les figures 15 et 16 montrent les rapports entre la fréquentation scolaire, le redoublement et le tabagisme (par groupe d'âge). Puisque l'âge scolaire obligatoire dans toutes les autorités scolaires va jusqu'à 12 et 13 ans, presque tous les adolescents de ces âges déclarent fréquenter l'école. En outre, il n'y a pas de lien entre le niveau de fréquentation scolaire et le fait de fumer ou non, de consommer de l'alcool ou non et d'être sexuellement actifs ou non. Le contraste avec les groupes plus âgés est saisissant; chez les 14-15 ans et 16-17 ans, la fréquentation scolaire est beaucoup plus faible parmi les fumeurs que parmi les non-fumeurs et les fumeurs occasionnels. L'écart est encore plus grand dans le groupe plus âgé (16-17 ans), où 26,3 % des fumeurs ne fréquentent pas l'école, contre 9,0 % des non-fumeurs et 10,9 % des fumeurs occasionnels.

Une comparaison entre non-fumeurs et fumeurs quotidiens (figure 16) permet de constater le lien entre le redoublement et l'usage du tabac, et ce dans tous les groupes d'âge. Dans le groupe des 16-17 ans, on constate aussi des différences prononcées entre les non-fumeurs, d'une part, et les fumeurs quotidiens et occasionnels, d'autre part. Une fois de plus, la différence la plus marquée se retrouve au sein du groupe des 16-17 ans, où 38,2 % des non-fumeurs ont dû redoubler, contre 61,0 % des fumeurs quotidiens et 67,1 % des fumeurs occasionnels.

Figure 15. Proportion des adolescents qui fréquentent l'école par rapport à l'usage du tabac et selon le groupe d'âge

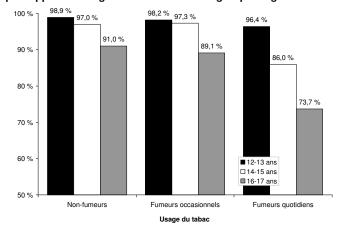
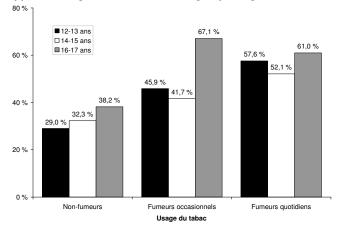


Figure 16. Proportion des adolescents qui ont redoublé par rapport à l'usage du tabac et selon le groupe d'âge



Tout comme pour l'alimentation, la hausse de cette variable (le tabagisme) semble être un facteur qui, par lui-même, a un effet notable sur la baisse de la fréquentation scolaire et l'accroissement du faible rendement scolaire (redoublement).

Consommation d'alcool

Nous avons aussi examiné le lien entre la fréquentation scolaire et le rendement scolaire (mesuré au moyen du redoublement), d'une part, et la consommation d'alcool, d'autre part. Dans les deux cas et dans tous les groupes d'âge, il n'y a pas de différence appréciable à cet égard entre ceux qui ne boivent pas et ceux qui ont consommé de l'alcool au moins une fois dans la dernière année. Toutefois, les consommateurs d'alcool plus âgés (16-17 ans) sont moins susceptibles de fréquenter l'école que leurs homologues du groupe des 12-13 ans (81,7% contre 97,7% de fréquentation, respectivement). De même, les jeunes buveurs de 16 et 17 ans sont plus susceptibles d'avoir redoublé (55,0%) que ceux de 12-13 ans et de 14-15 ans (40,0% et 39,8% respectivement).

Figure 17. Proportion des adolescents qui fréquentent l'école par rapport à la consommation d'alcool (une fois dans la dernière année) et selon le groupe d'âge

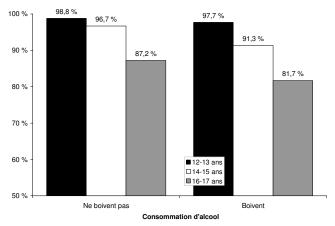
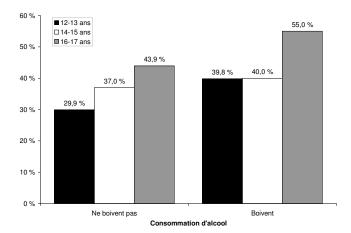


Figure 18. Proportion des adolescents qui ont redoublé par rapport à la consommation d'alcool (une fois dans la dernière année) et selon le groupe d'âge



Activité sexuelle

Nous avons pu observer un lien significatif entre la fréquentation scolaire et l'activité sexuelle parmi les groupes des 14-15 ans et des 16-17 ans (figure 19). Les jeunes de 14-15 ans qui sont sexuellement actifs ont moins tendance à fréquenter l'école (89,2 % de fréquentation) que ceux qui ne le sont pas (97,0 %). Une différence semblable se profile dans le groupe des 16-17 ans : 79,9 % de fréquentation parmi ceux qui sont sexuellement actifs contre 89,4 % pour ceux qui ne le sont pas.

La relation est la même entre l'activité sexuelle et le redoublement parmi les 14-15 ans et les 16-17 ans. Les adolescents de 14-15 ans qui sont sexuellement actifs sont plus susceptibles de déclarer avoir redoublé (53,6 %) que ceux qui ne le sont pas (31,5 %). La même relation existe parmi les 16-17 ans où 59,7 % de ceux qui sont sexuellement actifs disent avoir redoublé, contre 41,1 % de ceux qui ne le sont pas.

Figure 19. Proportion des adolescents qui fréquentent l'école par rapport à l'activité sexuelle et par groupes d'âge

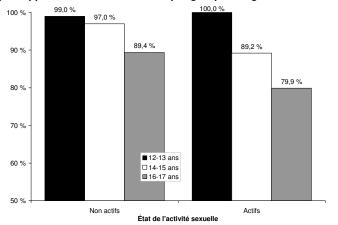
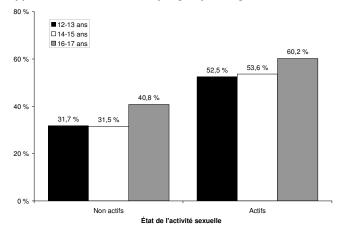


Figure 20. Proportion des adolescents qui ont redoublé par rapport à l'activité sexuelle et par groupes d'âge



Conclusions et recommandations

La santé des adolescents des Premières Nations au Canada est d'une importance vitale pour la pérennité des peuples autochtones. L'éducation est un facteur important pour le renforcement de la santé et de la culture ainsi que pour la préparation de notre avenir. ⁵ Notre enquête a cerné un certain nombre d'obstacles qui nuisent à la santé des adolescents des Premières Nations et à leur réussite scolaire.

Deux des variables de type « choix de vie », soit la consommation d'alcool et l'activité sexuelle⁶, dont l'augmentation est influencée par les pairs, sont corrélées avec une plus faible fréquentation scolaire et des taux de redoublement supérieurs. Il y a donc beaucoup à faire sur le plan des programmes et du développement pour offrir des programmes éducatifs et des services de santé et de promotion de la santé. Ces résultats relatifs à la scolarité et à la santé soulignent la nécessité d'accorder plus d'attention à la nutrition et au régime alimentaire⁷ des enfants d'âge scolaire dans les communautés des Premières Nations.

De plus, il faut concevoir et mettre en œuvre des programmes d'éducation sur l'impact que peut avoir une augmentation de la consommation d'alcool et de l'activité sexuelle sur le rendement scolaire; ces programmes devraient être utilisés plus tôt dans le cycle scolaire et cibler des enfants plus jeunes. Les effets nuisibles de la hausse du tabagisme sur la fréquentation scolaire et le rendement scolaire (mesuré au moyen du redoublement) devraient renforcer et étayer les programmes antitabac. Le fait d'encourager les jeunes à recevoir des traitements pour leurs problèmes de santé et de leur faciliter l'accès à ces traitements pourrait avoir un impact positif sur leur rendement scolaire.

Enfin, la promotion d'une participation accrue à certains types d'activités, comme les sports et les programmes culturels et traditionnels⁸, pourrait produire une hausse de la fréquentation scolaire et une diminution du redoublement chez les adolescents des Premières Nations.

Notes de fin du Chapitre 17

- S. Barro et A. Kolstad, Who drops out of high school? Findings from high school and beyona Report 87-397 (Washington, D.C.: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics, 1987).
- Janosz M. LeBlanc, B. Boulerice et R. E. Tremblay, 1997, Disentangling the weight of school dropout predictors: A test on two longitudinal samples, Journal of Youth& Adolescence, 26: 733,762
- S. R. Jimerson, G. E. Anderson et A. D. Whipple, 2002, Winning the battle et losing the war: Examining the relation between grade retention et dropping out of high school, Psychology in the Schools. 39: 441-457.
- P. Miller et M. Plant, 1999, Truancy and perceived school performance: An alcohol and drug study of UK Teenagers, Alcohol et Alcoholism, 34: 886-893.
- Affaires indiennes et du Nord Canada, Nos enfants Gardiens du savoir sacré, Rapport final du Groupe de travail national du ministre sur l'Éducation, (Ottawa, Ont.: Affaires indiennes et du Nord Canada, décembre 2002).
- D. A. Santor, D. Messervey et V. Kusumakar, 2000, Measuring peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls: Predicting school performance, sexual attitudes, and substance abuse, Journal of Youth& Adolescence. 29: 163-182.
- R. E. Kleinman et al., 2003, Diet, breakfast, and academic performance in children, Annals of Nutrition & Metabolism. 46, 1: 24-30.
- T. Delormier et al., Activity implementation as a reflection of living in balance: The Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project, Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 1: 145-163.

Chapitre 18

Activité physique, indice de masse corporelle et nutrition

Résumé

Outre les avantages pour la santé d'être actif physiquement toute sa vie, les jeunes peuvent y trouver des avantages immédiats en améliorant leur estime de soi, leurs aptitudes physiques perçues et leur résistance au stress. Ce chapitre aborde l'activité physique et l'alimentation en relation avec la masse corporelle chez les jeunes des Premières Nations.

Les activités populaires chez les jeunes sont la marche, la course à pied, le vélo, les sports de compétition et la natation. Un peu moins de la moitié des jeunes accumulent 30 minutes d'activité modérée ou intense à peu près tous les jours de la semaine. Bien que trois jeunes des Premières Nations sur cinq mangent parfois un repas nutritif et équilibré, il n'y en a qu'un sur cinq qui le fait toujours, ce qui est moins que chez les adultes. Dans le même ordre d'idées, la consommation d'aliments protéiniques traditionnels (gibier) est plus faible chez les jeunes que chez les adultes. La majorité des adolescents ont un poids normal ou insuffisant, mais 28 % sont en surpoids et 14 % sont obèses. Les jeunes qui sont actifs et qui s'alimentent sainement ont une vie plus équilibrée, ont moins de tendances suicidaires et éprouvent moins de difficultés à l'école.

L'activité physique et une saine alimentation sont des facteurs de résilience pour les jeunes des Premières Nations. La création de normes et d'occasions sociales positives, comme les Jeux autochtones de l'Amérique du Nord, est une approche qui devrait être développée et soumise aux aînés de la collectivité, aux responsables scolaires et aux fournisseurs de services récréatifs, pour déterminer lesquelles sont culturellement appropriées et réalisables.

Introduction

Un style de vie physiquement actif a été associé à plusieurs avantages à court et à long terme. À court terme, les enfants et les adolescents y gagnent une meilleure estime de soi et une meilleure perception de leur compétence physique, une capacité à maîtriser le stress mental¹ et de meilleures chances de conserver un style de vie plus sain (de ne pas fumer ou de ne pas consommer d'alcool ou de drogues).² Pour leur part, les adultes qui ont un style de vie actif risquent moins d'être victimes de plusieurs problèmes chroniques et physiques, notamment les maladies coronariennes, l'hypertension, l'obésité, le diabète de type II, l'ostéoporose, certains cancers localisés (comme le cancer du côlon) et la limitation fonctionnelle liée au vieillissement.³

La proportion des adolescents canadiens qui satisfait aux directives internationales sur les niveaux d'activité physique adéquats est faible. La prévalence des jeunes gens souffrant d'embonpoint ou d'obésité au Canada a augmenté substantiellement depuis les 20 dernières années. Cette augmentation n'est pas exclusive au Canada. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme que les taux d'obésité infantile sont déjà considérés comme « épidémiques » dans certains pays et que la prévalence d'adolescents ayant un excès de poids a triplé aux États-Unis depuis 20 ans ou à peu près⁶. Ce phénomène est inquiétant parce que le surpoids ou l'obésité sont des facteurs associés aux maladies non transmissibles ou chroniques, comme le diabète de type II et l'hypertension (que l'on observe actuellement chez les adolescents obèses et même chez les enfants prépubères).

L'obésité est liée à des facteurs métaboliques, génétiques ou environnementaux⁸ (technologie améliorée et environnements de banlieue favorisant les véhicules motorisés⁹) et à des facteurs comportementaux (ingestion de glucides à haute teneur lipidique).¹⁰ Au Canada, les tendances montrent que l'apport total d'énergie a augmenté à cause de l'ingestion de glucides, en particulier la consommation de boissons gazeuses¹¹, durant une période où la demande physique quotidienne est généralement en baisse. Cela pourrait s'avérer particulièrement vrai dans les communautés autochtones, où les activités physiques traditionnelles ont diminué.¹²

L'obésité et les états chroniques, comme le diabète de type II, sont plus prévalents chez les descendants des Canadiens ayant des ancêtres des Premières Nations qu'au sein de la population canadienne en général. Les enfants et les adolescents des Premières Nations en particulier sont à haut risque de devenir obèses. Ce chapitre portera sur l'examen des niveaux d'activité physique et de certains aspects du régime alimentaire au sein des populations d'adolescents des Premières Nations en relation avec leur masse corporelle.

Approche générale

Dans ce chapitre, nous commencerons par décrire l'activité physique, le régime alimentaire et l'indice de masse corporelle des adolescents des Premières Nations. Avec le temps, les recommandations relatives à la fréquence, à l'intensité et à la durée de l'activité et de l'exercice physique ont évolué. Les directives communément acceptées 19,20 exigent que la fréquence, l'intensité et la durée soient prises en compte dans le calcul et recommandent généralement un minimum de 30 minutes d'activité à intensité modérée ou vigoureuse la majorité des jours de la semaine. Il en est de même dans l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations où il fallait, pour satisfaire au critère d'« activité suffisante », déclarer au moins 30 minutes d'activité modérée/vigoureuse (définie dans cette enquête comme une activité physique « ...qui accélère ta fréquence cardiaque et ton rythme respiratoire ») 5 jours ou plus dans la semaine.

La définition des points de découpage de l'indice de masse corporelle (IMC) a été choisie à l'aide d'un système de classification qui est indirectement lié aux résultats cliniques. Ces points de découpage ont été établis pour chaque année d'âge de façon à prédire l'indice de masse corporelle adulte individuel correspondant à un excès de poids, que l'on sait associé à des risques élevés en matière de santé.²¹ Comme le modèle adopté ne proposait aucun point de découpage pour la classification des poids insuffisants, dans cette analyse, les classifications de poids normal et insuffisant sont combinées. Les classifications de poids normal (ou insuffisant), de surpoids et d'obésité ont été déterminées à partir du calcul de l'indice de masse corporelle auquel ont ensuite été appliqués les points de découpage correspondant à l'âge pour les mesures de l'IMC. Ces dernières ont ensuite été comparées aux normes internationales pour les enfants et les adolescents en situation de surpoids et d'obésité.²²

Nous avons ensuite examiné la relation du style de vie et de l'indice de masse corporelle avec la personne totale et son environnement en utilisant le modèle de cadre culturel décrit au début du présent rapport technique. L'activité physique, le régime alimentaire et la masse corporelle sont étudiés en contexte, en compagnie des facteurs qui créent le bien-être spirituel, émotionnel, mental et physique d'une personne. De plus, les valeurs, les croyances, l'identité et les pratiques culturelles – de même que la communauté, la relation à l'environnement physique et la connectivité avec les membres de la famille – seront associées à l'indice de masse corporelle, à l'activité physique et à la nutrition.

Résultats

Activité physique et sédentaire

La marche est l'activité physique à laquelle les adolescents des Premières Nations se sont le plus fréquemment adonnés dans l'année précédant l'enquête (87,9 %). Suivent la course (70,3 %), la bicyclette (64,5 %), les sports de compétition (63,1 %), la natation (62,4 %), le patinage (40,5 %), les poids et haltères et l'exercice sur appareils (39,1 %), diverses formes de danse (33,5 %), la pêche (33,2 %) et la cueillette de baies ou d'autres aliments (32,2 %). Les activités déclarées par à peu près un quart des adolescents comprennent la randonnée pédestre (25,7 %), la chasse ou le piégeage (25,0 %) et le patin à roues alignées (23,4 %). D'autres activités, comme les quilles (19,7 %), le canot (17,2 %), le ski (16,7 %), le golf (16,7 %), la planche à roulettes (14 %), la gymnastique aérobique ou le conditionnement physique (11,4%), la raquette (7,9%), et les arts martiaux (5,8 %) sont moins fréquentes. Peu importe l'âge, la marche est l'activité physique la plus souvent déclarée.

Il y a des différences apparentes entre les sexes pour certaines activités physiques. Les filles sont plus portées que les garçons à s'adonner à la marche, à la danse et à la cueillette de baies ou d'autres types d'aliments. Les garçons, en revanche, ont plus tendance que les filles à faire de la course, de la bicyclette, du patin, du patin à roues alignées, de la planche à roulettes, de la raquette, du golf, des poids et haltères, de la randonnée pédestre ou des activités traditionnelles, comme la chasse, le piégeage ou la pêche. Le tableau 1 résume les différences entre les sexes pour ce qui est des activités physiques déclarées.

i Afin de simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour l'ensemble des estimations ayant un coefficient de variation de plus de 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique indiquant les intervalles de confiance de toutes les valeurs à l'adresse : http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_santé.php

Tableau 1. Prévalence des taux d'activité physique selon le sexe (n=4 950)

Rang	Activité	Garçons	Filles	Total
1	Marche	85,1 %	90,8 %	87,9 %
2	Course	77,4	62,7	70,3
3	Bicyclette	70,4	58,2	64,5
4	Sports de compétition	65,6	60,4	63,1 (SI)
5	Natation	60,6	64,3	62,4 (SI)
6	Exercice sur appareils	51,9	25,4	39,1
7	Patin	48,1	32,3	40,5
8	Pêche	44,1	21,4	33,2
9	Chasse, piégeage	39,0	9,8	25,0
10	Randonnée pédestre	31,3	19,6	25,7
11	Cueillette de baies et de nourriture	27,6	37,1	32,2
12	Danse	20,0	48,0	33,5
13	Patin à roues alignées	27,1	19,5	23,4
14	Quilles	19,3	20,2	19,7 (SI)
15	Canot	19,1	15,1	17,2 (SI)
16	Ski	17,4	16,0	16,7 (SI)
17	Golf	23,8	9,0	16,7
18	Planche à roulettes	20,4	7,1	14,0
19	Gymnastique aérobique, conditionnement physique	10,7	12,1	11,4 (SI)
20	Raquette	9,9	5,7	7,9
21	Arts martiaux	5,9	5,7	5,8

On a aussi demandé aux adolescents à quelle fréquence ils suivaient en dehors de l'école des cours impliquant de l'activité physique ou des sports d'équipe. Plus d'un quart (29,4%) des adolescents indiquent qu'ils n'en suivent jamais, 17,0 % indiquent qu'ils en suivent moins d'une fois par semaine, 34,0 % de 1 à 3 fois par semaine et 19,6 % 4 fois par semaine ou plus. Les filles sont plus susceptibles que les garçons de ne jamais faire partie d'équipes sportives ou de suivre des cours (35,3 % des filles contre 23,9 % des garçons), alors que les garçons sont plus portés à le faire 4 fois par semaine ou plus (25,2 % des garçons contre 13,4 % des filles). Les adolescents plus âgés (de 15 à 17 ans) sont plus susceptibles que leurs homologues plus jeunes (de 12 à 14 ans) d'affirmer ne *jamais* participer aux activités sportives ni aux cours donnés en dehors de l'école (24,5 % des 12 à 14 ans, contre 33,2 % des 15 à 17 ans).

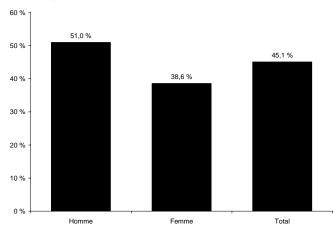
Un tiers des adolescents s'adonne à de l'activité physique chaque jour (32,5 %), 21,8 %, de 4 à 6 fois par semaine, 25,1 %, de 2 à 3 fois par semaine, 10,2 %, une fois par semaine, 6,7 %, moins d'une fois par semaine et 3,7 % n'en font jamais. Les garçons sont plus susceptibles que les filles d'en faire chaque jour (36,8 % des garçons contre 27,9 % des filles). Les filles sont plus susceptibles que les garçons de

ii Les comparaisons entre les groupes citées dans ce chapitre sont toutes marquées à moins que le pourcentage soit accompagné de l'indication « SI » (sans importance) entre crochets. Dans ce chapitre, les valeurs estimatives sont considérées passablement différemment si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

faire de l'exercice physique une fois par semaine ou moins. La fréquence ne varie pas selon l'âge.

Selon un critère de mesure de 30 minutes d'activité de modérée à vigoureuse la plupart des jours de la semaine, 45,1 % des adolescents des Premières Nations font suffisamment d'activité physique. Les garçons ont plus tendance que les filles à faire état de taux d'activité qui satisfont à ces lignes directrices (51,0 % des garçons contre 38,6 % des filles), même si les différences entre les sexes n'apparaissent que parmi les adolescents de 15 à 17 ans (52,7 % des garçons contre 33,0 % des filles). Néanmoins, la proportion d'adolescents suffisamment actifs dans l'ensemble ne varie pas selon l'âge.

Figure 1. Proportion d'adolescents déclarant faire suffisamment d'activité, selon le sexe



À peine plus de la moitié des adolescents des Premières Nations regardent 3 heures de télévision ou plus par jour (50,7%), 41,2% d'entre eux s'en tiennent à 1 à 2 heures et 8,0 % en regardent moins d'une heure ou pas du tout. Presque un adolescent sur cinq dit jouer à des jeux vidéo ou se servir d'un ordinateur plus de 3 heures par jour (18,8 % pour les jeux vidéo et 15,8 % pour les ordinateurs). De façon générale, un tiers des adolescents indiquent s'adonner quotidiennement à ces activités entre 1 et 2 heures (31,4 % pour les jeux vidéo et 34,6 % pour l'ordinateur), et la moitié v joue moins d'une heure ou pas du tout (49.8 % pour les jeux vidéo et 49,6 % pour l'ordinateur). Au sein des Premières Nations, les garçons s'adonnent deux à trois fois plus que les filles aux jeux vidéo (71,4 % des adolescentes y jouent moins d'une heure par jour ou pas du tout, contre 29,8 % des adolescents de sexe masculin). Les adolescents plus vieux (de 15 à 17 ans) sont plus susceptibles que ceux âgés de 12 à 14 ans de déclarer jouer à des jeux vidéos moins d'une heure par jour : 44,4 % pour les 12 à 14 ans contre 54,2 % pour les 15 à 17 ans.

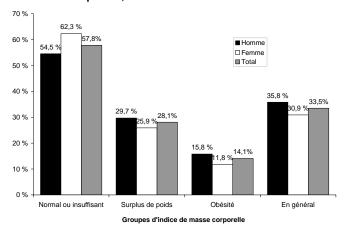
On a aussi demandé aux adolescents combien de temps ils consacrent à des passe-temps potentiellement plus actifs, comme passer du temps en plein air et aider aux tâches ménagères. Plus de la moitié (60,2 %) des adolescents passent 3 heures ou plus en plein air par jour, 30,7 % y

passent de 1 à 2 heures et à peine 9,2 % passent moins d'une heure par jour en plein air. Plus encore, quotidiennement, 19,2 % passent 3 heures ou plus à aider aux tâches ménagères, 54,2 % y consacrent de 1 à 2 heures et 26,6 %, moins d'une heure. Les garçons passent plus de temps en plein air (6 heures ou plus) que les filles (29,8 % des garçons contre 19,2 % des filles), alors que les filles ont tendance à passer plus de temps (de 3 à 5 heures) à aider aux tâches ménagères que leurs homologues masculins (19,7 % des filles contre 10,2 % des garçons).

Nutrition

Plus ou moins un adolescent des Premières Nations sur cinq dit s'alimenter toujours ou presque toujours de manière équilibrée et nutritive (18,4 %), alors que 62,0 % d'entre eux déclarent que cela n'arrive que parfois. Le 20 % restant déclare n'avoir que rarement (15,4 %) ou jamais (4,2 %) un régime alimentaire équilibré et nutritif

Figure 2. Proportion des adolescents dont le régime alimentaire est nutritif et équilibré, selon le sexe



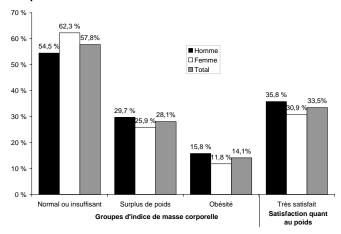
Il n'y a pas de différence entre les garçons et filles en ce qui concerne le fait d'avoir un régime alimentaire équilibré et nutritif. Toutefois, les garçons consomment des alimentsminute ou de restauration rapide (quelques fois par semaine dans 49,2 % des cas) et des boissons gazeuses (au moins une fois par semaine pour 90,3 % d'entre eux) plus fréquemment que les filles (respectivement 41,9 % et 86,6 %). En revanche, les filles sont légèrement plus susceptibles que les garçons de manger des sucreries (tartes, gâteaux, etc.) plusieurs fois par jour (6.4 % des filles contre 3.6 % des garçons). Même si les garçons ont plus tendance que les filles à dire qu'ils consomment des aliments protéiniques traditionnels à base de protéines, comme du gibier ou du poisson (38,8 % des garçons contre 31,0 % des filles), les adolescents de sexe masculin sont plus portés que ceux de sexe féminin à affirmer que « jamais » personne ne partage de nourriture traditionnelle dans leur ménage (17,6 % des garçons contre 10,4 % des filles). Les adolescents moins âgés (de 12 à 14 ans) sont plus susceptibles que ceux de 15 à 17 ans de déclarer ne jamais ou presque jamais consommer de

café ou de thé (64,1 % contre 47,1 % respectivement) et sont moins susceptibles d'affirmer ne jamais manger de gâteaux, de tartes, de biscuits et d'autres sucreries (13,7 % contre 19,5 % respectivement).

Indice de masse corporelle

Plus de la moitié (57,8 %) des adolescents sont considérés comme ayant un poids normal ou insuffisant. Néanmoins, 28,1 % des adolescents des Premières Nations sont considérés comme ayant un surpoids. Plus encore, 14,1 % sont jugés obèses. Les filles sont plus susceptibles que les garçons de faire partie des catégories de poids normal ou insuffisant (62,3 % des filles et 54,5 % des garçons). Cependant, lorsqu'on leur demande leur degré de satisfaction à l'égard de leur poids, les filles sont plus susceptibles que les garçons d'être un peu ou très insatisfaites de leur poids (14,7 % et 9,8 % respectivement, pour les filles, contre 7,0 % et 3.8 % pour les garcons). La classification de la masse corporelle ne varie pas selon l'âge, mais les adolescents plus jeunes (de 12 à 14 ans) sont plus susceptibles que les plus âgés (de 15 à 17 ans) d'être très satisfaits de leur poids (37,6 % contre 30,3 % respectivement).

Figure 3. Indice de masse corporelle et satisfaction à l'égard de son poids selon le sexe



Relations entre l'activité physique et sédentaire, la nutrition et l'indice de masse corporelle

Les adolescents suffisamment actifs (23,1 %) sont plus susceptibles que ceux qui ne le sont pas (14,8 %) de déclarer s'alimenter toujours ou presque toujours de façon nutritive et équilibrée. Ils sont aussi plus susceptibles d'affirmer consommer souvent des baies/végétaux sauvages (31,7 % de ceux qui sont suffisamment actifs contre 22,1 % de ceux qui ne le sont pas) ou des aliments culturels tels que le pain frit ou la bannique (52,6 % de ceux qui sont suffisamment actifs contre 42,5 % de ceux qui ne le sont pas). iii

Par comparaison aux adolescents qui ne sont pas suffisamment actifs (53,3%), ceux qui sont suffisamment actifs sont plus susceptibles d'avoir un poids normal ou insuffisant (62,3%). Les adolescents suffisamment actifs sont plus susceptibles que ceux qui ne le sont pas de se dire *très* satisfaits de leur poids (38,2% de ceux qui sont suffisamment actifs, par comparaison à 29,9% de ceux qui ne le sont pas). Les adolescents suffisamment actifs sont plus susceptibles de participer 4 fois par semaine ou plus aux sports et à d'autres cours en dehors de l'école que ceux qui ne sont pas suffisamment actifs (34,7% contre 8,3%); ils sont aussi plus susceptibles de passer 6 heures ou plus en plein air par jour (30,0% de ceux qui sont actifs contre 20,2% de ceux qui ne sont pas suffisamment actifs).

Figure 4. Fréquence d'un régime alimentaire sain selon le niveau d'activité physique

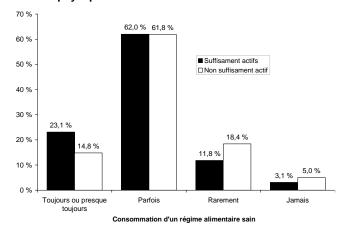
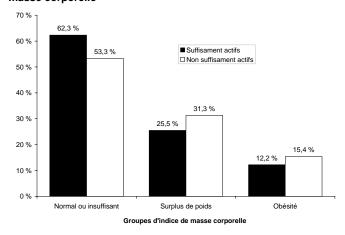


Figure 5. Activité physique des adolescents selon l'indice de masse corporelle



Nous n'avons pas observé de différence entre les habitudes nutritives ou alimentaires des adolescents souffrant d'embonpoint ou d'obésité et celles de ceux qui ont un poids normal ou insuffisant.

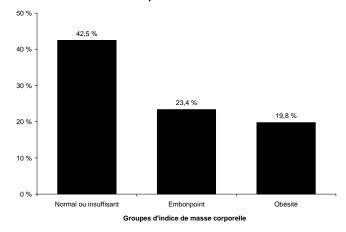
Ceux dont le régime alimentaire est toujours ou presque toujours nutritif ou équilibré ont plus tendance à être suffisamment actifs (56,8%) que ceux pour qui c'est

iii II faut parfois être prudent lorsqu'on associe nourriture traditionnelle et régime alimentaire adéquat. Par exemple, alors que les baies et les végétaux sauvages peuvent être nutritifs, le pain frit consommé en grande quantité peut ne pas l'être.

rarement (35,0 %) ou jamais le cas (34,6 %). Les adolescents qui consomment des boissons gazeuses plusieurs fois par jour (16,7 %) sont plus susceptibles que ceux qui en consomment moins fréquemment (c'est-à-dire une fois par semaine environ : 7,2 %) de regarder la télévision plus de 6 heures par jour, alors que ceux qui consomment *souvent* des aliments traditionnels à base de protéines sont plus susceptibles de passer 6 heures ou plus par jour en plein air (29,4 % de ceux qui en consomment contre 22,3 % de ceux qui n'en consomment pas). Les adolescents dont le régime alimentaire est toujours ou presque toujours équilibré ont plus tendance à se déclarer très satisfaits de leur poids (50,2 %) que ceux dont le régime alimentaire n'est jamais équilibré (18,9 %).

On discerne des différences majeures en ce qui concerne la satisfaction par rapport au poids entre les adolescents obèses (19,8 %) ou souffrant d'embonpoint (23,4 %) et ceux qui sont de poids normal ou insuffisant (42,5 % - voir la figure 6). Les adolescents de poids normal ou insuffisant sont plus susceptibles d'être suffisamment actifs (54,6 % de ceux de poids normal ou insuffisant contre 45,0 % des adolescents obèses). Les adolescents obèses sont plus susceptibles (34,4 %) que ceux de poids normal ou insuffisant (22,7 %) de ne *iamais* faire partie d'équipes sportives ou de ne iamais suivre de cours en dehors de l'école. Les adolescents de poids normal ou insuffisant sont plus susceptibles que les adolescents obèses de déclarer passer au moins 3 heures par jour en plein air (36,6 % des adolescents de poids normal ou insuffisant passent de 3 à 5 heures en plein air par comparaison à 26,6 % des adolescents obèses). Les adolescents de poids normal ou insuffisant sont aussi plus portés que les adolescents obèses à déclarer passer 6 heures ou plus par jour en plein air (26,5 % des adolescents de poids normal contre 25,0 % des adolescents obèses). Les adolescents souffrant d'embonpoint sont plus susceptibles que les adolescents de poids normal ou insuffisant de regarder 6 heures ou plus de télévision par jour (16,7 % des adolescents souffrant d'embonpoint par comparaison à 10,2 % des adolescents de poids normal ou insuffisant).

Figure 6. Proportion d'adolescents très satisfaits de leur poids selon l'indice de masse corporelle



L'activité physique, la nutrition et la masse corporelle d'un point de vue culturel

Le tableau 2 résume les résultats significatifs concernant l'activité physique, la nutrition et l'indice de masse corporelle des adolescents, et ce, en fonction d'un cadre culturel holistique des Premières Nations tenant compte de la personne dans son ensemble et de son environnement global. Nous décrirons maintenant, en plus des relations avec les facteurs individuels expliquées dans les sections précédentes, des liens significatifs avec des facteurs de santé physique et mentale, sociétaux et sociaux (voir le tableau 2).

Les adolescents suffisamment actifs (26,9 %) sont plus susceptibles que ceux qui ne le sont pas (17,6 %) de déclarer être en excellente santé. De même, les adolescents suffisamment actifs (37,4 %) sont moins portés que ceux qui ne le sont pas (47,5 %) à déclarer avoir des difficultés d'apprentissage à l'école.

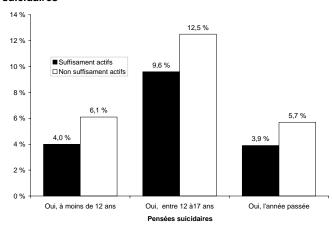
Les adolescents suffisamment actifs (68,1 %) sont plus susceptibles que les adolescents insuffisamment actifs (58,5 %) de ne pas fumer de cigarettes *du tout*. Les adolescents actifs sont plus susceptibles de déclarer se sentir équilibrés spirituellement et sont presque deux fois plus portés à déclarer se sentir équilibrés physiquement tout le temps. Ils ont aussi plus tendance à ne *jamais* penser au suicide (82,6 % des actifs par comparaison à 75,7 % de ceux qui ne sont pas assez actifs).

Tableau 2. Relation entre les indicateurs clés et l'activité physique, le régime alimentaire et l'indice de masse corporelle (IMC)

	Activité physique	Régime alimentaire	IMC
Facteurs individuels			
Âge	X	✓	x
Sexe	•	✓	✓
Facteurs de santé			
État de santé général	•	✓	•
Cigarette	•	✓	X
Consommation d'alcool	X	✓	X
Activité sédentaire	X	✓	•
Participation à des activités physiques/sports	•	•	•
IMC	~	X	s. o.
Régime alimentaire nutritif	~	s. o.	x
Facteurs de santé mentale			
Pensées suicidaires	~	•	x
Vie équilibrée	•	~	~
Facteurs sociétaux			
Taille de la communauté	X	(aliments trad.) ✓	X
Appréciation de l'école	X	•	•
Problèmes d'apprentissage à l'école	•	•	x
Niveau de scolarité visé	X	X	x
Facteurs sociaux			
Personne vers qui on se tourne pour avoir de l'aide	X	•	x

[✓] Association significative au niveau p=,05

Figure 7. Relation entre l'insuffisance d'activité et les pensées suicidaires



Les adolescents dont le régime alimentaire est toujours ou presque toujours équilibré sont plus susceptibles que les autres de faire état d'une excellente santé (40,0 % de ceux

qui ont toujours une alimentation équilibrée contre 12,4 à 18,9 % des autres) Les adolescents dont le régime alimentaire est toujours ou presque toujours nutritif et équilibré sont de façon générale deux fois plus portés (52,3 %) que ceux dont le régime alimentaire est rarement équilibré (24,5 %) à déclarer aimer beaucoup l'école. Ceux dont le régime alimentaire n'est jamais nutritif et équilibré (59,9 %) sont plus susceptibles de déclarer connaître des problèmes d'apprentissage à l'école que ceux dont le régime alimentaire est toujours ou presque toujours nutritif (33,0 %).

Les adolescents dont le régime alimentaire est toujours ou presque toujours nutritif et équilibré sont plus susceptibles d'affirmer ne jamais fumer de cigarettes (71,5 %) que ceux dont le régime alimentaire n'est pas équilibré (56,4 %). Les adolescents qui ont toujours ou presque toujours un régime alimentaire nutritif et équilibré sont aussi moins portés que ceux qui mangent rarement sainement de déclarer consommer de l'alcool (34,1 % de ceux qui ont toujours ou presque toujours une alimentation équilibrée, contre 55,2 à 55,9 % de ceux dont le régime alimentaire est rarement ou jamais équilibré).

Les adolescents dont le régime alimentaire est toujours ou presque toujours sain sont plus susceptibles que ceux qui mangent rarement sainement d'affirmer être tout le temps en équilibre. De même, ils sont plus susceptibles de n'avoir jamais pensé à se suicider (86,2 % de ceux qui mangent toujours ou presque toujours sainement contre 66,3 % de ceux qui mangent rarement sainement).

Les adolescents obèses sont moins portés que ceux qui sont de poids normal ou insuffisant à dire avoir une excellente santé (15,2 % pour les adolescents obèses contre 25,0 % de ceux de poids normal ou insuffisant), même s'ils sont plus portés à dire être en bonne santé (42,1 % de ceux qui sont obèses contre 28,7 % de ceux de poids normal ou insuffisant). Les adolescents obèses sont aussi plus portés à se considérer en équilibre physique tout le temps que les adolescents de poids normal ou insuffisant. Plus encore, les adolescents obèses (45,6 %) sont plus susceptibles que les adolescents de poids normal ou insuffisant (35,1 %) de dire qu'ils aiment beaucoup l'école.

Tableau 3. Taux de prévalence du sentiment d'équilibre par rapport à un régime alimentaire nutritif (n=3 902)

Être en équilibre tout le	Avoir un régime alimentaire nutritif		
temps	Toujours ou presque toujours	Rarement	
Équilibre physique	49,5 %	23,1 %	
Équilibre émotionnel	31,9 %	16,5 %	
Équilibre mental	39,3 %	23,8 %	
Équilibre spirituel	34,9 %	14,4 %	

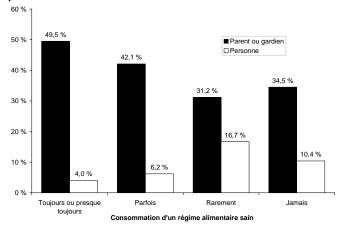
Les adolescents dont le régime alimentaire est toujours ou presque toujours nutritif sont plus susceptibles que ceux dont

Aucune association observée

s. o. Sans objet

celui-ci est rarement sain de se tourner vers leurs parents s'ils vivent des problèmes familiaux (49,5 % de ceux dont l'alimentation est toujours saine contre 31,2 % de ceux dont c'est rarement le cas). À l'inverse, il est moins fréquent chez les adolescents qui ont un régime alimentaire sain de n'avoir personne vers qui se tourner (4,0 % de ceux dont l'alimentation est toujours saine contre 16,7 % de ceux dont c'est rarement le cas).

Figure 8. Proportion de ceux qui ont un régime alimentaire sain par rapport à la personne vers laquelle on se tourne en cas de problèmes familiaux



Les adolescents vivant dans de petites communautés (moins de 300 résidants) sont plus susceptibles de manger des aliments protéiniques traditionnels (42,8 %) ainsi que des baies et des végétaux sauvages traditionnels (29,3 %) que ceux qui vivent dans des communautés de 1 500 résidants ou plus (où 28,7 % mangent des aliments carnés traditionnels et 19,6 % consomment des baies et des végétaux sauvages traditionnels). (Voir le tableau 3.)

Discussion et recommandations

L'obésité infantile peut entraîner divers problèmes, notamment le diabète, l'asthme, des problèmes biliaires, l'hépatite, l'apnée obstructive, des problèmes orthopédiques (la courbure des jambes, par exemple), des anormalités menstruelles et des problèmes neurologiques.²³ De plus, l'obésité et le surpoids provoquent des problèmes sociaux et émotionnels; il arrive que les enfants obèses soient conscients de leur image et en souffrent, qu'ils n'aient pas de bons résultats à l'école et que leur estime de soi soit déficiente. Sur le plan de l'estime de soi, cependant, les différences semblent aussi fondées sur l'âge, la culture et le statut socioéconomique.

Le suicide est un problème particulier parmi les adolescents autochtones. Au Canada, on estime que les taux de suicide chez les adolescents autochtones sont de cinq à six fois plus élevés que chez les adolescents non autochtones.²⁴ Ces taux varient selon la région, la communauté autochtone, les conseils tribaux, la langue, différents aspects du contrôle

communautaire et le sexe. Les stratégies visant à résoudre la question du suicide des adolescents dans les communautés autochtones devraient être polyvalentes et impliquer la personne, la famille et la communauté. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations a révélé que les adolescents qui sont suffisamment actifs et dont le régime alimentaire est toujours nutritif et équilibré ont moins tendance à avoir des pensées suicidaires. Cela laisse entendre qu'un style de vie sain pourrait contribuer à accroître la résilience des adolescents. Donc, dans les communautés des Premières Nations, les aînés et les professionnels de la santé qui réfléchissent à des stratégies, à l'élaboration de politiques et à des programmes visant à combattre cette crise sans précédent auraient intérêt à tenir compte de l'activité physique et du régime alimentaire.

L'inactivité physique prévaut chez tous les adolescents, mais elle prend plus d'importance dans certains segments que dans d'autres. De plus, certaines activités physiques sont plus populaires dans certains groupes de la population que dans d'autres : ces tendances doivent se refléter dans l'élaboration des stratégies. Par exemple, la participation aux activités physiques traditionnelles, aux activités de plein air, aux sports d'équipe et aux activités d'intensité supérieure est plus courante chez les garcons des Premières Nations, alors que les filles préfèrent les activités individuelles d'intensité plus modérée. Les recherches menées sur la population en général révèlent que l'activité physique des enfants et des adolescents tend à décroître avec l'âge; 49 % des enfants du primaire (5 à 12 ans) sont actifs contre 36 % des adolescents (13 à 17 ans).²⁵ Cette conclusion s'accorde avec les résultats sur la participation aux équipes sportives et aux cours d'activités physiques, qui est en général plus faible parmi les adolescents des Premières Nations plus âgés.

Un des résultats intéressants de cette étude est que les adolescents qui consomment des aliments traditionnels sont souvent plus susceptibles de déclarer qu'ils passent du temps en plein air. Néanmoins, les profils des adolescents qui ne s'alimentent jamais selon le mode traditionnel diffèrent de ceux pour qui c'est rarement le cas. Cela pourrait-il être lié à un accès relativement élevé à un bon choix d'aliments? Encourager les activités de plein air pourrait être une stratégie apte à augmenter l'activité physique des filles adolescentes et des adolescents obèses, qui, actuellement, tendent à passer moins de temps en plein air. En même temps, il est typique pour les filles de déclarer consacrer plus de temps aux tâches ménagères que les garçons du même âge. Dans les activités qu'ils suggèrent, les Guides d'activité physique canadiens pour les enfants et les jeunes incorporent des tâches ménagères. Ces tâches peuvent être une manière importante d'augmenter la somme totale d'activités en ajoutant du temps passé à des activités modérées et vigoureuses - qui sont fondamentales pour le développement du mouvement physique et des capacités de prise de décision qui permettront aux adolescents de mener une vie remplie d'activités agréables. Les efforts de promotion de la santé devraient souligner la valeur de toutes les activités physiques, en particularité les activités sportives et récréatives ainsi que la bicyclette et la marche, qui sont des moyens de déplacement utilitaires. Au moment de déterminer les politiques et les stratégies pour certains groupes, il pourrait être important de considérer l'adaptation des activités physiques préférées par certains groupes d'âge et par sexe à des activités culturellement appropriées (telles que les activités physiques traditionnelles utilisées pour se procurer des aliments traditionnels).

Un régime alimentaire de piètre qualité est une réalité courante. Les données sur la nutrition recueillies par l'ERS concordent avec celles d'une autre étude portant sur l'absorption et les habitudes alimentaires des enfants des Premières Nations. Ces deux études révèlent que la composition en gras du régime alimentaire et l'accumulation du gras dans le corps sont liées.²⁶ Plusieurs résultats intéressants indiquent que les enfants dont le régime alimentaire est toujours ou presque toujours équilibré et nutritif sont de façon générale deux fois plus portés à déclarer qu'ils aiment beaucoup l'école et moins portés à faire état de problèmes d'apprentissage à l'école. Cela laisse entendre qu'un régime nutritif peut avoir pour les adolescents des avantages qui vont au-delà de la santé. Pourtant, environ quatre adolescents sur cinq mangent de façon équilibrée et nutritive parfois ou même moins souvent. Pourquoi les adolescents n'ont-ils pas une alimentation équilibrée? Est-ce une question de préférences alimentaires, d'accès ou est-ce qu'on ne sait pas comment créer un tel régime alimentaire?

Les filles adolescentes sont plus susceptibles que les garçons d'appartenir à la catégorie de poids normal ou insuffisant; néanmoins, lorsqu'on les interroge sur leur degré de satisfaction à propos de leur poids, les filles sont plus susceptibles que les garçons d'être « un peu » ou « très » insatisfaites de leur poids. Pourquoi une telle divergence et quel est son lien avec les préférences en matière d'activités physiques et les choix alimentaires? Il faudra entreprendre d'autres recherches afin de déterminer les raisons de telles divergences (c'est-à-dire une recherche sur la quantité absolue d'activité physique assurée, sur les éléments nutritifs dans le régime alimentaire et sur l'accès aux activités physiques et aux choix nutritionnels) et de comprendre les questions liées au régime alimentaire, à l'activité physique et aux perceptions du poids des adolescents des Premières Nations.

Étant donné l'influence de la publicité à la télévision, les adolescents qui consomment des boissons gazeuses plusieurs fois par jour sont plus susceptibles de regarder la télévision plus de 6 heures quotidiennement que ceux qui n'en boivent jamais ou presque jamais. Ce résultat est étayé par la recherche d'analyse de contenu qui révèle qu'une personne qui écoute la programmation du dimanche matin risque d'être exposée à un message publicitaire de nourriture toutes les cinq minutes²⁷ et que la publicité sur les aliments exerce

une influence négative sur l'habileté d'un enfant à discerner, entre deux choix possibles, un aliment sain. 28,29 Les parents ont certes un rôle à jouer pour réduire ou restreindre le nombre d'heures de télévision auxquelles un adolescent est exposé, mais les politiques gouvernementales en matière de contenu publicitaire à la télévision et d'autres types de publicité sont également importantes.

Régulariser la participation à des activités sédentaires est aussi l'un des messages clés des Guides d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les jeunes. Ce guide affirme que la réduction du « temps inactif » (c'est-à-dire passé devant la télévision, les vidéos ou à travailler à l'ordinateur) devrait commencer par des diminutions de 30 minutes par jour. Selon une étude sur la relation entre l'obésité, l'activité physique et les heures de sommeil chez les enfants d'âge scolaire, l'excès de poids est directement lié aux heures passées quotidiennement en position assise.³⁰ La présente étude ayant conclu que les adolescents ayant un surpoids sont plus susceptibles de passer quotidiennement 6 heures ou plus devant la télévision, la réduction du temps sédentaire est particulièrement importante pour ces derniers. Mentionnons aussi que, souvent, cette période sédentaire s'ajoute aux heures passées en mode sédentaire à l'école.

Comprendre les habitudes relatives à l'activité physique et au régime alimentaire des adolescents à partir d'un cadre culturel holistique des Premières Nations veut dire considérer les facteurs suivants :

- les facteurs physiologiques tels que la croissance et le développement;
- les facteurs psychologiques tels que la motivation, la confiance et l'auto-efficacité;
- les facteurs socioculturels tels que le rôle de la famille et le statut socioéconomique;
- les facteurs écologiques tels que la géographie, le climat et les occasions d'être actif et de se procurer des aliments nutritifs.³¹

En ce qui concerne le dernier point, la recherche indique que les niveaux d'activité physique des enfants tendent à être associés aux conditions atmosphériques et aux changements climatiques.³² En effet, les niveaux d'activité sont moyens au printemps, augmentent considérablement en été puis déclinent à l'automne et pendant les mois d'hiver.

Ainsi, les politiques et les stratégies en vue d'accroître l'activité physique et d'améliorer le régime alimentaire doivent adopter une perspective large qui tient compte notamment de l'agriculture, du transport, des loisirs et de l'aspect social. Il faudrait passer les politiques et les pratiques existantes en revue en examinant l'influence de ces secteurs sur l'accès aux possibilités des garçons et des filles, à différents âges, de leurs familles et des communautés dans lesquelles ils vivent. Il faut développer des stratégies indépendantes, mais complémentaires, afin de veiller à ce

que les enfants et les adolescents assimilent l'importance de l'activité physique et de la nutrition dans leur développement, puisque ces deux éléments contribuent au développement optimal de la personne « totale ».

Il est essentiel que les stratégies de promotion adoptent une perspective culturelle et il faut discerner les obstacles propres à la population autochtone, comme le temps, la sécurité, les devoirs, les tâches et le manque d'installations.³³ Donc, la liste des approches recommandées pour l'accroissement de l'activité physique des adolescents^{34,35,36} doit être passée au crible avec les aînés des communautés, les représentants des écoles et les fournisseurs de services de loisir afin de déterminer lesquelles sont à la fois culturellement appropriées et réalisables.

Pour améliorer la santé et pour réduire le nombre d'enfants souffrant d'embonpoint ou d'obésité, les stratégies de vie saine doivent considérer les facteurs de protection potentiels autres que l'activité physique et la nutrition. Nous avons besoin de politiques qui s'attaquent à des facteurs tels que les socioéconomiques, les communautaires, l'environnement physique et le soutien social. Plus encore, en créant des normes et des occasions sociales aidantes (par exemple: des événements positifs communautaires/sportifs comme les autochtones de l'Amérique du Nord), les programmes mixtes qui impliquent l'école, la communauté et la famille peuvent vraiment contribuer au développement d'habitudes alimentaires saines et de comportements actifs parmi les enfants et les adolescents des Premières Nations.

Cette étude révèle que, lorsqu'ils traversent des problèmes familiaux, les adolescents qui ont une alimentation saine ont tendance à trouver du soutien chez leurs parents, alors que ceux qui ne s'alimentent pas sainement n'ont personne pour les soutenir. Cela laisse entendre que l'utilisation des familiaux modèles de rôle afin d'influencer comportements pourrait être un bon moyen d'atteindre certains segments de la population adolescente. Il faudra, au moyen d'enquêtes, approfondir l'interconnectivité entre ces facteurs pour comprendre comment des programmes pourraient influencer positivement les habitudes de vie saine et réduire l'obésité parmi les adolescents des Premières Nations. Une meilleure compréhension de l'interconnectivité des divers facteurs pourrait aider à assurer que les quatre aspects dimensionnels de la « personne totale » et de «l'environnement total» soient pris en compte dans le développement des stratégies destinées aux adolescents des Premières Nations.

L'Enquête régionale sur la santé est une composante nécessaire d'un système permanent qui élabore les stratégies de santé des peuples des Premières Nations. Il est essentiel de disposer d'une information plus détaillée sur le régime alimentaire et l'activité physique des enfants et des adultes, y compris leurs déterminants, et cette information devrait être surveillée régulièrement. Le processus de surveillance des

données comprendrait la collecte des mesures objectives de l'apport énergétique et de l'activité physique. Il faut aussi disposer de mesures anthropométriques (par exemple : taille, poids, tour de taille). Cette surveillance de données est un volet clé de l'ensemble du système de connaissances nécessaire pour déterminer et évaluer le succès des politiques, stratégies et programmes qui contribueront à former la santé des adolescents des Premières Nations dans l'avenir

Notes de fin du chapitre 18

- T. DeMarco et K. Sidney, 1989, Enhancing Children's Participation in Physical Activity, Journal of School Health, 59,8: 337-340.
- 2. T. Stephens et C. L. Craig, Enquête Campbell sur le mieux-être au Canada de 1988 (Ottawa, Ont.: Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1990).
- U.S. Department of Health and Human Services, Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General (Atlanta, Ga.: U.S. Department of Health et Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 1996)
- L. Craig et C. Cameron, Augmenter l'activité physique : évaluer les tendances de 1998 à 2003 (Ottawa, Ont. : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2004).
- M. S. Tremblay et J. D. Willms, 2000, Secular trends in the body mass index of Canadian children, Journal de l'Association médicale canadienne, 163, 11 : 1429-1433. Organisation mondiale de la santé, *Obesity and Overweight* [en ligne]. Cité en 2005.
- Disponible sur le Web: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs_obesity.pdf
- Ibid. Cité en mars 2005.
- R. F. Dyck, H. Klump et L. Tan, 2001, From "thrifty genotype" to "hefty fetal phenotype": the relationship between high birthweight and diabetes in Saskatchewan Registered Indians, Journal canadien de la santé publique, 92, 5 : 340-344.
- C. L. Craig et al., 2004, Tendances d'activité physique des adultes canadiens sur une période de vingt ans , Journal canadien de la santé publique, 95, 1: 59-63.
- A. J. G. Hanley et al., 2000, Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors, American Journal of Clinical Nutrition, 71:
- 11. K. D. Raine, Le surpoids et l'obésité au Canada: Une perspective de la santé de la population (Ottawa, Ont.: Institut canadien d'information sur la santé, 2004).
- T. K. Young et al., 2000, Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes, Journal de la société canadienne de pédiatrie, 136: 365-369.
- M. Tjepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », Rapports sur la santé 13, supplément (2002). Statistique Canada, Catalogue 82-003.
- Résultats préliminaires de l'ONSA.
- N. D. Willows, 2005, La surcharge pondérale chez les enfants des Premières Nations: Incidences, implications, et solutions, Journal de la santé autochtone, 2, 1 : 76-86. Hanley et al., Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community:
- 16. prevalence and associated factors, American Journal of Clinical Nutrition, 693-700.
- L. Bernard et al., 1995. Overweight in Cree school children and adolescents associated with diet, low physical activity et high television viewing, Journal of American Dietician Association, 95: 800-802.
- Willows, La surcharge pondérale chez les enfants des Premières Nations enfants : Incidences. implications, et solutions, Journal de la santé autochtone, 76-86.
- 19. U.S. Department of Health and Human Services, Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General.
- Santé Canada et Société canadienne de physiologie de l'exercice, Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine [en ligne]. 1998. Cat. No. H39-429/1998-1. ISBN 0-662-86627-7. Disponible sur le Web : http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/index.html
- 21. T. J. Cole et al., May 2000, Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey, British Medical Journal, 320: 1240-1243.
- A. Must et R. S. Strauss, 1999, Risks and consequences of childhood and adolescent obesity, International Journal of Obesity, 23, 2: S2-S11.
- Groupe consultatif sur la prévention du suicide (Canada), Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, «Agir à partir de ce que nous savons : Prévenir le suicide chez les jeunes des Premières nations » (Ottawa, Ont. : Santé Canada, 2003).
- C. L. Craig et al. Appuyer la participation des enfants pour accroître l'activité physique (Ottawa, Ont.: Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie,
- J. H. Himes et al., 2003, Impact of the Pathways intervention on dietary intakes of American Indian school children, Preventive Medicine, 37: S55-S61.
- R. Boyton-Jarret et al., 2003, Impact of television viewing patterns on fruit and vegetable consumption among adolescents, Pediatrics, 113: 1321-1326. N. Signorielli et J. Staples, 1997, Television and children's conception of nutrition, Health
- Television and children's conception of nutrition: unhealthy
- messages, Health communication, 4: 245-257.

 R. Giugliano et E. C. Carneiro, 2004, Factors associated with obesity in school children, 30.
- Journal of Pediatrics (Rio J), 80, 1: 17-22.
- C. H. Lindquist, K. D. Reynolds et M. I. Goran, 1999, Sociocultural determinant of physical activity among children, Preventive Medicine, 29: 305-312. C. A. Poest et al., 1989, Physical activity patterns of preschool children, Early Childhood
- Research Ouarterly, 4: 367-376.
- J. L. Thompson et al., 2001, Patterns of physical activity among American Indian children: an assessment of barriers and support, Journal of Community Health, 26, 6: 423-445.

S. E. Cragg, C. L. Craig et S. J. Russell, Mettre en valeur les possibilités des municipalités pour accroître l'activité physique (Ottawa, Ont.: Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2001).

C. Cameron et al., Encourager l'activité physique en milieu scolaire: pour accroître l'activité physique (Ottawa, Ont.: Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2003).

Craig et al., Appuyer la participation des enfants pour accroître l'activité physique.

^{35.}

^{36.}

Chapitre 19

Handicaps et problèmes de santé chroniques

Résumé

Le présent chapitre porte sur les handicaps et les problèmes de santé prolongés chez les jeunes des Premières Nations de 12 à 17 ans. C'est un problème plus répandu dans le groupe des 12 à 14 ans que dans celui des 15 à 17 ans.

Les jeunes handicapés des Premières Nations fréquentent l'école autant que les jeunes non handicapés. Bien qu'ils soient plus susceptibles d'éprouver des difficultés à l'école, ils ne redoublent pas plus que les autres jeunes des Premières Nations et leurs aspirations scolaires sont essentiellement les mêmes.

Les jeunes handicapés attachent autant d'importance que les autres jeunes au fait de pouvoir parler leur langue des Premières Nations, mais ils sont moins susceptibles de la parler facilement ou assez bien. Les jeunes handicapés participeraient autant que les jeunes non handicapés à des activités physiques, à des activités culturelles traditionnelles et à des sports d'équipe ou des cours de sport, ce qui donne à penser qu'ils vivent dans des cultures inclusives.

Les allergies, l'asthme et les infections chroniques de l'oreille sont les problèmes de santé chroniques les plus courants chez les jeunes des Premières Nations. La qualité du traitement des allergies et des problèmes auriculaires est faible, ce qui est également le cas des troubles d'apprentissage, de l'hyperactivité avec déficit de l'attention et de la bronchite chronique.

En général, les jeunes handicapés ont plus d'un problème de santé à long terme et sont limités dans leurs activités par plus d'un de ces problèmes. Leur santé globale est moins bonne et ils sont plus susceptibles de souffrir d'embonpoint ou d'obésité. Ils sont tout aussi susceptibles d'avoir consommé de l'alcool et de la marijuana ou du haschich, et d'être actifs sexuellement. Entre le cinquième et le tiers se sont adonnés à chacune de ces activités.

Les jeunes handicapés ont une plus faible estime de soi et sont généralement moins adroits pour certains aspects de la maîtrise de soi. Ils souffrent davantage de solitude, de stress et de dépression, et ils ont plus d'idées suicidaires. Des recommandations concluent le chapitre.

Introduction

Survol du chapitre

Ce chapitre porte sur les handicaps et les problèmes de santé de longue durée des adolescents des Premières Nations de 12 à 17 ans. Par problèmes de santé de longue durée, on entend ceux qui durent ou devraient durer six mois ou plus et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Ce chapitre analyse les données démographiques de base (par exemple, la prévalence des handicaps selon l'âge, le sexe et diverses autres dimensions; le cadre de vie, le niveau d'instruction et les activités communautaires) ainsi que des questions de santé, de style de vie et de bien-être. Ce chapitre présente des comparaisons entre les adolescents des Premières Nations avec et sans handicap, ainsi que plusieurs comparaisons entre les adolescents des Premières Nations et leurs homologues dans l'ensemble de la population au Canada.

Pour des besoins de comparaison, ce chapitre inclut des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 de Statistique Canada. Nous avons aussi puisé ici et là dans des tableaux déjà publiés et dans des estimations personnalisées fondées sur l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 de Statistique Canada qui est axée sur les handicaps.

Définition ad hoc des handicaps chez les adolescents

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) pose une batterie de questions sur ce qu'elle qualifie de problème de santé de longue durée diagnostiqué par un professionnel de la santé et sur les limitations qu'ils peuvent imposer aux types ou au nombre d'activités que peuvent faire les répondants. À partir de l'ERS, la recherche a déterminé que les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans ont un handicap s'ils déclarent être limités dans leurs activités à cause de l'un ou l'autre de ces problèmes de longue durée.

L'ERS auprès des adolescents contenait moins de questions sur la limitation d'activités/handicaps que les questionnaires des adultes et des enfants, ce qui a entraîné une définition plus étroite dans le présent chapitre. Il est néanmoins encore possible d'établir des comparaisons, puisque les questions aux adolescents sur les incapacités sont dans une large mesure un sous-ensemble de celles utilisées pour déterminer les taux d'incapacité parmi les enfants et les adultes.

Des différences dans la conception de l'enquête indiquent que cette recherche utilise une définition plus large (et non directement comparable) des handicaps pour les jeunes Canadiens en général. Les handicaps chez les jeunes pour l'ensemble du Canada sont définis comme une réduction de la quantité ou du type d'activités à la portée d'une personne à la maison, au travail ou à l'école ou la réduction d'autres activités (tels les loisirs ou voyages) en raison d'un état ou problème de santé de longue durée et/ou du fait d'avoir des difficultés à voir, à communiquer, à marcher, à monter les escaliers, à se pencher, à apprendre ou à faire des activités semblables. Les résultats canadiens sont fondés sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et incluent un intervalle plus étendu comprenant les 12 à 19 ans. iii

Résultats

Données démographiques de base sur les handicaps chez les adolescents des Premières Nations

Prévalence générale

En utilisant les données de l'ERS sur toutes les limitations d'activité issues de problèmes de santé de longue durée, nous pouvons dire que 7,7 % des adolescents des Premières Nations ont des handicaps. Si nous appliquons aux enfants la même définition de handicap, plus restreinte que celle utilisée dans le chapitre sur les enfants avec handicaps, le taux comparable pour les enfants de moins de 12 ans serait de 8,1 %. L'estimation du taux de handicaps au sens plus large défini et présenté dans ce chapitre (11,7 %) est 1,44 fois plus élevée que celle produite par l'approche plus restreinte. En appliquant cette « échelle » (facteur) à l'estimation prudente actuelle pour les adolescents, la prévalence de handicaps chez les adolescents des Premières Nations grimpe à 11,1 %.

Des données non publiées du Bureau fédéral de la condition des personnes handicapées (BCPH) et les réponses aux questions sur les handicaps du Recensement de 2001, indiquent que l'incapacité est 1,5 fois plus prévalente parmi les enfants des Premières Nations de la naissance à 14 ans que parmi les enfants non autochtones au Canada^v. Ces résultats correspondent à ceux du BCPH pour les adultes autochtones au Canada¹. Il semble plausible que la prévalence de handicaps chez les adolescents des Premières Nations est aussi plus élevée qu'au sein de la population en général. vi

Prévalence et sexe

La recherche révèle que les handicaps sont aussi courants chez les garçons que chez les filles des Premières Nations.

i L'ESCC offre de l'information sur la santé et les comportements associés à la santé des Canadiens. Ses enquêtes n'ont pas porté sur les personnes vivant dans les territoires nordiques, des bases militaires, des appartements collectifs institutionnels ou des réserves des Premières Nations. Elles n'incluent pas les enfants de moins de 12 ans.

ii L'EPLA inclut les enfants, mais exclut les gens vivant dans les territoires nordiques, des bases militaires, des appartements collectifs institutionnels ou des réserves des Premières Nations.

iii Dans le fichier à grande diffusion de l'ESCC, les répondants sont regroupés par catégories de 5 ans d'âge. Ce fichier ne permet pas de séparer le groupe des 15 à 17 ans de celui des 15 à 19 ans.

iv Afin de simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour l'ensemble des valeurs estimatives des adolescents ayant un coefficient de variation de plus de 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique indiquant les intervalles de confiance de toutes les valeurs à l'adresse: http://www.naho.ca/firstnations/french/regional santé.php

http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_santé.php

Le terme « Autochtone », tel qu'utilisé par le BCPH, comprend les Premières Nations, les Métis et les Inuit.

^{vi} Il existe certains problèmes de comparabilité entre l'ERS, l'ESCC et l'EPLA. Ces derniers font en sorte qu'il est difficile de montrer des taux de prévalence comparatifs entre les Premières Nations et les autres. Essentiellement, il n'y a pas dans l'enquête du BCPH et dans l'EPLA de questions équivalentes à celles sur les indicateurs d'incapacité pour les adolescents.

Quelque 8,3 % de filles adolescentes ont des incapacités, contre 7,2 % de garçons (NS). vii

Quelque 51,6 % des adolescents handicapés des Premières Nations sont des filles, et 47,6 % des adolescents sans handicap sont des filles. Bien que peu importante, la tendance générale de ce résultat correspond à celle de l'ESCC, qui montre que dans la population en général, 51,8 % des jeunes avec handicaps et 47,9 % des jeunes sans handicap sont des filles.

Prévalence et âge

La recherche démontre que, alors que seulement 6,1 % des jeunes de 15 à 17 ans ont des handicaps, 9,8 % des adolescents des Premières Nations de 12 à 14 ans sont handicapés. Les raisons de cette chute apparente de prévalence d'un groupe d'âge à l'autre ne sont pas claires d'emblée. Selon l'EPLA, la prévalence des handicaps tend à augmenter avec l'âge dans la population en général². Or, il existe aussi dans la population en général ce qui semble être une chute de prévalence entre le groupe des 10 à 14 ans $(4,2\%)^3$ et celui des 15 à 19 ans (3,5%). Viii Ici non plus, les raisons de ce phénomène ne sont pas claires à première vue.

Prévalence, état d'isolement et taille de la communauté de résidence

On ne constate pas de différence selon la taille de la communauté. Bien que cela soit non significatif sur le plan statistique, la recherche révèle que 81,6 % des adolescents des Premières Nations ayant des handicaps vivent dans des communautés non isolées (avec accès routier et à moins de 90 km d'un médecin) contre 68,5 % de leurs homologues sans handicap.

Cadre de vie, école et activités dans la communauté

Cadre de vie

En général, les cadres de vie sont les mêmes pour les adolescents des Premières Nations avec ou sans handicap. Par exemple, parmi ceux avec ou sans handicap, 78,8 % et 79,0 % respectivement vivent avec leur mère biologique, et 47,9 % et 49,9 % vivent avec leur père biologique (NS).

Instruction

La grande majorité des adolescents handicapés des Premières Nations fréquentent l'école (95,9 %) et ils sont à ce chapitre statistiquement égaux à leurs homologues non handicapés (91,3 %). Tandis qu'un peu moins de la moitié des jeunes avec et sans handicap disent beaucoup aimer l'école (respectivement 43,2 % contre 35,6 %), relativement peu (respectivement 12,3 % et 10,7 %) disent ne pas beaucoup aimer ou détester l'école (NS).

Une proportion supérieure d'adolescents des Premières Nations handicapés indique avoir des problèmes d'apprentissage à l'école (59,2 % contre 42,3 %). Ceux handicapés ont plus de difficultés avec la lecture, l'écriture et la durée de l'attention (tableau 1). Fait intéressant, les adolescents des Premières Nations handicapés sont un peu plus susceptibles (mais pas beaucoup plus) que leurs homologues non handicapés d'avoir redoublé une année (respectivement 42,9 % contre 41,6 %). Cependant, malgré la disparité entre les divers problèmes d'apprentissage à l'école, il n'y a pas de différences marquées entre les adolescents des Premières Nations handicapés ou sans handicap sur le plan des aspirations académiques.

Tableau 1. Types de difficultés d'apprentissage scolaires des adolescents des Premières Nations selon la présence de handicaps

Difficulté	Autres	Avec handicaps	Total
À lire	26,6 %	38,2 %	* 27,8 %
À écrire	15,8 %	36,5 %	* 18,0 %
En mathématique	46,9 %	62,9 %	* 48,6 %
Intervalle d'attention	13,4 %	22,9 %	E* 14,4 %
A trop de distractions	35,6 %	42,7 %	36,3 %
À comprendre le professeur	26,8 %	35,4 %	27,7 %

Langue, culture et activités communautaires

Lorsqu'on leur demande dans quelle mesure ils trouvent important de parler leur langue des Premières Nations, les jeunes handicapés sont à peu près aussi susceptibles que leurs homologues non handicapés de déclarer que cela est « très important » (48,2 % contre 44,8 %) ou « assez important » (31,9 % contre 37,6 %). Ceux qui ont des incapacités sont plus susceptibles d'avoir le soutien de trois personnes ou plus pour les aider à comprendre leur culture (46,7 % contre 36,4 %). Ces personnes peuvent être des membres de la famille nucléaire et élargie, des amis, des enseignants, des aînés de la communauté et d'autres membres de la communauté, jusqu'à un maximum de sept aides.

Les jeunes avec handicaps sont moins portés à se dire capables de parler avec aisance ou relativement bien une langue des Premières Nations et plus (19,6 % contre 27,6 %, une différence statistiquement significative).

En général, les jeunes handicapés semblent à peu près aussi actifs physiquement et participent autant à d'autres activités que ceux sans handicap. La plupart des adolescents des Premières Nations qui sont handicapés déclarent être physiquement actifs au moins deux fois par semaine (78,5 %), soit l'équivalent de leurs homologues non handicapés (79,5 %) (NS). Plus de la moitié d'entre eux font partie d'équipes sportives ou suivent des cours en dehors des heures scolaires au moins une fois par semaine (53,4 %), tout

vii Les comparaisons entre les groupes citées dans ce chapitre sont toutes marquées à moins que le pourcentage soit accompagné de l'indication « NS » (non significatif). Dans ce chapitre, les estimations sont considérées valides si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

viii La dernière figure est fondée sur une tabulation recoupée réalisée avec le fichier à grande diffusion

E Variance d'échantillonnage élevée. Chiffre à utiliser avec prudence. * Différence statistique importante à un intervalle de confiance de 95 %.

comme plus de la moitié de leurs homologues sans handicap (53,7 %) (NS). Ceux qui ont des handicaps sont à peu près aussi susceptibles que leurs homologues sans handicap de faire partie de groupes de chant, de tambour ou de danse traditionnels ou de suivre des cours dans ces disciplines au moins une fois par semaine (10,8 % contre 9,7 % dans une semaine donnée - NS) et d'avoir un travail tel que gardien, commis de magasin ou professeur (33 % contre 32,5 % - NS). Ils sont aussi susceptibles de suivre des cours ou de participer à des groupes d'art ou de musique au moins une fois par semaine (10,6 % contre 15,2 % - NS).

Santé, style de vie et bien-être

Problèmes et handicaps de longue durée des adolescents

Le tableau 2 montre la prévalence de ce que l'ERS classe parmi les problèmes de santé de longue durée chez les adolescents des Premières Nations. Il s'agit de problèmes qui ont duré ou devraient durer au moins six mois et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé. L'ERS a enquêté sur 19 de ces problèmes et a autorisé des réponses ouvertes à propos de problèmes non précisés dans le questionnaire des adolescents. En raison de leur prévalence très faible et d'une variance d'échantillonnage élevée, certains des problèmes visés par une question structurée, notamment l'hépatite, le VIH-sida, l'épilepsie, l'incapacité cognitive ou mentale, la paralysie cérébrale, les handicaps physiques autres que la paralysie cérébrale, les maladies du foie autres que l'hépatite et les maladies de reins ne figurent pas au tableau.

On observe dans la colonne D du tableau 2 que les allergies, l'asthme et les problèmes ou infections chroniques des oreilles sont les maladies les plus communément déclarées par les adolescents des Premières Nations. Ce sont aussi les maladies les plus courantes chez les enfants des Premières Nations de moins de 12 ans. La bronchite chronique n'est pas tellement fréquente, mais présente des risques sérieux pour la santé. La prévalence des troubles d'apprentissage et du trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité avec déficit de l'attention est passablement basse, mais peut représenter des défis multiples au rendement académique et à l'intégration sociale et peuvent persister jusqu'à et à l'âge adulte.

Le chapitre de la présente publication qui porte sur les enfants des Premières Nations et les handicaps propose de brèves descriptions de la bronchite chronique, de l'asthme, des allergies, des infections chroniques des oreilles, des troubles d'apprentissage et de l'hyperactivité avec déficit de l'attention. Un chapitre distinct est consacré au diabète alors que la cécité, les problèmes de vision graves et les déficiences auditives sont suffisamment explicites.

Les allergies sont le plus courant des problèmes de santé indiqués dans la colonne D du tableau 2. Les adolescents des Premières Nations semblent moins portés aux allergies que les jeunes en général au Canada. En effet, les allergies

touchent 15,1 % des adolescents des Premières Nations, mais 31,2 % des jeunes en général. Toutefois, 26,3 % seulement des adolescents des Premières Nations atteints reçoivent des traitements.

Le deuxième problème de longue durée chez les adolescents des Premières Nations est l'asthme : 13,6 % en souffrent. Les adolescents des Premières Nations semblent au moins aussi susceptibles de souffrir d'asthme que les jeunes dans la population en général (12,4 %). Quelque 31,2 % des adolescents des Premières Nations atteints de cette maladie ont fait une crise d'asthme au cours de l'année de référence, par comparaison à 42,7 % des jeunes dans la population en général. Comme les intervalles de confiance pour les données de l'ESCC ne sont pas disponibles et que la formulation des questions relatives aux crises/symptômes d'asthme dans l'ERS et dans l'ESCC varie légèrement, les différences dans les occurrences déclarées de crise d'asthme des jeunes des Premières Nations et des autres adolescents au cours des 12 derniers mois pourraient ne pas être statistiquement significatives. On s'inquiète cependant du fait que 55,9 % seulement des adolescents des Premières Nations souffrant d'asthme soient traités à cet égard.

La bronchite chronique semble plus prévalente parmi les adolescents des Premières Nations que parmi les jeunes dans la population en général; 2,4 % des adolescents des Premières Nations ont ce problème contre 1,4 % des jeunes en général. La bronchite chronique présente des risques potentiels sérieux pour la santé à long terme. Or, seulement 16,5 % des adolescents des Premières Nations atteints reçoivent des traitements à cet égard. ix

À 3,5 %, la prévalence déclarée de troubles d'apprentissage chez les adolescents des Premières Nations n'est pas aussi élevée que dans la population en général où elle est de 6,3 %. Or, certaines des différences déclarées pourraient provenir du fait que les adolescents des Premières Nations ont un moindre accès aux diagnostics de troubles d'apprentissage par des psychologues scolaires et d'autres professionnels. Seulement 12,6 % des adolescents des Premières Nations éprouvant des troubles d'apprentissage participent à des interventions dans le but de s'attaquer à cette maladie qui inquiète, dans une certaine mesure, puisque les troubles d'apprentissage peuvent avoir des répercussions négatives sur les perspectives académiques et professionnelles ainsi que sur les relations jusqu'à et à l'âge adulte. x

Parmi les 2,4 % d'adolescents qui souffrent de trouble déficitaire de l'attention (TDA) ou de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), 34,2 % seulement sont

is En raison d'une variance d'échantillonnage élevée, cette figure devrait être utilisée avec prudence. À un intervalle de confiance de 95 %, la proportion estimée recevoir un traitement varie entre 10,2 % et 25 8 %.

⁸ En raison d'une variance d'échantillonnage élevée, cette figure devrait être utilisée avec prudence. À un intervalle de confiance de 95 %, la proportion estimée recevoir un traitement varie entre 8,3 % et 18.7 %.

traités.xi Cette situation préoccupe également, puisque les TDA/THADA peuvent avoir des répercussions négatives et à long terme sur les perspectives académiques professionnelles ainsi que sur les relations.

Bien que de prévalence faible et ne touchant que 0,7 % des adolescents des Premières Nations, la tuberculose (TB) est une maladie infectieuse transmissible causée par une bactérie (Mycobacterium tuberculosis) qui atteint généralement les poumons. Elle se transmet surtout de personne à personne au contact d'air infecté. Lorsque les bactéries TB inhalées pénètrent dans les poumons, elles peuvent se multiplier et causer une infection locale aux poumons. Elles peuvent aussi s'attaquer à presque n'importe quel organe du corps, les reins, les os et le revêtement du cerveau et de la moelle épinière étant, mis à part les poumons, les sites les plus communs. Sans traitement efficace, les patients peuvent dépérir. Toutefois, on réussit habituellement à traiter la TB au moyen d'antibiotiques.4

Les comparaisons avec la population adolescente en général sont difficiles à établir, car L'ESCC ne fournt pas de données comparables à celles de l'ERS sur la prévalence de la TB, de la cécité, des problèmes de vision graves ou des déficiences auditives. Les coefficients de variation sont élevés pour les données de l'ERS sur l'étendue des traitements/interventions pour les adolescents des Premières Nations atteints de ces maladies. Pourtant, nous pouvons certainement dire que ce sont des minorités qui sont traitées.

Tableau 2 Problèmes de santé de longue durée parmi les adolescents des Premières Nations, selon deux états de handican

A	В	C	D	E	F	1
Problèmes à long terme	% de non- handicapés déclarant ce problème de longue durée	% d'handicapés déclarant ce problème de longue durée	% total (avec et sans handicap) déclarant ce problème à long terme	Parmi ceux ayant ce problème, % ayant un handicap causé par un problème quelconque	Parmi ceux ayant ce problème, % avec un handicap causé par ce problème	
Bronchite chronique	1,5 %	E 12,1 %	2,4 %	39,5 %	36,0 %	
Asthme	9,8 %	57,9 %	13,6 %	34,0 %	31,2 %	
Allergies	12,8 %	41,5 %	15,1 %	21,7 %	16,7 %	
Cécité ou autres problèmes de vision graves	1,2 %	9,2 %	1,9 %	38,6 %	-	E
Infections ou problèmes de l'oreille chronique	3,5 %	19,8 %	4,8 %	32,5 %	23,1 %	
Déficience auditive	1,1 %	E –	E 1,7 %	_	Е –	· E
Tuberculose	0,6 %	E –	E 0,7 %	E –	Е –	· E
Problème psychologique ou nerveux	-	E –	E 1,2 %	E –	Е –	· E
Troubles d'apprentissage	2,3 %	17,1 %	3,5 %	38,9 %	23,2 %	
TDA/THADA (1)	1,8 %	10,0 %	E 2,4 %	_	Е –	E
Diabète	0,7 %	E –	E 0,8 %	Е –	Е –	· E

^{1.} Trouble déficitaire de l'attention/ hyperactivité avec déficit de l'attention

E Variance d'échantillonnage élevée. Figures à utiliser avec prudence.

– E Variance d'échantillonnage trop élevée pour que les données soient communiquées.

xi En raison d'une variance d'échantillonnage élevée, cette figure devrait être utilisée avec prudence. À un intervalle de confiance de 95 %, la proportion estimée recevoir un traitement varie entre 21,8 % et

Dans la colonne C du tableau 2, on peut voir le pourcentage d'adolescents des Premières Nations ayant un handicap quelconque et qui souffrent des problèmes de longue durée indiqués dans la colonne A. Des pourcentages élevés d'adolescents handicapés sont victimes d'asthme (57,9 %), d'allergies (41,5 %), de problèmes d'oreilles chroniques (19,8 %), de troubles d'apprentissage (17,1 %) et de bronchite chronique (12,1 %).

Dans la colonne E, les unités d'analyse utilisées sont les « univers » des adolescents des Premières Nations ayant un problème donné. On indique ensuite le pourcentage de ces adolescents ayant une incapacité, qu'elle soit causée par cet état ou par un ou plusieurs autres problèmes de longue durée. En général, environ un tiers des adolescents atteints des problèmes de santé de longue durée cités ont un certain niveau de handicap. Selon ces chiffres, il y aurait environ une chance sur trois pour que les jeunes ayant l'une ou l'autre des problèmes indiqués au tableau 2 présentent un certain niveau de handicap.

On ne peut pas montrer les chiffres relatifs aux problèmes à faible prévalence en raison d'une variance d'échantillonnage élevée, mais on a découvert que les adolescents ayant un handicap cognitif ou mental et des handicaps physiques autres que la paralysie cérébrale sont, dans la majorité des cas, limités dans leurs activités.

Dans la colonne F du tableau 2, ce sont encore les « univers » des adolescents des Premières Nations ayant un problème de longue durée donné qui servent d'unités d'analyse, mais on y indique dans quelle mesure les jeunes souffrant d'un problème donné sont limités dans leurs activités à la suite de ce problème particulier : les chiffres vont de 16,7 % à 36 %. Dans tous les cas, étant donné que les figures de la colonne E représentent une incapacité causée par *n'importe quel* problème, la prévalence d'incapacités propres à un problème est inférieure à celle indiquée dans la colonne E. Certains adolescents sont limités dans leurs activités par plus d'un problème. De la même manière, les chiffres de la colonne E incluent celles de la colonne F.

Handicaps et problèmes de santé multiples chez les adolescents

Il n'est pas rare que les adolescents des Premières Nations fassent état de plus d'un problème de santé de longue durée et de plus d'un type de handicap. Chez les adolescents non handicapés, le nombre moyen de problèmes de santé de longue durée est de 0,4. Chez les adolescents handicapés, le nombre moyen est de 2. Les adolescents handicapés sont limités dans leurs activités par 1,4 problème de longue durée en moyenne.

Les adolescents des Premières Nations handicapés et de sexe masculin souffrent d'une moyenne de 2,2 problèmes de santé de longue durée, et le nombre moyen de problèmes désignés comme limitant leurs activités est de 1,7. Parmi les jeunes handicapées de sexe féminin, le nombre moyen de problèmes

de santé de longue durée est de 1,8, et en moyenne 1,2 d'entre eux limitent leurs activités.

Handicaps et état de santé général des adolescents

L'état général de santé des adolescents des Premières Nations handicapés est dans l'ensemble moins bon que celui des autres jeunes. Par exemple, 36 % des jeunes handicapés disent avoir une très bonne ou une excellente santé contre 59 % de leurs homologues non handicapés. Quelque 18,1 % des jeunes handicapés indiquent que leur santé est passable ou mauvaise, par comparaison à 9,2 % des autres adolescents des Premières Nations. Dans la population adolescente au Canada, 11,2 % des jeunes handicapés ont une santé passable ou mauvaise, alors que 52,1 % sont en excellente ou en très bonne santé.^{XII}

Parmi les adolescentes des Premières Nations handicapés, seulement 27,6 % ont une excellente ou une très bonne santé, par comparaison à 57,7 % de leurs homologues non handicapés. Pour ce qui est des jeunes garçons handicapés, 44,9 % sont en excellente ou en très bonne santé, par comparaison à 60,3 % de leurs homologues non handicapés.

Les adolescents des Premières Nations handicapés sont plus portés que leurs homologues non handicapés à avoir un excès de poids ou à être obèses (58,0 % contre 40,8 %). Les adolescents de sexe masculin handicapés sont plus susceptibles que les filles d'avoir ce problème (68,4 % contre 44,9 %).

Consommation d'alcool et de drogue

Bien que ce ne soit pas significatif, 32,8 % des adolescents des Premières Nations handicapés ont consommé de l'alcool dans l'année précédant l'enquête, par comparaison à 43,7 % des adolescents non handicapés. Ils sont cependant presque tout aussi susceptibles d'avoir consommé de la marijuana ou du hachisch au cours de l'année (27,6 % contre 33,1 %) (NS). La proportion déclarant avoir consommé d'autres drogues sans ordonnance (par exemple, la cocaïne, le crack, les inhalants, le LSD) est inférieure à 2 %, tant chez ceux non handicapés que chez ceux handicapés.

Activité sexuelle

Quelque 20,4 % des adolescents des Premières Nations handicapés se considèrent sexuellement actifs, et 20,2 % ont eu des rapports sexuels durant l'année de référence. La même proportion de leurs homologues non handicapés se considèrent sexuellement actifs (29,1 %) (NS), mais ces derniers sont plus susceptibles de déclarer avoir eu des rapports sexuels (31,9 %) durant l'année de référence.

Parmi les adolescents des Premières Nations non handicapés sexuellement actifs, 45,4 % sont des filles par comparaison à 64,1 % de filles parmi les jeunes sexuellement actifs handicapés.

 $^{^{}xii}$ Quelques 70,7 % des adolescents non handicapés dans la population en général sont en excellente ou en très bonne santé, et 3,4 % seulement ont une santé passable ou mauvaise.

Estime de soi, contrôle personnel et humeur

L'ERS a cherché à savoir comment les adolescents des Premières Nations se sentent vis-à-vis d'eux-mêmes en leur demandant dans quelle mesure ils sont d'accord ou en désaccord avec les affirmations « J'aime ma personnalité »; « J'ai beaucoup de raisons d'être fier/fière de moi »; et « Beaucoup de choses me concernant sont bonnes ». Dans l'ensemble, le portrait est le même pour les jeunes avec et non handicapés, sauf que les adolescents handicapés sont en quelque sorte moins susceptibles d'être en accord ou très en accord avec l'affirmation « J'aime ma personnalité » (78,2 % contre 85,6 %). C'est parmi les garçons que la différence est la plus prononcée, 79,6 % des garçons handicapés étant en accord ou très en accord avec cette affirmation, contre 90,4 % de leurs homologues non handicapés (tableau 3).

L'ERS a aussi exploré les questions de contrôle et de maîtrise personnels. En général, statistiquement, les réponses des adolescents des Premières Nations handicapés indiquent un même sens de maîtrise/contrôle que leurs homologues non handicapés. Par exemple, parmi les adolescents handicapés des Premières Nations, tant les garçons que les filles sont tout aussi susceptibles que leurs homologues non handicapés d'estimer bien faire les choses (78,1 % contre 83 % des non-handicapés) et de pouvoir réaliser à peu près tout ce qu'ils ont décidé de réaliser (78,9 % contre 85,3 %). En revanche, les adolescents handicapés sont *considérablement* moins susceptibles d'indiquer que personne ne les bouscule dans la vie (63,3 % contre 76,2 %) : ils sont plus susceptibles de se sentir bousculés.

Les adolescents handicapés de sexe masculin sont moins portés que leurs homologues non handicapés à être en accord ou très en accord avec l'affirmation que personne ne les bouscule dans la vie (60,5 % contre 79,1 %) et qu'ils maîtrisent les événements qui surviennent dans leur vie (62,8 % contre 78,9 %).

Il n'y a pas de différences notables entre les adolescentes handicapées et celles qui ne le sont pas.

L'ERS a demandé aux adolescents dans quelle mesure ils se sentent seuls, stressés et aimés. Les adolescents handicapés sont plus susceptibles que leurs homologues non handicapés de ressentir un certain degré de solitude (62,8 % contre 50,7 %). Ils sont aussi plus portés à connaître un certain niveau de stress (78,8 % contre 64,3 %). Dans l'ensemble, les adolescents des Premières Nations handicapés sont tout aussi portés à se sentir « beaucoup » aimés (50 % contre 52,2 %), mais on note certaines différences selon les sexes.

Les adolescents handicapés des Premières Nations semblent plus enclins à « s'être senti(e) triste ou déprimé(e) pendant deux semaines de suite ou plus pendant l'année de référence » que ceux qui ne sont pas handicapés (35,6 % contre 26,5 %). Les adolescentes handicapées sont particulièrement susceptibles d'avoir connu la dépression (51,2 % contre 35,8 % des adolescentes non handicapées). Les jeunes handicapés sont aussi plus susceptibles d'avoir pensé à se suicider à un certain moment de leur vie (32,4 % contre 20,1 %).

Bien que le pourcentage des jeunes avec ou non-handicapés ayant reçu des services de counselling, des tests psychologiques ou d'autres services de santé mentale au cours des 24 mois précédant la tenue de l'ERS soit statistiquement le même, les filles handicapées sont au-delà de deux fois plus susceptibles que les garçons handicapés d'avoir reçu de tels services (29,9 % contre 13,7 % NS).

Tableau 3. Pourcentages en accord ou très en accord avec les affirmations suivantes, selon le handicap et le sexe

	Non-handicapés		-	Handicapés		
	Sexe masculin	Sexe féminin	Total	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Estime de soi						
En général, j'aime ma personnalité	90,4 %	80,3 %	85,6 %	79,6 %	76,8 % (NS)	78,2 %
Dans l'ensemble, j'ai beaucoup de raisons d'être fier/fière de moi	91,3 %	86,0 %	88,8 %	91,7 %	80,7 % (NS)	86,0 % (NS)
Beaucoup de choses me concernant sont bonnes	85,2 %	82,5 % (NS)	83,9 %	90,7 %	79,0 % (NS)	84,7 % (NS)
Maîtrise personnelle						
Lorsque je fais quelque chose, je le fais bien	86,1 %	79,7 %	83,0 %	82,3 %	74,1 % (NS)	78,1 % (NS)
Je peux régler mes problèmes	82,5 %	71,9 %	77,4 %	75,5 %	72,8 % (NS)	74,1 % (NS)
Personne ne me bouscule dans la vie	79,1 %	73,1 %	76,2 %	60,5 %	65,9 % (NS)	63,3 %
J'ai la maîtrise sur les événements qui surviennent dans ma vie	78,9 %	74,2 % (NS)	76,7 %	62,8 %	76,1 % (NS)	69,9 % (NS)
Je peux réaliser à peu près tout ce que j'ai vraiment décidé de réaliser	87,9 %	82,5 %	85,3 %	80,6 %	77,2 % (NS)	78,9 % (NS)
Je me sens souvent démuni(e) devant les problèmes de ma vie	34,3 %	33,5 % (NS)	33,9 %	24,3 %	39,2 % (NS)	32,5 % (NS)
Ce qui m'arrivera dans le futur dépend en grande partie de moi	87,0 %	85,4 % (NS)	86,2 %	80,6 %	85,3 % (NS)	83,0 % (NS)
Il n'y a pas grand-chose que je puisse faire pour changer de nombreuses choses importantes dans ma vie	39,9 %	42,1 % (NS)	41,0 %	37,5 %	50,5 % (NS)	44,7 % (NS)

Résumé des principaux résultats

Dans ce chapitre, nous avons analysé l'incapacité et les problèmes de santé de longue durée chez les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans. La recherche révèle que les handicaps sont plus prévalents dans le groupe des 12 à 14 ans que dans le groupe des 15 à 17 ans.

Les adolescents handicapés des Premières Nations ont à peu près les mêmes conditions de vie familiale que les autres adolescents des Premières Nations, sont aussi susceptibles de fréquenter l'école, mais sont plus susceptibles d'avoir des difficultés dans différentes matières scolaires. Ils sont à peu près aussi susceptibles que leurs homologues non handicapés d'avoir redoublé une année, et leurs aspirations en matière d'études sont à peu près les mêmes.

Comme les adolescents non handicapés des Premières Nations, ceux qui sont handicapés estiment important de pouvoir parler leurs langues des Premières Nations, mais les jeunes handicapés ont moins tendance à les parler avec aisance ou relativement bien (27,6 % contre 19,6 %). Ceux qui ont des incapacités sont à peu près aussi susceptibles que ceux qui n'en ont pas de faire partie d'équipes de sport ou de suivre des cours hors de l'école, d'être physiquement actifs et de participer aux activités culturelles traditionnelles.

Les allergies, l'asthme et les infections chroniques de l'oreille sont les problèmes chroniques les plus communs parmi les adolescents des Premières Nations, handicapés ou non. Le niveau de traitement des allergies et des problèmes aux oreilles est faible; il en est de même pour les problèmes moins prévalents, mais problématiques, comme les troubles d'apprentissage, l'hyperactivité avec déficit de l'attention et la bronchite chronique. Il est passablement commun chez les jeunes handicapés d'être atteint de plus d'un problème de longue durée et d'être handicapé par plus d'un de ces problèmes.

L'état de santé général des adolescents des Premières Nations handicapés est plus faible que celui de leurs homologues non handicapés, et ils sont plus susceptibles d'avoir un excès de poids ou d'être obèses.

Les adolescents handicapés des Premières Nations sont aussi susceptibles de consommer de l'alcool, de la marijuana ou du hachisch et d'avoir des rapports sexuels que leurs homologues non handicapés même si ces activités ne sont déclarées que par environ un cinquième à un tiers du groupe.

L'estime de soi des jeunes handicapés est en général plus faible, et ces derniers ressentent moins que les autres certains aspects de la maîtrise personnelle. Ils sont également plus portés à connaître la solitude, le stress, la dépression et à avoir envisagé le suicide.

Recommandations

Une symétrie accrue entre les indicateurs de handicap des jeunes de l'ERS et ceux des relevés de population de

Statistique Canada serait profitable. Elle permettrait de meilleures comparaisons de la prévalence des incapacités et d'autres questions concernant les Premières Nations et les autres jeunes.

Dans l'ensemble, les adolescents handicapés des Premières Nations accordent autant de valeur aux activités physiques, communautaires/culturelles et scolaires que les jeunes nonhandicapés, et leur participation à ces activités est équivalente. Il en est de même pour leurs aspirations en matière d'études. Cela laisse entendre que les cultures communautaires d'inclusion émergent ou sont déjà en place pour plusieurs de ces jeunes gens. Les aînés et les dirigeants de la communauté, les familles et les éducateurs devraient être reconnus et soutenus afin de continuer à inclure et à soutenir les jeunes handicapés.

Les faibles niveaux de traitement/intervention des maladies à haute prévalence comme les allergies et les infections chroniques des oreilles sont troublants. Il en est de même pour les problèmes de moindre prévalence, quoique redoutables, comme les troubles d'apprentissage et le THADA, ainsi que les maladies comme la bronchite chronique. Les niveaux de traitement ne dépassent pas 50 %; or, il n'y a aucun doute que des personnes plus jeunes pourraient profiter de ceux-ci. Les parents/gardiens doivent être avertis des risques que présentent les maladies comme l'asthme et la bronchite, et savoir comment aider les jeunes à gérer ces risques. Ils peuvent avoir besoin d'être informés à ce sujet, sur les interventions permettant de s'attaquer aux problèmes comme les troubles d'apprentissage et le THADA, ou d'avoir un meilleur accès à ces interventions. Des vérifications dans les communautés pourraient être utiles déterminer pourquoi les niveaux pour de traitement/intervention pour diverses maladies sont passablement faibles, et ce qui pourrait être fait pour s'y attaquer.

La santé nettement plus faible des jeunes handicapés, en particulier des filles, doit faire l'objet de recherches et d'efforts de promotion de la santé dirigés vers un sexe en particulier. Ces recherches et efforts de promotion ne doivent pas viser uniquement les comportements de santé individuels, mais aussi les grands déterminants de santé sociaux et économiques. Comme le questionnaire des adolescents de l'ERS était autoadministré, l'information sur le revenu du ménage n'a pas été recueillie. Si une prochaine itération de l'enquête pouvait combler ce fossé, l'ERS pourrait peut-être jeter un peu de lumière sur les déterminants généraux de la santé relativement faible des jeunes handicapés. Il pourrait également être utile d'avoir de l'information sur les difficultés que peuvent rencontrer les jeunes dans leurs efforts pour protéger leur santé et les autres services dont ils ont besoin pour l'optimiser.

Les jeunes handicapés sont plus susceptibles de connaître des difficultés dans des matières de base, comme la lecture, l'écriture et les mathématiques. Entre-temps, relativement peu de gens souffrant de troubles d'apprentissage ou de DCA/THADA reçoivent des traitements/interventions leur permettant de lutter contre les difficultés auxquelles ils font face. Cela révèle que les élèves handicapés, leurs enseignants et leurs familles doivent disposer plus largement de stratégies pédagogiques efficaces et de systèmes de soutien. Il serait bien inspiré que ces derniers adoptent la culture d'inclusion qui semble aller de soi dans la vie communautaire en général.

La recherche sur diverses combinaisons de problèmes de santé de longue durée ainsi que sur des combinaisons de ces maladies provoquant des limitations d'activité permettrait d'expliquer les complications et autres difficultés de santé des adolescents des Premières Nations. L'analyse des causes de ces maladies (par exemple, les facteurs congénitaux, environnementaux, les blessures ou les accidents) serait également utile.

Les parents, les éducateurs, les autres responsables de programmes d'éducation sexuelle et les fournisseurs de services sociaux qui sont en contact avec les jeunes handicapés devraient être sensibilisés au fait que, bien que ces jeunes ne soient peut-être pas aussi actifs sexuellement que les adolescents non handicapés, une grande proportion est sexuellement active. Il faudrait peut-être accorder une attention particulière à la protection de la santé sexuelle des jeunes femmes handicapées, qui sont plus actives sexuellement que leurs pendants masculins. D'autres analyses permettraient également de connaître le nombre de leurs partenaires sexuels, les méthodes de régulation des naissances et de protection utilisées ainsi que les mesures prises pour éviter de contracter des maladies sexuellement transmissibles. Les données de l'ERS permettraient une telle analyse, mais celle-ci déborde du cadre du présent chapitre.

Par de l'encouragement et des messages positifs, les membres de la famille, les éducateurs et les autres adultes pourraient soutenir l'estime de soi souvent faible des adolescents handicapés des Premières Nations. De même, il serait possible de s'attaquer au faible sentiment de maîtrise personnelle de ces jeunes en s'assurant qu'ils ont des occasions et les soutiens nécessaires pour exercer leur autodétermination et pour développer leur sentiment personnel d'autonomie. xiii 5 6 7

Il faut aussi prêter attention à la solitude, au stress, à la dépression et à la propension à envisager le suicide chez les jeunes handicapés. Bien que ces difficultés ne soient pas épidémiques, elles sont passablement courantes et il peut être très difficile pour ces jeunes gens et leur famille d'y faire face. Les familles ont peut-être besoin d'information sur la manière d'aider les jeunes gens à gérer ces difficultés; les éducateurs et les fournisseurs de services sociaux ou de santé doivent peut-être être sensibilisés. Les jeunes peuvent avoir

xiii Il existe une littérature abondante et croissante sur l'autodétermination et l'incapacité. Le projet Self-Determination Technical Assistance Centers de l'Université de Caroline du Nord à Charlotte fournit des recherches et d'autres ressources, tout comme le Beach Centre on Disability de l'Université du Kansas, la Fondation Robert Wood Johnson, le Center for Outcomes Analysis de Narberth, Pennsylvanie et une série d'autres organisations et de portails Internet.

besoin d'information et un meilleur accès au counselling et aux autres services en santé mentale. Il ne fait aucun doute que les jeunes handicapés doivent défendre eux-mêmes leurs droits en disant aux autres comment ils se sentent et pourquoi. Il serait aussi utile d'analyser la disponibilité de la camaraderie, de l'assistance, de l'orientation et d'autres types de soutien aux adolescents des Premières Nations, handicapés ou non. Cela serait faisable à partir de l'ERS, mais dépasse la portée de la recherche pour le présent chapitre.

Notes de fin du Chapitre 19

 Développement social Canada, Vers l'intégration des personnes handicapées 2004, (Ottawa, Ont.: Développement social Canada, 2004), p. 9 et note de fin 14.

Statistique Canada, Enquête sur la participation et les limitations d'activités: profil de l'incapacité au Canada, 2001—Tableaux (Ottawa, Ont.: Ministre de l'Industrie, 2002), Tableaux 3,1 et 10,1.

Statistique Canada, Enquête sur la participation et les limitations d'activités: profil de l'incapacité au Canada, 2001—Tableaux, Tableau 10,1.
 MedicineNet.com, Tuberculosis (TB) [en ligne]. Cité le 11 octobre 2005. Disponible sur le

MedicineNet.com, Tuberculosis (TB) [en ligne]. Cité le 11 octobre 2005. Disponible sur l Web: http://www.medicinenet.com/tuberculosis/article.htm.

SDTAC, Self-Determination Technical Assistance Centers [en ligne]. Cité le 14 octobre 2005. Disponible sur le Web: http://www.sdtac.uncc.edu/project_description.asp.

J. W. Conroy et al., Outcomes of the Robert Wood Johnson Foundation's National Initiative on Self-Determination for Persons with Developmental Disabilities—Final Report on 3 Years of Research and Analysis (Narberth, Pa: Center for Outcome Analysis, 2002).

Chapitre 20

Blessures

Résumé

Les taux de blessure sont plus élevés chez les adolescents que dans tout autre groupe d'âge. L'Enquête régionale sur la santé (ERS) révèle que les jeunes des Premières Nations sont beaucoup plus à risque de subir des blessures que les autres jeunes du Canada. Chez les jeunes des Premières Nations, les principales causes de blessures sont les chutes, les sports, les accidents de véhicule motorisé et les accidents de vélo. Les coupures, éraflures, entorses, foulures et fractures sont les blessures les plus courantes. Les résultats montrent que certains groupes, comme les personnes de sexe masculin et les jeunes participant souvent à des sports ou à des activités parascolaires, devraient être ciblés par la prévention. Les blessures semblent également liées à divers problèmes personnels : dépression, faible estime de soi, troubles d'apprentissage, suicide d'un proche, consommation d'alcool.

Introduction

C'est durant l'adolescence que les taux de blessures sont les plus élevés. Les chiffres relatifs aux Premières Nations aussi bien qu'aux autres jeunes au Canada montrent que les blessures sont plus courantes chez les adolescents que parmi les autres groupes d'âge et qu'elles sont de loin la principale cause de décès à cet âge. 1,2,3 Les blessures peuvent être accidentelles (chutes, sports ou collisions automobiles) ou intentionnelles (suicide, automutilation, agression ou homicide).

Règle générale, les blessures impliquent une interaction complexe de facteurs. Ces facteurs peuvent agir à l'échelle sociétale (par exemple, les normes culturelles qui soutiennent la violence); communautaire (zones récréatives non sécuritaires, facilité d'accès aux armes à feu, faibles taux d'utilisation de la ceinture de sécurité); familiale (supervision insuffisante); ou individuelle (comportement téméraire, abus d'alcool).⁴

Les blessures menacent tous les jeunes au Canada, mais certains faits indiquent que les adolescents des Premières Nations sont plus à risque que les autres. Des chiffres du milieu des années 1990 indiquent que le taux de décès attribuables aux blessures chez les adolescents des Premières Nations (de 15 à 19 ans) est trois fois plus élevé que parmi les autres jeunes (176 contre 48 par 100 000).⁵ Selon les données de l'ERS, la situation semble s'être améliorée, mais elle n'a pas changé beaucoup depuis ce moment.

Bien que le taux de *décès* attribuables aux blessures parmi les Premières Nations soit calculé et consigné depuis longtemps, on ne disposait pas d'information sur les blessures quotidiennes moins graves qui n'entraînent ni la mort ni l'hospitalisation. En posant des questions sur toute blessure subie au cours de l'année précédente dont le caractère sérieux a exigé les soins d'un professionnel de la santé, l'ERS comble ce fossé. Ce chapitre présente l'information recueillie concernant les types de blessures subies par les jeunes et leurs causes. Il présente aussi les grands facteurs de risque pour les jeunes. Ces facteurs sont regroupés sous trois rubriques : les caractéristiques de l'adolescent, les caractéristiques de la famille et les caractéristiques de la communauté.

Méthodes d'interprétation

L'ERS contient trois séries de questions sur les blessures. La première est axée sur la *nature* de la blessure : on a demandé aux jeunes s'ils ont subi, dans l'année précédant l'enquête, l'une ou l'autre des blessures énumérées, telles que coupure ou entorse d'importance, fracture ou commotion. Pour que les résultats indiquent *combien de jeunes subissent* un type de blessure donné plutôt que le nombre total de blessures, il fallait répondre « oui » ou « non » à chaque question. Les différents types de blessures ne s'excluent pas les uns les

autres, et certains répondants peuvent avoir été blessés plus d'une fois pendant l'année.

La deuxième série de questions porte sur les *causes* des blessures, telles que les chutes, collisions automobiles, etc. Encore une fois, il fallait y répondre par oui ou non. Chaque « oui » était accompagné d'une question de suivi demandant si l'incident était lié à l'alcool. Compte tenu de la structure de certaines questions, nous avons dû fonder l'analyse des réponses aux questions concernant l'alcool sur certaines hypothèses. De nombreuses personnes ont refusé de répondre à ces questions (la sous-déclaration s'explique probablement par la stigmatisation associée à la consommation d'alcool). Bref, il faut considérer les chiffres relatifs à l'alcool comme des estimations.

Résultats

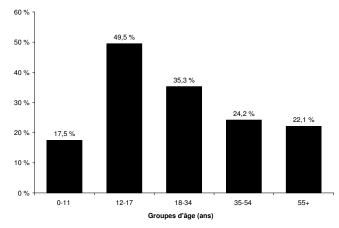
Natures et causes des blessures des jeunes

Les blessures sont extrêmement communes chez les adolescents des Premières Nations : la moitié (49,5 %)ⁱ disent s'être blessés au cours de l'année précédente. Cette proportion est de beaucoup supérieure à celle de tout autre groupe d'âge (figure 1). Elle représente aussi près du double du taux parmi les autres jeunes au Canada et parmi les adolescents des Premières Nations vivant hors réserve. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 23,5 % des adolescents (12 à 19 ans) se sont blessés en 2003 au Canada.6 Le chiffre pour les adolescents des Premières Nations vivant hors réserve est le même : 26,3 %. ii,7 Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation de cette comparaison, puisque les questions des enquêtes diffèrent : l'ERS interroge sur les blessures suffisamment graves pour devoir être portées à l'attention d'un professionnel de la santé, tandis que l'enquête canadienne porte sur les blessures suffisamment graves pour limiter les activités normales. Dans l'enquête canadienne, une question de suivi demande si la personne a ou n'a pas consulté le médecin au sujet de cette blessure qui limite ses activités. La plupart des analyses disponibles ou publiées ne donnent pas cette précision. Dans l'un des cas où elle est disponible, les chiffres indiquent qu'environ seulement la moitié des Canadiens ayant subi une blessure limitant leurs activités ont consulté un médecin à ce sujet. Cela suggère que si la comparaison avec les Premières Nations était uniquement fondée sur les personnes avant consulté un médecin pour leur blessure, l'écart serait encore plus grand entre les chiffres des Premières Nations et les chiffres canadiens (voir figure 2).

i Afin de simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour l'ensemble des estimations ayant un coefficient de variation de plus de 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique indiquant les intervalles de confiance de toutes les valeurs à l'adresse: http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_santé.php

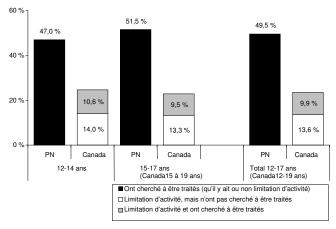
il Cette figure concerne les jeunes Autochtones vivant hors réserve dans les provinces (seulement) en 2001 et 2003 (combinés).

Figure 1. Proportion d'adolescents selon les groupes d'âge : Premières Nations, 2002-2003



^{*} Toutes les différences sauf celle entre les deux groupes les plus âgés sont statistiquement significatives.

Figure 2. Proportion d'adolescents ayant subi des blessures dans la dernière année : Premières Nations (2002-2003) contre l'ensemble du Canada (2003), selon le groupe d'âge



^{*} Veuillez noter que les figures de l'ERS concernent les blessures suffisamment graves pour être portées à l'attention d'un médecin, alors que celles pour tout le Canada concernent les blessures limitant les activités normales et sont accompagnées d'une précision selon que la personne a cherché à voir un médecin ou non.

Source : Chiffres pour l'ensemble du Canada de l'Enquête sur la santé dans les communautés

Dans l'ERS, les blessures les plus communément déclarées sont les coupures, les éraflures ou les contusions, suivies des entorses/foulures puis des fractures. Ces blessures sont en général causées par des chutes et/ou des accidents de sport. Les accidents de véhicule moteur et de bicyclette sont aussi courants.

Tableau 1. Proportion d'adolescents déclarant divers types de blessures (n = 4 983)

Nature de la blessure	% des adolescents
Coupures, éraflures ou contusions	34,8
Entorse ou foulure	21,6
Fracture	15,8
Brûlure ou ébouillantements	12,6
Hypothermie, engelure	6,6
Dent endommagée	4,3
Luxation	4,0
Commotion	3,7
Empoisonnement accidentel	0,8
Blessure à un organe interne	0,8
Tout type de blessure *	49,5

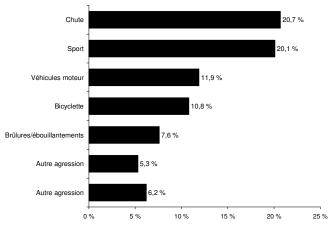
^{*} Note : Les répondants pouvaient déclarer plus d'un type de blessures. Ainsi, le nombre indiqué pour « tout type de blessure » ne représente pas le total des catégories ci-dessus.

Sexe

À l'âge adulte, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de se blesser. Les résultats de l'ERS révèlent le même profil chez les jeunes : les taux de blessures des jeunes hommes dépassent significativement ceux des jeunes femmes (53,1 % contre 45,5 % iii), mais cela ne vaut pas pour tous les types de blessure. Les brûlures ou ébouillantements, l'hypothermie, les dents endommagées ou les coupures, éraflures et contusions sont aussi courants parmi les deux sexes. Cependant, les jeunes hommes sont beaucoup plus susceptibles de subir des fractures, des luxations, entorses/foulures et des commotions. Ce modèle peut être partiellement attribuable au fait que les garçons sont plus portés à faire du sport. La différence entre les taux chez les garçons et chez les filles tient surtout à deux causes : les blessures sportives et celles liées à la bicyclette chez les garçons. La propension à se blesser en faisant des chutes, des accidents véhicule moteur ou à subir brûlures/ébouillantements ne varie pas significativement entre les deux sexes.

Les comparaisons entre les groupes citées dans ce chapitre sont toutes marquées à moins que le pourcentage soit accompagné de l'indication « NS » (non significatif) entre crochets. Dans ce chapitre, les estimations sont considérées passablement différemment si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

Figure 3. Proportion d'adolescents ayant subi des blessures de causes différentes (n = 4 983)



^{*}La catégorie « véhicule moteur » comprend : automobile, camion, véhicule tous-terrains, motoneige et collision entre véhicule moteur et bicyclette.

Âge

Les résultats de l'ERS laissent entendre que les adolescents plus âgés courent plus de risques de se blesser que les plus ieunes, ce qui correspond aux modèles observés chez les jeunes Canadiens en général. Bien que la différence ne soit pas suffisante pour être statistiquement significative, le taux global de blessures chez les 15 à 17 ans est quelque peu supérieur à celui mesuré chez les enfants de 12 à 14 ans. Cette différence est cependant significative dans le cas de certaines causes de blessures : les jeunes plus âgés sont plus exposés aux accidents de véhicule moteur conduit par un jeune, aux agressions et aux brûlures/ébouillantements. Les taux de collisions de véhicules moteur vont sans doute de pair avec les premières années d'expérience en tant que conducteur. Les taux supérieurs d'agression à cet âge peuvent refléter des facteurs comme le la consommation d'alcool.

Équilibre et santé mentale

Comme on pourrait s'attendre à ce que la santé mentale incite à un comportement téméraire, il est intéressant d'examiner les liens possibles entre les divers indicateurs de bonne santé mentale et les taux de blessures. Certains sentiments qu'on pourrait croire liés aux blessures (celui de se sentir « en équilibre » et la conviction de maîtriser sa vie) n'ont pas de lien étroit avec le taux de blessures. Par contre, les taux de blessures sont fortement corrélés à la dépression (s'être senti triste ou déprimé pendant deux semaines de suite ou plus au cours de l'année précédente) et au niveau d'estime de soi des jeunes.

Tableau 2. Proportion d'adolescents ayant subi des blessures, selon l'occurrence de la dépression et le niveau d'estime de soi (n = 4 983)

		% des jeunes blessés
Se sont sentis tristes ou déprimés pendant deux	Déprimés	62,3
semaines de suite ou plus dans la dernière année	Non déprimés	45,0
P.C. 1	Faible	70,1
Estime de soi	Bonne	48,6

Activités

On pourrait s'attendre à ce que le type et le nombre d'activités dans lesquelles un adolescent est engagé a une incidence sur le taux de blessures, et cela de plusieurs manières. Premièrement, sports et blessures tendent à être liés. 10 Deuxièmement, la participation aux activités, l'implication dans des groupes et le sentiment d'appartenance tendent à être liés à une bonne santé mentale¹¹, ce qui peut donc avoir une incidence sur les blessures associées à santé mentale (par exemple, dans certains endroits, la fréquentation de l'église s'est avérée inversement liée aux tentatives de suicide). 12 Les résultats de l'ERS laissent entendre que, malgré leurs effets désirables, les sports et la participation aux activités parascolaires augmentent le risque de blessures. Les jeunes sportifs sont plus susceptibles de se blesser que ceux qui sont moins portés vers le sport. Les jeunes qui s'engagent dans des activités parascolaires (pouvant comprendre des sports) sont plus susceptibles que les autres de se blesser.

Tableau 3. Proportion d'adolescents ayant subi des blessures, selon la fréquence de l'activité physique et des activités parascolaires (n = 4 766)

		% des jeunes blessés
Activité physique	Trois fois par semaine ou moins	44,4
	Quatre fois par semaine ou plus	53,3
Activités parascolaires (sports, danse, musique, travail)	Faible participation*	41,4
	Forte participation*	50,6

^{*} La « forte participation » est définie comme un engagement d'au moins une fois par semaine dans une activité ou un cours ou plus, qu'il s'agisse de sport, d'art ou de musique, de chant, de danse ou de tambour traditionnels ou de travail (gardien d'enfant, commis de magasin, tuteur). « Faible participation » indique que l'on s'adonne à ces activités moins d'une fois par semaine.

Expérience scolaire

Fait intéressant, les taux de blessures ne sont pas associés au fait que les jeunes fréquentent ou aiment ou non l'école. iv Toutefois, les jeunes qui déclarent avoir des difficultés d'apprentissage à l'école sont beaucoup plus susceptibles que les autres de déclarer une blessure (55,3 % contre 44,7 %). Peut-être que les problèmes liés au milieu de vie se manifestent à la fois dans les difficultés à l'école et dans les autres comportements propices aux blessures.

Consommation d'alcool et de drogues

L'alcool augmente clairement le risque de plusieurs types de blessure et leurs causes, y compris les chutes, les collisions automobiles et la violence. Dans l'ensemble, il appert que l'alcool joue un rôle dans 6,4 % de toutes les blessures et qu'il est impliqué dans 27,1 % des agressions déclarées par les jeunes.

La moitié de tous les jeunes déclarent avoir bu un verre d'alcool dans la dernière année, et ces derniers sont plus susceptibles que les autres de déclarer une blessure (56,0 % contre 44,6 %) - bien que cela puisse être en partie attribuable au fait que tant la consommation d'alcool que les blessures tendent à être plus communes chez les jeunes plus âgés. Curieusement, les taux de blessures ne varient pas significativement entre les jeunes qui prennent cinq verres ou plus à une seule occasion une fois par mois ou plus et ceux qui ne le font jamais ou moins d'une fois par mois. La consommation de drogues est moins courante que celle d'alcool : un tiers (33,4 %) des jeunes ont eu recours à une substance illégale au moins une fois dans la dernière année. On considère que les taux de blessures sont les mêmes chez les jeunes qui consomment des drogues que chez les autres parce que la signification statistique de la différence n'atteint pas vraiment les seuils établis pour le présent rapport. Il semble plausible qu'un échantillon plus grand pourrait démontrer une différence statistiquement significative.

Risque de blessures et caractéristiques de la famille

Les caractéristiques familiales et le cadre de vie semblent avoir une incidence sur les risques de blessures chez les jeunes. Cette analyse a porté sur trois aspects de la situation familiale :

- La mère a-t-elle ou non fréquenté un pensionnat indien?
- Le cadre de vie (le jeune vit-il ou non avec au moins un de ses parents biologiques, avec une autre famille ou dans un autre cadre, comme avec des beaux-parents, des parents adoptifs, un(e) petit(e) ami(e) ou dans une famille d'accueil?).
- Le soutien émotionnel (en cas de besoin, les jeunes ontils ou non « toujours » quelqu'un à qui parler, se confier ou sur qui compter).

 $^{\rm iv}$ Prendre note que dans tous les cas les dimensions suivantes variaient peu : 90 % de tous les jeunes disent fréquenter l'école, et 82,3 % aiment « moyennement » ou « beaucoup » l'école.

Aucun de ces facteurs n'est significativement relié aux taux de blessure.

Risque de blessures et caractéristiques de la communauté

Il semble qu'aucune des caractéristiques communautaires ne soit associée aux taux de blessures chez les jeunes : ni la taille de la communauté, ni son degré d'isolement, ni le transfert du contrôle de la santé ne semblent avoir d'incidence sur les blessures.

Le suicide peut indiquer qu'une communauté a des problèmes, et il est possible que des taux élevés aillent de pair avec d'autres caractéristiques de risque telles des niveaux élevés d'abus d'alcool ou de violence dans la communauté. D'autre part, le fait qu'une personne proche se soit suicidée peut accroître la vraisemblance de comportements dangereux chez un jeune ou conduire à la dépression et à d'autres facteurs de risque. Peu importe la raison, les jeunes qui déclarent qu'un membre de leur famille ou un ami intime s'est suicidé dans les 12 derniers mois sont significativement plus susceptibles que les autres de déclarer s'être eux-mêmes blessés.

Tableau 4. Proportion d'adolescents ayant subi des blessures, selon qu'un ami ou un membre de leur famille s'est suicidé

		% des jeunes blessés
Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un de vos amis ou un membre de votre famille s'est suicidé?	Oui	64,5
	Non	45,4

Discussion

Deux points se dégagent clairement des résultats de l'ERS. Le premier est le taux extrêmement élevé de blessures chez les jeunes par rapport aux autres groupes d'âge. Le second est le grand écart des taux entre les adolescents des Premières Nations vivant dans les réserves et les jeunes Canadiens en général ou les adolescents des Premières Nations vivant hors réserve. La taille de cet écart souligne l'ampleur de l'impact potentiel de mesures préventives.

Prévenir les blessures les plus communes

Jusqu'ici, la majorité de l'information sur les blessures provenait des dossiers d'hospitalisation et de décès. Les résultats de l'ERS offrent la première occasion d'examiner les blessures quotidiennes que subissent les jeunes et donnent un portrait passablement différent. Les statistiques de mortalité désignent clairement les accidents de véhicule moteur et le suicide comme les principales causes de blessures chez les jeunes. Néanmoins, les résultats de l'ERS révèlent qu'il faut aussi porter attention aux causes telles que les chutes, les sports et les accidents de bicyclette.

Des modifications à l'environnement pourraient contribuer à prévenir certaines de ces blessures, notamment celles causées

par les chutes qui peuvent se produire lorsque les jeunes tombent des gradins ou des clôtures, trébuchent sur des objets, ou sautent dans des trous. 13 Certaines de ces chutes pourraient être empêchées si la surface des terrains de sport et de jeu¹⁴ était soignée et si des glissières de sécurité étaient installées dans les arénas. De nombreuses blessures sportives pourraient être empêchées ou minimisées si on utilisait les équipements de protection et si les règlements du franc-jeu étaient renforcés. Les casques protecteurs ont fait la preuve qu'ils réduisaient le risque de blessures à la tête dans une variété de sports, y compris le patin à roues alignées, la planche à roulette, le cyclisme, le ski, la planche à neige, le toboggan et la randonnée en VTT ou en motoneige. 15 Une revue complète des circonstances entourant les blessures au football, au rugby et au hockey suggère qu'il serait possible de réduire considérablement les taux de blessures en utilisant des protège-dents, en renforcant les règles du franc-jeu et en interdisant les attaques et blocages illégaux. 16

On a fait énormément de recherches sur la prévention des accidents de véhicule moteur parmi les nouveaux conducteurs, leurs thèmes communs étant la réduction de la vitesse et de la conduite sous l'influence de l'alcool. La recherche a désigné certaines mesures qui fonctionnent plus ou moins. Les résultats laissent en fait entendre que, comme le formule succinctement l'Insurance Institute for Highway Safety, « l'éducation seule ne change presque jamais le d'un conducteur ». 1 comportement Les campagnes médiatiques d'encouragement à la conduite sécuritaire semblent n'avoir que peu ou pas d'impact¹⁸,et curieusement, le fait d'éduquer les conducteurs ne réduit pas la vraisemblance que de jeunes conducteurs soient impliqués dans des collisions ou dans des infractions au code de la route. 19,20 Toutefois, l'éducation semble utile lorsqu'elle fait partie d'un ensemble plus vaste de stratégies se renforçant mutuellement et visant à modifier les comportements du conducteur²¹, notamment le renforcement de lois telles l'âge légal pour boire ou les mesures contre la vitesse. On estime que l'immatriculation par étapes et les vérifications au hasard sont aussi des méthodes qui fonctionnent. Sept provinces et un territoire ont des programmes d'immatriculation par étapes qui ont permis de réduire de façon appréciable le nombre de collisions impliquant des conducteurs novices.²² En Europe, les vérifications (vérifications au hasard des taux d'alcool des conducteurs) ont permis de réduire les morts sur la route de 16 à 29 %.²³

Il existe moins de recherche sur les meilleures façons de réduire les blessures liées à la bicyclette. Plusieurs des études existantes sont axées sur la hausse de l'utilisation des casques protecteurs, que l'on estime aptes à protéger les cyclistes des blessures à la tête dans 85 % des cas.²⁴ Encore une fois, les preuves laissent entendre que les interventions à volets multiples - comme une combinaison de rodéo à bicyclette, de campagnes médiatiques et de rabais sur les casques - fonctionnent mieux que n'importe quelle initiative isolée.²⁵ Des changements aux règlements, comme l'exigence du

casque protecteur dans les courses de bicyclette ou dans les cours d'écoles pourraient aussi aider. ²⁶ On ne s'est pas beaucoup penché sur les aspects autres que le casque. Certaines administrations ont introduit les pistes cyclables ou élargi les accotements des routes, mais on ne sait pas si ces mesures ont réduit les blessures. ²⁷ En toute logique, le contrôle du bon entretien des bicyclettes, de l'utilisation d'une taille de bicyclette appropriée à celle du cycliste, de réflecteurs, de vêtements réfléchissants et de lumières la nuit aideraient certainement aussi. ²⁸

Reconnaître le lien entre les blessures et la situation personnelle des jeunes

En plus de cerner les causes les plus communes de blessures chez les jeunes, les résultats de l'ERS montrent aussi que certains groupes de jeunes sont plus exposés que d'autres. Bien que la plupart des caractéristiques des familles et des communautés examinées dans cette analyse ne sont pas directement liées au risque de blessures chez les jeunes, il en est autrement pour certaines caractéristiques de ces derniers. Comme d'habitude dans les statistiques sur les blessures, les garçons sont plus à risque que les filles. Les adolescents plus âgés sont plus exposés que les plus jeunes à certains types de blessures, notamment aux accidents de véhicule moteur et aux agressions et, en dépit de ses avantages, il est clair que la participation fréquente à des activités sportives et parascolaires hausse la vraisemblance des blessures.

Au-delà des différences prévisibles selon le sexe, l'âge et le niveau d'activité, les résultats de l'ERS conduisent à une conclusion plus troublante. Les jeunes qui font face à des problèmes personnels sont beaucoup plus susceptibles que les autres de se blesser - qu'il s'agisse de blessure intentionnelle (comme une agression) ou accidentelle (comme un accident ou une chute de bicyclette). Les taux de blessures sont nettement plus élevés parmi les jeunes qui sont déprimés, ont une faible estime d'eux-mêmes ou dont un ami intime ou un parent s'est suicidé au cours de la dernière année. Ils sont aussi supérieurs parmi les jeunes ayant fait état de problèmes d'apprentissage à l'école. Finalement, les taux sont supérieurs parmi les jeunes qui déclarent consommer de l'alcool. Toutes ces choses laissent entendre que chez les jeunes, le risque de blessure est lié à une constellation plus vaste de problèmes personnels et sociaux.

Notes de fin du chapitre 20

- Kathryn Wilkins et Evelyn Park, « Blessures », Rapports sur la santé 15, 3 (mai 2004), pp. 1.
- Santé Canada, Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada: 1990-1999 (Ottawa, Ont.: Santé Canada, 1999). 2.
- 3. Michael Tjepkema, « Les blessures non mortelles chez les Autochtones », Rapports sur la
- organisation mondiale de la santé, Facts About Injuries: Preventing Global Injuries [en ligne]. Injuries and Violence Prevention section, OMS, 2001, Cité le 23 août 2005, Accessible sur le Web:
- http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/factsheets/en/index.html>
- Santé Canada, Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada: 1990-1999.
- Statistique Canada, *Indicateurs de santé* [en ligne]. 2003, cat. no. 82-221-XIE. Cité le 19 août 2005. Accessible sur le Web :
- http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005001/hlthstatus/conditions5_f.htm Tjepkema, « Les blessures non mortelles chez les Autochtones », Rapports sur la santé. Statistique Canada, Indicateurs de santé [en ligne].
- Wilkins et Park, « Blessures », Rapports sur la santé
- 10. Ibid.
- Laurence J. Kirmayer et coll., Prévention du suicide et promotion de la santé mentale chez les Premières Nations et communautés inuites, Rapport de l'Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, numéro 9 [en ligne]. (Montréal, Qué. : Université McGill, 1999, p. 14.) Cité en octobre 2005. Version anglaise accessible sur le Web: http://upload.mcgill.ca/tcpsych/Report9_Eng.pdf>.

 L. Boothroyd, Suicidal Behaviour among the Cree of James Bay: Information from the 1991
- Santé Québec Health Survey and Prevention Strategies, document préliminaire non publié, 18 août 1998.
- 13. Gordon Trueblood, Prevention of Falls and fall-related Injuries among First Nations and Inuit, document préliminaire (Ottawa, Ont., Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, 2002).
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre et coll., *Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants* (Montréal, Qué. : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001).
- Ibid.
- Andria Scanlan et coll., Sports and Recreation Injury Prevention Strategies: Systematic Review et Best Practices [en ligne]. B.C. Injury Research and Prevention Unit et coll., 2001. Cité en octobre 2005. Accessible sur le Web: http://www.injuryresearch.bc.ca/Publications/ Reports/SportSystematicReport.pdf>.
- 17. Insurance Institute for Highway Safety, Status Report [en ligne]. Mai 2001, vol. 36, no. 5, numéro spécial : « What Works et Doesn't Work to Improve Highway Safety ». Accessible sur le Web: http://www.hwysafety.org/sr/2001.html>.
- 18. Ibid.
- Anna Auer, Preventing Motor Vehicle Related Injuries: Taking a Look at What Works, document non publié préparé pour le Groupe inuit et des premières Nations de prévention des 20. blessures (Ottawa, Ont. : Santé Canada, mars 2002).
- 21.
- Fiche d'information : Transports Canada, La sécurité routière au Canada Un aperçu [en ligne]. 2004. Cité en octobre 2005. Accessible sur le http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/stats/apercu/2004/menu.htm>. Web:
- Auer, Preventing Motor Vehicle Related Injuries: Taking a Look at What Works.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre et coll., *Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants.*
- 25. Scanlan et coll., Sports and Recreation Injury Prevention Strategies: Systematic Review and Best Practices [en ligne].
- 27. Fiche d'information : Transport Canada, La sécurité routière au Canada - Un aperçu [en
- 28 Direction de la santé publique de Montréal-Centre et coll., Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants

Chapitre 21

Besoins de soins et de traitements dentaires

Résumé

Ce chapitre sur les besoins de soins de traitements dentaires des jeunes des Premières Nations au Canada (12 à 17 ans) est établi d'après les résultats de l'édition 2002-2003 de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS). Près de 79 % des répondants ont reçu des soins dentaires au cours des 12 derniers mois, un taux équivalent à celui des Canadiens en général dans cette cohorte d'âge. Environ 36,6 % des répondants ont dit avoir besoin de plombages ou d'autres travaux de reconstitution, et 42 % avaient des besoins d'entretien. Dans l'ensemble, 19,1 % des jeunes Autochtones ont senti des douleurs dentaires au cours des 30 derniers jours. La prévalence des blessures dentaires était de 3,7 % chez les 12 à 14 ans et de 4,8 % chez les 15 à 17 ans. L'ampleur de ces besoins s'expliquerait notamment par l'isolement et l'état du transfert de santé. Cependant, des liens évidents ont été constatés entre la prévalence des douleurs dentaires chez les jeunes des Premières Nations (12 à 14 ans) et certains autres facteurs, notamment : la fréquentation d'un pensionnat indien par les parents, l'évaluation par le participant de sa santé globale et de son bien-être émotionnel, le rendement scolaire, la confiance en soi et l'autodétermination, ainsi que la dépression. Toutes ces constatations confirment les effets néfastes du stress sociétal sur les besoins dentaires de la génération actuelle de jeunes des Premières Nations.

NOTE : Pour des raisons d'espace, les tableaux associés à ce chapitre ont été placés en fin de chapitre.

Introduction

Les données actuelles documentant la santé bucco-dentaire des adolescents des Premières Nations sont très limitées. Selon elles, en Amérique du Nord, la santé bucco-dentaire des jeunes Autochtones du Canada et des États-Unis est moins bonne que celle des non-Autochtones. Des enquêtes périodiques menées par le Service de santé des Indiens (SSI) fournissent de l'information sur la santé bucco-dentaire des Indiens des États-Unis ou des Autochtones de l'Alaska. Ces enquêtes portent sur la population des réserves où les services, y compris les services dentaires, sont soit fournis par l'IHS, soit sous-traités aux tribus ou à des organisations d'Indiens des États-Unis ou de l'Alaska vivant en milieu urbain. Les résultats de l'IHS révèlent des lacunes importantes en matière de besoins de soins dentaires et de qualité de vie liées aux maux de dents parmi les enfants d'âge scolaire et les adultes. 1-8 Parmi certains groupes d'Indiens des États-Unis, le diabète et des taux élevés de tabagisme et de consommation d'alcool sont prévalents et continuent de contribuer à une mauvaise santé buccodentaire.8-10

Les maladies bucco-dentaires sont également courantes parmi les jeunes Métis, Inuit et des Premières Nations au Canada. Quantité de besoins de soins dentaires restent chaque année insatisfaits. On estime que 95 à 100 pour cent des jeunes autochtones auront une carie avant l'âge de 17 ans. L'indice du nombre moyen de dents permanentes cariées, extraites par suite d'une carie et obturées, exprime la gravité des maladies bucco-dentaires : il est de 4,1 à 8,5 chez les enfants des Premières nations de 12 à 15 ans¹¹⁻¹⁵ et de 7,8 chez les Inuit de 15 à 22 ans du Nord du Labrador¹⁶. On devrait aussi noter que les enquêtes régionales antérieures à 1988 sur la santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes autochtones au Canada faisaient état de taux de caries dentaires variables, mais dans l'ensemble plus élevés, que les études postérieures. 17-26 La baisse est loin d'être frappante, mais en même temps, les taux des maladies bucco-dentaires, en particulier des caries, demeurent disproportionnellement plus élevés chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. Ces taux élevés persistent malgré le programme des soins de santé non assurés (SSNA) de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI) de Santé Canada, qui rembourse une liste complète de services de soins préventifs et de traitements dentaires, y compris d'orthodontie. Représentant au total 134,5 M\$ en 2003-2004, les dépenses en prestations pour soins dentaires sont les troisièmes en importance pour les SSNA, suivies par les transports et les produits pharmaceutiques.²⁷ Les statistiques concernant le recours aux prestations de soins dentaires montrent qu'en 2003-2004, seulement 35 % des 750 000 personnes inuit et des Premières

Nations inscrites ont été indemnisées par le programme des SSNA pour au moins une intervention aux dents. Environ un quart des requérants étaient âgés de 10 à 19 ans. S'élevant à 42,8 M\$ en 2003-2004, les dépenses relatives aux services de restauration (plombages, couronnes, etc.) sont les plus élevées de toutes les sous-catégories dentaires.²⁷

Le programme des SSNA a éliminé certains obstacles financiers aux traitements dentaires, mais les raisons de la sous-utilisation des indemnisations de soins dentaires parmi les Premières Nations et les Inuit du Canada sont complexes et découlent en partie de facteurs sociaux qui entravent leur accès à ces soins. À partir des données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) menée en 2002-2003, ce chapitre compare les caractéristiques des adolescents des Premières Nations ayant déclaré avoir reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente et celles de ceux qui n'en ont pas reçu. Les données sur l'accès aux soins dentaires sont certes importantes, mais il est aussi essentiel de documenter le niveau de soins dentaires nécessaires et non satisfaits. Ce chapitre analyse donc aussi les résultats de l'ERS qui portent sur les types de traitement ou de pratiques dentaires dont les adolescents des Premières Nations croient avoir besoin, et la prévalence du mal de dents et des blessures dentaires dans ce groupe. Au sein des groupes socioéconomiques inférieurs, le mal de dents est toujours associé à des caries non traitées, surtout à cause de l'accès réduit aux soins de ce secteur de la population.²⁸ Cependant, les raisons de la haute prévalence de blessures physiques, y compris de blessures dentaires, chez les jeunes des Premières Nations et Inuit sont plus difficiles à déterminer.²⁹

Méthodes d'interprétation

Les données utilisées ont été recueillies en 2002-2003 auprès de 4 983 adolescents de 12 à 17 ans dans le cadre de la deuxième Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit à l'échelle du Canada (ERS). L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit précédente (ERSPNI) avait été effectuée en 1996-1997 et comprenait des questions relatives aux services de santé et aux soins dentaires. Certaines données concernant les enfants et les adolescents proviennent de l'ERSPNI, mais les questions sur les soins dentaires qui présentent un intérêt particulier dans ce chapitre ont été posées aux adultes seulement (c'est-à-dire aux personnes de 18 ans et plus). 30 Ce chapitre compare les données de l'ERS relatives aux consultations/visites chez le dentiste selon l'âge, à celles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 (ESCC; n = 3316567)³¹ et à celles de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996/97 (ENSP; n $= 2284).^{32}$

Les questions sur les soins dentaires interrogent les adolescents sur les derniers soins dentaires qu'ils ont reçus, le type de traitement dont ils croient avoir besoin et leur demande s'ils ont eu des problèmes dentaires ou mal aux

dents au cours du dernier mois. L'une des variables dépendantes choisies pour l'analyse était une blessure dentaire survenue au cours des 12 derniers mois et qui a exigé l'attention d'un professionnel de la santé. Parmi les variables indépendantes, mentionnons certains déterminants de la santé, comme les caractéristiques individuelles (par exemple, le sexe et l'éducation), les facteurs du style de vie (par exemple, le tabagisme et la consommation d'alcool) et les déterminants écologiques (par exemple, l'isolement géographique et l'état du transfert des responsabilités en matière de santé de la communauté de résidence des répondants). D'autres questions ont été sélectionnées à titre de mesures indépendantes, y compris la dernière fois où les répondants ont consulté un guérisseur traditionnel, les autoévaluations de l'état de santé général et du bien-être émotionnel et social, les occurrences de pensées suicidaires, les tentatives de suicide et la fréquentation des pensionnats indiens par les parents et/ou grands-parents.

L'analyse et le processus d'interprétation des données sont fondés sur le cadre culturel de l'ERS qui considère la santé et le bien-être des Premières Nations dans leur sens le plus large, à savoir « la santé totale de la personne totale dans son environnement total ». Compte tenu de cette définition holistique de la santé, les besoins en soins et en traitements dentaires des adolescents des Premières Nations sont présentés dans la perspective des Premières Nations, c'est-à-dire en lien avec leur santé globale. Cette vision aspire à ce que les gens soient exempts de maladie tout en considérant le contexte élargi de la communauté, y compris la prestation d'une variété de services de santé à tous les membres de la communauté. Vue dans cette perspective, la santé buccodentaire est une composante intégrale de la santé et du bien-être en général.

Résultats

Utilisation des soins dentaires

Le « temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste » ou le « temps écoulé depuis les derniers soins dentaires » sont des mesures standard pour documenter les modèles d'accès aux soins dentaires. Dans l'ERS 2002-2003, les choix de réponse à cette question sont :

- moins de 6 mois
- entre 6 mois et 1 an
- entre 1 et 2 ans
- entre 2 et 5 ans
- plus de 5 ans
- jamais

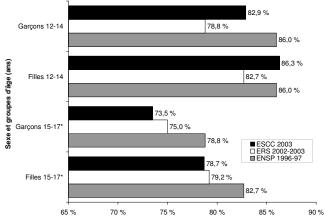
Les réponses correspondantes pondérées en fonction de la population sont : 48,9 %, i 29,7 %, 12,4 %, 5,8 %, 1,3 %, et 1,8 %. Ces résultats indiquent que près de 79 % des adolescents des Premières Nations ont reçu une certaine

ⁱ Pour simplifier le texte, nous n'indiquons les intervalles de confiance des estimations d'ensemble sur les jeunes que si le coefficient de variation est plus grand que 33,3 %.

forme de soins dentaires dans la dernière année. Lorsqu'on compare les résultats de l'ERS 2002-2003 à ceux de l'ESCC 2003, il est évident que le nombre d'adolescents des Premières Nations ayant reçu des soins dentaires dans l'année précédente va de pair avec ceux des 12 à 17 ans dans la population canadienne en général (figure 1). Le pourcentage de garçons de 15 à 17 ans s'étant rendu chez le dentiste dans l'année précédente est plus élevé dans l'ENSP 1996/97 que dans l'ERS 2002-2003ⁱⁱ et le ESCC 2003.

La réception de soins dentaires selon le groupe d'âge et par rapport à des caractéristiques sélectionnées des répondants est présentée dans le tableau 1. Parmi les jeunes de 15 à 17 ans, ceux dont un parent ou plus a fréquenté un pensionnat indien sont plus susceptibles d'avoir reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente que ceux dont aucun parent n'a fréquenté un pensionnat indien. Les jeunes de 15 à 17 ans qui ont consulté un guérisseur traditionnel au cours des 12 derniers mois sont plus susceptibles d'avoir reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente que ceux qui n'en ont jamais consulté. Plus encore, les adolescents plus âgés qui se disent en très bonne ou en excellente santé sont plus susceptibles d'avoir reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente que ceux qui se disent simplement en bonne santé.

Figure 1. Proportion des adolescents ayant reçu des soins dentaires au cours de l'année passée selon le sexe, l'âge et l'enquête sur la santé



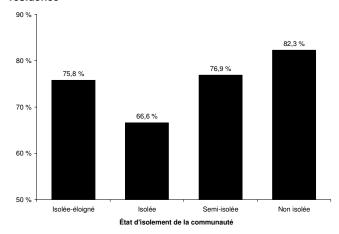
(*12 à 19 ans dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003)

Les soins dentaires varient aussi selon le degré d'isolement de la communauté de résidence des adolescents. Les jeunes vivant dans des communautés des Premières Nations isolées sont beaucoup moins susceptibles que ceux qui vivent dans des communautés non isolées de dire avoir reçu des soins dentaires au cours de l'année précédant l'enquête (figure 2). Le degré d'isolement de la communauté des adolescents (facteur d'éloignement) est fondé sur les données fournies en 2002 par la DGSPNI (Santé Canada) et sur sa classification

ii Les comparaisons entre groupes indiquées dans le présent chapitre sont statistiquement significatives sauf là où la mention « NS » (non significatif) apparaît. Pour ce chapitre, on jugera qu'une différence est significative si les intervalles de confiance à 95 % avec correction de Bonferroni ne se chevauchent pas.

de l'isolement des communautés (isolée-éloignée = aucun vol régulier; isolée = vols réguliers, bon service téléphonique, aucun accès routier; semi-isolée = accès routier, mais à plus de 90 km des services d'un médecin; non isolée = accès routier et à moins de 90 km des services d'un médecin).

Figure 2. Proportion des adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans ayant reçu des soins dentaires dans la dernière année selon l'isolement de la communauté de résidence

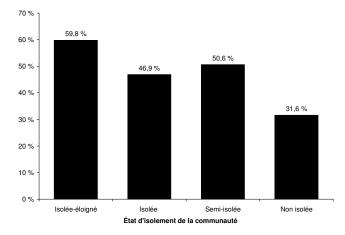


Besoins en matière de traitement dentaire

Le « temps écoulé depuis les derniers soins dentaires » est un indicateur utile de l'inégalité de l'accès aux soins. Néanmoins, sa valeur est limitée s'il n'est pas assorti d'information sur les types de traitements ou de pratiques dentaires reçus lors de la visite chez un fournisseur de soins dentaires. On a aussi demandé aux adolescents des Premières Nations ayant besoin de traitement dentaire de préciser les types de soins dont ils ont besoin. Les résultats inscrits au tableau 2 révèlent que les traitements les plus communément nécessités sont l'entretien (examen ou nettoyage des dents) et les plombages ou les autres travaux de restauration, comme les couronnes et les ponts. Ils sont suivis des traitements au fluor et des extractions. Relativement peu de jeunes mentionnent les traitements parodontaux (gencives).

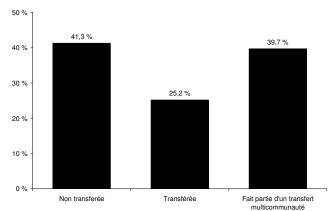
Les maladies bucco-dentaires étant fréquentes au sein des populations autochtones et n'étant pas nécessairement résolues avec le temps faute d'intervention, le « besoin de plombages ou d'autres travaux de restauration » a servi d'indicateur des besoins de traitement dentaire non satisfaits. Comme prévu, ceux qui vivent dans des communautés non isolées sont aussi beaucoup plus susceptibles d'être traités pour leurs caries par un professionnel des soins dentaires que ceux vivant dans des communautés isolées (Figure 3).

Figure 3. Besoin de plombages ou d'autres travaux de restauration chez les adolescents des Premières Nations âgés de 12 à 17 ans selon l'isolement de la communauté de résidence



On a également découvert une relation significative entre l'état du transfert de la communauté et les taux de plombages. Les adolescents vivant dans des communautés engagées dans le processus de transfert des responsabilités en santé sont moins susceptibles d'être traités pour leurs caries que ceux vivant dans les communautés qui ne sont pas engagées dans un accord de transfert ou qui font partie d'un accord multicommunautaire (figure 4). Le processus de « transfert des responsabilités en santé » a commencé en 1989 dans le contexte de l'autodétermination et du développement social des Autochtones.³⁴ À cette époque, en effet, certains programmes et services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuit par les services médicaux de Santé et Bien-être social Canada (aujourd'hui Santé Canada) sont passés sous la responsabilité des Premières Nations et des Inuit. Les renseignements concernant l'état du transfert de responsabilités en santé de la communauté de résidence des répondants provenaient des données d'août 2002 de la DGSPNI (Santé Canada). Selon la classification de la DGSPNI, une communauté désignée comme « non transférée » est une communauté qui ne fait pas partie d'un accord de transfert des responsabilités en matière de santé; une « communauté transférée » est une communauté qui assume la responsabilité par l'entremise d'un « transfert des responsabilités en matière de santé » pour les services primaires et/ou secondaires et/ou tertiaires; et un « transfert multicommunautaire » est celui d'une communauté qui participe à un « accord multicommunautaire » de transfert pour les services primaires et/ou secondaires et/ou tertiaires.

Figure 4. Besoin de plombages ou d'autres travaux de restauration chez les adolescents des Premières Nations de 12 à 17 ans selon l'état du transfert des responsabilités en santé de la communauté de résidence



État du transfert des responsabilités en santé de la communauté

Mal de dent

On a demandé aux répondants s'ils avaient eu des problèmes dentaires ou mal aux dents au cours du dernier mois. La douleur aux dents provient en grande partie de caries profondes et non traitées qui atteignent la pulpe dentaire et peuvent aboutir à des symptômes de douleur aiguë. Un mal de dents aigu peut handicaper, avoir un impact sur l'alimentation, le sommeil et les autres aspects de la vie quotidienne. Des études ont démontré que le mal de dents se manifeste plus fréquemment parmi les populations dont l'accès aux soins est réduit, comme les enfants des groupes socioéconomiques inférieurs ou vivants dans la pauvreté. 28, 35 Dans l'ERS, un pourcentage relativement appréciable de l'échantillon total de jeunes a connu un épisode récent de mal de dents (19,1 %). Le tableau 3 présente les caractéristiques des adolescents des Premières Nations qui ont eu des problèmes dentaires ou un mal de dents au cours du mois précédant l'enquête. La fréquence du mal de dents était légèrement plus élevée chez les filles. Les 12 à 14 ans dont les parents ont fréquenté un pensionnat indien présentent des taux plus élevés de mal de dents que ceux dont les parents n'ont pas fréquenté de pensionnat indien. Parmi les 15 à 17 ans, les jeunes qui se disent en excellente (15,5 %) ou en très bonne (19,4 %) santé sont moins portés que ceux qui se disent en mauvaise santé (58,8 %) de déclarer avoir mal aux dents ou des problèmes de dents. On a de plus découvert des liens significatifs avec le tabagisme, le piètre rendement scolaire et le niveau d'estime de soi et d'autodétermination du répondant, son bien-être émotionnel et la dépression.

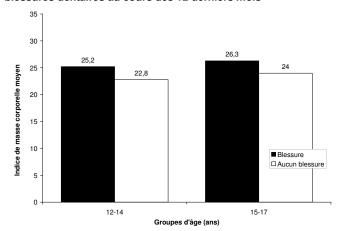
Blessures dentaires

Il y a des liens probables entre les blessures dentaires, la masse corporelle et le régime alimentaire. Pour les étudier et pour déterminer la prévalence des blessures dentaires au sein de la population des Premières Nations, nous avons analysé la question portant sur les blessures dentaires de l'ERS par rapport au groupe d'âge à la cause de la blessure. La

prévalence des blessures dentaires est de 3,7 %, pour les 12 à 14 ans, et de 4,8 %, pour les 15 à 17 ans. Cette prévalence est comparable à celle de types de blessures traumatiques plus graves déclarés par des enfants de 8^e année en Ontario.³⁶

Le régime alimentaire non traditionnel et le manque d'activité physique provoquent aussi une hausse des taux de diabète de type 2 et d'obésité chez les enfants et les adolescents autochtones. On a suggéré que les écoliers qui pratiquent fréquemment des sports et des jeux vifs sont moins obèses, plus agiles et sont moins susceptibles, pour cette raison, de se blesser lorsqu'ils tombent en jouant ou en faisant du sport. ^{37,38} La relation entre l'obésité et les blessures dentaires traumatiques est évaluée par comparaison entre l'indice de masse corporelle (IMC) moyen des jeunes s'étant blessés aux dents à celui des jeunes qui n'ont pas de blessures dentaires (figure 5). Les résultats confirment l'hypothèse que l'IMC moyen est supérieur parmi les jeunes qui disent aussi avoir subi récemment un traumatisme aux dents. Cela n'est évident que chez les jeunes de 12 à 14 ans.

Figure 5. Indice de masse corporelle (IMC) moyen des adolescents des Premières Nations selon le groupe d'âge et les blessures dentaires au cours des 12 derniers mois



Conclusions

L'enquête indique que la réception de soins dentaires est somme toute élevée parmi les adolescents des Premières Nations et qu'elle est comparable au taux national pour les adolescents canadiens. Néanmoins, les résultats attirent aussi l'attention sur un profil de soins dentaires qui demeure épisodique et symptomatique, les soins étant dispensés en cas d'urgence plutôt que pour des raisons de prévention. Cette affirmation est étayée par les résultats de l'ERS sur les traitements dentaires dont les adolescents ont besoin. Les questions concernant le besoin de plombages, d'entretien et d'extractions fournissent un aperçu valable des différences dans les modèles de traitement reçus. Parmi les répondants ayant besoin de traitements dentaires, la majorité dit avoir besoin de travaux de restauration et/ou d'entretien, une minorité affirmant avoir besoin d'extractions. Quelque 19,1 % des répondants disent avoir mal aux dents, ce qui est un indicateur du besoin urgent de soins et de perte éventuelle de dents. Ces résultats correspondent à ceux d'une autre recherche qui laissent entendre que la perte de dent partielle ou complète reste un problème substantiel chez les patients autochtones adultes tant au Canada qu'aux É.-U.³⁹⁻⁴³ La paradontopathie devient le principal indicateur pour l'extraction de dents chez les plus âgés du groupe, mais chez les jeunes, des interventions plus rapides à l'étape des symptômes, comme le mal de dents, pourraient réduire la fréquence des complications au moment où ils atteignent l'âge adulte.

L'introduction du programme des SSNA de Santé Canada à la fin des années 1980 a provoqué des changements dans les profils de traitement. Tôt après l'institution de ce programme, on a immédiatement assisté à une augmentation des plombages et des traitements de denturologie. 44,45 Depuis ce temps, le taux de pratiques chirurgicales est resté élevé, les mesures préventives formant une proportion inférieure de l'ensemble des soins offerts en vertu du programme. Cela peut, en partie, être attribuable au mandat du programme, qui était axé sur les travaux de restauration. De plus, une pénurie de main-d'œuvre dans le Nord canadien a fait en sorte que dans les secteurs éloignés et sous-desservis sous la responsabilité de la Direction des services médicaux du gouvernement fédéral, les thérapeutes dentaires ont dû effectuer des extractions, des restaurations et des pratiques préventives. 46-48 Des données récentes provenant de la base de données du programme des SSNA sur les dépenses en soins dentaires suivant la formule de rémunération à l'acte, par type de service, indiquent que les profils de traitements commencent à s'éloigner de l'extraction pour se diriger de plus en plus vers les travaux de restauration, mais les soins préventifs en matière de santé bucco-dentaire continuent de constituer une fraction plus petite de l'ensemble des soins fournis à la population autochtone.²⁷

Il faut noter que la prestation des services dentaires aux communautés isolées demeure une entreprise difficile. 49,50 De nombreuses variables ont un impact sur l'efficacité des programmes de soins dentaires dans les communautés autochtones du Nord, entre autres la difficulté de trouver le nombre adéquat de dentistes et d'hygiénistes dentaires pour travailler dans des endroits éloignés, ce qui est un problème permanent, ainsi que la logistique des déplacements et du logement pour les intervenants en santé et les difficultés de faire en sorte que les patients se rendent chez le dentiste au moment où les intervenants sont dans le secteur. Les résultats de l'ERS montrent un lien entre l'« isolement », le « manque de soins dentaires dans l'année précédente » et le besoin de plombages chez les jeunes. Même pour les enfants qui ne sont pas des Premières Nations, l'éloignement et l'isolement peuvent être reliés au manque d'accès aux soins. Par exemple, les besoins en santé bucco-dentaire et en traitements des enfants de Thunder Bay, une communauté du Nord de l'Ontario, sont significativement plus grands que ceux des communautés situées dans la partie sud de cette

province.⁵¹ Ces différences selon la situation géographique persistent après vérification de l'âge des enfants dans les secteurs étudiés.

Le degré d'isolement d'une communauté autochtone peut aussi influencer les habitudes alimentaires, en particulier celles des adolescents qui font souvent des choix peu nutritifs. En raison du prix élevé du transport, le coût des aliments commercialisés reste élevé dans les communautés nordiques (la nourriture est souvent transportée par avion). Cela signifie aussi que la variété et la disponibilité d'aliments nutritifs peuvent souvent être limitées, rendant les jeunes encore plus susceptibles de manger des quantités malsaines de grignotines et de boissons gazeuses. En fait, la consommation de boissons gazeuses reste l'un des principaux facteurs de risque de carie dentaire chez les enfants vivant dans les communautés des Premières Nations. Les choix alimentaires des enfants sont très susceptibles d'influencer leurs choix d'adolescents.⁵²

Le degré d'isolement et d'éloignement, qui a un impact sur l'accessibilité aux soins de santé et sur la disponibilité et le coût des aliments, n'est qu'un des nombreux facteurs de risque des maladies systémiques et bucco-dentaires au sein de cette population.

On a aussi découvert des associations intéressantes entre le mal de dents, le bien-être personnel et la santé mentale des adolescents, ainsi qu'entre les blessures dentaires et l'IMC (parmi les 12 à 14 ans seulement). Nous ne présentons pas ici l'examen approfondi de ces liens. Mentionnons seulement que ces résultats ne sont pas étonnants puisque la preuve est faite que la santé en général et la santé bucco-dentaire en particulier sont les produits de multiples niveaux d'influence pouvant comprendre notamment la génétique, comportements individuels et l'environnement social. Toute combinaison de ces facteurs peut souvent entraîner une mauvaise santé systémique et bucco-dentaire, laquelle en retour a un impact négatif sur la qualité de vie. Malheureusement, les problèmes de violence, de suicide et d'abus d'alcool, de solvants et de drogues persistent et continuent de représenter des défis d'avenir en matière de santé pour les communautés des Premières Nations. Tandis que ces problèmes tendent à dominer dans les grands titres, des niveaux décroissants d'activité physique et des niveaux croissants d'obésité influencent aussi la santé des jeunes Autochtones.

Sur une note plus positive, mentionnons, dans un effort pour réduire les hauts niveaux de maladies bucco-dentaires chez les enfants et les adolescents autochtones au Canada et aux É.-U., la mise en place de quelques nouveaux programmes de prévention en santé bucco-dentaire. Tandis que ces programmes semblent avoir déjà ramené le niveau de carie dentaire à des proportions plus faciles à gérer, on tente de réduire les inégalités de santé bucco-dentaire en ayant recours à des approches, comme la fluoration de l'eau, pour prévenir les maladies au niveau de la population. Dans

certains secteurs du pays, le personnel clinique des soins dentaires a été réorienté de façon à consacrer plus du temps disponible pour les soins à des services de prévention primaires. D'ici à ce que des perspectives holistiques influant sur la santé et le bien-être (dont certaines ont été mentionnées ci-dessus) soient plus articulées, il faudra peut-être du temps avant que la santé bucco-dentaire soit reconnue comme une priorité de santé importante pour les jeunes des Premières Nations.

Notes de fin - chapitre 21

- William J. Niendorff et Candace M. Jones, Numéro spécial 2000, Prevalence and severity of dental caries among American Indians and Alaska Natives, Journal of Public Health Dentistry,
- Eric B. Broderick et William J. Niendorff, Numéro spécial 2000, Estimating dental treatment needs among American Indians and Alaska Natives, Journal of Public Health Dentistry, 60, 1:
- Charles W. Grim et coll., automne 1994, A comparison of dental caries experience in Native American and Caucasian Children in Oklahoma, Journal of Public Health Dentistry, 54, 4:
- Joanna Jenny et coll., 1991, Differences in need for orthodontic treatment between Native Americans and the general population based on DAI scores, Journal of Public Health Dentistry, 51, 4: 234-238.
- C. M. Schlife et D. B. Jones, 1991, The oral health status of the Inuit people of the North Slope of Alaska, Arctic Medical Research, supplément : 664-665
- Anonyme, 5 juillet 1985, Dental caries in American Indian and Alaskan native children, Morbidity & Mortality Weekly Report, 34, 26: 400-401.
- Meei-shia Chen, 2002, Oral health status and its inequality among education groups comparing seven international study sites, International Journal of Health Services, 32. 1: 139-
- Scott M. Presson, William J. Niendorff et R. Frank Martin, Numéro spécial 2000, Tooth loss and need for extractions in American Indian and Alaska Native dental patients, Journal of Public Health Dentistry, 60, 1:267-272.
- Fred B. Skrepcinski et William J. Niendorff, Numéro spécial 2000, Periodontal disease in American Indians and Alaska Natives, Journal of Public Health Dentistry, 60, 1 : 261-266.
- R. G. Nelson et coll., août 1990, Periodontal disease and NIDDM in Pima Indians, Diabetes 10. Care, 13, 8: 836-840.
- Sabrina Peressini et coll., « Prevalence of dental caries among 7- and 13-year-old First Nations children, District of Manitoulin, Ontario », Journal de l'Association dentaire canadienne [en ligne]. Juin 2004, vol. 70, no. 6, p. 382. Disponible sur le Web: .
- Saskatchewan Indian Federated College, Report on the 1996-7 Oral Health Survey of Canada's Aboriginal Children Aged 6 and 12 (Prince Albert, Sask.: National School of Dental Therapy avec la collaboration du College of Dentistry et du College of Medicine de l'Université de Saskatchewan, Department of Community Health et Epidemiology, 1998).
- James L. Leake, éd., Oral Health Survey of Cannada's Aboriginal Children Aged 6 and 12, 1990-91 (Toronto, Ont.: Department of Community Dentistry, Université de Toronto et National School of Dental Therapy, 1992).
- Rosamund L. Harrison et Don W. Davis, avril 1993, Caries experience of Native Children of 14 British Columbia, Canada, 1980-1988, Community Dentistry & Oral Epidemiology, 21, 2;
- Bonnie J. Trodden, 1991, Enquête sur les soins dentaires du Conseil tribal des Cris Swampy, 15. Probe, 25, 2:68-72.
- Mark P. Zammit et coll., été 1994, The prevalence and patterns of dental caries in Labrador Inuit youth, Journal of Public Health Dentistry, 54, 3: 132-138.
- P. F. Gagnon et coll., 1991, Dental caries indices and treatment levels in a young Canadian Inuit population, Arctic Medical Research, supplément : 681-682. David Klooz, 1988, Dental health status of native children on selected Saskatchewan Reserves, 18.
- Canadian Journal of Community Dentistry, 3, 1: 32-39. L. MacDonald et R. MacMillan, 1988, Dental caries experience of Inuit Children in the 19
- Keewatin region, Northwest Territories, 1983/84, Arctic Medical Research, 47, 1: 557-561. 20
- James J. Messer, 1988, An overview of dental care delivery and dental health in Northern Newfoundland and Labrador, Canadian Journal of Community Dentistry, 3, 1: 45-53. LeRoy Shaw, D. Christopher Clark et N. P. Edger, mars 1987, The oral health status of Cree
- Children living in Chisasibi, Quebec, Journal de l'Association dentaire canadienne, 53, 3: 22. Keith C. Titley et Dennis H. Bedard, novembre 1986, An evaluation of a dental care program
- for Indian Children in the community of Sandy Lake: Sioux Lookout Zone, 1973-1983, Journal de l'Association dentaire canadienne, 52, 11 : 923-928.
- John T. Mayhall, novembre-décembre 1975, Canadian Inuit caries experience, 1969-1973, Journal of Dental Research, 54, 6 : 1245. 23
- 24. Gordon S. Myers et Melvin Lee, mars-avril 1974, Comparison of oral health in four Canadian Indian communities, Journal of Dental Research, 53, 2:385-392.

 J. A. Hargreaves et K.C. Titley, octobre 1973, The dental health of Indian Children in the
- Sioux Lookout Zone of Northwestern Ontario, Journal de l'Association dentaire canadienne, 39, 10 : 709-714.
- C. W. B. McPhail et coll., 1972, The geographic pathology of dental disease in Canadian central arctic populations, Journal de l'Association dentaire canadienne, 38, 8 : 288-296.
- Santé Canada, Division de l'analyse et de la planification des programmes de la Direction des services de santé non assurés, Rapport annuel du programme des services de santé non assurés report 2003-2004 [en ligne]. Disponible sur le Web: http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/nihb/annualreport/annualreport/2003_2004.pdf

- Gary D. Slade, décembre 2001, Epidemiology of dental pain and dental caries among children and youth, Community Dental Health, 18, 4: 219-227.
- 29. T. K. Young, M. E. Moffatt et J. D. O'Neill, 1992, An epidemiological perspective of injuries in the Northwest Territories, Arctic Medical Research, 51, 7: 27-36.
- Fred Wien et Lynn McIntrye, « Health and Dental services for Aboriginal People », Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit [en ligne]. [Ottawa, Ont.] : Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999 (en anglais seulement), pp. 219-245. Disponible sur le Web:
- directeur national de l'Enquête régionaie sui le l'enquête seulement), pp. 219-245. Disponible sui le l'http://www.naho.ca/firstnations/english/pdf/key_docs_l.pdf>.

 Wayne J. Millar, « Visites chez le dentiste », Rapports sur la santé 16, 1 (octobre 2004), pp. 41-44. Voir aussi les tableaux détaillés pour l'ESCC à partir de la base de données CANSIM.

 Web: < http://cansim2.statcan.ca/cgi-late-CII&CORCMD=GETEXT&CORTYP=1&CO RRELTYP=4&CORID=3226 >.
- Santé Canada, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, « Visites Sante Canada, statistique Canada et i Institut Canadieri d'information sur la santé, « Visites chez le dentiste », Rapport statistique sur la santé de la population canadienne [en ligne]. [Charlottetown, I.-P.-É.]: Santé Canada, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, 1999, pp. 103-105. Disponible sur le Web: http://www.statcan.ca:8096/bsole/francais/bsole/eatno=82-570-X&CHROPG=1 >. Jim Dumont, Cadre culturel de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières
- Nations (ERS) 2002-03 Cultural Framework (Ottawa, Ont.: Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations, février 2005).
- Carlos R. Quinonez, 2004, A political economy of oral health services in Nunavut, International Journal of Circumpolar Health, 63, 2: 324-329.
- Clemencia M. Vargas et coll., hiver 2005, Dental pain in Maryland school children, Journal of Public Health Dentistry, 65, 1 : 3-6. David Locker, janvier-février 2005, Prevalence of traumatic dental injury in grade 8 children
- in six Ontario communities, Revue canadienne de Santé Publique / Canadian Journal of Public Health, 96, 1:73-76,
- Ronald C. Plotnikoff, Kim Bercovitz et Constantinos A. Loucaides, novembre-décembre 2004, Physical activity, smoking, and obesity among Canadian school youth: Comparison between urban and rural schools, Revue canadienne de Santé Publique / Canadian Journal of Public Health, 95, 6: 413-418.
- S. Petti, G. Cairella et G. Tarsitani, décembre 1997, Childhood obesity; a risk factor for traumatic injuries to anterior teeth, Endodontics & Dental Traumatology, 13, 6: 285-288.
- Douglas Galan, Olva Odlum et Michel Brecx, février 1993, Oral health status of a group of elderly Canadian Inuit (Eskimo), Community Dentistry & Oral Epidemiology, 21, 1:53-56. 39.
- Douglas Galan, et coll., juillet 1993, Medical and dental status of a culture in transition, the
- case of the Inuit elderly of Canada, Gerodontology, 10, 1: 44-50. Elizabeth Rea et coll., février 1993, Adult dental health in the Keewatin, Journal de l'Association dentaire canadienne, 59, 2 : 117-118, 122-125.
- Presson, Niendorff et Martin, Tooth loss and need for extractions in American Indian and 42. Alaska Native dental patients
- 43 Skrepcinski et Niendorff, Periodontal disease in American Indians and Alaska Natives, Journal of Public Health Dentistry.
- James G. Messer, 1991, The effect of non-insured health benefits on dental treatment provided in four coastal Labrador communities by salaried dentists. Arctic Medical Research, supplément: 662-663.
- Mark P. Zammit, janvier 1993, Patterns of patient attendance and dental service utilization in northern Labrador 1985-1989, Arctic Medical Research, 52, 1:5-12.
- P. T. McDermott, J. T. Mayhall et J. L. Leake, 1991, Dental therapists and the delivery of dental care in Canada's Northwest Territories, Arctic Medical Research, supplément : 668-671.
- K.W. Davey, 1988, Primary dental care in Canadian Arctic communities, Arctic Medical Research, 47, 1:562-563. 48
- W. R. Bedford et K.W. Davey, février 1993, Indian and Inuit dental care in Canada: the past, the present, and the future, Journal de l'Association dentaire canadienne, 59, 2 : 126, 130-132.
- 49. Mark Zammit, 1991, Frustrations in delivering a dental service to the north coast of Labrador, Arctic Medical Research, supplément : 672-674.
- K. C. Titley, juillet, 1977, Dentistry and the Indians of Ontario, Ontario Dentist, 54, 7: 14-27.
- David Locker et coll., printemps 2004, Identifying children with dental care needs: evaluation of a targeted school-based dental screening program, Journal of Public Health Dentistry, 64, 2:
- Herenia P. Lawrence et coll., Effects of a Community-based Prenatal Nutrition Program on the Oral Health of Aboriginal Preschool Children in Northern Ontario, Probe [en ligne]. Juilletaoût 2004, vol. 38, no. 4, pp. 172-182, 184-186, 188, 190. Disponible sur le Web: http://www.caphd-acsdp.org/autochtones%20Preschool.pdf>.
- Rosamund Harrison, mai 2003, Oral health promotion for high-risk children: case studies from British Columbia, Journal de l'Association dentaire canadienne, 69, 5 : 292-296.
- Lawrence et coll., Effects of a community-based prenatal nutrition program on the oral health of Aboriginal preschool children in Northern Ontario, Probe.
- Dolores M. Malvitz et Eric B. Broderick, 1989, Assessment of a dental disease prevention program after three years, Journal of Public Health Dentistry, 49, 1 : 54-58.

 David A. Nash, hiver 2005, Developing and deploying a new member of the dental team: a
- pediatric oral health therapist, Journal of Public Health Dentistry, 65, 1:48-55

Tableau 1. Proportion d'adolescents des Premières Nations ayant obtenu des soins dentaires au

cours de l'année précédente, par groupes d'âge et critères choisis

	12-14 ans			15-17 ans		
Critères	Total n	Soins dentaires <i>n</i>	Pondéré %	Total n	Soins dentaires <i>n</i>	Pondéré %
Ensemble	2 087	1 706	80,7	2 490	1 910	77,0
Sexe						
Masculin	1 006	800	78,8	1 229	911	75,0
Féminin	1 081	906	82,7 (NS)	1 261	999	79,2 (NS)
Père ou mère a fréquenté un pensionnat indien						
Oui	545	446	79,5	778	615	83,2
Non	1 268	1 048	81,5 (NS)	1 352	1 017	75,2
Dernière visite à un guérisseur traditionnel						
Dans les 12 derniers mois	180	155	88,4 (NS)	287	243	87,9
Entre 1 et 2 ans	94	81	83,6 (NS	139	114	86,2 (NS)
Plus de 2 ans	74	53	69,2 (NS	118	88	81,2 (NS)
Ne se rappellent pas	188	156	82,9 (NS	248	195	67,6
Jamais	1 385	1 117	79,3 (NS	1 515	1 134	75,1
État de santé général rapporté						
Excellent	587	491	86,0	466	383	82,6
Très bon	728	600	80,3 (NS	857	661	83,2 (NS
Bon	591	464	77,6 (NS	859	637	70,2
Passable	130	107	73,3 (NS	234	175	75,5 (NS
Médiocre	14	12	82,7 (NS	39	24	62,6 (NS
Niveau le plus élevé d'éducation que le(la) participant(e) voudrait atteindre						
Diplôme d'études secondaires	476	362	71,3	617	435	68,9
Collège/CEGEP (au Québec)	210	117	82,8 (NS	288	235	84,5
École de commerce/technique ou professionnelle	91	77	85,5 (NS	149	104	69,3 (NS
Diplôme universitaire	697	586	83,0 (NS	751	605	79,5 (NS
Maîtrise	242	202	88,8	285	235	81,7 (NS
Doctorat	123	107	92,3	129	113	92,3

Source des données : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003; Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations - Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations de l'Organisation nationale de la santé des Autochtones.

Tableau 2. Types de traitement dentaire nécessaires parmi les adolescents des Premières Nations par groupes d'âge et sexe

Traitements dentaires nécessaires	Total	Masc. 12-14	Masc. 15-17	Fém. 12-14	Fém. 15-17
necessanes	(n=4,515)	(n=981)	(n=1,201)	(n=1,089	(n=1,244)
Obturation ou autre travaux de restauration	36,6 %	31,7 %	32,5 %(NS)	38,6 %	43,7 % (NS)
Entretien	42,0 %	37,0 %	42,0 % (NS)	41,7 %	46,6 % (NS)
Extraction	6,1 %	3,9 %	8,2 % (NS)	4,5 %	7,2 % (NS)
Traitement au fluorure	12,9 %	12,6 %	9,2 %(NS)	17,7 %	13,5 % (NS)
Traitement périodontique	1,4 %	0,3 %	2,2 % (NS)	0,9 %	1,7 %(NS)

Source des données : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003; Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations — Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations de l'Organisation nationale de la santé des Autochtones.

Tableau 3. Proportion d'adolescents des Premières Nations qui ont éprouvé des problèmes dentaires ou des douleurs au cours du mois précédent par groupes d'âge et critères choisis

	12-14 ans			15-17 ans		
Critères	Total	Douleurs	Pondéré	Total	Douleurs	Pondéré
	n	n	%	n	n	%
Ensemble	2 210	395	19,0	2 588	486	19,2
Sexe						
Masculin	1 060	156	17,1	1 284	205	15,8
Féminin	1 150	239	21,1 (NS)	1 304	281	22,8 (NS)
Père ou mère a fréquenté un pensionnat indien						
Oui	565	130	26,6	779	161	19,4
Non	1 340	200	15,4	1 410	255	20,7 (NS)
Un ou des grands-parents ont fréquenté un pensionnat indien						
Oui	880	190	21,3	1 112	227	21,9
Non	692	91	15,4 (NS)	642	108	17,2 (NS)
État de santé général rapporté						
Excellent	617	104	19,6	480	76	15,5
Très bon	767	121	17,6 (NS)	912	148	19,4(NS)
Bon	630	113	18,9 (NS)	882	175	17,4(NS)
Passable	138	37	21,9 (NS)	240	63	21,9(NS)
Médiocre	14	4	-	40	16	-
Fumeur / Non fumeur						
Non fumeur	1 694	250	17,0	1 166	179	17,2
Occasionnel	197	53	32,8 (NS)	378	70	16,7 (NS)
Quotidiennement	270	81		995	230	23,7 (NS)
Déjà redoublé à l'école						
Oui	674	156	27,3	1 206	287	25,4
Non	1 510	233	14,9	1 324	193	12,8
Problèmes d'apprentissage à l'école						
Oui	882	202	20,1	947	225	26,1
Non	1 307	191	18,2	1 607	255	14,5

		12-14 ans			15-17 ans		
Critères	Total n	Douleurs n	Pondéré %	Total n	Douleurs n	Pondéré %	
Niveau de perception de l'estime de soi (ex. : « Dans l'ensemble, j'aime ce que je suis »)							
Tout à fait d'accord	864	140	17,2	986	160	13,1	
D'accord	992	169	19,3 (NS)	1 124	213	20,1	
Sans opinion	162	30	18,9 (NS)	262	52	16,4 (NS)	
En désaccord	73	18	-	97	30	46,4	
Complètement en désaccord	22	7	-	29	7	-	
Niveau de perception de l'autodétermination (ex. : « Je me sens souvent démuni(e) face aux problèmes de la vie »)							
Tout à fait d'accord	103	22	-	164	43	43	
D'accord	524	116	22,4 (NS)	576	133	18,9	
Sans opinion	430	75	13,7	537	105	18,4	
En désaccord	801	114	15,1	920	147	15,9	
Complètement en désaccord	133	21	-	188	28	-	
Évaluation des questions liées au bien- être émotionnel (ex. : « Vous sentez- vous stressé(e) »)							
Pas du tout	907	120	14,6	875	107	10,5	
Un peu	721	131	16,0 (NS)	913	180	17,7	
Modérément	155	39	33,1	262	60	22,9	
Assez	148	37	34,5	225	64	33,8	
Beaucoup	97	28	-	164	49	31,2	
Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) 2 semaines d'affilée?							
Oui	472	142	32,2	704	199	28,9	
Non	1 565	210	14,2 (NS)	1 668	250	14,9 (NS)	
Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?							
Oui, avant l'âge de 12 ans	36	11	-	34	17	-	
Oui, pendant l'adolescence	44	13	-	182	60	36,8 (NS)	
Oui, au cours de l'année écoulée	36	9	-	70	19	-	
Jamais	1 997	339	18,3 (NS)	2 176	361	16,4	

Source des données : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003; Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations – Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations de l'Organisation nationale de la santé des Autochtones.

Tableau 4. Principales causes de dommages dentaires parmi les adolescents des Premières

Nations par groupes d'âge et en fonction de la consommation d'alcool ou de drogues

	s a age et en foi				
Cause des dommages *	Groupes d'âge (12-14 ans; n=2,253) (15-17 ans; n=2,627)	Nombre de participants signalant un accident	Pondéré % Avec dommages dentaires (12-14 ans, n=81; 15-17 ans, n=119)	Nombre d'accidents liés à l'alcool ou aux drogues	Accidents liés à l'alcool ou aux drogues causant des dommages dentaires (Pondéré %)**
Tentative de suicide ou blessure auto-	12 à 14	-	-	-	-
infligée	15 à 17	31	-	-	-
Accident de	12 à 14	37	-	-	-
véhicule à moteur	15 à 17	75	-	-	-
Agression (incluant	12 à 14	58	-	-	-
violence familiale)	15 à 17	127	-	47	-
Accident de chasse	12 à 14	-	-	-	-
Accident de chasse	15 à 17	-	-	1	-
Accident de véhicule tout-	12 à 14	43	-	-	-
terrain (VTT)	15 à 17	69	-	-	-
Sport	12 à 14	364	11,1	-	-
Sport	15 à 17	520	10,8	-	-
Accident de	12 à 14	57	-	-	-
motoneige	15 à 17	89	-	-	-
Accident de véhicule à moteur	12 à 14	-	-	-	-
impliquant un piéton	15 à 17	33	-	-	-
Chute	12 à 14	434	11,5	-	-
Chute	15 à 17	497	8,6	52	-
Accident avec un véhicule à moteur	12 à 14	107	-	-	-
en faisant du deux roues	15 à 17	122	-	-	-
Accident de bicyclette sans	12 à 14	222	-	-	-
implication de véhicule à moteur	15 à 17	217	-	-	-

^{*}Blessures multiples acceptées.

Source des données : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003; Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations – Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations de l'Organisation nationale de la santé des Autochtones.

^{**}Statistiques non compilées pour cause de fréquence peu élevée.

⁻ Données supprimées pour cause de fréquence peu élevée.

Chapitre 22

Utilisation non traditionnelle du tabac (tabagisme), consommation d'alcool et de drogues

Résumé

Parmi les jeunes répondants de l'édition 2002-2003 de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS), 37,8 % étaient fumeurs au moment de répondre. Les taux de tabagisme augmentent avec l'âge et les femmes fument davantage dans certains groupes d'âge. C'est à 13 ans que l'on s'initie le plus au tabagisme. Pas moins de 70 % de l'échantillon dit avoir essayé de cesser de fumer au moins une fois, surtout pour avoir un mode de vie plus sain. La consommation d'alcool augmente également avec l'âge; 42,2 % des jeunes en consomment. La drogue illicite la plus consommée est le cannabis, le taux de prévalence étant de 32,7 %. Sa consommation augmente avec l'âge, mais la répartition par sexe demeure la même. Afin de réduire la consommation de ces drogues, les auteurs recommandent des programmes et des mesures s'adressant aux ménages et aux familles plutôt qu'aux individus. Cette approche permettrait de conscientiser tous les groupes d'âge, de décourager les jeunes membres d'un ménage de commencer à fumer, et d'augmenter le nombre de ménages sans fumée.

7

Introduction

Ce chapitre présente les résultats relatifs à l'usage du tabac et à la consommation d'alcool et de drogues illicites chez les adolescents. En plus de décrire la situation, il fait ressortir certaines associations bivariées préliminaires entre les variables de l'enquête et l'usage du tabac et la consommation d'alcool et de drogues illicites des adolescents, afin d'évaluer tout facteur de risque modifiable et de mettre en évidence les facteurs de protection.

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (ERS) 2002-2003 est la première enquête nationale portant sur les adolescents des Premières Nations vivant dans les réserves. Il n'y avait pas de composante autoadministrée par les jeunes dans l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit (ERLSPNI) de 1997. Les parents et/ou les tuteurs répondaient au nom de leurs enfants et de leurs adolescents. Cette enquête distincte menée auprès des adolescents fournit une mine de renseignements. En effet, pour améliorer la santé des adolescents des Premières Nations, il est essentiel de disposer de données de base adéquates qui permettent de surveiller les taux d'utilisation et les comportements. La structure longitudinale de l'ERS 2002-2003 fournit dorénavant les données nécessaires pour réaliser cet objectif.

Revue documentaire

Usage non traditionnel du tabac

Dans la documentation parcourue, les taux de tabagisme des adolescents des Premières Nations varient considérablement. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones, la prévalence de l'usage du tabac chez les jeunes autochtones est de 54 % chez les 15-19 ans et de 65 % chez les 20-24 ans. Les jeunes Inuit sont plus portés à fumer (73 % pour les 15-24 ans) que les adolescents métis ou des Premières Nations (respectivement 56 % et 59 % pour les 15–24 ans). 1 L'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes en 2002 indique pour sa part que la prévalence de l'usage du tabac chez les jeunes Canadiens de 5^e et de 4^e secondaire est de 23 %, passant de 7 % en 5^e année à 42 % en 4^e secondaire.² Une partie des adolescents sondés s'étaient identifiés comme autochtones. Parmi eux, 50,9 % n'avaient jamais fumé et n'y avaient jamais pensé sérieusement (contre 70,2 % des participants non autochtones); 10,1 % n'avaient jamais fumé, mais y avaient pensé sérieusement (contre 8,0 %); 15,7 % étaient considérés comme prenant quelques bouffées (contre 10,0 %); 17,6 % prenaient quelques bouffées sans être des fumeurs quotidiens (contre 10,1 %); et environ 5,7 % étaient des fumeurs quotidiens (contre 1,6 %). Des données plus récentes concernant un échantillon légèrement plus âgé d'adolescents canadiens indiquent une prévalence de tabagisme de 20 % chez les 15-19 ans et de 27 % chez les 20-24 ans.³ Dans l'ensemble, la plus grande prévalence de

tabagisme chez les jeunes Autochtones par rapport aux autres jeunes du Canada est alarmante.

Consommation d'alcool et de substances

La documentation portant sur la consommation d'alcool et d'intoxicants et les comportements connexes chez les jeunes Autochtones canadiens est limitée. La consommation d'alcool et de drogues a été analysée dans le cadre d'une comparaison adaptée entre étudiants autochtones et nonautochtones (n = 128) de 10 à 20 ans et vivant dans des zones principalement urbaines. 4 Une fois l'âge, le sexe, le niveau scolaire, la situation géographique et le socioéconomique appariés, on ne voit aucune différence significative entre la proportion de consommateurs de drogue ou d'alcool au cours des 12 derniers mois chez les deux groupes d'étudiants. Les drogues les plus fréquemment utilisées sont le tabac, l'alcool et le cannabis. Il n'y a pas de différence significative d'un groupe à l'autre pour ce qui est de la proportion d'adolescents s'étant sentis ivres. En revanche, parmi les buveurs mensuels, plus d'étudiants autochtones avaient connu au moins un épisode de prise massive d'alcool (5 verres ou plus en une seule occasion). Des données plus récentes démontrent que les adolescents autochtones sont de deux à six fois plus à risque que les autres jeunes Canadiens d'éprouver des problèmes liés à l'alcool.⁵ L'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes de 2002 comprenait des questions sur la consommation d'alcool et de drogues, mais on ne dispose pas de données exclusives aux Autochtones. Les données révèlent que 55 % des jeunes de 7^e à 4^e secondaire avaient consommé de l'alcool au cours de leur vie. 6 La consommation d'alcool augmente de 38 % en 7e année et passe à 69 % en 4e secondaire. La drogue illicite la plus communément consommée est le cannabis (18 %). La consommation de cannabis augmente aussi de 8 % à 30 % de la 7^e à la 9^e année. Six pour cent de l'échantillon a dit avoir consommé une drogue illicite autre que le cannabis. Dans l'ensemble, ces données révèlent une forte association entre l'usage du tabac et la consommation d'alcool et de drogues.

Méthodes d'interprétation

Les auteurs ont analysé ce chapitre selon une méthode exploratoire. Ils ont étudié tous les éléments de l'enquête susceptibles d'influencer la consommation de tabac, d'alcool et de drogues des adolescents des Premières Nations. Lorsque des tendances ou des modèles intéressants émergeaient, que l'association soit statistiquement significative ou non, les données ont été analysées plus en détail et communiquées. La philosophie adoptée a été de maximiser la quantité d'information pouvant être présentée afin de fournir une tranche de données pour de prochaines recherches. L'opinion des Premières Nations a été intégrée chaque fois que possible tout au long des étapes d'interprétation et de réévaluation des analyses.

Environ 12,2 % des adolescents des Premières Nations se disent « fumeurs occasionnels ». En termes de sexe et d'âge,

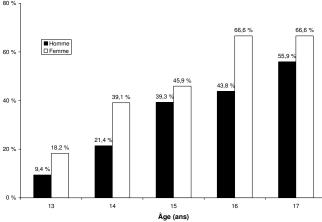
ces jeunes sont comparables aux « fumeurs quotidiens ». Donc, pour simplifier la comparaison entre ces jeunes, nous avons créé la variable « statut de fumeur actuel » qui combine les « fumeurs quotidiens » et les « fumeurs occasionnels ». Nous voulions que ces résultats servent à explorer les taux de tabagisme, les comportements connexes et, ultimement, à décrire les caractéristiques des non-fumeurs dans l'espoir de reproduire leur résilience.

Résultats

Taux d'usage

La figure 1 illustre les taux de tabagisme non traditionnel selon l'âge et le sexe parmi 4 860 adolescents des Premières Nations. La prévalence globale du tabagisme dans cet échantillon est de 37,8 %. Elle augmente avec l'âge, passant de 10,9 % pour les 12 ans, à 60,7 % pour les 17 ans. Entre 12 et 14 ans, les taux de tabagisme triplent presque, grimpant à 29,5 %. Dans certains groupes d'âge, les taux d'usage sont plus élevés chez les filles que chez les garçons (par exemple, 64,5 % des fumeurs de 13 ans sont des filles).

Figure 1. Taux d'usage du tabac selon l'âge et le sexe (n=2 494)



*Le pourcentage pour les 12 ans a été supprimé parce que l'échantillon était trop petit.

À la question leur demandant s'ils ont bu de la bière, du vin, des spiritueux ou d'autres boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois, 42,2 % répondent oui. Parmi eux, environ 52,3 % sont des filles et 78,7 % ont entre 15 et 17 ans. On a demandé aux adolescents qui ont dit avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente à quelle fréquence ils avaient pris cinq verres ou plus en une seule occasion. Tandis qu'une petite proportion (12,6 %) dit avoir pris cinq verres ou plus en une seule occasion plus d'une fois par semaine, 64,6 % des jeunes disent l'avoir fait au moins une fois par mois. En général, ce sont les adolescents plus âgés qui consomment plus fréquemment de l'alcool.

Le tableau 1 présente la répartition de la prévalence et de la fréquence de l'usage d'intoxicants. La majorité des jeunes disent ne jamais prendre plusieurs des substances mentionnées. Le tabac à chiquer (5,8 %) et le cannabis (32,7 %) sont les substances déclarées par une plus grande proportion de l'échantillon. Les proportions d'utilisateurs de tabac à chiquer sont plus grandes chez les 15–17 ans. Les deux sexes consomment autant de cannabis, mais il y a des différences significatives selon les catégories d'âge. Quelque 14,9 % des 12–14 ans disent consommer du cannabis alors que la proportion est de 47,5 % chez les 15–17 ans.

Tableau 1. Proportion d'adolescents ayant pris diverses substances au moins une fois dans la dernière année (n=4 770)

Substance	Proportion de consommateurs (%)
Tabac à chiquer	5,8
Cannabis (marijuana, hachisch)	32,7
PCP ou poudre d'ange	0,9
Acide, LSD, amphétamines	1,5
Ecstasy	0,8
Substances inhalées (colle, gaz, peinture)	1,5
Sédatifs ou calmants	0,8
Cocaïne, crack, freebase	1,8
Codéine, morphine, opiacés	3,5
Héroïne	0,2

Comportements liés au tabagisme

En moyenne, les anciens fumeurs de cigarettes (c'est-à-dire ceux qui ont déjà été des fumeurs quotidiens, mais ont cessé, ou ceux qui ont déjà fumé, mais ne fument pas actuellement) (5,7 %), ont commencé à fumer à 12,2 ans. Ils ont arrêté de fumer à 14 ans en moyenne. Ces jeunes cessent de fumer pour diverses raisons. Les répondants pouvaient sélectionner plus d'une raison, mais la plupart des jeunes ont dit qu'ils voulaient adopter un style de vie plus sain (49,2 %). La deuxième raison en importance est « par respect pour ceux que j'aime » (25,9 %) et la troisième, la sensibilisation ou éducation plus grande aux effets néfastes de la cigarette sur la santé (18,2 %) suivie par des raisons de santé (13,0 %).

Les fumeurs de tabac actuels ont commencé environ six mois plus tard, à 12,7 ans. Certains ont été initiés à la cigarette à quatre ans et la consommation augmente progressivement jusqu'à l'âge de 13 ans. Après avoir atteint une pointe à 13 ans, l'initiation à la cigarette diminue avec l'âge (35,9 % de cet échantillon a été initié à la cigarette après 13 ans). Les fumeurs adolescents disent fumer en moyenne 5,9 cigarettes chaque jour. Dans ce groupe, au cours des 12 derniers mois, environ 69,5 % ont essayé de cesser de fumer au moins une fois (41,5 % ont essayé 1–2 fois, 13,5 % ont essayé 3–4 fois, et 14,5 % ont essayé de cesser au moins 5 fois).

 $[^]i$ Afin de simplifier le texte, les intervalles de confiance des estimations ne sont pas indiqués à moins que le coefficient de variation soit de plus de 33,3 %.

if Toutes les comparaisons entre les groupes ou catégories sont statistiquement significatives à moins que la mention « NS » - non significatif - apparaisse entre crochets. Dans ce chapitre, les différences sont considérées significatives lorsque les intervalles de confiance ne se chevauchent pas au niveau de confiance de 95 % (après ajustement de Bonferroni).

Facteurs liés à l'usage du tabac

Nous avons étudié les associations potentielles entre tous les éléments de l'enquête et les intoxicants utilisés par au moins 10 % des jeunes, à savoir le tabac et le cannabis et l'alcool. Voici un aperçu des résultats.

Style de vie

Les fumeurs de cigarettes déclarent consommer plus de cannabis et d'alcool que les non-fumeurs. On retrouve cet usage accru du cannabis parmi les buveurs d'alcool par rapport aux non-buveurs. Les fumeurs de cigarettes et les consommateurs d'alcool sont plus nombreux à consommer chacune des substances (drogues à usage récréatif / drogues non médicales) présentées au tableau 1. De même, les consommateurs de cannabis sont aussi plus susceptibles d'avoir recours à ces intoxicants (autres que le cannabis) que ceux qui n'en consomment pas. Ces résultats devraient être utilisés avec prudence, car les échantillons sont passablement petits.

Afin d'évaluer leur exposition à la fumée du tabac dans l'environnement (fumée secondaire), nous avons demandé aux répondants s'ils bénéficient d'un environnement sans fumée à la maison. Si les réponses des consommateurs de cannabis et d'alcool sont les mêmes que celles des nonconsommateurs, il y a des différences entre celles des fumeurs de cigarettes et celles des non-fumeurs. Environ la moitié (52,7 %) des non-fumeurs déclarent être exposés à la fumée secondaire à la maison, contre 60,5 % des fumeurs.

Information sur le ménage, le milieu de vie et l'écologie

Nous avons créé une variable afin d'évaluer l'éloignement de la communauté de résidence des répondants. Il n'y a pas de différence sur le plan de l'éloignement de la communauté entre les buveurs et les non-buveurs d'alcool. En revanche, il y a des différences significatives pour ce qui est de la distribution des fumeurs de cigarettes par comparaison aux non-fumeurs : on observe une proportion supérieure d'adolescents qui ne fument pas dans les communautés non isolées que dans les communautés isolées.

Études, langue et culture traditionnelle

Si on les compare aux adolescents qui fument/prennent de la drogue/boivent, une proportion plus élevée d'adolescents des Premières Nations ayant déclaré n'avoir jamais fumé de cannabis, ne pas avoir bu au cours des 12 derniers mois ou être non-fumeurs dit aimer « beaucoup » l'école.

Les adolescents ont été interrogés sur l'importance qu'ils accordent au fait de parler une langue des Premières Nations et aux événements traditionnels dans leur vie. Dans l'ensemble, la réponse est la même pour tous les adolescents (il n'y a pas de différence significative), peu importe leur

comportement en matière de cigarette, de boissons alcooliques et/ou d'intoxicants.

Santé générale, bien-être personnel et soutien

Dans nombre d'enquêtes, on demande aux répondants d'indiquer si leur santé est excellente, très bonne, passable ou mauvaise. Les résultats de cet échantillon révèlent que si on les compare avec les non-fumeurs et les non-consommateurs de drogue ou d'alcool, les adolescents des Premières Nations qui fument, boivent ou prennent du cannabis sont moins portés à estimer être en excellente ou très bonne santé. C'est entre les fumeurs et les non-fumeurs (46,8 % et 62,7 % respectivement) qu'on trouve la plus grande différence entre une santé excellente ou très bonne. Nous avons demandé à ceux qui estiment être en très bonne ou en excellente santé ce qui contribuait à leur si bonne santé (ils devaient choisir un élément ou plus dans une liste de réponses suggérées) (par exemple, un bon régime alimentaire, un stress réduit et de bons soutiens sociaux). Or, il n'y a aucune différence significative entre le profil de réponse des fumeurs et des non-fumeurs.

Dans l'ensemble, si on les compare avec ceux qui ne prennent pas de cannabis et ceux qui ne boivent pas, les consommateurs de cannabis et d'alcool sont dans une plus grande proportion insatisfaite de leur poids dans une certaine mesure. Parmi les adolescents qui fument ou boivent de l'alcool, les garçons sont plus portés que les filles à se dire « très satisfaits » de leur poids.

Les valeurs de l'indice de masse corporelle (IMC) ont été calculées selon la consommation de cannabis, le tabagisme et la consommation d'alcool. Il y a des différences statistiques pour ce qui est de la consommation de cannabis et d'alcool. En revanche, il n'y a pas de différence entre les fumeurs et les non-fumeurs.

Chacun des groupes d'adolescents non-fumeurs et nonconsommateurs d'alcool et de cannabis déclare s'alimenter de façon équilibrée et nutritive plus fréquemment que les fumeurs, les buveurs et les utilisateurs d'intoxicants.

Activité physique

Les consommateurs et les non-consommateurs d'alcool participent à la même fréquence à tous les types d'activité physique, alors que les fumeurs de cigarettes et les consommateurs de cannabis s'y adonnent moins souvent que les non-fumeurs et les non-consommateurs de cannabis. Plus d'un tiers (35,9 %) des non-fumeurs et des non-consommateurs de cannabis déclarent être physiquement actifs chaque jour, contre 27,4 % des fumeurs et 26,8 % des consommateurs de cannabis.

Les adolescents qui fument la cigarette consacrent moins de temps aux « sports ou aux cours parascolaires ». En ce qui concerne le temps passé à occuper un emploi en dehors de l'école, les réponses indiquent le modèle contraire puisque

les jeunes fumeurs sont plus susceptibles que les nonfumeurs de déclarer travailler quatre fois et plus par semaine. La distribution est différente en ce qui concerne le temps consacré à des activités de groupes ou à des cours d'art ou de musique, pour lequel il n'y a pas de différence entre les utilisateurs des trois substances. Quels que soient les différents usages, tous les adolescents ont répondu de la même façon en ce qui a trait aux groupes ou aux cours de chant, de tambour ou de danse traditionnels.

Le pointage accordé par les consommateurs de cannabis, les fumeurs et les buveurs d'alcool à une série d'affirmations sur l'estime de soi et le bien-être émotionnel diffère de celui des non-fumeurs/non-consommateurs de cannabis/non-buyeurs. Les adolescents qui ne fument pas et ne prennent ni cannabis ni alcool sont plus susceptibles de dire que, jusqu'à un certain point, ils aiment leur personnalité, ils ont beaucoup de raisons d'être fiers d'eux-mêmes et que beaucoup de choses les concernant sont bonnes.

Les réponses à une série d'affirmations relatives au bien-être démontrent que les consommateurs et les consommateurs vivent différemment le fait d'être seul, le fait d'être aimé et le stress (figure 2). À n'en pas douter, les consommateurs d'alcool et de cannabis ainsi que les fumeurs sont plus susceptibles de se sentir très seuls et très stressés. Ils sont aussi moins portés à se sentir *très* aimés que les nonconsommateurs et les non-fumeurs.

Les besoins émotionnels ont été évalués au moyen de huit questions portant sur la perception qu'ont les adolescents des Premières Nations du soutien dont ils disposent. Les fumeurs de cigarettes/cannabis et les buveurs d'alcool étaient moins susceptibles que les non-utilisateurs d'affirmer avoir quelqu'un qui leur démontre de l'amour et de l'affection tout le temps. De même, les fumeurs et les consommateurs de cannabis sont moins susceptibles que les non-utilisateurs de dire qu'ils ont quelqu'un qui peut les conduire chez le médecin en cas de besoin. Les fumeurs sont aussi moins susceptibles que les non-fumeurs de déclarer avoir quelqu'un avec qui prendre du bon temps tout le temps.

Ceux qui ne boivent pas, ne fument pas et ne consomment pas de cannabis sont plus susceptibles que ceux qui utilisent ces intoxicants de déclarer n'avoir jamais pensé au suicide.

On a demandé aux adolescents si l'un ou l'autre de leurs parents avait fréquenté un pensionnat indien. On constate des différences entre les réponses des fumeurs et des buveurs d'alcool et celles des non-fumeurs/non-buveurs : les adolescents dont un parent a fréquenté un pensionnat indien sont plus susceptibles de déclarer boire ou fumer. Plus de 42,2 % des adolescents fumeurs ont au moins un parent qui a fréquenté un pensionnat indien, contre moins de 28,4 % des non-fumeurs.

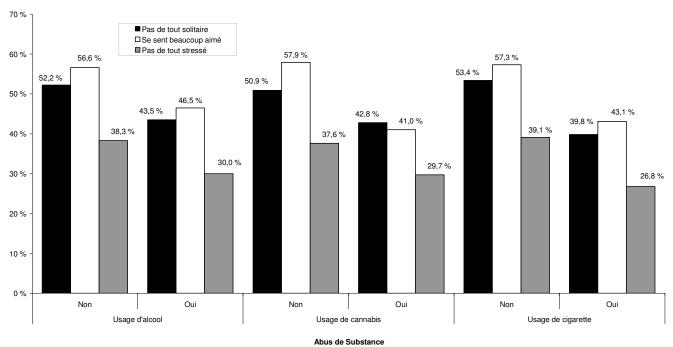


Figure 2. Proportion de ceux qui ne se sentent pas seuls, se sentent très aimés et ne sont pas stressés selon la consommation d'alcool et de cannabis et le tabagisme (n=4 440)

Discussion

Selon la Direction de la santé des Premières Nations et des Inuit, plus de 20 % des citoyens des Premières Nations avaient entre 10 et 19 ans en 1999.⁷ Il est primordial de reconnaître que la plupart de ces adolescents sont en santé! En outre, il est vital qu'ils le demeurent et essentiel de créer

L'information concernant l'âge d'initiation au tabagisme contribuera à la création de programmes de prévention en temps utile. Ces données révèlent un âge d'initiation précoce, qui atteint un sommet à 13 ans, puis décline. L'analyse de l'ERS 1996 par Reading et Allard révèle le même modèle avec des données rétrospectives et démontre que les personnes qui ne sont pas initiées avant 18 ou 19 ans sont peu susceptibles de devenir des fumeurs un jour. 10 Prévenir l'initiation au tabagisme peut avoir un impact secondaire sur la santé en bloquant l'éventualité de consommation de drogue. Cette théorie laisse entendre que le tabac est la première drogue consommée et que c'est par la suite qu'on expérimente des drogues de plus en plus néfastes pour la santé. 11 Les données de l'ERS soutiennent cette théorie puisque c'est parmi les fumeurs, les consommateurs de cannabis et les buveurs d'alcool que se retrouvent les consommateurs de drogues.

Bien que la prévalence du tabagisme parmi les adolescents des Premières Nations dépasse celle des autres adolescents canadiens, le nombre de cigarettes quotidiennement est moindre. Parmi les élèves de 5e à 4e secondaire sondés dans l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes de 2002, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est de 8,1, contre 5,9 au sein du présent échantillon.¹² Dans les deux enquêtes nationales, plus les adolescents vieillissent et plus le niveau scolaire est avancé, plus les taux de tabagisme sont élevés. Il y a par contre une différence significative entre les deux sexes. Parmi les adolescents des Premières Nations, dans certains groupes d'âge, on constate une proportion plus grande de fumeurs chez les filles.¹³

Il est important de reconnaître les caractéristiques communes entre les adolescents qui fument et ceux qui ne fument pas. Par exemple, les deux groupes disent accorder une grande importance au fait de parler une langue des Premières Nations et de prendre part à des événements traditionnels. C'est en matière de soutien émotionnel perçu et de bien-être qu'apparaissent des différences perturbatrices. Ces données révèlent une estime de soi, un soutien social et des ressources moindres parmi les fumeurs.

Expressions et expériences d'adolescents des Premières Nations non-fumeurs

Il importe de décrire ce qui rend certains adolescents résilients à la dépendance à la cigarette. D'anciens fumeurs des occasions pour que d'autres mettent leur santé et leur mieux-être en priorité.

Alors que cette donnée démontre que les taux de consommation d'alcool et de cannabis sont élevés, le tabagisme est un facteur de risque connu, modifiable et incroyablement significatif de la santé actuelle et future^{8, 9}. Pour cette raison, nous l'examinerons ici en profondeur.

et adolescents qui avaient commencé à fumer, mais qui ont cessé, l'ont fait pour adopter un style de vie plus sain ou par respect pour ceux qu'ils aiment. Les non-fumeurs sont plus susceptibles de vivre dans un environnement sans fumée à la maison et dans une communauté non isolée. Ces adolescents aiment beaucoup l'école et une grande proportion d'entre eux estiment avoir une excellente ou une très bonne santé.

Recommandations et solutions

« Pour les comprendre, nous devons mieux connaître nos adolescents. Nous pouvons ensuite les aider à faire les bons choix. C'est très important de continuer à le faire et de découvrir ce qui est important pour nos adolescents. Ainsi, nous pouvons avoir plus d'influence sur ce qu'ils font et nous pouvons les aider à faire des choix plus positifs dans le monde difficile dans lequel nous vivons. »

(Commentaire d'un adolescent ayant participé à l'Étude sur le mode de vie des jeunes Autochtones lors des Jeux autochtones nord-américains de 2002)

Pour réduire le tabagisme et la consommation de cannabis et d'alcool chez les adolescents des Premières Nations, il est recommandé que les programmes et interventions de promotion de la santé soient conçus en fonction des ménages et de la famille plutôt que des individus. Un programme orienté vers les ménages et destiné aux fumeurs et aux non-fumeurs, aux buveurs et aux nonbuveurs ainsi qu'aux consommateurs et aux nonconsommateurs de drogue peut accroître la sensibilisation parmi tous les groupes d'âge et membres de la famille (grands-parents, parents, frères et soeurs, cousins, etc.). De même, il pourrait prévenir la consommation chez les cadets du ménage et augmenter le nombre de ménages sans fumée. Les données indiquant que les fumeurs adolescents perçoivent moins de soutien social et de ressources que les non-fumeurs soutiennent cette recommandation. Un programme visant les ménages ou les familles pourrait encourager un sentiment d'union, d'appartenance et de soutien.

Notes de fin - Chapitre 22

- T. Stephens, *Le tabagisme chez les Autochtones du Canada en 1991* (Ottawa, Ont.: Ministère des Approvisionnements et Services du Canada, 1994). P. Smith et al., « Usage du tabac », *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2002* (Ottawa,
- Ont.: Santé Canada, 2004). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), *Résultats de la première*
- étape de 2004 (Ottawa, Ont. : Programme de la lutte au tabagisme de Santé Canada, 2004). C. B. Liban et R. G. Smart, 1982, Drinking and Drug Consumption Among Ontario Indian Students, Drug and Alcohol Dependence, 9 : 161-171. 4.
- Research Issues, compte-rendu d'une réunion consultative de recherche mixte, publié sous la direction de D. McKenzie (Ottawa, Ont. : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1994).
- E. M. Adlaf et S. Racine, « Alcool et autres drogues », Enquête sur le tabagisme chez les
- jeunes 2002 (Ottawa, Ont. : Santé Canada, 2004). Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits, *Profil statistique de la santé des* Premières nations au Canada (Ottawa, Ont.: Division de l'information sur la santé et de l'analyse, Santé Canada, 2003).
- U.S. Department of Health and Human Services, *The health consequences of smoking*: cancer—a report of the Surgeon General (Rockland, Md.: Public Health Services, Office on Smoking and Health, 1982).
- U.S. Department of Health and Human Services, Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General (Atlanta, Ga.: U.S. Department of Health et Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic
- Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994).

 J. Reading et Y. Allard, *The Tobacco Report*, Ottawa, Ont.: Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999). 10.
- U.S. Department of Health and Human Services, Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General.
 P. Smith et al., « Usage du tabac », Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2002 (Ottawa, 11.
- Ont.: Santé Canada, 2004).
- 13.

Autres références

A. J. Ritchie et J. L. Reading, 2004, Tobacco smoking status among Aboriginal youth, International Journal of Circumpolar Health, 63,2:405-409.

Chapitre 23

Sexualité et hygiène sexuelle

Résumé

L'édition 2002-2003 de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) révèle que 28,4 % des jeunes des Premières Nations (12 à 17 ans) disent être actifs sexuellement, tandis que 30,9 % déclarent avoir été actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois. Ces pourcentages sont bien moindres que chez les jeunes Canadiens en général, qui sont sexuellement actifs à 49,9 %. Les données par sexe et âge sont plus éclairantes : 65,6 % des adolescents des Premières Nations de 17 ans et 57,3 % des adolescentes des Premières Nations de 17 ans disent être actifs sexuellement. Les jeunes des Premières Nations de 13 et 14 ans sont actifs sexuellement à 2,6 % et 18,8 % respectivement, ce qui est de 8 à 9 % plus élevé que chez les jeunes non-Autochtones. Comparativement aux 70 à 80 % de jeunes Canadiens qui utilisent le condom, 81 % des jeunes des Premières Nations disent utiliser le condom, et 66,6 % disent toujours l'utiliser pour se protéger des maladies transmises sexuellement (MTS). Près de 10,9 % des jeunes des Premières Nations n'utilisent aucun moyen de contraception. Quant aux adolescentes de 17 ans des Premières Nations, 67,9 % d'entre elles utilisent le condom comme moyen contraceptif, comparativement à 91,4 % des adolescents des Premières Nations du même âge. Une proportion de 4,5 % de jeunes des Premières Nations ont été ou ont mis une adolescente enceinte. La situation des adolescentes des Premières Nations exige une attention immédiate, étant donné les taux de grossesse, d'infection aux MTS et au VIH, ainsi que d'utilisation des moyens de contraception. En outre, il faut étudier les contextes historiques caractérisés par les abus, les traumatismes et les mauvaises conditions de vie pour mieux comprendre leurs impacts sur la santé sexuelle des jeunes des Premières Nations.

Introduction

La santé sexuelle des adolescents des Premières Nations est un créneau extrêmement négligé dans le monde des soins de santé et de la recherche en santé. L'examen de la santé sexuelle et des modèles d'activité sexuelle des adolescents des Premières Nations démontre qu'il y a là matière à inquiétudes, tout comme c'est le cas pour les adolescents non autochtones. Ces sources de préoccupation sont, notamment, les grossesses précoces ou imprévues, les ITS, le VIH, la sensibilisation limitée aux risques de maladie ou de grossesse non désirée et le manque de programmes adaptés à la culture. Les changements historiques et socioculturels font en sorte que les préoccupations et les problèmes relatifs à la santé sexuelle sont plus criants parmi les adolescents des Premières Nations que parmi les adolescents en général. L'aliénation, la discrimination, l'isolement et la marginalisation forment en général la toile de fond de ces préoccupations.

Dans le présent chapitre, nous analysons les données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 (ERS) relativement à la santé et à l'activité sexuelles des adolescents des Premières Nations de 12 à 17 ans. Cette analyse est orientée par un cadre culturel qui place la sexualité humaine et la notion de santé sexuelle en contexte. Nous présentons un survol historique des nombreux facteurs qui contribuent à un environnement favorisant la mauvaise santé sexuelle des adolescents des Premières Nations. Nous profilons leurs modèles d'activité sexuelle et de contraception, nous examinons leurs préoccupations et problèmes de santé sexuelle et nous analysons certains éléments provenant de la documentation, cela afin de cerner leurs besoins immédiats dans ce domaine.

Cadre culturel

Le cadre culturel à la base de cette analyse est fondé sur un modèle à quatre points cardinaux¹ et offre un contexte significatif permettant de mieux comprendre les vues traditionnelles de la sexualité humaine. Les perspectives non traditionnelles de la sexualité humaine sont souvent explicitement caractérisées par une association du sexe et de la sexualité au péché et à des passions incontrôlables qui deviennent la motivation principale du comportement.² Traditionnellement, la sexualité est perçue comme un cadeau du Créateur aux humains et l'acte sexuel, comme une chose agréable. Cette dichotomie de visions est une source de conflit pour les adolescents des Premières Nations et elle incite à revenir aux enseignements traditionnels et aux valeurs qui, puisque l'activité sexuelle est un contact avec la force vitale en soi, insistent sur la relation entre sexualité et spiritualité (la porte est).²

Au sein de la société traditionnelle, les rôles assignés à chacun des sexes et leurs limites sont clairement définis. Or, la compréhension de ces rôles et limites a subi des changements qui ont influencé négativement la santé sexuelle

des adolescents des Premières Nations, entraînant par exemple une ignorance des responsabilités incombant à chaque sexe et des notions d'équilibre et d'harmonie que ces rôles soutiennent (la porte sud).

Au sein d'une société traditionnelle, la puberté est synonyme d'éveil. Elle dicte la tenue de certains rites ou rituels, tant pour les garçons que pour les filles des Premières Nations. Ces rituels visent à enseigner aux jeunes le pouvoir de la sexualité ainsi que les voies qui rattachent la sexualité humaine à la spiritualité (la porte ouest). Les enseignements traditionnels et culturels de la sexualité comprennent des codes moraux particuliers qui guident comportements et activités. Ces codes permettent de découvrir les liens entre la sexualité et la personne ainsi qu'entre la force vitale en soi et le Créateur (la porte nord).

Contextes historiques

En matière de santé sexuelle, les difficultés que rencontrent les adolescents des Premières Nations sont les mêmes que celles de tous les jeunes Canadiens. Toutefois, les contextes historiques dans lesquels les adolescents des Premières Nations ont dû grandir et survivre sont catégoriquement différents de ceux qu'ont connus les adolescents qui ont grandi dans la société canadienne en général. La négligence³, la violence⁴, la pauvreté⁵ très répandue et la lutte pour situer et conserver son identité culturelle font tous partie de ce contexte et ont été suffisamment documentés.⁶ Ces conditions doivent être prises en compte par les gouvernements et les responsables de l'élaboration des politiques lorsqu'ils évaluent les besoins des adolescents des Premières Nations en matière de programmes culturellement adaptés et appropriés relativement à leur santé sexuelle et aux préoccupations d'hygiène sexuelle.

Les taux de suicide d'adolescents⁷, de grossesses adolescentes⁸, d'ITS et de VIH⁹, de violence sexuelle¹⁰ et d'exploitation sexuelle¹¹ chez les adolescents des Premières Nations sont considérablement plus élevés que chez les autres Canadiens. Un article publié dans The Aboriginal Nurse¹² affirme que « nos impressions de ce qui est désirable et indésirable sur le plan de la sexualité des adolescents sont très locales, très particulières à un moment dans le temps, à un groupe de gens et à un endroit sur la Terre ». Pour l'auteur de cet article, ces impressions ont aussi un caractère politique. Il est démontré, par exemple, que des niveaux accrus de traumatismes causés par la violence familiale et sexuelle influencent négativement notre perception de la sexualité. 13 Dans ces contextes, les adolescents des Premières Nations vivent des problèmes de marginalisation qui influencent continuellement leurs modèles d'activité sexuelle et leur santé sexuelle.

L'orientation sexuelle, la classe sociale, la race ou l'ethnicité et le lieu de résidence comptent aussi parmi les facteurs contribuant à marginaliser les adolescents des Premières Nations. ¹⁴ Par exemple, les différences entre les idées

traditionnelles et dominantes en matière d'orientation sexuelle favorisent cette marginalisation, ou non-acceptation, des adolescents des Premières Nations. Alors que les idéologies religieuses européennes les interdisent souvent, nombre de sociétés traditionnelles acceptent de multiples orientations sexuelles, y compris les relations homosexuelles et lesbiennes. L'intégration passée et actuelle des religions européennes au sein des sociétés des Premières Nations est à ce sujet une source de conflit pour les adolescents et leurs communautés et complique l'environnement dans lequel évolue la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations.

De plus, les niveaux d'abus d'alcool et de drogue¹⁶ sont plus élevés parmi les adolescents des Premières Nations que dans la société dominante. Ces abus prennent souvent racine dans le contexte historique et peuvent être attribuables aux politiques d'assimilation et aux autres conséquences de la colonisation: perte des terres et de la culture¹⁷, grande pauvreté, possibilités d'emploi réduites et séquelles des pensionnats indiens¹⁸, qui ont profondément transformé les sociétés autochtones. L'abus d'intoxicants est considéré comme un facteur ayant une influence importante sur les pratiques sexuelles des jeunes et peut favoriser une activité sexuelle non protégée, laquelle est souvent à l'origine de grossesses adolescentes, de grossesses non désirées, d'ITS et du VIH. ¹⁹

En outre, la tendance des gouvernements et des organismes à importer une approche « panautochtone » dans l'élaboration et la prestation de programmes éducatifs ou autres destinés aux peuples autochtones a fait la preuve de sa contreproductivité. Connaissant le taux élevé de participation des adolescents des Premières Nations à presque tous les comportements les plus à risque en matière de santé, cette constatation est particulièrement angoissante. La situation de crise actuelle est alimentée par l'insuffisance de la sensibilisation à ces facteurs qui font en sorte que les jeunes risquent d'être malades ou de vivre des grossesses non désirées, et par un manque programmes liés à la santé sexuelle, adaptés à la culture et appropriés.

Résultats et discussion

Modèles d'activité sexuelle

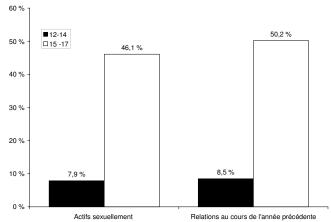
Quelque 28,4 %ⁱ des adolescents des Premières Nations déclarent être actifs sexuellement, et un pourcentage semblable (30,9 %) dit avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête. Comme on le voit dans la figure 1, 7,9 %ⁱⁱ des adolescents des Premières Nations de 12 à 14 ans et 46,1 % des adolescents des

¹ Afin de simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour les estimations ayant un coefficient de variation de plus de 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique indiquant les intervalles de confiance de toutes les valeurs à l'adresse: http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_santé.php

Premières Nations de 15 à 17 ans se déclarent actifs sexuellement. De plus, 8,5 % des 12-14 ans et 50,2 % des 15-17 ans disent avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 mois précédant l'enquête. Par comparaison, un rapport rendu public en 1999 estimait que 49,9 % des adolescents canadiens étaient actifs sexuellement.²²

On ne s'étonne pas du fait que les jeunes plus âgés sont plus portés à être sexuellement actifs que les plus jeunes. D'après les réponses des adolescents des Premières Nations, 2,6 % sont sexuellement actifs à 13 ans; 18,8 % à 14 ans; 32,5 % à 15 ans; 45,8 % à 16 ans; et 61,9 % à 17 ans. Les adolescents qui déclarent avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois se répartissent ainsi : 3,4 % des jeunes de 13 ans; 20,0 % de ceux de 14 ans; 34,8 % de ceux de 15 ans; 50,9 % de ceux de 16 ans; et 66,5 % de ceux de 17 ans. Il n'y a pas de différence significative dans l'activité sexuelle déclarée selon l'âge entre les garçons et les filles.

Figure 1. Activité et relations sexuelles selon l'âge



Ces figures suggèrent qu'en fonction des deux groupes d'âge (plus jeunes et plus âgés), les adolescents des Premières Nations et les jeunes en général se comportent de la même manière. Toutefois, selon l'âge individuel, les adolescents des Premières Nations sont plus actifs sexuellement que les autres jeunes. Cette donnée peut aussi être interprétée en relation avec les occurrences d'activité sexuelle des adolescents des Premières Nations à un âge plus précoce, notamment à 12, à 13 ou à 14 ans, et les occurrences d'activité sexuelle pour les filles et les garçons des Premières Nations, par comparaison avec les filles et les garçons du même âge dans la société dominante. Par exemple, selon l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1996²³, l'âge moyen du premier rapport sexuel, tant pour les hommes que pour les femmes, est de 17 ans, mais au sein d'un groupe d'adolescents de 17 ans, la moitié a déjà eu des relations sexuelles.²⁴ Dans le groupe des 16 ans, environ 40 % ont eu des relations sexuelles alors que dans le groupe des 15 ans, ces proportions sont de 25 % pour les filles et de 20 % pour les garçons. La proportion des jeunes de moins de 15 ans ayant eu des relations est de 10 % à 13 %. De même « moins de 2 % d'entre eux ont expérimenté le sexe avant 14

ii Les comparaisons intergroupes citées dans ce chapitre sont toutes significatives à moins que le pourcentage soit accompagné de l'indication « NS » (non significatif) entre crochets. Dans ce chapitre, les valeurs estimatives sont considérées significativement différentes si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

ans » et, selon une recherche en cours sur les très jeunes adolescents actifs sexuellement, ils représentent une souscatégorie distincte d'adolescents qui se démarque de la majorité dans ses pratiques sexuelles.²⁴

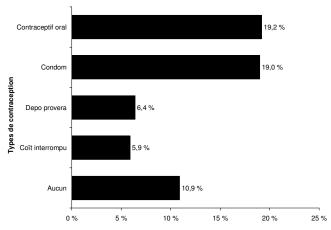
La répartition du nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois est la suivante : 1 à 2 partenaires, 67,4 %; 3 à 4 partenaires, 18,7 %; 5 à 6 partenaires, 6,0 %; et 7 à 10 partenaires, 4,0 %. Les données sur le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe indiquent que ce nombre est plus élevé chez les garçons que chez les filles des Premières Nations. Par exemple, 58,1 % seulement des femmes des Premières Nations de 17 ans disent avoir eu 1 à 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois contre 75,1 % des garçons. Ces pourcentages sont les mêmes que dans la société dominante, où environ « un quart des adolescentes et entre 31 % et 38 % des adolescents déclarent avoir deux partenaires ou plus dans une année ».²⁴

Compte tenu de ces statistiques qui décrivent les modèles d'activité sexuelle des adolescents des Premières Nations, il importe de noter que la documentation pertinente reconnaît une corrélation directe entre l'âge des premières activités sexuelles et l'augmentation des risques pour la santé sexuelle et la santé en général. ^{25,26,27,28,29} Par exemple, « plus l'âge de la première relation sexuelle est précoce, plus le nombre de partenaires dans la vie augmente », et moins les jeunes « sont susceptibles de recourir à des méthodes contraceptives, ce qui augmente énormément le risque de grossesse, d'ITS et de VIH dans ce groupe ». ³⁰

Modèles de méthodes contraceptives

Les méthodes contraceptives se répartissent en deux catégories principales : la protection contre la grossesse et la protection contre les ITS. La figure 2 résume les méthodes contraceptives les plus souvent déclarées. Parmi les adolescents des Premières Nations ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours de la dernière année, 81,0 % disent avoir utilisé des condoms, et 19,2 % disent avoir eu recours à des contraceptifs oraux, tandis que 10,9 % disent n'avoir eu recours à aucune forme de contraceptif. Les jeunes disent recourir à des méthodes contraceptives pour : éviter la grossesse (20,7 %); se protéger des ITS (21,7 %); et à la fois pour éviter la grossesse et se protéger des ITS (57,6 %).

Figure 2. Principales méthodes contraceptives utilisées par les adolescents



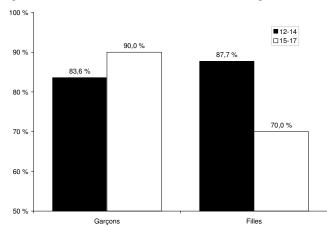
Le recours aux méthodes contraceptives en tant que mesure de protection contre la grossesse a le même profil parmi les adolescents des Premières Nations et les autres adolescents. Bien que la hausse du recours à la contraception selon chaque âge observé parmi les non-Autochtones ne soit pas significative chez les adolescents des Premières Nations (en partie à cause de la taille de l'échantillon), le même modèle existe dans les deux populations. Les proportions d'adolescents utilisant des méthodes contraceptives de façon générale ne sont pas significatives selon chaque âge. L'utilisation de pilules anticonceptionnelles selon le groupe d'âge se répartit comme suit : 7,7 % pour les 12-14 ans et 20,8 % pour les 15-17 ans.

L'utilisation du condom chez les adolescents des Premières Nations en tant que protection contre les ITS se répartit ainsi : 66,6 % l'utilisent toujours; 19,1 %, la plupart du temps; 6,6 %, à l'occasion; 7,7 % disent ne jamais l'utiliser. La taille relativement petite de l'échantillon fait en sorte que ces différences ne sont peut-être pas significatives, mais en vieillissant, les adolescents des Premières Nations et les jeunes en général semblent moins portés à utiliser le condom. ³¹ Selon les groupes d'âge, 85,2 % des 12- 14 ans, et 80,5 % (NS) des 15-17 ans utilisent le condom.

L'Enquête sur la santé de la population de 1996³² affirme que 70 % des adolescentes et 81 % des adolescents ont utilisé un condom lors de leur dernière relation. Bien que les garçons des Premières Nations y tendent de plus en plus (89,1 %), contre 71,8 % pour les filles des Premières Nations, le pourcentage des garçons des Premières Nations déclarant utiliser le condom est aussi passablement plus élevé que celui des garçons de la population générale canadienne. De plus, 67,9 % des jeunes femmes des Premières Nations de 17 ans disent utiliser le condom comme moyen de contraception et 91,4 % des garçons des Premières Nations de 17 ans l'utilisent pour la même raison. Il n'y a pas de changement significatif concernant l'utilisation du condom par les garçons selon l'âge, mais chez les filles, les plus âgées sont

moins susceptibles que les plus jeunes de se servir de condoms (figure 3).

Figure 3. Utilisation du condom selon le sexe et l'âge



Selon le rapport final du Comité sénatorial permanent sur les peuples autochtones (2003), Les jeunes Autochtones vivant en milieu urbain – Un plan d'action pour le changement ³³, au moins la moitié des jeunes Autochtones n'utilise pas toujours de condom ou ne s'en sert pas efficacement. Les données de l'ERS ne permettent pas d'analyser l'efficacité de l'utilisation du condom ni des autres formes de contraceptifs ou de protection. D'autres rapports³⁴ montrent que les tendances relatives au comportement sexuel sont en train de changer chez les adolescents, puisqu'on note une diminution des adolescents affirmant être sexuellement actifs et une hausse du nombre d'adolescents déclarant utiliser des contraceptifs; cependant, ce sont dans les « groupes à plus faible risque » que les « baisses les plus importantes » sont observées.³⁵ On suppose donc que les changements qui influencent largement le comportement sexuel des groupes d'adolescents à plus faible risque ont une signification limitée pour ce qui est des jeunes Autochtones, qui sont considérés comme le groupe le plus à risque au Canada en matière de grossesse précoce, d'ITS, de violence sexuelle, d'exploitation sexuelle, de dépression et de suicide.³⁶ De plus, l'applicabilité limitée des facteurs susceptibles d'influencer les tendances relatives à l'activité sexuelle des jeunes Canadiens en général confirme la nécessité de recherches et d'approfondissement des facteurs particuliers adolescents des Premières Nations et à leurs modèles d'activité sexuelle.

Modèles de grossesse ou de procréation

La Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique ³⁷ de 1999 fait état des statistiques de Santé Canada à l'effet que « le nombre de grossesses adolescentes au sein des Premières Nations en Colombie-Britannique, dans les Prairies et dans les provinces de l'Atlantique est quatre fois plus élevé que la moyenne nationale. Parmi les jeunes femmes de moins de 15 ans, le taux est estimé à plus de 18 fois la moyenne nationale pour la population adolescente en général. »

Quelque 4,5 % des adolescents des Premières Nations déclarent avoir été enceintes ou avoir déjà mis une fille enceinte. Les pourcentages des adolescents des Premières Nations qui déclarent avoir été enceintes ou avoir déjà mis une fille enceinte augmentent selon l'âge (par exemple, 6,1 % à 16 ans contre 14,4 % à 17 ans).

Bien que l'ERS 2002-2003 ne fournisse pas de données sur les taux actuels de grossesse parmi les jeunes femmes des Premières Nations, le taux de natalité déclaré est deux fois plus élevé pour les femmes autochtones que pour les femmes canadiennes en général. Selon Santé Canada³⁸, en 2005, les mères autochtones tendaient à être plus jeunes : environ 55 % ont moins de 25 ans contre 28 % parmi les non-Autochtones. De plus, 9 % des mères autochtones sont âgées de moins de 18 ans contre 1 % des non-Autochtones.

La grossesse adolescente précoce est fortement corrélée à des taux élevés de décrochage scolaire précoce³⁹, au chômage, à de faibles niveaux d'instruction et à une dépendance accrue à l'assistance sociale. De même, le rapport de la Fédération ontarienne des centres d'accueil indiens de l'Ontario de 2002⁴⁰ révèle que les parents adolescents et leurs enfants ont tendance à être en mauvaise santé, affirmant que « les enfants de parents adolescents démontrent des niveaux inférieurs de développement cognitif et social. Ils sont plus susceptibles d'être victimes de violence et de négligence et sont trois fois plus susceptibles que les enfants des mères qui retardent la procréation d'être incarcérés vers la fin de l'adolescence et le début de la vingtaine. Les enfants de parents adolescents sont plus susceptibles d'avoir des enfants lorsqu'ils seront euxmêmes adolescents ». En outre, The Aboriginal Nurse⁴¹ laisse entendre que la grossesse adolescente précoce conduit à une vie de pauvreté qui perpétue un cycle constant de problèmes sociaux, y compris l'abus d'intoxicants, la négligence envers les enfants et la violence familiale.

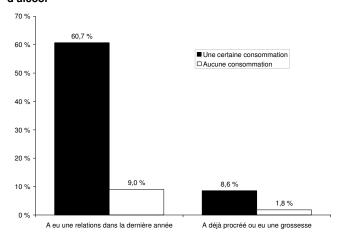
De plus, une étude appropriée de l'impact potentiel de la grossesse précoce sur les adolescents des Premières Nations et leur communauté doit commencer par reconnaître qu'historiquement, la grossesse en bas âge était peut-être la norme. La Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique 42 reconnaît que ce phénomène est courant dans les sociétés autochtones traditionnelles et affirme que c'est plutôt «l'effondrement des structures et des valeurs traditionnelles » qui est responsable de la mauvaise santé et des problèmes sociaux qui frappent souvent les parents adolescents et leurs familles. Ces tendances importantes, combinées au fait que les adolescents des Premières Nations font état du plus faible taux d'utilisation de moyens contraceptifs, exigent qu'on se penche sur les besoins particuliers des différents sexes et groupes d'âge et qu'on leur apporte une réponse adéquate.

Facteurs influant sur l'activité et la santé sexuelles

Chez les jeunes en général, les garçons et les filles manifestent des différences significatives en matière de santé sexuelle et d'activité sexuelle. Alors que les filles des Premières Nations ont tendance à déclarer des taux inférieurs d'utilisation du condom que leurs homologues masculins, elles sont plus à risque de développer des complications associées à une activité sexuelle non protégée. Par exemple, « 64 % de la stérilité tubaire et 42 % des grossesses ectopiques sont attribuables à la chlamydia, transmise sexuellement ». ⁴³ Plus encore, en Alberta, les taux de chlamydia ont doublé à la fois chez les garçons et les filles de 15 à 19 ans entre 1998 et 2002, les peuples autochtones étant atteints par cette infection d'une façon disproportionnée par rapport à leur poids démopgraphique. ⁴⁴

On croit aussi que l'alcool et les drogues ont des impacts importants sur les activités et l'hygiène sexuelles des jeunes. « Les études estiment que les jeunes Autochtones sont de deux à six fois plus à risque que leurs homologues non autochtones dans la population canadienne⁴ de subir les conséquences de chacun des problèmes associés à l'alcool »⁵. Quelque 42,8 % des adolescents des Premières Nations déclarent avoir pris de l'alcool au cours des 12 derniers mois. De ce nombre, 60,7 % disent aussi avoir eu des relations sexuelles au cours de la même période contre 9,0 % seulement de ceux qui n'ont pas consommé d'alcool (figure 4). De même, 8,6 % de ceux qui disent avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année disent aussi avoir été enceintes ou avoir mis une fille enceinte, ce qui est substantiellement plus élevé que le 1,8 % de ceux qui n'ont pas pris d'alcool au cours de la dernière année.

Figure 4. Relations sexuelles et grossesses précédentes (ou, pour les garçons, enfants engendrés), selon la consommation d'alcool



Une nutrition et une activité physique adéquates sont les deux besoins humains fondamentaux ayant une influence sur la santé et le mieux-être dans son ensemble. La relation inverse entre les jeunes qui ont une alimentation équilibrée et leur taux d'activité sexuelle suggère que la nutrition serait un facteur ayant une influence sur l'activité et la santé sexuelles des adolescents des Premières Nations. Par exemple, 17,2 % des adolescents des Premières Nations qui ont toujours ou presque toujours une alimentation équilibrée se disent actifs

sexuellement, alors que 38,3 % des jeunes qui n'ont jamais une alimentation équilibrée se disent sexuellement actifs. On n'observe aucune différence selon la fréquence de participation aux activités physiques.

Le recours sporadique à la contraception par les jeunes est une préoccupation importante d'hygiène sexuelle pour les adolescents des Premières Nations et n'a pas été abordé dans l'ERS. Feldmann et Middleman⁴⁶ affirment « qu'il faut aborder les questions de l'efficacité et du caractère pratique des contraceptifs, ainsi que des problèmes d'application liés aux préoccupations du partenaire ». Selon eux, les jeunes continuent à rencontrer de multiples obstacles pour obtenir des moyens contraceptifs. Les trois raisons principales évoquées par les adolescents des Premières Nations pour ne pas utiliser le condom sont : qu'ils étaient avec leur partenaire régulier (20,8 %); n'avaient pas de condom à ce moment-là (20,7 %); et étaient sous l'effet de l'alcool ou de la drogue (19,3 %).

Les taux d'activité coïtale (relation sexuelle, pénétration anale) par comparaison aux activités non-coïtales (sexe oral, masturbation) ne sont pas mesurés dans l'ERS. On en sait peu à ce sujet et sur leurs impacts respectifs sur la santé et l'activité sexuelles des jeunes.⁴⁷ Plusieurs indices tendent toutefois à prouver que des activités comme le sexe oral peuvent être inquiétantes et menacer la santé sexuelle des jeunes.

L'accès au counselling, aux examens psychologiques ou à tout autre service de santé mentale est lié aux taux d'activité sexuelle déclarés par les adolescents des Premières Nations - 23,9 % de ceux qui ont déclaré n'avoir jamais eu accès à de tels services se disent actifs sexuellement contre 42,4 % de ceux qui en ont bénéficié au cours des 12 derniers mois.

La vision sociétale de la sexualité a un impact énorme sur la santé et l'activité sexuelles des jeunes. Selon le Projet national de consultation autochtone⁴⁸, « nos impressions de ce qui est désirable et indésirable en termes de sexe et d'adolescence sont très locales, très particulières à un moment dans le temps, à un groupe et à un endroit sur la Terre. » Cette notion a peut-être un impact particulier sur les adolescents des Premières Nations, puisque les idées européennes et religieuses qui s'opposent au savoir et aux enseignements traditionnels contribuent à créer un environnement où coexistent « deux visions conflictuelles de la sexualité » .⁴⁹

La marginalisation et les impacts historiques du colonialisme et des pensionnats indiens sont préoccupants. Leur influence négative potentielle sur la santé et l'activité sexuelles des adolescents des Premières Nations vient à peine d'être reconnue au sein de la société. Néanmoins, l'ERS ne révèle aucune différence significative à cet égard - 30,7 % des jeunes dont au moins un parent a fréquenté un pensionnat indien déclarent être sexuellement actifs, contre 26,6 % des

jeunes dont les parents ne l'ont jamais fréquenté. En outre, 31,2 % des jeunes dont au moins un grand parent a fréquenté un pensionnat indien déclarent être sexuellement actifs, contre 27,7 % des jeunes dont les grands-parents n'ont jamais fréquenté un pensionnat indien. On ne peut pas établir de comparaison à ce sujet avec la population régulière. Néanmoins, jusqu'à 34 % des adultes répondant à l'ERS de 1997⁵⁰ ont déclaré avoir été victimes de violence sexuelle durant leur enfance, et les effets de ces violences passées sont également documentés.

Qui enseigne aux jeunes la sexualité et la santé sexuelle? « La famille - parents, grands-parents, tantes et oncles - est, pour les enfants, le principal professeur dans ce domaine. Les idées positives sur la sexualité et les attitudes et comportements sexuels s'apprennent par l'exemple... tout au long de l'enfance. Pour parler de sexualité, il faut se sentir bien vis-à-vis de sa propre sexualité, et pour parler de santé sexuelle et génésique, il faut posséder des connaissances à ce sujet. »⁵¹

La disponibilité de programmes culturellement adaptés et appropriés pour les adolescents des Premières Nations a une incidence sur le nombre de jeunes pouvant accéder à ces services. Par exemple, la méthode consistant à allouer les fonds fédéraux en fonction de catégories d'âge et de définitions restrictives du mot « jeune » a provoqué une pénurie de services accessibles, en particulier pour les adolescents de 13 à 15 ans. ⁵² Des programmes et les services adaptés à la culture sont primordiaux pour les adolescents des Premières Nations. Le besoin de tels services fait écho aux résultats du Projet national de consultation autochtone⁵³ en ce qui concerne les risques de violence et d'exploitation sexuelles qui pèsent sur les adolescents autochtones. Selon les conclusions de ce projet, « les jeunes ont affirmé clairement que les facteurs culturels, historiques et économiques comptent pour beaucoup dans l'expérience des enfants et des adolescents autochtones, et ces facteurs limitent l'application de la recherche, des programmes et des politiques non autochtones conçus pour les jeunes à risque ».

Finalement, nous examinerons le rapport entre l'usage des langues des Premières Nations et l'activité sexuelle et l'influence que peut exercer cette relation sur la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations. Les aînés des Premières Nations nous disent que seul l'usage de nos langues permet de véritablement comprendre enseignements culturels, mais le pourcentage d'adolescents des Premières Nations qui déclarent comprendre une langue des Premières Nations ou plus est de 32,7 % seulement. Toutefois, la relation entre l'activité sexuelle et le fait de comprendre ou non une langue des Premières Nations n'est pas évidente. Par exemple, les 26,7 % de répondants qui ne comprennent pas leur langue autochtone et qui déclarent être actifs sexuellement équivalent aux 32,2 % qui comprennent leur langue autochtone et qui disent aussi être sexuellement actifs. Il faudra donc, pour évaluer le caractère significatif de

cette relation, disposer d'une information plus détaillée sur l'activité et la santé sexuelles et la capacité de parler une langue autochtone chez les jeunes.

Conclusions et recommandations

On n'a pas découvert de différences significatives entre les modèles d'activité sexuelle des adolescents plus jeunes et ceux des plus âgés. Il y a des différences significatives évidentes entre les adolescents des Premières Nations et les jeunes dans la population canadienne en général – en particulier en matière d'occurrences d'activité sexuelle selon l'âge et le sexe, la plus significative étant peut-être le taux d'activité sexuelle chez les 13, 14 et 15 ans et les nombres plus élevés de partenaires sexuels chez les garçons de 17 ans par rapport aux filles.

Les modèles de méthodes anticonceptionnelles des adolescents des Premières Nations et des jeunes en général sont les mêmes, le recours aux méthodes de prévention de la grossesse augmentant avec l'âge et les méthodes contraceptives dans le seul but de prévenir les ITS diminuant avec l'âge. Les pourcentages d'adolescents des Premières Nations ayant recours à des méthodes contraceptives sont aussi les mêmes que dans la population en général - sauf pour ce qui est des garçons des Premières Nations de 17 ans qui, de toutes les catégories de jeunes, sont ceux qui déclarent le taux le plus élevé d'utilisation du condom. Les méthodes contraceptives des femmes des Premières Nations préoccupent, puisqu'on croit que le potentiel de problèmes reliés aux activités sexuelles est plus grand chez les femmes des Premières Nations, dont les taux de grossesse et d'ITS sont souvent plus du double de ceux des femmes canadiennes en général. Le taux de grossesse ou de procréation parmi les adolescents des Premières Nations est plus élevé que parmi les jeunes non-autochtones. Ces figures font valoir le besoin urgent de s'attaquer aux préoccupations des adolescents des Premières Nations en ce qui concerne l'activité sexuelle et la contraception, puisque ces derniers font aussi face à des questions de marginalisation, de discrimination d'exploitation sexuelle. De plus, il est important de reconnaître que la procréation précoce faisait peut-être partie des normes historiques des communautés des Premières Nations et que plusieurs des problèmes que connaissent les parents des Premières Nations sont le résultat d'un effondrement des croyances et des façons de faire traditionnelles.

Les facteurs qui influent sur l'activité et l'hygiène sexuelle des adolescents des Premières Nations sont comparables à ceux des adoslescents en général. Ces facteurs sont : des différences en matière d'activités sexuelles et de méthodes contraceptives selon le sexe; l'influence de l'abus d'alcool et de drogue sur l'activité sexuelle et les moyens de contraception; le rôle d'une saine alimentation et d'un exercice physique adéquat dans les décisions concernant l'activité sexuelle et l'emploi de moyens contraceptifs; les

modèles sporadiques et l'utilisation efficace des mesures contraceptives; et les activités sexuelles coïtales et noncoïtales des jeunes. Les facteurs ayant une incidence sur les activités et la santé sexuelles déclarées des adolescents des Premières Nations et qui leur sont spécifiques sont, notamment, l'accès au counselling ou à d'autres services psychologiques; l'opposition des vues sociétales traditionnelles de la sexualité; la marginalisation et les impacts historiques du colonialisme et les séquelles des pensionnats indiens; des cours de santé sexuelle et des enseignants appropriés et compétents dans cette matière; la disponibilité d'une programmation sensible à la culture en matière de santé sexuelle; et la maîtrise des langues des Premières Nations par les adolescents des Premières Nations.

Il a été souligné que ces questions ne sont pas toutes directement ou précisément abordées dans l'ERS et qu'elles peuvent avoir un impact potentiel significatif sur l'activité et l'hygiène sexuelles des adolescents des Premières Nations. En outre, toute tentative d'améliorer leur hygiène sexuelle doit d'abord et avant tout tenir compte de ces facteurs qui semblent souvent influencer indirectement l'hygiène sexuelle et le mieux-être des jeunes et qui sont une source de préoccupations et de problèmes. Ainsi, tout développement de programmes et de cours visant à améliorer l'hygiène sexuelle des adolescents des Premières Nations doit s'inscrire dans un cadre propre à la culture et approprié.

Dans un cadre culturel particulier, on appelle programmation d'éducation sexuelle appropriée une programmation visant un sexe particulier, un âge particulier, une communauté particulière ainsi que les valeurs et pratiques traditionnelles, tout en tenant compte de la guérison qu'exige l'influence du colonialisme et la marginalisation des adolescents des Premières Nations. De plus, toute éducation sexuelle qui n'englobe pas les enseignements traditionnels sur la sexualité, les rôles sexuels et les responsabilités connexes, la maternité en tant que rôle significatif au sein de la communauté et l'inclusion des hommes dans ces pratiques et processus est jugée insuffisante. Finalement, la participation directe des jeunes à l'élaboration des programmes d'éducation sexuelle est essentielle à leur succès. De plus, pour que ces programmes permettent aux jeunes de redresser tout sentiment d'aliénation, d'isolement, de piètre estime de soi et de discrimination, il est essentiel que les enseignants soient formés à la culture.

En matière de santé sexuelle et de modèles d'activité sexuelle. les adolescents des Premières Nations rencontrent les mêmes défis que les adolescents en général. Toutefois, si nous voulons bien comprendre leur impact sur la santé sexuelle des adolescents des Premières Nations, il est impératif de tenir compte de tous les éléments du contexte historique de violence, de traumatisme et des mauvaises conditions de vie généralisées qui contribuent à un environnement de changements socioculturels. C'est dans cet environnement que les adolescents des Premières Nations vivent des

situations de crise. Il faut donc sur-le-champ élaborer et offrir des programmes et des cours d'éducation sexuelle adaptés à la culture et adéquats pour les communautés des Premières Nations.

Notes de fin - Chapitre 23

- Note: Pour une explication détaillée du cadre culturel associé à l'ERS, voir: Organisation nationale de la santé autochtone, The Peoples' Report (Chapitre 2), (Ottawa, Ont.: Organisation nationale de la santé autochtone, 2005).
- David Newhouse, 1998, « Magic and Joy: Traditional Aboriginal Views of Human Sexuality, The Canadian Journal of Human Sexuality », 7, 2: 183-187
- Ministry of Children and Family Development, The B.C. Handbook for Action on Child Abuse and Neglect [en ligne]. 2001, Province de Colombie-Britannique. Disponible sur le Web: http://www.mcf.gov.bc.ca/child_protection/child_abuse_handbook/A5apph.htm
- Fondation autochtone de guérison, *Traumatisme historique et guérison autochtone* [en ligne]. 2004. Disponible sur le *Web*: http://www.ahf.ca/assets/pdf/french/historic_trauma.pdf >.
- Développement des Ressources humaines Canada et Statistiques Canada, L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 1996, 2° cycle (Ottawa, Ont.: Statistiques
- Madeleine Dion Stout et Gregory D. Kipling, Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique [en ligne], juin 1999, Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits. Disponible sur le Web
- http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/develop/1999_health-sante-sex-int-conf/index_f.html > Turtle Island Native Network, Preventing Youth Suicide in First Nations [en ligne], mars 2003.
- Disponible sur le Web: http://www.turtleisland.org/discussion/viewtopic.php?t=481. «Teen Pregnancy», The Aboriginal Nurse [en ligne]. 2002. Disponible sur le Web:
- http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3911/is_200201/ai_n9056290/print
- Centre for Aboriginal Health Research et Northern Health Research Unit. Research on HIV/AIDS in Aboriginal People: A Background Paper (Winnipeg, Man.: Université du Manitoba, 1998).
- National Aboriginal Consultation Project et le Fonds d'aide à l'enfance, Canada, Sacred Lives: Canadian Aboriginal Children and Youth Speak Out About Sexual Exploitation (Vancouver, C.-B., National Aboriginal Consultation Project, 2000).
- « Educating Children and Youth about Sexuality », The Aboriginal Nurse [en ligne]. 2002, p. 1. Disponible sur le Web: http://www.findarticles.com/p/articles/mi 200201/ai 9056304/print>.
- « Youth Sexuality and Sexual Health », The Aboriginal Nurse [en ligne], 2002, Disponible sur le Web: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3911/is_200201/ai_n9056294/print>.
- 15. National Aboriginal Consultation Project et Canadian Save the Children Fund, Sacred Lives: Canadian Aboriginal Children and Youth Speak Out About Sexual Exploitation.
- - Ibid
- 18. Fondation autochtone de guérison, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats indiens [en ligne]. 2003. Disponible sur le Web: < http://www.ahf.ca/assets/pdf/french/resilience.pdf >.
- Renforcer la relation. Rapport de la table ronde Canada-Autochtones [en ligne]. 19 avril 2004. Disponible sur le Web: < http://www.aboriginalroundtable.ca/rtbl/strenght_rpt_f.pdf >
- C. Airhihenbuwa, Health and Culture: Beyond the Western Paradigm (Thousand Oaks, Calif.: 20. Sage Publications, Inc., 1995).
- Les jeunes Autochtones vivant en milieu urbain Un plan d'action pour le changement. Rapport du Comité sénatorial permanent des peuples autochtones [en ligne]. 2004. Disponible Web:http://16016.vws.magma.ca/firstnations/french/pdf/FNC04- 034 les jeunes autochtones.pdf >.
- Jennifer Feldmann et Amy Middleman, octobre 2002, Adolescent sexuality and sexual behaviour, Current Opinion in Obstetrics and Gynaecology, 14, 5:489-493.

 Développement des ressources humaines Canada et Statistiques Canada, L'Enquête
- longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 1996, 2e cycle (Ottawa, Ont. : Statistiques Canada 1997)
- Eleanor Maticka-Tyndale, « Sexual Health and Canadian Youth: How Do We Measure Up? », The Canadian Journal of Human Sexuality [en ligne]. Printemps/été 2001, vol. 10, nos. 1-2, pp. 1-17. Disponible sur le Web: http://www.sieccan.org/pdf/maticka-tyndale.pdf>.
- Alberta Health and Wellness, Sexually Transmitted Infections (STI) Surveillance Report. Alberta—1998 to 2002 [en ligne]. [Edmonton, Alta.]: Alberta Health and Wellness, 2004. Disponible sur le Web: http://www.health.gov.ab.ca
- Centre for Aboriginal Health Research et Northern Health Research Unit, Research on 26. HIV/AIDS in Aboriginal People: A Background Paper (Winnipeg, Man.: Université du Manitoba, 1998).
- Alexander McKay, été 2000, Common Questions about Sexual Health Education, The Canadian Journal of Human Sexuality, 9, 2: 129-137.

 Organisation panaméricaine de la santé, Promotion of Sexual Health: Recommendations for
- 28. Action [en ligne]. 2000. Disponible sur le Web: http://www.sieccan.org/pdf/antigua_2.pdf>.
- A Steenbeek, 2004, Empowering Health Promotion: A Holistic Approach in Preventing Sexually Transmitted Infections Among First Nations and Inuit Adolescents in Canada, Journal of Holistic Nursing, 22, 3: 254-266.
- Jennifer Feldmann et Amy Middleman, octobre 2002, Adolescent Sexuality and Sexual Behaviour, Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 14, 5: 489-493, 490.
- 31 Feldmann et Middleman, Adolescent Sexuality and Sexual Behaviour, Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 489-493.
- Eleanor Maticka-Tyndale, « Sexual Health and Canadian Youth: How Do We Measure Up? », 1996, Enquête nationale sur la santé de la population, The Canadian Journal of Human Sexuality [en ligne]. Printemps/été 2001, vol. 10, nos. 1-2, pp. 1-17. Disponible sur le Web http://www.sieccan.org/pdf/maticka-tyndale.pdf, (voir p. 12).
 Les jeunes Autochtones vivant en milieu urbain – Un plan d'action pour le changement [en
- ligne]. 2004. Disponible sur le Web: http://www.turtleisland.org/news/absenuayrpt.pdf>.
- Organisation panaméricaine de la santé, Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action [en ligne]. 2000. Disponible à l'adresse : http://www.sieccan.org/pdf/antigua_2.pdf>.

- Feldmann et Middleman, Adolescent Sexuality and Sexual Behaviour, Current Opinion in 35 Obstetrics and Gynecology, 489-493, 490.
- 36. Les jeunes Autochtones vivant en milieu urbain – Un plan d'action pour le changement. Rapport du Comité sénatorial permanent des peuples autochtones [en ligne], octobre 2003. Disponible sur le Web :
- http://www.naho.ca/firstnations/english/pdf/BN_urban_aboriginal_youth_plan.pdf>.
- Stout et Kipling, Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique [en ligne]. 37.
- Santé Canada, La santé des femmes autochtones [en ligne]. 2005. Disponible sur le Web : <
- http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/women-femmes/fi-if/index_f.html >. Stout et Kipling *Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique* [en ligne], p. 72.
- Fédération ontarienne des centres d'accueil indiens de l'Ontario, *Tenuous Connections: Urban Aboriginal Youth Sexual Health & Pregnancy* (Toronto, Ont.: Fédération ontarienne des 40. centres d'accueil indiens de l'Ontario, mars 2002), p. 73.

 « Teen Pregnancy », The Aboriginal Nurse [en ligne], p. 1.

 Stout et Kipling, Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique [en ligne], p. 3.
- 41.
- 43. Maticka-Tyndale, « Sexual Health and Canadian Youth: How Do We Measure Up? » The Canadian Journal of Human Sexuality [en ligne], p. 5.
- 44. Alberta Health and Wellness, Sexually Transmitted Infections (STI) Surveillance Report: Alberta—1998 to 2002 [en ligne].
 Stout et Kipling, Table ronde autochtone sur la santé sexuelle et génésique [en ligne], p. 78.
- 45.
- Feldmann et Middleman, Adolescent Sexuality and Sexual Behaviour, Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 489-493, 491. 46.
- National Aboriginal Consultation Project et le Fonds d'Aide à l'enfance, Canada, Sacred Lives: Canadian Aboriginal Children and Youth Speak Out About Sexual Exploitation. 48.
- 49. Newhouse, Magic and Joy: Traditional Aboriginal views of human sexuality, The Canadian Journal of Human Sexuality, 183-187, 183. Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations, *Enquêtes régionales sur la*
- 50. santé des Premières Nations et des Inuit, 1997 [en ligne]. 2004. Disponible sur le Web : http://www.naho.ca/firstnations/french/pdf/RHS_rapport.pdf>. « Educating Children and Youth about Sexuality », The Aboriginal Nurse [en ligne], p. 3. Les jeunes Autochtones vivant en milieu urbain – Un plan d'action pour le changement.
- 52. Rapport final [en ligne].
- 53. National Aboriginal Consultation Project, Sacred Lives: Canadian Aboriginal Children and Youth Speak Out About Sexual Exploitation

Chapitre 24

Impacts de la fréquentation d'un pensionnat indien par les parents ou les grands-parents

Résumé

Ce chapitre présente des constatations sur le bien-être des jeunes des Premières Nations en fonction de la fréquentation d'un pensionnat indien par leurs parents et leurs grands-parents. Notre étude porte sur la proportion d'adolescents dont les parents et les grands-parents ont fréquenté un pensionnat indien. Des statistiques comparent les jeunes ayant des parents et/ou des grands-parents survivants des pensionnats indiens et les jeunes dont les parents et les grands-parents n'ont pas fréquenté de pensionnat indien. Ces constatations révèlent que davantage d'adolescents que d'enfants ont des parents ayant fréquenté un pensionnat indien. Beaucoup de jeunes sont toujours d'avis qu'il est très important de parler une langue des Premières Nations ou une langue inuit. Les jeunes dont au moins un parent a fréquenté un pensionnat indien sont plus susceptibles que les autres d'avoir songé au suicide à un moment donné de leur vie. On a également constaté que les effets des pensionnats indiens sur la santé physique et mentale ne sont pas aussi évidents chez les jeunes que chez les adultes. Nous concluons en affirmant qu'une étude approfondie des liens entre le fait d'être jeune, les effets intergénérationnels des pensionnats indiens et les influences sociales actuelles pourrait permettre de mieux comprendre ce qu'ils vivent aujourd'hui.

Introduction

Encore aujourd'hui, les adolescents des Premières Nations subissent les conséquences directes des pensionnats qui ont été ouverts de la moitié du 19^e siècle à la fin du 20^e siècle. Les effets cumulatifs des pensionnats sur l'identité culturelle, la santé et le mieux-être (et les tensions continuelles entre les valeurs des peuples autochtones et celles de la société dominante) compliquent les efforts des jeunes qui cherchent à se forger une identité et à trouver leur place dans le monde.²

Ce chapitre porte sur la proportion d'adolescents dont les parents et les grands-parents ont, à un certain moment, fréquenté les pensionnats. Nous avons comparé les résultats de l'enquête pour les jeunes dont les parents/grands-parents sont des survivantsⁱ à ceux des adolescents dont les parents et les grands-parents n'ont pas fréquenté le pensionnat. Plus précisément, cette information est appliquée aux domaines d'intérêt suivants: l'importance de parler une langue des Premières Nations; la capacité des jeunes de parler une langue des Premières Nations ou inuit et plus avec aisance ou relativement bien; l'importance des événements culturels et traditionnels; la prévalence du suicide; et le risque potentiel d'avoir un diagnostic de maladie physique ou mentale.

Résultats et discussion

Les adolescents sont plus susceptibles que les enfants de moins de 12 ans d'avoir des parents qui ont fréquenté les pensionnats. Aujourd'hui, au moins un parent d'environ 33,2 % des jeunes des Premières Nations et Inuit a étudié dans un pensionnat, alors que cette proportion est de 16,5 % seulement chez les enfants des Premières Nations et inuit. Les adolescents sont aussi plus susceptibles que les enfants de déclarer que leurs grands-parents ont étudié dans un pensionnat. Quelque 65,0 % des adolescents déclarent qu'au moins un de leurs grands-parents est un survivant des pensionnats indiens, alors que cette proportion est d'environ 60 % (58,6 %) chez les enfants.

Chrisjohn et Young (1994) font valoir que, malgré les nombreux livres écrits sur les systèmes et l'expérience des pensionnats indiens, les séquelles³ des pensionnats indiens n'ont pas encore été analysées de façon systématique. Cette affirmation se confirme lorsqu'on en arrive à étudier leurs effets directs et indirects actuels sur les adolescents et les

ⁱ Le terme « survivant » fait référence aux citoyens des Premières Nations qui ont vécu ou qui subissent actuellement les séquelles du système des pensionnats indiens au Canada.

enfants des Premières Nations dont les parents ou les grandsparents sont des survivants.

Plusieurs générations d'enfants ayant grandi dans un environnement où toute manifestation du caractère autochtone était découragée et dévalorisée, il n'est pas étonnant que les cultures et les langues de nombreuses communautés soient actuellement gravement menacées. Bien que ces jeunes aient vécu la perte de leur langue⁴, la majorité d'entre eux jugent encore très important de parler une langue des Premières Nations ou inuit, qu'ils aient été ou non exposés aux conséquences intergénérationnelles des pensionnats indiens (voir tableau 2).ⁱⁱⁱ

Tableau 1. Proportion d'adolescents des Premières Nations dont les parents et grands-parents ont étudié dans un pensionnat indien

Fréquentation intergénérationnelle	Pourcentage
Mère ou tuteur ayant fréquenté un pensionnat indien	22,8 %
Père ou tuteur ayant fréquenté un pensionnat indien	25,1 %
Au moins un des parents ayant fréquenté un pensionnat indien	33,2 %
Grand-mère maternelle ayant fréquenté un pensionnat indien	50,9 %
Grand-père maternel ayant fréquenté un pensionnat indien	42,1 %
Grand-mère paternelle ayant fréquenté un pensionnat indien	40,3 %
Grand-père paternel ayant fréquenté un pensionnat indien	37,2 %
Au moins un des grands-parents ayant fréquenté un pensionnat indien	65,0 %
Au moins un des parents et un des grands-parents ayant fréquenté un pensionnat indien	15,7 %

Tableau 2. Importance de parler une langue des Premières Nations - adolescents

Importance de parler une langue	Parents (au moins un)			
des Premières Nations	Survivant	Non survivant		
Très important	51,0 %	42,9 %		
Assez important	37,0 % (NS)	37,8 % (NS)		
Pas très important	9,1 % (NS)	12,3 % (NS)		
Pas important	3,0 %	6,9 %		

Par exemple, parmi les jeunes interviewés dont les parents sont des survivants, environ la moitié (51 %) affirment qu'ils jugent très important pour eux de parler leur propre langue. Parmi ceux dont aucun des parents n'a étudié dans un pensionnat indien, 42,9 % estiment important de parler une langue des Premières Nations. Parmi ceux dont les parents

240

Afin de simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour l'ensemble des valeurs estimations ayant un coefficient de variation de plus de 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique indiquant les intervalles de confiance de toutes les valeurs à l'adresse : http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_santé.php

iii Les comparaisons intergroupes citées dans ce chapitre sont toutes significatives à moins que le pourcentage soit accompagné de l'indication « NS » (non significatif) entre crochets. Dans ce chapitre, les valeurs estimatives sont considérées significativement différentes si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

sont des survivants, seule une petite minorité des jeunes sondés (3,0 %) nient l'importance d'apprendre une langue des Premières Nations, une proportion qui atteint 6,9 % chez les jeunes dont les parents ne sont pas des survivants.

Les résultats relatifs à la compréhension et à la capacité des jeunes de parler avec aisance ou relativement bien une langue des Premières Nations ou plus ne sont pas significatifs (p > 0.05) et ne sont pas inclus dans le présent rapport. Les résultats relatifs à la compréhension et à la capacité des jeunes dont au moins un des grands-parents a fréquenté un pensionnat indien de parler une langue des Premières Nations ou plus, ne sont pas non plus significatifs (p > 0.05).

Culture et tradition

Quelque 54,2 % des jeunes dont au moins un des parents a fréquenté un pensionnat indien croient que les événements culturels sont très importants. À cet égard, il y a un léger contraste avec la proportion des jeunes dont les parents n'ont pas été exposés aux pensionnats indiens, qui est de 46,1 %.

Suicide

Dans le chapitre 14, on affirme que l'un des effets les plus saisissants et les plus durables des pensionnats indiens sur les survivants adultes est la fréquence de mort précoce⁵ par suite d'un suicide ou d'autres facteurs. Chez les adolescents des Premières Nations dont au moins un des parents a fréquenté un pensionnat indien, 26,3 % ont pensé au suicide, contre 18,0 % chez ceux dont les parents ne les ont pas fréquentés. Ces chiffres ne sont pas statistiquement significatifs, mais il est intéressant de noter que les enfants des survivants sont plus nombreux à avoir tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie (13,1 %) que ceux dont aucun des parents n'est un survivant (7,8 %) (voir tableau 3).

Tableau 3. Proportion de pensées suicidaires et de tentatives de suicide chez les adolescents selon que leurs parents sont des survivants de pensionnats indiens ou non.

Ont déjà pensé à se suicider -	Parents (au moins un)			
Ont deja pense a se suicider -	Survivant	Non survivant		
Oui	26,3 %	18,0 %		
Jamais	73,7 %	82,0 %		
Out déià touté de ce quieldes	Parents (au	moins un)		
Ont déjà tenté de se suicider -	Parents (au Survivant	moins un) Non survivant		
Ont déjà tenté de se suicider -	,	<u> </u>		

Appuyant la mise en place de cadres de travail approfondis et holistiques, Stout et Kipling (2003) voient un lien probable entre les effets intergénérationnels de la violence et les risques élevés de suicide, de blessures liées à la violence et de consommation d'alcool chez les adolescents des Premières Nations. Il est certain qu'il faudra approfondir l'analyse de ces approches à multiples facettes pour mieux

comprendre s'il y a ou non des liens entre la fréquentation des pensionnats indiens par les parents ou les grands-parents et les facteurs à haut risque pour les adolescents, notamment le suicide, l'abus d'alcool et les blessures associées à la violence.

Les effets intergénérationnels des pensionnats indiens sur toutes les dimensions de la santé ne sont pas aussi extrêmes pour les adolescents (lorsqu'au moins un des parents les a fréquentés) qu'ils l'ont été pour leurs parents. Le tableau 5 montre qu'en matière de taux de santé mentale ou physique, les déclarations des jeunes dont au moins un des parents est un survivant ne diffèrent que légèrement de celles des jeunes dont les parents n'ont pas étudié dans un pensionnat indien. Cela laisse entendre que l'étude de la santé générale des adolescents des Premières Nations devra comporter l'analyse de plusieurs variables autres que la fréquentation intergénérationnelle des pensionnats indiens.

Jusqu'ici, la différence la plus notable entre les survivants des pensionnats indiens et leurs descendants est que ces derniers n'ont pas été confrontés au confinement à long terme dans une institution. En outre, aujourd'hui, la plupart des jeunes ont eu l'occasion d'interagir avec leurs frères et sœurs, ainsi qu'avec les membres de leur famille élargie. Ils aiment aussi être en contact avec les aînés et avec d'autres modèles positifs dans leurs communautés.⁶

Tableau 5. Diagnostics de santé et de maladie selon la fréquentation d'un pensionnat indien par les parents

Diagnostic si un des p est un survivant	arents	Diagnostic si aucun des parents n'est un survivant		
Déficience cognitive ou mentale	_	Déficience cognitive ou mentale	-	
Déficience physique	-	Déficience physique	-	
Diabète	-	Diabète	1,1 %	
Obésité	13,9 %	Obésité	21,6 %	

⁻ Données supprimées parce que l'échantillon est trop petit.

Conclusion

Les politiques d'assimilation forcée au moyen des pensionnats indiens ont influencé les jeunes des Premières Nations et Inuit à chaque palier de leur expérience, de leur identité individuelle et de leur santé mentale jusqu'à la structure et à l'intégrité des familles, communautés, bandes et nations. Il serait bon de poursuivre les recherches afin de renforcer la validité de cette affirmation auprès de la société canadienne en général. Nous devrions aussi reconnaître que les expériences des adolescents des Premières Nations, qui ont eu l'amabilité de se raconter dans cette enquête, doivent être validées. De plus, une étude approfondie des influences sociales contemporaines et des effets indirects actuels des pensionnats indiens sur les jeunes des Premières Nations et

241

2

inuit nous permettrait de mieux comprendre ce qu'ils vivent aujourd'hui et l'adversité qu'ils rencontrent.

Notes de fin du chapitre 24

• Jennifer J. Llewellyn, « Dealing with the Legacy of Native Residential School Abuse in Canada: Litigation, ADR, and Restorative Justice », University of Toronto Law Journal 52 (2002), pp. 253-300.

- Note: Pour une définition de l'héritage des pensionnats indiens, voir le chapitre 14.

 Note: Les résultats relatifs à la compréhension d'une langue des Premières Nations ou inuit ou plus selon la fréquentation d'un pensionnat indien par les parents ne sont pas significatifs (p. 5) et ne sont donc pas inclus dans ce rapport. De plus, les résultats relatifs à la capacité de parler une langue des Premières Nations ou inuit et plus ne sont pas non plus significatifs (p.
- 5).
 Madeleine Dion Stout et Gregory Kipling, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats indiens: Collection de recherche de la Fondation autochtone de guérison (Ottawa, Ont.: La Fondation autochtone de guérison, 2003).

 Ibid., p. 5.
- Laurence Kirmayer, Cori Simpson et Margaret Cargo, 2003, Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples, Australasian Psychiatry, 11: 15-23.

Autres références

Roland Chrisjohn et Sherri Young, 1991, Faith misplaced: lasting effects of abuse in a First Nations community, Canadian Journal of Native Education, 18: 161-197.

242

3

[•] S. Fournier & E. Grey, Stolen From Our Embrace: The Abduction of First Nation Children $and \ the \ Restoration \ of \ Aboriginal \ Communities \ (Toronto, \ Ont.: Douglas \ \& \ McIntyre, \ 1997).$

[·] Agnes Grant, No end of grief: Indian Residential Schools in Canada (Winnipeg, Man.: Pemmican Publishers, 1996).

[•] James Roger Miller, Shingwauk's Vision: A History of Native Residential Schools (Toronto, Ont.: University of Toronto Press, 1996).

[•] John S. Milloy, A National Crime: The Canadian government and the residential schools system, 1879 to 1986 (Winnipeg, Man.: University of Manitoba Press, 1999).

Note: Pour une définition des pensionnats indiens, voir le chapitre 14. Pour une vue d'ensemble de l'histoire du système des pensionnats indiens, Llewellyn (2002) suggère de se reporter à S. Fournier & E. Grey (1997) chapitre 2; Agnes Grant (1996); J. R. Miller (1996); et

John S. Milloy (1999). Llewellyn, « Dealing with the Legacy of Native Residential School Abuse in Canada: Litigation, ADR, and Restorative Justice », University of Toronto Law Journal.

Chapitre 25

Bien-être émotionnel et social

Résumé

Des jeunes des Premières Nations ont été interrogés, dans le cadre de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS), sur leur santé mentale, leur bien-être perçu et les ressources de soutien personnel. Leurs réponses révèlent que la plupart d'entre eux se débrouillent bien en matière de santé mentale et de bien-être personnel. Lorsque les jeunes des Premières Nations ont besoin d'aide, ils se tournent vers leurs parents ou tuteurs, des amis de leur âge, ou personne. La proportion de jeunes qui ont des problèmes de santé mentale est plus forte que celle des jeunes qui auraient accès à des services de santé mentale de type occidental ou qui consulteraient des guérisseurs traditionnels. Dans les collectivités, les fournisseurs de services n'ont pas toujours la possibilité d'offrir leur aide lorsqu'il le faut. Il est recommandé de réorienter les programmes vers une approche holistique et conforme aux traditions, dans laquelle la famille élargie et la collectivité ont un rôle à jouer. De plus, les collectivités doivent élaborer des stratégies qui amélioreront l'accès des jeunes aux services de santé mentale dans leur sens le plus large. Il est également recommandé d'exploiter davantage les possibilités de recherche offertes par les données produites par cette édition de l'ERS et les renseignements détenus par les collectivités et d'autres sources, afin de contribuer à améliorer l'état de santé des jeunes des Premières Nations.

Introduction

Pour les adolescents des Premières Nations, comme pour tous les jeunes, la période de l'adolescence est une étape difficile, et ils doivent lutter pour la traverser en maintenant un état de bien-être. Pendant ce cycle de collecte de données de l'ERS, on a posé aux jeunes de 12-17 ans diverses questions concernant leur santé mentale, leur perception de leur bien-être personnel et leurs sources de soutien. Jusqu'ici, peu de recherches sur les différents aspects de la santé mentale des Premières Nations ont adopté une perspective holistique. On dispose également de peu de données sur l'épidémiologie des troubles mentaux, même des plus communs (dépression, schizophrénie, troubles d'anxiété, etc.) chez les adolescents des Premières Nations. Ce type d'information est important parce que la dépression est un facteur de risque bien connu du suicide. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002, 7,9 % des Canadiens de 12 ans et plus manifestent des symptômes laissant supposer qu'ils ont connu au moins un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois², alors que le taux de dépression au sein de la population autochtone vivant hors réserve était de 13,2 %.3 Dans l'étude de l'Institut canadien de santé infantile sur les jeunes Mi'Kmags de 12 à 18 ans, 21 % des garçons et 47 % des filles déclarent s'être sentis tristes ou déprimés au cours de la dernière année.⁴

Malheureusement, les médias officiels décrivent le plus souvent les adolescents des Premières Nations comme un groupe en détresse touché par le problème du suicide. Il est vrai que l'expérience tragique de certaines communautés des Premières Nations dont un taux alarmant de jeunes se sont suicidés a retenu l'attention internationale. 5 Or, les taux de suicide sont souvent cités comme un indicateur de l'état de la santé émotionnelle d'une communauté. 6 Les communautés qui connaissent des pertes aussi dévastatrices doivent décider si elles appelleront à l'aide ou si elles s'attaqueront plus tôt calmement aux besoins de développement de leur communauté - une décision très difficile à prendre en période de crise. À part des données épidémiologiques éparses sur les troubles mentaux, il existe une base de documentation qui analyse et tente d'expliquer les taux élevés de suicide parmi les adolescents des Premières Nations aujourd'hui, lesquels sont estimés être de 5 à 6 fois plus élevés que la moyenne nationale parmi les jeunes non autochtones.^{8,9}

Certaines communautés démontrent des tendances de taux de suicide perturbatrices qui continuent d'augmenter avec le temps. Parmi la jeunesse Nishnawbe-Aski dans le Nord de l'Ontario, le nombre de suicides a augmenté de 400 % en dix ans, passant de cinq en 1986 à vingt-cinq en 1995. 10 On croit que ce modèle de taux de suicide pourrait en quelque sorte être lié à l'éloignement géographique de ces communautés. Or, dans leur étude sur les jeunes de 15 à 24 ans des Premières Nations de Colombie-Britannique, Chandler et Lalonde ont découvert le contraire. En effet, ils ont constaté que les taux de suicide étaient plus élevés chez les jeunes

vivant en milieu urbain (147,4 par 100 000 habitants) que parmi les jeunes vivant soit en milieu rural (95,1 par 100 000), soit en milieu éloigné (78,2 par 100 000 habitants). Ces observations contradictoires illustrent la nécessité d'enquêter pour savoir si l'isolement ou l'éloignement des communautés est lié au suicide chez les jeunes. Les nouvelles données de l'ERS étudient la fréquence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide chez les adolescents des Premières Nations. Cette information est présentée plus loin dans ce chapitre.

La recherche de Chandler et Lalonde est encourageante parce qu'elle amorce une description des facteurs que les communautés pourraient éventuellement contrôler en tout ou en partie et qu'elle examine les circonstances qui pourraient protéger du suicide. Dans le cas de la population de C.-B., le rapport inverse entre le taux de suicide des adolescents des Premières Nations et la « continuité culturelle » a été clairement démontré. Le concept de « continuité culturelle » fait référence à un état de bien-être communautaire général. Il est défini dans l'étude citée plus haut comme l'implication de la communauté dans certains aspects de l'autonomie gouvernementale, dans les revendications territoriales, dans le contrôle du système d'éducation, des services de santé, des services de police ou d'incendie, ou dans le fait de disposer d'installations culturelles pour ses membres. Plus il y a de facteurs présents dans les communautés, c'est-à-dire plus le niveau de continuité culturelle est élevé, plus le taux de suicide est faible chez les jeunes. Le taux de suicide dans les communautés qui ne comptent aucun de ces facteurs de protection est de 138 par 100 000 habitants alors qu'il est de 0 par 100 000 habitants dans celles qui présentent les six facteurs. 12 Même si 1'ERS 2002-2003 ne comportait aucune question sur la continuité culturelle proprement dite, les nouvelles données de ce cycle examinent certains de ces facteurs culturels ainsi que leur lien potentiel avec les pensées suicidaires et les tentatives de suicide parmi les adolescents des Premières Nations.

Finalement, il existe très peu d'information concernant les types de soutien et de services que recherchent les adolescents des Premières Nations lorsqu'ils souffrent de détresse émotionnelle ou mentale. Les nouvelles données de l'ERS décrivent leurs modèles de comportement en matière de recherche d'aide dans le contexte de divers problèmes psychosociaux. Ces conclusions aideront les communautés à mettre sur pied des services de santé mentale optimaux, accessibles et complets (composés à la fois de services traditionnels et occidentaux) pour les adolescents des Premières Nations.

Résultats

Sentiment d'équilibre des adolescents sur les plans physique, mental, émotionnel, et spirituel

Dans l'ensemble, la majorité des adolescents des Premières Nations sondés disent se sentir la plupart du temps en équilibre avec les aspects physique, émotionnel, mental et spirituel de leur vie. L'aspect le plus souvent déclaré est l'équilibre physique, suivi, dans l'ordre, de l'équilibre mental, émotionnel et spirituel. Les déclarations des répondants figurent au tableau 1.

Les garçons sont plus susceptibles que les filles de s'estimer en équilibre mental et physique tout le temps. En outre, les adolescents plus jeunes (12-14 ans) sont plus susceptibles que leurs pairs plus âgés (15-17 ans) d'affirmer être en équilibre physique et spirituel tout le temps. Quelque 12,1 % des jeunes disent qu'ils ne se sentent presque jamais en équilibre émotionnel. Les jeunes vivant dans des communautés isolées sont plus susceptibles que ceux des communautés non isolées de déclarer se sentir rarement en équilibre mental. Les jeunes vivant dans des communautés isolées et éloignées sont plus susceptibles que ceux vivant dans des communautés non isolées de se dire en équilibre émotionnel et physique tout le temps. Les jeunes vivant dans des communautés qui n'ont pas d'entente de transfert des responsabilités en matière de santé sont plus susceptibles que ceux des communautés qui disposent d'une telle entente de dire qu'ils ne sentent presque jamais en équilibre physique. Les jeunes des communautés qui font partie d'une entente de transfert multicommunautaire sont plus susceptibles que ceux des communautés qui n'ont pas d'entente de déclarer être tout le temps en équilibre spirituel.

Tableau 1. Déclaration des jeunes à la question « À quelle fréquence as-tu l'impression d'être en équilibre? »

Réponses	Équilibre physique	Équilibre mental	Équilibre émotionnel	•
Tout le temps	33,7 % ⁱ	31,2 %	23,1 %	25,5 %
La plupart du temps	38,6 %	34,8 %	37,0 %	32,9 %
Parfois	21,6 %	18,2 %	27,8 %	26,8 %
Presque jamais	6,0 %	15,7 %	12,1 %	14,8 %

Dépression

Un peu moins des trois quarts des jeunes (72,8 %) sondés disent ne s'être jamais sentis tristes ou déprimés pendant deux semaines de suite, alors que 27,2 % d'entre eux se sont sentis tristes ou déprimés pendant deux semaines de suite

i Afin de simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour l'ensemble des estimations ayant un coefficient de variation de plus de 33,3 %. On peut trouver une annexe statistique indiquant les intervalles de confiance de toutes les valeurs à l'adresse : http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_santé.php

(figure 1). Il y a une différence significative entre les sexes à ce propos, les filles faisant état de ces sentiments de tristesse ou de dépression à des taux beaucoup plus élevés que les garçons (37,1 % contre 18,1 %). Quelque 44,3 % des filles de 15–17 ans déclarent les ressentir, par comparaison à 22,1 % des garçons du même groupe d'âge. Quelque 28,0 % des filles de 11-14 ans disent s'être senties tristes ou déprimées, par comparaison à 13,3 % seulement de leurs homologues masculins. Ces données montrent que par rapport aux garçons, les filles déclarent éprouver environ le double de sentiments dépressifs, ce qui correspond aux résultats de l'étude de Nouvelle-Écosse sur la santé des Mi'Kmags. 13 On n'a découvert aucune association significative entre les sentiments de tristesse et de dépression déclarés et des facteurs tels que l'éloignement ou l'isolement des communautés ou le statut en matière de transfert des responsabilités de santé des communautés où vivent les jeunes.

Suicide

On a demandé aux jeunes s'ils avaient déjà pensé à se suicider ou tenté de se suicider. Quelque 78,9 % de tous les jeunes déclarent n'avoir jamais pensé à se suicider et 90,4 % disent n'avoir jamais tenté de le faire. Les résultats de ces deux variables ont ensuite été divisés en quatre groupes : ceux qui ont eu des pensées suicidaires ou ont fait une tentative avant 12 ans; ceux qui ont eu de telles pensées ou ont fait une tentative à l'adolescence (12–17 ans); ceux qui ont eu des pensées suicidaires ou ont fait une tentative dans la dernière année; et ceux qui n'y ont jamais pensé et n'ont jamais tenté de se suicider. Les figures 2 et 3 montrent respectivement les données sur les pensées suicidaires et celles sur les tentatives de suicide.

Figure 1. Se sont sentis tristes ou déprimés pendant deux semaines de suite (n = 4 546)

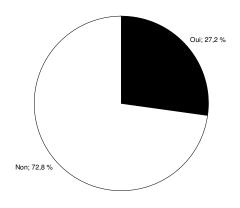
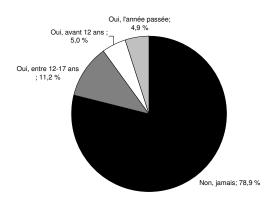


Figure 2. Pourcentage d'adolescents ayant des pensées suicidaires (n = 4 694)



Nous avons aussi exploré les interactions possibles entre le sexe et l'âge sur le plan des pensées suicidaires ou des tentatives antérieures. Ces résultats sont illustrés dans la figure 4. L'âge et le sexe sont reliés de façon significative avec les pensées suicidaires et les tentatives de suicide durant la jeunesse. Selon les divers groupes d'âge, les filles sont plus portées que les garçons à avoir entretenu des pensées suicidaires.

Nous n'avons toutefois pas découvert de relation entre les pensées suicidaires antérieures et l'éloignement, l'isolement ou la situation relative au transfert des communautés.

Figure 3. Pourcentage des adolescents ayant tenté de se suicider (n = 4 735)

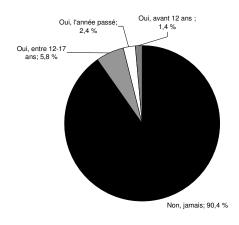
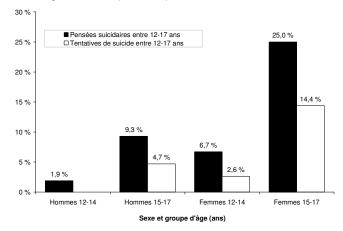


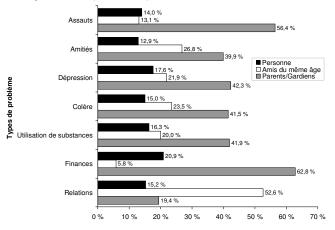
Figure 4. Pensées et tentatives de suicide durant l'adolescence selon l'âge et le sexe (n = 4 694)



Trouver de l'aide : Vers qui irais-tu pour obtenir de l'aide?

La majorité des adolescents des Premières Nations qui ont des problèmes cherchent de l'aide auprès d'un petit groupe de gens. On a demandé aux jeunes vers qui ils iraient en premier pour obtenir de l'aide s'ils rencontraient les problèmes suivants : problèmes familiaux, de relations avec leur ami de cœur, financiers, de drogues ou d'alcool, de colère ou de perte de contrôle, de dépression, problèmes avec des amis, problèmes d'agression sexuelle ou physique, de maladies transmises sexuellement, de méthodes contraception et de grossesse. En général, ils disent aller d'abord vers un parent ou un tuteur pour tous ces problèmes sauf les problèmes de relations avec leur ami de cœur. Pour cela, ils cherchent d'abord de l'aide auprès d'amis de leur âge. Les problèmes pour lesquels les jeunes vont chercher de l'aide auprès de leurs parents/tuteurs, d'amis de leur âge et de personne sont énumérés à la figure 5. L'une des conclusions les plus préoccupantes est le pourcentage de jeunes qui ne se tournent vers personne lorsqu'ils vivent des situations difficiles (qui sont des facteurs de risque de suicide ou d'autres comportements qui nuisent au bien-être personnel) ayant trait à des problèmes de relation, de consommation de substances et de dépression.

Figure 5. Les premières personnes vers qui vont les jeunes pour divers problèmes (n = 4 414+)



Les personnes vers qui vont d'abord les jeunes varient selon le type de questions. Pour obtenir de l'aide relativement à des problèmes familiaux : 41,0 % iront d'abord vers un parent ou un tuteur, 27,3 % iront d'abord vers des amis de leur âge et 15,5 % se tourneront vers d'autres membres de leur famille. Pour des problèmes de MTS, 45,1 % iront d'abord vers un parent ou un tuteur, 25,4 % iront d'abord vers un médecin, une infirmière ou un représentant en santé communautaire et 13,0 % n'iront vers personne. Pour obtenir de l'aide en matière de contraception : 42,9 % iront vers un parent ou un tuteur, 20,6 % vers un médecin, une infirmière ou un représentant en santé communautaire et 16,6 % n'iront vers personne. Pour les problèmes relatifs à une grossesse, 47,6 % iront d'abord vers des parents ou tuteurs, 15,5 % n'iront vers personne, et 12,3 % iront vers un médecin, une infirmière ou un représentant en santé communautaire. Dans les cas de problèmes physiques ou de nature médicale tels que les MTS, la contraception et la grossesse (par comparaison aux autres problèmes psychosociaux sondés), les données semblent indiquer que les jeunes sont plus prêts à consulter d'abord des professionnels de la santé (s'ils sont disponibles) dans leur communauté.

Trouver de l'aide : Recours aux services de santé mentale occidentaux et à la guérison traditionnelle

En général, les jeunes interviewés ne consultent pas les guérisseurs traditionnels, les conseillers, les psychologues et n'ont pas recours aux autres services de santé mentale offerts. Ces résultats correspondent aux conclusions décrites dans la section ci-dessus en ce qui concerne les personnes que les jeunes consultent normalement en premier lorsqu'ils sont confrontés à une variété de problèmes psychosociaux (par exemple, un parent ou un tuteur). Par exemple, 1 % seulement des jeunes iraient d'abord voir un guérisseur traditionnel s'ils avaient un problème de dépression, et 1,8 % seulement des jeunes consulteraient un médecin ou un autre professionnel de la santé. On ne dispose pas de documentation nous indiquant si ces jeunes auraient besoin

de ces sources, mais choisissent de ne pas les utiliser, ou si l'impossibilité de les consulter est un facteur. Le tableau 2 illustre le petit nombre de jeunes qui utilisent ce type de services.

Tableau 2. « Quand avez-vous consulté un guérisseur traditionnel, un conseiller, un psychologue ou tout autre service de santé mentale pour la dernière fois? »

Réponses	Guérisseur traditionnel (n = 4 548)	Counseling, évaluation psychologique, autres services en santé mentale (n = 4 490)
Au cours des 12 derniers mois	s 12,8 %	10,5 %
Il y a un ou deux ans	4,7 %	4,9 %
Il y a plus de deux ans	4,4 %	4,3 %
Je ne m'en souviens plus	13,1 %	8,5 %
Jamais	65,0 %	71,8 %

Il y a une relation significative entre le sexe et le recours aux services de santé mentale (les filles étant plus portées à y avoir recours). Quelque 13,5 % des filles sondées ont eu accès à des services de santé mentale au cours des 12 derniers mois contre 7,8 % des garçons, et 75,4 % des jeunes hommes sondés déclarent n'avoir jamais utilisé de services de santé mentale par comparaison à 67,8 % des jeunes femmes.

Résumé des principales conclusions

- La majorité des répondants disent se sentir en équilibre avec les aspects physique, émotionnel, mental et spirituel la plupart du temps.
- Quelque 72,8 % des jeunes disent ne s'être jamais sentis tristes ou déprimés pendant deux semaines de suite.
- Peu importe l'âge, les filles déclarent se sentir déprimées dans une proportion équivalant au double de celle des garçons.
- Le sentiment de tristesse ou de dépression n'est pas significativement associé à l'éloignement/isolement des communautés ou à leur situation en matière de transfert des responsabilités de santé.
- Quelque 78,9 % des jeunes déclarent n'avoir jamais pensé au suicide et 90,4 % des jeunes déclarent n'avoir jamais tenté de le faire.
- Les filles déclarent penser au suicide et avoir tenté de se suicider durant leur jeunesse (12-17 ans) à un taux significativement plus élevé que les garçons.
- Il n'y a pas de relation significative entre les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide et l'éloignement/isolement des communautés.
- Dans le cas d'une variété de problèmes médicaux et psychosociaux, les jeunes déclarent en général aller vers un parent ou un tuteur pour obtenir de l'aide; il est aussi important de noter qu'entre 12,3 % et 20,9 % des jeunes

déclarent ne consulter personne selon le type de problème.

- Les filles utilisent les services de santé mentale à un taux significativement plus élevé que les garçons.
- Quelque 65 % des jeunes disent n'avoir jamais consulté un guérisseur traditionnel, tandis que 12,8 % des jeunes ont vu un guérisseur traditionnel au cours des 12 derniers mois.

Discussion

Comme les données l'indiquent, la majorité des adolescents des Premières Nations disent se sentir en équilibre sur les plans de la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Dans le cadre de prochaines études, il serait peutêtre plus utile de leur demander s'ils se sentent en équilibre dans le sens holistique de leur santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle (on entend par là l'évaluation de tous ces aspects de la santé combinés, plutôt que séparés).

Ces données révèlent aussi que les jeunes filles éprouvent des sentiments dépressifs en nombre significativement plus élevé (environ le double du taux déclaré par les garçons). Ce résultat correspond à ceux d'études antérieures, en particulier mentionnée précédemment sur la jeunesse Mi'Kmaque. 14 On peut se demander si les jeunes filles sont vraiment plus nombreuses à être dépressives ou si les jeunes garçons sont réticents à faire part de ces sentiments dans le cadre d'une enquête. Les données sur le suicide révèlent le même modèle selon le sexe. Des taux significativement plus élevés de jeunes filles déclarent avoir des pensées suicidaires et avoir déjà tenté de se suicider dans leur jeune âge. Dans la documentation, il a été démontré qu'en général, les filles déclarent plus de pensées suicidaires et plus de tentatives, tandis que les taux de suicide sont plus élevés parmi les garcons. 15 Encore une fois, il n'est pas évident que cela représente une réelle conclusion (c'est-à-dire : est-il vrai que les filles pensent plus au suicide et font plus de tentatives, toutefois moins létales, ou est-ce simplement que les garçons choisissent de ne pas parler de leurs pensées suicidaires ou leurs tentatives antérieures?). Il pourrait aussi y avoir une différence entre les sexes au regard de l'impulsivité des tentatives de suicide chez les garçons, qui comportent un potentiel de létalité plus élevé. Il serait intéressant que de prochaines études interrogent les adolescents sur les facteurs tels que l'utilisation concomitante de substances (par exemple, l'alcool) au moment des pensées suicidaires ou des tentatives de suicide. Malchy et Enns ont découvert que les taux d'alcool dans le sang étaient significativement plus élevés dans le corps des citoyens des Premières Nations s'étant suicidés au Manitoba et que les suicides réussis le sont le plus souvent par des hommes (70 %). ¹⁶ Des précisions concernant les comportements suicidaires différents selon le sexe pourraient contribuer au développement de programmes de prévention du suicide plus efficaces, tant pour les garçons que pour les filles, dans les communautés.

Il a été découvert que, dans le cas de divers problèmes psychosociaux, les jeunes vont généralement d'abord chercher de l'aide auprès d'un parent ou d'un tuteur. Parents et tuteurs doivent être préparés à cette réalité et posséder les connaissances nécessaires pour aider leur adolescent, quels que soient les problèmes qu'ils rencontrent. Cela peut impliquer un continuum de soutien allant du développement des compétences parentales jusqu'à l'information aux parents concernant les différents organismes de services sociosanitaires dans la communauté et à la manière d'y accéder. Le second groupe vers lequel les adolescents sont le plus portés à se tourner est celui des amis de leur âge. Ces derniers peuvent avoir ou ne pas avoir les compétences nécessaires pour aider leurs pairs en difficulté. Les fournisseurs de services des communautés des Premières Nation devraient considérer le développement programmes favorisant un soutien par les pairs efficace. De son côté, le Groupe de consultation sur la prévention du suicide a recommandé l'élaboration de programmes communautaires afin de soutenir les meilleures pratiques en matière de compétences parentales et de bien-être familial ainsi que la promotion des rôles et responsabilités des jeunes en tant que conseillers de leurs pairs, guérisseurs naturels et modèles exemplaires les uns pour les autres.¹⁷

Pour ce qui est de l'accès des adolescents aux services de santé mentale, les données indiquent que la majorité des jeunes n'a jamais eu recours aux services occidentaux et n'a jamais consulté un guérisseur traditionnel. La consultation d'un guérisseur traditionnel n'est pas significativement reliée au statut d'éloignement ou d'isolement des communautés, alors que l'accès aux services de santé mentale occidentaux l'est. Cela est possible, puisque nombre de communautés éloignées ne disposent que d'un accès limité aux services d'un médecin et de peu d'accès à des soins plus spécialisés tels que l'évaluation psychologique. 18 Les adolescents vont peut-être vers des fournisseurs de services hors réserve que les données n'incluent pas. Ils ont peut-être aussi vécu des expériences négatives avec les services de santé mentale en raison de facteurs tels que le racisme et le manque de sensibilité culturelle dans les méthodes de traitement. Il y a une différence significative pour ce qui est de l'accès aux services selon le sexe, les jeunes femmes déclarant un taux plus élevé d'utilisation de ces services que les jeunes garçons. On ne sait pas si cette différence est due au fait que les jeunes filles en détresse sont plus vite identifiées (puis dirigées vers les services) ou si les jeunes hommes sont réticents à utiliser les services de santé mentale ou ne savent pas comment y accéder. Les communautés doivent développer des stratégies pour repérer les jeunes à risque ou en détresse et veiller à ce qu'ils soient mis en contact avec une aide appropriée. Il pourrait être utile de demander aux jeunes filles et garçons quels obstacles les empêchent d'avoir accès aux services de santé mentale. On pourrait ainsi déterminer différentes stratégies afin d'augmenter le nombre total de jeunes qui viennent chercher de l'aide. On trouve

dans certaines communautés des modèles de pratiques exemplaires innovatrices. Les Eskasoni¹⁹ et les Six Nations de Grand River²⁰ offrent des services de santé mentale complets et holistiques tout en demeurant respectueux des façons de faire traditionnelles afin que tous les membres de la communauté, y compris les jeunes, puissent atteindre un meilleur bien-être personnel et mental.

En définitive, comme l'avait conclu Chandler et Lalonde, les données de l'ERS que nous avons examinées ne révèlent pas énormément de relations significatives entre les facteurs relatifs au bien-être émotionnel et la suicidabilité.²¹ Il se peut que la méthodologie utilisée n'ait pas été apte à déceler ces relations ou qu'il faille, pour examiner la continuité culturelle, incorporer d'autres bases de données et sources d'information communautaire. Par exemple, Chandler et Lalonde ont découvert deux nouvelles variables dans leur modèle : les enfants en services de protection et les femmes au gouvernement.²² Ajoutons aussi que l'analyse du présent chapitre n'inclut pas les facteurs tels que le contrôle par la communauté de l'éducation et des services de police et d'incendie ni le fait qu'elle dispose d'au moins une installation pouvant accueillir les activités culturelles. De prochaines études des données de l'ERS pourraient aussi se pencher sur d'autres facteurs de protection possibles contre le comportement suicidaire, comme l'alimentation, les niveaux d'activité ou d'exercice et la participation aux activités traditionnelles et culturelles.

La majorité des adolescents des Premières Nations sondés se sentent en équilibre (physique, émotionnel, mental et spirituel). Nombre de jeunes évoquent aussi l'absence de signes de détresse significatifs, y compris les sentiments de dépression persistants, les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide antérieures. On peut conclure que nombre d'adolescents des Premières Nations, malgré les défis que pose l'adolescence, se jugent en bon état sur les plans de leur bien-être mental et personnel. Néanmoins, un plus faible pourcentage fait état d'une détresse émotionnelle significative, y compris de sentiments de tristesse et dépressifs durant deux semaines, de pensées suicidaires et des tentatives de suicide antérieures.

Il sera important que ces jeunes se sentent à l'aise d'utiliser les services de santé mentale offerts dans leur communauté, qu'il s'agisse de la famille et du soutien des pairs, des organismes de services sociaux ou de santé mentale ou des guérisseurs traditionnels. Dans le cadre de l'élaboration de programmes de prévention du suicide plus complets pour la jeunesse, il sera également essentiel de déceler les facteurs de protection contre les comportements suicidaires. La majorité des adolescents des Premières Nations, lorsqu'ils sont confrontés à une variété de problèmes psychosociaux, choisissent d'aller d'abord vers un parent ou un tuteur pour obtenir de l'aide. Ils choisissent aussi souvent de chercher de l'assistance auprès d'amis de leur âge. Les communautés devront penser à une programmation articulée sur les

compétences parentales, le bien-être familial et le soutien par les pairs, afin que ces systèmes de soutien, qui sont les premiers choix des jeunes, puissent vraiment les aider en temps de crise. Les adolescents des Premières Nations déclarent de faibles taux de recours aux services de santé mentale et aux guérisseurs traditionnels. De même, une certaine proportion de jeunes affirment qu'ils ne consulteraient personne s'ils étaient confrontés à un problème psychosocial significatif. Les communautés pourraient penser à consulter les jeunes afin de préciser les obstacles qu'ils rencontrent à cet égard. En fin de compte, on devrait viser à développer une programmation et à améliorer l'accès à des services de santé mentale dont l'approche est holistique et complète.

Recommandations/solutions

- Des études à venir pourraient poser aux jeunes des questions plus contextuelles concernant les comportements entourant les pensées suicidaires et les tentatives de suicide (par exemple, si oui ou non une substance était impliquée). Cette information permettrait de personnaliser les programmes de prévention du suicide tant pour les garçons que pour les filles.
- Les communautés pourraient envisager d'élargir l'éventail des services en développant des programmes de bien-être familial et de soutien par les pairs afin d'offrir aux jeunes des services de santé holistiques susceptibles de les aider en période de détresse.
- Il pourrait être utile que les communautés consultent leurs jeunes pour comprendre quels obstacles les empêchent d'accéder aux services de santé mentale et aux guérisseurs traditionnels.
- Les communautés doivent développer des stratégies afin de repérer les jeunes à risque et de s'assurer de la mise en place de mécanismes permettant de relier ces jeunes aux services adéquats.
- Les prochaines études qui utiliseront les données de ce cycle de l'ERS pourraient étudier d'autres facteurs de protection possibles contre la défaillance mentale (en particulier le suicide) aux niveaux individuel et familial. Parmi les facteurs de protection prouvés, mentionnons la promotion des avantages d'une bonne alimentation, des niveaux d'exercice ou d'activité sains, du niveau scolaire et de la participation aux activités traditionnelles et culturelles.
- De prochaines études pourraient analyser différemment le concept de continuité culturelle et sa relation avec le suicide chez les jeunes. Cela est important parce que les travaux de Chandler et Lalonde décrivent les facteurs de protection communautaires potentiels qui pourraient se traduire par une réduction du taux de suicide, un bienfait ultime pour la communauté toute entière. ^{23, 24}

Notes de fin du Chapitre 25

- Chandler et Lalonde, 1998, Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations, Transcultural Psychiatry, 35, 2: 191-219.
- Statistique Canada, « La santé mentale des immigrants au Canada », Rapports sur la santé-Supplément 13 (2002), p. 3. Statistique Canada, «La santé des Autochtones hors-réserve», Rapports sur la santé-
- Supplément 13 (2002), p. 6. «The Health of the Nova Scotia Mi'kmaq Population (1997) », La santé des enfants au
- Canada: Un profil de l'ICSI, 3e édition (Ottawa, Ont.: Institut canadien de la santé infantile, 2000), p. 164. Comité consultatif sur la prévention du suicide, Savoir et agir : la prévention du suicide chez
- les jeunes des Premières Nations (Ottawa, Ont. : Santé Canada, 2002), p. 17. « La santé des Autochtones », Améliorer la santé des Canadiens, (Ottawa, Ont. : Initiative sur
- 6. la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, 2004), p. 80.
- Comité consultatif sur la prévention du suicide, Savoir et agir : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations, p. 17.
- Ibid. p. 23.
- Santé Canada, Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada (Ottawa, Ont. : Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, 2003), pp. 34-35.
- 10. Comité consultatif sur la prévention du suicide, Savoir et agir : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations, p. 25.
- 11. Chandler et Lalonde, Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations, Transcultural Psychiatry.
- « The Health of the Nova Scotia Mi'kmaq Population (1997) », La santé des enfants au Canada : Un profil de l'ICSI . 13.
- 15
- Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada.*B. Malchy et M.W. Enns, 1997, Suicide Among Manitoba's Aboriginal people, 1988-1994, 16. Journal de l'Association médicale canadienne, 156, 8 : 1133-1138.
- 17. Comité consultatif sur la prévention du suicide, Savoir et agir : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations, p. 16.
- 18 « La santé des Autochtones », Améliorer la santé des Canadiens.
- Ibid. 19.
- C. Wieman, An Overview of Six Nations Mental Health Services, comptes rendus de l'Advanced Study Institute: The Mental Health of Indigenous Peoples, publié par L. J. Kirmayer, M. E. Macdonald et G. M. Brass (Montréal, Qué: Culture & Mental Health 20. Research Unit, Rapport nº 10, 2000), pp. 177-185. Chandler et Lalonde, Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations,
- 21. Transcultural Psychiatry.
- M. Chandler et C. Lalonde, Transferring Whose Knowledge? Exchanging Whose Best Practices? On Knowing About Indigenous Knowledge and Aboriginal Suicide, public par D. 22. Beavon et J. White, Aboriginal Policy Research (London, Ont.: Althouse Press, sous presse). Chandler et Lalonde, Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations,
- 23. Transcultural Psychiatry.
- 24. Chandler et Lalonde, Transferring Whose Knowledge? Exchanging Whose Best Practices? On Knowing About Indigenous Knowledge and Aboriginal Suicide.

La santé des enfants des Premières Nations



Enfants

Chapitre 26

Structure du ménage, revenu et scolarité des parents

Résumé

L'édition 2002-2003 de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) comprend une étude sur les enfants de moins de 12 ans dans les collectivités des Premières Nations. Elle est axée sur les familles et les ménages où vivent les enfants ainsi que sur la garde des enfants. On constate sans surprise que la plupart des enfants sont bien intégrés à leur famille et à leur communauté, puisqu'ils demeurent en milieu familial même s'ils sont gardés. Certains enfants fréquentent des garderies organisées pouvant satisfaire à la fois leurs besoins de développement et les besoins des parents de faire garder leur enfant pendant qu'ils sont à l'école ou au travail. Les ressources physiques et éducatives des parents et des autres membres du ménage sont toujours très inférieures à celles de la population canadienne en général. Si on les compare avec les communautés de taille moyenne, les grandes communautés des Premières Nations comptent peu d'enfants en garderie et beaucoup d'enfants vivant dans des logements surpeuplés. Les communautés non isolées comptent plus d'enfants provenant de ménages ayant des revenus et ressources en matière de logement que les communautés isolées.

Introduction

Le présent chapitre jette les bases nécessaires à l'interprétation de la santé des enfants vivant dans les communautés des Premières Nations en décrivant la situation de leur famille, de leur ménage et des services de garde. Certaines de ces situations se sont révélées des déterminants importants de la santé, particulièrement chez les enfants. Noter analyse vise à décrire dans quelle mesure ces enfants sont potentiellement reliés et impliqués avec leur famille. Cela sera suivi d'un examen de quelques-unes des ressources accessibles aux familles et qui sont susceptibles d'influer sur leur bien-être physique et culturel, de même que sur la santé de leurs enfants.

Le présent chapitre est rédigé essentiellement d'un point de vue inspiré du cadre culturel des Premières Nations. Les principaux points de départ comprennent la considération de la « santé totale » de la personne globale dans « l'environnement total ». Le présent chapitre est surtout axé sur les environnements familiaux et communautaires des enfants dans les communautés des Premières Nations.

Même si les enfants sont des individus à part entière, le présent chapitre est axé sur les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils évoluent. Les enfants sont perçus dans le contexte de leurs familles et de leurs ménages (considérés comme des facteurs d'influence primaires de la santé et de l'équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel).

Les descriptions des familles et des ménages donnent de l'information sur la taille du ménage, la cohabitation avec les parents ou autres membres de la famille, la vie dans les ménages avec des membres de la famille étendue, la vie avec d'autres enfants et jeunes et les modes de garde.

Outre la composition des familles et des ménages, on s'intéresse également à l'environnement physique des enfants. Les conditions de logement font partie de l'environnement physique très intime des enfants. Plus particulièrement, le surpeuplement a des effets sur les liens potentiels à la famille et à d'autres membres du ménage. Les caractéristiques de la communauté peuvent également être des indicateurs d'influence eurocentrique sur l'enfant.

En ce qui concerne les ressources accessibles aux enfants des Premières Nations, l'enquête contient des renseignements sur la taille du logement, l'ampleur du surpeuplement, le revenu du ménage et la scolarité des parents.

Les caractéristiques communautaires susceptibles d'influer sur les ressources ou sur la mesure d'exposition à la culture occidentale sont la taille de la communauté et son degré d'isolement géographique. Dans l'ensemble, seules les différences socialement et statistiquement significatives sont indiquées. ⁱ

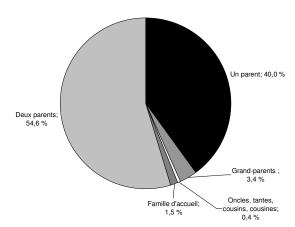
Résultats et discussion

Structure familiale et du ménage

Deux tiers $(66,3\%)^{ii}$ des enfants vivant dans les communautés des Premières Nations vivent dans des ménages comptant cinq personnes ou plus, surtout des membres de la famille. La majorité (83,2%) vit avec deux adultes ou plus; le tiers (38%) vit avec trois enfants/adolescents ou plus (enfants et adolescents autres qu'eux-mêmes). Le nombre de membres du ménage varie de deux à vingt-deux, avec une moyenne de 5,5. Le nombre d'adultes vivant dans le ménage varie d'un à onze, pour une moyenne de 2,3. Le nombre d'enfants et de jeunes varie entre un et dix-sept ans (y compris les enfants couverts par l'enquête) pour une moyenne de 3,1.

La plupart des enfants vivant dans les communautés des Premières Nations (94,6 %) vivent avec un parent ou plus (biologique, d'accueil ou beaux-parents).

Figure 1. Les parents ou autres membres de la parenté agissant comme gardiens dans les familles des enfants des Premières Nations (n = 6 615)



Statistique Canada signale que 65 % des enfants autochtones vivant dans les réserves (âgés de moins de 15 ans, par comparaison aux enfants couverts par l'ERS, dont il est question ici, âgés de moins de 12 ans) vivent avec deux parents et 33 % vivent avec un seul parent. Les enfants

i Deux critères présentaient des différences considérables au point de vue social et statistique. Les différences socialement significatives, bien qu'elles soient fondées sur des données quantitatives, son habituellement axées sur l'importance de déterminer si les différences observables revêtent une réelle importance dans le vrai monde. À ce chapitre, les différences d'environ 10 % d'un groupe à un autre étaient habituellement considérées comme socialement significatives, bien qu'il ne s'agisse pas d'un critère rigide. Les lecteurs peuvent avoir des critères différents de ceux des auteurs. Les différences statistiquement significatives découlent de calculs mathématiques et se rapportent à l'exactitude des estimations. Les estimations des pourcentages et des moyennes sont fondées sur des échantillons chaque estimation comporte une fourchette de valeurs (un intervalle de confiance) qui décrit l'ensemble des valeurs que peut prendre le pourcentage ou la moyenne dans la population. Ainsi, dans le présent chapitre, on a conclu à des différences statistiquement significatives quand les intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchaient pas.

ⁱⁱ Par souci de simplicité, les limites de confiance sont seulement signalées pour les estimations globales sur les enfants avec un coefficient de variation supérieur à 33,3 %. Il est possible d'accéder à une annexe statistique sur les intervalles de confiance pour l'ensemble des chiffres rapportés à l'adresse suivante: www.naho.ca/fnc/rhs

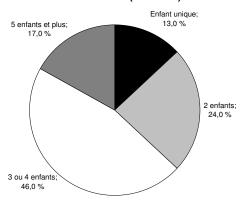
autochtones vivant dans des régions métropolitaines de recensement vivent en nombre égal dans des ménages biparentaux et monoparentaux.² Par comparaison, 75 % des familles canadiennes avec des enfants âgés de moins de 15 ans en 2002 vivaient avec deux parents.³

Dans les ménages comptant un parent ou plus, 37,9 % vivent avec d'autres adultes dans le ménage.ⁱⁱⁱ Il en est ainsi dans une plus grande proportion de ménages monoparentaux que de ménages biparentaux (61,4 % contre 24,6 %). Environ la moitié des ménages avec des parents et d'autres adultes comprennent des grands-parents (16,5 % de l'ensemble des ménages) et environ la moitié comprennent des tantes, des oncles ou des cousins (15,5 %).

Par comparaison, seulement 2 % des familles canadiennes étaient multigénérationnelles en 2001.⁴

La plupart des enfants vivent dans des ménages regroupant d'autres enfants et (ou) jeunes (87,3 %).

Figure 2. Nombre d'enfants ou de jeunes dans les familles des enfants des Premières Nations (n = 6 637)



Dans l'Enquête nationale de 1997 sur la santé des communautés des Premières Nations et des Inuit du Labrador, qui a servi de prédécesseur à la présente étude, le nombre moyen d'enfants et de jeunes âgés de moins de 17 ans s'élevait à 2,6 (contre 3,2 actuellement). Statistique Canada indique que 43 % des familles avec des enfants à la maison au Canada comptaient un enfant, 39 % en comptaient deux et 18 % en comptaient trois ou plus en 2001.

Modes de garde

Dans les situations où les parents recourent à des services de garde pour leurs enfants, ces derniers sont gardés le plus souvent par des membres de la parenté (demeurant donc auprès de membres de la famille quand les parents sont à l'extérieur). Certains enfants se font garder à l'extérieur de leur domicile; cependant, une partie considérable ne quitte pas la maison.

Environ un tiers des enfants sont confiés à des services de garde quand les parents sont à l'extérieur pour se rendre au travail ou à l'école (34,7 %). Parmi les enfants se faisant garder, plus de la moitié le sont à domicile par des membres de la parenté (59,2 %). Toujours parmi les enfants se faisant garder, un nombre deux fois plus élevé le sont à domicile (64,7 %) par rapport à ceux qui le sont dans des établissements plus officiels (31,3 %). Les enfants gardés à domicile sont répartis également entre les enfants gardés à leur propre domicile et ceux gardés au domicile d'autrui, la plupart du temps par les membres de la parenté.

Statistique Canada signale que plus de la moitié des enfants âgés entre six mois et cinq ans (y compris les enfants provenant de certaines réserves participantes) avaient bénéficié d'une forme ou d'une autre de service de garde en 2000-2001. Les statistiques de l'ERS relatives aux enfants vivant dans les communautés des Premières Nations sont inférieures chez les enfants âgés de un à cinq ans, s'établissant à 44,3 %. Les modes de garde sont aussi différents. Les enfants canadiens âgés entre un an et cinq ans sont beaucoup plus susceptibles d'être gardés à domicile que dans une garderie (75,0 % à domicile contre 25,0 % dans les garderies, par comparaison avec 54,8 % dans les domiciles et 42,8 % en garderie pour les enfants âgés entre un an et cinq ans dans les communautés des Premières Nations). Une autre différence majeure est que les enfants canadiens gardés à domicile sont plus susceptibles d'être gardés par des individus autres que les membres de la parenté (43,4 % contre 31,5 % des enfants en service de garde). D'autre part, les enfants dans les communautés des Premières Nations sont gardés en très faible nombre par des gardiens non membres de la parenté, mais beaucoup plus par des gardiens membres de la parenté (4,6 % contre 50,2 %, pour les enfants âgés de un à cinq ans).

Tableau 1. Pourcentage des enfants en services de garde dans un établissement et variations de gardiens selon le mode de garde (n = 2 171)

	Emplacement			
	À domicile		Établissem	ents officiels
		64,7 %		31,3 %
Gardien	Domicile de l'enfant	Domicile d'autrui	Pouponnière ou centre préscolaire, garderie ou garde en milieu familial	Programme s avant et après l'école
	32,7 %	32,0 %	27,9 %	3,4 %
Fratrie	9,1 %			
Autre membre de la parenté	21,0 %	28,9 %		
Autre qu'un membre de la parenté	2,6 %	2,4 %		

iii Les comparaisons entre les groupes rapportés dans le présent chapitre sont toutes significatives à moins que la mention «NS» — non significative – ne soit précisée entre crochets. Dans le présent chapitre, les estimations sont considérées significativement différentes si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

Revenu et ressources en matière de logement

Bien que les enfants couverts par l'ERS semblent entourés par leur famille, ils n'étaient pas exposés à l'abondance matérielle. D'une taille moyenne de 5,5 adultes et enfants, les ménages avec enfants présentaient un revenu de ménage médian de 19 716 \$ et un nombre médian de six pièces dans leurs logements. Dans la partie de l'ERS s'adressant aux adultes, en ce qui concerne les ménages sans enfant, le revenu est supérieur (médian = 27 970 \$) et le nombre médian de pièces est inférieur (5).

Dans les ménages biparentaux, le revenu médian s'élève à 27 385 \$, alors que les ménages monoparentaux ont un revenu médian de 17 737 \$. Statistique Canada rapporte des revenus de ménages médians supérieurs dans les familles canadiennes : 64 704 \$ pour les familles biparentales et 31 200 \$ pour les familles monoparentales. §

Le nombre de pièces varie d'une à treize ou plus. L'un des indicateurs de base les plus répandus du surpeuplement utilisé par les nations occidentales définit les ménages comme surpeuplés si l'on dénombre plus d'une personne par pièce. Selon cette norme, 32,1 % des ménages des Premières Nations avec enfants sont surpeuplés. Comme seulement 1 % des ménages sans enfant de l'ERS sont surpeuplés, il est permis de conclure que la plupart des ménages surpeuplés comptent des enfants.

Le Conseil du Trésor rapporte qu'en 2001, 17 % des Autochtones hors réserve vivaient en condition de surpeuplement (en baisse de 5 % par rapport aux cinq années précédentes) et qu'environ 7 % des Canadiens vivaient en condition de surpeuplement. Étant donné que la population des Premières Nations s'accroît, il est possible que le besoin de logements additionnels appropriés s'accroisse même si des solutions sont mises en œuvre. En mars 2003, on constatait « une pénurie existante de 20 000 unités de logements et le besoin de 4 500 nouvelles unités par année » ¹¹ dans les communautés des Premières Nations.

Comme on pouvait s'y attendre, le pourcentage d'enfants vivant dans des situations de surpeuplement est supérieur dans les ménages de plusieurs membres. Dans les ménages comptant quatre membres ou moins, il y a surpeuplement dans 6 % des cas. En ce qui concerne les ménages de cinq membres, le taux s'établit à 14 %; cependant, dans les ménages de plus grande taille, le taux de surpeuplement s'accroît de façon draconienne et s'établit à 46 % pour les ménages de six membres et à 92 % pour les ménages de neuf membres ou plus. La tendance est semblable quand on tient compte du nombre d'enfants d'un ménage (bien que les conditions de surpeuplement se produisent dans plus de 95 % des ménages réunissant sept enfants ou plus).

Tableau 2. Pourcentage d'enfants vivant dans un logement comptant plus d'une personne par pièce selon la taille du ménage et nombre d'enfants/adolescents (n = ~6 600)

Estimation du nourcentage de ménages

	surpeuplés		
	Selon le nombre de membres du ménage	Selon le nombre d'enfants et d'adolescents dans les ménages	
Tous les ménages avec enfants	32,4 %	32,3 %	
Ménage avec un enfant	S/O	3,9 %	
Ménage de deux personnes/enfants	-	14,8	
3	-	17,8	
4	8,5	47,2	
5	14,2	68,9	
6	45,6	85,3	
7	60,6	96,7	
8	71,3	90,6	
9 et plus	92,2	100,0	

⁻ Données supprimées en raison de la taille insuffisante des cellules.

Scolarité des parents

Il ne faut pas tenir pour acquis que les données suivantes sur la scolarité des parents représentent le niveau de scolarité le plus élevé que ceux-ci atteindront au cours de la vie. Non seulement bon nombre de parents des Premières Nations sont encore en âge de fréquenter l'école secondaire, mais il a été démontré que bon nombre d'adultes des Premières Nations retournent à l'école pour poursuivre des études postsecondaires après une interruption de quelques années.

Environ la moitié des mères et des pères d'enfants couverts par l'enquête ont obtenu un diplôme d'études secondaires (voir le tableau 3). Environ la moitié des parents qui ont obtenu un diplôme d'études secondaires ont poursuivi leurs études en vue d'obtenir un diplôme de niveau universitaire, collégial, technique ou professionnel, bien qu'une faible minorité ait obtenu un diplôme de premier, de deuxième ou de troisième cycle

Tableau 3. Scolarité des parents

Niveau de scolarité formel le plus élevé	Scolarité de la mère (n = 6401)	Scolarité du père (n = 5566)
Sans diplôme d'études secondaires	46,0	56,6
Diplôme d'études secondaires	24,4	20,3
Diplôme d'études postsecondaires	24,5	20,4
Bacheliers	5,0	2,6
Maîtrise ou doctorat	-	-

⁻ Données supprimées en raison de la taille insuffisante des cellules.

La scolarité des parents varie en fonction d'un certain nombre de variables (voir le tableau 5). Pour les parents plus scolarisés :

- le revenu moyen du ménage dans lequel vit l'enfant est supérieur;
- un plus grand nombre d'enfants bénéficient de modes de garde;
- les deux parents sont présents dans un pourcentage plus élevé de foyers.

Tableau 5. Revenu du ménage des enfants, modes de garde et structure du ménage selon la scolarité des parents.

Structure du III			ico parcinto.	
	< Dip. études sec.	Dip. études sec.	Dip. collégial	Dip. univ.
Mère				
n =	3 019	1 451	1 533	257
Revenu médian	15 611 \$	23 170 \$	30 458 \$	56 843 \$
Service de garde	29,5 %	33,4 % (NS)	45,1 %	41,2 % (NS)
Ménage de deux parents	51,0	58,6 (NS)	56,4 (NS)	70,1
Père				
n=	3 090	1 072	1 194	160
Revenu médian	17 037 \$	24 592 \$	36 056 \$	65 158 \$
Service de garde (ns)	33,9	37,7 (NS)	36,6 (NS)	40,7 (NS)
Ménage de deux parents	59,5	57,4 (NS)	69,8	73,0 (NS)

Caractéristiques communautaires

Les communautés de tailles diverses présentent des différences à l'égard de deux caractéristiques : les ménages et les situations de garde. Les grandes communautés sont différentes des communautés moyennes alors que les communautés non isolées sont très différentes des communautés éloignées, isolées et semi-isolées.

On ne constate aucune différence socialement ou statistiquement significative pour ce qui est du nombre de membres du ménage dans les communautés de tailles différentes en relation avec la scolarité des enfants et des parents; toutefois, on constate des différences quant aux modes de garde et à l'importance du surpeuplement. En comparant les situations des enfants dans des communautés de grande et de moyenne taille, on constate qu'un plus grand nombre d'enfants vivent dans des logements surpeuplés dans les communautés de grande taille alors qu'un moins grand nombre d'enfants sont confiés à des services de garde. Les

petites communautés (moins de 300 personnes) ne sont pas statistiquement différentes des communautés de moyenne ou de grande taille. Cette situation peut être parfois attribuable à la petite taille de l'échantillon de petites communautés.

Tableau 6. Variations du mode de garde et du surpeuplement selon la taille de la communauté (n = 6 627)

	Taille de la communauté		
	Petite	Moyenne	Plus grande
Garde d'enfants			
% en service de garde (n=6 554)	33,3	37,6 (NS)	30,5*

*Différence significative par rapport aux communautés de taille moyenne uniquement.

Dans les communautés non isolées, plus d'enfants :

- proviennent de ménages biparentaux par comparaison avec les communautés semi-isolées:
- bénéficient de modes de garde officiels par comparaison avec les communautés éloignées et isolées;
- vivent dans des logements comptant un plus grand nombre de pièces et moins surpeuplés;
- ont des mères diplômées d'études secondaires ou ayant poursuivi une éducation postsecondaire.

Les communautés éloignées, isolées et semi-isolées présentent des caractéristiques semblables en ce qui a trait :

- aux enfants provenant de ménages biparentaux;
- au pourcentage d'enfants bénéficiant de modes de garde officiels (excluant les communautés semi-isolées);
- au nombre de pièces et au taux de surpeuplement;
- à la scolarité de la mère.

La tendance en ce qui concerne les enfants dans les communautés éloignées et isolées est unique parce que les ménages avec enfants présentent un revenu médian beaucoup plus élevé.

Tableau 7. Variation du ménage et de la garde d'enfants selon le degré d'isolement de la communauté (n = 4 600)

_	Isolement			
_	Éloignée et isolée	Isolée	Semi- isolée	Non isolée
Ménages biparentaux				
%	49,2 =	51,3 =	45,6	56,5 =
Garde d'enfants				
% en service de garde formel	-	12,2	40,0	34,8
Logement		•		
Nombre médian de pièces	5	5	5	6
% de mén. surpeuplés	47,7	45,6	46,4	25,8
Scolarité des parents : % avec dipl. d'ES et niveau supérieur				
Mère	37,8	41,2	42,9	59,6
Revenu médian du ménage	36 553 \$	18 035 \$	18 185 \$	21 026 \$

^{*}La barre foncée entre deux cellules adjacentes indique une différence statistiquement significative en situation de non-chevauchement des intervalles de confiance. Une barre claire indique un chevauchement.

Conclusions et recommandations

Conclusions

Les enfants vivant dans les communautés des Premières Nations qui ont été interrogés dans le cadre de l'ERS sont entourés d'une famille (nucléaire et étendue) dans des ménages comptant plusieurs membres. Presque la totalité de ces enfants vivent avec leurs parents et la plupart vivent avec des cousins ou autres enfants membres de la parenté. Plus du sixième des enfants bénéficiant d'un mode de garde sont gardés par des membres de la parenté en milieu familial.

Plusieurs éléments portent à croire que les enfants qui ont été exposés à des services de garde officiels présentent moins de difficultés à l'école. Les enfants canadiens couverts par l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes qui ont fréquenté la garderie et les centres préscolaires avant l'école maternelle indiquent un avantage en ce qui a trait à la lecture, à l'écriture, aux mathématiques et aux habiletés de communication en première année (par comparaison avec les enfants qui ont fréquenté uniquement l'école maternelle ou qui sont demeurés à la maison jusqu'à la première année). 12 Les enfants des communautés des Premières Nations se trouvent en service de garde formel plus souvent que tous les autres enfants canadiens; toutefois, il reste encore à déterminer de quelle façon cette réalité se traduit en avantages tangibles au niveau de l'éducation. Cette situation s'explique peut-être parce que les garderies permettent de répondre à certains besoins en matière de développement relatifs à l'éducation auxquels ne répondent pas les services

de garde en milieu familial offerts par les membres de la parenté.

Bien que les enfants semblent entourés par des ressources familiales, ils ne sont pas exposés à l'abondance matérielle. Les revenus médians des ménages avec enfants sont considérablement inférieurs à ceux de la population canadienne. Le surpeuplement (défini comme plus d'une personne par pièce) présente un problème pour près d'un enfant sur trois et s'avère grave pour plus des deux tiers des enfants vivant dans des ménages de cinq enfants ou plus.

Bien que les normes utilisées pour mesurer le surpeuplement dans le présent rapport puissent être qualifiées d'« occidentales », il n'en demeure pas moins que le problème de surpeuplement est bien réel. Pour bon nombre de familles des Premières Nations, la préférence consiste à vivre avec la famille étendue. Néanmoins, quand il y a pénurie de logements, ce mode de vie peut devenir une nécessité. Dans d'autres cas, les logements typiques sont trop petits et les ressources permettant d'agrandir les logements n'existent tout simplement pas.

Recommandations

Étant donné que les enfants présentent différents besoins auxquels il est possible de répondre dans différentes situations, une combinaison de services de garde de qualité, jumelant le temps passé au logement en famille et le temps passé en service de garde plus formel, pourrait être idéale pour les enfants des Premières Nations. Lorsque possible, il conviendrait aussi d'offrir cette possibilité aux parents qui restent à domicile. Comme cette situation existe déjà grâce à bon nombre de programmes d'aide à la petite enfance, il pourrait être pertinent de modifier la question des prochains questionnaires pour cerner cette organisation à volets doubles.

Les recommandations relatives au surpeuplement s'énoncent d'elles-mêmes. Il est urgent d'obtenir un logement approprié pour répondre aux préférences de certaines familles des Premières Nations qui souhaitent vivre avec la famille étendue et au besoin d'espace adéquat dans ces ménages de grande taille. Parallèlement, quand les ménages de grande taille sont le résultat d'un nombre insuffisant de logements, il sera nécessaire de créer un plus grand nombre de logements.

Le signe = dans deux cellules non adjacentes indique qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative.

⁻ Données supprimées en raison de la taille insuffisante des cellules

Notes de fin du chapitre 26

- Statistique Canada « La société : La population : Les peuples autochtones » *Cyberlivre du Canada* [en ligne]. 2003. Accessible par Internet : http://www.statcan.ca Cyberlivre du Canada > La société > La population > Les peuples autochtones. 1.
- Statistique Canada, «La société: Les ménages et les familles: La composition des familles» Cyberlivre du Canada [en ligne]. 2003. Accessible par Internet: "http://www.statcan 3.
- Harriet MacMillan et coll., «Children's Health, » Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, Rapport national, 1999 (Ottawa (Ontario) : Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999. Statistique Canada « La société : Les ménages et les familles : Les enfants » Cyberlivre du
- Canada [en ligne]. 2003. Accessible par Internet http://www.statcan.ca Cyberlivre du Canada > La société > Les ménages et les familles > Les enfants.
- Statistique Canada, «Gardiennage d'enfants», Le Quotidien, 7 février 2005 [en ligne]. Accessible par Internet à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/Daily/English/050207/d050207b.htm.
- Statistique Canada, «La société : Les ménages et les familles : Le budget familial » Cyberlivre du Canada [en ligne]. 2003. Accessible par Internet à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca Cyberlivre du Canada > La société > Les ménages et les familles > Le budget familial.
- Andrew Jackson et Paul Roberts, Physical Housing Conditions and the Well-Being of Children
- (Ottawa (Ontario) Conseil canadien de développement social, 2001). Conseil du Trésor du Canada «Les peuples autochtones » *Le rendement du Canada 2004* (Ottawa (Ontario) Secrétariat du Conseil du Trésor, 2004). 10.
- MacMillan et coll., « Children's Health » Enquête régionale sur la santé des Premières 12. Nations et des Inuit, Rapport national, 1999.

Chapitre 27

Langue, culture, aide préscolaire et école

Résumé

Les enfants des communautés des Premières Nations vivent généralement dans un monde biculturel. Les parents et les grands-parents apprécient beaucoup que leurs enfants connaissent leur langue des Premières Nations et participent à des événements culturels et traditionnels. Parallèlement, ils considèrent que le rendement de leurs enfants dans les écoles « européennes » est égal ou supérieur à la moyenne. Grâce à leur famille, à des membres de la communauté et à certains enseignants, la plupart des enfants peuvent garder le lien avec leur culture traditionnelle et, dans une moindre mesure, avec la langue de leur nation. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, une variante d'un programme créé aux États-Unis, est conçu pour faire le pont entre la maison et l'école. Cette étude révèle que la participation au Programme d'aide préscolaire réduit le risque de redoublement à l'école primaire.

Introduction

Le présent chapitre porte sur la relation des enfants autochtones avec leurs langues et cultures traditionnelles. Il tient aussi compte des personnes qui leur ont enseigné leur langue des Premières Nations et leur culture traditionnelle. Les expériences scolaires ont été examinées brièvement puisqu'il s'agit souvent des environnements où les cultures traditionnelles et occidentales sont transmises.

Le présent chapitre est rédigé essentiellement du point de vue des Premières Nations et prend en considération la santé totale de la personne totale dans l'environnement total et reflète une croyance selon laquelle le corps, le cœur et l'esprit sont les aspects essentiels de la personne totale. Les données sont surtout axées sur la spiritualité et les liens de l'enfant à son environnement, de même que sur les expériences scolaires relatives à l'esprit et à l'apprentissage, en ce qui concerne les enfants vivant dans les communautés des Premières Nations.

Culture traditionnelle

Nous nous intéressons particulièrement à la participation des enfants à la culture traditionnelle de leurs Premières Nations respectives. Le présent chapitre est axé sur la documentation du type de personnes qui aident les enfants à comprendre leur culture traditionnelle. En ce qui a trait aux liens de l'enfant à la culture traditionnelle, l'information a été réunie du point de vue du parent, du grand-parent ou du tuteur qui a répondu au questionnaire au nom de l'enfant sur les sujets suivants :

- L'importance que l'enfant connaisse une langue inuit/des Premières Nations;
- Les expériences à l'égard des événements culturels et traditionnels;
- Les langues des Inuit et des Premières Nations comprises et parlées par chaque enfant;
- Les sources familiales et communautaires d'aide éclairées par une compréhension de la culture de l'enfant, y compris le programme d'aide préscolaire aux Autochtones et les enseignants qui aident les enfants à comprendre leur culture traditionnelle.

Expériences scolaires

Les expériences scolaires sont une composante nécessaire de la vie de chaque enfant. Elles viennent compléter partiellement la socialisation culturelle traditionnelle et mettent résolument l'accent sur les styles d'apprentissage occidental, les modèles d'éducation et les attentes culturelles dominantes en ce qui a trait à l'importance supérieure attribuée à certains types de connaissances par rapport à d'autres. L'écart entre les approches occidentales à l'égard de l'éducation et les besoins des communautés autochtones est apparent; il suffit de tenir compte du pourcentage élevé d'enfants des Premières Nations qui doublent des années scolaires dans un système importé dans leurs communautés.

Le programme d'aide préscolaire aux Autochtones vise à combler l'écart entre les cultures traditionnelle et individuelle et l'environnement scolaire biculturel.

En ce qui a trait aux expériences scolaires, les renseignements réunis comprennent les suivants :

- Les évaluations du rendement scolaire des enfants par les parents, grands-parents ou gardiens qui ont répondu au questionnaire;
- L'indication que les enfants ont sauté ou redoublé une année;
- L'indication que les enfants ont participé au programme d'aide préscolaire pour les Autochtones.

Communauté

En ce qui a trait aux caractéristiques communautaires, des renseignements ont été réunis sur les sujets suivants :

- La taille de la communauté (et ses effets possibles sur les ressources);
- L'isolement relatif des communautés dans lesquelles vivent les enfants (et leur potentiel de limiter ou d'accroître l'exposition aux cultures occidentales).

Du point de vue des Premières Nations, certaines exceptions s'appliquent à l'orientation des Premières Nations dans ce chapitre. Ces exceptions sont : une comparaison des réalisations des enfants à celles d'autres enfants; l'hypothèse que les habiletés mathématiques et linguistiques en anglais ou en français sont les habiletés les plus importantes pour mesurer les compétences scolaires d'un enfant (au regard de la tendance à redoubler les années).

Dans la plupart des cas, seules les différences socialement et statistiquement significatives ont été signalées dans le présent chapitre.

Résultats et discussion

Langue et culture

L'apprentissage d'une langue inuit ou des Premières Nationsⁱⁱ et la tenue d'événements culturels et traditionnels dans la vie d'un enfant sont considérés importants par une majorité des répondants au questionnaire sur les enfants

i Deux critères présentaient des différences considérables au point de vue social et statistique. Les différences socialement significatives, bien qu'elles soient fondées sur des données quantitatives, son habituellement axées sur l'importance de déterminer si les différences observables revêtent une réelle importance dans le vrai monde. À ce chapitre, les différences d'environ 10 % d'un groupe à un autre étaient habituellement considérées comme socialement significatives, bien qu'il ne s'agisse pas d'un critère rigide. Les lecteurs peuvent avoir des critères différents de ceux des auteurs. Les différences statistiquement significatives découlent de calculs mathématiques et se rapportent à l'exactitude des estimations. Les estimations des pourcentages et des moyennes sont fondées sur des échantillons qui ne sont pas exactement transférables aux populations représentées par les échantillons

ne sont pas exactement transférables aux populations représentées par les échantillons.

"Bien que les questions à caractère général font référence aux langues inuit ou des Premières Nations, on a rapporté que seuls huit enfants Inuit (âgés entre 3 et 11 ans, non pondérés) comprenaient ou parlaient l'Inuktitut. Huit autres enfants ne connaissaient que quelques mots de vocabulaire. Étant donné le manque de signification statistique, les références aux langues inuit seront retirées du rapport dans les conclusions.

(92,9 % et 83,2 % respectivement, voir le tableau 1). iii iv On a posé la même question aux parents d'enfants des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations au sujet de l'importance que leur enfant parle et comprenne une langue autochtone. Un plus grand nombre de parents et de grands-parents d'enfants dans les communautés des Premières Nations sont d'avis que l'apprentissage d'une langue autochtone est très important ou important (93 % contre 67 %). l

Tableau 1. Importance de la culture traditionnelle dans la vie des enfants* (n=6 565)

Importance	Importance de l'apprentissage des langues des Premières Nations par l'enfant	Importance des éléments culturels et traditionnels dans la vie de l'enfant
Très important	64,3	44,5
Important	28,6°	38,7
Peu important	4,8	9,6
Pas important	2,3	7,1

^{*} Selon l'évaluation des parents, des grands-parents ou des tuteurs.

La connaissance véritable des langues des Premières Nations des enfants n'est pas à la hauteur du sentiment d'importance de ces connaissances pour les parents et les grands-parents. Les parents et les grands-parents qui parlent une diversité de langues des Premières Nations ont été interrogés au sujet du niveau de compréhension et d'habiletés en expression orale de chaque enfant. Les questions s'intéressaient à la mesure dans laquelle chaque langue pouvait être comprise et parlée (couramment, relativement bien, quelques mots, pas du tout). En règle générale, un plus grand nombre d'enfants présentaient des habiletés supérieures en compréhension de la langue des Premières Nations qu'en expression orale. En effet, 25,2 % des enfants âgés de 3 à 11 ans étaient en mesure de comprendre une langue des Premières Nations avec facilité ou relativement bien et 19,3 % étaient en mesure de parler la langue couramment ou relativement bien. Ventilée selon les groupes d'âge, la capacité de comprendre et de parler couramment ou relativement bien s'améliorait avec l'âge, possiblement en raison des étapes de développement au chapitre de l'acquisition des langues :

• Chez les enfants âgés de 3 à 5 ans, les résultats sont de 18,6 % pour la compréhension et de 13,3 % pour l'expression orale.

- Chez les enfants de 6 à 8 ans, les résultats sont de 25,5 % pour la compréhension et de 19,2 % pour l'expression orale.
- Chez les enfants de 9 à 11 ans, les résultats sont de 31,2 % pour la compréhension et de 25,1 % pour l'expression orale.

Tableau 2. Pourcentage des enfants qui comprennent ou parlent une langue des Premières Nations couramment ou relativement bien

Âge (années)	Compréhension d'une ou plusieurs langues des Premières Nations avec facilité ou relativement bien (n=5 929)	Expression orale dans une ou plusieurs langues des Premières Nations avec facilité ou relativement bien (n=6 147)
3-11	25,2	19,3
9-11	31,2	25,1
6 -8	25,5	19,2 (NS)
3-5	18,6	13,3 (NS)

Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones 2001, 25 % des enfants des Premières Nations (âgés entre 3 et 14 ans) vivant à l'extérieur des réserves étaient en mesure de parler ou de comprendre une langue autochtone, ce qui cadre avec les conclusions de l'ERS.²

On a dénombré 26 langues inuit ou des Premières Nations que les enfants étaient en mesure de comprendre ou de parler facilement ou relativement bien. Parmi ces langues, un plus grand nombre d'enfants comprennent le cri (6,5 % de tous les enfants interrogés), l'oji-cri (2,6 %), l'ojibway (2,2 %, C.I. 1,0 %-4,7 %) et l'innu (2,0 %) que toutes autres langues des Premières Nations. Les langues comprises avec facilité ou relativement bien par 1 % ou plus des enfants sont le mi'kmaq (1,6 %) et l'attikamekw (1,3 %).

Les parents et les grands-parents expriment fréquemment de la satisfaction à l'égard des connaissances d'un enfant de sa langue des Premières Nations. Le niveau de satisfaction des parents et des grands-parents pour l'ensemble des enfants s'élève à 58,9 % (19,1 % se disent très satisfaits et 39,8 % se disent satisfaits). Pour les parents et les grands-parents d'enfants âgés de 3 à 11 ans, le niveau de satisfaction est de 57,9 % (satisfaits ou très satisfaits). Une question semblable au sujet de la connaissance de la « culture autochtone » des enfants dans l'ERS précédente (1997) montre que 69 % des répondants sont satisfaits ou très satisfaits. Toutefois, il importe de signaler que la question précédente portait sur la culture et que la dernière portait sur la connaissance de la langue.³

La satisfaction à l'égard de la connaissance linguistique qu'a l'enfant de sa langue des Premières nations est en quelque sorte liée à la mesure de la connaissance de l'enfant et à l'importance accordée à cette connaissance par la personne, habituellement un parent ou un grand-parent.

iii À des fins de clarification, étant donné que 96 % des personnes qui ont répondu au questionnaire

pour les enfants étaient des parents et des grands-parents, ils sont désignés de la sorte.

"Par souci de simplicité du texte, les limites de confiance sont uniquement signalées pour les estimations globales des enfants avec un coefficient de variation supérieure à 33,3 %. Une annexe statistique comprenant les intervalles de confiance pour tous les chiffres rapportés est accessible à l'adresse suivante : www.naho.ca/fnc/rhs

^v Les comparaisons entre les groupes rapportés dans le présent chapitre sont toutes significatives à moins que la mention « NS » — non significative – ne soit précisée entre crochets. Dans le présent chapitre, les estimations sont considérées significativement différentes si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (niveau de confiance de 95 %).

Comme le montre le tableau 3, les niveaux de satisfaction sont ventilés de la façon suivante pour les parents et les grands-parents qui sont d'avis que la connaissance d'une langue d'une Première Nation chez leur enfant (de 3 à 11 ans) est très importante ou importante :

- Les niveaux de satisfaction sont plus élevés chez les parents/grands-parents d'enfants qui connaissent une langue des Premières Nations (plus de 83,6 % satisfaits ou très satisfaits).
- Les niveaux de satisfaction sont inférieurs, sans être insignifiants pour autant, pour les parents ou les grands-parents d'enfants qui n'avaient peu sinon aucune connaissance d'une langue des Premières Nations (48,2 %).

Tableau 3. Niveaux de satisfaction* (satisfaits et très satisfaits) à l'égard de la connaissance des langues des Premières Nations des enfants âgés de 3 à 11 ans, par comparaison avec les niveaux de compréhension et d'habiletés à l'expression orale (n = 2 957)

	Compréhension d'une ou plusieurs langues des Premières Nations	Expression orale dans une ou plusieurs langues des Premières Nations
Avec facilité ou relativement bien	83,6	89,5
Quelques mots ou aucunement	48,2	49,5

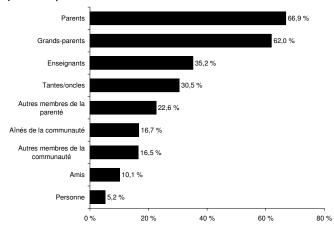
^{*} Des parents ou des grands-parents qui considèrent cette connaissance comme un atout très important ou important.

Dans le même ordre d'idée, les données de l'ERS 1997 indiquent que la satisfaction à l'égard de la connaissance qu'a un enfant de la culture autochtone dépendait du fait que l'enfant comprenait et parlait une langue autochtone ou non. La majorité (81,0 %) des enfants âgés de 6 à 11 ans parlent couramment l'anglais et 3,1 % parlent couramment le français.

Sources familiales et communautaires d'aide à la compréhension de la culture

En réponse à une question sur les intervenants qui ont aidé l'enfant à comprendre sa culture, les parents et les grandsparents sont les plus souvent mentionnés (plus de 60 % chacun). Les enseignants sont cités aussi souvent que les tantes et les oncles (30 à 35 % chacun), mais moins souvent que les parents et les grands-parents. D'autres intervenants sont également cités comme exerçant une influence sur la compréhension de l'enfant à l'égard de sa culture : autres membres de la parenté, aînés de la communauté, autres membres de la communauté et amis (selon des pourcentages variant de 23 % à 10 %).

Figure 1. Membres de la parenté et de la communauté ayant facilité la compréhension des enfants à l'égard de leur culture (n = 6 422)



Une question semblable au sujet des membres de la famille et de la communauté qui ont aidé les enfants des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves à apprendre une langue des Premières Nations avait été posée dans l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 (EAPA). Bien que l'analyse de l'EAPA se limitait aux enfants qui étaient en mesure de parler ou de comprendre une langue autochtone, sans égard au niveau d'habiletés, les résultats étaient presque exactement les mêmes que les réponses de l'ERS à la question portant sur les personnes qui contribuent à la compréhension culturelle des enfants. La différence entre les deux enquêtes est que les grands-parents sont cités moins souvent (55 % contre 62 % dans l'ERS)⁵ chez les enfants des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves dans l'EAPA.

Une faible minorité (5,2 %) dit que personne ne facilite la compréhension culturelle de l'enfant. Ce résultat est surtout attribuable aux résultats touchant les très jeunes enfants (16,6 % pour les enfants âgés de moins d'un an et 9,7 % pour les enfants d'un à deux ans - des résultats considérablement inférieurs à ceux obtenus pour les enfants âgés de 6 à 11 ans). L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 établissait une relation entre le nombre de sources d'aide à l'apprentissage d'une langue et la capacité de le faire. « Plus les enfants autochtones qui parlent ou comprennent une langue autochtone peuvent compter sur des sources nombreuses pour les aider à apprendre cette langue autochtone, plus leur maîtrise de la langue sera bonne ».6 En ce qui concerne les enfants Inuit, des Premières Nations et métis qui ne vivent pas dans des communautés des Premières Nations, le pourcentage d'enfants en mesure de parler et de comprendre une langue autochtone est de 15 % chez ceux qui bénéficient d'une source d'aide, de 38 % pour ceux qui bénéficient de trois sources d'aide, de 54 % pour ceux qui bénéficient de cinq sources d'aide et de 80 % pour ceux qui ont accès à sept sources d'aide ou plus. Il convient de mettre en relief les différences entre les questions posées dans l'EAPA et l'ERS. L'Enquête auprès des peuples autochtones

s'interrogeait sur les sources d'aide l'apprentissage de la langue alors que l'ERS s'interrogeait sur les sources d'aide pour la compréhension culturelle. Le nombre de types de sources d'aide à la compréhension culturelle pour les enfants des communautés des Premières Nations varie de 0 à 8 dans l'ERS. Le nombre de types de sources culturelles dans l'ERS est corrélé à la compréhension ou à l'habileté de l'expression orale rapportée d'un enfant dans une langue des Premières Nations (voir le tableau 4). Toutefois, la corrélation dans l'ERS n'est pas aussi forte qu'elle l'était pour les enfants des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés interrogées dans l'EAPA.

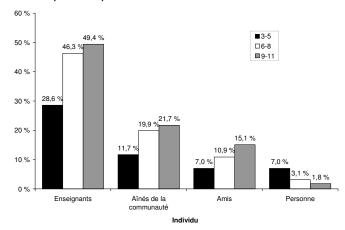
Tableau 4. Nombre, types et sources d'aides aux enfants pour comprendre la culture (n = 6 657)

Nº de sources	% des enfants (n=6 659)	% de compréhension d'une langue des PN* (n=5 398)	d'expression orale dans une langue des PN* (n=5 400)
0	4,1	-	-
1	31,3	17,2 (NS)**	13,5 (NS)
2	22,2	27,6	22,9
3	17,1	24,2 (NS)	17,9 (NS)
4	11,4	39,2	24,7
5	6,5	26,3 (NS)	21,2 (NS)
6	3,3	30,0	23,6
7	2,0	33,5	30,4
8	1,9	35,4	32,5

^{*} Enfants âgés de 3 à 11 ans.

Le réseau de personnes aidant les enfants à comprendre leur culture s'élargit pour les enfants plus âgés. Les membres de la parenté participent à cette aide de façon égale auprès des enfants de tous les âges. Les enseignants, les aînés de la communauté, les membres de la communauté (pour les 9 à 11 ans plutôt que pour les 3 à 5 ans) et les amis (seulement pour les 9 à 11 ans plutôt que pour les 3 à 5 ans) participent davantage à mesure que les enfants grandissent. Parallèlement, on rapporte que les enfants de 3 à 5 ans ont plus de chance de ne bénéficier d'aucune aide pour comprendre leur culture par rapport aux enfants de 6 à 11 ans (7 % contre 1,8 %).

Figure 2. Facilitation de la compréhension de la culture des enfants par les membres de la communauté selon l'âge des enfants (n = 6 422)



Outre les différences d'âge attendues, d'autres écarts dans les expériences culturelles et linguistiques des enfants et la compréhension peuvent être associés aux variations de la scolarité des parents de même qu'à la taille et à l'isolement relatif des communautés.

Il semble que les niveaux de scolarité des parents aient influencé les compétences dans la langue des Premières Nations et la facilitation ou non de la socialisation culturelle traditionnelle des enfants de 3 à 11 ans (voir les tableaux 5 et 6) par les parents.

- Les mères et les pères qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont plus susceptibles d'avoir des enfants qui comprennent une langue des Premières Nations.
- Un plus grand nombre de parents aident la compréhension de leurs enfants à l'égard de la culture si les mères ont complété des études collégiales ou plus.

Tableau 5. Scolarité des parents et capacité de l'enfant à comprendre/parler une langue des Premières Nations (n = 5 204)

Scolarité des parents	Habileté de l'enfant à comprendre une langue des PN ou plus	Habilité de l'enfant à parler une langue des PN ou plus
Mère		
Secondaire non terminé	29,9	21,1
DES et plus	21,2	17,5 (NS)
Pères		
Secondaire non terminé	29,0	20,7
DES et plus	20,6	17,5 (NS)

^{**} Différence non significative

Tableau 6. Scolarité des parents et aide parentale à la compréhension de la culture des enfants (âgés de 3 à 11 ans) (n = 3 477)

Scolarité des parents	% des enfants dont les parents ont facilité leur compréhension de la culture
Mère	
Secondaire non terminé, DES	65,8 %
Collégial et plus	72,4 %
Père	
Inférieur au baccalauréat	67,4 %
Baccalauréat et plus	74,2 %

Les enfants des Premières Nations qui ne vivent pas dans les communautés des Premières Nations présentent également des taux différents de compréhension et d'habiletés à l'expression orale d'une langue des Premières Nations selon la scolarité des parents. Trente-trois pour cent des enfants vivant à l'extérieur des réserves dont les parents n'ont pas achevé d'études postérieures au niveau élémentaire présentent des habiletés linguistiques contre 21 % de ceux dont les parents ont achevé leurs études collégiales ou plus. Les enfants vivant dans les communautés des Premières Nations présentent une habileté linguistique de 29,9 % quand les mères n'ont pas de diplôme d'études secondaires et de 21,2 % quand les mères détiennent des diplômes et attestations d'études postsecondaires.

Aide préscolaire et niveau de scolarité

Le système scolaire officiel du Canada reflète une conception surtout applicable aux personnes qui, à l'instar des concepteurs du système, sont prédisposées à ce que l'on appelle un style d'apprentissage auditif séquentiel.8 Bien que les écoles connaissent des changements résultant du mode d'instruction audiovisuel et des ordinateurs, le système demeure néanmoins dominé par un programme recourant au d'apprentissage audioséquentiel. Ces fonctionnent est particulièrement bien pour l'apprentissage dans les disciplines des mathématiques et des langues. Il en résulte un système incapable de répondre aux besoins de bon nombre d'enfants qui ont des styles d'apprentissage différents de ceux valorisés par les prestateurs d'éducation les plus influents. Silverman estime qu'environ un tiers des élèves dans les écoles américaines sont des apprentis visuelsspatiaux et qu'en dépit de leur talent, ils sont souvent étiquetés comme « élèves sous-performants », ou carrément « prédisposés à l'échec ». Pour cette raison, plusieurs abandonnent leurs études.

On semble s'entendre sur l'effet des biais culturels des textes et autres outils d'apprentissage sur les enfants provenant des cultures non dominantes. Cette observation s'est révélée une force motrice à l'origine de l'élaboration du programme d'aide préscolaire aux Autochtones au Canada. Bien que

l'objectif primaire du Programme ait consisté à améliorer les habiletés en mathématiques et en langues, le programme a été refondu à l'intention des enfants autochtones au Canada afin de faciliter la transition de la maison à l'école. Le programme de cours comprend, plusieurs aspects des cultures traditionnelles des enfants qui y participent et, dans une certaine mesure, est fondé sur ceux-ci. Plusieurs enseignants qui font partie du système scolaire régulier dans les communautés des Premières Nations ont également intégré ces connaissances culturelles traditionnelles en classe (cette intégration est appuyée par des données statistiques parce que les enseignants dans les écoles sont cités comme facilitateurs de la compréhension de la culture traditionnelle pour 49,4 % des enfants de 9 à 11 ans couverts par la présente étude).

C'est en fonction des bulletins et des travaux scolaires que les parents et les grands-parents évaluent les aptitudes aux études de leurs enfants, par comparaison avec celles d'autres enfants de même niveau. Les aptitudes de près de la moitié (47,2 %) des enfants fréquentant l'école sont évaluées à un niveau se situant dans la moyenne. Chez les autres enfants, les aptitudes d'un plus grand nombre sont considérées comme supérieures à la moyenne ou légèrement supérieures à la moyenne (40,2 %) par rapport au nombre d'enfants dont les aptitudes sont considérées comme inférieures à la moyenne ou légèrement inférieures à la moyenne ou légèrement inférieures à la moyenne (12,6 %).

Contrairement aux croyances des parents et des grandsparents, 3,7 % des enfants de 6 à 11 ans ont sauté une année, en dépit du fait qu'un nombre quatre fois plus élevé d'enfants (18,0 %) ont redoublé une année (voir le tableau 7). Chez les 9 à 11 ans, trois garçons sur dix et deux filles sur dix ont redoublé une année. Les enfants sont plus susceptibles d'avoir doublé une année s'ils proviennent de ménages dont le revenu est inférieur à 30 000 \$ (21,7 % contre 8,7 % pour les enfants provenant de ménages dont le revenu est supérieur à 30 000 \$).

Des tendances semblables s'observent chez les enfants autochtones de 6 à 14 ans vivant à l'extérieur des communautés des Premières Nations. La comparaison des revenus du ménage utilise le seuil de faible revenu (16 % des enfants de ménages dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu redoublent une année contre 10 % des enfants de ménages dont le revenu est supérieur au seuil). Les enfants de parents moins scolarisés sont également plus susceptibles de redoubler une année selon l'EAPA. En ce qui concerne les enfants des communautés des Premières Nations interrogés dans le cadre de l'ERS, le nombre d'années redoublées ne varie pas suffisamment avec la scolarité des parents pour que cela soit statistiquement significatif.

vi Ceux-ci comprennent d'ordinaire les langues, les chansons, les histories et autres activités des Premières Nations de même que les affiches et autres représentations visuelles.

Figure 3. Évaluations des parents et des grands-parents à l'égard du rendement scolaire des enfants (n = 3 000)*

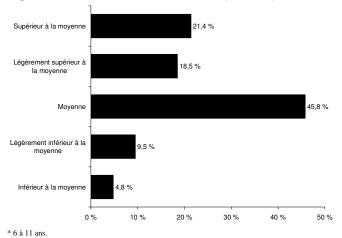


Tableau 7. Pourcentage des enfants qui redoublent une année (n = 2 662)

	Pourcentage d'enfants
6 à 11 ans	18,0
9 à 11 ans	
Garçons	30,2
Filles	19,0
6 à 11 ans	
Revenu du ménage < 30 000 \$	21,7
Revenu du ménage de 30 000 \$ et plus	8,7

La participation au programme d'aide préscolaire ne semble pas exercer une influence sur le fait que les enfants (de 6 à 11 ans) redoublent ou non une année. Les enfants qui ont participé au Programme d'aide préscolaire présentent un taux d'années redoublées de 11,6 % alors que ceux qui n'y ont pas participé ont un taux supérieur, à 18,7 %. L'une des conclusions intéressantes de l'Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes, qui ne peut être reproduite avec les données de l'ERS, est que la lecture à un enfant sur une base quotidienne pendant la deuxième et troisième année entraîne des améliorations supérieures dans un examen de vocabulaire particulier que l'apprentissage de ces habiletés au moyen d'un programme d'éducation précoce. 11 La lecture à plusieurs reprises pendant une journée présente le même avantage statistique que celui fourni par un revenu supérieur à 40 000 \$ ou celui d'une mère qui a poursuivi des études postsecondaires.

Caractéristiques communautaires

Bien que la taille de la communauté et l'isolement relatif semblent liés aux influences culturelles et à l'apprentissage des langues des Premières Nations, ces caractéristiques semblent avoir peu d'effet sur les expériences scolaires mesurées par la présente enquête. Un plus grand nombre d'enfants des plus grandes communautés connaissent une langue des Premières Nations alors qu'un plus grand nombre d'enfants des petites communautés sont plus susceptibles de bénéficier d'aide de la part de tantes ou d'oncles pour faciliter leur compréhension de leur langue et de leur culture traditionnelle.

Tableau 8. Langues des Premières Nations et culture traditionnelle selon la taille de la communauté (n = 5 929)

	Taille de la communauté		
	Petite	Moyenne	Grande
Compréhension des langues des Premières Nations	9,1	21,1	32,1
Expression orale des langues des Premières Nations	4,9	14,3	25,4
Qui influence la culture de l'enf	fant?		
Tantes/oncles	41,8	30,0	28,7

Bien que la capacité des enfants de s'exprimer à l'oral dans une langue des Premières Nations soit perçue comme un élément important par plus de 90 % des parents/grands-parents des enfants, la capacité réelle de s'exprimer à l'oral dans une ou plusieurs des 26 langues des Premières Nations est mentionnée pour seulement 19,3 % des enfants de 3 à 11 ans. Parallèlement, 84,1 % des enfants parlent l'anglais ou le français avec facilité et 16 % parlent l'une de ces langues relativement bien.

Les parents/grands-parents dans les communautés éloignées et isolées se disent en faveur de l'apprentissage d'une langue des Premières Nations par les enfants et appuient l'apprentissage de la culture traditionnelle au moyen de sources traditionnelles, comme on pourrait s'y attendre de la part de personnes moins exposées à l'influence occidentale. Les communautés non isolées montrent moins d'appui à l'égard des langues et de la culture des Premières Nations, ce qui peut être considéré comme cohérent avec leurs niveaux d'exposition à la culture occidentale.

Tableau 9. Langues des Premières Nations et culture traditionnelle selon le degré d'isolement de la communauté

	Isolement				
	Éloignée et isolée	Isolée	Semi- isolée	Non isolée	
Importance des événements culturels (n=5 943)					
Très important	68,7 %	36,4 %	49,9 %(NS)	45,0 %	
Connaissance de	s langues des l	Premières N	ations (n=5 53	9, 5 742)	
Compréhension	35,8	43,0 (NS)	32,4 (NS)	16,5	
Expression orale	20,6	32,8 (NS)	27,1 (NS)	11,1	
Qui influence la culture de l'enfant? (n=5 999)					
Aînés	31,0	13,8 (NS)	18,8 (NS)	16,8	
Grands-parents		, , ,	65,1 (NS)	60,9 (NS)	

NS – différence non significative des communautés éloignées et isolées

À une seule exception près, on n'a constaté aucune différence significative dans le rendement scolaire, les années redoublées ou la participation au Programme d'aide préscolaire pour les communautés de différentes tailles et degrés d'isolement. Dans les communautés éloignées, les enfants sont évalués plus souvent comme supérieurs à la moyenne (37,3 %) que légèrement supérieurs à la moyenne (6,3 %), contrairement à d'autres types de communautés qui présentaient des évaluations presque égales dans ces deux catégories.

Tableau 10. Aptitudes aux études selon le degré d'isolement de la communauté* (n = 3 669)

	Isolement			
•	Éloignée et isolée	Isolée	Semi isolée	Non isolée
Évaluation des par l'enfant aux étude		nds-parents à	l'égard des apt	itudes de
Supérieures à la moyenne	37,3 %	23,5 %	22,5 %	20,8 %
Légèrement supérieures à la moyenne	<10 %	29,4 %	19,7 %	17,3 %

^{*}Enfants âgés de 3 à 11 ans.

Conclusions, recommandations et solutions

Conclusions

Les enfants vivant dans les communautés des Premières Nations sont en relation avec leur famille et avec d'autres aspects de leur communauté, ce qui crée un fort potentiel d'établissement de liens avec leur culture traditionnelle. Ils sont appuyés par les parents et les grands-parents, qui valorisent la capacité des enfants à s'exprimer oralement dans une langue des Premières Nations et, dans une mesure moindre, valorisent la participation des enfants aux événements culturels et traditionnels.

La capacité des enfants à s'exprimer dans des langues des Premières Nations avec facilité ou relativement bien est inférieure à ce que pourrait laisser attendre les attitudes des adultes. Ce manque de facilité d'expression dans les langues des Premières Nations indique qu'un lien potentiellement fort a été établi avec les cultures occidentales pour presque la totalité des enfants des Premières Nations vivant dans les réserves. La capacité de comprendre et de s'exprimer dans une langue des Premières Nations est plus fréquente chez les enfants vivant dans les communautés de plus grande taille et moins fréquente dans les communautés non isolées (par rapport aux communautés éloignées, isolées et semi-isolées).

Les familles d'enfants des Premières Nations comptent parmi les sources les plus fréquemment citées de connaissances culturelles. D'autres membres de la communauté prennent également part à la transmission de la culture (encore davantage en ce qui concerne les enfants plus âgés). Plus le nombre de sources d'aide est grand dans ce domaine, plus l'enfant est susceptible de parler une langue des Premières Nations. Les grands-parents et les aînés sont plus susceptibles de venir en aide dans les communautés éloignées et isolées.

En dépit des évaluations des parents et des grands-parents à décrire les aptitudes de leurs enfants comme égales ou supérieures à la moyenne, un pourcentage notable d'enfants (11,5 %) ont redoublé des années. Si l'on tient compte du taux élevé d'années redoublées, il ressort clairement que la pertinence du programme scolaire prédominant pour les enfants autochtones doit être réexaminée, particulièrement à la lumière des différences mentionnées précédemment dans le présent chapitre entre les styles d'apprentissage visuel/spatial et autres styles et méthodes d'apprentissage.

Dans le même ordre d'idée, il semble clair que les expériences relatives au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones contribuent de façon importante à réduire la proportion d'enfants qui redoublent une année. Ce constat est sans doute l'un des témoignages les plus probants de l'efficacité du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones au Canada.

Recommandations et solutions

Bien que les indications montrent clairement que les enfants des Premières Nations ont la possibilité de continuer de prendre part à leur culture, il est probable qu'ils continueront de participer de façon équilibrée aux cultures occidentales et traditionnelles dans la mesure où ils demeurent dans leurs communautés des Premières Nations. Seule une faible minorité des enfants ne parlent pas ou ne parleront pas l'anglais ou le français. Étant donné l'omniprésence et les pressions de la société occidentale ainsi que la diversité des Premières Nations, il importera de déployer des efforts coordonnés et concertés sur une base permanente afin d'assurer la socialisation dans les deux cultures. Cet effort s'avérera essentiel pour maintenir les liens spirituels avec la famille, la communauté et la nation pour les générations à venir.

Les écoles des Premières Nations doivent encourager et renforcer une approche biculturelle à l'égard de l'apprentissage et de l'évaluation des enfants.

Les éléments prouvant que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones entraîne des différences notables pour une proportion considérable d'enfants vivant dans les communautés des Premières Nations indiquent que le programme doit être élargi et développé afin de devenir accessible à tous les enfants de ces communautés. Puisqu'il y a des écarts quant au mode de prestation du programme, il conviendrait d'obtenir des renseignements additionnels en effectuant des analyses supplémentaires de données pour déterminer si les effets positifs sont semblables dans la plupart des communautés ou davantage concentrés dans

certains types de communautés en particulier. Le besoin d'obtenir ces renseignements justifie des enquêtes plus approfondies sur les forces de programmes plus efficaces (ce type d'étude dépasse la portée de l'ERS dans sa forme actuelle).

En outre, étant donné qu'il a été démontré qu'une activité de lecture quotidienne auprès des tout-petits influence l'acquisition de leur vocabulaire, un éventuel projet de recherche sur les effets de la lecture quotidienne aux enfants des Premières Nations pourrait comprendre un volet comparatif approprié du point de vue culturel, répertoriant les histoires racontées verbalement.

Notes relatives au chapitre 18

Statistique Canada, «Les enfants et les langues autochtones», Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve: Résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 (Ottawa (Ontario): Statistique Canada, 2004).

Ibi

Harriet MacMillan et coll., « Children's Health », Rapport national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999 (Ottawa (Ontario): Comité directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit, 1999).

Ibid

Statistique Canada, «Les enfants et les langues autochtones», Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve: Résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001

^{6.} Ibid.

⁷ Ibio

Linda Kreger Silverman, Upside-Down Brilliance: The Visual-Spatial Learner (Denver, Colo.: DeLeon Publishing, 2002).

Statistique Canada, « L'éducation et l'apprentissage des enfants autochtones », Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve: Résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001.

^{10.} Ib

Garth Lipps et Jackie Yiptong-Avila, De la maison à l'école – Comment les enfants canadiens se débrouillent (Ottawa (Ontario): Statistique Canada, 1999).

Chapitre 28

Évaluations précoces de la santé de l'enfant : poids à la naissance, tabagisme maternel et allaitement

Résumé

Dans la perspective indigène, chaque nouvelle vie est une possibilité d'espoir et de guérison offerte par le créateur : pour les personnes, pour les familles, pour les communautés et pour les nations. Dans la roue de la médecine (figure 1 du présent chapitre), les bébés sont situés juste à côté des aînés. Tout comme les aînés, on peut les considérer comme des enseignants. Les aînés et les bébés sont tous deux proches du monde des esprits; les bébés en arrivent et les aînés entreprennent le voyage de retour. Cette proximité du monde des esprits peut apporter une force spirituelle, mais aussi une vulnérabilité et une sensibilité physique aux perturbations de l'environnement. Le cycle vital de la roue de la médecine relie les expériences et le bien-être des bébés aux expériences et au bien-être des enfants, des adolescents, des jeunes adultes, des parents, des grands-parents et des aînés, toujours dans une perspective individuelle, familiale, communautaire et à l'échelle des Premières Nations.

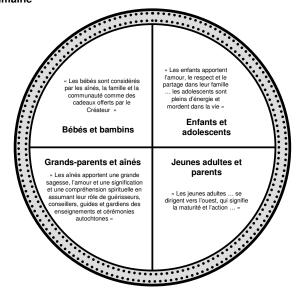
« Si vous voulez comprendre les bébés, parlez d'abord aux grands-parents »

-Jan "Kehehti:io: Longboat

Introduction et analyse documentaire

Dans la perspective indigène, chaque nouvelle vie est une possibilité d'espoir et de guérison offerte par le créateur : pour les personnes, pour les familles, pour les communautés et pour les nations. Dans la roue de la médecine (figure 1), les bébés sont situés juste à côté des aînés. Tout comme les aînés, on peut les considérer comme des enseignants. Les aînés et les bébés sont tous deux proches du monde des esprits; les bébés en arrivent et les aînés entreprennent le voyage de retour. Cette proximité du monde des esprits peut apporter une force spirituelle, mais aussi une vulnérabilité et une sensibilité physique aux perturbations l'environnement. Le cycle vital de la roue de la médecine relie les expériences et le bien-être des bébés aux expériences et au bien-être des enfants, des adolescents, des jeunes adultes, des parents, des grands-parents et des aînés.

Figure 1. Roue de médecine appliquée au cycle de la vie humaine



Dans la perspective de la santé de la population, on considère que les évaluations de la santé des bébés sont un reflet très important de l'état de santé d'une communauté. Des mesures comme la mortalité infantile et l'incidence de faible poids à la naissance ont été associées de façon non équivoque à des déterminants de santé sous-jacents : apport alimentaire suffisant, logement convenable, emploi, niveau d'éducation et expositions environnementales. On estime que les bébés sont vulnérables à des conditions sociales, économiques et environnementales défavorables. En raison de cette vulnérabilité, les évaluations de santé des bébés sont de véritables « sentinelles » des déterminants de santé de la

population. De façon intéressante, au cours de la dernière décennie, grâce à la « vision du cycle de vie », on a commencé à établir des liens entre des problèmes de santé chez les adultes comme l'hypertension artérielle, la cardiopathie, le diabète et les expériences et expositions du fœtus, du bébé et de l'enfant.³

Les bases de données périnatales canadiennes des provinces ne contiennent pas de données sur des facteurs de risque importants pour la santé des bébés, comme le tabagisme et les caractéristiques socioéconomiques. La richesse des données à ce sujet contenues dans l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002–2003 nous donne une occasion unique de combler cette lacune en évaluant les rapports entre le tabagisme maternel (actif ou passif), le poids à la naissance, l'allaitement maternel et les résultats à long terme sur la santé des enfants. Le présent chapitre porte sur une importante mesure de la santé des bébés : le poids à la naissance, ainsi que sur deux comportements importants liés à la santé, soit le tabagisme durant la grossesse et l'allaitement maternel.

Poids à la naissance et santé des bébés

Chez les populations non autochtones, le poids à la naissance est considéré comme l'un des indicateurs les plus importants de la santé du bébé. Celui-ci peut indiquer les conditions auxquelles le bébé a été exposé dans le ventre de sa mère et est lié à la santé plus tard dans l'enfance et à l'âge adulte (par exemple, aux risques de maladies coronariennes et de diabète de type 2).⁴⁻⁶ Dans le document Les Canadiens en santé: rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé, 2002, Santé Canada identifie la mortalité infantile et l'incidence de faible poids à la naissance comme les deux principaux indicateurs de la santé infantile pour les Canadiens. En effet, les bébés ayant un faible poids à la naissance sont plus susceptibles d'avoir des infections et d'autres maladies. Ils courent également un plus grand risque de mourir. Le poids à la naissance semble cependant un indicateur de santé problématique pour la population des Premières Nations : les taux globaux de mortalité infantile dans la population des Premières Nations sont très élevés, et pourtant la proportion de bébés de faible poids à la naissance (< 2,5 kg) chez les membres des Premières Nations est très similaire ou inférieure à celle du reste de la population canadienne.8-10 Cela signifie que dans les populations des Premières Nations, le taux de bébés de faible poids à la naissance n'est peut-être pas une mesure aussi efficace de la santé des bébés qu'elle ne l'est pour les populations ne faisant pas partie des Premières Nations, parce que même lorsque ce taux n'est pas élevé, les bébés des Premières Nations peuvent tout de même afficher des taux plus élevés de maladies et de décès.

La proportion de bébés de poids élevé à la naissance $(\geq 4,0 \text{ kg})$ nés de mères des Premières Nations est nettement plus élevée que dans les populations non autochtones. 11-16

Dans ces populations, les chercheurs médicaux associent un poids élevé à la naissance à des troubles de glycémie de la mère comme le diabète et à des taux plus élevés de traumatismes à la naissance. ¹⁷ La signification du poids élevé à la naissance dans la population des Premières Nations en ce qui a trait au bien-être du bébé n'a pas été établie clairement. Le poids élevé à la naissance chez les membres des Premières Nations peut être causé par le régime alimentaire, les habitudes de vie et les facteurs génétiques. ^{18, 19} Certains éléments portent à croire que les changements fœtaux et métaboliques qui se produisent lors de l'apparition du diabète gestationnel peuvent persister et contribuer au développement d'une résistance à l'insuline à l'âge adulte. ²⁰⁻

Tabagisme et santé des bébés

Le tabagisme durant la grossesse expose le futur enfant à de nombreux produits chimiques toxiques présents dans la fumée du tabac, un contaminant complexe composé de 4 000 composés chimiques. La fumée du tabac a été associée à une élévation du risque pour un grand nombre de maladies chroniques chez les adultes comme les troubles pulmonaires chroniques et les cancers, et a été associée de façon constante à un risque plus de deux fois plus élevé de retard de croissance du foetus. ^{23, 24} Le *monoxyde de carbone* contenu dans la fumée du tabac perturbe l'apport en oxygène. Ce manque d'oxygène peut causer une croissance plus lente du bébé et un gain de poids inférieur au cours de la grossesse. Il peut aussi compromettre le développement neurologique du bébé à naître. La nicotine, une autre substance toxique contenue dans les cigarettes, peut également nuire au bébé, parce qu'elle diminue le flux sanguin au placenta, de sorte que le bébé obtient encore moins d'éléments nutritifs et d'oxygène et que le battement du cœur et la respiration du bébé sont accélérés.

Les mères qui fument durant la grossesse ont un risque plus élevé de fausses couches et de complications à la naissance.²⁵ Les mères qui ont fumé ou ont été exposées à la fumée secondaire en cours de grossesse ont habituellement des bébés plus petits que les mères qui n'ont pas été exposées à la fumée.^{26, 27} Comme nous l'avons indiqué plus haut, ces bébés de faible poids courent un plus grand risque de maladie et de décès.²⁸ C'est au cours du troisième trimestre de grossesse que les effets du tabagisme sont les plus dommageables pour la croissance des bébés.²⁹ Les bébés des mères qui ont été exposées à la fumée secondaire durant leur grossesse courent également plus de risques de souffrir du syndrome de la mort subite du nourrisson.³⁰ À long terme, les enfants de mères qui ont fumé sont souvent plus petits que les autres enfants et éprouvent plus de difficultés en lecture et en mathématiques.³¹

Allaitement maternel et santé des bébés

L'allaitement maternel assure une nutrition optimale aux bébés et est bénéfique autant pour la mère que pour l'enfant. De nombreuses organisations de la santé, notamment Santé Canada, la Société canadienne de pédiatrie et l'Organisation mondiale de la santé, recommandent que les bébés soient nourris exclusivement au sein pour une période d'au moins quatre mois. Le taux d'allaitement maternel des mères autochtones est partout inférieur au taux de la population canadienne en général. Un certain nombre d'études portent à croire que les mères autochtones qui allaitent le font pour une période de temps plus longue.³² D'autres chercheurs ont constaté que le choix de l'allaitement maternel et la durée de celui-ci ont décliné au cours des trois dernières décennies chez les mères des Premières Nations.³³

Les bébés bénéficient énormément de l'allaitement maternel parce que celui-ci les protège des infections gastrointestinales et respiratoires. 34-37 L'allaitement maternel a été associé à un lien maternel plus fort et à une relation mèreenfant de meilleure qualité. 38 À long terme, l'allaitement maternel a été associé à un meilleur développement cognitif. 39-41 Les chercheurs dans le domaine de la santé des Premières Nations ont constaté plus d'une fois que l'allaitement maternel réduit le risque d'infections aux oreilles (otite moyenne) et d'infections des voies respiratoires supérieures. 42 L'allaitement maternel contribue également à la santé et au bien-être des mères, puisqu'il les aide à espacer les naissances, facilite le retour au poids de la mère avant la grossesse et réduit le risque de cancer des ovaires. 43, 44 Les bienfaits de l'allaitement maternel sont maximisés si le bébé est allaité pendant six mois ou plus. 45

Méthodes d'interprétation

Nous avons utilisé les données cumulées pour l'ensemble des enfants (n = 6657) couverts par l'ERS 2002-2003. Les hypothèses concernant un rapport possible entre le poids à la naissance, le tabagisme durant la grossesse et l'allaitement maternel ont été générées à partir d'un examen des résultats publiés, de la documentation scientifique et du Cadre culturel. Un consensus a été établi entre les membres de notre équipe interdisciplinaire concernant les hypothèses. Des demandes de données ont été générées et soumises à l'équipe de l'ERS. L'analyse des données a été affinée au moyen d'une série de demandes d'analyses de suivi. Nous avons utilisé la méthode descriptive aussi bien que la méthode comparative. Les résultats comparatifs primaires ont été compilés dans une série de tableaux croisés. Les différences statistiques ont été évaluées en utilisant des méthodes différentes de celles utilisées dans les autres chapitres du présent rapport. Nous avons utilisé des analyses du khi-carré pour identifier les différences statistiquement significatives dans les taux de résultats des groupes en nous fondant sur les données non pondérées. Les pourcentages dont il est fait état dans les tableaux et les graphiques sont toutefois basés sur

des données pondérées, tout comme dans les autres chapitres. L'ELNEJ dans les résultats a été établi à p < 0.05 dans les résultats a été établi à p < 0.05

et celui des tendances a été établi à p < 0.10. En général, tous les résultats et associations indiqués sont significatifs à moins

qu'ils ne soient identifiés comme une tendance.

Les nombres disponibles varient pour les variables individuelles puisque ce ne sont pas tous les éléments du questionnaire qui ont été complétés par tous les participants à l'étude. Pour les analyses comportant des caractéristiques familiales et communautaires, seuls les questionnaires remplis par la mère biologique ont été utilisés. Les analyses portant sur les conséquences à long terme du poids à la naissance, de l'allaitement maternel et du tabagisme maternel n'ont pas été restreintes aux mères biologiques. Sur les 6 657 questionnaires, 5 260 ou 79,0 % ont été remplis par la mère biologique de l'enfant. Des caractéristiques familiales et communautaires ont été examinées, dont l'âge de la mère, son niveau d'éducation, le revenu familial, les antécédents familiaux de pensionnat indien, le surpeuplement, la taille de la communauté, le degré d'isolement ou d'éloignement et le statut relativement aux transferts en matière de santé. Les conséquences à long terme ont été examinées, dont l'IMC, la performance scolaire, l'état de santé global, les bronchites ou les infections aux oreilles, les allergies ou l'asthme et les problèmes psychologiques.

Nous avons mené une analyse exploratoire afin d'examiner l'évolution des mesures du poids à la naissance, de l'allaitement maternel et du tabagisme maternel avec le temps. À cette fin, nous avons d'abord examiné les répartitions selon l'âge actuel de l'enfant en utilisant des groupes d'âge d'une année. La répartition des questionnaires selon l'âge de l'enfant est relativement égale, sauf pour les enfants de moins d'un an, pour lesquels beaucoup moins de questionnaires ont été remplis. Nous possédons donc moins d'information sur la grossesse, la naissance et la première année de vie des enfants de la période 2002-2003. Afin de nous ajuster à cette réalité, nous avons utilisé des catégories d'âge de trois années pour notre analyse finale de l'âge. Nous avons exclu le groupe d'âge des 0-2 ans pour la durée de l'allaitement, étant donné que les catégories de durée d'allaitement n'étaient pas significatives pour les enfants de moins de six mois.

Pour le poids à la naissance, les comparaisons avec la population canadienne générale ont été établies en utilisant les données provenant de Statistique Canada pour 1999. Cet ensemble de statistiques démographiques de Statistique Canada inclut les bébés des Premières Nations nés dans des réserves et pour lesquels un certificat de naissance a été rempli. En ce qui a trait à l'allaitement maternel et au tabagisme maternel durant la grossesse, nous avons fait des comparaisons avec la population canadienne générale en nous servant de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1998–1999 (ELNEJ 1998–1999).

L'ELNEJ exclut les enfants des Premières Nations vivant dans les réserves.

Nous nous sommes servis du chapitre portant sur la santé des enfants de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit de 1997 (ERLSPNI 1997) pour effectuer une comparaison descriptive de l'information de l'enquête précédente portant particulièrement sur les Premières Nations vivant dans les réserves qui avait été colligée en 1997. Il est à noter cependant que l'ERLSPNI comprenait un échantillon d'enfants inuit tandis que l'ERS 2002-2003 n'en comprenait pas.

Résultats et discussion

Poids à la naissance

Le poids moyen à la naissance des enfants des Premières Nations est de 3,55 kg. Le poids moyen à la naissance est plus élevé chez les garçons, soit 3,60 kg contre 3,49 kg chez les filles. Cette situation est semblable à celle des populations non autochtones, les bébés de sexe masculin étant d'un poids légèrement supérieur à celui des bébés de sexe féminin.

Pour les besoins de la présente étude, nous avons défini comme *faible poids à la naissance* un poids de moins de 2,5 kg, un *poids normal de naissance* un poids situé entre 2,5 kg et 4,0 kg, et un *poids élevé de naissance* un poids supérieur à 4,0 kg. La proportion de bébés de faible poids à la naissance est de 5,5 %. Ce taux se compare au taux précédent pour les Premières Nations et les Inuit (ERSPNI 1997), qui était de 5,4 %. Il se compare également au taux observé dans la population canadienne en général (ELNEJ 1998–1999), qui était de 5,6 %.

La proportion de bébés de sexe féminin et de bébés de sexe masculin de faible poids à la naissance n'affiche pas de différence notable. La proportion de bébés ayant un poids élevé à la naissance est de 21,0 %. Ce taux est plus élevé que le taux précédent pour les Premières Nations et les Inuit (ERLSPNI 1997) qui était de 17,8 %. Le taux actuel est sensiblement plus élevé que la proportion de bébés de poids élevé à la naissance dans la population canadienne en général (ELNEJ 1998–1999) qui était de 13,1 %. La proportion de bébés de sexe masculin ayant un poids élevé à la naissance est supérieure (24,6 %) à celle des bébés de sexe féminin (17,4 %).

Il n'y a aucune association entre le poids à la naissance et l'âge de l'enfant (voir le tableau 1). Cela signifie que la proportion de bébés de faible poids à la naissance, de poids moyen à la naissance et de poids élevé à la naissance est relativement stable dans les différents groupes d'âge.

Figure 2. Catégories de poids à la naissance : comparaison des Premières Nations avec la population canadienne générale

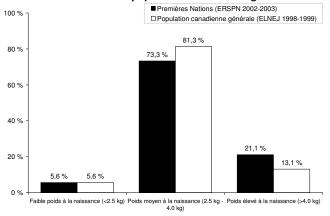


Tableau 1. Fréquence des catégories de poids à la naissance selon l'âge actuel de l'enfant (n=4 836)

Poids à la naissance

	Faible poids à la naissance < 2,5 kg	Poids moyen de naissance 2,5-4,0 kg	Poids élevé de naissance > 4,0 kg
Âge de l'enfant			
< 1 an à 2 ans	5,5 %	73,0 %	21,5 %
De 3 à 5 ans	4,9 %	73,3 %	21,8 %
De 6 à 8 ans	5,2 %	75,2 %	19,6 %
De 9 à 11 ans	5,4 %	75,3 %	19,3 %

Nous avons mené des analyses afin d'examiner des associations possibles entre le poids à la naissance et les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires, seulement pour les enfants dont la mère biologique avait rempli le questionnaire (voir le tableau 2). Il n'y a aucune association significative avec les autres caractéristiques familiales et communautaires qui ont été examinées.

Nous avons de plus examiné s'il existait une association entre le poids à la naissance et le tabagisme maternel (voir les tableaux 3 et 4). Les bébés de faible poids à la naissance sont plus susceptibles de naître d'une mère ayant fumé au cours de sa grossesse. Ce lien entre le tabagisme maternel et le faible poids à la naissance est très marqué lorsque la mère fume 20 cigarettes ou plus par jour.

En résumé, les taux de faible poids à la naissance chez les Premières Nations vivant dans les réserves sont semblables aux taux de la population canadienne en général. Les taux de poids élevé à la naissance chez les Premières Nations vivant dans les réserves sont presque deux fois plus élevés que ceux de la population canadienne en général. Le faible poids à la naissance est lié au tabagisme maternel dans la présente étude. Cette association est marquée pour le tabagisme maternel important.

Tableau 2. Fréquence des catégories de poids à la naissance selon des caractéristiques maternelles, familiales et communautaires

Communautanes	Faible	Poids	Poids
	poids à la naissance	moyen à la naissance	élevé à la naissance
	<2,5 kg	2,5-4,0 kg	>4,0 kg
Âge de la mère à la naissance $(n=4797)$			
< 20 ans	2,9 %	75,0 %	22,0 %
20-34 ans	6,1 %	72,8 %	21,1 %
> 35 ans	7,7 %	69,9 %	22,4 %
Niveau d'éducation de la mère $(n = 4759)$			
Pas de diplôme d'études secondaires	6,5 %	74,1 %	19,5 %
Diplôme d'études	4,4 %	75,8 %	19,8 %
secondaires Études collégiales,	, .	,	- ,
techniques, professionnelles	5,6 %	73,0 %	21,4 %
Diplôme universitaire	3,2 %	63,5 %	33,3 %
Revenu actuel du ménage (n = 3 480)			
≤ 10 000 \$/an ou perte de revenu	5,9 %	78,9 %	15,2 %
10 000 \$-14 999 \$/an	3,4 %	79,0 %	17,6 %
15 000 \$-19 999 \$/an	3,4 %	68,8 %	27,8 %
20 000 \$-29 999 \$/an	4,8 %	72,5 %	22,7 %
30 000 \$-49 999 \$/an	6,0 %	75,0 %	19,0 %
50 000 \$-79 999 \$/an	16,3 %	64,8 %	18,8%
>80 000 \$/an	1,3 %	65,7 %	33,0 %
Pensionnat indien * $(n = 4836)$			
Non	6,1 %	74,7 %	19,2 %
Oui	5,1 %	72,7 %	23,3 %
Surpeuplement $(n=4821)$			
Non surpeuplé	4,7 %	72,2 %	23,2 %
Surpeuplé**	7,4 %	76,4 %	16,2 %
Taille de la communauté (n = 4 803)	,	,	,
< 300 personnes	7,3 %	73,2 %	19,4 %
300-1 499 personnes	4,2 %	75,5 %	20,3 %
1 500 personnes et plus	7,1 %	70,4 %	22,4 %
Éloignement (degré d'isolement) (n= 4 490)			
Éloignée-isolée	5,2 %	81,3 %	13,5 %
Isolée	7,9 %	70,6 %	21,5 %
Semi-isolée	2,2 %	72,0 %	25,8 %
Non isolée	5,3 %	73,9 %	20,9 %
Statut relativement aux transferts en matière de santé (n= 4 828)			
Pas de transfert	5,0 %	75,5 %	19,6 %
Transfert vers une seule communauté	6,9 %	69,0 %	24,1 %
Transfert multicommunautaire	4,8 %	75,0 %	20,1 %

Note. L'échantillon ne comprend que les enfants dont la mère biologique a rempli le questionnaire. Pensionnat indien: Avoir au moins un parent ou un grand-parent qui a fréquenté un pensionnal indien.

^{**} Surpeuplé : >1 personne/pièce

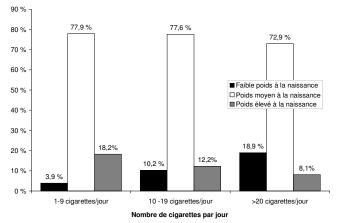
Tableau 3. Fréquence des catégories de poids à la naissance selon les catégories de tabagisme maternel (n=3 922)

	Faible poids à la naissance < 2,5 kg	Poids moyen de naissance 2,5-4,0 kg	Poids élevé de naissance > 4,0 kg
Tabagisme mat	ernel		
Non	3,8 %	73,1 %	23,1 %
Oui	7,6 %	77,3 %	15,0 %

Tableau 4. Fréquence des catégories de poids à la naissance selon les catégories de fréquence du tabagisme maternel (n=1 298)

	Faible poids à la naissance < 2,5 kg	Poids moyen de naissance 2,5-4,0 kg	Poids élevé de naissance > 4,0 kg
Fréquence du tabagisme maternel			
1à 9 cigarettes/jour	3,9 %	77,9 %	18,2 %
10 à 19 cigarettes/jour	10,2 %	77,6 %	12,2 %
\geq 20 cigarettes/jour	18,9 %	72,9 %	8,1 %

Figure 3. Catégories de poids à la naissance et fréquence du tabagisme maternel (n=1 298)

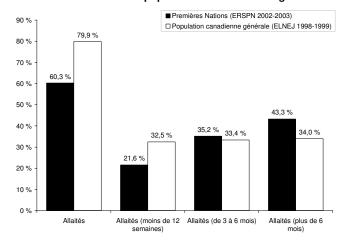


Allaitement maternel

La proportion moyenne d'enfants ayant été nourris au sein est de 62,5 %. Ce taux est supérieur au taux précédent (50 %) signalé pour les Premières Nations et les Inuit (ERLSPNI 1997). Il est inférieur au taux (79,9 %) signalé pour la population canadienne en général (ELNEJ 1998–1999). Un taux de 21,6 % des enfants qui ont été allaités l'ont été sur une période de 12 semaines ou moins, 35,2 % ont été allaités de trois à six mois et 43,3 % ont été allaités pendant plus de six mois. Ce taux d'allaitement maternel poursuivi pendant plus de six mois semble plus élevé que le taux précédent pour les Premières Nations et les Inuit (ERLSPNI 1997) qui indiquait que 22,5 % des enfants participants avaient été allaités pendant plus de sept mois. Par comparaison, un pourcentage de 32,5 % des bébés de la population canadienne en général (ELNEJ 1998–1999) avaient été

allaités sur une période de 12 semaines ou moins, 33,4 % avaient été allaités de trois à six mois et 34,0 % avaient été allaités pendant plus de six mois.

Figure 4. Taux d'allaitement maternel : Comparaison des Premières Nations avec la population canadienne en général



Nous avons examiné l'association entre l'allaitement maternel (l'incidence et la durée) et l'âge de l'enfant (voir les tableaux 5 et 6). Il n'y a aucune association significative entre l'incidence ou la durée de l'allaitement et l'âge de l'enfant. Cela signifie que l'incidence de l'allaitement maternel et la proportion d'enfants ayant été allaités pendant moins de trois mois, de trois à six mois et plus longtemps que six mois est relativement stable d'un groupe d'âge à l'autre.

Tableau 5. Fréquence de l'allaitement maternel selon l'âge actuel de l'enfant (n = 5 227)

	Allaité		
	Non	Oui	
Âge de l'enfant			
< 1 an à 2 ans	61,2 %	38,8 %	
de 3 à 5 ans	62,9 %	37,1 %	
de 6 à 8 ans	57,1 %	42,9 %	
de 9 à 11 ans	54,0 %	46,0 %	

Tableau 6. Fréquence des catégories de durée d'allaitement maternel selon l'âge actuel de l'enfant (n = 2 287)

	Durée de l'allaitement materne		
	< 3 mois	3-6 mois	> 6 mois
Âge de l'enfant			
de 3 à 5 ans	20,4 %	36,4 %	43,2 %
de 6 à 8 ans	21,6 %	36,5 %	42,0 %
de 9 à 11 ans	19,1 %	35,8 %	45,1 %

 \overline{Note} – La catégorie des 0-2 ans a été exclue de la présente analyse étant donné que les catégories de durée ne sont pas significatives pour les enfants de moins de six mois.

Des analyses ont été menées afin d'examiner les associations entre l'allaitement maternel (l'incidence et la durée) et les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires (voir les tableaux 7 et 8). Les taux d'allaitement maternel

sont plus élevés pour les mères ayant un diplôme universitaire, un revenu familial de plus de 50 000 \$/an, des antécédents familiaux de pensionnat indien, qui vivent dans des communautés éloignées (sans vols réguliers) ou non isolées et qui vivent dans une communauté visée par une entente de transfert multicommunautaire des services de santé. Les taux d'allaitement maternel sont plus bas pour les mères ayant un revenu familial de moins de 15 000 \$ par année. Les bébés sont plus susceptibles d'être allaités pendant plus de sept mois si leur mère est plus âgée, a des antécédents familiaux de fréquentation d'un pensionnat indien et/ou vit dans une communauté visée par une entente de transfert multicommunautaire des services de santé. Il n'y d'association significative caractéristiques.

Tableau 7. Fréquence de l'allaitement maternel selon les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires

_		Allaité
	Non	Oui
Âge de la mère à la naissance $(n = 5 181)$		
< 20 ans	40,1 %	59,9 %
20-34 ans	37,5 %	62,5 %
> 35 ans	37,4 %	62,6 %
Niveau d'éducation de la mère $(n = 5 121)$		
Pas de diplôme d'études secondaires	42,2 %	57,8 %
Diplôme d'études secondaires	40,0 %	60,0 %
Études collégiales/techniques/professionnelles	30,3 %	69,7 %
Diplôme universitaire	16,5 %	83,5 %
Revenu actuel du ménage (n = 3 675)		
\leq 10 000 \$/an ou perte de revenu	49,3%	50,7 %
10 000 \$-14 999 \$/an	46,5 %	53,5 %
15 000 \$-19 999 \$/an	32,1 %	67,9 %
20 000 \$-29 999 \$/an	33,0 %	67,0 %
30 000\$-49 999 \$/an	34,6 %	65,4 %
50 000 \$-79 999 \$/an	26,2 %	73,8 %
>80 000 \$/an	15,7 %	84,3 %
Pensionnat indien * $(n = 5 227)$		
Non	42,4 %	57,6 %
Oui	34,0 %	66,0 %
Surpeuplement $(n = 5 210)$		
Non surpeuplé	36,6 %	63,4 %
Surpeuplé**	39,0 %	61,0 %
Taille de la communauté $(n = 5 227)$		
< 300 personnes	37,6 %	62,4 %
300-1 499 personnes	37,2 %	62,8 %
1 500 personnes et plus	38,0 %	62,0 %
Éloignement (degré d'isolement) $(n = 4864)$		
Éloignée-isolée	42,0 %	58,0 %
Isolée	46,9 %	53,1 %
Semi-isolée	49,2 %	50,8 %
Non isolée	35,0 %	65,0 %
Statut relativement aux transferts en matière de santé (n = 5 219)		
Pas de transfert	37,6 %	62,4 %
Transfert vers une seule communauté	39,0 %	61,0 %
Transfert multicommunautaire	34,2 %	65,8 %

Note. L'échantillon ne comprend que les enfants dont la mère biologique a rempli le questionnaire.

Pensionnat indien: Avoir au moins un parent ou un grand-parent qui a fréquenté un pensionnat indien.

Tableau 8. Fréquence des catégories de durée de l'allaitement maternel selon les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires

	Durée de l'allaitement maternel		
•	< 3 mois	3-6 mois	> 6 mois
Âge de la mère à la naissance $(n = 2.761)$			
< 20 ans	26,7 %	34,5 %	38,8 %
20-34 ans	20,6 %	34,5 %	44,9 %
> 35 ans	18,8 %	29,6 %	51,7 %
Niveau d'éducation de la mère (n = 2 743)			
Pas de diplôme d'études secondaires	25,4 %	31,1 %	43,5 %
Diplôme d'études secondaires	17,1 %	34,8 %	48,1 %
Études collégiales, techniques, professionnelles	19,1 %	40,7 %	40,2 %
Diplôme universitaire	24,7 %	37,3 %	37,9 %
Revenu actuel du ménage (n= 2 213)			
≤ 10 000/an ou perte de revenu	25,3 %	38,0 %	36,7 %
10 000 \$-14 999 \$/an	15,0 %	32,1 %	52,9 %
15 000 \$-19 999 \$/an	23,6 %	31,3 %	45,0 %
20 000 \$-29 999 \$/an	23,2 %	38,6 %	38,2 %
30 000 \$-49 999 \$/an	19,2 %	30,7 %	50,1 %
50 000 \$-79 999 \$/an	16,1 %	34,7 %	49,2 %
> 80 000 \$/an	15,6 %	42,3 %	42,1 %
Pensionnat indien * $(n = 2.788)$			
Non	25,7 %	33,2 %	41,1 %
Oui	19,0 %	36,4 %	44,6 %
Surpeuplement $(n = 2783)$			
Non surpeuplé	23,3 %	33,1 %	43,6 %
Surpeuplé**	17,5 %	40,0 %	42,5 %
Taille de la communauté (n = 2 788)	,-		- -, -
< 300 personnes	18,7 %	38,0 %	43,3 %
300-1499 personnes	21,4 %	39,0 %	39,7 %
1500 personnes et plus	22,5 %	28,8 %	48,7 %
Éloignement (degré d'isolement) $(n = 2528)$			
Éloignée-isolée	11,8 %	32,3 %	55,9 %
Isolée	15,0 %	20,3 %	64,7 %
Semi-isolée	21,3 %	44,4 %	34,3 %
Non isolée	23,6 %	37,7 %	38,7 %
Statut relativement aux transferts en matière de santé (n = 2 784)	.,	,	
Pas de transfert	22,2 %	33,9 %	43,9 %
Transfert vers une seule communauté	23,6 %	36,1 %	40,3 %
Transfert multicommunautaire	15,5 %	37,7 %	46,8 %

Note. L'échantillon ne comprend que les enfants dont la mère biologique a rempli le questionnaire.

*Pensionnat indien: Avoir au moins un parent ou un grand-parent qui a fréquenté un pensionnat indien.

Nous avons vérifié si le poids à la naissance ou le tabagisme durant la grossesse étaient liés aux taux d'allaitement maternel (voir les tableaux 9 et 10). Les bébés nés avec un

^{**} Surpeuplé : >1 personne/pièce

^{**} Surpeuplé : >1 personne/pièce

faible poids sont moins susceptibles d'être allaités et ceux nés avec un poids élevé sont plus susceptibles d'être allaités. Les bébés sont plus susceptibles d'être allaités si leur mère

n'a pas fumé durant la grossesse.

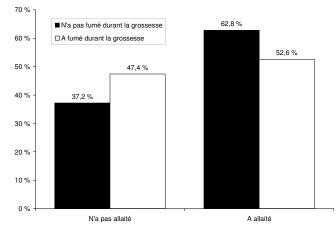
Tableau 9 Fréquence des catégories d'allaitement maternel
selon les catégories de poids à la naissance (n = 4 822)

	Catégorie d'allaitement maternel	
	Non	Oui
Catégories de poids à la naissance		
Faible poids à la naissance (<2,5 kg)	53,0 %	47,0 %
Poids moyen à la naissance (2,5-4,0 kg)	40,8 %	59,2 %
Poids élevé de naissance (>4,0 kg)	36,3 %	63,7 %

Tableau 10 Fréquence des catégories d'allaitement maternel selon les catégories de tabagisme maternel (n = 4 169)

	Catégorie d'allaitement maternel	
	Non	Oui
Catégories de tabagisme maternel		
Non	37,2 %	62,8 %
Oui	47,4 %	52,6 %

Figure 5. Incidence du tabagisme maternel et incidence de l'allaitement maternel (n = 4169)



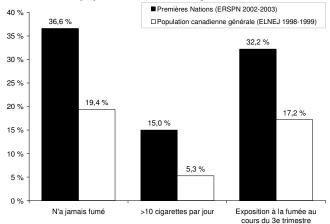
En résumé, le taux d'allaitement maternel chez les membres des Premières Nations vivant dans des réserves semble être légèrement inférieur à celui observé chez les autres Canadiens. Néanmoins, les bébés des Premières Nations vivant dans des réserves et qui sont allaités semblent être allaités plus longtemps que les bébés allaités dans la population canadienne générale. Les taux d'allaitement maternel chez les membres des Premières Nations vivant dans des réserves semblent avoir augmenté depuis l'ERLSPNI de 1997. Les taux plus élevés d'allaitement maternel dans la présente étude sont reliés à un niveau d'éducation plus élevé de la mère, un revenu plus élevé de la mère, des antécédents de fréquentation de pensionnat indien dans la famille de la mère, des communautés qui sont éloignées et des communautés visées par une entente de

transfert multicommunautaire des services de santé. Une durée plus longue d'allaitement maternel est reliée à des communautés visées par une entente de transfert multicommunautaire des services de santé. Les taux plus bas d'allaitement maternel sont liés au tabagisme maternel et à un faible poids à la naissance. Les taux plus élevés d'allaitement maternel sont liés à un poids élevé à la naissance. L'association de l'allaitement maternel au tabagisme maternel correspond à ce que l'on sait déjà sur les variables explicatives de l'allaitement maternel dans les autres populations. 47, 48 D'autres recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre les liens entre l'allaitement maternel et la fréquentation d'un pensionnat indien, ainsi qu'avec la taille de la communauté, le degré d'isolement de la communauté et les ententes de transfert des services de santé vers les communautés. La présence de services et programmes de santé différents dans les communautés éloignées et dans les centres urbains est ce qui expliquerait probablement les taux d'allaitement maternel plus élevés aux deux extrêmes des catégories d'isolement des communautés.

Tabagisme durant la grossesse

Les taux de tabagisme durant la grossesse ont été calculés pour les enfants dont la mère biologique a rempli le questionnaire. Le taux moyen de tabagisme durant la grossesse est de 36,6 %. Ce taux est sensiblement plus élevé que celui de la population canadienne en général (ELNEJ 1998–1999), qui était de 19,4 %. Les taux de consommation quotidienne de cigarettes par la mère sont de : 20,2 % de 1 à 9 cigarettes par jour, 14,3 % de 10 à 19 cigarettes par jour et 2,1 % pour 20 cigarettes ou plus par jour. Il n'est pas possible d'établir des comparaisons avec les taux précédents pour les Premières Nations (ERLSPNI 1997) puisque ces questions n'avaient pas été demandées. Le taux de tabagisme maternel quotidien pour la population canadienne en général (ELNEJ 1998-1999) pour plus de 10 cigarettes par jour était de 5,3 %; le taux observé dans la présente enquête chez les mères des Premières Nations est près de trois fois plus élevé, soit 15,0 %. La proportion de bébés exposés au tabagisme maternel au cours du troisième trimestre est d'environ un bébé sur trois (32,2 %). Ce pourcentage est beaucoup plus élevé que celui provenant de l'ELNEJ 1998-1999 qui était de 17,2 %. Le taux d'exposition à la fumée secondaire du tabac (tabagisme dans la maison de la mère membre des Premières Nations) est d'environ une famille sur deux (48,2 %).

Figure 6. Tabagisme maternel : comparaison des Premières Nations avec la population canadienne générale



Il n'y aucune association significative entre l'incidence de tabagisme maternel et l'âge de l'enfant (voir le tableau 11). Cela signifie que l'incidence de tabagisme maternel est relativement stable entre les différents groupes d'âge. Il n'y a aucune association significative entre le type de tabagisme maternel et l'âge de l'enfant (voir le tableau 12). On observe dans tous les groupes d'âge une baisse de la fréquence du tabagisme important (\geq 20 cigarettes/jour) et une augmentation de la fréquence du tabagisme léger (1-9 cigarettes/jour).

Tableau 11. Fréquence du tabagisme maternel selon l'âge actuel de l'enfant (n = 4 180)

	Tabagisme maternel	
	Non	Oui
Âge de l'enfant		
< 1 an à 2 ans	61,1 %	38,9 %
de 3 à 5 ans	67,9 %	32,1 %
de 6 à 8 ans	69,3 %	30,7 %
de 9 à 11 ans	69,2 %	30,8 %

Tableau 12. Fréquence du type de tabagisme maternel selon l'âge actuel de l'enfant (n = 1 368)

	Tabagisme maternel durant la grossesse		
	1-9	10-19	≥ 20
	cigarettes/jour	cigarettes/jour	cigarettes/jour
Âge de l'enfant			
< 1 an à 2 ans	60,6 %	32,1 %	7,3 %
de 3 à 5 ans	61,3 %	33,5 %	5,2 %
de 6 à 8 ans	43,7 %	44,6 %	11,7 %
de 9 à 11 ans	47,7 %	42,1 %	10,2 %

Nous avons fait des analyses afin d'examiner des associations possibles entre le tabagisme maternel et les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires (voir le tableau 13). Les taux de tabagisme maternel durant la grossesse sont plus élevés chez les mères plus jeunes, les mères ayant un faible revenu familial, les mères n'ayant pas obtenu de diplôme universitaire, les mères ayant des antécédents de fréquentation de pensionnat indien dans leur

famille et les mères vivant dans des communautés éloignées et isolées. Les taux de tabagisme maternel durant la grossesse sont plus bas dans les communautés visées par un transfert multicommunautaire des services de santé, comparativement aux communautés visées par un transfert vers une seule communauté ou aux communautés n'ayant pas été visées par un transfert. Il n'y a aucune association significative entre le tabagisme maternel et les autres caractéristiques familiales et communautaires qui ont été examinées. En dernier lieu, le tabagisme maternel est lié, dans les analyses sur le poids à la naissance et sur l'allaitement maternel, à des poids à la naissance plus faibles et à des taux plus bas d'allaitement maternel, respectivement (décrits ci-dessus).

Tableau 13. Tabagisme maternel selon les caractéristiques maternelles, familiales et communautaires

	Tabagisme maternel	
	Non	Oui
Âge de la mère à la naissance $(n = 4 142)$		
< 20 ans	58,1 %	41,9 %
20-34 ans	63,3 %	36,7 %
> 35 ans	71,2 %	28,8 %
Niveau d'éducation de la mère $(n = 4 110)$		
Pas de diplôme d'études secondaires	63,8 %	36,2 %
Diplôme d'études secondaires	58,4 %	41,6 %
Études collégiales, techniques, professionnelles	63,9 %	36,1 %
Diplôme universitaire	71,4 %	28,6 %
Revenu actuel du ménage $(n = 3 005)$		
≤ 10 000 \$/an ou perte de revenu	53,5 %	46,5 %
10 000 \$-14 999 \$/an	50,2 %	49,8 %
15 000 \$-19 999 \$/an	65,5 %	34,5 %
20 000 \$-29 999 \$/an	65,9 %	34,1 %
30 000 \$-49 999 \$/an	59,3 %	40,7 %
50 000 \$-79 999 \$/an	68,4 %	31,6 %
> 80 000 \$/an	78,7 %	21,3 %
Pensionnat indien * $(n = 4 180)$		
Non	65,2 %	34,8 %
Oui	62,1 %	37,9 %
Surpeuplement $(n = 3894)$		
Non surpeuplé	62,6 %	37,4 %
Surpeuplé**	64,8 %	35,3 %
Taille de la communauté $(n = 4 180)$		
< 300 personnes	63,6 %	36,4 %
300-1 499 personnes	62,3 %	37,7 %
1 500 personnes et plus	65,0 %	35,0 %
Éloignement (degré d'isolement) $(n = 3914)$		
Éloignée-isolée	65,7 %	34,3 %
Isolée	60,1 %	39,9 %
Semi-isolée	65,6 %	34,4 %
Non isolée	63,4 %	36,6 %
Statut relativement aux transferts en matière de santé $(n = 4 172)$		
Pas de transfert	63,3 %	36,7 %
Transfert vers une seule communauté	61,1 %	38,9 %
Transfert wers and searce communates Transfert multicommunautaire	68,8 %	31,2 %
Note I 'échantillan na comprand que les enfants dant le mère biele	. '1' 1	21,2 /0

Note. L'échantillon ne comprend que les enfants dont la mère biologique a rempli le questionnaire.

Pensionnat indien: Avoir au moins un parent ou un grand-parent qui a fréquenté un pensionnat indien.

^{**} Surpeuplé : > 1 personne/pièce

Conséquences à long terme du poids à la naissance

Nous avons poussé plus loin la comparaison en ce qui concerne les conséquences à long terme selon les catégories de poids à la naissance (voir le tableau 14). La prudence est de mise pour l'interprétation de certains résultats de ces analyses du faible poids à la naissance en raison de la fréquence relativement faible de certains événements. Les enfants ayant un faible poids à la naissance affichaient plus souvent un poids insuffisant au moment de l'enquête, étaient plus souvent en assez bonne ou en mauvaise santé, souffraient plus souvent d'allergies ou d'asthme (comptés comme une seule catégorie), ainsi que du TDA/TDAH et affichaient plus souvent des déficiences cognitives ou mentales ou des troubles de l'apprentissage (réunis). Les enfants nés avec un poids élevé à la naissance ont plus souvent un excès de poids ou sont plus à risque d'avoir un excès de poids et moins à risque d'avoir un poids insuffisant et sont plus souvent décrits comme étant en « très bonne» ou en « excellente » santé. Il n'y a aucune association significative pour les autres résultats (figures 7, 8, 9 et 10).

Tableau 14. Conséquences à long terme selon les catégories de poids à la naissance

	Faible poids à la naissance < 2,5 kg	Poids moyen à la naissance 2,5-4,0 kg	Poids élevé à la naissance > 4,0 kg
IMC (normes du CDC pour les enfants) (n = 2 540)			
Poids insuffisant	31,2 %	7,2 %	4,8 %
Acceptable	28,7 %	33,8 %	24,4 %
Risque d'excès de poids	4,4 %	13,4 %	18,5 %
Excès de poids	35,7 %	45,7 %	52,3 %
État de santé global actuel (n = 5 772)			
Mauvais ou assez bon	25,2 %	5,8 %	7,7 %
Bon	19,0 %	23,1 %	16,9 %
Très bon ou excellent	55,8 %	71,1 %	75,4%
Performance scolaire actuelle (<i>n</i> = 3 346)			
Sous la moyenne	5,7 %	3,8 %	4,4 %
Légèrement au-dessous de la moyenne	12,7 %	8,9 %	7,3 %
Dans la moyenne	46,2 %	47,2 %	47,5 %
Légèrement au-dessus de la moyenne	24,7 %	17,3 %	16,6 %
Au-dessus de la moyenne	10,7 %	22,9 %	24,2 %
Problèmes de santé actuels			
Bronchite chronique ou infections chroniques aux oreilles ($n = 667$)	15,3 %	11,4 %	14,7 %
Allergies ou asthme $(n = 1 \ 231)$	36,0 %	21,7 %	19,3 %
TDA/TDAH, déficience cognitive ou mentale ou troubles de l'apprentissage (n = 239)	23,2 %	3,0 %	4,2 %

Figure 7. Catégories de poids à la naissance et catégories d'indice de masse corporelle actuel (n = 2 540)

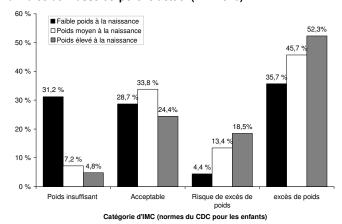


Figure 8. Catégories de poids à la naissance et santé actuelle (n=5772)

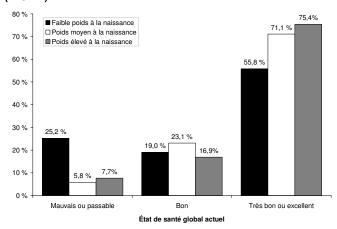
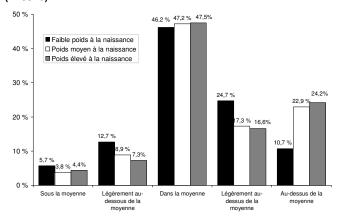
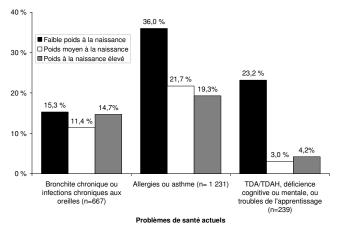


Figure 9. Poids à la naissance et performance scolaire actuelle (n=3346)



Performance scolaire actuelle

Figure 10. Catégories de poids à la naissance et problèmes de santé actuels



Conséquences à long terme de l'allaitement maternel

Nous avons fait des analyses dans le but d'examiner les conséquences à long terme de l'allaitement maternel (voir le tableau 15). Les enfants qui ont été allaités sont moins susceptibles d'avoir un « excès de poids » et sont plus susceptibles d'avoir poids un « acceptable » comparativement aux enfants qui n'ont pas été allaités. En outre, les enfants qui ont été allaités sont plus souvent en « très bonne » ou en « excellente » santé et courent moins de risque de souffrir de bronchite chronique ou d'infections chroniques aux oreilles comparativement aux enfants qui n'ont pas été allaités. Les résultats sont indiqués dans les figures 11, 12, 13, et 14.

Tableau 15. Conséquences à long terme selon la catégorie d'allaitement

		Allaité
	Non	Oui
IMC (normes du CDC pour les enfants) $(n = 2664)$		
Poids insuffisant	9,9 %	8,9 %
Acceptable	26,6 %	33,3 %
Risque d'excès de poids	15,7 %	13,2 %
Excès de poids	47,9 %	44,6 %
État de santé global actuel $(n = 6 486)$		
Mauvais ou assez bon	5,8 %	7,8 %
Bon	27,5 %	19,1 %
Très bon ou excellent	66,8 %	73,1 %
Performance scolaire actuelle $(n = 3783)$		
Sous la moyenne	5,2 %	3,5 %
Légèrement en-dessous de la moyenne	8,8 %	8,4 %
Dans la moyenne	47,9 %	44,9 %
Légèrement au-dessus de la moyenne	16,9 %	20,6 %
Au-dessus de la moyenne	21,2 %	22,7 %
Problèmes de santé actuels		
Bronchite chronique ou infections chroniques aux oreilles ($n = 721$)	14,4 %	10,8 %
Allergies ou asthme $(n = 1 346)$	19,3 %	23,2 %
TDA/TDAH, déficience cognitive ou mentale, ou troubles de l'apprentissage ($n = 275$)	4,3 %	4,5 %

Figure 11. Allaitement et catégories d'indice de masse corporelle actuel (n = 6 486)

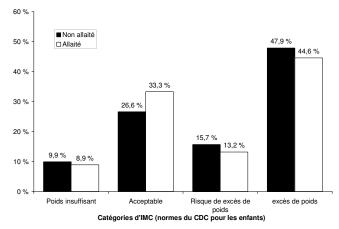


Figure 12. Allaitement et état de santé global actuel (n = 6 486)

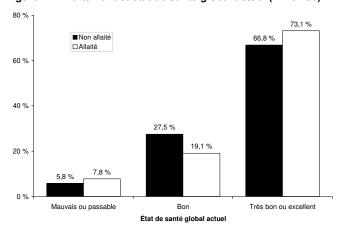


Figure 13. Allaitement et performance scolaire actuelle (n = 3 783)

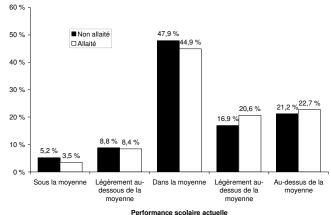
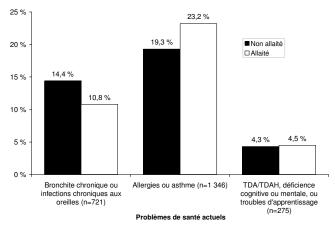


Figure 14. Allaitement et problèmes de santé actuels



Conséquences à long terme du tabagisme durant la grossesse

Nous avons mené des analyses dans le but d'examiner les conséquences à long terme du tabagisme durant la grossesse (voir le tableau 16). Les enfants exposés à la fumée durant la grossesse sont moins souvent en « excellente » santé ou en « très bonne » santé, courent plus de risques de souffrir de bronchite chronique ou d'avoir des infections aux oreilles et sont légèrement plus susceptibles de faire de l'asthme ou d'avoir des allergies, comparativement aux enfants qui ne sont pas exposés à la fumée durant la grossesse. La répartition de la performance scolaire indique une tendance vers une performance globale moins bonne pour les bébés dont la mère a fumé durant la grossesse. Les résultats sont indiqués dans les figures 15, 16, 17 et 18.

Tableau 16. Conséquences à long terme sur la santé selon le tabagisme durant la grossesse

tabagisine durant la grossesse	Tabagisme maternel durant la grossesse	
	Non	Oui
IMC (normes du CDC pour les enfants)		
(n = 2 187)		
Poids insuffisant	8,2 %	12,4 %
Acceptable	32,7 %	29,7 %
Risque d'excès de poids	13,7 %	13,2 %
Excès de poids	45,3 %	44,7 %
État de santé global actuel $(n = 5 \ 105)$		
Mauvais ou assez bon	7,9 %	5,1 %
Bon	17,7 %	26,1 %
Très bon ou excellent	74,4 %	68,8 %
Performance scolaire actuelle $(n = 2960)$		
Sous la moyenne	3,5 %	4,0 %
Légèrement au-dessous de la moyenne	7,6 %	10,9 %
Dans la moyenne	49,2 %	39,6 %
Légèrement au-dessus de la moyenne	16,7 %	22,8 %
Au-dessus de la moyenne	23,1 %	22,8 %
Problèmes de santé actuels		
Bronchite chronique ou infections chroniques aux oreilles $(n = 553)$	10,2 %	15,1 %
Allergies ou asthme $(n = 1\ 060)$	22,0 %	23,1 %
TDA/TDAH, déficience cognitive ou mentale, ou troubles de l'apprentissage ($n = 211$)	4,9 %	3,5 %

Figure 15. Tabagisme durant la grossesse et catégories d'indice de masse corporelle actuel (n = 2 187)

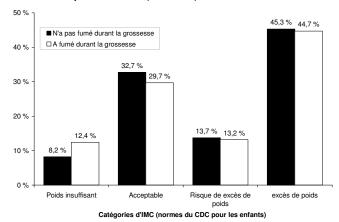


Figure 16. Tabagisme durant la grossesse et état de santé global actuel

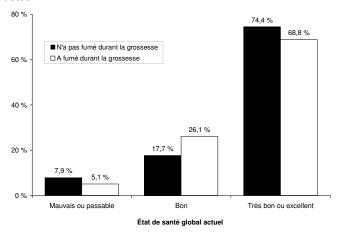
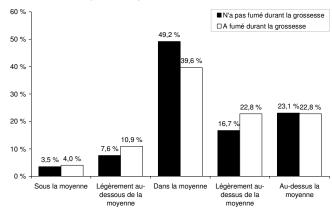
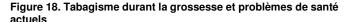
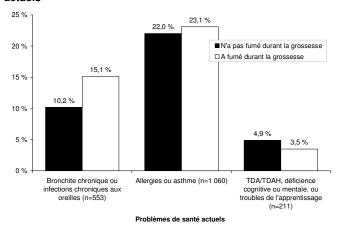


Figure 17. Tabagisme durant la grossesse et performance scolaire actuelle (n = 2 960)



Performance scolaire actuelle





Conclusion et recommandations

Selon la vision holistique des modèles de santé et de bienêtre indigènes et écologiques, tout est interconnecté et fait partie d'un tout, que ce soit les différents aspects de la personne, du cycle de vie ou de l'environnement. On sait déjà que les bébés des Premières Nations affichent des taux de décès et de maladies élevés de façon disproportionnée par rapport au reste de la population canadienne. La présente étude fait état de nouvelles données concernant l'état de santé des bébés des Premières Nations vivant dans les réserves. Voici les principaux résultats de la présente étude :

- Les taux de faible poids à la naissance sont similaires à ceux de la population canadienne générale, ce qui porte à croire que le faible poids à la naissance n'est pas un enjeu majeur pour les Premières Nations vivant dans les réserves. Cependant, le faible poids à la naissance est un grave problème pour les fumeurs importants chez les Premières Nations vivant dans les réserves, ce qui semble indiquer la nécessité d'une intervention ciblée pour la promotion de l'arrêt de fumer chez les femmes des Premières Nations en âge d'avoir des enfants.
- Les taux de poids élevé à la naissance chez les Premières Nations sont beaucoup plus élevés que ceux de la population canadienne générale. Cette situation nécessite d'autres études portant sur les conséquences biologiques et cliniques du poids élevé à la naissance et sur les besoins médicaux qui y sont associés en matière de soins périnataux pour les Premières Nations.
- Les taux d'allaitement maternel sont légèrement inférieurs à ceux observés chez les autres Canadiens.
 Les avantages protecteurs de l'allaitement maternel contre l'obésité dans la présente étude semblent indiquer le besoin continu de promouvoir l'allaitement maternel chez les Premières Nations.
- Les taux de tabagisme maternel durant la grossesse chez les Premières Nations sont beaucoup plus élevés que ceux de la population canadienne en général. Le lien

indéniable entre le tabagisme maternel et les résultats négatifs à long terme sur la santé des enfants atteste l'urgence d'élaborer des stratégies visant à réduire le tabagisme maternel chez les Premières Nations.

• Le taux de tabagisme dans le ménage durant la grossesse est également très élevé. L'exposition à la fumée secondaire durant la grossesse a eu lieu dans près de 50 % des maisons des Premières Nations.

Il est évident que la santé des bébés des Premières Nations est liée aux facteurs familiaux, communautaires et culturels.

La présente étude confirme certains liens observés dans d'autres populations entre les facteurs familiaux et communautaires et le bien-être du bébé. On compte notamment les liens entre le niveau d'éducation de la mère⁵¹ et l'allaitement maternel; entre le tabagisme maternel et l'allaitement maternel⁵²; entre un jeune âge (le fait d'être une jeune mère)⁵³, le niveau d'éducation de la mère⁵⁴ et le tabagisme maternel; entre l'exposition prénatale à la fumée et certains résultats à long terme sur la santé de l'enfant.

L'étude identifie un grand nombre d'autres variables explicatives de l'état de santé du bébé et de déterminants qui n'avaient pas encore été mis en évidence dans la documentation. On y compte entre autres des explorations des effets de nouvelles variables de caractéristiques communautaires (dont le revenu familial, le degré d'isolement de la communauté, la fréquentation d'un pensionnat indien et le contrôle de la communauté de ses services de santé) en relation avec le poids à la naissance, le tabagisme maternel et l'allaitement maternel. Par ailleurs, l'étude indique que le faible poids à la naissance, le fait de ne pas allaiter et le tabagisme de la mère et de la maisonnée durant la grossesse sont associés à un risque accru de problèmes de santé à long terme. Ces nouveaux résultats soulignent un besoin évident de promouvoir l'arrêt de fumer et l'allaitement maternel chez les Premières Nations. Ils identifient également la nécessité de mener d'autres études sur la signification du poids élevé à la naissance chez les Premières Nations ainsi que des études qui examineront les interrelations entre les caractéristiques communautaires et les résultats de santé des bébés. La pertinence de la coupure à 4,0 kg pour définir le poids « élevé » à la naissance pour les bébés des Premières Nations doit être liée aux résultats périnataux et à long terme sur la santé. Ces liens ne sont actuellement pas clairs dans la présente étude ou dans la documentation publiée.

La présente étude soulève plus de questions qu'elle n'apporte de réponses. Tous les liens établis précédemment invitent à des explorations plus poussées. Pour mieux comprendre les histoires que ces enfants et leurs familles essaient de nous raconter, il faudra utiliser une perspective indigène et une perspective de santé de la population. Nous devons posséder une compréhension extérieure et intérieure plus complète des expériences des mères et pères, des grands-mères et grands-pères des Premières Nations. Nous devons relier ces

expériences aux contextes sociaux, économiques, historiques et politiques des communautés des Premières Nations. Nous devons comprendre d'une facon holistique quelles activités, ressources et infrastructures facilitent la santé et un comportement sain.

L'application des résultats de cette recherche se fera dans le réseau déjà existant de programmes et services destinés aux jeunes familles des Premières Nations vivant dans les réserves. Nous devons être en mesure de faire le lien avec les programmes et services périnataux en place pour les Premières Nations et apprendre de ceux-ci. Enfin, nous devons être capables de mettre en application toutes les connaissances que nous avons recueillies afin d'élaborer. mettre en place et évaluer des programmes et services de santé qui seront significatifs pour les communautés des Premières Nations.

Pour que ces actions se produisent, nous aurons besoin des meilleurs outils tant du système de connaissances indigène que du système de connaissances de la santé de la population. Nous aurons besoin des enseignements traditionnels, des histoires, de l'histoire orale et des cadres de connaissances indigènes. Nous devons aussi colliger d'autres données et mener d'autres études (notamment, l'établissement de liens entre des caractéristiques plus complètes à l'échelle communautaire et individuelle et les conséquences sur la naissance et la santé de l'enfant à long terme; des enquêtes de suivi longitudinales: de meilleures statistiques démographiques pour les Premières Nations et une recherche active participative). Mais par-dessus tout, nous devrons établir des partenariats entre les intervenants communautaires de première ligne, les responsables de l'élaboration des politiques de santé, les planificateurs de programmes, les chercheurs et les membres de la communauté.

On peut considérer chaque nouvelle vie comme une possibilité d'espoir et de guérison. La stratégie de santé consistant à donner la priorité à la santé et au bien-être des jeunes familles des Premières Nations est une option tout à fait logique tant dans la perspective indigène que celle de la santé de la population. La présente étude confirme la nécessité d'investir dans la recherche et dans les services et programmes de santé qui feront la d'environnements sains pour le début de la vie des bébés des Premières Nations.

Notes du chapitre 28

- Santé Canada, Les Canadiens en santé : rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé (Ottawa, Ont. : Santé Canada, 2002, nº de cat. H21-206/2002). M. S. Kramer, 1987, Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-
- analysis, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, vol. 65, p. 663-737
- D. J. Barker, 1995, Fetal origins of coronary heart disease, British Medical Journal, vol. 15, nº 311, p. 171-174.
- P. D. Gluckman et M. A. Hanson, 2004, Living with the past: evolution, development, and patterns of disease, Science, vol. 305, no 5691, p. 1733-1736.

 D. J. Barker et coll., 1993, Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus, hypertension and
- hyperlipidaemia (syndrome X): relation to reduced fetal growth, Diabetologia, vol. 36, p. 62-

- Santé Canada, Les Canadiens en santé : rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la
- Z. C. Luo et coll., 2004, Infant mortality among First Nations versus non-First Nations in British Columbia: temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000, International Journal of Epidemiology, vol. 33, p. 1252-1259.
- Z. C. Luo et coll., 2004, Risks of adverse pregnancy outcomes among Inuit and North American Indian women in Quebec, Perinatal and Paediatric Epidemiology, vol. 18, p. 40-50.
- H. MacMillan et coll., "Children's health," First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report, 1999 (Saint-Régis, Qué.: territoire mohawk d'Akwesasne, 1999).
- Luo et coll., Risks of adverse pregnancy outcomes among Inuit and North American Indian women in Quebec, Perinatal and Paediatric Epidemiology.

 MacMillan et coll., "Children's health," First Nations and Inuit Regional Health Survey,
- 12. National Report, 1999.
- M. Thomson, 1990, Heavy birth weight in Native Indians of British Columbia, Revue 13. canadienne de santé publique, vol. 81, nº 6, p. 443-446.
- E. Armstrong, E. J. Robinson et K. Gray-Donald, 1998, Prevalence of low and high birth weight among the James Bay Cree of Northern Quebec, Revue canadienne de santé publique. vol. 89, nº 6, p. 419-420.
- L. E. Caulfield et coll., 1998, Maternal nutritional status, diabetes and risk of macrosomia among Native Canadian women, Early Human Development, vol. 50, nº 3, p. 293-303.
- annong water extended to the control of the control
- R. Schwartz et K. A. Taramo, 1999, What is the significance of macrosomia? Diabetes Care, vol. 22, nº 7, p. 1201-1205.
- Ibid. M. E. Boyd, R. H. Usher et F. H. McLean, 1983, Fetal macrosomia: prediction, risks,
- proposed management, Obstetrics & Gynaecology, vol. 61, nº 6, p. 715-722.

 D. Dabelea et coll., 1999, Birth weight, type 2 diabetes, and insulin resistance in Pima Indian children and young adults, Diabetes Care, vol. 22, nº 6, p. 944-950.
- D. R. McCance et coll., 1994, Birth weight and non-insulin dependent diabetes: thrifty genotype, thrifty phenotype, or surviving small baby genotype?, British Medical Journal, vol. 308, p. 942-945.
- R. F. Dyck, H. Klomp et L. Tan, 2001, "Thrifty genotype" to "hefty fetal phenotype": the relationship between high birthweight and diabetes in Saskatchewan Registered Indians, Revue canadienne de santé publique, vol. 92, n° 5, p. 340-344.
- Kramer, Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. M. C. Henson et P. J. Chedrese, 2004, *Endocrine disruption by cadmium, a common*
- environmental toxicant with paradoxical effects on reproduction, experiments in biological
- medicine (Maywood), vol. 229, p. 383-392.

 Office of the Surgeon General, "Health Consequences of Tobacco Use Among Women, Reproductive Outcomes," Women and Smoking (Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, 2001), p. 272-307.
- Kramer, Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Office of the Surgeon General, "Health Consequences of Tobacco Use Among Women, Reproductive Outcomes," Women and Smoking. Ibid.

- J. C. Kleinman et J. H. Madans, 1985, The effects of maternal smoking, physical stature, and educational attainment on the incidence of low birth weight, American Journal of Epidemiology, vol. 121, p. 843-855.
- MacMillan et coll., "Children's health," First Nations and Inuit Regional Health Survey, National Report, 1999.
- P. J. Martens, 2002, Increasing breastfeeding initiation and duration at a community level: an evaluation of Sagkeeng First Nation's community health nurse and peer counselor programs, Journal of Human Lactation, vol. 18, n° 3, p. 236-246.
- Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada, Nutrition du nourrisson en santé né à terme (Ottawa, Ont. : Ministre de travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 1998).
- American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding, 1997, Breastfeeding and the use of human milk, Pediatrics, vol. 100, nº 6, p. 1035-1039. R. A. Lawrence et R. M. Lawrence, Breastfeeding, a guide for the medical profession, 5°
- édition (St Louis, Mo.; Mosby, 1999). M.S. Kramer et coll., 2001, Promotion of breastfeeding intervention trail (PROBIT): a
- randomized trial in the Republic of Belarus, Journal of the American Medical Association, vol 285 p 413-420
- N. M. Else-Quest, J. S. Hyde et R. Clark, octobre 2003, Breastfeeding, bonding, and the mother infant relationship, Merrill-Palmer Quarterly, vol. 49, n° 4, p. 495-517. J. W. Anderson, B. M. Johnstone et D. T. Remley, 1999, *Breastfeeding and cognitive*
- development: a meta-analysis, American Journal of Clinical Nutrition, vol. 70, p. 525-535. 40
- E. L. Mortensen et coll., mai 2002, The association between duration of breastfeeding and adult intelligence, Journal of the American Medical Association, vol. 287, no 18, p. 2365-
- P. J. Quinn et coll., octobre 2001, The effect of breastfeeding on child development at 5 years: 41. a cohort study, Journal of Paediatrics and Child Health, vol. 37, n° 5, p. 465-469.
- 42. Martens, Increasing breastfeeding initiation and duration at a community level: an evaluation of Sagkeeng First Nation's community health nurse and peer counselor programs, Journal of
- American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding, Breastfeeding and the use of 43. human milk, Pediatrics.
- Lawrence et Lawrence, Breastfeeding, a guide for the medical profession
- 45. M. S. Kramer et R. Kakuma, The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review (Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé, 2002).
- Développement des ressources humaines Canada et Santé Canada, Le bien-être des jeunes enfants au Canada: rapport du gouvernement du Canada (Ottawa, Ont.: Santé Canada, 2002, nº de cat. RH64-20/2002).
- Office of the Surgeon General, "Health Consequences of Tobacco Use Among Women, Reproductive Outcomes," Women and Smoking.
- Système canadien de surveillance périnatale, *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003* (Ottawa, Ont. : Santé Canada, 2003, nº de cat. H49-142/2003E).

- Luo et coll., Infant mortality among First Nations versus non-First Nations in British Columbia: temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000, International Journal of 49.
- Columbia: temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000, International Journal of Epidemiology.

 Luo et coll., Risks of adverse pregnancy outcomes among Inuit and North American Indian women in Quebec, Perinatal and Paediatric Epidemiology.

 Système canadien de surveillance périnatale, Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003.

 Office of the Surgeon General, "Health Consequences of Tobacco Use Among Women, Reproductive Outcomes," Women and Smoking.

 Système canadien de surveillance périnatale, Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003. Ibid. 50.
- 52.
- 53. 54.

Chapitre 29

Activité physique, indice de masse corporelle et nutrition

Résumé

Des stratégies d'activité physique et de nutrition sont nécessaires lorsqu'on veut influencer divers autres secteurs des systèmes de santé holistiques et cibler différents groupes avec des moyens adaptés à la culture. La répétition périodique de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) permettra d'évaluer l'efficacité de ces stratégies au fil du temps.

On n'a pas suffisamment de données sur l'activité physique des enfants au Canada. Celles qui existent proviennent souvent des parents ou tuteurs. Cependant, nous savons que l'obésité pédiatrique dans la population générale a augmenté de près de 0,1 kg/m² par année depuis 1981. Le présent chapitre porte sur l'activité physique et l'alimentation en relation avec la masse corporelle des enfants des Premières Nations de moins de 12 ans.

La marche est l'activité physique la plus répandue chez les enfants des Premières Nations, devant la course à pied, la natation et le vélo. Plus de la moitié des enfants ont toujours ou presque toujours une alimentation nutritive et équilibrée. Cela est davantage le cas chez les enfants qui sont actifs tous les jours que chez les enfants qui ne sont actifs qu'à l'occasion. Un peu plus du tiers des enfants sont obèses. Les enfants qui sont actifs tous les jours et qui ont toujours ou presque toujours une alimentation équilibrée se considèrent davantage « en excellente santé ».

Les taux élevés d'embonpoint et d'obésité chez les enfants des Premières Nations sont particulièrement préoccupants, puisque les conséquences immédiates sont nombreuses : diabète, asthme, formation de calculs biliaires, hépatite, apnée du sommeil, problèmes orthopédiques (par exemple, des jambes arquées), anomalies menstruelles, problèmes neurologiques. Des stratégies d'alimentation et d'activité physique adaptées à la culture sont essentielles pour équilibrer l'apport et la dépense énergétique. Vu l'énormité du problème, les données recueillies par l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) devront être tenues à jour et il faudra y ajouter des mesures de la taille, du poids et du tour de taille.

Introduction

Les maladies chroniques sont souvent le résultat d'un mode de vie fait de comportements sédentaires commençant dès l'enfance et l'adolescence. La sédentarité durant l'enfance a également été associée à des comportements physiquement inactifs ou sédentaires à l'âge adulte.² La pratique régulière d'une activité physique durant l'enfance est donc un élément important favorisant le maintien d'un mode de vie actif à l'âge adulte et la prévention de certaines maladies chroniques. Il est prouvé que l'activité physique régulière joue un rôle dans la prévention d'un grand nombre de maladies chroniques et d'affections physiques, dont les maladies coronariennes, l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète de type 2, l'ostéoporose, certains cancers localisés comme le cancer du côlon et les limitations fonctionnelles liées au vieillissement.³ D'autres bienfaits de l'activité physique chez les enfants sont bien connus. L'activité physique produit une meilleure estime de soi et un sentiment de compétence physique, deux facteurs permettant aux enfants de mieux gérer le stress mental.⁴ D'autre part, les enfants et adolescents qui pratiquent une activité physique régulière sont moins susceptibles de fumer ou de consommer de l'alcool ou des drogues.

Il existe peu de données sur les taux d'activité physique chez les enfants au Canada et celles-ci ont souvent été recueillies auprès des parents ou des tuteurs. Nous savons néanmoins que l'obésité chez les enfants a augmenté de près de 0,1 kg/m² par année depuis 1981. Le pourcentage d'enfants ayant un excès de poids est passé de 15 % en 1981 à 29 % en 1996 pour les garçons et de 15 % à 24 % pour les filles. Les taux de prévalence de l'obésité au cours de la même période sont passés de 5 % à 14 % pour les garçons et de 5 % à 12 % pour les filles.⁶ Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les taux d'obésité chez les enfants sont considérés comme « épidémiques » dans certains pays et 22 millions d'enfants de moins de cinq ans affichent un excès de poids à l'échelle mondiale. Aux États-Unis, la prévalence de l'excès de poids a doublé chez les enfants et triplé chez les adolescents au cours des 20 dernières années, à l'image de ce qui se passe au Canada.⁷

La recherche pédiatrique indique que plusieurs facteurs jouent un rôle dans l'apparition de l'obésité, notamment les facteurs métaboliques ou génétiques⁸, les facteurs environnementaux (comme les améliorations technologiques et la vie en banlieue favorisant l'utilisation de véhicules motorisés⁹) et les facteurs comportementaux (dont des facteurs modifiables comme l'activité physique et les régimes comportant un apport élevé en gras et faible en glucides). Bien qu'il y ait peu de données uniformes nationales sur la nutrition au Canada, les données consultées indiquent que la consommation de fruits et légumes et l'excès de poids sont liés par une corrélation négative et que l'apport énergétique total des Canadiens a augmenté en raison d'un apport en glucides, particulièrement par la

consommation de boissons gazeuses.¹¹ De plus, les efforts physiques quotidiens ont diminué en raison des innovations technologiques. Dans les communautés des Premières Nations, cette situation se double d'une diminution des activités physiques liées à la chasse et à la pêche traditionnelle.¹²

Les maladies non transmissibles ou maladies chroniques sont associées à l'excès de poids ou à l'obésité et sont la principale cause de décès, soit 59 % des décès à l'échelle mondiale.¹³ En effet, les maladies chroniques comme le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle – plus fréquentes chez les individus ayant une proportion plus élevée de tissu adipeux – n'étaient jadis observées que chez les adultes, mais elles touchent maintenant également les enfants obèses impubères. 14 Trois facteurs modifiables ou évitables chez les adultes — le régime alimentaire, l'activité physique et l'usage du tabac — ont une incidence significative sur la réduction des maladies chroniques. 15 Les facteurs modifiables ou évitables sont des facteurs sur lesquels une personne exerce un contrôle ou qu'elle peut modifier afin de réduire les risques de souffrir d'une maladie chronique.

Bien que les facteurs de risque de maladies chroniques soient présents dans la population en général, il existe des écarts en fonction du sexe, de l'âge, du revenu, du niveau d'éducation et de l'ethnie. Par exemple, les données révèlent que les Canadiens d'origine autochtone affichent de façon constante des taux d'excès de poids et d'obésité supérieurs à ceux de la population canadienne en général. 16,17 Les enfants des Premières Nations courent un risque particulièrement élevé de souffrir d'obésité. 18,19,20 II s'agit là d'une situation préoccupante, étant donné que l'obésité infantile est associée à des problèmes de santé chroniques comme le diabète de type 2 et que ces maladies sont plus fréquentes dans les communautés des Premières Nations.²¹ Le présent chapitre porte sur l'activité physique et la nutrition et leur rapport avec la masse corporelle des populations pédiatriques des Premières Nations. Les suggestions et recommandations qui sont amenées pourront guider les membres des Premières Nations, les décideurs des communautés des Premières Nations et les responsables de l'élaboration des politiques dans la mise au point de stratégies nationales favorisant un mode de vie sain.

Approche générale

Il est important d'examiner ces enjeux en matière de santé en ayant recours à un cadre culturel polyvalent, tel qu'expliqué dans le chapitre d'introduction du présent rapport. Ce cadre culturel a pour principe un modèle tenant compte de la « personne totale » et de l'« environnement total », notamment :

 le bien-être spirituel, émotionnel, mental et physique de la personne;

- les valeurs, croyances, l'identité et les coutumes de sa culture:
- sa communauté et sa relation avec l'environnement physique;
- les liens qu'elle entretient avec sa famille.

Le cadre culturel s'inscrit dans une perspective de santé de la population ou perspective écologique qui tient compte des éléments suivants :

- les aspects de la personne (conscience, attitudes et comportements);
- les facteurs sociaux (soutien social de la famille, des amis et des pairs);
- les facteurs environnementaux (environnement physique, géographie et accessibilité);
- les facteurs sociétaux (culture et communauté);
- les facteurs politiques (sur le plan du conseil de bande ou sur le plan gouvernemental).

Cette vision équilibrée sera le fondement du présent chapitre. Nous ferons d'abord état de données descriptives sur l'activité physique, le régime alimentaire et l'indice de masse corporelle des enfants, puis nous ferons des associations entre ces trois facteurs et les éléments du cadre culturel. Étant donné que le présent chapitre est axé sur la santé, nous utiliserons les seuils de Cole pour établir les catégories d'indice de masse corporelle. Ces seuils sont indirectement liés aux résultats de santé, puisqu'on peut prédire à partir de ceux-ci l'indice de masse corporelle qu'aura un enfant à l'âge adulte et qu'un IMC élevé est associé à des risques importants pour la santé.²²

RÉSULTATS

Activité physique et sédentarité

La marche est l'activité physique la plus souvent déclarée à laquelle les enfants des Premières Nations ont pris part au cours de l'année précédant l'enquête (86,9 %), selon leurs parents ou tuteurs. Elle est suivie de la course (73,3 %), de la natation (68,8 %), de la bicyclette (68,3 %), de la cueillette de petits fruits ou d'aliments (38,0 %), du patin à glace (37,8 %) et de la danse (33,1 %). Environ un enfant sur quatre a pêché (28,1 %) et participé à des sports de compétition (27,8 %). Moins de 20 % ont fait du patin à roues alignées (19,1 %), de la randonnée pédestre (16,8 %), joué aux quilles (14,4 %) et chassé (13,3 %). i ii

Le tableau 1 indique les différences entre les sexes dans les activités physiques déclarées. Ces différences sont apparentes pour certaines activités physiques. Par exemple, les filles sont plus susceptibles que les garçons de participer à des cours de danse, de gymnastique aérobique ou de conditionnement physique. Les garçons sont quant à eux plus susceptibles que les filles de s'adonner à la pêche, à la chasse, de faire du patin à roues alignées, de la planche à roulettes, de jouer au golf et de pratiquer des sports de compétition ou d'équipe comme le baseball, le hockey ou la crosse. À tout âge, la marche est l'activité physique la plus fréquemment déclarée.

Les parents et les tuteurs rapportent peu de différences entre les sexes en ce qui concerne la fréquence de participation des enfants aux activités physiques, à une seule exception : les filles (57,1 %) ont plus souvent tendance que les garçons (48,7 %) à ne jamais faire partie d'équipes sportives ou suivre des cours liés aux sports en dehors de l'école, tandis que les garçons (33,3 %) sont plus susceptibles que les filles (23,6 %) de participer à ce type d'activités de une à trois fois par semaine.

Les enfants plus jeunes semblent plus susceptibles que les enfants plus âgés de participer à une activité physique chaque jour (50,3 % des 3-5 ans contre 37,3 % des 9-11 ans). À l'inverse, les enfants plus âgés sont plus susceptibles que les enfants plus jeunes de participer moins souvent (30,6 % des 9-11 ans participent de 2 à 3 fois/semaine comparativement à 22,8 % des 3-5 ans, et 17,2 % des 9-11 ans participent de 4 à 6 fois/semaine comparativement à 10,6 % des 3-5 ans).

Tableau 1. Prévalence (%) des activités physiques chez les enfants, globalement et selon le sexe (n = 6 510)

Rang	Activité	Total %	Garçons %	Filles %
1	Marche	86,9 %	85,5 %	88,4 (NS)
2	Course	73,3	74,2	72,4 (NS)
3	Natation	68,8	68,5	69,1 (NS)
4	Bicyclette	68,3	68	68,6 (NS)
5	Cueillette de petits fruits ou d'autres aliments	38	35,8	40,4 (NS)
6	Patin à glace	37,8	40,7	34,7 (NS)
7	Danse	33,1	25,3	41,5
8	Pêche	28,1	33,7	22,1
9	Sports de compétition ou de groupe	27,8	32,5	22,8
10	Patin à roues alignées	19,1	22	15,9
11	Randonnée pédestre	16,8	17,7	15,7 (NS)
12	Quilles	14,4	14,8	14,0 (NS)
13	Chasse	13,3	17,4	9
14	Planche à roulettes	12,4	19,6	4,6
15	Golf	9,6	13,6	5,3
16	Canot	8,6	9,2	8,0 (NS)
17	Ski	5,8	6,7	4,9 (NS)
18	Gymnastique aérobique ou conditionnement physique	5,3	4,3	6,5
19	Arts martiaux	3,9	4,3	3,4 (NS)
20	Raquette	3,8	4,6	3,0 (NS)

¹ Afin de simplifier le texte, les limites de confiance sont indiquées seulement pour les estimations dont le coefficient de variation est plus élevé que 33,3 %. On peut consulter une a comportant les intervalles de confiance des chiffres indiqués à l'adresse suivante : www.naho.ca/firstnations/french/regional health.php

"Les comportant les intervalles de confiance des chiffres indiqués à l'adresse suivante : www.naho.ca/firstnations/french/regional health.php

"Les comportant lus aincient des suivante : www.naho.ca/firstnations/french/regional health.php

"Les comportant lus aincient des suivante : www.naho.ca/firstnations/french/regional health.php

"Les comportant lus aincient des suivante : www.naho.ca/firstnations/french/regional health.php

"Les comportant lus aincient des suivante : www.naho.ca/firstnations/french/regional health.php

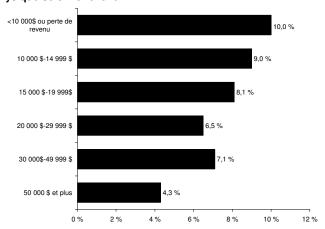
"Les comportant lus aincient des suivante : "Les comportant lus aincient de

estimations sont considérées comme sensiblement différentes si leurs intervalles de confiance ne se chevauchent pas (95 % de niveau de confiance).

Les enfants de ménages à faible revenu sont plus susceptibles que ceux vivant dans un ménage à revenu plus élevé de ne jamais pratiquer d'activités physiques: 10,0 % dans les ménages dont le revenu est inférieur à 10 000 \$ contre 4,3 % dans les ménages dont le revenu est de 50 000 \$ ou plus.

Les garçons consacrent plus de temps que les filles à jouer à des jeux vidéo (en moyenne 7,3 heures par semaine contre 4,2 heures pour les filles). Les enfants plus âgés (9-11 ans) passent plus de temps devant un ordinateur et à aider aux tâches domestiques que les enfants plus jeunes (6-8 ans). Les 3-5 ans passent plus de temps en garderie que les enfants plus âgés, et les 1-2 ans passent plus de temps en garderie que les autres groupes d'âge.

Figure 1. Proportion d'enfants qui ne pratiquent aucune activité physique selon le revenu



Nutrition

Selon les réponses des parents, plus de la moitié des enfants des Premières Nations ont toujours ou la plupart du temps un régime alimentaire nutritif et équilibré (55,4 %), tandis que 39,6 % ont parfois ce régimeⁱⁱⁱ. Les autres 5 % ont rarement (4,3 %) ou jamais (0,7 %) un régime alimentaire équilibré et nutritif.

Bien qu'il n'y ait aucune différence entre les garçons et les filles, il existe des différences par rapport à l'âge en ce qui concerne la consommation d'un régime alimentaire équilibré et nutritif et la fréquence de consommation d'aliments malsains. En général, les parents d'enfants plus âgés (9-11 ans) sont moins susceptibles que ceux des enfants plus jeunes (de moins de 2 ans) d'indiquer que leur enfant consomme toujours ou presque toujours un régime alimentaire nutritif et équilibré.

Bien que la consommation quotidienne de boissons gazeuses soit semblable d'un groupe d'âge à l'autre, les enfants plus âgés sont plus susceptibles que les jeunes enfants de consommer des boissons gazeuses quelques fois par semaine (51,0 % des 9-11 ans contre 42,4 % des 3-5 ans). Les enfants

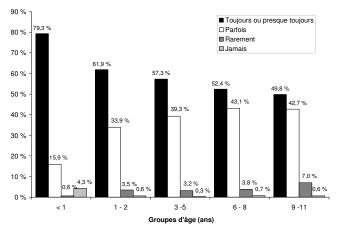
plus âgés sont également plus susceptibles d'ajouter du sel à leur nourriture plusieurs fois par jour (9,1% des 3-5 ans contre 17,9% des 9-11 ans).

Indice de masse corporelle

L'estimation des seuils de poids chez les enfants exige le calcul des indices de masse corporelle (IMC) par groupes d'âge d'une seule année. 23 On arrive donc aux désignations « poids normal » (ou « poids insuffisant »), « excès de poids » et « obésité » en calculant d'abord l'indice de masse corporelle moyen d'un âge donné puis en utilisant des seuils d'IMC appropriés. Ces seuils sont établis selon une définition acceptée internationalement d'« excès de poids » et d'« obésité » pour les enfants.²⁴ Il n'y avait pas de seuil de « poids insuffisant »; les enfants ayant un poids insuffisant sont donc comptés dans la même catégorie que la catégorie « normal » dans la présente analyse. Selon cette classification, 41,5 % des enfants sont considérés comme étant de poids normal ou insuffisant. Cependant, 22,3 % des enfants des Premières Nations sont considérés comme ayant un excès de poids. En outre, 36,2 % sont considérés comme étant obèses.

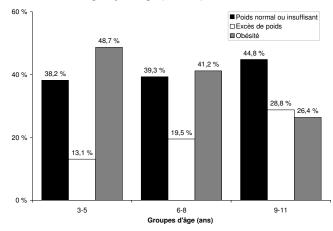
Il n'y avait aucune différence apparente dans l'IMC des garçons et des filles autochtones. Les enfants plus âgés (9-11 ans) sont deux fois plus susceptibles de tomber dans la catégorie « excès de poids » (28,8 %) contre 13,1 % pour les enfants plus jeunes (3-5 ans); cependant, l'inverse est vrai pour l'obésité proprement dite (48,7 % des 3-5 ans contre 26,4 % des 9-11 ans).

Figure 2. Fréquence de consommation d'un régime nutritif et équilibré selon l'âge (n=6 604)



iii Cela ne signifie pas qu'une certaine éducation doit être faite quant à ce qui constitue un régime alimentaire équilibré.

Figure 3. Classification des enfants correspondant aux critères de l'IMC selon le groupe d'âge (n=2521)



Rapports entre l'activité physique, la sédentarité, la nutrition et l'indice de masse corporelle

Les enfants qui pratiquent quotidiennement une activité physique sont plus susceptibles de consommer un régime alimentaire équilibré et nutritif toujours ou presque toujours (60,9 %) comparativement à ceux qui s'y adonnent moins d'une fois par semaine (45,5 %). Il y a une différence significative entre ceux qui sont actifs quotidiennement et ceux qui ne sont jamais actifs pour ce qui est de la consommation des aliments suivants dans des catégories autres que « jamais » ou « presque jamais » :

- Boissons gazeuses (18,7 % de ceux qui sont actifs quotidiennement contre 54,9 % de ceux qui ne sont jamais actifs)
- Repas rapides (21,7 % de ceux qui sont actifs quotidiennement contre 44,9 % de ceux qui ne sont jamais actifs)
- Produits de boulangerie (gâteaux, tartes et biscuits)
 (13,5 % de ceux qui sont actifs quotidiennement contre 46,6 % de ceux qui ne sont jamais actifs)
- Grignotines (frites, croustilles et bretzels) (11,5 % de ceux qui sont actifs quotidiennement contre 36,4 % de ceux qui ne sont jamais actifs).

À l'inverse, les enfants qui sont actifs quotidiennement sont plus susceptibles de consommer des aliments traditionnels à base de protéines (31,8 %) et des petits fruits et plantes sauvages (25,7 %) que ceux qui ne sont jamais actifs (19,1 % pour les aliments protéiniques et 9,5 % pour les plantes sauvages).

Les enfants qui ont toujours ou presque toujours un régime alimentaire nutritif et équilibré passent moins d'heures devant la télévision que ceux qui ont rarement un régime de ce genre. Les enfants qui consomment des boissons gazeuses ou des produits de boulangerie (tartes, gâteaux et biscuits) quelques fois par semaine passent plus d'heures devant la télévision que les enfants qui ne consomment jamais ou

presque jamais ces aliments. Par contraste, les enfants qui mangent souvent des plats protéiniques traditionnels et des plantes sauvages sont plus susceptibles de passer du temps à l'extérieur que ceux qui ne consomment pas ces aliments.

Le nombre d'heures passées à l'extérieur est directement lié au niveau d'activité des enfants. Les enfants qui sont actifs tous les jours sont plus susceptibles de passer du temps à l'extérieur (16,7 heures/semaine) que ceux qui ne sont jamais actifs (10,2 heures/semaine). En général, une participation plus fréquente à des sports d'équipe et à des cours de sports est associée à un nombre moindre d'heures en service de garde (12,2 heures/semaine en service de garde pour ceux qui pratiquent des sports d'équipe de 1 à 3 fois/semaine contre 19,1 heures/semaine en service de garde pour ceux qui n'en pratiquent jamais).

Selon l'Enquête régionale sur la santé, les enfants de différents poids corporels ont des habitudes alimentaires semblables. Cependant, les enfants qui ont un excès de poids (7,9 %) ou qui sont obèses (8,0 %) sont plus susceptibles que les enfants de poids normal ou insuffisant (2,9 %) de pratiquer des activités physiques moins d'une fois par semaine.

Activité physique, nutrition et masse corporelle dans la perspective du cadre culturel

Le tableau 2 résume les résultats significatifs en ce qui concerne l'activité physique, la nutrition et l'indice de masse corporelle selon un cadre culturel tenant compte de la personne totale et de l'environnement. On y décrit également la relation de ces éléments décrits dans les trois premières sections du présent chapitre avec les facteurs individuels, de santé physique, de santé mentale, sociétaux et sociaux.

Figure 4. Fréquence de la pratique d'activités physiques selon l'indice de masse corporelle (n= 2 321)

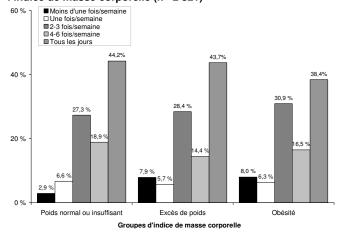


Tableau 2. Association des principales variables avec l'activité physique, le régime alimentaire et l'indice de masse corporelle

(IMC)			
	Activité	Régime	IMC
	physique	alimentaire	
Facteurs individuels			
Âge	•	✓	~
Sexe	(sports) ✔	x	X
Niveau de revenu	•	X	X
Facteurs de santé			
État de santé global	•	✓	•
Sédentarité	x	✓	X
Pratique d'activités physiques ou de sports	s/o	•	•
IMC	•	X	s/o
Régime équilibré et nutritif	•	s/o	X
Facteurs de santé mentale			
Problèmes émotionnels ou de comportement	x	x	X
Facteurs sociétaux			
Taille de la communauté	X	(trad.) ✔	•
Comparaison avec d'autres enfants de la même classe	•	x	•
A sauté une classe en raison de sa performance scolaire	x	x	x
A redoublé une classe	•	X	X
Facteurs sociaux			
Interaction avec la famille	✓	•	X

Association significative établie au niveau p = 0,05

Sans objet

Les enfants qui sont actifs quotidiennement (46,2 %) sont plus susceptibles que ceux qui sont actifs de 1 à 3 fois/semaine d'être en excellente santé (26,7 % de ceux qui sont actifs une fois/semaine et 34.6 % de ceux qui sont actifs de 2 à 3 fois/semaine). Fait à noter, les enfants qui pratiquent des activités physiques de 4 à 6 fois/semaine sont moins susceptibles que ceux qui n'en pratiquent jamais de très bien s'entendre avec les membres de leur famille et ils sont presque deux fois plus susceptibles de bien s'entendre avec eux la plupart du temps sans difficulté. L'âge peut influencer ces résultats jusqu'à un certain point. Par exemple, les enfants plus âgés (9-11 ans) qui sont actifs tous les jours (52,7%) sont plus susceptibles que ceux qui sont actifs occasionnellement ou pas du tout actifs (29,7 %) de très bien s'entendre avec leur famille. À l'inverse, les jeunes enfants (1-2 ans) qui sont actifs à l'occasion ou pas du tout actifs (75 %) sont plus susceptibles de très bien s'entendre avec leur famille que ceux qui sont actifs de 4 à 6 fois/semaine (43,7%).

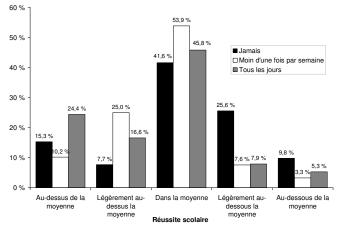
Les enfants qui pratiquent des activités physiques tous les jours (24,4 %) sont plus susceptibles que ceux qui en pratiquent moins d'une fois/semaine (10,2 %) d'être considérés comme étant au-dessus de la moyenne de leur classe.

Les enfants qui ont toujours ou presque toujours un régime équilibré sont plus susceptibles que ceux qui ont parfois ce régime d'être dits en excellente santé (47,4 % de ceux qui ont toujours ce régime contre 32,1 % de ceux qui ont parfois ce régime). Par contre, ceux qui ont rarement un régime équilibré sont plus susceptibles (32,3 %) d'être en bonne santé que ceux qui ont toujours ou presque toujours ce régime (16,8 %). Les enfants qui ont toujours ou presque toujours un régime équilibré et nutritif (56,0 %) sont plus susceptibles que ceux qui consomment rarement un régime équilibré (36,3 %) de très bien s'entendre avec les autres membres de leur famille.

Les enfants qui vivent dans de petites communautés (moins de 300 résidents) sont presque deux fois plus susceptibles de consommer des plats traditionnels de viande à base de protéines (44,8 %) et de manger des petits fruits et des plantes sauvages (33,7 %) que ceux qui vivent dans des communautés de 1 500 résidents ou plus (dans lesquelles 23,3 % déclarent manger de la viande traditionnelle et 17,8 % des plantes sauvages).

Les parents d'enfants obèses sont plus susceptibles que les parents d'enfants de poids normal ou insuffisant d'affirmer que leur enfant est seulement en bonne santé (35,6 % contre 15,1 % respectivement). Les enfants qui sont obèses sont moins susceptibles (13,5 %) que les enfants de poids normal ou insuffisant (25,1 %) d'être considérés comme étant audessus de la moyenne de leur classe durant l'année scolaire. Les enfants qui vivent dans des petites communautés (< 300 résidents) sont moins susceptibles que les enfants des communautés de plus de 1500 résidents d'être classés comme étant obèses (25,7 % dans les petites communautés contre 44,2 % dans les communautés de plus grande taille).

Figure 5. Réussite scolaire selon la participation à des activités physiques*(n=3 785)

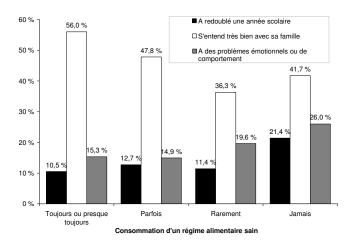


*Seulement la comparaison de ceux qui pratiquent quotidiennement une activité physique avec ceux qui pratiquent une activité physique moins d'une fois par semaine

Figure 6. Fréquence de consommation d'un régime sain selon les facteurs sociaux (n=5 705)

Trad. Fait référence à une association avec la consommation d'aliments traditionnels seulement

Pas d'association observée



Discussion et recommandations

Les données de l'ERS sur la proportion d'enfants ayant un excès de poids et d'enfants obèses démontrent la nécessité d'effectuer d'autres recherches sur les enfants des Premières Nations (22,3 % des enfants des Premières Nations sont considérés comme ayant un excès de poids et 36,2 % comme étant obèses). La première raison est que les enfants constituent le tiers de la population autochtone.²⁵ Tel que mentionné dans l'introduction, on compte parmi les conséquences immédiates potentielles de l'obésité infantile le diabète, l'asthme, la formation de calculs biliaires, l'hépatite, l'apnée obstructive, les problèmes orthopédiques (jambes arquées, par exemple), les anomalies menstruelles et les problèmes neurologiques. ²⁶ Par ailleurs, des problèmes sociaux et émotionnels peuvent découler de l'obésité et de l'excès de poids. Les enfants obèses ont moins confiance en leur image corporelle. Cette faible estime de soi peut se traduire par des résultats scolaires moins bons et par d'autres effets indésirables. Les différences dans l'estime de soi peuvent également varier selon l'âge, la culture et le statut socio-économique. Les conséquences à plus long terme de l'obésité comportent souvent la morbidité et la mortalité adulte.²⁷ Les stratégies en matière d'alimentation et d'activité physique contribuent à l'équilibre entre l'apport et la dépense énergétique et elles doivent être adaptées au point de vue culturel. Étant donné que quatre enfants sur dix ne consomment que parfois des repas équilibrés et nutritifs, les stratégies alimentaires doivent donner de l'information sur les moyens d'inclure des aliments nutritifs au cours de cette période cruciale pour la croissance et le développement. Une activité physique quotidienne est également recommandée pour une croissance et un développement optimaux.²⁸ Pourtant, les enfants de 9-11 ans sont peu actifs quotidiennement. Les stratégies en matière d'activité physique doivent se concentrer sur des moyens permettant d'augmenter la pratique quotidienne d'activités physiques dans ce groupe d'âge. Un résultat intéressant des données révèle que les enfants qui ne consomment jamais ou presque jamais de boissons gazeuses ou de produits de boulangerie

(tartes, gâteaux et biscuits) passent moins d'heures devant la télévision que les enfants qui consomment des quantités plus importantes (quelques fois par semaine) de boissons et de produits de boulangerie. Ces résultats sont appuyés par les recherches portant sur l'analyse de contenu qui démontrent qu'un enfant qui regarde les émissions télé du samedi matin peut être exposé à une publicité alimentaire toutes les cinq minutes²⁹ et que la publicité sur les aliments à la télévision a une influence négative sur la capacité de l'enfant à identifier les aliments santé lorsqu'il doit choisir entre deux aliments.^{30,31} En plus de la responsabilité des parents ou des tuteurs de réduire la quantité d'heures que l'enfant passe devant la télévision, une politique gouvernementale en matière de contenu télévisuel et de publicité serait utile.

Bien qu'ils soient présents dans l'ensemble de la population pédiatrique, la sédentarité et un régime alimentaire de piètre qualité sont plus fréquents dans certains segments de la population. En effet, certaines activités physiques sont plus populaires dans certains groupes de population qu'ailleurs. Cette différence doit se refléter lors de l'élaboration de stratégies visant l'amélioration des taux de participation à l'activité physique. Par exemple, la participation à des activités physiques traditionnelles, à des sports d'équipe et à des activités de grande intensité est plus fréquente chez les garçons des Premières Nations, tandis que les activités individuelles et d'intensité modérée sont plus populaires chez les filles des Premières Nations.

La marche est très répandue, tant chez les filles que chez les garçons et dans tous les groupes d'âge. Ces caractéristiques correspondent aux données parentales^{32,33} et on doit en tenir compte lors de l'élaboration des politiques et stratégies visant certains groupes.

Les données sur la nutrition recueillies par l'ERS rejoignent les résultats des autres études portant sur l'apport énergétique et les habitudes alimentaires des enfants autochtones. Par exemple, tout comme dans l'ERS, les données des autres études révèlent que la composition en matières grasses du régime alimentaire est liée à l'accumulation de graisse corporelle.³⁴ De nombreux résultats intéressants indiquent que les enfants qui consomment toujours ou presque toujours un régime équilibré et nutritif sont plus susceptibles de très bien s'entendre avec leur famille que ceux qui ne consomment jamais un régime équilibré. Ce résultat porte à croire que le fait de consommer un régime équilibré peut apporter plus de bienfaits aux enfants que seulement des avantages liés à la santé physique. Qu'est-ce qui fait que les enfants ne consomment pas un régime équilibré? Cela a-t-il rapport avec les préférences alimentaires, l'accès à la nourriture ou le manque de connaissances sur la façon de créer un tel régime? D'autres travaux sont nécessaires afin de déterminer la quantité totale d'activité physique, les éléments nutritifs du régime alimentaire et l'accès à l'activité physique et aux choix nutritifs, avant de pouvoir comprendre les

enjeux relatifs à l'atteinte d'un équilibre énergétique chez les enfants des Premières Nations.

Pour bien comprendre les schémas d'activité physique et d'alimentation des enfants, il est nécessaire d'utiliser un cadre écologique et culturel qui tient compte des facteurs physiologiques (comme le niveau de croissance et de développement), psychologiques (comme la motivation, la confiance et l'auto-efficacité), socioculturels (comme le rôle de la famille et le statut socioéconomique) et écologiques (comme la géographie, le climat, le niveau d'accessibilité à l'activité physique et aux aliments nutritifs).³⁵ conséquence, les politiques et stratégies l'augmentation de l'activité physique et l'amélioration de l'alimentation doivent se fonder sur une perspective globale qui tient compte des secteurs de l'agriculture, du transport, des loisirs et social. Tout examen des politiques et moyens en place dans ces secteurs doit étudier comment ceux-ci influencent l'accessibilité offerte aux garçons et aux filles de différents âges, ainsi qu'aux familles et communautés dans lesquelles ils vivent. Comme l'activité physique et la nutrition contribuent à un développement optimal tant du point de vue physique que de la personne totale (par exemple, le niveau d'éducation), des stratégies indépendantes mais complémentaires doivent être mises en place au sein d'un cadre commun afin d'accroître la synergie des interventions destinées aux enfants et aux adultes.³⁶

Les stratégies visant un mode de vie sain doivent prendre en considération le rôle de facteurs protecteurs autres que l'activité physique et la nutrition dans l'amélioration de la santé et la réduction des taux d'excès de poids et d'obésité chez les enfants, notamment les politiques de réduction des écarts socioéconomiques, les possibilités offertes dans la communauté, l'environnement physique et le soutien social. En outre, des programmes harmonisés suscitant la participation de l'école, de la communauté et de la famille sont importants afin de favoriser des comportements sains en matière d'alimentation et d'activité physique chez les enfants et de créer des normes sociales positives et des possibilités. Il faudra utiliser des modèles holistiques supplémentaires si on veut examiner comment une combinaison de facteurs pourrait influer sur les modes de vie sains et les taux d'obésité dans les communautés des Premières Nations, chez les enfants en particulier. Par exemple, des mesures pourraient être instaurées afin que les quatre aspects dimensionnels de la « personne totale » l'« environnement total » soient pris en considération lors de l'élaboration des stratégies visant les enfants des Premières Nations. Une perspective culturelle autochtone est essentielle pour promouvoir les stratégies et comprendre les nombreux bienfaits de l'activité physique et les obstacles empêchant celle-ci.³⁷ Par exemple, la présente étude révèle que les enfants qui font de l'activité physique de façon régulière sont plus susceptibles que leurs pairs d'avoir des résultats scolaires au-dessus de la moyenne. Il existe une liste des moyens recommandés pour accroître l'activité physique chez les enfants dans la population en général. 38,39,40 Ces stratégies pourraient être soumises aux aînés de la communauté, aux dirigeants scolaires et aux fournisseurs de services de loisirs, afin de voir ce qui convient culturellement à certaines communautés autochtones, selon leur taille, emplacement et leur accès à diverses possibilités.

Beaucoup d'autres données doivent être recueillies en ce qui concerne l'apport alimentaire, la qualité du régime alimentaire et ses déterminants (dont l'insécurité alimentaire) et ces données devraient être suivies régulièrement. La collecte de mesures objectives de l'apport énergétique devrait idéalement en faire partie. De même, la surveillance des niveaux d'activité physique au moyen d'une évaluation objective de la dépense énergétique devrait se poursuivre et englober également l'activité physique totale dans tous les domaines. Des mesures anthropométriques objectives (par exemple, la taille, le poids et le tour de taille) sont nécessaires. Ces données sur le régime alimentaire et l'activité physique sont essentielles pour la mise au point de stratégies ciblées adéquates. Ce n'est que par une collecte régulière qu'il est possible d'évaluer les progrès concernant les facteurs critiques influençant la croissance et le développement des enfants des Premières Nations, afin d'assurer l'efficacité des changements apportés aux politiques et stratégies résultant des données recueillies par l'Enquête régionale sur la santé.

Notes du chapitre 29

C. B. Corbin et R. P. Pangrazi, Physical activity for children: A statement of guidelines (Reston, Va.: National Association for Sport and Physical Education, 1998).

R. M. Malina, 2001, Physical activity and fitness: pathways from childhood to adulthood, American Journal of Human Biology, vol. 13, p. 162-172.

U.S. Department of Health and Human Services, *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General* (Atlanta, Ga.: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996).

T. DeMarco et K. Sidney. 1989. Enhancing children's participation in physical activity. Journal of School Health, vol. 59, no 8, p. 337-340.

T. Stephens et C. L. Craig, Le mieux-être des Canadiens et des Canadiennes : Faits saillants de l'Enquête Campbell de 1988 (Ottawa, Ont. : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1990).

M. S. Tremblay et J. D. Willms, 2000, Tendances séculaires dans l'indice de masse corporelle

des enfants canadiens, Canadian Medical Association Journal, vol. 163, nº 11, p. 1429-1433

Organisation mondiale de la Santé, Obesity and overweight [en ligne]. Consulté en 2005. Dans le Web (en anglais seulement) :

http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs_obesity.pdf R. F. Dyck, H. Klump et L. Tan, 2001, From "thrifty genotype" to "hefty fetal phenotype": the relationship between high birthweight and diabetes in Saskatchewan Registered Indians, Revue

canadienne de santé publique, vol. 92, nº 5, p. 340-344.

C. L. Craig et coll., 2004, Twenty-year trends of physical activity among Canadian adults, Revue canadienne de santé publique, vol. 95, nº 1, p. 59-63.

A. J. G. Hanley et coll., 2000, Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors, American Journal of Clinical Nutrition, vol. 71, p. 693-700.

K. D. Raine, Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population (Ottawa, Ont.: Institut canadien d'information sur la santé, 2004).

T. K. Young et coll., 2000, Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes, Journal of Pediatrics, vol. 136, p. 365-369.

Organisation mondiale de la Santé, Global Strategy on diet, physical activity and health [en ligne]. Consulté en mars 2005. Dans le Web (en anglais seulement) http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs_general.pdf>.

Organisation mondiale de la Santé, Obesity and overweight [en ligne]. Consulté en mars 2005. Dans le Web (en anglais seulement): http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs_obesity.pdf

Organisation mondiale de la Santé, The Global Strategy on diet, physical activity and health [en

M. Tjepkema, La santé des Autochtones vivant hors réserve, Rapports sur la santé (nº 13), Supplément (2002). Statistique Canada, Nº au catalogue : 82-003.

Résultats préliminaires de l'ONSA.

- A. J. G. Hanley et coll., 2000, Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors, American Journal of Clinical Nutrition, vol. 71, p. 693-700.
- 19. L. Bernard et coll., 1995, Overweight in Cree school children and adolescents associated with diet, low physical activity and high television viewing, Journal of American Dietician Association, vol. 95, p. 800-802.
- N. D. Willows, 2005, La surcharge pondérale chez les enfants des Premières Nations: incidence, implications et solutions, Journal de la santé autochtone, vol. 2, nº 1, p. 76-86. 20.
- T.J. Cole et coll., mai 2000, Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey, British Medical Journal, vol. 320, p. 1240-1243. 22.
- 23 Ibid.
- Ibid. 24.
- 25. Statistique Canada, Peuples autochtones du Canada : un profil démographique [en ligne]. Consulté le 14 avril 2005. Dans le Web: http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Analytic/companion/abor/pdf/96F0030XI F2001007.pdf>.
- A. Must et R. S. Strauss, 1999, Risks and consequences of childhood and adolescent obesity, 26. International Journal of Obesity, vol. 23, no 2, p. S2-11.
- 27. Ibid.
- Corbin et Pangrazi, Physical activity for children: A statement of guidelines. 28.
- R. Boyton-Jarret et coll., 2003, Impact of television viewing patterns on fruit and vegetable consumption among adolescents, Pediatrics, vol. 113, p. 1321-1326.

 N. Signorielli et J. Staples, 1997, Television and children's conception of nutrition, Health 29.
- 31.
- Statistique Canada, 2003, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). C. Cameron et coll., Appuyer une main-d'œuvre physiquement active pour accroître l'activité
- physique (Ottawa, Ont. : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2002).
- J. H. Himes et coll., 2003, Impacts of the Pathways intervention on dietary intakes of American Indian schoolchildren, Preventive Medicine, vol. 37, p. S55-61.C. H. Lindquist, K. D. Reynolds et M. I. Goran, 1999, Sociocultural determinant of physical
- activity among children, Preventive Medicine, vol. 29, p. 305-312.
- Organisation mondiale de la Santé, Communiqué de presse : L'Assemblée Mondiale adopte la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, 22 mai 2004 [en ligne].
- Dans le Web: http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/wha3/fr/>.

 T. Dwyer et coll., 2001, Relation of academic performance to physical activity and fitness in children, Pediatric Exercise Science, vol. 13, p. 225-237. 37.
- S. E. Cragg, C. L. Craig et S. J. Russell, Mettre en valeur les possibilités des municipalités pour accroître l'activité physique (Ottawa, Ont. : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2001). C. Cameron et coll., Encourager l'activité physique en milieu scolaire pour accroître l'activité
- physique (Ottawa, Ont. : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2003).
- C. L. Craig et coll., Appuyer la participation des enfants pour accroître l'activité physique (Ottawa, Ont. : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2001).

Chapitre 30

Handicaps et problèmes de santé chroniques

Résumé

Ce chapitre traite des handicaps et des problèmes de santé à long terme chez les enfants des Premières Nations de 0 à 11 ans. Les enfants handicapés vivent dans le même genre de cadre familial et fréquentent autant l'école que les enfants non handicapés, mais auraient plus de difficultés à l'école. Ils participent autant à des activités culturelles et physiques non scolaires que les autres enfants.

Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée dans le revenu des ménages ayant des enfants handicapés ni dans la scolarité des parents ayant des enfants handicapés.

Les problèmes à long terme les plus répandus chez les enfants des Premières Nations sont l'asthme, les allergies, ainsi que les infections/problèmes chroniques de l'oreille. Parmi les problèmes moins souvent mentionnés mais potentiellement néfastes, on trouve la bronchite chronique, l'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles d'apprentissage, le syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcoolisme fœtal. À l'exception des allergies et peut-être des troubles d'apprentissage, la qualité du traitement de ces problèmes chez les enfants des Premières Nations laisse à désirer.

Souvent, les enfants handicapés des Premières Nations ont plus d'un problème à long terme. Leur santé globale est moins bonne que celle de leurs homologues non handicapés et ils ont beaucoup plus de difficultés émotives et comportementales, ce phénomène étant plus prononcé chez les garçons que chez les filles.

Les enfants handicapés des Premières Nations risquent plus que les autres enfants de faire face à différents obstacles à l'accès aux services de santé.

Introduction

Survol du chapitre

Le présent chapitre explore les incapacités et les problèmes de santé de longue durée chez les enfants des Premières Nations de 0 à 11 ans. On y examine les données démographiques de base (prévalence des handicaps selon l'âge, le sexe et d'autres dimensions, modes d'habitation, scolarité et participation aux activités communautaires, revenu familial et niveau d'éducation des parents), certains problèmes reliés à la santé et les enjeux concernant l'accès aux services de santé. Ce chapitre fait état de comparaisons d'enfants des Premières Nations avec et sans handicap, ainsi que de comparaisons d'enfants des Premières Nations avec leurs pairs de la population canadienne en général.

Pour des besoins comparatifs, le présent chapitre comporte des données provenant des fichiers généraux et des fichiers sur la santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998–1999 de Statistique Canada. Pour des besoins explicatifs, l'analyse porte à certains endroits sur l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) 2001 de Statistique Canada, enquête axée sur les handicapsⁱⁱ.

Les recherches effectuées pour le présent chapitre ont plus fait appel à l'ENSP qu'à l'EPLA pour la comparaison des données sur les handicaps avec l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS), étant donné que l'objectif et le contexte de l'ERS se rapprochent plus de celui de l'ENSP que de celui de l'EPLA. D'autre part, les indicateurs de handicaps de haut niveau de l'ERS ressemblent plus à ceux de l'ENSPⁱⁱⁱ.

Certaines des différences entre les indicateurs d'incapacité de l'ERS et ceux des enquêtes de Statistique Canada sont expliquées dans le chapitre 4 : *Handicaps et problèmes de santé chroniques* de la présente enquête.

Définition de travail des handicaps chez les enfants

Selon l'ERS, dont la définition s'apparente à celle de Statistique Canada, un enfant a une incapacité ou un handicap s'il est limité, en raison d'un problème physique ou mental, dans le type ou la quantité d'activités qu'il peut accomplir à la maison et à l'école ou dans d'autres activités comme les loisirs ou les voyages. Le répondant (par exemple, le parent ou le tuteur) indique si l'enfant est « souvent » ou « parfois » limité. L'ERS pose également une série de questions sur les problèmes de santé de longue durée et demande si ceux-ci limitent le type ou la quantité d'activités

que l'enfant peut faire. Les études de recherche définissent un enfant comme ayant un handicap lorsqu'on a indiqué qu'il était limité dans ses activités comme réponse à une ou plusieurs de ces questions.

Résultats

Données démographiques de base sur les handicaps des enfants

Prévalence générale

Les données non publiées fournies à l'Institut Roeher par le Bureau de la condition des personnes handicapées (BCPH) et provenant des questions portant sur les handicaps dans le recensement de 2001 indiquent que les handicaps sont 1,5 fois plus fréquents chez les enfants des Premières Nations de 0 à 14 ans que chez les enfants non autochtones au Canada. Ces résultats sont semblables à ceux établis par le BCPH pour les adultes autochtones au Canada.

En utilisant seulement les données sur les limitations des activités à la maison, à l'école et dans d'autres activités, qui sont des indicateurs d'incapacité « de haut niveau » présents tant dans l'enquête de l'ERS sur les enfants que dans l'ENSP, 7,8 % des enfants des Premières Nations peuvent être considérés comme ayant un handicap.

En utilisant seulement les données uniques à l'ERS sur les limitations d'activités résultant de tout problème de santé de longue durée, 8,1 % des enfants des Premières Nations peuvent être considérés comme ayant un handicap.

Ces deux approches ont des différences tout comme des points de convergence. Le tableau 1 indique la prévalence estimée des handicaps chez les enfants des Premières Nations en utilisant chaque approche, puis en combinant les deux approches. Dans l'ensemble, 11,7 % des enfants des Premières Nations ont un handicap.

Si on prend comme référence le chiffre de l'ERS et qu'on le compare aux données correspondantes de l'ENSP, les handicaps chez les enfants des Premières Nations peuvent être jusqu'à 1,8 fois plus élevés. vi

i L'ENSP fournit de l'information sur la santé et sur les comportements en matière de santé des Canadiens. Elle ne porte pas sur les militaires ou sur les personnes vivant dans des établissements institutionnels, dans les territoires du Nord ou dans les réserves des Premières Nations.

institutionneis, dans les territoires du Nord ou dans les réserves des Premières Nations.

"L'EPLA ne portait pas sur les personnes vivant dans les territoires du Nord ou dans les réserves des Pramières Nations

iii La plus récente Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ne comprend pas les enfants

iv Le terme « Autochtone » utilisé par le BCPH comprend les Premières Nations, les Métis et les Inuit.

V Afin de simplifier le texte, les limites de confiance asont pas indiquées pour les estimations, à mortier que le configuer par le verient que le verient qu

moins que le coefficient de variation ne soit supérieur à 33,3 %.

"L'estimation de prévalence de 7,8 % indiquée au tableau 1 est établie au moyen d'une méthode d'identification de l'incapacité semblable à celle utilisée dans l'ENSP, qui rapporte une prévalence de 4,4 % d'incapacité infantile dans la population générale; 7,8 ÷ 4,4 = 1,8. Les erreurs d'arrondi expliquent pourquoi les totaux ne sont pas semblables.

Tableau 1. Prévalence des handicaps chez les enfants des Premières Nations

Définition 1 : limité à la maison, à l'école ou dans	Définition 2 : limité en raison d'un problème de santé de longue durée			
d'autres activités	Autre	Incapacité	Total handicapés	
Autre		3,9 %	3,9 %	
Incapacité	3,6 %	4,3 %	7,8 %	
Total	3,6 %	8,1 %	11,7 %	

Prévalence et sexe

La recherche indique que l'incapacité se trouve en quantité égale chez les garçons (13,3 %) et chez les filles (10,1 %) des Premières Nations (NS). vii

Parmi tous les enfants handicapés des Premières Nations, 58,2 % sont des garçons. Parmi les enfants des Premières Nations sans handicap, 50,5 % sont des garçons (NS). Bien qu'il ne soit pas significatif, ce résultat recoupe celui de l'ENSP, qui indique que 60,1 % de tous les enfants handicapés sont des garçons. Les données de l'EPLA indiquent que 62,6 % des enfants handicapés (0–14 ans) sont des garçons.²

Prévalence et âge

Un handicap peut être difficile à détecter au cours des premières années de vie. Il est donc courant d'observer des taux de prévalence plus élevés chez les enfants plus âgés. Cependant, selon l'ERS, 9,5 % des enfants des Premières Nations de 0-5 ans ont un handicap contre 13,5 % dans le groupe des 6-11 ans. Par ailleurs, 63,1 % des enfants handicapés des Premières Nations se situent dans le groupe d'âge des 6-11 ans contre 53,5 % de leurs pairs non handicapés.

Prévalence, degré d'isolement et taille de la communauté de résidence

L'ERS identifie les enfants selon le degré d'isolement de leur communauté de résidence. Voici les catégories d'isolement :

- Éloignée-isolée : pas de vols réguliers
- Isolée: vols réguliers, ligne téléphonique, mais pas d'accès routier
- Semi-isolée : accès routier de plus de 90 km aux services d'un médecin
- Non isolée : accès routier, à moins de 90 km des services d'un médecin

La prévalence de handicaps chez les enfants est à peu près le double du taux global dans les communautés isolées

vii Les comparaisons entre les groupes indiquées dans le présent chapitre sont statistiquement significatives sauf lorsque « NS » —non significatif— est indiqué. Pour le présent chapitre, les différences sont considérées comme significatives si les intervalles de confiance de 95 % ajustés au moven de la méthode de Bonferroni ne se chevauchent pas. (20,3 %). De tous les enfants handicapés des Premières Nations, 32,8 % vivent dans des communautés isolées comparativement à 17,4 % des enfants non handicapés; cette différence n'est toutefois pas significative.

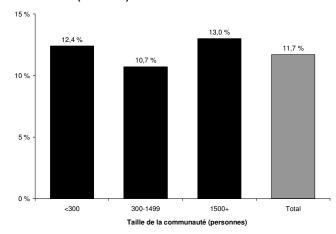
La figure 1 indique la prévalence d'enfants handicapés selon la taille de la communauté. Les enfants handicapés sont plus susceptibles de se trouver dans les petites communautés de moins de 300 personnes (12,4 %) et dans les communautés de grande taille (1500 personnes ou plus) (13 %). De tous les enfants handicapés, 40,6 % vivent dans des communautés de 1500 personnes ou plus contre 35,9 % des enfants non handicapés; cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative.

Situation familiale, scolarité et activités dans la communauté

Situation familiale

En général, les enfants handicapés des Premières Nations ont une situation familiale semblable à celle des autres enfants des Premières Nations. Les résultats indiquent que 88,5 % des enfants handicapés des Premières Nations vivent avec leur mère biologique contre 90 % des autres enfants des Premières Nations (NS). Environ la moitié (50,6 %) des enfants handicapés des Premières Nations vivent avec leur père biologique, soit environ la même proportion que les autres enfants des Premières Nations (52,2 %) (NS). Environ 36 % des enfants handicapés vivent avec leurs frères et sœurs comparativement à 34,8 % des enfants non handicapés (NS). Un autre 11,4 % et 10,9 %, respectivement, vivent avec leurs grands-parents, tandis que 7,9 % et 8,8 % respectivement vivent avec une tante, un oncle ou des cousins (NS).

Figure 1. Prévalence des handicaps selon la taille de la communauté (n = 6 657)



Scolarité

Chez ceux qui sont en âge d'aller à l'école, les enfants handicapés des Premières Nations sont à peu près aussi susceptibles que leurs pairs non handicapés de fréquenter l'école (76,4 % contre 71,8 %, respectivement). Ils sont également aussi susceptibles d'avoir participé à un programme d'aide préscolaire (39,5 % contre 36,4 %).

La réussite scolaire des enfants handicapés des Premières Nations offre un portrait mitigé. D'une part, ils sont deux fois plus susceptibles que les autres enfants d'avoir des résultats sous ou légèrement sous de la moyenne (22,9 % contre 11,1 % respectivement). D'autre part, ils sont également à peu près aussi susceptibles que les autres enfants des Premières Nations d'avoir des résultats au-dessus ou légèrement au-dessus de la moyenne (40,2 % contre 40,3 %). Les enfants handicapés des Premières Nations constituent 22,6 % de tous les enfants des Premières Nations ayant des résultats sous ou légèrement sous de la moyenne et 12,4 % des enfants au-dessus ou légèrement au-dessus de la moyenne. Les enfants handicapés des Premières Nations sont en quelque sorte plus susceptibles que leurs pairs non handicapés d'avoir redoublé une année (15,2 % contre 11,0 %) (NS).

Activités culturelles et autres activités dans la communauté

La recherche du présent chapitre n'a trouvé aucune différence importante dans le degré de participation des garçons des Premières Nations avec ou sans handicap aux activités se déroulant en dehors de l'école comme les groupes ou les cours d'art ou de musique, le chant traditionnel, le tambour ou les groupes ou cours de danse. Il n'y a également pas de différence marquée dans la fréquence à laquelle les garçons lisent ou à laquelle on leur fait la lecture : quotidiennement ou quelques fois par semaine.

Il y a cependant une différence significative entre le pourcentage de garçons handicapés des Premières Nations de 6–11 ans faisant partie d'une équipe sportive ou prenant un cours de sport en dehors du milieu scolaire, qui est de 44,5 %, et celui des garçons non handicapés du même âge, prenant ce genre de cours, qui est de 67,4 %. viii

En ce qui concerne les filles des Premières Nations avec ou sans handicap, il n'y a aucune différence significative dans le degré de participation à des sports d'équipe ou à des leçons sportives, au chant traditionnel, au tambour ou à la danse, ou dans la fréquence de la lecture active ou passive quotidienne ou quelques fois par semaine.

En ce qui a trait à la fréquence de participation à tout genre d'activité physique, la recherche n'indique aucune différence significative entre les enfants des Premières Nations avec ou sans handicap, parmi lesquels respectivement 7,2 % et 9,4 % ne sont jamais physiquement actifs, et respectivement 57,1 % et 59,3 % sont physiquement actifs au moins quatre fois par semaine ou tous les jours.

Revenu et niveau de scolarité de la famille

Revenu du ménage

Dans l'ensemble, la recherche n'indique aucune différence statistiquement significative quant au revenu du ménage des enfants des Premières Nations avec ou sans handicap. Ainsi, 62,9 % des enfants non handicapés vivent dans un ménage dont le revenu est inférieur à 30 000 \$ contre 63,5 % des enfants handicapés des Premières Nations. De même, 37,1 % des enfants non handicapés vivent dans un ménage dont le revenu est supérieur à 30 000 \$, contre 36,5 % des enfants handicapés. Même lorsqu'on répartit les revenus en catégories plus précises et qu'on tient compte de la variabilité d'échantillonnage, les profils de revenu des familles se ressemblent, que l'enfant soit handicapé ou non. Les profils de revenu se ressemblent également pour les familles ayant des enfants avec ou sans handicap lorsqu'on compare les groupes d'âge des 0–5 ans et des 6–11 ans.

Niveau de scolarité des parents

La recherche n'a en général trouvé aucune différence significative quant au niveau de scolarité des mères des enfants des Premières Nations avec ou sans handicaps ni quant au niveau de scolarité des pères.

Enjeux en matière de santé et questions connexes

Problèmes de santé de longue durée et incapacité chez les enfants

Le tableau 2 indique la prévalence de problèmes de longue durée que l'ERS établit comme étant des problèmes de santé chez les enfants des Premières Nations. L'ERS a porté son enquête sur 19 problèmes et a permis des réponses ouvertes de la part des participants pour des problèmes non indiqués dans le questionnaire sur les enfants. Parmi les problèmes faisant l'objet de questions structurées, certains, qui ont une prévalence très faible et comportent une forte variabilité d'échantillonnage, ne sont pas indiqués au tableau. Il s'agit entre autres de la déficience cognitive ou mentale, de l'épilepsie, de la paralysie cérébrale, des handicaps physiques autres que la paralysie cérébrale, du VIH–sida, des troubles rénaux, des maladies du foie et du diabète. On peut considérer comme une « bonne nouvelle » le fait que ces problèmes aient une prévalence très faible.

La colonne D du tableau 2 indique que l'asthme, les allergies et les infections ou problèmes chroniques aux oreilles sont les problèmes les plus courants chez les enfants des Premières Nations. La bronchite chronique n'est pas aussi fréquente mais présente de graves risques pour la santé. Le TDAH, les troubles de l'apprentissage et le SAF/EAF sont également assez peu fréquents mais peuvent représenter des défis multiples en matière de réussite scolaire et d'intégration sociale pouvant persister jusqu'à l'âge adulte et même toute la vie.

 $^{^{}m vii}$ 34,1 % des garçons handicapés des Premières Nations y participent au moins une fois par semaine comparativement à 54,9 % de leurs pairs sans incapacité.

L'asthme est une inflammation chronique des voies respiratoires causant une enflure et un rétrécissement des voies respiratoires ayant pour conséquence une difficulté à respirer. Le rétrécissement des bronches est habituellement totalement ou au moins partiellement réversible par des traitements. Les éléments déclencheurs sont les allergènes et les irritants (infections respiratoires, fumée du tabac, smog et autres polluants, aspirine, autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens, exercice physique et autres facteurs environnementaux, émotionnels et hormonaux).

La prévalence de l'asthme chez les enfants des Premières Nations est plutôt élevée (14,6 %), la prévalence chez les enfants de la population générale étant de 8,8 %. Les enfants handicapés des Premières Nations souffrant d'asthme sont plus susceptibles que les autres enfants des Premières Nations souffrant d'asthme d'avoir eu une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois (41,0 % contre 19,0 %). Dans l'ensemble, 57,2 % des enfants des Premières Nations souffrant d'asthme sont traités pour cette maladie.

Les *allergies* sont des réactions exagérées du système immunitaire à la suite d'un contact avec certaines substances étrangères habituellement inoffensives. On compte parmi les substances provoquant des allergies (allergènes) le pollen, les acariens, les moisissures, les poils d'animaux et certains aliments.⁵ Les allergies sont plutôt fréquentes chez les enfants des Premières Nations (12,2 %) comme chez les autres enfants au Canada (16,4 %). Seulement 29,5 % des enfants des Premières Nations souffrant d'allergies reçoivent des traitements.

La bronchite est une inflammation de la membrane des bronches. Au fur et à mesure que la membrane irritée enfle et s'épaissit, elle provoque le rétrécissement ou la fermeture des voies respiratoires des poumons, causant des quintes de toux accompagnées de mucosités épaisses et d'essoufflement. Cette maladie peut être soit aiguë (durant moins de six semaines), ou chronique (qui réapparaît fréquemment pendant plus de deux ans). La bronchite aiguë cause des toussotements et mucosités qui accompagnent parfois une infection des voies respiratoires supérieures.

Tableau 2. Problèmes de santé de longue durée chez les enfants des Premières Nations, selon la présence ou l'absence de handicaps

A	В	C	D	E	F
Problèmes de santé de longue durée	% non-handicapés déclarant le problème de longue durée	% handicapés déclarant le problème de longue durée	% total (avec et sans handicaps) déclarant le problème de longue durée	De ceux ayant le problème, % avec handicaps	
Bronchite chronique	2,6 %	E 10,5 %	E 3,6 %	E 34,3 %	16,9 % E
Allergies	9,2 %	35,3 %	12,2 %	32,9 %	18,8 %
Asthme	10,9 %	43,5 %	14,6 %	34,4 %	26,5 %
Cécité ou problèmes de vision graves	0,8 %	-	E 1,1 %	36,9 %	– E
Infections ou problèmes chroniques aux oreilles	7,7 %	20,7 %	9,2 %	26,1 %	15,2 %
Déficience auditive	1,2 %	4,4 %	E 1,6 %	32,5 %	– E
TDA/TDAH (1)	2,0 %	7,4 %	E 2,6 %	32,7 %	28,3 %
SAF/EAF (2)	1,5 %	-	E 1,8 %	-	– E
Troubles de l'apprentissage	1,3 %	15,4 %	2,9 %	60,1 %	37,0 %
Tuberculose	0,5 %	Е –	E 0,5 %	Е –	– E
Problème cardiaque	1,6 %	E 5,7 %	E 2,1 %	E 32,6 %	– E

^{1.} Trouble du déficit de l'attention ou trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité

^{2.} Syndrome d'alcoolisme fœtal ou effets de l'alcool sur le fœtus E Variabilité d'échantillonnage élevée. Utiliser les chiffres avec prudence.

E Variabilité d'échantillonnage trop élevée pour que les données soient publiées.

La bronchite chronique est un trouble grave de longue durée qui nécessite souvent des soins médicaux constants.⁶

Bien que la variabilité d'échantillonnage soit élevée et que les estimations doivent être utilisées avec prudence, la bronchite chronique semble plus fréquente chez les enfants des Premières Nations (3,6 %) que chez les enfants du reste de la population (1,4 %). Seulement 24,0 % des enfants des Premières Nations souffrant de bronchite chronique sont traités pour ce problème. ix

L'otite moyenne chronique est une inflammation persistante de l'oreille moyenne. À la suite d'une infection aiguë, le fluide peut stagner derrière la caisse du tympan jusqu'à trois mois avant de se résorber. L'otite moyenne chronique peut se développer après une période prolongée de stagnation du fluide ou une pression exercée derrière la caisse du tympan. Cette affection peut entraîner des dommages irrémédiables à l'oreille moyenne et à la caisse du tympan et il peut y avoir un drainage continu par un trou dans la caisse du tympan. L'otite moyenne chronique débute souvent sans douleur et sans fièvre. Il arrive parfois qu'une perte subtile de l'ouïe soit due à une otite moyenne chronique.

Les résultats indiquent que 9,2 % des enfants des Premières Nations ont des infections ou problèmes chroniques aux oreilles, qui sont probablement des otites moyennes. L'ENSP ne comporte pas de données sur la prévalence de cette affection dans la population infantile générale au Canada; il n'est donc pas possible d'établir de comparaison entre les enfants des Premières Nations et les autres enfants. Selon certains chercheurs, l'otite moyenne est un problème grandissant chez les enfants Inuit. Seulement 27,4 % des enfants des Premières Nations souffrant de cette affection reçoivent des traitements.

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) désigne une famille de troubles neurobiologiques chroniques apparentés qui interfèrent avec la capacité de la personne à réguler son niveau d'activité (hyperactivité), à inhiber son comportement (impulsivité) et à accomplir des tâches (inattention) d'une façon qui convient à son niveau de développement. Les enfants atteints du TDAH ont une incapacité fonctionnelle dans de multiples contextes, que ce soit à la maison, à l'école ou dans leurs relations avec leurs pairs. Le TDAH peut occasionner des effets négatifs à long terme sur la réussite scolaire, la réussite professionnelle et le développement socioémotionnel. Les enfants souffrant du TDAH peuvent subir le rejet de leurs pairs et s'engager dans un ensemble de comportements perturbateurs. On observe chez eux des taux plus élevés de blessures et pour un grand nombre d'entre eux, les effets du TDAH continuent à l'âge adulte. Le TDAH semble lié à des facteurs génétiques. Habituellement, au moins un des proches des enfants atteints de cette affection en souffre également. Au moins le tiers de

Bien que 2,6 % des enfants des Premières Nations aient reçu un diagnostic de TDA/TDAH, seulement 37,6 % d'entre eux reçoivent un traitement pour cette affection.

Les troubles de l'apprentissage affectent la capacité d'une personne soit à interpréter ce qu'elle voit et entend, soit à relier l'information entre différentes parties du cerveau. Ces limitations peuvent se manifester par des difficultés particulières avec le langage parlé et écrit, la coordination, la maîtrise de soi ou l'attention. Ces difficultés se répercutent dans les travaux scolaires et peuvent entraver l'apprentissage de la lecture, de l'écriture ou des mathématiques. Les troubles de l'apprentissage peuvent comporter des troubles permanents qui, dans certains cas, affectent plusieurs parties de la vie de la personne : l'école ou le travail, les routines quotidiennes, la vie familiale et parfois même les amitiés et les loisirs. Chez certaines personnes, de nombreux troubles de l'apprentissage peuvent être apparents. D'autres peuvent n'avoir qu'un seul trouble ayant peu de répercussions dans d'autres domaines de leur vie. Pour qu'un diagnostic de trouble de l'apprentissage soit établi, certains critères doivent être respectés. Les facteurs génétiques, la consommation par la mère de tabac, d'alcool ou de drogues durant la grossesse, les complications en cours de grossesse, les toxines provenant de l'environnement, ainsi que la chimiothérapie et radiothérapie chez les enfants atteints de cancer ont tous été identifiés comme des facteurs de risque de troubles de l'apprentissage. 10

Parmi les 2,9 % d'enfants des Premières Nations ayant des troubles de l'apprentissage, 36,8 % reçoivent des traitements.

Bien que les estimations de prévalence des troubles de l'apprentissage et du TDA/TDAH varient selon un certain nombre de facteurs, on estime à partir de probabilités statistiques que ce taux se situe entre 2 % et 4 %. ¹¹ Certaines estimations de prévalence du TDAH sont plus élevées, variant de 3 % à 5 % et allant même jusqu'à 7,5 %. ¹² Les taux de troubles de l'apprentissage (2,9 %) et de TDA/TDAH (2,6 %) chez les enfants des Premières Nations semblent s'aligner sur les taux observés dans la population en général.

Le syndrome d'alcoolisme fætal (SAF) est la quantité totale de dommages infligés à l'enfant avant la naissance résultant de la consommation d'alcool par la mère durant la grossesse. Les caractéristiques courantes du SAF comportent un retard de croissance, l'irritabilité, l'hyperactivité, une performance motrice altérée, une intelligence réduite de façon marquée, une tête plus petite, divers attributs faciaux et squelettiques atypiques et un souffle au cœur. Les effets de l'alcool sur le fætus (EAF) constituent un diagnostic plus « léger » que le SAF qui s'applique lorsque la personne a certains signes du SAF, mais ne satisfait pas tous les critères du SAF et lorsqu'il y a des antécédents d'expositions à l'alcool avant la

tous les pères ayant souffert du TDAH étant jeunes ont des enfants souffrant du TDAH et si un jumeau identique a cette affection, l'autre jumeau est susceptible d'en souffrir aussi.

^{ix} Le pourcentage de ceux qui reçoivent un traitement devrait être utilisé avec prudence étant donné que la variabilité d'échantillonnage est élevée.

naissance.¹³ Un pourcentage de 1,8 % des enfants des Premières Nations ont reçu un diagnostic de SAF/EAF. La variabilité d'échantillonnage étant très élevée, on ne peut publier les données concernant la proportion de ces enfants qui reçoivent un traitement. Il semble cependant que relativement peu d'entre eux soient traités.

La colonne C du tableau 2 indique le pourcentage d'enfants avec handicaps ayant les problèmes de santé de longue durée indiqués dans la colonne A. Des pourcentages élevés d'enfants handicapés souffrent d'asthme (43,5 %), d'allergies (35,3 %) et de problèmes chroniques aux oreilles (20,7 %).

La colonne E prend comme unités d'analyse les « univers » des enfants ayant un problème donné puis indique le pourcentage de ces enfants ayant un handicap, que celui-ci soit causé par ce problème, par un ou plus d'un autre problème de santé de longue durée, ou par des facteurs qui ne sont pas précisés mais qui conduisent à des limitations d'activités à la maison, à l'école ou dans d'autres situations. En général, environ le tiers des enfants ayant un problème de santé de longue durée indiqué au tableau ont un certain niveau de handicaps, à l'exception des troubles de l'apprentissage. Dans ce cas, 60,1 % des enfants affectés par ce trouble vivent des limitations dans leurs activités en raison de divers facteurs. Ces chiffres portent à croire que les enfants ayant un problème indiqué au tableau 2 courent un risque sur trois de vivre un certain niveau d'incapacité et que les enfants ayant des troubles de l'apprentissage sont susceptibles d'être confrontés à des limitations d'activités. La prévalence élevée d'affections comme l'asthme, les allergies et les infections chroniques aux oreilles est particulièrement préoccupante.

Bien que les données portant sur les problèmes de faible prévalence ne puissent être publiées en raison de la variabilité d'échantillonnage élevée, les enfants déclarés comme souffrant d'une incapacité cognitive ou mentale, d'épilepsie et de paralysie cérébrale expérimentent des limitations dans leurs activités dans la majorité des cas. X

La colonne F du tableau 2 prend comme unités d'analyse les « univers » des enfants ayant un problème donné de longue durée, mais indique le pourcentage d'enfants souffrant d'un problème qui ont une incapacité (sont limités dans leurs activités) en raison de ce problème. Les pourcentages varient de 15,2 % à 37 %. Dans tous les cas, la prévalence de handicaps causés par un problème est inférieure à la prévalence de handicaps indiquée à la colonne E parce que les chiffres de la colonne E représentent les handicaps de *toute* cause et englobent les chiffres indiqués à la colonne F.

Handicaps et problèmes de santé multiples chez les enfants

Il n'est pas rare que les enfants des Premières Nations fassent état de plus d'un problème de santé de longue durée et de plus d'un type d'incapacité. Le nombre moyen de problèmes de santé de longue durée chez les enfants non handicapés est de 0,4. Chez les enfants handicapés, ce nombre est de 1,8. Les enfants handicapés sont limités dans leurs activités par 1,2 problème de longue durée en moyenne.

Chez les garçons des Premières Nations avec et sans handicap, le nombre moyen de problèmes de santé de longue durée est de 0,7 et le nombre moyen d'incapacités est de 0,2. Chez les filles, le nombre moyen de problèmes de santé de longue durée est de 0,4 et le nombre moyen d'incapacités est de 0,09.

Handicaps chez les enfants et état de santé global

Dans l'ensemble, l'état de santé global des enfants handicapés des Premières Nations est moins bon que celui des autres enfants des Premières Nations. Par exemple, les parents/tuteurs de 41,5 % des enfants handicapés considèrent que leur enfant est en bonne ou en excellente santé contre 73,7 % pour les enfants non handicapés. Par ailleurs, 28,2 % des enfants handicapés sont en assez bonne ou en mauvaise santé comparativement à seulement 4,1 % des autres enfants des Premières Nations. Dans la population infantile générale au Canada, 11,2 % des enfants handicapés sont en assez bonne ou en mauvaise santé et 56,1 % sont en excellente ou en très bonne santé. xi

La variabilité d'échantillonnage est élevée et les chiffres doivent être utilisés avec prudence pour les enfants handicapés des Premières Nations dans les groupes d'âge des 0–5 et 6–11 ans. Cependant :

- l'état de santé global de 34,3 % des enfants des Premières Nations de 0–5 ans handicapés est considéré comme assez bon ou mauvais, contre seulement 3,2 % de leurs pairs non handicapés
- l'état de santé global de 24,6 % des enfants des Premières Nations de 6–11 ans handicapés est assez bon ou mauvais, contre 5 % de leurs pairs non handicapés du même groupe d'âge.

Les enfants avec et sans handicap affichent à peu près les mêmes pourcentages pour ce qui est de consommer un régime alimentaire nutritif et équilibré toujours ou presque toujours (62,3 % contre 54,5 %) (NS).

Incapacité chez les enfants et soins dentaires

La plupart des enfants handicapés des Premières Nations ont reçu des soins dentaires à un moment donné au cours des douze mois précédant la tenue de l'ERS (71,3 %), ce qui est

x Le nombre d'enfants des Premières Nations porteurs du VIH – SIDA est quasi inexistant selon l'ERS. Le nombre d'enfants souffrant de troubles rénaux, de maladies du foie et de diabète est très faible et comporte des taux d'incapacité variant considérablement au niveau de confiance de 95 %. En conséquence, on ne peut tirer aucune conclusion plausible quant à la prévalence de l'incapacité pour les enfants ayant ces affections.

xi Un pourcentage de 91,8 % des enfants sans incapacité sont en excellente ou en très bonne santé. Le nombre d'enfants sans incapacité dans la population générale étant en assez bonne ou en mauvaise santé est si faible que le pourcentage ne peut être diffusé.

également le cas pour leurs pairs non handicapés (67,0 %) (NS). Les enfants handicapés des Premières Nations sont plus susceptibles que leurs pairs non handicapés d'avoir déjà reçu des soins dentaires (90,9 % contre 79,5 %).

Les enfants avec et sans handicap sont à peu près aussi susceptibles d'avoir besoin d'un traitement d'entretien dentaire, d'extractions, d'un traitement au fluor, d'un traitement d'orthodontie et d'un traitement d'urgence. Les enfants handicapés ont un besoin un peu plus marqué de plombages de dents ou d'autres travaux de restauration (couronnes et ponts) (36,2 % contre 25,7 %).

Incapacité chez les enfants et questions relatives au comportement

L'ERS a posé des questions aux parents/tuteurs relativement aux problèmes comportementaux et émotionnels des enfants handicapés afin d'établir des comparaisons avec leurs pairs non-handicapés. Bien que la variabilité d'échantillonnage soit élevée pour les garçons des Premières Nations de 0-5 ans et que l'estimation doive être utilisée avec prudence, 41,1 % de ces garçons sont considérés comme ayant des comportementxii difficultés émotionnelles ou de comparativement à 10,9 % de leurs pairs non handicapés du même groupe d'âge. De même, 46,8 % des garçons handicapés des Premières Nations de 6-11 ans sont considérés comme ayant des difficultés émotionnelles ou de comportement^{xiii} comparativement à 16,9 % de leurs pairs non handicapés. Globalement, 44,7 % des garçons handicapés des Premières Nations éprouvent ces difficultés comparativement à 14,2 % de leurs pairs non handicapés. En outre, 33,5 % de tous les garçons des Premières Nations ayant des problèmes émotionnels ou de comportement sont des garçons handicapés.

En ce qui concerne les filles handicapées de 0-5 ans ayant des problèmes émotionnels ou de comportement, la variabilité d'échantillonnage est très élevée et on ne peut publier les données, sauf qu'on peut dire que ce pourcentage ressemble à celui des filles non handicapées (5,8 %). Les filles handicapées de 6-11 ans chez les Premières Nations ont plus souvent des troubles émotionnels ou de comportement – 39,3 % xiv contre 14,5 % des autres filles de ce groupe d'âge. Dans l'ensemble, 27,8 % des filles des Premières Nations handicapées sont considérées comme ayant des problèmes émotionnels ou de comportement, comparativement à 10,5 % des filles non handicapées. Par ailleurs, 22,1 % de toutes les filles des Premières Nations ayant des problèmes émotionnels ou de comportement sont des filles handicapées.

Les enfants handicapés représentent 29,2 % de tous les enfants des Premières Nations éprouvant des difficultés émotionnelles ou de comportement.

Handicaps chez les enfants et accès aux soins de santé

Le tableau 3 présente les obstacles que les parents/tuteurs ont dû surmonter pour recevoir des soins de santé pour les enfants des Premières Nations avec et sans handicap au cours des douze mois précédant la tenue de l'ERS. La variabilité d'échantillonnage est plutôt élevée (mais se situe dans des limites acceptables) pour les enfants handicapés des Premières Nations; les chiffres pour ces enfants devraient donc être utilisés avec prudence. Le tableau indique qu'en général, les enfants handicapés des Premières Nations et leurs parents/tuteurs sont plus susceptibles d'avoir à franchir des obstacles. La non-disponibilité du service et les longues listes d'attente, les soins inadéquats et le manque d'adaptation culturelle de ceux-ci, les difficultés à trouver du transport et les difficultés à recevoir des soins traditionnels sont les problèmes qui reviennent le plus souvent pour les enfants handicapés et leurs parents/tuteurs. Le refus d'autorisation préalable de recevoir des services en vertu du SSNA représente également un problème, mais parce que la variabilité d'échantillonnage est élevée pour cette question, il est difficile d'estimer l'ampleur de ce problème.

Même lorsqu'il n'y a pas de différence statistiquement significative quant au degré de difficulté d'accès des enfants avec et sans handicaps (par exemple, pas d'établissement de santé, de médecin ou d'infirmière, coûts des services directs), le manque d'accès est susceptible d'avoir des répercussions importantes au point de vue humain étant donné que le niveau et l'urgence de besoin de services peut augmenter lorsqu'un enfant a un ou plusieurs handicaps.

xii Le coefficient de variation se situe dans des limites acceptables – 27,7 % xiii Le coefficient de variation est encore une fois plutôt élevé mais acceptable, à 19 %. xiv Le coefficient de variation est élevé mais se situe dans des limites acceptables, à 26,1 %; le pourcentage des filles de 6-11 ans handicapées et présentant des troubles de comportement ou émotionnels devrait donc être utilisé avec prudence.

Tableau 3. Pourcentages des enfants des Premières Nations avec et sans handicaps ayant eu à surmonter des obstacles pour recevoir des services de santé, selon la nature de l'obstacle

	Autres	Handicapés	Sign.	Total
Accessibilité				
Pas de médecin ou d'infirmière dans la région du répondant	11,6 %	17,8 %	E	12,3 %
Pas d'établissement de santé dans la région du répondant	8,0 %	9,3 %	E	8,1 %
Service non disponible dans la région du répondant	7,3 %	19,3 %	E *	8,7 %
Liste d'attente trop longue	21,5 %	37,6 %	*	23,3 %
Coûts et admissibilité aux programmes publics				
Non couvert pas le Programme des services de santé non assurés (SSNA)	7,9 %	13,7 %	E	8,6 %
Refus d'une autorisation préalable de recevoir des services en vertu du SSNA	4,9 %	-	E	5,9 %
Ne pouvait assumer les coûts directs des soins/services	6,3 %	10,9 %	E	6,9 %
Ne pouvait assumer les coûts de transport	8,5 %	13,9 %	E	9,1 %
Ne pouvait assumer les frais de garde pour les enfants	8,8 %	13,9 %	E	9,4 %
Adaptation et qualité des services				
Avait l'impression que les soins de santé offerts étaient inadéquats	9,6 %	25,5 %	E *	11,5 %
Avait l'impression que les services n'étaient pas adaptés à la culture	6,3 %	16,9 %	E *	7,6 %
A choisi de ne pas consulter un professionnel de la santé	3,9 %	4,1 %	E	3,9 %
Autre				
Incapable de trouver du transport	9,4 %	17,9 %	E *	10,3 %
Difficulté à recevoir des soins traditionnels	6,2 %	13,0 %	E *	7,0 %

E Variabilité d'échantillonnage élevée. Les coefficients de variation se situent dans une zone acceptable (< 33,3 %) mais les chiffres doivent être utilisés avec prudence

Résumé des principaux résultats

Le présent chapitre portait sur les handicaps et les problèmes de santé de longue durée chez les enfants des Premières Nations de 0-11 ans. La recherche indique que les handicaps infantiles sont plus fréquents chez les enfants des Premières Nations que dans la population générale.

Les enfants handicapés ont une situation familiale semblable à celle des autres enfants des Premières Nations et sont aussi susceptibles de fréquenter l'école mais réussissent moins bien du point de vue scolaire. Ils participent à peu près autant que les autres à des activités culturelles et physiques en dehors du cadre scolaire.

La recherche ne fait état d'aucune différence statistiquement significative quant au revenu familial des enfants avec et sans handicap ou au niveau de scolarité de leurs parents.

Les problèmes de santé de longue durée les plus courants chez les enfants des Premières Nations sont l'asthme, les allergies et les infections/problèmes chroniques aux oreilles. On observe d'autres problèmes moins fréquents mais

pouvant potentiellement avoir des conséquences plus néfastes ou problématiques : bronchite chronique, TDAH, troubles de l'apprentissage et SAF/EAF. À l'exception des allergies et peut-être des troubles de l'apprentissage, ces problèmes font très peu l'objet de traitements.

Il est assez fréquent que les enfants handicapés des Premières Nations souffrent de plus d'un problème de longue durée. Leur état de santé global est moins bon que celui de leurs pairs des Premières Nations non handicapés. Une proportion sensiblement plus élevée d'entre eux ont des problèmes émotionnels ou de comportement et ces problèmes sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles.

Les enfants handicapés des Premières Nations sont plus susceptibles que les autres d'avoir à surmonter des obstacles pour recevoir des soins de santé.

Recommandations

Un fait à noter est le niveau relativement égal de participation des enfants des Premières Nations aux activités culturelles et physiques, peu importe la présence ou l'absence

E Variabilité d'échantillonnage trop élevée pour qu'on puisse publier les données

^{*} Différence statistiquement significative entre les enfants avec et sans handicaps, à un intervalle de confiance de 95 %.

d'incapacité, l'âge ou le sexe. Bien qu'il faille peut-être porter une attention particulière pour s'assurer que les programmes sportifs en dehors du cadre scolaire sont accessibles aux garçons et filles handicapés et qu'ils favorisent leur participation, on doit saluer les efforts d'inclusion des communautés et des dirigeants des communautés et on devrait encourager ceux-ci à continuer sur cette voie.

Les faibles niveaux de traitement de problèmes de santé potentiellement graves comme la bronchite chronique et les infections aux oreilles sont quelque peu alarmants. Les parents/tuteurs doivent être informés des risques potentiels pour la santé et des moyens de gérer ceux-ci. Les services de santé doivent être proactifs dans leurs efforts de détection et de traitement.

Des recherches doivent être menées en regard de l'état de santé global beaucoup moins bon des enfants handicapés des Premières Nations et des initiatives de promotion de la santé doivent être mises en place, ciblant non seulement les comportements individuels des enfants et de leurs parents en matière de santé, mais aussi des déterminants de santé sociaux et économiques plus globaux.

D'autre part, des mesures doivent être prises afin de remédier au manque d'accessibilité des enfants aux services et établissements dont ils ont besoin; d'autres mesures sont également nécessaires afin d'empêcher que des coûts prohibitifs pour les services de première ligne ne soient demandés aux familles des Premières Nations qui, en général, ne sont pas riches. On ne sait pas pourquoi des coûts inabordables pour les services de première ligne sont demandés à environ une famille sur dix ayant un enfant handicapé. On ne sait pas non plus pourquoi environ un enfant handicapé sur huit a des difficultés à être couvert par les services de santé non assurés (SSNA) pour des services, des médicaments et de l'équipement qui ne sont pas couverts. Il faut aussi réviser le processus d'obtention d'une approbation préalable pour les services dans le cadre du programme des SSNA. Ce sont là les difficultés auxquelles sont confrontés les enfants avec et sans handicaps ainsi que leurs familles.

Des mesures doivent être mises en oeuvre afin que les services de santé offerts soient adéquats et adaptés à la culture. On devrait faire participer les parents des enfants handicapés des Premières Nations et les parents d'enfants ayant des problèmes de santé de longue durée mais n'ayant pas nécessairement de handicap à la conception des services ainsi qu'à la surveillance de la qualité de ceux-ci. Ces enfants, après tout, comptent parmi les utilisateurs finaux de services qui devraient être accessibles à tous, efficaces et adaptés à la culture. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les gouvernements et les dirigeants des Premières Nations ont un rôle important à jouer dans cet enjeu, tout comme les autorités des Premières Nations responsables de la prestation des services de santé.

Il est de plus nécessaire d'examiner les raisons pour lesquelles les besoins dentaires des enfants handicapés des Premières Nations ne sont pas satisfaits dans une plus grande mesure que chez les autres enfants.

Il est préoccupant d'observer qu'il existe peu d'interventions visant à répondre aux besoins des enfants ayant des troubles de l'apprentissage, souffrant du TDAH ou du SAF/EAF, qu'il y a beaucoup de cas de difficultés de comportement ou émotionnelles chez les enfants handicapés des Premières Nations, que ceux-ci ont en général un rendement scolaire moins élevé que les autres et qu'ils ont plus tendance à redoubler une année scolaire. Il faudrait entreprendre une analyse plus poussée afin d'étudier les liens entre les de longue problèmes durée, les difficultés émotionnelles/comportementales et les difficultés scolaires.

Il est nécessaire de mettre sur pied des services de soutien comportemental efficaces et respectueux ainsi que des stratégies éducatives et des systèmes de soutien efficaces pour les élèves, les professeurs et les familles. Ces types de ressources peuvent aider les enfants aux prises avec des troubles cognitifs, émotionnels ou autres - ainsi que leurs familles et professeurs - à trouver des moyens de mieux vivre avec ces troubles et de réussir.

Si rien n'est fait pour améliorer l'état de santé global des enfants des Premières Nations et augmenter le faible taux d'interventions pour les problèmes de santé de longue durée de ces enfants, et si rien n'est fait pour s'attaquer aux difficultés éducationnelles et émotionnelles dont il est fait état dans le présent chapitre, les conséquences deviendront plus graves, complexes, difficiles à gérer et le prix à payer sera élevé sur le plan humain et financier pour les générations à venir.

Notes du chapitre 30

Développement social Canada, Vers l'inclusion des personnes handicapées, 2004 (Ottawa, Ont.: Développement social Canada, 2004), p. 9 et note de fin 14.

Statistique Canada, Enquête sur la participation et les limitations d'activités, Profil de l'incapacité au Canada en 2001—Tableaux (Ottawa, Ont.: ministre de l'Industrie, 2002), tableau 9.1.

Statistique Canada, Enquête sur la participation et les limitations d'activités, Profil de l'incapacité au Canada en 2001—Tableaux, tableau 10.1.

MedicineNet.com, Asthma [en ligne]. Consulté le 29 septembre 2005. Dans le Web (en anglais seulement): http://www.medicinenet.com/asthma/article.htm.
 MedicineNet.com, Allerzy (en ligne]. Consulté le 5 octobre 2005. Dans le Web (en anglais

seulement): https://www.medicinenet.com/allergy/article.htm
<a href="https://www.medicinenet.com/allergy/article.h

Web (en anglais seulement) : http://www.medicinenet.com/bronchitis/article.htm.

7. MedicineNet.com, *Otitis Media* [en ligne]. Consulté le 5 octobre 2005. Dans le Web (en

anglais seulement): http://www.medicinenet.com/otitis_media/article.htm>
http://www.medicinenet.com/otitis_media/article.htm
<a href="ht

^{8.} H. Kramer et D. W. McCullough, "The prevalence of oftits media with effusion among must children," International Journal of Circumpolar Health [en ligne]. 1998, vol. 57, supplement 1 [consulté le 5 octobre 2005], p. 265-267. Dans le Web (en anglais seulement): http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10093287&dopt=Abstract.

MedicineNet.com, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)(ADD) [en ligne]. Consulté le 5 octobre 2005. Dans le Web (en anglais seulement): http://www.medicinenet.com/attention_deficit_hyperactivity_disorder_adhd/article.htm.

MedicineNet.com, Learning Disability [en ligne]. Consulté le 5 octobre 2005. Dans le Web (en anglais seulement): http://www.medicinenet.com/learning_disability/article.htm.
 LDOnline, Attention Deficit Disorder and Learning Disability: United States, 1997-1998

LDOnline, Attention Deficit Disorder and Learning Disability: United States, 1997-1998 (Summary) [en ligne]. Consulté le 5 octobre 2005. Dans le Web (en anglais seulement): http://www.ldonline.org/ld_indepth/add_adhd/add_ld_1997_1998.html.

National Resource Centre on AD/HD, Statistical Prevalence [en ligne]. Consulté le 5 octobre 2005. Dans le Web (en anglais seulement): http://www.help4adhd.org/en/about/statistics>.
 MedicineNet.com, Fetal Alcohol Syndrome [en ligne]. Consulté le 5 octobre 2005. Dans le

MedicineNet.com, Fetal Alcohol Syndrome [en ligne]. Consulté le 5 octobre 2005. Dans l' Web (en anglais seulement): http://www.medicinenet.com/fetal_alcohol_syndrome/article.htm>.

Chapitre 31

Blessures

Résumé

Au Canada, les blessures sont la principale cause de décès d'enfants. L'édition 2002-2003 de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) révèle que les enfants des Premières Nations sont plus susceptibles que les enfants canadiens en général de subir divers types de blessures. Les causes de blessures les plus courantes sont les chutes, les accidents de sport et les accidents de vélo. Les enfants plus âgés et ceux qui sont plus actifs physiquement sont plus à risque, mais les différences entre les sexes sont minimes. Les blessures chez les enfants ne peuvent pas non plus être reliées à des caractéristiques propres à la famille ou à la communauté; la seule exception serait que les enfants dont les parents ont fréquenté un pensionnat indien se blesseraient davantage. Il reste à savoir si cela reflète la façon dont les enfants sont élevés, ou si la fréquentation du pensionnat indien est un substitut de quelque autre variable comme l'emplacement géographique. Puisque certains types de blessures sont plus courants à des âges précis, les interventions de réduction des blessures chez les enfants devront être bien ciblées. Il faudra, à cet effet, une concertation des différents secteurs de la communauté : parents et familles, écoles, services récréatifs et centres de santé.

Introduction

Parmi les problèmes de santé publique auxquels font face les Premières Nations aujourd'hui, les blessures sont sans doute le moins reconnu. Bien que leur taux soit moins élevé pendant l'enfance que plus tard, les blessures sont néanmoins la principale cause de décès des enfants. 1,2,3 Les accidents de véhicules motorisés, les noyades et les incendies sont parmi les causes de mortalité les plus courantes chez les enfants; les autres types de blessure (chute, brûlure ou empoisonnement accidentel) peuvent nécessiter des soins médicaux ou une hospitalisation. Une enquête récente menée en Alberta démontre que 84 % des enfants de moins de 10 ans ont subi une blessure nécessitant des soins médicaux et 73 % au moins deux. Elle révèle aussi que chez les Premières Nations, les enfants de moins de 10 ans ont 71 % plus de chances de subir quatre blessures ou plus exigeant des soins médicaux.⁴ Défigurement, infirmité, problèmes affectifs et retard du développement sont les principales séquelles des blessures accidentelles, dont un grand nombre pourrait être évité.

Les blessures impliquent des interactions complexes entre divers facteurs. Des enquêtes sur la population en général révèlent que les blessures d'enfance sont en lien avec le niveau de scolarité des parents, le statut socio-économique et la maladie mentale. Le milieu social a aussi un rôle à jouer. Des améliorations notables du taux de blessures chez les enfants ont été constatées à la suite de règlements régissant les vêtements, lits, marchettes et sièges d'auto des petits. Le nombre de blessures chez les enfants des Premières Nations demeure cependant inconcevablement élevé. Ce chapitre présente de l'information sur la nature et les causes des blessures chez les enfants des Premières Nations et sur quelques-uns des facteurs qui y sont associés.

Méthodes d'interprétation

L'ERS considère les blessures sous trois angles: nature, cause et alcool. Dans la première partie du questionnaire, les parents devaient dire si, l'année précédant l'enquête, l'enfant avait eu besoin de soins médicaux ou subi une blessure – coupure grave, entorse, fracture ou commotion cérébrale. La réponse à chaque question devait être « oui » ou « non », les chiffres obtenus révèlent donc *combien d'enfants ont subi* un type particulier de blessure, plutôt que le nombre total des blessures. Les différents types de blessures ne s'excluent pas mutuellement et les enfants peuvent en avoir subi plus d'une au cours de l'année.

La deuxième partie concernait les *causes* des blessures : chute, collision, sports, etc. Encore là, les réponses devaient être « oui » ou « non ».

Un troisième ensemble concernait la présence d'alcool dans tous les cas de blessure subie. L'organisation des questions a obligé les chercheurs à faire des hypothèses à l'analyse de cette partie. Beaucoup de gens ont refusé de répondre aux questions sur l'alcool, sans doute par crainte de la

stigmatisation de l'alcoolisme, surtout lorsqu'une blessure liée à l'alcool visait un enfant. Bref, les chiffres évaluant la présence d'alcool ne peuvent servir que d'estimations.

Résultats

Types et causes des blessures

On constate que 17,5 % des enfants considérés dans l'ERS ont subi, durant la dernière année, au moins une blessure assez grave pour nécessiter des soins médicaux. Une enquête antérieure indiquait que le taux de blessures chez les enfants autochtones vivant hors réserve est près de la moyenne canadienne 5,6 mais les résultats de l'ERS révèlent que ces taux sont beaucoup plus élevés chez les enfants vivant dans les communautés des Premières Nations.

Tableau 1. Proportion d'enfants autochtones ayant subi, au cours de l'année précédant l'enquête, des blessures assez graves pour exiger des soins médicaux et comparaison avec la population générale

Premières Nations des réserves (ERS 2002-03)	Autochtones vivant hors réserve (2000-01)	Canadiens en général (2000-01)
17,5 %	12 %	10 %

Sources : ERS et Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes⁷

* Même formulation des questions et mêmes âges des groupes tout au long de ces enquêtes

Les blessures les plus fréquemment rapportées par les enfants des Premières Nations sont les fractures, les coupures graves, les éraflures, les entorses et les foulures graves. Le profil est identique chez les enfants canadiens en général. Les enfants des Premières nations subissent donc le même type de blessures que les autres, mais à des taux plus élevés.

Tableau 2. Proportion des enfants par rapport au type de blessures qu'ils ont subies (n = 6 654)

Nature de la blessure	pourcentage des enfants	
Coupure grave, éraflure, entorse	9,8 %	
Fracture	4,0 %	
Foulure grave	3,0 %	
Traumatisme dentaire	2,5 %	
Brûlure, ébouillantement	2,3 %	
Commotion cérébrale	0,9 %	
Luxation	0,7 %	

Les causes de blessures le plus souvent mentionnées sont, dans l'ordre : chutes et faux pas, accidents de bicyclettes et blessures de sport. Pour presque aucune de ces blessures, un lien avec l'alcool n'a été déclaré.

Blessures et caractéristiques personnelles

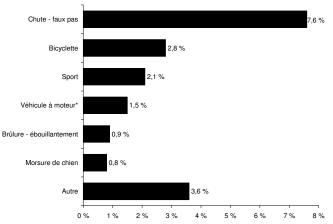
Certains enfants risquent peut-être davantage de se blesser en raison de leur âge, leur sexe, ou leurs activités quotidiennes.

ⁱ Pour simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour les estimations portant sur l'ensemble des enfants, et dont le coefficient de variation est de plus de 33,3 %. Une annexe statistique montrant les intervalles de confiance pour tous les chiffres figure à www.naho.ca/fnc/rhs.

Fait intéressant, l'ERS révèle une différence notable des taux de blessure entre les sexes chez les adolescents et les adultes, mais pas chez les enfants. Ces résultats contredisent des études antérieures sur les enfants canadiens en général, qui indiquaient plutôt des taux plus élevés chez les garçons.

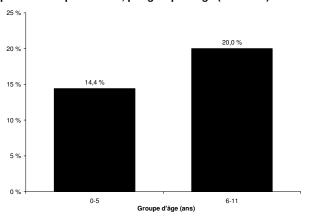
Cependant, les résultats de l'ERS démontrent bien que les taux de blessures varient selon l'âge, les enfants plus âgés étant plus sujets aux blessures (figure 2). iii On ne peut toutefois analyser des types précis de blessures d'enfance en fonction de l'âge étant donné la petite taille de l'échantillon. Toutefois, des études pancanadiennes indiquent que le risque de blessure comme les fractures augmente à mesure que les enfants vieillissent, alors que celui d'ébouillantement diminue. 10

Figure 1. Proportion des enfants présentant différentes causes de blessures (n = 6 657)



^{* «} Véhicules à moteur » comprend automobiles, camions, véhicules tout-terrain, motoneiges et collisions entre véhicules à moteur et bicyclettes ou piétons.

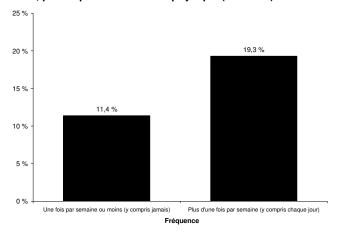
Figure 2. Proportion des enfants ayant subi une blessure ou plus l'année précédente, par groupe d'âge (n = 6 657)



ii Les comparaisons entre les groupes présentées dans ce chapitre sont toutes significatives à moins que les lettres « NS » — non significative — apparaissent entre parenthèses. Les évaluations sont jugées significativement différentes si les intervalles de confiance ne se chevauchent pas (coefficient de confiance de 95 %).

Puisque les accidents liés aux sports et à la bicyclette sont parmi les causes de blessures d'enfance le plus souvent mentionnées, il n'est pas étonnant de constater que les taux de blessure varient selon le degré d'activité de l'enfant. Ceux qui font de l'activité physique plus d'une fois par semaine sont bien plus susceptibles de faire état d'une blessure que ceux qui en font une fois ou moins (19,3 % contre 11,4 %).

Figure 3. Proportion des enfants blessés durant la dernière année, par fréquence d'activités physique (n = 6 405)



Blessures et caractéristiques familiales

On pourrait s'attendre à ce que des caractéristiques familiales – lieu où vit l'enfant, taille du ménage et revenus ou niveau de scolarité des parents – aient une incidence sur les taux de blessure, mais les résultats de l'ERS ne révèlent que de minces différences liées à ces facteurs. On n'a constaté aucune différence statistique importante entre les taux de blessure des enfants vivant avec leurs parents biologiques et ceux vivant dans une autre famille; aucune selon le revenu du ménage et aucune selon le nombre d'enfants (« moins de six » par rapport à « six ou plus »). Curieusement, on n'a pas non plus constaté de lien significatif entre le taux de blessures et la manière dont l'enfant s'entendait avec sa famille durant les six mois.

Les résultats relatifs au niveau de scolarité des parents sont intéressants. D'un côté, il n'y a pas de lien significatif entre le niveau de scolarité de la mère ou du père et le taux de blessures de l'enfant. D'un autre côté, le taux de blessures semble bel et bien relié à la fréquentation d'un pensionnat indien par la mère ou le père. Voici quelques explications possibles. Tout d'abord, les pensionnats indiens sont accusés d'avoir produit des parents ayant peu de compétences parentales. Cette inaptitude se transmet peut-être dans le milieu familial et dans les méthodes de surveillance, ce qui aurait une incidence sur le taux de blessures de l'enfant. Ou alors, la fréquentation d'un pensionnat indien peut servir d'indicateur approximatif d'un autre facteur de risque de

iii La différence entre les enfants du niveau préscolaire et ceux de six ans et plus n'est pas statistiquement significative si les tout petits sont exclus de l'analyse (le taux de blessures chez eux étant très bas).

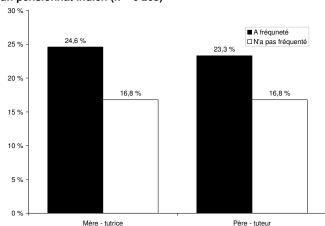
iv Ces résultats indiquent peut-être simplement le peu de variation dans les réponses à la question. En effet, 93 % de *tous* les parents déclarent que leurs enfants s'entendent bien avec la famille. L'utilité de ce point en tant que variable explicative d'autres comportements ou incidents s'en trouve donc réduite.

blessure chez l'enfant : l'âge des parents ou la province de résidence de la famille (le taux de blessures étant plus élevé dans certains territoires ou provinces). 12, 13

Blessures et caractéristiques de la communauté

Bien que certaines caractéristiques des communautés semblent reliées aux taux de blessures chez les *adultes*, ce lien n'est que peu apparent chez les enfants. Les parents vivant dans des communautés semi-isolées sont plus susceptibles que les autres de rapporter des blessures fréquentes chez les enfants. Tout comme pour ceux des adultes en général, les taux de blessure des enfants ne sont nettement liés ni là la taille de la communauté ni à son état de transfert.

Figure 4. Proportion des enfants blessés au cours de la dernière année, par rapport au fait que les parents ont fréquenté ou non un pensionnat indien (n = 6 268)



Causes spécifiques de blessures chez les enfants

Chute

La chute est la cause de blessure le plus rapportée dans l'ERS: Durant l'année, 7.6 % des enfants ont fait une chute nécessitant des soins médicaux. Rien d'étonnant, les chutes sont si communes partout au Canada qu'un enfant de moins de six ans sur douze nécessite des traitements hospitaliers à la suite d'une chute. 14 C'est chez les jeunes enfants qu'elles sont les plus fréquentes; ils tombent surtout à la maison, de poussettes, d'escaliers, de meubles (tables à langer, etc.) ou de marchettes. 15 Chez les enfants plus âgés, sports, arbres ou équipements de terrain de jeux, surtout si le sol au-dessous est dur ou inégal, sont à l'origine des chutes graves. 16 Pour prévenir ces blessures, on doit d'ordinaire aménager les lieux de manière à les rendre plus sûrs (barrières pour bébés ou épaisseur de sable suffisante sous les équipements de terrain de jeux). Les équipements de protection pour les sports peuvent aussi prévenir certaines blessures).

Incidents attribuables à la bicyclette

La bicyclette est la deuxième cause de blessures rapportée dans l'ERS, 2,8 % des enfants ayant fait un accident de bicyclette au cours de l'année antérieure, et un autre 1,1 %, un accident de bicyclette avec un véhicule à moteur. En fait, chez les enfants, la majeure partie des accidents de véhicules à moteur consiste en une collision de véhicule avec une bicyclette. Diverses mesures de préventions peuvent être prises. Le casque aide sensiblement à prévenir les blessures graves et les décès, réduisant de 85 % les risques de blessure à la tête. En Australie, l'obligation légale de le porter a réduit de 59 % les accidents mortels. ¹⁷ Toutefois, lors de collisions entre bicyclette et automobile, le cycliste n'est pas blessé qu'à la tête. C'est pourquoi, pistes cyclables et autres mesures visant à réduire la possibilité de ces collisions sont efficaces. ¹⁸

Accidents de motocyclette

Comme mentionné précédemment, la plupart des blessures causées par des accidents d'automobile sont attribuables à des collisions entre automobile et bicyclette. Une minorité des enfants blessés sont passagers d'automobile. La plupart des autres accidents sont des collisions entre automobile et piéton. Des études menées dans d'autres pays dégagent quelques mesures aidant à réduire ces collisions: l'installation de trottoirs y contribue, les sens uniques les réduisent de 20 % à 50 %. ¹⁹ Abaisser et faire respecter les limites de vitesse y contribue aussi: En Hollande, les mesures de ralentissement de la circulation ont réduit les blessures de 25 %. ²⁰ Les vêtements réfléchissants rendent les piétons visibles à 213 m, les vêtements sombres, à 45 m seulement. ²¹

Conclusion

Les résultats de l'ERS, comme ceux des études antérieures, démontrent que les taux de blessure sont plus élevés chez les enfants des communautés des Premières Nations que chez les autres. Pour prévenir leurs blessures, il faudrait peut-être combiner l'éducation (enfants eux-mêmes, s'ils sont assez vieux, parents, familles et communauté) avec la modification de l'équipement et du milieu pour les rendre plus sécuritaires.

Aujourd'hui, l'efficacité de l'éducation en santé publique ainsi que des mesures législatives, pour prévenir les blessures chez les enfants, est largement démontrée. Par exemple, l'application de la *Flammability Fabrics Act* de 1967 a considérablement réduit les brûlures chez les jeunes enfants, en diminuant la quantité des vêtements de nuit inflammables. Le détecteur de fumée a aussi réduit les brûlures, et l'abaissement de la température des réservoirs d'eau chaude, les ébouillantements. De même, les emballages de produits chimiques et de médicaments à l'épreuve des enfants aident à réduire chez eux le nombre d'empoisonnements accidentels.

Néanmoins, il reste beaucoup à faire pour réduire les taux de blessure chez les enfants des Premières Nations. Il est

important de se rappeler, à l'élaboration des programmes de prévention, que certaines blessures sont typiques à des âges précis. Les interventions doivent donc être bien ciblées. Par exemple, les ébouillantements et les empoisonnements accidentels sont très courants chez les tout petits, alors que les fractures le sont chez les plus vieux. Bébés et jeunes enfants peuvent tomber d'escaliers et de meubles. Les plus vieux sont plus susceptibles de tomber d'équipements de terrain de jeu ou en faisant du sport. Les jeunes enfants se blessant plutôt à la maison, les mesures de prévention ont avantage à viser la famille immédiate et le voisinage de la maison. Les plus vieux se blessent plutôt à l'extérieur. Les mesures visant à prévenir les blessures chez les enfants devraient logiquement s'adresser à divers échelons de la communauté, parents, famille élargie, aînés, services communautaires (écoles, centres récréatifs) police et services de circulation ainsi que centres de santé.

Notes du chapitre 31

- Santé Canada, Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada (Ottawa, Ont.: Santé Canada, 2003).
- Santé Canada, Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada, 1990-1999 (Ottawa, Ont.: Santé Canada, 2001).
- P. McFarlane, Winter 1997, Accidents waiting to be prevented, In Touch, 7, 3 (numéro traitant de la prévention des blessures).
- Ryan Smith, «Injuries to children show definite patterns, study shows», ExpressNews [online]. 1^{et} avril 2004, Université de l'Alberta.
 www.expressnews.ualberta.ca/print.cfm?id=5703>.
- Michael Tjepkema, «Les blessures non mortelles chez les Autochtones» Rapports sur la santé 16, 2 (mars 2005), p. 18.
- Martin Turcotte et John Zhao, «Le bien-être des enfants autochtones vivant hors réserve », Tendances sociales canadiennes (Ottawa, Ont.: Statistique Canada, hiver 2004, nº 11-008 au catalogue), pp. 22-27.
- Tjepkema, « Les blessures non mortelles chez les Autochtones », Rapports sur la santé, pp. 9-22.
- Barry Pless et Wayne Millar, Unintentional Injuries in Childhood: results from Canadian Health Surveys [en ligne]. [Ottawa, Ont.]: Agence de santé publique du Canada, 2000. Réf. de septembre 2005. www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/unintentional_e.pdf>.
- 10. Ibid
- Madeleine Dion-Stout and Greg Kipling, Aboriginal People, Resilience, and the Residential School Legacy (Ottawa, Ont.: Aboriginal Healing Foundation, 2003), pp. 33-34.
- Pless and Millar, Unintentional Injuries in Childhood: Results from Canadian Health Surveys [en liene].
- Statistique Canada, Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996/97 (Ottawa, Ont.: Statistique Canada, 1998), p. 3.
 Gordon Trueblood, Prevention of Falls and Fall-Related Injuries among First Nations and
- Gordon Trueblood, Prevention of Falls and Fall-Related Injuries among First Nations and Inuit, ébauche (Ottawa, Ont.: La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, 2002).
- 15. Ibid.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Prévenons les blessures chez nos enfants: guide à l'intention des intervenants (Montréal, Qué.: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001).
- 18. Ibi
- 19. R. Kroplauch et K. Crigler, « Model Pedestrian Safety Program User's Guide Supplement » (McLean, Va.: Federal Highway Administration, 1987) comme cité dans Prévenons les blessures chez nos enfants: guide à l'intention des intervenants par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et al. (Montreal, Qué.: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001).
- T. Hummel, « Dutch Pedestrian Safety Research Review », comme cité dans Prévenons les blessures chez nos enfants: guide à l'intention des intervenants par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et al. (Montréal, Qué.: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001).
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants.

Chapitre 32

Besoins de traitements dentaires et utilisation des services dentaires

Résumé

Ce chapitre décrit les besoins et l'utilisation de soins dentaires chez les enfants de 0 à 11 ans d'après l'édition 2002-2003 de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS). Les données ont été recueillies au moyen d'interviews par personne interposée (parent ou tuteur). Dans l'ensemble, 69,1 % des enfants ont été traités durant l'année écoulée. Les soins dentaires reçus durant cette période ont été mis en parallèle avec l'âge de l'enfant et la scolarité des parents. Les enfants de cette cohorte reçoivent leur premier plombage à un an et ils ont autant besoin de plombages que les enfants d'âge scolaire. Vingt-neuf pour cent des 3 à 5 ans avaient la carie du biberon et de ce nombre, 67 % étaient traités. La carie du biberon a été reliée à l'alimentation et à l'usage de médicaments. La probabilité d'en souffrir est inversement proportionnelle au niveau de scolarité des parents et au revenu du ménage. Elle a également été reliée à l'isolement géographique. La prévalence globale des traumatismes dentaires était de 2,5 %. Malgré les contraintes géographiques, les enfants des Premières Nations utilisent beaucoup les services dentaires. Cependant, l'apparition hâtive des maladies buccales et la croissance des besoins de traitement exige que l'on fasse davantage de prévention et de promotion.

Note: Pour des questions d'espace, tous les tableaux se trouvent à la fin du chapitre.

Introduction

Le fléau de la carie dentaire chez les enfants des Premières Nations

Actuellement, les disparités de santé générale et buccale entre les Canadiens des Premières Nations et les autres sont profondes et persistantes. Leurs causes sont complexes et liées à divers facteurs, influencés par les conditions socio-économiques dans les communautés des Premières Nations et aggravés, pour les communautés isolées dans le Nord, par des barrières géographiques réduisant leur accès aux services de santé et services dentaires. Les données du recensement de 2001 montrent que la population des Premières Nations croît à un taux de 3 % par année; plus que le double du taux canadien. Elle est donc plus jeune en moyenne que le reste de la population canadienne, sa proportion d'enfants de moins de cinq ans étant de 70 % supérieure.

La carie dentaire est l'un des maux chroniques les plus courants chez les enfants des Premières Nations. Des études menées dans les années 1970¹⁰ et 1980^{11, 12} révèlent que la carie dentaire chez les enfants d'âge scolaire des Premières Nations vivant dans les réserves prévaut de 30 % à 98 %, taux à peu près constant durant les années 1990 (60 à 96 %). Toutefois, au cours de la même période, sa fréquence et sa gravité pour la première dentition ont pris des proportions alarmantes. ¹⁷⁻³² La carie des dents de lait commence dès leur apparition. Elle peut progresser plus vite et être plus néfaste que celle des dents permanentes.³³ Cette forme de carie dévastatrice est souvent appelée carie du biberon (CB), mais chez les professionnels de la santé on l'appelle plutôt carie de la petite enfance (CPE).³⁴ Parmi les enfants canadiens de moins de cinq ans, la CB ou CPE touche un nombre beaucoup trop élevé d'Autochtones, Inuit et Métis. Elle est la cause principale des disparités en santé entre les enfants autochtones et les autres. Avant cette enquête, aucun chiffre à l'échelle nationale n'établissait l'étendue de la carie de la première dentition chez les enfants de moins de cinq ans. Des études locales à North York³⁵, en Ontario révèlent que moins de 11 % des enfants entrant à la maternelle ont des caries visibles non traitées, alors qu'environ $78\%^{36}$ à $87,5\%^{37}$ des enfants autochtones canadiens âgés de 60 mois en ont déjà eu. Selon les études menées après l'année 2000 auprès de communautés des Premières Nations, la gravité des caries de la première dentition, exprimée par le nombre moyen de dents cariées, manquantes ou obturées par personne (indice DCMO), varie de 10 à 13,7 pour les enfants de 3 à 5 ans dans le Nord-Ouest de l'Ontario³⁸ et le Nord du Manitoba³⁹, mais il est moins élevé dans les communautés du sud de l'Ontario (3,5 pour les 3 ans et 4,8 pour les 5 ans).⁴⁰

En dépit de sa prévalence, la CPE peut être évitée; traditionnellement, son étiologie l'associe aux méthodes

d'alimentation des bébés et des tout petits, et on l'appelle souvent la carie du biberon. Ce nom souligne la cause principalement alimentaire du mal : l'usage prolongé et à volonté du biberon rempli d'une boisson contenant du sucre, surtout le soir ou à la sieste. S'il ne fait pratiquement aucun doute que l'ajout de sucre au contenu du biberon prédispose grandement l'enfant à la CPE, le premier rapport sur la santé buccale du *Surgeon General* des États-Unis révèle que sexe, âge, revenus et groupe ethnique sont d'autres facteurs déterminants de santé buccale. 45

De récentes études sur l'étiologie de la CPE utilisent un modèle de maladie infectieuse pour expliquer le lien entre l'état de santé buccale du jeune enfant et celui des principaux responsables de ses soins. 46 L'allaitement au sein et le partage de cuillères et de sucettes multiplient les risques de transmission orale verticale de bactéries, de la mère à l'enfant. Toutefois, les données de la littérature ne montrent pas un lien fort et constant entre le recours prolongé à l'allaitement au sein⁴⁷ ou à la sucette⁴⁸ et le développement de la CPE. Les facteurs permettant le plus assurément de prévoir la CPE parmi les populations des Premières Nations demeurent le recours prolongé au biberon et au gobelet à bec, remplis de boissons contenant du sucre, ainsi que les très nombreuses collations sucrées par jour. 49,50,51 Une étude dans les réserves des Premières Nations de la zone de Sioux Lookout au Nord-Ouest de l'Ontario révèle que les biberons de lait condensé et de boissons sucrées sont utilisés tant le jour que la nuit, non seulement pour nourrir l'enfant, mais aussi pour l'apaiser.⁵² Elle révèle en outre que les connaissances des responsables de soins à l'enfant en matière de santé buccale ne sont pas en lien avec la CPE, mais que l'état de santé buccale de celui qui prend soin de l'enfant (nombre de dents naturelles), l'usage régulier de services dentaires et le nombre d'enfants dans le ménage sont des facteurs importants de la santé buccale de l'enfant. De plus, la bonne hygiène buccale et un examen dentaire préventif de l'enfant, avant ou à un an, diminuent le risque de CPE.⁵³

Soins dentaires de l'enfant dans les communautés éloignées

Le traitement de la CPE peut être onéreux si le mal n'est pas détecté et soigné tôt. Le fort taux d'échec de la restauration préventive à la résine (obturation prenant la couleur des dents) ou par amalgames (« plombages en argent ») pour ce groupe d'âge ne laisse guère le choix d'utiliser un traitement plus agressif, les couronnes en acier inoxydable et l'extraction des dents sous anesthésie générale (AG) ou sous sédation consciente. Puisque bon nombre d'enfants des Premières Nations souffrant de ce mal vivent dans des communautés isolées, on doit soit les envoyer par avion à un hôpital urbain ou faire venir à la communauté des dentistes qui procèdent parfois par sédation orale pour faciliter le traitement des jeunes patients. En fait, c'est d'ordinaire plus rentable d'utiliser l'AG que l'oxyde de diazote ou la sédation buccale, surtout si l'enfant nécessite plus de trois traitements sous sédation consciente.⁵⁴ Cependant, traiter les enfants à

l'hôpital sous AG coûte passablement plus cher et la réduction du risque de carie n'est pas garantie. 55,56

Une analyse rétrospective des fiches dentaires de 884 enfants de un à six ans des Premières Nations du Manitoba, traités entre 1980 et 1988 pour la CPE estime à 3 067 \$ CND par enfant le coût moyen assumé par Santé Canada pour le traitement dentaire sous AG.⁵⁷ Environ les deux tiers de ce coût vont aux services hospitaliers, au transport et à l'hébergement, et seulement un tiers aux frais dentaires. Aux É-U, tous aspects de traitement considérés (salle d'opération (SO) et coûts de transport compris), le coût estimé du traitement sous AG de la CPE par enfant, autochtone ou non-autochtone inscrit aux programmes *Head Start* (aide préscolaire) était de 2 003 \$ -3 083 \$ U.S en l'Alaska.⁵⁸Au Mississippi, le même programme (SO et soins dentaires seulement) coûte 2 141,45 \$ U.S. par enfant autochtone Choctaw.

Les services dentaires aux communautés des Premières Nations éloignées sont offerts depuis 30 ans, à la suite du partenariat contractuel établi entre Santé Canada et la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto qui, ensemble, ont fondé l'École nationale de thérapie dentaire (ÉNTD) à Fort Smith, T.N.-O., dont les finissants vont travailler dans les régions éloignées. 60 En 1983 l'école déménage à Prince Albert en Saskatchewan. Dorénavant, c'est le Collège de la Fédération des Indiens de la Saskatchewan (CFIS) en collaboration avec le département de dentisterie de l'Université de la Saskatchewan (University of Saskatchewan's College of Dentistry) qui administrent le programme. L'ÉNTD vise à former les étudiants en thérapie dentaire à la prestation de soins bucco-dentaires de base : plombage, extraction, soins préventifs et promotion de la santé dentaire. Les thérapeutes dentaires sont embauchés conjointement par les gouvernements fédéral et provincial pour fournir des services aux communautés rurales et éloignées. Actuellement, ils ne sont accrédités qu'en Saskatchewan, aux Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et dans quelques secteurs éloignés du Nord de la Colombie-Britannique. L'accès aux dentistes et hygiénistes dentaires est fourni dans le cadre du programme de Soins de santé non assurés (SSNA) de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada. Le programme SSNA assure des soins à environ 749 825 Indiens inscrits (ainsi qu'aux Inuit inscrits) au Canada offrant de nombreux soins de santé non compris dans les programmes provinciaux et territoriaux.⁶¹ En 2003-2004, les frais dentaires totalisaient 13.5 millions. ou 18,3 % des dépenses totales (736,9 millions de dollars) du programme des SSNA. De tous les bénéficiaires de soins dentaires, 29 % étaient des enfants de moins de 15 ans et 8 % avaient quatre ans ou moins.

Liens entre santé buccale, santé générale et qualité de vie de l'enfant

Les répercussions de la CPE sont énormes non seulement sur les frais assumés par les parents et les organismes fédéraux et

provinciaux, mais aussi sur les risques reliés à la santé et au bien-être de l'enfant atteint. Des enquêtes médicales et tests cliniques sur le xylitol (substitut du sucre) indiquent une possibilité de lien entre la CPE et un accroissement des épisodes de maladies infectieuses, surtout la pneumonie récurrente, l'amygdalite et l'otite moyenne. 63,64 L'asthme ainsi que l'insuffisance pondérale à la naissance sont aussi associés à un risque accru de CPE. 65-67 Récemment, l'obésité infantile a été associée à des taux élevés de carie dentaire⁶⁸. L'obésité est associée à un large éventail de comorbidités, dont le diabète de type II prévalent chez les adultes et les enfants autochtones. 69,70 On sait que les personnes obèses ou faisant de l'embonpoint ont une mauvaise alimentation, surtout, qu'elles consomment trop de sucre. Puisque l'alimentation a une incidence majeure sur la carie dentaire, il est important d'établir quelle portion de la population des enfants des Premières Nations est susceptible d'être obèse, et quelle proportion risque de connaître un taux accru de carie dentaire. La confirmation de ces associations aurait d'importantes répercussions sur les mesures préventives visant à améliorer la santé buccale des jeunes enfants des Premières Nations.

Comme la CPE entraîne toute une série de conséquences néfastes, ce mal et son traitement ont probablement aussi une incidence sur la qualité de vie générale de ceux qui en souffrent. En plus de subir des périodes répétées de douleurs orales et des problèmes de mastication, d'alimentation et d'insomnie, les enfants atteints de CPE ont une faible estime de soi (mauvaise apparence); de tels facteurs peuvent nuire à leur développement. Trop souvent, en raison d'abcès dentaires, on extrait les dents infectées d'enfants des Premières Nations dès qu'ils ont 12 mois. Pendant que ces enfants développent toutes leurs dents de lait, leur problème dentaire devient si grave qu'on doit pratiquer une réhabilitation de toute la bouche (obturations et extractions) sous AG ou forte sédation, les enfants de cet âge ne pouvant tout simplement pas supporter ces interventions. Ce sont des mesures palliatives qui ne préviennent pas le mal. Parallèlement, le stress psychologique créé par ces traitements peut bouleverser l'enfant et la famille qui y sont soumis. Cependant, des études auprès de populations homogènes, non autochtones, cumulent des données statistiquement significatives reliant la CPE à un retard de croissance. À la suite d'un traitement réussi de la CPE, on constate chez l'enfant une légère augmentation de masse. 71-73 Les soins dentaires des enfants d'âge préscolaire sous anesthésie générale, malgré le risque de létalité, sont bien acceptés par les parents, qui estiment qu'ils ont un bon effet sur leurs enfants.74-77 Le soulagement de la douleur est le principal facteur permettant aux parents d'apprécier la valeur du traitement, qui a amélioré la qualité de vie de leurs enfants.78

Blessures dentaires : problème en émergence

Ces dernières années, on a reconnu les blessures des enfants canadiens comme une cause majeure de leur hospitalisation et de leur mortalité. Afin de s'attaquer à ce problème, Santé Canada a créé en 1997, par l'entremise du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), une base de données exhaustive sur les circonstances et l'incidence de ces blessures.⁷⁹ Ces données servent à élaborer des programmes d'intervention et à en évaluer les résultats. On estime que 90 % des blessures des enfants sont évitables. Les données sur les enfants et les ieunes Canadiens de 19 ans et moins révèlent que les adolescents subissent plus de blessures dues aux sports que les enfants. Les jeunes enfants se blessent plus souvent à la maison que les plus vieux et les adolescents. Fait très important, les blessures à la tête et au cou, région du visage, de la bouche et intrabuccale comprises, représentent les deux tiers de ces blessures.80

Les données épidémiologiques du monde entier indiquent qu'environ un tiers des enfants de cinq ans et moins ont subi une blessure traumatique aux dents de lait, très souvent une luxation (par exemple, une dislocation). Ces blessures surviennent le plus souvent chez les enfants de deux à trois ans lorsqu'ils commencent à se déplacer plus facilement seuls et que leur coordination motrice est en formation. Les blessures à la dentition permanente surviennent le plus souvent chez les enfants de 9 à 10 ans, quand ils sont engagés activement dans des sports ou des jeux énergiques. Les garçons ont plus que les filles tendance à subir des traumatismes à leurs dents permanentes, par contre, il ne semble pas y avoir de différence entre les sexes à l'âge de la première dentition.

Analyse et interprétation des données

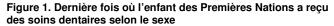
L'analyse et la méthode utilisées pour interpréter les données sont fondées sur le cadre culturel de l'ERS. 84 Ce cadre tient compte de la personne totale, de sa santé totale et de l'environnement total.85 Alors, les données sur la santé dentaire et sur les soins sont mis en rapport avec la conception particulière qu'ont les Premières Nations de leur santé. De cette conception, trois aspects ressortent particulièrement : d'abord, le souhait que les personnes de la communauté ne soient pas malades, ensuite que la communauté soit capable de fournir les services de santé à tous ses membres et enfin l'importance de la santé buccale comme partie intégrante de la santé générale et du bien-être. Cette définition globale de la santé détermine le cadre de sélection des variables utilisées dans l'analyse. Plus précisément, les variables dépendantes sont dérivées de questions sur la dernière fois où l'enfant a obtenu des soins dentaires, le type de traitement nécessité et la CPE actuelle ou antérieure chez l'enfant. Si l'enfant avait une CPE, on demandait s'il avait déjà recu un traitement pour la contrer. Autre variable dépendante de l'analyse : le fait d'une blessure physique, y compris dentaire, survenue durant les 12 derniers mois et ayant nécessité des soins médicaux.

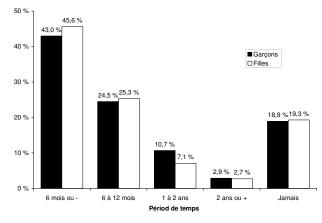
L'enquête comprenait aussi certaines questions procurant des renseignements généraux sur le participant : son ménage, la communauté où vit l'enfant, le rôle de la culture traditionnelle dans sa vie, sa santé générale, la fréquence de ses blessures, son régime alimentaire, les dispositions de soins de l'enfant et son éducation. Le choix des variables indépendantes a été déterminé en fonction de ces facteurs généraux afin de respecter la vision holistique qu'ont les Premières Nations de la santé, dont tous les aspects sont reliés entre eux et avec l'environnement total. 86

Résultats

Utilisation des soins dentaires

Le fait d'avoir vu un fournisseur de soins dentaires au cours de la dernière année est l'indicateur traditionnellement utilisé pour mesurer l'accès aux services dentaires professionnels dans des communautés données ou parmi des cohortes particulières. Dans l'ERS sur les enfants de 2002-2003, on a demandé au parent ou au gardien à quel moment l'enfant avait reçu des soins dentaires pour la dernière fois. Les possibilités de réponses étaient : dans les 6 derniers mois, il y a 6 mois à un an, il y a un à 2 ans, il y a plus de 2 ans, jamais. Les réponses pondérées selon la population correspondante sont 44,2 %, 24,9 %, 9,0 %, 2,8 % et 19,1 %. Ces résultats indiquent que 69,1 % des enfants des Premières Nations ont reçu une forme de soins dentaires au cours de la dernière année, sans différence apparente selon le sexe (figure 1). Toutefois, à l'analyse par groupe d'âge des résultats de ces questions, il ressort que ce sont les enfants d'âge scolaire qui sont le plus susceptibles d'avoir reçu des soins dentaires durant la dernière année, suivis par ceux d'âge préscolaire. Les soins dentaires des bébés et des tout petits sont presque inexistants, même s'ils sont du groupe risquant le plus de souffrir de la CPE (figure 2).





¹ Pour simplifier le texte, les limites de confiance ne sont données que pour les estimations portant sur l'ensemble des adultes et dont le coefficient de variation est de plus de 33.3%. Une annexe statistique montrant les intervalles de confiance pour tous les chiffres figure à www.naho.ca/fnc/rhs

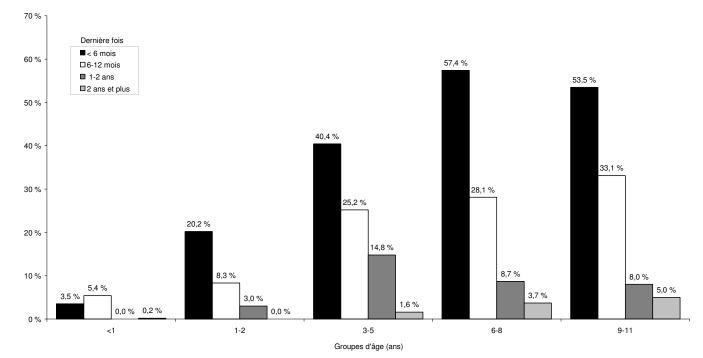


Figure 2. Dernière fois où l'enfant des Premières Nations a reçu des soins par groupe d'âge

Le tableau 1 examine le lien, par groupe d'âge, entre les soins dentaires reçus par les enfants au cours de la dernière année et les caractéristiques des familles et communautés choisies. Le niveau de scolarité de la mère, facteur qu'on reconnaît déterminer grandement l'usage des services dentaires, joue un rôle significatif dans le fait que l'enfant a reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente. Si on ne considère pas la catégorie « diplôme universitaire » (la proportion des adultes des Premières Nations détenant un diplôme universitaire est de 5,0 %, contre 16,8 % pour l'ensemble des Canadiens)⁸⁶, on constate que la proportion d'enfants ayant reçu des soins dentaires durant l'année précédente, en fonction du niveau de scolarité de la mère, est beaucoup plus grande chez les enfants de 9 à 11 ans. Autrement dit, plus le niveau de scolarité de la mère est élevé, plus l'enfant de cet âge est susceptible d'avoir vu un fournisseur de soins dentaires au cours de l'année précédente.

Contrairement aux attentes, pour ces cohortes d'âge, les soins dentaires ne varient pas selon les revenus du ménage (tableau 1). D'ordinaire, les personnes à faibles revenus utilisent moins les services dentaires que les autres, surtout pour des soins préventifs. Toutefois, puisque de 90 à 100 % des services dentaires pour les enfants sont remboursés par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit de Santé Canada et que les programmes de financement fédéraux des soins de santé des enfants demeurent une priorité, les familles des catégories de revenus les plus faibles ont tendance à utiliser ces services autant que les autres.

Il y a peu de différence entre les enfants d'âge préscolaire et ceux d'âge scolaire vivant dans de petites, moyennes ou grandes communautés quant aux soins dentaires reçus au cours de la dernière année (tableau 1). Ce fait s'explique partiellement par les initiatives de soins dentaires aux enfants subventionnées par Santé Canada, qui ont amélioré leur accès dans bien des communautés. Néanmoins, les programmes n'ont pas résolu l'éternel problème à atteindre les communautés les plus isolées. De même, l'état du transfert de compétences en matière de santé à la communauté n'a pas pour ces groupes d'âge d'incidence différentielle sur l'utilisation des soins dentaires (tableau 1). Ce résultat indique que les communautés qui ont entrepris un processus de transfert en matière de santé jouissent déjà d'un système de santé très élaboré (soins dentaires compris) par rapport aux communautés qui n'ont pas établi de transfert.

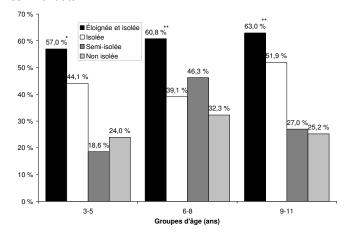
Besoins de traitements dentaires

On a obtenu en tout 6 286 réponses pour l'analyse des besoins de traitements dentaires. Les types de traitement le plus fréquemment mentionnés pour les enfants sont l'entretien – nettoyage et examens – (42,7 %), suivi des obturations ou des couronnes (26,9 %), des extractions (7,0 %), puis des traitements au fluorure 12,4 % et de ceux d'orthodontie 5,2 %. Ces données concordent bien avec le peu de perte de dents et d'affections gingivales auquel on s'attend à cet âge. Les soins dentaires d'urgence (par exemple, pour les douleurs aiguës) sont rapportés pour 2,0 % de la population.

Quant aux besoins de divers types de traitements dentaires par groupe d'âge et de sexe, les enfants les plus vieux en ont généralement un plus grand besoin que les plus jeunes, mais il n'y a pas de différence entre garçons et filles (tableau 2). Il est à noter que parallèlement au traitement d'orthodontie, qui commence d'ordinaire à 11 ou 12 ans, le même nombre d'enfants de trois à cinq ans nécessite des obturations ou des extractions. Ces résultats montrent la forte incidence de CPE chez les enfants d'âge préscolaire des Premières Nations.

La figure 3 montre que le besoin d'obturation dentaire par groupe d'âge scolaire est directement lié au degré d'isolement de la communauté. Il est difficile pour les communautés éloignées ou isolées d'attirer et de garder des dentistes qui pourraient fournir des soins analeptiques. Les coûts de la prestation de ces services, qui exigent soit d'envoyer les enfants par avion à un centre de soins tertiaires, soit de faire venir des équipes de dentistes et d'hygiénistes ou de thérapeutes dans les communautés, sont très élevés et représentent un fardeau pour le système de santé. ⁹⁰ De plus, ces services ne satisfont pas toujours aux besoins des requérants.

Figure 3. Besoin d'obturation dentaire des enfants des Premières Nations par groupe d'âge et selon l'isolement de la communauté



Test du chi carré; *p=0.019, **p<0.001

Biberon et carie dentaire

Cette section présente les résultats obtenus pour les questions sur la carie du biberon, ou carie de la petite enfance (CPE). Parmi les 2 837 enfants de cinq ans et moins visés par l'étude, 11,9 % de ceux de moins de trois ans sont atteints de CPE. Un peu plus d'un quart (29,4 %) de ceux de trois à cinq ans, en souffrent (tableau 3).

Malgré sa prévalence, la CPE peut être évitée, grâce à une bonne hygiène buccale et une alimentation équilibrée et nutritive. On n'est pas étonné de constater un fort lien entre la CPE et la fréquence de consommation d'aliments à faible valeur nutritive et contenant beaucoup de sucre chez les enfants de trois à cinq ans. Le tableau 3 présente les résultats relatifs à la fréquence de consommation de boissons gazeuses, mais l'analyse des données révèle aussi que les enfants qui mangent souvent des repas-minute, frites, croustille, bretzels, etc. sont plus susceptibles que les autres de souffrir de CPE (tableau 3).

Quant aux caractéristiques des personnes responsables des soins aux enfants, établies comme facteurs de risque de CPE, on constate des variations par rapport à la maladie ou au traitement en raison du faible niveau de scolarité des parents et des revenus familiaux.

On a constaté une tendance non statistiquement significative entre le milieu familial sans fumée et la faible incidence de CPE chez les enfants (tableau 3). La fumée de tabac ambiante (FTA) est associée à certaines conséquences néfastes sur la santé des enfants. Tout récemment, on a associé la FTA au risque accru de carie chez les enfants. 91,92

En ce qui a trait aux caractéristiques de la communauté et de leur incidence sur la carie chez les enfants, on a constaté des différences significatives dans la proportion d'enfants atteints de CPE entre les communautés isolées et non isolées, et entre les enfants de communautés ayant conclu une entente de Transfert communautaire en matière de santé et celles ayant conclu une entente multicommunautaire (tableau 3).

Le tableau 4 résume les résultats des comparaisons entre les enfants atteints de CPE et les autres, séparément pour les enfants de moins de deux ans et ceux de trois à cinq ans. Si on les compare avec les enfants non atteints de CPE, les enfants atteints passent en moyenne moins de temps à se faire garder (moins de deux ans seulement). Le surpeuplement des logements demeure un problème reconnu dans les communautés des Premières Nations. Le surpeuplement se calcule en divisant le nombre de personnes d'un ménage par le nombre de pièces. 93 Lorsque le rapport est supérieur à une personne par pièce, on considère que la maison est exiguë. Le surpeuplement d'une maison peut par ailleurs entraîner des infections croisées et des tensions familiales qui poussent les parents à recourir à des solutions comme l'usage du biberon (rempli de boisson sucrée) pour apaiser l'enfant, ce qui entraîne par la suite une plus forte incidence de CPE.94

Blessures dentaires

Les blessures dentaires traumatiques, bien que moins communes que la carie dentaire, affichent dans l'ensemble un taux de prévalence de 2,5 %.

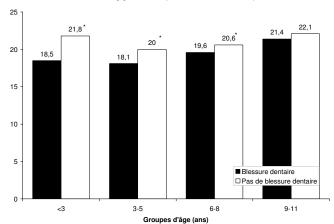
Parmi les nombreuses causes de blessures dentaires, la violence, les accidents de la circulation et les activités sportives contribuent à une très forte incidence de traumatismes dentaires chez les garçons. Somme le montre le tableau 5, les chutes sont en lien avec les blessures dentaires. La figure 4 révèle qu'en moyenne, les enfants dont l'indice de masse corporelle (IMC) est élevé sont moins susceptibles que les autres d'avoir subi des blessures

dentaires nécessitant des soins professionnels au cours des 12 derniers mois; toutefois, ce n'est vrai que pour les moins de trois ans.

La violence familiale envers les enfants et les jeunes est associée aux traumatismes dentaires. Dans 37,5 % à 66,2 % de tous les cas de violence à l'égard des enfants, il y a traumatisme à la tête, au visage à la bouche ou au cou^{96, 97}.

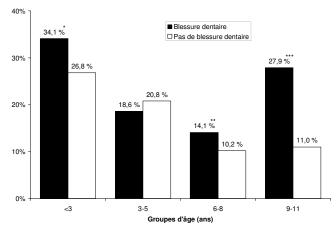
Chez les jeunes enfants, la plupart des blessures involontaires à la première dentition surviennent à la maison. Il est significatif de constater que le nombre d'heures passées en services de garde est relié aux blessures dentaires, mais le fait n'est constaté que chez les moins de trois ans (fig. 5). Lorsque la garderie est nécessaire parce que les parents travaillent ou étudient, l'entente de garde la plus fréquente est prise avec un parent chez qui l'enfant est gardé, suivie par celle avec une garderie, puis la garde à la résidence de l'enfant par un membre de la parenté (autre que frère ou sœur).

Figure 4. Indice moyen de masse corporelle par groupe d'âge et blessures dentaires rapportées (12 derniers mois)



*Test-t, niveau de signification établi à p ≤ 0,01

Figure 5. Nombre moyen d'heures par semaine passées en garderie par groupe d'âge et blessures dentaires rapportées (12 derniers mois)



Test du chi carré; *p=0.062, **p<0.05, ***p< 0.01

Conclusions et recommandations

Malgré les limites des données autodéclarées (entrevue avec parent ou gardien), il s'agit de la deuxième enquête nationale sur la santé menée par et pour les Premières Nations vivant dans les réserves, et la première englobant les soins dentaires et les données sur la santé d'enfants de moins de six ans. Parmi les 6 657 enfants de 0 à 11 ans issus des Premières Nations de 52 sous-régions du pays, plus des deux tiers (69 %) ont recu des soins dentaires au cours de la dernière année. Le nombre de soins dentaires reçus au cours des 12 derniers mois est associé à l'âge de l'enfant et au niveau de scolarité des parents. Malheureusement, le haut taux d'utilisation de ces services par ce groupe des Premières Nations ne correspond pas à des besoins de traitements moindres. Environ un tiers (26,9 %) des enfants de l'enquête a besoin d'obturations et près de 43 %, d'examens dentaires ou de nettoyages. Ce groupe a besoin d'obturation dès l'âge d'un an et la proportion des enfants d'âge préscolaire (de trois à cinq ans) en nécessitant est la même que celle de ceux d'âge scolaire. Vingt-neuf pour cent des enfants de trois à cinq ans sont atteints de CPE, mais environ 33 % des enfants atteints n'ont pas eu de traitement.

Il est recommandé de mettre davantage l'accent sur les soins préventifs précoces et efficaces et sur la promotion de la santé buccale à l'intention des enfants des Premières Nations. Au lieu de seulement traiter le problème, entreprendre des initiatives communautaires pour s'attaquer aux facteurs déterminants de mauvaise santé dentaire chez les membres des Premières Nations pourrait aider à prévenir les problèmes. Les initiatives en vue d'enseigner aux femmes enceintes, aux nouvelles mères, aux grands-parents et autres membres de la parenté qui s'occupent d'enfants à donner une bonne hygiène buccale aux nouveau-nés réduisent chez eux l'incidence de la carie. 98 Les programmes visant les enfants de l'école donnent des résultats favorables semblables. Parallèlement, des initiatives visant à sensibiliser les populations aux risques de blessures au visage et à la bouche chez les jeunes enfants et la création d'environnements sûrs dans les garderies et centres sportifs peut aussi aider à réduire le nombre annuel d'enfants subissant des traumatismes dentaires. Selon les résultats basés sur les données recueillies en 1995 pour les enfants de 0 à 11 ans par le cycle 1 de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) du Canada, les garçons subissent plus de blessures physiques que les filles. Les chutes sont les causes les plus communes de blessures rapportées par les mères, suivies des risques environnementaux pour les jeunes enfants et des sports pour les enfants d'âge scolaire.5

Répondre aux besoins de restauration dentaire des enfants des Premières Nations est un autre défi à relever. Pour y arriver, il faudra modifier la quantité et la répartition des professionnels de la santé. Dans la dernière décennie, le nombre de dentistes fournis aux régions éloignées du pays a

diminué ou est demeuré stable, ce qui accroît la tension de ceux qui nécessitent les services de dentistes autorisés. Alors que les communautés éloignées appellent à l'aide, les genres de traitements que peuvent donner les hygiénistes et thérapeutes dentaires demeurent limités. 2 000 thérapeutes dentaires exercent au Canada; la plupart dans les communautés autochtones, mais leur pénurie ralentit les efforts pour s'attaquer au problème de carie dentaire dans les régions éloignées. La loi en Alaska prévoit de permettre aux thérapeutes dentaires de traiter sous la supervision d'un dentiste à distance. Ces «thérapeutes assistants en soins dentaires » auront besoin d'une formation de deux ans à plein temps à une école de dentisterie et pourront faire des examens oraux, nettoyages et détartrage, traitements au fluorure, résines, radiographies, obturations, couronnes et extractions. 100 Un programme canadien semblable profiterait aux Premières Nations en augmentant le nombre de travailleurs en santé de premier niveau et des enfants ayant accès aux soins préventifs et analeptiques.

Néanmoins, on ne peut réduire les disparités de l'état de santé buccale seulement en fournissant l'accès universel aux traitements de restauration. La documentation fournit des preuves convaincantes du fait que les comportements malsains commençant très tôt dans la vie peuvent contribuer à un développement considérable des caries dentaires durant l'enfance. 103 La première occasion de prévenir la carie dentaire est fournie par les rencontres d'information prénatales sur l'alimentation, l'hygiène buccale, le bon usage des fluorures et l'enseignement aux parents des risques de transmission de bactéries du parent à l'enfant. Malheureusement, bien des parents et gardiens sous-estiment l'importance des dents de lait et peu d'entre eux voient le besoin d'amener leur petit chez le dentiste dans la première année. Toutefois, une proportion bien plus grande d'enfants va chez le médecin pour un examen de santé. Les communautés des Premières Nations fournissent régulièrement des soins pédiatriques et des cliniques d'immunisation et les professionnels de la santé qui s'en chargent pourraient déceler la carie du biberon chez les enfants. Un partenariat médico-dentaire, où le dépistage et la prévention en santé buccale se ferait par le médecin qui référerait ensuite les cas au dentiste, permettrait de s'attaquer à certains problèmes dentaires chez les enfants des Premières Nations avant qu'ils ne deviennent trop graves. 104,105 Pour le succès de ces recommandations en vue de doter les enfants des Premières Nations d'une bonne santé buccale et d'un bien-être général, les Premières Nations doivent être partenaires à part entière dans l'établissement des priorités en soins de santé dentaire ainsi que dans la conception et la mise en œuvre de programmes d'intervention communautaires adaptés à leurs besoins, soulageant leurs préoccupations et ancrées dans leurs valeurs culturelles et communautaires.

Notes du chapitre 32

- Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, « La santé des Autochtones » Améliorer la santé des Canadiens (Ottawa, Ont. : Institut canadien d'information sur la santé, 2004), pp. 73-104.
- Roy J. Romanow, «Une nouvelle approche pour la santé autochtone» Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada Rapport final (Saskatoon, Sask.: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002), pp. 211–231.: http://www.hcsg.gc.ca/english/care/romanow/hcc0086.html>
- Santé Canada, La santé des Premières Nations et des Inuits au Canada Un second diagnostic [en ligne]. [Ottawa, Ont].: Santé Canada, Novembre 1999. http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/cp/publications/second_diagnostic_fni.htm.
- James B. Waldram, D. Ann Herring et T. Kue Young, «New epidemics in the twentieth century», Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives (Toronto, Ont.: Université de Toronto Press Inc., 1995), pp. 65-96.
- Fred Wien et Lynn McIntrye, « Health and Dental services for Aboriginal People », Enquête nationale sur la santé des Premières Nations et des Inuits (en ligne). [Ottawa, Ont.]: Comité directeur national des enquêtes régionales sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999 pp. 219-245 «http://www.naho.cg/firstnations/english/hd/fkey.docs.lndf>
- 1999, pp. 219-245. http://www.naho.ca/firstnations/english/pdf/key docs 1.pdf.
 H.P. Lawrence et J. L. Leake, «The U.S. Surgeon General's Report on Oral Health in America: A Canadian Perspective », Journal de l'Association dentaire canadienne [en ligne]. Novembre 2001, vol. 67, no. 10, p. 587. http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-67/issue-10/587.html
- Statistique Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes Cycle 5 [en ligne]. [Ottawa, Ont.]: Statistique Canada, 21 février 2005. .
- 8. Statistique Canada, Profil de la population autochtone du Recensement 2001 [en ligne].

 [Ottawa, Ont.]: Statistique Canada, 21 janvier 2003.

 http://www.statcan.ca/english/IPS/Data/96F0030XIE2001007.htm>.
- 9. 10
- C. W. B. McPhail et coll., 1972, The geographic pathology of dental disease in Canadian central arctic populations, *Journal del'Association dentaire canadienne*, 38, 8: 288-296.
- K. C. Titley et D. H. Bedard, novembre 1986, An evaluation of a dental care program for Indian children in the community of Sandy Lake, zone de Sioux Lookout, 1973-1983, Journal del'Association dentaire canadienne, 52, 11: 923-928.
- D. Klooz, 1988, Dental health status of native children on selected Saskatchewan reserves, Canadian Journal of Community Dentistry, 3, 1: 32-39.
- James L. Leake, ed., Oral Health Survey of Canada's Aboriginal Children Aged 6 and 12, 1990-91, non public (Department of Community Dentistry, Université de Toronto and National School of Dental Therapy, 1992).
- R. L. Harrison and D. W. Davis, avril 1993, Caries experience of Native children of British Columbia, Canada, 1980-1988, Community Dentistry & Oral Epidemiology, 21, 2: 102-107.
- M. P. Zammit et coll., été 1994, The prevalence and patterns of dental caries in Labrador Inuit Youth, Journal of Public Health Dentistry, 54, 3: 132-138.
- S. Peressini et coll., «Prevalence of dental caries among 7- and 13-year-old First Nations children, District of Manitoulin, Ontario », Journal de l'Association dentaire canadienne [en ligne], juin 2004, vol. 70, nº 6, p. 382. http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-70/issue-6/382.pdf>.
- C. W. B. McPhail et coll., 1972.
 K. C. Titley et D. H. Bedard, novembre 1986.
- 19. D. Klooz, 1988.
- R. L. Harrison et D. W. Davis, avril 1993.
- R. L. Harrison et D. W. Davis, a
 M. P. Zammit et coll., été 1999.
- M. E. J. Curzon et J. A. Curzon, septembre 1970, Dental caries in Eskimo children of the Keewatin district in the Northwest Territories, *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 36, 9: 342-345.
- J. A. Hargreaves and K. C. Titley, October 1973, The dental health of Indian children in the Sioux Lookout Zone of Northwestern Ontario, *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 39, 10: 709-714.
- G. S. Myers and M. Lee, March-April 1974, Comparison of oral health in four Canadian Indian communities, Journal of Dental Research, 53, 2: 385-392.
- J. T. Mayhall, November-December 1975, Canadian Inuit caries experience, 1969-1973, Journal of Dental Research, 54, 6: 1245.
- M. E. J. Curzon et J. A. Curzon, mars 1979, Dental caries prevalence in the Baffin Island Eskimo, Pediatric Dentistry, 1, 3: 169-173.
 L. Shaw, D. C. Clark et N. P. Edger, mars 1987, The oral health status of Cree children living
- L. Shaw, D. C. Clark et N. P. Edger, mars 1987, The oral health status of Cree children living in Chisasibi, Québec, *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 53, 3: 201-205.
- J. G. Messer, 1988, An overview of dental care delivery and dental health in Northern Newfoundland and Labrador, Canadian Journal of Community Dentistry, 3, 1: 45-53.
- R. J. Albert et coll., octobre 1988, Nursing caries in the Inuit children of the Keewatin, Journal de l'Association dentaire canadienne, 54, 10: 751-758.
 O. Odlum et C. Lachance, 1991, A study to establish parameters for the use of pit and fissure
- sealants in a group of Indian children with high caries rates, Arctic Medical Research, supplément: 675-676.
- G. Houde, P. F. Gagnon et M. St-Germain, 1991, A descriptive study of early caries and oral health habits of Inuit pre-schoolers: Preliminary results, Arctic Medical Research, supplément: 683-684.
- 32. B. J. Trodden, 1991, Swampy Cree Tribal Council dental survey, enquête, 25, 2: 68-72.
 - A. R. Milnes, printemps 1996, Description and epidemiology of nursing caries, Journal of Public Health Dentistry, 56, 1: 38-50.
- 34. T. F. Drury et coll., Summer 1999, Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes: A report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration, Journal of Public Health Dentistry, 59, 3: 192-197.
- P. L. Abbey, « A case-control study to determine the risk factors, markers and determinants for the development of nursing caries in the four-year-old population of North York », Master's thesis (non publié): Université de Toronto, 1998.
- S. Peressini et coll., mars 2004, Prevalence of early childhood caries among First Nations children, District of Manitoulin, Ontario, International Journal of Paediatric Dentistry, 14, 2: 101-110.
- H. P. Lawrence et coll., juillet-août 2004, Effects of a community-based prenatal nutrition program on the oral health of Aboriginal preschool children in Northern Ontario. Enquête, 38, 4: 172-182, 184-6, 188, 190.

- 38 Ibid
- R. J. Schroth et coll., «Prevalence of caries among preschool-aged children in a northern 39. Manitoba community », Journal de l'Association dentaire canadienne [en ligne]. janvier 2005, vol. 71, nº 1, p. 21. https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-71/issue-1/27.pdf>.
- S. Peressini et coll., mars 2004.
- 41 P. Weinstein et coll., novembre-décembre 1996, Epidemiologic study of 19-month-old Edmonton, Alberta children: caries rates and risk factors, Journal of Dentistry for Children,
- J. M. Douglass et coll., 2001, Dental caries patterns and oral health behaviors in Arizona infants and toddlers, Community Dentistry & Oral Epidemiology, 29, 1: 14–22. 42
- G. Veilleux, M. Généreux et J. Durocher, «Parental behaviours related to children's dental health », Ouébec Longitudinal Study of Child Development (OLSCD 1998-2002) From 43 Birth to 29 Months (Québec, Qué: Institut de la statistique du Québec, 2002), vol. 2, nº 6.
- 44 C. H. Shiboski et coll., hiver 2003. The association of early childhood caries and race/ethnicity among California preschool children, Journal of Public Health Dentistry, 63, 1:
- 45. Ministère de la santé et des services à la population des États-Unis, Oral health in America: A report of the surgeon general [en ligne]. [Rockville, Md.]: Ministère de la santé et des services à la population des États-Unis , National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research, 2000. N.I.H. Publication 00-4713. http://www.nidcr.nih.gov/AboutNIDCR/SurgeonGeneral/. C. W. Lewis et coll., 2002, Oral health of young Alaska Native children and their caregivers
- 46. in Southwestern Alaska, Alaska Medicine, 44, 4: 83-87.
- 47 R. Valaitis et coll., novembre-décembre 2000, A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries, Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de santé publique, 91, 6: 411-417.
- S. Peressini, janvier 2003, Pacifier use and early childhood caries: an evidence-based study of the literature, *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 69, 1: 16-19. 48
- H. P. Lawrence et coll., juillet-août 2004
- J. Tsubouchi et coll., juillet-août 1995, A study of dental caries and risk factors among Native 50. American infants, Journal of Dentistry for Children, 62, 4: 283-287.
- 51. P. Weinstein et coll., mars-avril 1999, Dental experiences and parenting practices of Native American mothers and caretakers: what we can learn for the prevention of baby bottle tooth decay, Journal of Dentistry for Children, 66, 2: 120-126.
- 52. H. P. Lawrence et coll., juillet-août 2004
- 54 J. Y. Lee, W. F. Vann et M. W. Roberts, janvier-février 2000, A cost analysis of treating pediatric dental patients using general anesthesia versus conscious sedation, Pediatric Dentistry, 22, 1: 27-32.
- R. J. Berkowitz et coll., mai-iuin 1997, Clinical outcomes for nursing caries treated using 55. general anesthesia, Journal of Dentistry for Children, 64, 3: 210-211, 228
- 56. A. G. Almeida et coll., Juillet-août 2000, Future caries susceptibility in children with early childhood caries following treatment under general anesthesia, Pediatric Dentistry, 22, 4:
- 57 R. Milnes et coll. 1993. A retrospective analysis of the costs associated with the treatment of nursing caries in a remote Canadian aboriginal preschool population, Community Dentistry & Oral Epidemiology, 21, 5: 253-260.
- D. B. Jones, C. M. Schlife et K. R. Phipps, 1992. An oral health survey of head start children 58 in Alaska: oral health status, treatment needs, and cost of treatment, Journal of Public Health Dentistry, 52, 2: 86-93. H. W. Cook et coll., 1994, The cost of nursing caries in a native American Head Start
- 59.
- population, Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 18, 2: 139-142.
 P. T. McDermott, J. T. Mayhall et J. L. Leake, 1991, Dental therapists and the delivery of dental care in Canada's Northwest Territories, Arctic Medical Research, Supplement: 668-60
- Santé Canada, Direction des services de santé non assurés, Division de l'analyse du 61. programme, Services de santé non assurés : rapport annuel 2003-2004 [en ligne]. http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb/nihb/annualreport/annualreport2003_2004.pdf
- 62.
- 63. R. Christensen, avril 1990, Health problems among Alaskan Eskimo infants and young children, Arctic Medical Research, 49, 2: 63-67.
- M. Uhari, T. Tapiainen et T. Kontiokari, 2000, Xylitol in preventing acute otitis media, 64. Vaccine, 19, 1: S144-147. 65
- B. A. Burt et S. Pai, 2001, Does low birthweight increase the risk of caries? A systematic view, Journal of Dental Education, 65, 10: 1024-1027.
- J. D. Shulman, S. E. Taylor et M. E. Nunn, 2001, The association between asthma and dental 66. caries in children and adolescents: a population-based case-control study, Caries Research, 35. 4: 240-246.
- D. K. Reddy, A. M. Hegde et A. K. Munshi, 2003, Dental caries status of children with 67. bronchial asthma, Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 27, 3: 293-295. J. D. Shenkin et coll., janvier-février 2003, Soft drink consumption and caries risk in children 68.
- and adolescents, General Dentistry, 51, 1: 30-36. 69 H. L. MacMillan et coll., mai-juin 2003, The health of Ontario First Nations people: results
- from the Ontario First Nations Regional Health Survey, Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de santé publique, 94, 3: 168-172.
- Canadian Population Health Initiative, Institut canadien d'information sur la santé, « l'obésité » Améliorer la santé des Canadiens (Ottawa, Ont.: Canadian Institute for Health 70 Information, Institut canadien d'information sur la santé, 2004), pp. 105-147.
- G. Acs et coll., septembre-octobre 1992, Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population, Pediatric Dentistry, 14, 5: 302-305.

 H. Ayhan, E. Suskan et S. Yildirim, 1996, The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference, Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 20, 3: 209-212. 71.
- 72
- 73. C. W. Thomas et R. E. Primosch, mars-avril 2002, Changes in incremental weight and wellbeing of children with rampant caries following complete dental rehabilitation, Pediatric Dentistry, 24, 2: 109-113.
- 74 W. Low, S. Tan et S. Schwartz, septembre-octobre 1999, The effect of severe caries on the quality of life in young children, Pediatric Dentistry, 21, 6: 325-326.
- Acs et coll., septembre-octobre 2001, Perceived outcomes and parental satisfaction 75. following dental rehabilitation under general anesthesia, Pediatric Dentistry, 23, 5: 419-423. H. White, J. Y. Lee et W. F. Vann, Jr., 2003, Parental evaluation of quality of life measures
- 76 following pediatric dental treatment using general anesthesia, Anesthesia Progress, 50, 3: 105-110.

- 77 S. L. Filstrup et coll., septembre-octobre 2003, Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives, Pediatric Dentistry, 25, 5: 431-440.
- G. Acs et coll., septembre-octobre 2001, 78.
- 79. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, base de données du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT), 1998.
- 80
- J. O. Andreasen et coll., Traumatic Dental Injuries: A Manual, 2e ed. (Copenhague, 81. Danemark: Blackwell Munksgaard, 2003).
- 82. M. T. Flores, décembre 2002, Traumatic injuries in the primary dentition. Dental Traumatology, 18, 6: 287-298.
- J. O. Andreasen et coll.,2003. Jim Dumont, Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 84. 2002-03 Cultural Framework (Ottawa, Ont.: Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, Comité de régie de l'information des Premières Nations, février 2005).
- 85 Ibid
- Ibid.
- Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, Résultats préliminaires de l'enquête régionale longitudinale 2002-2003 sur la santé des Premières Nations (ERS). Enquête sur les adultes (Ottawa, Ont.: Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, Comité de régie de l'information des Premières Nations, 9 septembre 2004).
- W. J. Millar et D. Locker, 1999, Dental insurance and use of dental services, Rapports sur la 88. santé 11, 1: 55-67 (anglais), 59-72 (français). Fred Wien et Lynn McIntrye, 1999.
- - R. Milnes et coll., 1993.
- L. K. Wendt et R. Jonsell, 1996, Illness and use of medicines in relation to caries 91. development and to immigrant status in infants and toddlers living in Sweden, Swedish Dental Journal, 20, 4: 151-159.
- C. A. Aligne et coll., 12 mars 2003, Association of pediatric dental caries with passive 92. smoking, Journal of the American Medical Association, 289, 10: 1258-1264.
- 93. Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, Résultats préliminaires de l'enquête régionale longitudinale 2002-2003 sur la santé des Premières Nations (ERS). Enquête sur les adultes (Ottawa, Ont., Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone, Comité de régie de l'information des Premières Nations, 9 septembre 2004).
- H. P. Lawrence et coll., juillet-août 2004. J. O. Andreasen et coll. 2003.
- 95.
- 96. M. A. da Fonseca, R. J. Feigal et R. W. ten Bensel, mai-juin 1992, Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital, Pediatric Dentistry, 14, 3: 152-
- 97. S. A. Jessee, juillet-août 1995, Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey, Journal of Dentistry for Children, 62, 4: 245-249.
- R. Harrison and L. White, mars 1997, A community-based approach to infant and child oral health promotion in a British Columbia First Nations community, Canadian Journal of Community Dentistry, 12, 1: 7-14.
- Dafna E. Kohen, Hassan Soubhi et Parminder Raina, A Canadian Picture of Maternal Reports of Childhood Injuries [en ligne]. [Vancouver, B. C.]: B.C. Injury Research and Prevention Unit, 1999.
- http://www.injuryresearch.bc.ca/Publications/Reports/Maternal%20Report.pdf.

 Dentists in the United States Public Health Service—Alaska Dental Health Aide [en ligne]. <http://www.phs-dental.org/depac/newfile50.html>
- J. G. Messer, 1991, The effect of non-insured health benefits on dental treatment provided in four coastal Labrador communities by salaried dentists, Arctic Medical Research, supplément : 662-663.
- 102 H. I. Ismail et W. Sohn, mars 2001, The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children, Journal of the American Dental Association, 132,
- 103. M. A. Peres et coll., février 2005, Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years, Community Dentistry & Oral Epidemiology, 33, 1: 53-
- R. G. Rozier et coll., août 2003, Prevention of early childhood caries in North Carolina 104. medical practices: implications for research and practice, Journal of Dental Education, 67, 8: 876-885
- G.G. de la Cruz, R. G. Rozier et G. Slade, novembre 2004, Dental screening and referral of 105. young children by pediatric primary care providers, Pediatrics, 114, 5: e642-52.

Tableau 1 : Proportion d'enfants des Premières Nations qui ont reçu des soins dentaires dans la dernière année selon l'âge, les caractéristiques du ménage, les caractéristiques de la communauté et le niveau d'importance des événements culturels traditionnels dans la vie de l'enfant

		Enfant ay	ant reçu de	s soins dentaire	s dans la d	ernière année s	elon l'âge	
CARACTÉRISTIQUES	0 à	2 ans	3 à	5 ans	6 à 8 ans		9 à 11 ans	
CARACTERISTIQUES	Total	% pondéré	Total	% pondéré	Total	% pondéré	Total	% pondéré
Total	n 1,188	24,9	n 1,571	66,1	1,703	85,6	1,806	86,6
Caractéristiques du ménage	-,	,,,	-,-,-		-,,	55,0	-,	, .
Éducation de la mère								
Pas de diplôme d'études secondaires	605	26,5	763	62,0	761	87,8	831	82,9
Diplôme d'études secondaires	278	21,4 (NS)	358	64,4 (NS	410	78,3 (NS	380	79,5 (NS
Études collégiales	235	24,6 (NS	349	74,6 (NS	453	89,0 (NS	484	93,
Baccalauréat	68	28,3 (NS	96	80,8 (NS	75	91,0 (NS	107	94,7
Études supérieures	2	-	5	-	4	-	4	
Éducation du père								
Pas de diplôme d'études secondaires	615	24,1	750	67,1	796	86,5	868	86,0
Diplôme d'études secondaires	205	20,8 (NS	278	55,9 (NS	275	77,7 (NS	298	88,3 (NS)
Études collégiales	199	33,7 (NS	307	63,9 (NS	340	96,2 (NS	343	88,9 (NS)
Baccalauréat	26	-	43	86,7 (NS	43	92,3 (NS	49	95,4 (NS)
Études supérieures	3	-	7	-	5	-	4	-
Revenu du ménage								
Moins de 10 000 \$***	181	21,5	219	72,0	187	79,0	210	82,6
10 000 \$ à 14 999 \$	104	-	160	63,4 (NS)	195	88,0 (NS)	212	90,3 (NS)
15 000 \$ à 19 999 \$	93	-	118	64,9 (NS)	139	92,5 (NS)	145	90,8 (NS)
20 000 \$ à 21 999 \$	160	29,5 (NS)	215	71,9 (NS)	272	79,5 (NS)	275	87,1 (NS)
30 000 \$ à 49 999 \$	152	23,8 (NS)	240	66,8 (NS)	270	78,4 (NS)	315	87,5 (NS)
50 000 \$ à 79 999 \$	89	-	136	65,3 (NS)	158	89,6 (NS)	181	92,7 (NS)
80 000 \$ et plus	22	-	28	-	42	96,5 (NS)	37	86,0 (NS)
Caractéristiques de la communauté								
Isolement****								
Nonn isolée	893	26,3	1,157	68,5	1,262	88,9	1,400	87,9
Éloignée	44	27,0 (NS)	62	58,3 (NS)	79	73,7 (NS)	87	84,4 (NS)
Isolée	121	16,5 (NS)	150	60,2 (NS)	160	78,9 (NS)	155	80,7 (NS)
Semi isolée	80	25,6 (NS)	140	55,1 (NS)	138	77,9 (NS)	144	79,0 (NS)

Suite à la page suivante

Suite

	Enfant ayant reçu des soins dentaires dans la dernière année selon l'âge								
CARACTÉRISTIQUES	0 8	à 2 ans	3 à 5 ans		6 à 8 ans		9 à 11 ans		
CARACTERISTIQUES	Total	% pondéré	Total	% pondéré	Total	% pondéré	Total	% pondéré	
	n		n		n		n		
Caractéristiques de la communauté (suite)									
État du transfert en santé****									
Nonn transférée	662	22,7	915	64,5	984	89,0	1,058	86,9	
Transférée	359	31,7 (NS)	428	71,1 (NS)	474	81,2 (NS)	510	87,3 (NS)	
Transfert multicommunautaire	195	19,2 (NS)	278	60,6 (NS)	289	82,0 (NS)	329	83,9 (NS)	
Taille de la communauté*****									
Petite (<300)	122	-	183	72,1	209	79,7	242	83,2	
Moyenne (300-1 499)	670	30,0 (NS)	948	65,6 (NS)	1,000	88,9 (NS)	1,159	86,5 (NS)	
Grande (1 500+)	428	18,8 (NS)	493	64,2 (NS)	540	82,2 (NS)	499	87,8 (NS)	
Culture traditionnelle									
Importance accordée à la culture traditionnelle dans la vie									
de l'enfant									
Très importante	506	32,0	725	62,9	799	90,6	951	88,4	
Plutôt importante	420	25,3 (NS)	576	68,3 (NS)	652	86,3 (NS)	661	86,7 (NS)	
Pas très importante	124	23,7 (NS)	162	65,6 (NS)	144	63,2 (NS)	164	88,7 (NS)	
Pas importante	72	-	95	67,1 (NS)	94	85,6 (NS)	65	77,9 (NS)	

^{***}Inclut « pas de revenu » et « perte de revenu ». Revenu total du ménage provenant de toutes les sources, pour tous les membres du ménage, incluant le répondant avant déduction, pour l'année se terminant le 31 décembre 2001.

^{****} Le degré d'isolement de la communauté où réside le répondant selon les données datant de 2002 de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI, Santé Canada). Éloignée isolée : Sans vols réguliers; isolée : vols réguliers, ligne téléphonique fiable, pas d'accès par la route; semi isolée : accès par la route à un médecin à plus de 90km; Nonn isolée : accès par la route à un médecin à moins de 90km.

^{*****} L'état du transfert en santé de la communauté où le répondant réside. Les données datent du mois d'août 2002 et proviennent de la DGSPNI, Santé Canada. Les services primaires, secondaires et tertiaires sont combinés. Nonn transférée : la communauté ne participe pas à une entent de transfert en santé; communauté transférée : la communauté a la responsabilité des services primaires et/ou secondaires et/ou tertiaires de santé; multicommunautaire : la communauté fait partie d'une entente multicommunautaire sur les services de santé pour les services primaires et/ou secondaires et/ou tertiaire.

^{******} La taille de la population vivant sur la communauté où réside le répondant selon les chiffres ajustés du Régistre des Indiens de 2002 pour la population vivant sur réserve ou sur les terres de la couronne associées à la bande. Les chiffres ont été ajustés pour palier la sous déclaration et le retard de déclaration des naissances et des décès.

Source des données: Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-03, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations – Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone.

<u>Tableau 2 : Traitements dentaires nécessaires pour les enfants des Premières Nations selon l'âge et le sexe</u>

					Group	pes d'âge				
TRAITEMENTS DENTAIRES	0 à 1	11 mois	1 à	2 ans	3 à	5 ans	6 à 8 ans		9 à 11 ans	
TRAITEMENTS DENTAIRES	Total	% pondéré	Total	% pondéré	Total	% pondéré	Total	% pondéré	Total	% pondéré
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Plombage ou restauration (ex:										
couronne ou pont)										
Garçons	116	-	438	11,0	791	27,9	870	31,9	922	29,6
Filles	134	-	432	8,1 (NS)	779	29,0 (NS)	850	39,4 (NS)	954	29,5 (NS)
Les deux sexes	250	-	870	9,5	1,570	28,4	1,720	35,4	1,876	29,6
Entretien (ex : examen ou										
nettoyage)	116		438	32,2	791	47,1	870	42,6	922	51,2
Garçons	134	_	438	28,7 (NS)	791 779	44,3 (NS)	850	42,6 40,7 (NS)	922 954	-
Filles	250	_	432 870	30,4	1,570	44,3 (NS) 45,9	1,720	40,7 (NS) 41,7	934 1,876	53,0 (NS) 52,1
Les deux sexes	230	_	870	30,4	1,370	43,9	1,720	41,/	1,870	32,1
Extraction d'une dent										
Garçons	116	_	438	2,2	791	7,6	870	9,6	922	3,9
Filles	134		432	5,4 (NS)	779	8,4 (NS)	850	9,7 (NS)	954	7,2 (NS)
Les deux sexes	250		870	3,9	1,570	8,0	1,720	9,6	1,876	5,6
Les deux sexes	230	_	070	3,7	1,570	0,0	1,720	7,0	1,070	3,0
<u>Traitement au fluore</u>										
Garçons	116	-	438	-	791	12,4	870	17,2	922	15,3
Filles	134	-	432	-	779	9,7 (NS)	850	16,3 (NS)	954	13,8 (NS)
Les deux sexes	250	-	870	5,3	1,570	11,2	1,720	16,8	1,876	14,6
Traitement d'orthodontie (broches)										
Garçons	116	_	438	_	791	-	870	5,0	922	9,3
Filles	134	_	432	_	779	-	850	-	954	18,5
Les deux sexes	250	-	870	-	1,570	-	1,720	3,8	1,876	13,9
<u>Urgence</u> (rage de dent ou tout autre										
problème nécessitant une										
intervention immédiate)										
Garçons	116	-	438	-	791	-	870	-	922	-
Filles	134	-	432	-	779	-	850	-	954	-
Les deux sexes	250	-	870	-	1,570	3,2	1,720	-	1,876	-

⁻ Données supprimées due à la taille insuffisante de l'échantillon.

Source des données: Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-03, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations – Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone.

Tableau 3: Prévalence et traitement de la carie du biberon chez les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire des Premières Nations selon les caractéristiques de l'enfant, du répondant, du ménage et de la communauté.

		pondéré		pondéré		pondéré	•	ondéré
	-	carie du biberon	-	la carie du biberon		carie du biberon	•	carie du biberon
CARACTÉRISTIQUES	Total	Âge	Carie du	Âge	Total	Âge	Carie du	$\mathbf{\hat{A}ge}$
	n	0 à 2 ans	biberon	0 à 2 ans	n	3 à 5 ans	biberon	3 à 5 ans
			n				n	
Total	1,217	11,9	131	27,4	1,620	29,4	370	67,4
Caractéristiques de l'enfant								
Sexe								
Garçons	599	12,5	64	-	807	28,4	182	62,3
Filles	618	11,4 (NS)	67	-	813	30,4 (NS)	188	72,4 (NS)
Consommation de liqueurs douces								
Jamais ou presque	723	5,8	39	-	378	17,5	55	89,9
Environ une fois par semaine	204	-	27	-	438	28,9 (NS)	106	67,7 (NS)
Quelque fois par semaine	212	27,2	48	-	616	30,9	151	67,6 (NS)
Une fois par jour	37	-	6	-	101	44,8	30	-
Plusieurs fois par jour	41	-	11	-	87	-	28	-
Consommation de gâteau, tarte,								
biscuits, bonbons ou chocolat								
Jamais ou presque	472	-	14	-	259	33,1	61	64,3
Environ une fois par semaine	286	15,6	43	-	487	27,4 (NS)	92	49,6 (NS)
Quelque fois par semaine	372	17,3	62	-	696	26,4 (NS)	163	79,1 (NS)
Une fois par jour	56	-	5	-	126	29,5 (NS)	32	-
Plusieurs fois par jour	31	-	7	-	52	-	22	-
L'enfant a été allaité								
Oui	729	11,2	83	29,5	984	24,4	209	69,2
Non	473	13,2 (NS)	48	24,5 (NS)	617	38,8 (NS)	159	64,8 (NS)
État de santé général de l'enfant								
Excellent	556	9,1	44	28,5	704	26,1	133	56,8
Très bon	356	10,3 (NS)	42	37,0 (NS)	495	31,0 (NS)	127	75,5 (NS)
Bon	241	-	27	-	346	34,5 (NS)	88	69,2 (NS)
Passable	55	-	15	-	62		16	<u>-</u>
Mauvais	2	-	0	-	9	-	4	-

Suite à la page suivante

Suite

Attaint d'agthma (diagnostiqué non un								
Atteint d'asthme (diagnostiqué par un professionnel de la santé)								
Oui	121		22		215	33,0	55	50,3
Non	1,035	11,4 (NS)	106	27,3 (NS)	1,344	28,3 (NS)	310	72,2 (NS)
	1,033	11,4 (NS)	100	27,3 (N3)	1,344	20,3 (N3)	310	72,2 (NS)
A été victime d'une crise d'asthme								
dans les 12 derniers mois								
Oui	37	-	6	-	61	-	14	
Non	73	-	15	-	130	40,5	37	
A des infections chroniques ou								
d'autres problèmes aux oreilles								
(diagnostiqué par un professionnel de								
la santé								
Oui	102	-	15	-	139	45,2	47	50,8
Non	1,062	11,9 (NS)	114	26,7 (NS)	1,421	27,3 (NS)	320	72,1 (NS)
Utilise présentement la médecine								
traditionnelle								
Oui	75	-	13	-	82	-	27	
Non	1,125	10,9 (NS)	114	23,7	1,517	28,7 (NS)	336	66,1 (NS)
Caractéristique du répondant								
Lien avec l'enfant								
Parent biologique	1,164	11,9	127	27,7	1,515	29,4	349	65,9
Parent adoptif	9	-	1	-	21	-	4	-
Parent d'accueil	9	-	1	-	17	-	2	-
Beau-père, belle-mère	1	-	0	-	1	-	0	-
Frère, soeur	2	-	0	-	6	-	2	-
Grand-père, grand-mère	26	-	1	-	50	-	12	-
Autre	6	-	1	-	10	-	1	-
Sexe								
Masculin	157	-	10	-	211	38,3	44	46,6
Féminin	1,060	13,2	121	27,4 (NS)	1,409	27,7 (NS)	326	72,7 (NS)
Éducation de la mère								
Pas de diplôme d'études								
secondaires	601	14,2	79	-	764	38,5	213	58,3
Diplôme d'études secondaires	279	10,5 (NS)	30	-	356	21,7	72	83,5 (NS)
Études collégiales – non graduée	232	-	16	-	343	21,4 (NS)	55	82,6 (NS)
Baccalauréat	66	-	4	-	97		18	
Études supérieures	2	-	0	-	5		0	

Suite à la page suivante

Suite

f 1	I		I					
Éducation du père	607	12.5	70	27.7	751	24.5	105	72.1
Pas de diplôme d'études secondaires	607	13,5	78	27,7	751	34,7	195	72,1
Diplôme d'études secondaires	207	-	21	-	272	27,3 (NS)	63	54,6 (NS)
Études collégiales – non graduée	195	-	11	-	304	18,8	52	80,7 (NS)
Baccalauréat	26	-	1	-	42	-	6	-
Études supérieures	3	-	0	-	7	-	0	-
Caractéristiques du ménage								
Revenu du ménage								
Moins de 10 000 \$****	177	-	17	-	217	49,9	81	67,8
10 000 \$ à 14 999 \$	104	-	16	-	158	23,1	49	75,0 (NS)
15 000 \$ à 19 999 \$	90	-	11	-	116	20,5	29	-
20 000 \$ à 21 999 \$	161	-	20	-	214	20,5	41	85,5 (NS)
30 000 \$ à 49 999 \$	150	-	10	-	241	19,0	42	85,4 (NS)
50 000 \$ à 79 999 \$	88	-	8	-	132	-	20	-
80 000 \$ et plus	22	-	0	-	28	-	0	-
Maison sans fumée								
Oui	839	10,2	85	-	1,031	28,2	224	62,9
Non	370	15,0 (NS)	44	-	571	30,9 (NS)	137	72,9 (NS)
Caractéristiques de la communauté								
Isolement****								
Éloignée	44	-	6	-	61	-	14	-
Isolée	121	-	16	-	144	52,0	57	48,5 (NS)
Semi isolée	79	-	13	-	143	-	26	-
Non isolée	890	7,7	73	-	1,154	22,0	227	78,6
État du transfert en santé*****								
Non transférée	654	9,8	67	-	906	29,2	193	62,9
Transférée	364	-	27	-	426	27,2 (NS)	97	73,1 (NS)
Transfert multicommunautaire	195	26,5	37	-	285	33,7 (NS)	80	75,4 (NS)
Taille de la communauté*****								
Petite (<300)	126	-	19	-	182	21,8	29	-
Moyenne (300-1 499)	666	8,0	58	-	946	25,7 (NS)	206	70,8
Grande (1 500+)	425	15,1 (NS)	54		492	35,8 (NS)	135	60,6

⁻ Données supprimées due à la taille insuffisante de l'échantillon.

^{****} Inclut « pas de revenu » et « perte de revenu ». Revenu total du ménage provenant de toutes les sources, pour tous les membres du ménage, incluant le répondant avant déduction, pour l'année se terminant le 31 décembre 2001.

^{*****} Le degré d'isolement de la communauté où réside le répondant selon les données datant de 2002 de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI, Santé Canada). Éloignée isolée : Sans vols réguliers; isolée : vols réguliers, ligne téléphonique fiable, pas d'accès par la route; semi isolée : accès par la route à un médecin à plus de 90km; Nonn isolée : accès par la route à un médecin à moins de 90km.

^{*******} La taille de la population vivant sur la communauté où réside le répondant selon les chiffres ajustés du Régistre des Indiens de 2002 pour la population vivant sur réserve ou sur les terres de la couronne associées à la bande. Les chiffres ont été ajustés por palier la sous déclaration et le retard de déclaration des naissances et des décès.

Source des données : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-03, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations – Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone..

<u>Tableau 4: Caractéristiques de l'enfant, du répondant et du ménage selon le diagnostique de la carie du biberon chez les nourrisson et les enfants d'âge préscolaire</u>

CARACTÉRISTIQUES	Â ₁ 0 à 2	ge Lans		ge S ans
CARACTERISTIQUES	Carie du biberon Oui	Carie du biberon Non	Carie du biberon Oui	Carie du biberon Non
Nombre total	131	1,084	374	1,245
Caractéristiques de l'enfant	Moyenne (IC95)	Moyenne (IC95)	Moyenne (IC95)	Moyenne (IC95)
Indice de masse corporelle (IMC)	22,2 (20,3; 24,0)	21,7 (20,9; 22,6)	19,8 (18,7; 20,8)	19,4 (18,7; 20,2)
Poids à la naissance (kg)	3,7 (3,5; 3,8)	3,6 (3,5; 3,7)	3,6 (3,5; 3,7)	3,6 (3,6; 3,7)
Nombre de mois d'allaitement	5,8 (4,3; 7,3)	6,3 (5,7; 6,9)	8,3 (6,5; 10,1)	9,1 (8,2; 10,0)
Nombre d'heures par semaine passées à la garderie	* 21,6 (17,4; 25,9)	27,8 (26,0; 29,5)	18,9 (15,2; 22,6)	21,3 (19,7; 22,8)
Répondant et caractéristiques du ménage				
Âge du répondant (ans)	27,1 (25,6; 28,6)	28,2 (27,5; 28,9)	30,0 (28,6; 31,4)	30,8 (30,3; 31,4)
Nombre d'enfants dans le ménage : <18	3,2 (2,7; 3,7)	3,1 (2,9; 3,2)	3,3 (3,0; 3,7)	3,1 (3,0; 3,2)
Nombre d'adultes dans le ménage : 18+	2,4 (2,1; 2,8)	2,5 (2,4; 2,6)	2,4 (2,3; 2,5)	2,2 (2,1; 2,3)
Nombres de pièces dans le logement	5,5 (5,0; 6,0)	5,9 (5,8; 6,0)	5,3 (4,9; 5,7)	5,8 (5,6; 5,9)

IC95 = Intervalle de confiance de 95 % *Significatif à p<0.05.

Table 5: Prévalence des blessures dentaires chez les enfants des Premières Nations selon l'âge le sexe et les facteurs de risque.

Facteurs de risques de blessures dentaires*	Nombre total d'enfants	% pondéré ayant subi des blessures dentaires (IC95)**	Cote (Odds Ratio)	95% IC	p
Nombre total	6,657	2,5 n=119			
Groupes d'âge (ans)					
0 à 2 3 à 5 6 à 8 9 à 11	1,255 1,665 1,781 1,953	3,8 (NS) - 2,8 (NS)	1,00 2,02 0,67 1,49	Référence 1,23-3,34 ns ns	0,003 0,172 0,107
Sex					
Garçons Filles	3,319 3,335	2,9 2,0 (NS)	1,45 1,00	1,05-2,02 Référence	0,020
Accident de vélo n'impliquant pas de véhicules motorisés					
Oui Non	188 6,466	2,1	7,81 1,00	4,89-12,38 Référence	<0,001***
Sports, à l'exception du vélo et de la chasse					
Oui Non	160 6,494	2,3	5,40 1,00	3,11-9,27 Référence	<0,001***
Accident de motoneige					
Oui Non	19 6,635	2,5	4,58 1,00	ns Référence	0,082***
Chute ou faux-pas, à l'exception du vélo, des sports ou de la motoneige					
Oui Non	603 6,051	10,2 1,8	6,25 1,00	4,46-8,74 Référence	<0,001
Agression physique (incluant la violence domestique)					
Oui Non	18 6,636	2,5	4,87 1,00	ns Référence	0,074***

Données supprimés due à la faible taille de la cellule.
 *Plusieurs blessures acceptées
 *IC95 = 95% Intervalle de confiance pour souligner la variabilité extrême, si applicable.

^{**}I(US) = 95% intervatie de contance pour sounguer la variaonne extreme, si appricatore.

***p du test de Fisher; autrement, test du Chi carré.

***p du test de Fisher; autrement, test du Chi carré.

**Ource des données : Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-03, Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations – Assemblée des Premières Nations, Centre des Premières Nations à l'Organisation nationale de la santé autochtone.

Chapitre 33

L'impact de la fréquentation d'un pensionnat indien par les parents et les grands-parents

Résumé

Ce chapitre présente des conclusions sur le bien-être des enfants des Premières Nations selon que leurs parents et grands-parents ont fréquenté ou non les pensionnats indiens. Nous examinerons d'abord la proportion d'enfants dont les parents et (ou) grands-parents sont des survivants du système des pensionnats indiens. Nous comparerons les données des enfants ou petits-enfants de survivants avec les données d'enfants dont les parents et les grands-parents n'ont pas fréquenté un pensionnat indien. Une première constatation importante est que les enfants sont plus susceptibles d'avoir un grand-parent qu'un parent survivant des pensionnats indiens. La majorité des parents ou grandsparents ex-pensionnaires croient qu'il est très important pour leurs enfants d'apprendre une langue des Premières Nations; en fait les enfants de survivants ont plus de chances de parler une ou plusieurs langues des Première Nation. Environ la moitié des survivants affirment que les événements culturels et traditionnels sont très importants dans la vie de leur enfant. Nous constatons également que les conséquences des séquelles des pensionnats indiens ne sont pas aussi évidentes chez les enfants qu'ils le sont chez les adolescents et les adultes. Les conclusions de la présente étude indiquent qu'il est difficile de comprendre en quoi et comment les pensionnats indiens influencent la santé et les déterminants sociaux des enfants des Premières Nations aujourd'hui. Ce n'est pas que ces influences soient inexistantes, mais il est peut-être trop tôt pour que certains effets se soient produits dans la vie des enfants des Premières Nations.

Introduction

De la fin des années 1800 jusqu'aux années 1980¹, les enfants autochtones sont éduqués dans des pensionnats indiens financés par le gouvernement fédéral du Canada.² Ces pensionnats indiens sont progressivement fermés dans les années 1960 et 1970. Les séquelles des pensionnats indiens³ ont eu des effets à long terme non seulement sur ceux qui les ont fréquentés, mais aussi sur leurs descendants.

Les résultats de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 révèlent que les adultes qui ont fréquenté un pensionnat indien ont subi de graves dommages physiques, mentaux, émotifs et spirituels. Leurs enfants et petits-enfants (12 ans et moins) sont à risque de subir les contrecoups de cette expérience.

Le présent chapitre traite de la proportion d'enfants dont les parents et les grands-parents ont fréquenté les pensionnats indiens. Nous comparons ces données à celles relatives aux enfants et aux petits-enfants dont les parents ou les grands-parents ne les ont pas fréquentés. Nous comparons les points suivants : l'importance de l'apprentissage d'une langue de Première Nation, la perte d'une langue, l'importance des événements culturels traditionnels; l'opinion des parents concernant la santé globale de leur enfant et le risque d'un diagnostic de maladie ou de maladie mentale.

Résultats

Les conclusions de la présente étude indiquent qu'au moins un des parents de 16,5 % des enfants des Premières Nations a fréquenté les pensionnats indiens et qu'au moins un des grands-parents de 58,6 % d'entre eux les a fréquentés. La disparition des pensionnats indiens au début des années 1960 explique la différence entre les taux de fréquentation des parents et des grands-parents. Le chapitre 13 révèle que 20,3 % des adultes interrogés ont fréquenté un pensionnat indien. Selon d'autres études, ce sont plus de 100 000 enfants des Premières Nations qui ont fréquenté ces institutions. Concrètement, cela signifie que neuf citoyens des Premières Nations sur dix connaissent une personne qui a fréquenté un pensionnat indien.⁴ Bien que neuf enfants des Premières Nations sur dix connaissent quelqu'un qui a fréquenté un pensionnat indien, la présente étude indique qu'au moins six enfants sur dix sont liés à une personne qui en a fréquenté un.

Tableau 1. Proportion d'enfants des Premières Nations dont les parents et les grands-parents ont fréquenté un pensionnat indien

Participants intergénérationnels	Pourcenta
- ur trespunto intergenerationneis	ge
Mère ou tutrice ayant fréquenté un pensionnat indien	9,3 %
Père ou tuteur ayant fréquenté un pensionnat indien	11,3 %
Au moins un parent (père ou mère) ayant fréquenté un pensionnat indien	16,5 %
Grand-mère maternelle ayant fréquenté un pensionnat indien	38,8 %
Grand-père maternel ayant fréquenté un pensionnat indien	37,0 %
Grand-mère paternelle ayant fréquenté un pensionnat indien	34,6 %
Grand-père paternel ayant fréquenté un pensionnat indien	33,7 %
Au moins un des grands-parents ayant fréquenté un pensionnat indien	58,6 %
Au moins un parent et un des grands-parents ont fréquenté un pensionnat indien	11,9 %

C'est la manière dont les séquelles des pensionnats indiens se sont transmises aux enfants et aux petits-enfants des survivants qui est particulièrement troublante. Néanmoins, l'enquête révèle que les effets de cet héritage ne sont pas aussi évidents chez les enfants des survivants que chez les adolescents et les adultes dont les parents sont des survivants. Cela se traduit dans des domaines comme l'importance de l'apprentissage d'une langue des Premières Nations, la perte d'une langue, l'importance des événements culturels traditionnels et le risque d'un diagnostic de maladie physique ou mentale. L'étude des différences entre les enfants et les adolescents dont les parents sont des survivants des pensionnats indiens permet de conclure que les effets de cet héritage diminuent. Toutefois, les indicateurs peuvent porter à croire que les effets sur le bien-être des enfants se manifestent plus tard. Pour conclure à la diminution réelle des effets de cet héritage ou à leur manifestation plus tardive dans la vie de l'enfant, il faudrait établir une comparaison longitudinale détaillée des statistiques sur les enfants des survivants durant l'enfance ou l'adolescence. La plupart des enfants de moins de 12 ans sont moins susceptibles d'être nés de survivants. En effet, seulement 9,3 % des enfants ont une mère ou une tutrice qui a fréquenté un pensionnat indien, et 11,3 % un père (voir le tableau 1).

Près de 75,8 %ⁱⁱ des parents ex-pensionnaires croient qu'il est très important que leur enfant apprenne une langue des Premières Nations, contre 62,2 % de ceux qui n'ont jamais fréquenté de pensionnat indien. Près de 67,5 % des grandsparents (un ou plus) ex-pensionnaires croient aussi qu'il est très important que leur petit-enfant/enfant⁵ apprenne une langue des Premières Nations comparativement à 59,5 % des

 $^{^{}i}$ Afin de simplifier le texte, les intervalles de confiance des évaluations ne sont pas donnés à moins que le coefficient de variation ne soit supérieur à 33,3 %.

ii Les comparaisons entre des groupes ou des catégories sont significatives sauf lorsque « NS » (non significatif est écrit. Dans le présent chapitre, les différences sont jugées significatives lorsque les intervalles de confiance ne se recoupent pas à 95 % du niveau de confiance (selon l'ajustement de Bonferroni).

grands-parents qui n'ont pas fréquenté un pensionnat indien (voir le tableau 2).

Tableau 2. Proportion de survivants des Premières Nations (parents et grands-parents) et importance qu'ils accordent à l'apprentissage d'une langue des Premières Nations par leurs enfants.

Degré		ent ı plus)	Grand-parent (un ou plus)			
d'importance	Survivant	Non- survivant	Survivant	Non- survivant		
Très important	75,8 %	62,2 %	67,5 %	59,5 %		
Assez important	20,1 %	30,1 %	26,7 % (NS)	31,5 % (NS)		
Pas très important	3,7 % (NS)	5,0 % (NS)	4,6 % (NS)	5,3 % (NS)		
Pas important	_	2,7 %	1,2 %	3,7 %		

⁻ Données supprimées en raison de la taille insuffisante de l'échantillon.

(NS) signifie un lien non significatif.

En ce qui a trait à la compréhension totale ou relativement bonne d'une langue des Premières Nations ou plus, la différence est faible entre les enfants de survivants et ceux de parents qui n'ont pas fréquenté un pensionnat indien (voir le tableau 3). Il est intéressant de noter que les enfants de survivants (22,6 %) sont plus susceptibles que ceux de parents qui n'ont pas fréquenté un pensionnat indien (16,4 %) de parler couramment une langue des Premières Nations ou plus.

Tableau 3. Proportion d'enfants qui comprennent et parlent une langue des Premières Nations ou plus par rapport à la fréquentation d'un pensionnat indien par leurs parents.

	Pare	ent (un ou plus)				
	Survivant	Non-survivant				
Compréhension d'une langue des Premières Nations						
Aucune langue des Premières Nations	71,8 % (NS)	76,7 % (NS)				
Une langue des Premières Nations ou plus	28,2 % (NS)	23,3 % (NS)				
Capacité de parler une langue des Pre	emières Nations					
Aucune langue des Premières Nations	77,4 %	83,6 %				
Une langue des Premières Nations ou plus	22,6 %	16,4 %				

(NS) indique un lien non significatif

À peine la moitié des parents (55,1 %) qui ont fréquenté un pensionnat indien affirment que les événements culturels traditionnels sont très importants dans la vie de leur enfant. Or ces parents sont plus susceptibles d'accorder plus d'importance à la culture traditionnelle que ceux qui ne l'ont pas fréquenté (42,3 %). Seulement 5,0 % des parents survivants affirment que les événements culturels traditionnels ne sont pas importants dans la vie de leur enfant, ce qui ne diffère pas beaucoup de la proportion de parents qui n'ont pas fréquenté un pensionnat indien. Bref, les données révèlent que les enfants de survivants sont plus susceptibles que les autres de parler une langue des Premières Nations ou plus. De plus, les parents de survivants

sont plus susceptibles d'accorder une importance plus grande à l'apprentissage d'une langue des Premières Nations par leurs enfants ainsi qu'aux événements traditionnels/culturels. Ce signe positif révèle une revitalisation culturelle chez ces personnes.

Cette étude conclut qu'il est difficile de comprendre en quoi et comment les pensionnats indiens influencent la santé et les déterminants sociaux des enfants des Premières Nations. Aucun lien significatif n'a été trouvé entre la santé et le bien-être des enfants et la fréquentation des pensionnats indiens par leurs parents ou leurs grands-parents. Peut-être que les effets des pensionnats indiens ne se sont pas encore manifestés chez ces enfants. La majorité des survivants (90,7 %) et des non-survivants (95,1 %) affirment que leur enfant est en bonne ou en excellente santé. Pour l'instant, nous pouvons conclure qu'il n'y a pas de lien entre la santé et le bien-être des enfants des Premières Nations et le fait que leurs parents ou grands-parents ont fréquenté les pensionnats indiens.

Conclusion

Aucun lien significatif n'a été trouvé entre la santé physique, mentale, émotive ou spirituelle des enfants et la fréquentation de pensionnats indiens par leurs parents ou grands-parents. La plupart des parents jugent que leurs enfants sont en bonne santé. D'un côté, la santé et les déterminants sociaux ou le bien-être global des enfants des Premières Nations d'aujourd'hui proviennent de facteurs divers, autres que les pensionnats indiens – surtout parce que les parents d'enfants de moins de 12 ans n'ont pas fréquenté un pensionnat indien. Toutefois, bien qu'il faille préciser que les compétences parentales s'améliorent avec la résilience et le ressourcement des survivants et des communautés, il faut souligner que les incompétences parentales issues de la fréquentation d'un pensionnat indien peuvent avoir été transmises de génération en génération. Les lacunes en matière de compétences parentales exposent les enfants des Premières Nations à plus de risques de problèmes de santé et de bien-être. Les conclusions de la présente étude confirment que les prochaines recherches sur les pensionnats indiens et les enfants des Premières Nations âgés de 12 ans et moins devront porter sur la guérison de l'expérience des pensionnats indiens pour les enfants, leurs parents et grandsparents. Pour sa part, le présent chapitre conclut qu'il serait avantageux d'établir une comparaison longitudinale plus détaillée des statistiques sur les enfants des Premières Nations, durant l'enfance et l'adolescence, afin de déterminer si les effets de cet héritage diminuent réellement ou s'ils se manifesteront plus tard durant la vie de l'enfant.

327

Notes de fin du chapitre 33

• John S. Milloy, A National Crime: The Canadian government and the residential schools John S. Milloy, A National Crime: The Canadian government and the restaential schools system, 1879 to 1986, Winnipeg, Man., University of Manitoba Press, 1999.
 Jennifer J. Llewellyn, «Dealing with the Legacy of Native Residential School Abuse in Canada: Litigation, ADR, and Restorative Justice», University of Toronto Law Journal 52 (2002), pp. 253-300.

Note: Les sources consultées ne s'entendent pas sur la date à laquelle les derniers pensionnats indiens ont fermé leurs portes. Bon nombre d'entre elles affirment que cela s'est produit au milieu des années 1980. Ces différences s'expliquent par le fait que le gouvernement fédéral n'exerçait aucun contrôle sur les pensionnats indiens après le milieu des années 1980, même si certains pensionnats indiens ont continué d'exister sous le contrôle de groupes des Premières Nations après cette date. Le dernier pensionnat indien a fermé ses portes en 1996 à Regina en Saskatchewan. Milloy (1999) affirme que c'est en 1986 que le gouvernement fédéral a eu pour la dernière fois le contrôle exclusif d'un pensionnat indien (cité dans Llewellyn, 2002).

- Llewellyn, «Dealing with the Legacy of Native Residential School Abuse in Canada: Litigation, ADR, and Restorative Justice», University of Toronto Law Journal.

 S. Fournier & E. Grey, Stolen From Our Embrace: The Abduction of First Nation Children and the Restoration of Aboriginal communities, Toronto, Ont., Douglas & McIntyre, 1997. Agnes Grant, No end of grief: Indian residential schools in Canada, Winnipeg, Man., Penmican Publishers, 1996.
 - James Roger Miller, Shingwauk's Vision: A History of Native Residential Schools, Toronto, Ont., University of Toronto Press, 1996.
 - Milloy, A National Crime: The Canadian government and the residential schools system, 1879 to 1986.

Note: Pour une définition des pensionnats indiens, consulter le chapitre 14. Pour un aperçu de l'histoire du système des pensionnats indiens, Llewellyn (2002) propose de consulter le chapitre 2 du livre de S. Fournier & E. Grey (1997); Agnes Grant (1996); J. R. Miller (1996); et John S. Milloy (1999).

- Note: Pour une définition des séquelles des pensionnats indiens, consulter le chapitre 13.
 Llewellyn, « Dealing with the Legacy of Native Residential School Abuse in Canada: Litigation, ADR, and Restorative Justice », University of Toronto Law Journal.
- Note: Les réponses données par les grands-parents (un ou plus) qui ont fréquenté un pensionnat indien le sont au nom des enfants âgés de moins de 12 ans. Le rédacteur est incapable de déterminer si les grands-parents répondent pour leurs propres petits-enfants, les enfants qu'ils élèvent, ou les deux.

3

Chapitre 34

Bien-être émotionnel et social

Résumé

Le bien-être émotionnel et social des enfants des Premières Nations est influencé par différents facteurs comme les séquelles des pensionnats indiens, l'importance accordée aux activités culturelles et traditionnelles ainsi que la participation à celles-ci, la fréquentation de l'école, l'alimentation et les limitations d'activité. La scolarité des parents est un autre facteur : les enfants dont les parents ont un bon niveau de scolarité mangent mieux, ont moins de problèmes émotionnels, lisent davantage et sont généralement en meilleure santé. Pour définir le « rendement scolaire » de manière à ce qu'il aille de concert avec l'autodétermination de la communauté, il faut le penser, l'articuler et le mettre en œuvre avec soin. Autrement dit, la signification de l'éducation ne devrait pas se limiter à la hausse des niveaux de scolarité, mais comprendre également la reconnaissance de la valeur de l'éducation traditionnelle. La concrétisation de ces types de phénomènes sociaux est souvent complexe et peut entraîner un stress émotionnel et social. Les enfants sont l'avenir de nos communautés : comprendre ce qui détermine leur bien-être émotionnel et social nous aidera à bâtir des communautés fortes.

Introduction

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 (ERS) pose sept questions importantes à propos du bien-être émotionnel et social des enfants. Ces questions s'inscrivent dans une stratégie globale misant sur un cadre holistique et culturellement approprié, lequel offre un aperçu du bien-être émotionnel et social des enfants des Premières Nations en tant qu'indicateur important de leur santé globale. Le présent chapitre offre une analyse et une interprétation des données recueillies et les compare à des données semblables sur le bien-être émotionnel et social des enfants canadiens.

Le bien-être émotionnel et social fait partie intégrante de la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme étant « un état de bien-être complet sur le plan physique, mental et social, et non simplement comme l'absence de maladie ou d'infirmité ». 1 Certains aspects de la vie, notamment la participation à des activités communautaires sportives, artistiques ou traditionnelles, aux activités parascolaires, ainsi que les émotions comportements qu'engendrent ces activités, influencer le bien-être émotionnel et social. Ainsi, le bienêtre émotionnel et social des enfants des Premières Nations peut être influencé par des facteurs comme la participation aux activités culturelles et traditionnelles, la fréquentation scolaire, la participation aux activités ou les limitations à participer à celles-ci, le régime alimentaire et la fréquentation d'un pensionnat indien par leurs parents et leurs grandsparents.

Cadre culturel de l'ERS

Le cadre culturel sert à recueillir et à analyser les données sur le bien-être émotionnel et social des enfants des Premières Nations, que l'on représente de façon holistique dans le présent chapitre par une roue de la médecine. Cette roue se fonde sur un modèle de guérison à quatre directions composé du corps, de l'esprit, du cœur et de la pensée. Le bien-être émotionnel et social des enfants est relié aux éléments de ces quatre directions.

Le bien-être émotionnel et social a un impact sur le corps et s'y manifeste, par exemple en influençant les fonctions physiologiques et biologiques qui, à leur tour, peuvent avoir des effets sur le comportement, les dispositions et les états psychologiques. Il agit aussi sur l'esprit et peut se manifester par son entremise, ce qui peut nuire à la relation avec la Terre et le Créateur et avoir des répercussions sur la culture traditionnelle, la spiritualité, l'assimilation et les pensionnats indiens. Le cœur aussi a des effets sur le bien-être émotionnel et social en ce qui a trait au lien avec la famille, à la stabilité émotionnelle, à l'harmonie et à l'équilibre. Enfin, la pensée joue un rôle fondamental dans le bien-être émotionnel et social des enfants, y compris dans la fréquentation scolaire,

la limitation d'activités, les activités parascolaires, la lecture et le comportement.

Le présent chapitre est structuré comme la roue de la médecine. La première section présente les données sur l'esprit, y compris celles relatives aux pensionnats indiens, à l'état du transfert des responsabilités en matière de santé et à la participation aux événements culturels et traditionnels. La deuxième section porte sur le cœur et concerne les problèmes affectifs et comportementaux et les liens familiaux. La troisième section traite de la pensée, y compris le niveau de scolarité des parents, les études des enfants et leur aptitude à la lecture. Enfin, la quatrième section porte sur le corps, notamment sur la nutrition, la participation aux activités et les limitations dans ce domaine.

Est – Esprit

Pensionnats indiens

Dans son rapport intitulé *Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats indiens*, la Fondation autochtone de guérison définit les pensionnats indiens comme un « régime canadien de pensionnats fréquentés par des élèves autochtones, comprenant des écoles industrielles, des internats, des résidences d'élèves, des auberges de jeunesse, des centres d'hébergement, des internats, accueillant la plupart des élèves de jour, ou une association de deux ou de plusieurs catégories de pensionnats énumérées précédemment ».² Ce rapport révèle aussi que « des milliers d'enfants autochtones, inscrits sous le prétexte de leur donner une éducation « chrétienne » et de les protéger de l'influence rétrograde de leurs parents, ont été logés dans des pensionnats indiens à l'époque de ces institutions ».³

On a souvent évoqué les conséquences négatives de la fréquentation des pensionnats indiens sur la santé et le bienêtre des peuples autochtones. Il ne faut pas non plus oublier leurs conséquences intergénérationnelles sur le bien-être émotionnel et social des enfants. Les conséquences intergénérationnelles du colonialisme sont bien documentées. Par impact intergénérationnel des pensionnats indiens, on entend les « effets des violences sexuelles et physiques subies dans les pensionnats indiens et qui ont été transmis aux enfants, aux petits-enfants et aux arrière-petits-enfants de ceux qui ont fréquenté le réseau des pensionnats indiens ».4 L'impact subi par les survivants intergénérationnels des pensionnats indiens est complexe et de gravité variable. Les conséquences les plus graves sur le bien-être émotionnel et social sont, notamment, les problèmes et la violence psychologique et émotive, la peur de grandir, la transformation et la guérison, les familles et les relations interpersonnelles dysfonctionnelles, les blocages en matière d'éducation (comme l'aversion pour les programmes d'enseignement formels qui ressemblent « trop à l'école »), la peur d'échouer, le sabotage de ses chances de réussite ainsi que la désunion et les conflits entre les individus et au sein des familles et les factions dans la communauté.⁵

Parmi les répondants au questionnaire des enfants de l'ERS, 9,3 % indiquent que leur mère a fréquenté un pensionnat indien, alors que 11,3 % indiquent que c'était le cas pour leur père. Plus d'un enfant sur 10 (11,9 %) déclare qu'au moins un de ses parents et de ses grands-parents a fréquenté un pensionnat indien. Au moins un des grands-parents de 58,6 % de tous les enfants a fréquenté un pensionnat indien.

Que leurs parents ou grands-parents aient ou non fréquenté un pensionnat indien, les enfants s'entendent bien avec leur famille. De plus, la fréquentation d'un pensionnat indien (par un des parents, des grands-parents ou les deux) n'a pas de lien significatif avec une prévalence plus élevée de problèmes affectifs ou comportementaux.

Caractéristiques de la communauté : état du transfert des responsabilités en matière de santé, isolement et taille

Plusieurs caractéristiques de la communauté, entre autres l'état du transfert des responsabilités en matière de santé, le degré d'isolement et la taille de la communauté étaient à notre disposition pour nous permettre de dresser un tableau croisé avec les données relatives au bien-être émotionnel et mental des enfants.

En ce qui a trait au transfert, les communautés des Premières Nations continuent d'affirmer le lien entre les efforts d'autodétermination et la santé de la communauté. D'ailleurs, de récentes études sur la continuité culturelle et l'autodétermination confirment ce lien. Interrogés sur l'état du transfert relatif à la santé, 56,5 % des répondants indiquent que leur communauté n'a pas conclu d'entente de transfert, et 29,4 % indiquent qu'en vertu de la politique de transfert, leur communauté est responsable de la prestation des services de santé dans la réserve.

Les données ne révèlent pas de lien significatif entre l'état du transfert de la communauté et la prévalence de parents déclarants que leur enfant a des problèmes à s'entendre avec les membres de sa famille. De même, l'état du transfert relatif à la santé n'est pas lié au taux de problèmes affectifs ou comportementaux et n'a pas de répercussion sur la santé générale des enfants.

L'isolement ou la taille de la communauté n'a pas d'effet significatif sur la prévalence de problèmes affectifs ou comportementaux ou sur les problèmes à s'entendre avec les membres de sa famille.

Importance des événements culturels

De récentes études renforcent le lien entre la continuité culturelle et la santé des personnes et des communautés des Premières Nations. Le bien-être émotionnel et social est lié à la continuité culturelle et, dans son questionnaire aux enfants, l'ERS pose des questions importantes sur la culture. Dans la

section sur le bien-être émotionnel et social, on demande aux participants de décrire l'importance des événements traditionnels culturels dans la vie de l'enfant.

Interrogés à ce sujet, 83,2 % des répondants indiquent que ces événements sont assez ou très importants, alors que 16,8 % affirment qu'ils ne le sont pas.

De plus, l'importance des événements culturels dans la vie d'un enfant est grandement liée à la fréquence à laquelle il participe à des activités, comme le chant traditionnel, le tambour ou les cours ou groupes de danse. Les parents qui croient que les événements culturels sont assez ou très importants sont plus susceptibles que ceux qui en nient l'importance de faire participer leurs enfants à des activités traditionnelles (respectivement 31,0 % contre 4,0 % qui y participent au moins une fois par semaine).

Sud-Cœur

Liens familiaux

L'interconnectivité indique le rapport qu'entretiennent les enfants avec leur famille et la nature de leur entente avec elle. Elle constitue un aspect important de leur bien-être émotionnel et social. On s'accorde généralement à reconnaître que les milieux sociaux et les réseaux de soutien jouent un rôle important dans le bien-être émotionnel et physique des enfants. La famille⁸ est l'un des éléments essentiels de ce milieu social. Le rapport du gouvernement fédéral sur le bien-être des jeunes enfants canadiens publié en 2003 soulignait les recherches démontrant que la dynamique familiale est l'un des éléments qui a le plus d'incidence sur le bon développement des enfants. La dynamique familiale comprend des facteurs comme le fonctionnement familial et fait référence à la facon dont ses membres communiquent entre eux et agissent les uns par rapport aux autres. 10 Le questionnaire des enfants de l'ERS mesure ces dynamiques familiales en interrogeant les répondants sur les rapports de l'enfant avec les membres de sa famille depuis les six derniers mois.

En général, la grande majorité des enfants des Premières Nations s'entendent bien avec les membres de leur famille : 51,9 % des répondants ont répondu « très bien/aucun problème », 41,7 % « assez bien/presque pas de problème », 5,9 % « pas très bien/beaucoup de problèmes » et 0,6 % ont indiqué que l'enfant ne s'entendait pas bien du tout avec sa famille et qu'il avait toujours des problèmes. Aucune différence significative n'a été observée selon le sexe. Toutefois, les enfants plus âgés ont plus de difficulté à s'entendre avec leur famille (4,7 % pour les enfants de moins de six ans contre 7,9 % pour les autres).

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit de 1997 posait la même question, mais obtenait des résultats à peine meilleurs. En 1997, près des trois quarts des enfants interrogés s'entendaient bien avec leur famille. Tout comme l'enquête 2002/2003, l'ERS de 1997 révélait que l'âge des enfants a un impact sur les réponses. Plus les enfants sont âgés, plus ils sont susceptibles d'avoir des problèmes à s'entendre avec sa famille.

Problèmes affectifs et comportementaux

L'étude exhaustive du bien-être émotionnel et social des enfants comporte un examen des problèmes affectifs et comportementaux, y compris les sentiments exprimés, comme l'anxiété, l'agressivité et la perturbation affective, ou des comportements de nature plus physique comme l'hyperactivité et les troubles de comportements et de la conduite. Le questionnaire des enfants de l'ERS compte une question sur les problèmes affectifs et comportementaux (par rapport aux enfants du même âge).

Dans l'ensemble, 15,4 % des enfants font état d'un problème affectif ou comportemental. Les garçons sont plus susceptibles (18,4 %) que les filles (12,2 %) d'en souffrir. De plus, les jeunes garçons (moins de six ans) sont plus susceptibles que les filles de souffrir d'un problème affectif ou comportemental (4,3 % par rapport à 5,9 %). Cette différence n'est pas significative chez les garçons et les filles âgés de six ans et plus chez qui le taux global est de un pour cinq (19,5 %).

Comme on pouvait s'y attendre, les enfants aux prises avec des problèmes affectifs et comportementaux (22,2 %) sont cinq fois plus susceptibles que les autres (3,9 %) de ne pas s'entendre avec les membres de leur famille depuis les six derniers mois.

En 1997, l'ERLSPNI a aussi recueilli des données sur les problèmes affectifs et comportementaux des enfants, et 17 % des parents ont indiqué que, depuis les six derniers mois, leur enfant avait plus de problèmes que les autres enfants du même âge. De plus, parmi les enfants interrogés de 12 ans et plus, près de 25 % ont affirmé avoir des problèmes affectifs et comportementaux. Bien que les données recueillies en 1997 ne soient pas exclusives aux Premières Nations, il semble que le taux de problèmes affectifs et comportementaux soit semblable aux taux révélés par l'enquête de l'ERS sur les enfants.

On a recueilli certaines données sur les problèmes affectifs et comportementaux des enfants canadiens. Toutefois, la plupart de ces données ne comparent pas les enfants interrogés à d'autres enfants du même âge (de groupes ou populations particuliers). Il est donc difficile de comparer les données de l'ERS à celles sur la population canadienne. Par exemple, le troisième cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) révèle que la majorité des enfants (dans la population canadienne) ne présentent pas de troubles comportementaux. En effet, 13,8 % des enfants interrogés dans le cadre de l'ELNEJ symptômes présentaient des d'anxiété, 12,2 % d'hyperactivité et d'inattention, 13,6 % d'agressivité

physique, et 10,1 % présentaient de faibles signes de comportement prosocial. En général et bien qu'une comparaison plus poussée aurait sa raison d'être, il ne semble pas y avoir de différence significative entre le comportement affectif et social des enfants des Premières Nations et celui des autres enfants.¹²

Ouest - Pensée

Niveaux de scolarité des parents

Le niveau de scolarité des parents a des répercussions sur la santé et le bien-être de leurs enfants. Par exemple, le rapport du gouvernement canadien sur le bien-être des enfants soulignait l'apport important de la scolarité de la mère sur le développement de son enfant¹³. L'économie actuelle est axée sur le savoir et insiste fortement sur la scolarité. La scolarité d'un parent influence donc le type d'emploi accessible, ce qui constitue un déterminant clé de la santé. Cette scolarité a des répercussions sur leur propre bien-être émotionnel et social ainsi que sur celui de leurs enfants. Le questionnaire des enfants de l'ERS comprend des questions sur le niveau de scolarité des parents et précise le plus haut niveau scolaire achevé par les parents ou les tuteurs (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Niveau de scolarité le plus élevé atteint par la mère et le père des enfants

Niveau de scolarité atteint	Mère	Père
Études secondaires non terminées	46,0 %	56,6 %
Diplôme d'études secondaires	24,4 %	20,3 %
Diplôme d'études collégiales	24,5 %	20,4 %
Baccalauréat	5,0 %	2,6 %
Maîtrise ou doctorat	-	-

Une analyse plus poussée des données de l'ERS révèle que plus le niveau de scolarité atteint par la mère ou le père est élevé, plus ces derniers sont susceptibles de dire que leur enfant est en très bonne ou en excellente santé. Les mères détenant un diplôme universitaire sont plus susceptibles (81,7 %) que les mères ne détenant pas de diplôme d'études secondaires, détenant un diplôme d'études secondaires ou collégiales (67,2 % à 72,5 %) d'estimer que leur enfant est en très bonne ou en excellente santé. Le niveau de scolarité du père a un effet moins prononcé. En effet, les pères ayant une scolarité collégiale sont plus susceptibles que ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires d'affirmer que leur enfant est en très bonne ou en excellente santé.

Les taux de scolarité des populations des Premières Nations ont toujours été plus faibles que ceux de la population canadienne. Le troisième cycle de l'ENLEJ fournit des données comparatives sur le niveau de scolarité des parents de jeunes enfants (1998-1999). Selon l'ELNEJ, 12,1 % des mères de jeunes enfants n'ont pas terminé leurs études secondaires, 16,1 % détiennent un diplôme d'études secondaires, 26,4 % ont poursuivi leurs études au-delà du

secondaire et 45,4 % détiennent un diplôme d'études collégiales (y compris un diplôme professionnel) ou un diplôme universitaire. De plus, l'ENLEJ révèle que 13,6 % des pères de jeunes enfants n'ont pas terminé leurs études secondaires, 15,6 % détiennent un diplôme d'études secondaires, 22 % ont poursuivi leurs études au-delà du secondaire et 48,7 % détiennent un diplôme d'études collégiales (y compris un diplôme professionnel) ou un diplôme universitaire (tableau 2).

Tableau 2 : Niveau de scolarité des parents selon l'ERS (2002/2003) et selon l'ELNEJ (1998-99)

Niveau de scolarité	Mère		Père	
Niveau de scolarite	ERS	ELNEJ	ERS	ELNEJ
Études secondaires non terminées	46,0 %	12,1 %	56,6 %	13,6 %
Diplôme d'études secondaires	24,4 %	16,1 %	20,3 %	15,6 %
Diplôme ou études universitaires	29,7 %	45,4 %	23,1 %	48,7 %

Bien que les figures des niveaux de scolarité de la population canadienne soient complètement à l'opposé des données recueillies par l'ERS, il ne s'agit pas d'une découverte. Les données de l'ERS renforcent la nécessité de faire de l'éducation des Premières Nations une priorité, en se concentrant sur les résultats réalisables non seulement pour hausser le niveau de scolarité, mais aussi pour reconnaître la valeur de l'éducation culturelle traditionnelle.

Scolarité des enfants

Les enfants sont interrogés sur leur fréquentation scolaire et des Programmes d'aide préscolaire aux Autochtones : 67,9 % des enfants de 3 à 5 ans et 84,5 % des enfants de 6 à 11 ans disent fréquenter l'école. Lorsqu'on demande si l'enfant a fréquenté le programme d'aide préscolaire, 38,8 % répondent oui et 63,2 % non. La fréquentation de l'école régulière est plus élevée que celle du programme d'aide préscolaire. Il est difficile de mesurer l'effet du programme d'aide préscolaire dans les réserves puisqu'on ne sait pas si les résultats traduisent un manque d'intérêt ou une mauvaise accessibilité. Une enquête plus poussée sera nécessaire pour comprendre le phénomène social sous-jacent qui influence les niveaux de fréquentation, en particulier dans les communautés qui offrent les programmes d'aide préscolaire.

Lecture chez les enfants

Des études révèlent que, pour les enfants, lire ou se faire lire par une personne proche est un déterminant important du développement. La lecture est avantageuse pour le développement et favorise et nourrit la création de liens et la connectivité émotionnelle. Par conséquent, dans la section du questionnaire des enfants de l'ERS consacré au bien-être émotionnel, on demande aux parents à quelle fréquence leurs

enfants lisent pour le plaisir ou se font faire la lecture (en dehors de l'école).

Parmi les répondants, 33,1 % indiquent lire pour le plaisir ou se faire faire la lecture tous les jours; 40,9 % au moins une fois par semaine; 10,5 % au moins une fois par mois; et 15,5 % jamais. Comme l'illustre le tableau 3, les filles sont plus susceptibles de se faire faire la lecture tous les jours, alors que les garçons sont plus susceptibles de ne s'être jamais fait faire la lecture.

Tableau 3 : Proportion d'enfants qui se font faire la lecture, selon le sexe

Fréquence	Garçon	Fille	Total
Tous les jours	27,4 %	39,2 %	33,1 %
Au moins une fois par semaine	41,9 %	39,8 %	40,9 %
Au moins une fois par mois	12,4 %	8,6 %	10,5 %
Jamais	18,3 %	12,6 %	15,5 %

L'analyse des données indique que les enfants qui fréquentent actuellement l'école sont plus susceptibles de lire pour le plaisir ou de se faire faire la lecture tous les jours. Il semble néanmoins que la fréquence de la lecture ne soit pas liée au fait que l'enfant a fréquenté ou non un Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

La fréquence de la lecture ou les activités qui incorporent certains aspects de la lecture sont aussi liées au niveau de scolarité du père et de la mère. Plus le niveau de scolarité de ces derniers est élevé, plus l'enfant est susceptible de lire ou de se faire faire la lecture tous les jours. La différence la plus marquée se trouve entre les mères sans diplôme d'études secondaires et celles ayant effectué des études collégiales. Les enfants sont plus susceptibles de se faire faire la lecture si leur père a au moins terminé ses études secondaires.

Nord - Corps

Nutrition

Le questionnaire des enfants de l'ERS demande aux répondants si l'enfant a un régime alimentaire nutritif et équilibré : 55,6 % des répondants affirment que le régime alimentaire de leurs enfants est toujours ou presque toujours nutritif et équilibré; 39,6 % qu'il est quelquefois nutritif et équilibré. Les autres affirment que le régime alimentaire de leurs enfants est rarement (4,3 %) ou jamais (0,7 %) nutritif et équilibré.

Les données montrent qu'il n'y a pas de lien entre le niveau de scolarité de la mère et le régime alimentaire de leur enfant. De même, il n'y a aucun lien significatif entre le régime alimentaire nutritif et équilibré d'un enfant et le revenu familial ou l'état du transfert relatif à la santé d'une communauté.

Participation à des activités parascolaires

La participation des enfants à des activités parascolaires a une incidence sur leur bien-être émotionnel et social. La participation à des activités à l'extérieur de l'école est associée à de moindres difficultés scolaires, à une meilleure sociabilité, à une plus grande confiance en soi et à une meilleure condition physique. 16 Le questionnaire des enfants de l'ERS demande aux répondants la fréquence à laquelle leur enfant participe à diverses activités parascolaires (comme une équipe sportive, des cours de chant traditionnel, de tambour ou de danse) et le nombre d'heures consacrées chaque semaine à d'autres activités, comme regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, utiliser un ordinateur, jouer dehors et aider aux travaux ménagers.

Les statistiques sur la population canadienne tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (1998-1999) indiquent que près de 87 % des Canadiens et Canadiennes de 4 à 15 ans participent à des activités parascolaires et qu'environ 13 % des enfants y participent rarement ou jamais.¹⁷ En comparaison, les enfants des Premières Nations ont des taux de participation beaucoup plus faibles. Interrogés sur la participation aux activités sportives (hors de l'école), 52,8 % affirment ne jamais y participer, 11,4 % y participent moins d'une fois par semaine, 28,6 % y participent de une à trois fois par semaine et 7,2 % y participent quatre fois ou plus par semaine. Cela a des répercussions importantes sur le taux d'obésité des Premières Nations de même que sur leur bien-être émotionnel et mental.

Interrogés sur leur participation aux activités artistiques, musicales ou à d'autres cours, 81,8 % des répondants affirment ne jamais y participer, 7,3 % y participent moins d'une fois par semaine, 9,3 % y participent de une à trois fois par semaine et 1,6 % y participent quatre fois ou plus par semaine à des activités parascolaires.

Interrogés sur leur participation à des cours de chant traditionnel, de tambour ou de danse, 74,3 % des répondants affirment ne jamais y participer, 14,9 % y participent moins d'une fois par semaine, 9,3 % y participent de une à trois fois par semaine et 1,6 % y participent quatre fois ou plus par

Le questionnaire demande aussi aux parents d'évaluer l'importance pour leur enfant d'apprendre une langue des Premières Nations ou inuit. Les données montrent que les parents pour qui l'apprentissage d'une langue des Premières Nations ou inuit est très important sont plus susceptibles de faire participer leur enfant à des activités traditionnelles quatre fois ou plus par semaine. Parmi eux, 90,6 % affirment qu'il est très important que leur enfant apprenne une langue des Premières Nations ou inuit, 7,1 % affirment que cela est assez important et 2,4 % que ce n'est pas important. Réciproquement, les données ne font état d'aucun lien entre la participation aux activités traditionnelles et la santé.

Les répondants affirment passer chaque semaine en moyenne 12,8 heures à regarder la télévision, 6,1 heures à jouer aux jeux vidéo, 4 heures à utiliser un ordinateur (autrement que pour jouer), 13,9 heures à jouer dehors et 3,6 heures à participer aux travaux ménagers. Ces taux montrent que bien que les jeunes participent à des activités à l'extérieur et participent aux travaux ménagers, ils sont plus susceptibles d'être sédentaires et de participer à des activités qui ne sont pas physiques et qui ne sont pas liées au mode de vie des Premières Nations.

Aller de l'avant

Les données recueillies dans le cadre de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) relativement au bien-être émotionnel et social des enfants des Premières Nations seront essentielles pour l'élaboration de futurs politiques et programmes. Elles représentent une partie importante de l'enquête longitudinale puisqu'elles décrivent précisément l'état de nos enfants. Ces données rappellent que les enfants des Premières Nations sont toujours différents sous plusieurs aspects de leur bien-être émotionnel et social. C'est en s'engageant significativement dans l'élaboration de politiques et de programmes qui auront une incidence sur leur santé que les Premières Nations réussiront à minimiser cette marginalisation. Ces stratégies devront être orientées vers le soutien à la famille et les initiatives scolaires. Les Premières Nations doivent s'engager pleinement dans la création de programmes visant à améliorer le bien-être émotionnel et social de leurs enfants – des programmes dont l'élaboration et la mise en oeuvre englobent les conceptions holistiques de la santé des Premières Nations et incorporent les principes PCAP. 18

Notes de fin du Chapitre 34

- Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale sur la santé, New York, du 19 au 22 juin 1946. Signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (dossiers officiels de l'OMS, n° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.
- Fondation autochtone de guérison, Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats Ottawa, Ont., Fondation autochtone de guérison, 2003.
- 3
- 4. Fondation autochtone de guérison, Guide du programme de la Fondation autochtone de guérison, 2e édition, Ottawa, Ont., Fondation autochtone de guérison, 1999.
- Fondation autochtone de guérison, Que sont les enfants devenus? Guérir l'héritage des écoles résidentielles [en ligne]. 2005. Accessible sur le Web : http://www.lesenfantsdevenus.ca/fir/impacts.html.

 M. Chandler et C. Lalonde, 1998, « Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's
- First Nations », Transcultural Psychiatry, 24, 2: 191-219
- Ibid.
- Santé Canada, Le développement sain des enfants et des jeunes, Ottawa, Ont., Santé Canada,
- Gouvernement du Canada, Le bien-être des jeunes enfants au Canada, Ottawa, Ont., Gouvernement du Canada, 2003. Développement des ressources humaines Canada et Statistiques Canada, Enquête longitudinale
- nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 4 (2000-2001), Ottawa, Ont., Statistiques Canada,
- Santé Canada, Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuit : Rapport de synthèse, Ottawa, Ont., Direction générale de la santé, 1997.
- 12. Développement des ressources humaines Canada et Statistiques Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Cycle 3 (1998-1999), Ottawa, Ont., Statistiques Canada, 1999
- Gouvernement du Canada, Le bien-être des jeunes enfants au Canada.
- Gouvernement du Canada, Le bien-être des jeunes enfants au Canada, Ottawa, Ont., Gouvernement du Canada, Novembre 2002.
- Fondation Investir dans l'enfance, Faire la lecture a votre enfant [en ligne]. 2005. Accessible sur le Web : http://www.investirdanslenfance.ca/Home.aspx?lang=fr

Développement des ressources humaines Canada et Statistiques Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : participation aux activités (1998-1999), Ottawa, Ont., Statistiques Canada, 1999.

Ibid.

Note: La propriété, le contrôle, l'accès et la possession (PCAP) sont des principes des Premières Nations appliqués à la recherche et à la cueillette des données. 16.

^{17.} 18.

Annexe A

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé sous la direction du Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et mis en oeuvre par les coordonnateurs régionaux de l'ERS et l'équipe de l'ERS de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). De nombreuses personnes ont contribué au succès de ce rapport.

Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) – actuel

D^{re} Valerie Gideon, APN, coprésidente du CGIPN

Ceal Tournier, SK, coprésidente du CGIPN Jay Lambert/Lori Meckelborg, C.-B.

Jackie Oka, Alb.

Kathi Avery Kinew, Man.

Tracy Antone, Ont.

Nadine Gros-Louis/Nancy Gros-Louis-

McHugh, QC

Wendy Paul Rosenrauch, N.-B.

Sally Johnson, N.-É.

Lori Duncan, Yn

Telmo Dos Santos, T.-N.-O.

Coordonnateurs régionaux de l'ERS – actuels

Linda Kay Peters, C.-B. Monica Chiefmoon, Alb.

Martin Paul, Sask.

Kathi Avery Kinew, Man.

Donna Loft, Ont.

Nancy Gros Louis McHugh, QC

Wendy Paul Rosenrauch, N.-B.

Nigel Johnson, N.-É. Helen Stappers, Yn

T.-N-O. - Vacant

Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) – précédent

Linda Day, C.-B.

Deanna Jones-Keeshig, Ont.

Nora Doig, Charlie Gaudet, T.-N-O.

Jordan Head, Alb.

Doreen Sanderson, Man.

Darin Stevenson, Man.

Jenni Wastesicoot, Man.

Coordonnateurs régionaux de l'ERS (précédents)

Sherri Waterchief, Alb.

Noella Littlemustache, Alb.

Rachel Snow, Alb.

Alayna Many Guns, Alb.

Darrin Stevenson, Man.

Janet Longclaws, Man.

Edith Sanderson, Man.

Deborah Wilde, Man.

Marie-Josée Dussault, QC

Sharon Wabegijig, Ont.

Nancy MacLeod, N.-É.

Elaine Shorty, Yn

Sonny 'Barrett' Lenoir, T.-N.-O.

Mariah McSwain, T.-N.-O.

Gary Juniper, T.-N.-O.

Employés du Bureau national de l'ERS

Odessa Belanger

Julian Robbins

Jane Gray

Donna Lyons

Phat Ha

Colleen Toulouse

Brian Schnarch

Andrew Webster

Merci à ceux et à celles qui ont apporté des idées, des concepts ou qui ont offert de l'aide technique au cours des dernières années :

Dan Allman Laurel Lemchuck Favel

John Phillips Doug Anderson Ellen Bobet Richard Powless Brenda Elias Gail McDonald Susan McBroom Allen Deleary Mike Mitchell Jim Dumont Paul Emond Effie Panousos Christine Cameron Karine Pepin Cora Lynn Craig Jacques Thibault Dan David Ederne Victor Anthony Da Ros Andrea J. Williams Mark Dockstator Kienan Williams David Flaherty Krista Yao

Tom Goss

Shannon Lanigan

Nous remercions spécialement les collaborateurs qui ont participé à l'élaboration des différentes sections de ce rapport. On en trouvera une liste complète à l'*Annexe B – Collaborateurs*.

Des remerciements spéciaux vont à toutes les personnes qui ont partagé la vision de cette enquête et qui ont apporté leur appui et leurs ressources à ce projet :

Katherine Stewart, Santé Canada

Rene Dion, Santé Canada

Judith Dowler, Santé Canada

Keith Conn, Santé Canada/maintenant avec RHDCC

Un merci tout particulier au Centre des Premières Nations et à l'Organisation nationale de la santé autochtone pour la coordination de l'ERS 2002/2003.

Enfin, nous tenons à remercier tout spécialement les comités consultatifs régionaux de l'ERS ainsi que les responsables de la collecte des données dans les communautés. Ces derniers sont si nombreux qu'il est impossible de les nommer tous, mais nous n'oublierons pas leurs contributions et leur engagement.

Annexe B

Collaborateurs

Le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations désire remercier les personnes qui, par leurs connaissances et leur expertise, ont participé à l'élaboration des différentes sections de ce rapport.

- Josie Auger-Cardinal
- Kim Barker
- Ellen Bobet
- Christine Cameron
- Cora Craig
- Cameron Crawford
- Mark Dockstator
- Jim Dumont
- Nicole Eshkakogan
- Linda Fischer
- Crystal Holly
- Sonia Isaac-Mann
- Andrea L.K. Johnston
- Andrew Kmetic
- Olga Krassioukova-Enns
- Malcolm King
- Josée Lavoie
- Herenia Lawrence
- Angeline Letendre
- Zhong-Cheng Lou

- Katherine Minich
- Kelly McShane
- Dawn Martin-Hill
- Earl Nowgesic
- Darryl O'Brien
- Darryl Quantz
- Jeff Reading
- Amanda Ritchie
- Laurie Ringaert
- Diane Scribe-Niiganii
- Danielle Soucy
- Janet Smylie
- Sarah Marie Steeves
- Dennis Wardman
- Colleen Watters
- Cornelia Wieman
- Andrea J. Williams
- Kienan Williams
- Erin Wolski
- Gustavo Zayas

Annexe C

Communautés participantes

Les communautés des Premières Nations suivantes ont pris part à l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/2003 :

Alberta

Première Nation d'Alexander Première Nation de Driftpile

Kainai

Première Nation de Kapawe'no

Nakoda Bearspaw Nation Piikani Nation Siksika Sucker Creek

Première Nation de Swan River

Colombie-Britannique

Bande indienne d'Adams Lake

Cambell River (Première Nation de We Wai Kum)

Bande indienne de Canim Lake Bande indienne de Columbia Lake

Tribu Cowichan

Première Nation d'Ehattesaht Première Nation de Fort Nelson

Gouvernement de Gitlakdamix Village (New Aiyansh)

Bande indienne de Glen Vowell Nation Gwa'sala-Nakwaxda'xw

Nation Heiltsuk

Première Nation de Katzie Bande de Kwadacha

Gouvernement de Laxgalts'ap Village Première Nation de Leq'a':mel Première Nation de Malahat

Bande de Metlakatla

Conseil de bande de Mount Currie Bande indienne de Musqueam Bande de Nadleh Whuten Première Nation de Nanoose Bande de Nee-Tahi-Buhn Bande de N'Quatqua

Bande indienne d'Okanagan Bande indienne d'Osoyoos Première Nation de Scowlitz

Bande de Seabird Island

Bande indienne de Sechelt Première Nation de Skway

Sliammon

Première Nation de Soowahlie Bande indienne de Stone (Yunesit'in) Première Nation de Takla Lake

Nation Tl'azt'en (Tslasden)
Première Nation de Tsartlip
Première Nation de Tseshaht
Première Nation de Tzeachten
Première Nation de Westbank

Bande indienne de Williams Lake (Sugar Cane)

Manitoba*

Barren Lands

Bloodvein

Première Nation ojibway de Borkenhead Première Nation dakota de Canupawakpa

Ebb and Flow Fairford Fisher River Fort Alexander

Première Nation de Garden Hill Première Nation de Grand Rapids

Hollow Water

Première Nation Kinojeoshtegon

Little Black River Long Plain Mathias Colomb

Première Nation de Norway House

Nation crie de Opaskwayak

Pine Creek Rolling River Roseau River

Première Nation dénée de Sayisi Nation dakota de Sioux Valley Première Nation crie de Split Lake

St. Theresa Point Waywayseecappo Première Nation de Wuskwi Sipihk Première Nation de York Factory

Nouveau-Brunswick*

Big Cove Eel Ground Kingsclear

Première Nation malécite de Madawaska

Saint Mary's Woodstock

Territoires du Nord-Ouest*

Premières Nations de Dechi Laot'l Conseil déné de Deh Gah Gotie Première Nation de Deninu K'ue

Dog Rib Rae Fort Good Hope Gwitchia Gwich'in Dénés de Hay River

Première Nation de Jean Marie River

Première Nation de Liidii Kue

Dénés de Lutsel K'e

Première Nation de Pehdzeh Ki

Gwich'ins de Tetlit Dénés de Tulita

Première Nation de Wha Ti

Première Nation dénée de Yellowknife

Nouvelle-Écosse/Terre-Neuve

Acadia

Afton (Paq'tnkek) Annalopis Valley Bear River

Première Nation (Potlotek) de Chapel Island

Eskasoni
Horton
Membertou
Miawpukek
Millbrook
Pictou Landing
Shubenacadie
Wagmatcook

Waycocomagh (We'koqma'q)

Ontario

Première Nation Aundeck Omni Kaning Territoire de Bkejwanong (Walpole Island) Chippewas de Kettle et Stony Point Première Nation Chippewas de Mnjikaning Premières Nations Chippewas de la Thames Première Nation de Couchiching Delaware (Moravian de la Thames)

Première Nation d'Eabametoong

Eagle Lake

Première Nation de Ginoogaming Premières Nations de Grassy Narrows

Kee-Way-Win Lac Seul

Mohawks de la Baie de Quinte

Première Nation anishinabe de Naotkamegwanning

Ojibways de Batchewana

Première Nation ojibway de Pic River Nation oneida de la rivière Thames

Sachigo Lake

Sagamok Anishnawbek

Sandy Lake Saugeen

Première Nation de Temagami

Upper Mohawk: Six Nations (et 12 autres bandes)

Première Nation de Wabigoon

Mohawks de Wahta

Première Nation de Wasauksing Première Nation de Whitefish Lake

Whitefish River

Québec

Betsiamites

Eagle Village - Kipawa

Essipit Gesgapegiag Kanesatake

Kawawachikamach

Kitigan Zibi Lac Simon Listuguj

Malécites de Viger

Manawan
Mashteuiatsh
Natashquan
Odanak
Opticiwan
Pakua Shipi
Pikogan
Timiskaming

Uashat Mak Mani-Utenam

Unamen Shipu Wemotaci Wendake Wôlinak

Saskatchewan

Première Nation d'Ahtahkakoop

Première Nation de Beardy's et Okemasis

Première Nation de Big River
Première Nation de Birch Narrows
Première Nation de Black Lake
Nation dénée de Buffalo River
Première Nation de Canoe Lake
Première Nation de Carry The Kettle

Dénés de Clearwater River
Première Nation de Cote 366
Première Nation de Cowessess
Nation crie de Cumberland House
Première Nation de Day Star
Première Nation de English River
Première Nation de Fishing Lake
Première Nation de Flying Dust
Première Nation de Fond du Lac
Première Nation de Gordon
Première Nation de Hatchet Lake
Première Nation de Island Lake
Première Nation de James Smith

Première Nation de Key

Première Nation de Lac La Ronge Première Nation de Little Black Bear Première Nation de Little Pine

Première Nation de Kahkewistahaw

Première Nation de Kawacatoose

Première Nation de Keeseekoose

Première Nation Makwa Sahgaiehcan

Première Nation de Mistiwasis Première Nation de Montreal Lake Première Nation de Moosomin

Première Nation Mosquito-Grizzly Bear's Head

Première Nation de Muscowpetung
Première Nation de Muskeg Lake
Première Nation de Muskoday
Première Nation de Muskowekwan
Première Nation de Nekaneet

Première Nation de Ochapowace
Première Nation de Okanese
Première Nation de One Arrow
Première Nation de Opien Lake

Première Nation de Ocean Man

Première Nation de Onion Lake Première Nation de Pasqua #79 Première Nation de Peepeekisis Première Nation de Pelican Lake

Nation crie Peter Ballantyne

Première Nation Pheasant Rump Nakota

Première Nation de Piapot
Première Nation de Poundmaker
Première Nation de Red Earth
Première Nation de Red Pheasant
Première Nation de Sakimay
Première Nation de Saulteaux
Nation crie de Shoal Lake
Première Nation de Star Blanket
Première Nation de Sturgeon Lake
Première Nation de Sweetgrass
Première Nation de Thunderchild
Nation dakota de Wahpeton

Première Nation de Waterhen Lake Première Nation de Whitebear

Première Nation dakota/sioux de Whitecap Première Nation de Witchekan Lake Première Nation de Wood Mountain Première Nation de Yellow Quill

Yukon

Première Nation de Kluane Première Nation de Kwanlin Dun

Première Nation de Little Salmon / Carmacks

Conseil déné de Ross River Première Nation de Selkirk Conseil Teslin Tlingit Tr'ondëk Hwëch'in

Première Nation de Vulnut Gwitchin

^{*}Ces noms de communautés sont utilisés dans le Registre des Indiens 2002 des Affaires indiennes et du Nord Canada et ne sont peut-être pas les noms/orthographes privilégiés par les communautés.

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03



Notre voix Notre enquête Notre avenir









Préparé au nom due Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations

www.rhs-ers.ca